

Dorota K. Kuncewicz<sup>1</sup>, Dariusz S. Kuncewicz<sup>2</sup>

## DECYZJE W PSYCHOTERAPII

### DECISION-MAKING IN PSYCHOTHERAPY

<sup>1</sup>Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Katedra Psychologii Klinicznej

<sup>2</sup>Instytut Psychologii Uniwersytet Rzeszowski

**decisions  
psychopathology  
psychotherapy**

#### Streszczenie

*Celem artykułu było pogłębienie refleksji nad znaczeniem decyzji w psychoterapii. Za punkt wyjścia obraliśmy pogląd klasyków psychoterapii (Eric Berne, Harold Greenwald, Antoni Kępiński), którzy przypisywali decyzjom pacjenta istotny wkład w powstawanie zaburzeń psychicznych oraz ich leczenie. Rozwinięcie i argumentacja niniejszego przekonania zostały podparte wiedzą z zakresu psychologii klinicznej i rozwojowej oraz ilustracjami klinicznymi. W pierwszej części tekstu zarysowaliśmy klasyczne indeterministyczne ujęcie decyzji oraz sposób myślenia o decyzjach, oparty na pojęciu kondycji ludzkiej, który jest możliwy do pogodzenia z determinizmem mechanizmów psychologicznych i użyteczny w psychoterapii. W kolejnych dwóch skupiliśmy się na rozpoznaniu specyfiki i typów decyzji w przebiegu życia pacjenta, które mogą generować lub/i podtrzymywać psychopatologię (adaptacyjne i moralne) oraz tych, które mają swój udział w wyleczeniu (zorientowane na szukanie prawdy i podejmowanie odpowiedzialności). W ostatniej części podjęliśmy próbę wyjaśnienia, na czym polega potencjalny wpływ decyzji terapeuty na kluczowe dla zmiany terapeutycznej decyzje pacjenta oraz sformulowaliśmy kilka postulatów natury metodologicznej i praktycznej.*

#### Summary

The aim of this article was to deepen the reflection on the importance of decision-making in psychotherapy. As a starting point, we adopted the views of classic psychotherapists (Eric Berne, Harold Greenwald, Antoni Kępiński) who believed that the patient's decisions make a significant contribution to the formation of mental disorders and their treatment. The development and argumentation of this thesis was supported by knowledge of clinical and developmental psychology as well as clinical illustrations. In the first part of the text, we outlined a classical indeterministic perspective on decision-making and, a way of thinking about decisions based on the notion of the human condition, which is reconcilable with the determinism of psychological mechanisms and useful in psychotherapy. In the next two parts, we focused on identifying the specificities and types of decisions in the patient's life course that can generate and/or sustain psychopathology (adaptive and moral) and those that contribute to treatment (oriented towards truth-seeking and responsibility-taking). In the final section, we attempted to clarify the potential impact of the therapist's decisions on the patient's decisions that are crucial for therapeutic change and made some methodological and practical proposals.

## Wprowadzenie

W związku z dominacją przyrodniczego modelu wyjaśniania ludzkich zachowań, zagadnienie decyzji jest przez badaczy i praktyków psychoterapii aktualnie rzadko podejmowane. Na istotną rolę decyzji jednostki w rozwoju zaburzeń psychicznych i ich terapii wskazywali jednak niektórzy klinicyści w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Na przykład Eric Berne [1], Harold Greenwald [2], Antoni Kępiński [3] radykalnie, jak na obecne standardy wyjaśniania genezy i mechanizmów zaburzeń, twierdzili, iż wiele naszych reakcji i nawyków, które zdają się pozostawać poza kontrolą, ma swoje źródło w dawnych zautomatyzowanych lub stłumionych decyzjach. Co więcej, decyzje te niekoniecznie muszą być ukryte w głębokiej nieświadomości. Możemy dojść do momentów w historii życia, w których się zrodziły, a w sprzyjających warunkach nawet je skorygować.

Współcześnie problematyka decyzji w psychoterapii wpisuje się w niszowe podejście egzystencjalne (w logoterapii pacjent jest zachęcany do uświadamiania sobie własnej hierarchii wartości i podejmowania decyzji o ich realizacji [4]), transteoretyczny model Prochaski i DiClementego (wybory pacjenta to jeden z pięciu głównych procesów leczących [5]) oraz niektóre studia przypadku (decyzje pacjenta są wplecione w analizę procesu terapii, jednak nie stanowią jej głównego punktu ciężkości [6]). W niniejszym artykule chcemy podjąć zagadnienie decyzji w sposób bardziej integralny, nie ograniczając się do wybranego podejścia. W szczególności zarysujemy perspektywę pracy terapeutycznej skoncentrowanej na decyzjach pacjenta oraz skomentujemy jej wybrane aspekty antropologiczne i psychologiczne.

## Decyzje a mechanizmy psychologiczne

Literatura traktująca o związanych z psychoterapią decyzjach pacjenta nie przynosi jednoznacznych rozstrzygnięć, czym one właściwie są. Aktem wolnej woli? Funkcją działania mechanizmów ego lub samokontroli? Czynnością głównie racjonalną czy emocjonalną? Podejmowaną świadomie czy dojrzewającą nieświadomie? Wieloznaczność pojęcia decyzji wiąże się z różnorodnością modalności terapeutycznych oraz stojących za nimi, odmiennych założeń antropologicznych. Najbardziej podstawowe różnice w rozumieniu ludzkich decyzji zasadzają się na osobowym vs. naturalistycznym pojmowaniu człowieka.

Rzeczywistość kulturowo-językowa, w jakiej jesteśmy zanurzeni, implikuje rozumienie decyzji o kształcie własnego życia jako czynności specyficznych dla osoby ludzkiej, a zatem bazujących na rozumowym, świadomym poznaniu i wolności woli. Udział świadomego namysłu w takim decydowaniu dobrze oddaje choćby słownikowe znaczenie terminu decyzja (postanowienie będące wynikiem wyboru [7]), zaś wolnej woli — zbiór antonimów terminu wybór (brak alternatywy, konieczność, przymus [8]). Bez założeń o dysponowaniu zdolnością do racjonalnego poznania i wolną wolą trudno mówić o ponoszeniu odpowiedzialności za cokolwiek, a także poważnie traktować sens reguł etycznych i porządku społeczno-prawnego.

W psychoterapii akcent na rolę świadomego i wolnego wyboru prowadzącego do porządanej zmiany stosunkowo najsilniej położony jest w podejściu logoterapeutycznym. Psychoterapeuci zorientowani bardziej naturalistycznie (np. reprezentujący podejście

psychoanalityczne) często koncentrują się na wyjaśnianiu ludzkich zachowań w kategoriach mechanizmów intrapsychoicznych lub/i interpersonalnych. Zmiany związane z psychopatologią i zdrowieniem pacjenta nie tyle są wynikiem jego wolnych, świadomych wyborów, ile przebiegających nieświadomie lub w sposób zautomatyzowany procesów samoregulacji, tłumienia, przetwarzania informacji afektywnych itp. Z niniejszym ujęciem korespondują — podpierane wynikami eksperymentów — tezy o nieświadomym charakterze naszych decyzji [9] i paradoksalnych (negatywnych) efektach procesów wysiłkowej kontroli [10], ale też popularne przekonanie, iż zaburzeń psychicznych, w tym depresji, nie da się wyleczyć siłą woli.

Obie perspektywy postrzegania człowieka, osobowa i naturalistyczna, łącznie dotyczą istoty ludzkiej kondycji. W bardzo ogólnym sensie charakteryzuje ją rozdźwięk między tym, co w nas zwierzęce i podlega mechanizmom biopsychicznospołecznym, a tym, co — dzięki rozumnemu poznaniu i wolnej woli — specyficznie ludzkie, co pozwala tę naturalność zwierzęcą przekroczyć i przynależy do obszaru kultury duchowej, opartej o wartości wyższe [11]. O naszej kondycji, rozpiętej między światem przyrody i kultury, bezpieczną adaptacją do środowiska a wysiłkiem transgresji ku rozpoznaniu i wypełnieniu życiowego przeznaczenia, od wieków opowiadają — odcisnięte w wytworach sztuki i literaturze — poruszające historie zmagania ze sobą i światem (por. historia życia i twórczości Michelangela Merisi da Caravaggia [12]) oraz dramatycznych nieraz wyborów (por. np. wybór Antygony, Abrahama, Zofii zmuszonej w Auschwitz do wskazania, które z jej dzieci ma pozostać przy życiu [13]).

Podobnie kondycja ludzka odciska się w naszym świecie intrapsychoicznym. Czujemy, że wciąż popełniamy te same błędy, ulegamy niekontrolowanym reakcjom, nieakceptowanym nawykom, ale też, na mocy świadomych decyzji, próbujemy się im przeciwstawić i dokonywać istotnych w naszym życiu zmian. W doświadczeniu osoby, która nie radzi sobie i szuka pomocy terapeuty, siła nawyków/mechanizmów odpowiedzialnych za życiowe kłopoty wydaje się przeważać nad możliwością wyborów i upragnionej zmiany. Jerome D. Frank i Julia B. Frank ów stan ducha określają mianem utraty morale (w sensie: osłabienia wiary w sukces oraz gotowości do znoszenia trudów i przeciwności), a za cel terapii, w tej sytuacji, uważają pomoc pacjentowi w uruchomieniu sił, które jego morale podniosą [14], czy też, używając języka Irvina D. Yaloma, pozwolą „usunąć przeszkody na drodze woli” [15, s. 346].

Sądźmy, iż uwolnienie woli lub podniesienie morale pacjenta ostatecznie jest efektem wielu jego decyzji, a nie rezultatem zręcznych zabiegów terapeuty. Różne psychoterapie, zgodnie ze swoją modalnością, w sposób mniej lub bardziej zamierzony, prowadzą go ku konfrontacji z własną — schowaną pod psychologicznymi mechanizmami/nawykami i reakcjami — decyzyjnością. Zakotwiczone w świecie przyrody mechanizmy psychologiczne oraz wybory jako akty osobowe (świadome i dobrowolne), choć ontycznie przynależą do odrębnych aspektów ludzkiej rzeczywistości, w doświadczeniu pacjenta mogą się ze sobą zlewać w jednorodną całość. Pacjent może się czuć zdeterminowany przez rozmaite automatyzmy zaburzenia, zranienia rodzinne, traumy lub biologiczne defekty i jednocześnie żywić głębokie przekonanie, że w odpowiedzi na te wszystkie krzywdy lub ograniczenia, nie może lub nie mógł postąpić inaczej. Nie dostrzega lub powstrzymuje się przed dostrzeżeniem, że może, choćby idąc małymi krokami, wybierać opeje alternatywne. Może np.

uczynić drobny gest w bliskiej relacji lub go zaniechać, podjąć leczenie lub je odroczyć, wytrzymać trud drobnej zmiany lub się poddać. W przebiegu nawet bardzo ciężkiego zaburzenia pojawiają się przecież okresy lepsze, które poszerzają pole racjonalnego myślenia, a więc i decydowania o rozmaitych aspektach życia i codzienności.

W tym kontekście za jedno z ważnych zadań psychoterapii, niezależnie od jej modalności, należy uznać rozpoznawanie i odsłanianie przed pacjentem niekonsekwencji, luk, swoistych pęknięć w psychologicznym wglądzie w mechanizmy jego problemowego funkcjonowania. Starannie wykonana praca nad zrozumieniem tych mechanizmów i uporczywością ich działania nie może bowiem zarazem nie odsłaniać szczelin, zza których łatwiej dostrzec decyzyjność pacjenta. Na przykład w jego osobistym świecie znaczeń, oprócz pragnienia zdrowia, spełnienia się w bliskich relacjach, mogą też występować zrozumiałe powody, dla których wolałby się nie decydować na zmianę i nie rezygnować z roli osoby chorej lub pokrzywdzonej. Oczywiście odsłanianie i konfrontowanie pacjenta z jego decyzyjnością może być dlań mniej lub bardziej pomocne w zależności od tego, jak zostanie przeprowadzone oraz dostosowane do specyfiki mechanizmów zaburzenia.

### Decyzje sprzyjające psychopatologii

Pacjent zgłasza się na psychoterapię zwykle dopiero wtedy, gdy kolejne próby samodzielnego poradzenia sobie z uciążliwymi dla siebie lub/i otoczenia problemami okazały się bezskuteczne. Nieskuteczność prób sygnalizuje, iż problemy są poważne, a możliwości bądź gotowość do skorzystania z własnych zdolności do refleksji oraz wsparcia ze strony osób najbliższych — niewystarczające. Eric Berne i Harold Greenwald upatrywali źródła permanentnego nieradzenia sobie z tego rodzaju problemami w wielu wcześniejszych decyzjach emocjonalnych sięgających okresu dzieciństwa.

Ericowi Berne chodziło głównie o decyzje dotyczące sposobu przystosowania się do wyrażanych zazwyczaj nie wprost, destrukcyjnych przekazów rodzicielskich, np.: „Nie bądź dzieckiem”, „Nie dorastaj”, „Nie bądź blisko”, „Nie bądź ważny”, „Nie istnij”, „Nie czuj”, „Nie myśl”, „Nie złość się”. Dziecko, dla którego rodzina pozostaje najważniejszym światem, nie może wobec takich przekazów pozostać obojętne. Może podjąć decyzję, aby destrukcyjnemu przekazowi się poddać całkowicie, częściowo lub symbolicznie. Może też warunkowo mu się przeciwstawić, np. postanawiając, że jednak będzie ważne (akceptowane), „dopóki będzie ciężko pracować” [16, s. 173–184]. Oparte na ustosunkowaniu się do przekazów rodzicielskich decyzje dziecka są źródłem życiowych skryptów realizowanych w dorosłości. Zmiana skryptów wymaga uświadomienia sobie stojących za nimi decyzji oraz podjęcia nowych — alternatywnych.

Dla Harolda Greenwalda rozpoznawanie i uświadamianie pacjentowi jego dawnych, w tym dziecięcych, decyzji oraz stojących za nimi historii i zespołów korzyści, stanowiło oś pracy terapeutycznej. Decyzje sprzyjające rozwijaniu problematycznych nawyków w dorosłości — jego zdaniem — mogą być podejmowane w kontekście różnych trudnych momentów życia, a nie tylko w odpowiedzi na destrukcyjne przekazy rodzicielskie. Greenwald starał się zrozumieć konteksty decyzji pacjenta, ich hierarchię oraz, jak po nitce do kłębka, dotrzeć do decyzji bazowych, wciąż mających duży wpływ na postępowanie,

ale już niefunkcjonalnych. Tak jak w przypadku mężczyzny, który zgłosił się do niego na terapię, gdyż nie potrafił się do nikogo emocjonalnie zbliżyć. Opisywał swój stan w taki sposób, jakby między nim a ludźmi znajdowała się tafła szkła, która wprawdzie pozwala ich widzieć, ale zarazem uniemożliwia nawiązanie z nimi bezpośredniego kontaktu. Gdy Greenwald wprost zapytał pacjenta, czy to możliwe, aby za tym stanem stał jego wybór, ten chwilę pomyślał i odpowiedział: „Tak. Byłem bardzo przywiązany do mojej mamy. Kochałem ją i był to cudowny czas. Gdy miałem cztery lata, zostawiła mnie. Ktoś powiedział: Twoja mama poszła na spacer. Ale mama nigdy nie wróciła. Pojechała do szpitala i umarła. Potem uciekałem od wszystkich z rodziny, kto tylko chciałby się do mnie zbliżyć. Postanowiłem, że już nigdy więcej nie będę tak blisko [...] nigdy więcej sobie nie pozwolę, aby ktokolwiek się do mnie zbliżył, bo nie chcę znów przeżywać takiego bólu” [2, s. 14].

Dziecięce decyzje mogą też mieć konstruktywny wpływ na życie dorosłe, czego ciekawą ilustracją stanowi historia Jerzego, wychowującego się w domu, w którym ojciec pod wpływem alkoholu awanturował się, bił żonę, jego i młodszego rodzeństwo. Obecnie Jerzy ma żonę, dwójkę dzieci oraz systematyczne (ostatnio rzadsze) problemy z prawem i z utrzymaniem pracy z powodu bójk. Żona boi się o męża, robi mu wyrzuty, wstydzi przed ludźmi, ale wciąż chce z nim być, m.in. dlatego, że bardzo go docenia jako ojca. Rzeczywiście, w domu pan Jerzy funkcjonuje inaczej: okazuje żonie szacunek, skruchę po każdym wybuchu, dba też o rodzinę. Jest ciepłym, troskliwym ojcem i wciąż, także w okresie dorastania dzieci, ma z nimi świetne kontakty. Sam twierdzi, że jego życie nie ma sensu i żyje tylko dzięki temu, że ma żonę i dzieci, które kocha. Gdy psycholog zapytał go, jak udaje się mu godzić bójkę z troską o dzieci i rodzinę, odpowiedział, że kiedy uciekali z matką i rodzeństwem przed ojcem, powiedział sobie, że nigdy nie skrzywdzi dziecka i dotrzymuje zobowiązania [17].

Warto zastanowić się, czy przytoczone przykłady tak brzemiennych w skutki decyzji dziecięcych nie reprezentują tylko jakiejś grupy wyjątków. Czy w dzieciństwie rzeczywiście jesteśmy w stanie podejmować tak wiążące w dorosłości decyzje? A jeśli nawet możemy, to czy chodzi tu o decyzje w sensie aktu wolnego, świadomego i racjonalnego, czy może o inne procesy, którym miano decyzji niektórzy klinicyści przypisują w sposób nieuprawniony?

Abstrahując na razie od trwałości dziecięcych decyzji, nie ma powodów, aby — w granicach wyznaczonych przez etap rozwoju dziecka — nie traktować ich jako aktów względnie wolnych, świadomych, a nawet racjonalnych. Już w okresie przedszkolnym dochodzi bowiem do wielu istotnych zmian rozwojowych w zakresie myślenia symbolicznego, uspołecznienia, inicjatywy, które „pomagają dziecku lepiej rozumieć i porządkować świat wokół oraz myśleć o nim w twórczy, coraz bardziej samodzielny i złożony sposób” [18, s. 8]. Dziecko może ujmować zdarzenia w perspektywie czasowej przeszłości — teraźniejszości — przyszłości, potrafi nie tylko odczuwać i przejawiać inicjatywę, ale też, w zależności od sytuacji, poskramiać ją lub realizować w sposób akceptowany społecznie [18].

Oczywiście, decyzje, jakie może podejmować dziecko w wieku przedszkolnym, są obarczone specyficznymi dla tego okresu błędami w interpretacji rzeczywistości. Trudno jest mu ujmować kilka aspektów danego zjawiska jednocześnie, oddzielić cudzy punkt widzenia od własnego, uniezależnić zasady moralne od stojącego za nimi autorytetu, nie przeceniać, nieraz w sposób magiczny, własnych możliwości czy też wyjść w myśleniu

poza uproszczone, oparte na percepcji następstwa czasowego zdarzeń, wnioskowanie o zależnościach przyczynowych. Gdy uwzględnimy te zdeterminowane rozwojowo zniekształcenia, interpretacja rzeczywistości dokonywana przez dziecko odsłania swoją wewnętrzną logikę. I w tym sensie, spójne z nią decyzje można uznać za wystarczająco uzasadnione, a zatem względnie racjonalne. Racjonalna jest więc na przykład decyzja sześciolatka o pójściu na studia medyczne (aby zasłużyć na akceptację ojca lekarza, który już kupił mu mieszkanie pod przyszły gabinet) albo dziewczynki w tym samym wieku, że zostanie „kardiologiem” (aby uratować mamę i przy okazji inne osoby chore na serce). Podobnie jak postanowienie dziecka, by nie sprawiać rodzicom kłopotów (bo będą się bardzo kłócić i się rozwiodą) albo żeby je właśnie sprawiać (by zwrócić na siebie uwagę i połączyć żyjących w separacji rodziców).

Postanowienia dziecięce, także dotyczące bardzo ważnych życiowo spraw, zazwyczaj nie są trwałe. Niektóre z nich mogą utrzymywać się dłużej, dlatego że wciąż mają dla dziecka olbrzymie znaczenie, choćby symboliczne. Mają np. chronić przed bólem utraty lub odrzucenia bliskiej osoby, totalną bezradnością w obliczu zagrożenia zdrowia lub życia najbliższych, rozpadem rodziny, który dla dziecka oznacza koniec świata. Są radykalnymi emocjonalnymi wnioskami (por. „nigdy więcej...”; „nie pozwolę...”) wyprowadzonymi na głębokim poziomie przetwarzania umysłowego, ukierunkowującymi wolę zmiany i stapiającymi się z nią. Sam proces takiego przetwarzania może być w znacznej mierze nieświadomy, jednakże jego wykończenie w postaci decyzji jest aktem świadomym [19]. Bez względu na to, czy ów emocjonalny, stopiony z decyzją wniosek od początku rysował się coraz wyraźniej w świadomości czy też poza nią, a został uświadomiony później i dopiero wtedy zatwierdzony w postaci decyzji.

Można powiedzieć, że zakotwiczone w lękach i dążeniu do przetrwania decyzje dziecka w dużej mierze mają charakter adaptacyjny. Dziecko po swoim, tak jak umie, próbuje się obronić przed życiową katastrofą, bólem i niejako w trybie awaryjnym, zadowoląc się celami alternatywnymi. Prototypowym tego przykładem jest unikanie więzi albo natarczywe wymuszanie zainteresowania poprzez przyciągnięcie uwagi i/lub kontrolę rodzica lub innej osoby pełniącej rolę figury przywiązania, gdy nie jest ona wystarczająco dostępna lub emocjonalnie dostrojona do dziecka [20]. O ile wczesne nawyki przywiązaniowe bazują głównie na wyposażeniu biologicznym dziecka i wzorcach interakcji z opiekunem, o tyle z czasem, w procesie wychowania i samowychowania, związanym z przyswajaniem norm społecznych i wartości kulturowych, w coraz większym stopniu współkształtowane są przez świadome wysiłki woli. Tym samym, decyzje te, w miarę dojrzewania dziecka i stawania się osobą dorosłą, w coraz większym stopniu zyskują także wymiar moralny. Towarzyszy temu rosnąca zdolność do zobiektywizowanego rozróżniania dobra od zła oraz podejmowania odpowiedzialności za własne postępowanie [por. 21].

Zdaniem Harolda Greenwalda, decyzje z dzieciństwa podtrzymywane w dorosłości, sprzyjające rozwojowi zaburzeń psychicznych, mają wspólny mianownik. Bez względu na rodzaj potrzeb z dzieciństwa, których dotyczą (np. bezpieczeństwa, uwagi, troski, kontroli, docenienia, odwetu w sytuacji frustracji tych potrzeb), łączy je przyznawanie sobie prawa do pozostawania wiecznym dzieckiem, które nie musi brać adekwatnej do wieku i ról społecznych odpowiedzialności za siebie i innych [2]. Podobnie dysfunkcyjne wybory dorosłości rozumiał Antoni Kępiński. Akcentował, że mogą one dotyczyć utralonych

przez wcześniejsze decyzje nawyków reagowania emocjonalnego, np. agresją, poczuciem winy lub krzywdy, unikaniem trudu, które zbyt pochopnie traktujemy jako niezależne od nas cechy osobowości i w związku z tym, zwalniamy się z odpowiedzialności za nie [3].

### **Decyzje sprzyjające zmianie terapeutycznej**

Doszukiwanie się wczesnych decyzji pacjenta w każdej jego zautomatyzowanej destrukcyjnej lub/i autodestrukcyjnej reakcji niekoniecznie ma sens terapeutyczny. Zgodnie z regułą „od powierzchni ku głębokości” analizę decyzji pacjenta można bezpośrednio rozpocząć od decyzji związanych z podejmowaniem psychoterapii i samymi sesjami. Dlaczego pacjent zdecydował się na psychoterapię teraz, a nie wcześniej? Dlaczego wybrał tego terapeute, a nie innego? Jeśli wcześniej uczestniczył w terapii, dlaczego wtedy się zdecydował i czemu przerwał lub zakończył? Czy decyzja o psychoterapii jest jego samodzielną decyzją, czy komuś innemu na tym zależało? Kwestią decyzji pacjenta oczywiście pozostaje to, o czym na sesji mówi, a o czym nie; kiedy i czy w ogóle mówi; jak relacjonuje pewne treści, a jak inne; czy przychodzi na sesję punktualnie, czy i jak dużo się spóźnia; czy podejmuje kroki w kierunku zmiany, czy tylko je deklaruje itp. Od skupienia się na decyzjach pacjenta w przebiegu sesji łatwiej przejść do analizy decyzji dotyczących funkcjonowania w codzienności i relacjach poza sesjami, a potem do kontekstów, motywów, uzasadnień tych decyzji na obecnym i wcześniejszych etapach życia.

Sądzymy, iż wszelkie decyzje pacjenta (potencjalnie zdolnego do utrzymania sojuszu roboczego), które prowadzą do zmiany terapeutycznej lub ją utrudniają, można sprowadzić do dwóch głównych typów: decyzji dotyczących szukania lub unikania prawdy o sobie i własnym życiu oraz podejmowania lub odmowy odpowiedzialności za jego różne aspekty. Niniejsza teza, osadzona w myśleniu o człowieku jako osobie korzystającej z rozumu i wolnej woli, a więc zdolnej do podejmowania świadomych, wolnych decyzji (także w warunkach psychoterapii) jest spójna z obecnymi w literaturze przedmiotu poglądami na temat znaczenia prawdy i odpowiedzialności w procesie terapeutycznym. Zigmunt Freud [22, s. 185] wspominał, iż „postawa analityczna opiera się na umiłowaniu prawdy”. W bardziej współczesnych opracowaniach można spotkać ujęcie psychoterapii jako rozmowy ukierunkowanej na odkrywanie prawdy [23] lub poszukiwanie prawdy o własnym życiu [24] oraz z traktowaniem prawdy jako czynnika leczącego w różnych nurtach psychoterapii [25].

O terapeutycznej roli odpowiedzialności w psychoterapii pisali zwłaszcza psychoterapeuci egzystencjalni, m.in. Rollo May [26] i Irving D. Yalom [15], ale też zorientowany poznawczo-behawioralnie James C. Overholser, który podkreślał, że zbyt duży nacisk na czynniki biologiczne lub deprywacje środowiskowe w wyjaśnianiu zaburzeń może osłabiać poczucie odpowiedzialności za zmianę terapeutyczną. Jego zdaniem psychoterapeuci winni w większym stopniu koncentrować uwagę pacjentów na „osobistej odpowiedzialności za zmianę, rozwój i dojrzewanie” [27, s. 369].

Zmaganie się pacjentów ze zmianą terapeutyczną to, w pewnej mierze, zmaganie z decyzjami o unikaniu prawdy o sobie i odpowiedzialności za tę zmianę, przysłoniętymi przez rozmaite mechanizmy i strategie obronne. Na usługach decyzji unikania prawdy o sobie,

w tym o motywach własnego postępowania, mogą działać psychologiczne mechanizmy obliczone na podtrzymywanie samooceny lub/i uniknięcie dezorganizujących emocji [por. 28]. Na przykład mechanizm wyparcia, do którego istoty należy „celowe zapomnienie lub ignorowanie” [28, s. 135] bolesnych bądź niewygodnych dla „Ja” treści lub mechanizm racjonalizacji, dzięki któremu niechlubne postępowanie da się uzasadnić dobrymi powodami [28]. Z kolei decyzjom odmowy przyjęcia odpowiedzialności zdają się służyć głównie strategię delegowania jej na kogoś innego (np. przyjmowania roli ofiary/osoby bezradnej) oraz mechanizmy ulegania impulsom (gwałtownym reakcjom, zachciankom) lub kompulsjom (dyktatowi wewnętrznych żądań nie doświadczanych jako własne) [15].

Twierdząc, że mechanizmy obronne działają na usługach decyzji unikania prawdy i odpowiedzialności, nie sądzimy bynajmniej, że mechanizmy te, z założenia używane w sposób nieświadomy i zautomatyzowany, są bezpośrednim wynikiem aktów decyzyjnych. Kwestią decyzji może być zgoda na podtrzymanie dotychczasowych zautomatyzowanych sposobów reagowania, pomimo świadomości ich negatywnych konsekwencji dla zdrowia i bliskich relacji, lub podejmowanie prób wycofywania tych reakcji na rzecz bardziej konstruktywnych. Nawet głęboko nieświadome mechanizmy obronne, takie jak np. identyfikacja projekcyjna, mogą być — z pomocą terapeuty — poddane refleksji w czasie uspokojenia emocji [por. 28]. Pacjent może starać się pogłębić i wykorzystywać nowe rozumienie siebie i relacji, podejmując liczne, z czasem bardziej udane, próby zmiany sposobów reagowania. Ale mocą swoich decyzji może też taką możliwość ignorować, rezygnując z prób wyleczenia lub je odraczając.

Jak wcześniej sugerowaliśmy, pacjent, dzięki terapii uwzględniającej osobowy wymiar jego funkcjonowania, zyskuje stopniowo świadomość nie tylko zaburzających mechanizmów lub nawyków, ale też szczylin decyzyjnych, czyli możliwości i sytuacji, w których nie musi poddawać się tym nawykom oraz może podejmować decyzje korektywne. Wbrew teorii ironicznym procesów kontroli Davida M. Wegnera [10], napinanie woli w celu przeciwdziałania niepożądanym zautomatyzowanym reakcjom, niekoniecznie prowadzi do ich paradoksalnego nasilenia (wskutek obciążania umysłu świadomymi i bardziej energochłonnymi procesami, zwiększającymi dostępność procesów subświadomych związanych z porażką). Sam Wegner, we wcześniejszych pracach, wyjaśniał, że wielokrotne powtarzanie wysiłkowych czynności umysłu, polegających na świadomej kontroli, z czasem prowadzi do ich automatyzacji (i nabycia nowych nawyków), stają się więc one mniej energochłonne i bardziej skuteczne [10].

Należy dodać, że bez opierania się na zdolności pacjenta do podejmowania świadomych wysiłków woli nie byłoby możliwe zbudowanie sojuszu terapeutycznego, w tym przestrzeganie — pomimo ciężkich chwil — kontraktu terapeutycznego. Co więcej, rozpoznawanie i odwoływanie się do tej zdrowszej części pacjenta (świadomej, refleksyjnej, decyzyjnej) zyskuje na znaczeniu w procesie terapii, zwłaszcza w leczeniu cięższych, wydawałoby się obezwładniających wolną wolę, zaburzeń [29].

Na czym polega specyfika przełomowych dla zmiany terapeutycznej decyzji pacjenta? Pod pewnym względem decyzje prowadzące do wyzdrowienia nie różnią od tych, które doprowadziły do rozwoju zaburzenia. Otóż jedne i drugie zwykle podejmowane są w sytuacji wewnętrznego kryzysu, wymagającego jakiejś radykalnej zmiany, rozwiązania. O ile jednak decyzje wcześniejsze, pierwotnie adaptacyjne, zorientowane były na awaryjne,



substytutowe zaspokajanie dziecięcych, mniej dojrzałych potrzeb lub/i uniknięcie bólu ich frustracji, o tyle późniejsze, związane już z próbą wyleczenia, służą przezwyciężeniu kryzysu wynikającego z utrwalenia się nawyków będących pochodną decyzji wcześniejszych. Wskutek terapii, pacjent wyostża świadomość używania niedojrzałych nawyków i mechanizmów, stojących za nimi decyzji oraz możliwości ich zmiany, co przyczynia się do spiętrzenia kryzysu. Pacjent bowiem coraz lepiej zdaje sobie sprawę nie tylko z bezradności obecnego położenia, ale też z tego, że ma w nim swój udział. Lepiej rozumiejąc motywy swojego postępowania i odpowiedzialność za szkody wyrządzone sobie i innym, stoi przed koniecznością kluczowego wyboru. Może wciąż unikać prawdy o własnym postępowaniu i nie podejmować zań odpowiedzialności (np. schować się za rolę osoby bezradnej, której jednak nie da się pomóc), ale może też tej prawdy nie ignorować i podjąć ryzyko zmiany. Innym słowy, może też dojrzeć.

Ciekawą ilustrację takiego sposobu myślenia o przełomowych dla zdrowia decyzjach stanowi, opisana przez Neville'a Symingtona, historia mężczyzny z przeszłością recydywisty, uzależnionego od alkoholu i narkotyków, żonatego, mającego dwójkę dzieci. Gdy po wcześniejszych nieudanych próbach wyrwania się z uzależnienia trafił do szpitala psychiatrycznego na oddział dla alkoholików, złamał jego regulamin, opuszczając teren szpitala i pijąc alkohol. Wiedział, że nie będzie mógł już być przyjęty z powrotem na oddział. Nie mógł też pojechać do siebie, ponieważ żona go wyrzuciła z domu. Wrócił więc pod szpital, usiadł w ulewnym deszczu na ławce i stwierdził: „»Mogę zrobić dwie rzeczy: rzucić butelką w szpitalne okno albo zabić się«. W tym właśnie momencie rozchmurzyło się niebo, a w głowie mężczyzny nieoczekiwanie pojawiła się myśl: »Albo mogę postanowić, że wyzdrowieję«. Czuł, że owo doświadczenie zainicjowało w nim powrót do równowagi psychicznej” [30, s. 125–126]. Symington interpretuje, że nieoczekiwana myśl „albo mogę postanowić, że wyzdrowieję”, która się pojawiła, jakby w reakcji na roz pogodzone niebo, faktycznie była wytworem już wcześniej rozpoczętego procesu. Kluczowymi jego składnikami było przemożne pragnienie powrotu do zdrowia oraz dobitne zdanie sobie sprawy z własnego położenia, czyli świadomość sięgnięcia dna. Świadomy rezultat tego procesu, toczącego się w dużej mierze poniżej progu świadomości, Symington określa mianem autentycznego wyboru. Do takiego wyboru nie doszło podczas wcześniejszych prób zaprzestania picia, w tym powtarzania sobie „Nie będę pił, nie będę pił” [30, s. 126].

Uzupełniając interpretację Symingtona, można sądzić, że poprzednie próby wyleczenia były nieskuteczne, dlatego że mężczyzna, pomimo chęci albo nawet deklarowania decyzji o zmianie, w istocie wtedy jeszcze takiej decyzji nie podjął. Harold Greenwald powiedziałby, że podjął decyzję alternatywną o braku zmiany lub odroczeniu decyzji o zmianie, która przynosiła mu określone, konkurencyjne wobec zdrowia, korzyści splecione z dziecięcymi pragnieniami [2]. Być może dopiero znalezienie się w sytuacji bez wyjścia, w której nie był możliwy ani powrót do szpitala, ani do domu i żony, stało się katalizatorem zmiany. Nie można też wykluczyć interpretacji, zgodnie z którą mężczyzna intencjonalnie próbował sięgnąć dna, w jakimś sensie zastawiając na siebie pułapkę, z której nie da się uciec (bo już nie będzie dokąd) i skorzystać z podpórki wspierających jego niedojrzałe roszczenia. By już nie mieć wyjścia i mocą swojej decyzji, w końcu się odbić. Swoistą próbą zastawienia na siebie pułapki konfrontującej z niedojrzałymi nawykami, bywa decyzja o podjęciu terapii, która niekoniecznie łączy się z decyzją o zmianie. Taka decyzja, podobnie jak jej

przeciwna („jednak nie da się mi pomóc”), może skryształizować się dopiero w trakcie procesu psychoterapii.

### Na styku decyzji pacjenta i terapeuty

Zmiany terapeutycznej nie da się zawczasu przewidzieć, ponieważ nie zależy ona tylko od ciężkości zaburzenia, jego mechanizmów, ale, jak staraliśmy się to pokazać, również od decyzji pacjenta dotyczących szukania prawdy o swoim życiu i podejmowania odpowiedzialności za zmiany w nim prowadzące ku wyzdrowieniu i psychicznej dojrzałości. Analogicznie, na powodzenie terapii mają wpływ nie tylko umiejętności terapeuty, ale także stojące za nimi decyzje związane z szukaniem prawdy o życiu pacjenta i podejmowaniu odpowiedzialności za pomoc w pracy nad jego zmianą.

Gdy terapeuta traktuje pacjenta uczciwie i odpowiedzialnie, stara się dociec, co się z nim dzieje, na czym polega jego problem oraz poświęca tyle czasu na myślenie i szukanie rozwiązań, ile go rzeczywiście potrzeba — robi właściwie wszystko to, czego oczekuje się na terapii również od pacjenta. W ten sposób nie tylko modeluje oczekiwany tryb współpracy, ale, niejako między wierszami pełnienia swojej roli zawodowej, daje pacjentowi do zrozumienia, że mu na nim i jego dobru zależy. Pacjent ma zwykle na swoim koncie doświadczenia przeciwne, stąd nieraz mu trudno w to uwierzyć, a dużo łatwiej zdewaluować [31], sądząc, że terapeuta w jakiś sposób udaje zgodnie z wymogami roli zawodowej (choć konwencja ról terapeuta-pacjent, podobnie jak rodzic-dziecko, mąż-żona, pracodawca-pracownik, umożliwia bezpieczeństwo i zaufanie w relacji właśnie dlatego, że granic tych ról się nie przekracza).

Przeżycie pacjenta, że może być przyzwoicie, zwyczajnie po ludzku, potraktowany; że terapeuta, właśnie w ramach pełnienia roli zawodowej, chce mu bez wyręczenia pomóc w stanięciu na własne nogi, i robi to najlepiej jak umie, może mieć charakter korektywno-rozwojowy m.in. z dwóch istotnych powodów. Po pierwsze, dlatego że podważa zbyt jednostronne przeświadczenie pacjenta o tym, kim jest człowiek, a przynajmniej ludzie, którzy mu w życiu się przytrafiają, tzn., że są raczej obojętni, że nie można im ufać, że źle o nim myślą, lub że im nie zależy na nim. Po drugie, dlatego że podważa sens nawyków składania odpowiedzialności za zły los i niepowodzenia osobiste na inne osoby, niekoniecznie żyjące. Tak rozumiane przeżycie relacji z terapeutą tworzy okazję do podjęcia kluczowych dla zdrowienia decyzji, bez których samo nie stałoby się ani korektywne, ani rozwojowe. Decyzje te (tak jak życiowe decyzje terapeuty, stojące za decyzjami podejmowanymi w trakcie terapii) w swej istocie mają wymiar antropologiczno-moralny. Pacjent może (nie musi!) zaakceptować bardziej złożoną prawdę o człowieku, mówiącą o tym, że jest w nim nie tylko zło, ale i dobro; może też (nie musi!) zmierzyć się z własną odpowiedzialnością za czynienie jednego i drugiego w relacjach międzyludzkich.

Korektywno-rozwojowe znaczenie przeżycia relacji terapeutycznej rozpiętej na decyzjach terapeuty i pacjenta zilustrujemy na przykładzie zwrotnego momentu w terapii nastolatka prowadzonej przez Janusza Galli [6]. Oryginalnie przypadek został opracowany w kategoriach psychoanalitycznych, my skupimy się jednak na kluczowym dla postępu terapii splocie decyzji pacjenta i terapeuty, zarysowując wcześniej kliniczne tło ich wspólnej pracy.

Chłopiec w wieku 14 lat został zgłoszony na terapię przez ojca z powodu olbrzymich trudności komunikacyjnych w domu i szkole. Pomimo licznych badań oraz prób terapii, nie udało się nawet ustalić źródeł problemu. Trudności chłopca były na tyle poważne i trwałe, że groziło mu powtarzanie klasy i rezygnacja z leczenia. Chłopiec przez pierwszy rok terapii, tak jak w codzienności, przede wszystkim milczał. Gdy terapeuta zwracał się do niego — spuszczał głowę, a gdy dłużej nie mówił — zasypiał. Terapeuta próbował interpretować jego milczenie na wiele sposobów, aż w końcu sam zaczął walczyć z permanentną sennością, zubożeniem i zniechęceniem. Ku jego zdziwieniu chłopiec nie przerywał „bezproduktywnej” terapii i pilnował terminów, przychodząc do poradni zawsze dziesięć minut przed rozpoczęciem sesji.

Gdy terapeuta zdał sobie sprawę, że swoimi interpretacjami próbuje obronić się przed kompletną niemocą, stanem wewnętrznego zamrożenia emocji, myśli, który dzieli ze swoim pacjentem, zdecydował, że przestanie z nim walczyć. „Rodziło się pytanie: kto ma podzielić z nim los dryfowania na tej psychicznej lodowej krze, z której nie mógł się sam wydostać [...]. Kiedy to zrozumiałem, poddałem się temu stanowi, nie stawiając mu oporu, pozwalając Z. [pacjentowi — przyp. autorów] »mówić« do mnie w ten »mrozący sposób«. Paradoksalnie, odczucie zmrożenia, bez jakiejś sensownej myśli, zmniejszyło się, stało się bardziej znośne” [6, s. 9]. Można sądzić, że ta osobista decyzja terapeuty, aby od bólu psychicznego pacjenta się nie odgradzać i jego biedę nieść razem z nim po to, by mu pomóc, była kluczowa. Otworzyła drogę ku następnym, te zaś pozwoliły pacjentowi podjąć własną przełomową decyzję.

Właśnie wtedy terapeuta podjął kolejną decyzję, że podzieli się swoimi wątpliwościami dotyczącymi terapii z koleżanką z poradni, która zasugerowała, by podjął z pacjentem jakąś wspólną aktywność, np. grę planszową. Wahał się, ale poszedł za jej sugestią, licząc, że może dzięki formie zabawowej pacjent przyjmie jego propozycję zmiany formy komunikacji na bardziej dostępną językowo. Tak też się stało: „Z pewnym ociąganiem Z. postanowił jednak zagrać ze mną w warcaby. Następne lata zajęło nam »budowanie« tej nowej formy komunikacji, aż pojawił się moment, w którym zamrożone wnętrze pacjenta ożyło”. Pacjent bardzo się wciągnął we wspólną grę; zawzięcie chciał wygrywać, wyrzucał z siebie komendy, krótkie zdania, aby popędzić terapeutę, a gdy ten przegrywał, z tryumfem komentował jego błędy. Kiedy dostrzegł, że terapeuta jest w stanie wytrzymać kolejne partie, własne przegrane i jego tryumfy, okazywał mu współczucie, ale też częściej używał rozbudowanych wypowiedzi, mówiąc o swojej rodzinie, polityce, szkole. Z czasem jego kłopoty z komunikacją szkolną, z rówieśnikami istotnie się zmniejszyły, on zaś, ku zaskoczeniu otoczenia, w okresie klasyfikacji szkolnej poprawił wszystkie oceny i zdał do następnej klasy technikum [6].

Spróbujmy wyłuskać wspólny rdzeń decyzji terapeuty i pacjenta prowadzących do zdrowienia tego drugiego. Otóż obaj zgodzili się na poważnie zaangażować w relację ze sobą. Każdemu, na swój sposób, na tej relacji rzeczywiście zaczęło zależeć. Zaangażowanie chłopca przejawiało się w determinacji w przychodzeniu na pozornie nieskuteczną terapię, podczas której mógł obarczać terapeutę ciężarem nierozwiązywalnego problemu. Zaangażowanie terapeuty (zmęczonego terapią, ale też ujętego dbałością pacjenta o jej zewnętrzne ramy), polegało na wytrzymaniu tego brzemienia, a następnie, na rezygnacji z prób uniknięcia go na rzecz przyjęcia i współdzielenia z chłopcem. Co ciekawe, dopiero

wtedy, gdy terapeuta przestał odgradzać się od nakładanego przez chłopca ciężaru (przez co, związany z nim ból psychiczny stał się nawet bardziej znośny), sam zdecydował się dzielić ciężar swojej bezradności z koleżanką z poradni, co w rezultacie miało duże znaczenie dla powodzenia terapii.

Przypuszczamy, że w głęboko wewnętrznej zgodzie na współdzielenie z pacjentem jego, wnoszonej na terapię, biedy, trudu, ciężaru, bólu psychicznego musi być coś niezwykle otwierającego na relację z nim i generalnie też na inne relacje. Być może, w tej tak bardzo ludzkiej postawie kryje się nośnik skuteczności strategii i technik terapeutycznych, który warto w pierwszej kolejności eksplorować w pracy superwizyjnej. Czy terapeuta dostrzega ciężar psychiczny, którym chce obarczyć go pacjent? Czy na tyle zależy mu na pacjencie, aby ten ciężar przyjąć i nieść razem z nim przez kolejne sesje? Czy, wreszcie, superwizor ma taką zgodę wobec superwizanta i jego naznaczonych lękiem lub wstydem obciążających przeżyć?

### Wnioski

Zarówno decyzje jako świadome i wolne akty osoby ludzkiej, jak i wpływ na nie decyzji innych osób, pozostają tajemnicą wymykającą się przewidywaniom, na którym zależało-by badaczom korzystającym z metodologii nauk przyrodniczych. Sądzymy, że zjawiska i procesy podmiotowe w psychoterapii, w tym dotyczące decyzji pacjenta i terapeuty, mogą być bardziej adekwatnie wyjaśniane z użyciem metodologii nauk humanistycznych. Zwłaszcza w przypadku badań nad psychoterapią, skrojoną przecież niepowtarzalnie na miarę każdego pacjenta, chodzi nie tyle o odkrywanie prawidłowości ludzkiego działania, ile o interpretację jego źródeł, użyteczną w przypadku kumulowania studiów przypadku. Czyż kliniczne studia przypadku nie przypominają niekiedy studiów historycznych (dlaczego doszło do pewnych zdarzeń) lub literackich (dlaczego bohater utworu postąpił w taki, a nie inny sposób)?

Ujęcie procesu terapii jako historii splatających się ze sobą kluczowych decyzji pacjenta i terapeuty nie stanowi zupełnie odmiennej opcji dla wyjaśnień oferowanych przez różne modalności terapeutyczne. To raczej ich antropologiczne uzupełnienie o perspektywę kondycji ludzkiej, a zwłaszcza o jej aspekt napięcia między wolną wolą a rozmaitymi nawykami, automatyzmami, nawykami i mechanizmami psychologicznymi. Uwzględnianie wyborów jako aktów wolnej woli w refleksji nad procesem terapeutycznym, zmniejsza ryzyko wyjaśnień redukcjonistycznych oraz, naszym zdaniem, porządkuje i obiektywizuje tę refleksję.

Akty wyboru, w odróżnieniu od działania mechanizmów psychologicznych, są nie-stopniowalne. Możemy mówić tylko o dwóch głównych opcjach dotyczących określonego wyboru: podjęcie go lub nie podjęcie. Wybory odraczone, jeszcze nie skryształizowane (np. w związku z obowiązującą decyzją o jego niepodejmowaniu lub inną alternatywą), to decyzje wciąż nie podjęte. Uważamy, iż niezależnie od modalności, w jakiej pracuje terapeuta, wyczulenie uwagi na dawne i aktualne decyzje pacjenta (faktycznie podjęte i niepodjęte), rolę tych decyzji w podtrzymywaniu zaburzających mechanizmów psychologicznych/nawyków, może terapię przyspieszyć. Koncentracja na decyzjach może być

pomocna zwłaszcza w przypadku pacjentów wykazujących ambiwalentną postawę do zmiany terapeutycznej, skoncentrowanych na własnej krzywdzie, czerpiących korzyści wtórne z chorowania, jak również tych, którzy utknęli w błędnym kole kolejnych terapii.

### Piśmiennictwo

1. Berne E. *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
2. Greenwald H. *Direct decision therapy*. San Diego, California: Edits; 1973.
3. Kępiński A. *Rytm życia*. Kraków–Wrocław: Wydawnictwo Literackie; 1983.
4. Szczukiewicz P, Szczukiewicz A. Logoterapia Viktora Frankla w psychoterapii i poradnictwie psychologicznym. *Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska [Paed-Psych]*. 2018; 31(2): 195–205.
5. Prochaska JO, Norcross JC. *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2006.
6. Galli J. O „decydującej chwili”. *Psychoter*. 2014; 4(171): 5–12.
7. <http://sjp.pwn.pl/sjp/decyzja;2554338.html>
8. <http://antonim.net/przeciwieństwo-słowa-wybór>
9. Mele A. Unconscious decisions and free will. *Philos. Psychol.* 2013; 26(6): 777–789.
10. Wegner DM. Ironic processes of mental control. *Psychol. Rev.* 1994; 101(1): 34–52.
11. Ingarden R. *Książeczka o człowieku*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 1998.
12. Herling-Grudziński G. *Caravaggio. Światło i cień*. Kraków – Warszawa: Instytut Książki; 2019.
13. Styron R. *Wybór Zofii*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA S.A.; 2001.
14. Frank JD, Frank JB. *Perswazja i uzdrawianie. Analiza porównawcza psychoterapii*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2005.
15. Yalom ID. *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2008.
16. Stewart J, Joines V. *Analiza transakcyjna dzisiaj. Nowe wprowadzenie*. Poznań: Dom wydawniczy Rebis; 2021.
17. Oleś P. *O osobowości praktycznie wszystko*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006.
18. Matejczuk J. *Rozwój dziecka. Wiek przedszkolny*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych; 2014.
19. James W. *Psychologia. Kurs skrócony*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002.
20. Mikulincer PR, Shaver DP. Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv. Emot.* 2003; 27(2): 77–102.
21. Haidt J. *Prawy umysł*. Sopot: Smak Słowa; 2014.
22. Freud Z. *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1994.
23. Rosińska Z. Psychoterapia — graniczny przypadek hermeneutyki. *Przegląd Filozoficzny — Nowa Seria* 2000; 35(3): 48–59.
24. Kuncewicz DK. Pomoc psychologiczna jako poszukiwanie prawdy o własnym życiu. W: Brudek P, Mącik D, Kuncewicz DK, red. *Psychologia kliniczna. W trosce o godność człowieka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL JP II; 2022, s. 185–195.
25. Mamcarz P. Prawda jako czynnik leczący w psychoterapii. *Sztuka Leczenia* 2013; (1–2): 41–50.

26. May R. *Miłość i wola*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1998.
27. Overholser JC. Contemporary psychotherapy: Promoting personal responsibility for therapeutic change. *J. Contemp. Psychother.* 2005; 35: 369–376.
28. McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP; 2017.
29. Appelbaum AH, Carr AC, Kernberg OF, Koenigsberg H, Selzer MA. *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Gdańsk: GWP; 2007.
30. Symington N. *Narcyzm. Nowa teoria*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2013.
31. Gelso CJ, Hayes JA. *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: GWP; 2004.

Adres: [dorota.kuncewicz@kul.pl](mailto:dorota.kuncewicz@kul.pl)