

STOWARZYSZENIE PSYCHOLOGÓW CHRZEŚCIJAŃSKICH

*Zarząd Główny SPCh
ul. Kinowa 19
04-030 Warszawa
e-mail: spch@spch.pl
<http://www.spch.pl>*

INFORMATOR SPCH

PSYCHOTERAPIA INTEGRATYWNA W PODEJŚCIU CHRZEŚCIJAŃSKIM

**DEFINICJA
HISTORIA, BADANIA, LITERATURA
METODA TERAPII**



Warszawa, styczeń 2011

tel. 697 011 019, 697 011 207 (g. 9-17) Centrum Psychologiczne SPCh, Kinowa 19
Konto SPCh: PEKAO S.A. III o/Wa-wa nr 42 1240 1040 1111 0010 1541 6402

CELE I ZADANIA SPCh

Celem Stowarzyszenia jest pomoc ludziom na bazie **zintegrowanej koncepcji człowieka uwzględniającej wymiary biologiczny, psychiczny, społeczny i duchowy.**

Zgodnie z art. 7 Statutu Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich celem Stowarzyszenia jest:

1. Propagowanie pełnego rozwoju osoby ludzkiej, uwzględniającego dążenie do zintegrowania rozwoju psychicznego i duchowego.
2. Ochrona zdrowia psychicznego i duchowego osoby ludzkiej, realizowana w sposób zgodny z wartościami chrześcijańskimi.
3. Stworzenie forum, łączącego psychologów chrześcijańskich (zarówno katolików, jak i chrześcijan innych wyznań), pragnących możliwie pełnie przeżywać swoje powołanie zawodowe w duchu Ewangelii.
4. Poznawanie i upowszechnianie chrześcijańskich koncepcji osoby ludzkiej.
1. Działalność na rzecz rozwoju psychologii teoretycznej i stosowanej, a w szczególności poznawanie i rozwijanie tych metod pracy psychoterapeutycznej i poradnianej, które pozostają w zgodzie z chrześcijańską wizją człowieka.

Stowarzyszenie realizuje powyższe cele poprzez (art. 8):

1. Organizowanie spotkań, szkoleń i wymiany doświadczeń oraz poznawanie technik pracy terapeutycznej, stosowanych przez psychologów chrześcijańskich.
2. Organizowanie sesji naukowych i konferencji.
3. Prowadzenie chrześcijańskich ośrodków psychoterapii i poradnictwa.
4. Działalność wydawnicza.
5. Współpraca z uczelniami wyższymi i placówkami naukowymi.
6. Prowadzenie spotkań i odczytów dla środowisk zainteresowanych problematyką psychoterapii i rozwoju życia religijnego.
7. Inicjowanie i organizowanie prac naukowo - badawczych oraz prowadzenie badań własnych w zakresie psychoterapii.
8. Organizowanie działań mających na celu rozwój własny (psychiczny i duchowy) członków Stowarzyszenia.
9. Organizowanie sekcji specjalistycznych, zajmujących się pogłębianiem wiedzy w dziedzinie psychologii oraz jej relacji do teologii życia wewnętrznego czy antropologii biblijnej.
10. Współpraca z innymi placówkami i organizacjami terapeutycznymi, wychowawczymi i lekarskimi.
11. Inicjowanie lub konsultowanie programów ochrony zdrowia psychicznego, programów edukacyjnych itp.
12. Współpraca z organizacjami międzynarodowymi.
13. Prowadzenie działalności medycznej, leczniczej, zakładanie i prowadzenie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

HISTORIA SPCh

Inicjatywa powołania Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich została podjęta w grudniu 1993 r. przez psychologów wierzących, którzy chcą realizować swoje powołanie zawodowe w duchu Ewangelii. Jest również wyrazem zrozumienia potrzeb tych pacjentów, którzy pragną być uszanowani w swoim doświadczeniu religijnym.

W pracach tych od początku byli zaangażowani zarówno katolicy, jak i protestanci, dlatego przyjęliśmy nazwę "Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich". Działalność SPCh ma charakter ekumeniczny.

20 września 1995 r. Stowarzyszenie zostało zarejestrowane w Sądzie Wojewódzkim w Warszawie. **Nr KRS 0000023117.**

Stowarzyszenie jest **organizacją pożytku publicznego** na mocy decyzji Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 5.01.2005 r.

Liczba osób zapisanych do Stowarzyszenia na koniec 2010 roku wynosiła 730 osób.

Kto może zostać członkiem SPCh?

Statut SPCh stanowi, że:

„**Członkiem zwyczajnym** Stowarzyszenia może zostać osoba będąca chrześcijaninem, posiadająca dyplom psychologa lub inny dyplom, upoważniający do wykonywania pracy psychologicznej lub psychoterapeutycznej, lub osoba posiadająca dyplom ukończenia Studium Poradnictwa SPCh, pragnąca realizować swoje powołanie zawodowe w duchu Ewangelii oraz akceptująca cele Stowarzyszenia.” (art.12, ust. 1).

"**Członkiem wspierającym** może zostać osoba, która akceptuje cele Stowarzyszenia i popiera jego cele statutowe materialnie, organizacyjnie lub moralnie." (art.13, ust.1).

Aby zostać członkiem SPCh, zwyczajnym lub wspierającym, należy wypełnić odpowiednią deklarację, przekazać ją do Zarządu Głównego SPCh lub do Zarządu Oddziału właściwego ze względu na miejsce zamieszkania oraz opłacić składkę członkowską na konto Oddziału lub – tam, gdzie nie ma oddziału - na konto ZG SPCh. Oddział obejmuje teren województwa.

Składka członkowska za rok 2011 wynosi **70 zł**.

Studenci psychologii do czasu ukończenia studiów mogą być członkami wspierającymi SPCh.

Deklaracja członkowska dostępna na stronie www.spch.pl.

DZIAŁALNOŚĆ SPCh w latach 1994-2010

1. OŚRODEK POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ i CENTRUM PSYCHOLOGICZNE SPCh

Ośrodek Pomocy Psychologicznej powstał we współpracy Zarządu Głównego SPCh i Caritas A.W., działa od 1 marca 1999 roku. Od czasu powstania Oddziału Warszawskiego SPCh kierowany jest przez Zarząd Oddziału. OPP mieści się w budynku Caritas ul. Bednarska 28/30, 00-320 Warszawa, otwarty jest codziennie. Zapisy telefonicznie w godz. 10.00-20.00. **Tel. 22- 828-54-83**.

Ośrodek świadczy usługi psychologiczne (psychoterapia krótko- i długoterminowa, poradnictwo - w zależności od diagnozy, terapia grupowa) w takich problemach jak: problemy małżeńskie, wychowawcze i rozwojowe, zaburzenia lękowe, depresje, zaburzenia osobowości, kryzysy, problem utraty dziecka, uzależnienie i współuzależnienie od alkoholu, uzależnienie od sekty, itp. W Ośrodku można skorzystać z pomocy psychologa, psychoterapeuty, psychiatry i księdza. W roku 2010 w Ośrodku miało miejsce ponad 10.000 przyjęć indywidualnych.

Centrum Psychologiczne SPCh „Spotkanie” przy ul. Kinowej 19, 04-030 Warszawa powstało we wrześniu 2009 r. z inicjatywy Zarządu Głównego SPCh. W Centrum odbywają się szkolenia (Studium Psychoterapii, Studium Poradnictwa/ Counsellingu, a także szkolenia krótkoterminowe), warsztaty oraz psychoterapia indywidualna i grupowa. **Tel. 697 011 207** w godz. 14.00-17.00. e-mail: spotkanie@spch.pl.

2. STUDIUM PSYCHOTERAPII SPCh

Studium Psychoterapii SPCh kształci psychoterapeutów w zakresie psychoterapii integratywnej w podejściu chrześcijańskim. Studium jest formą kształcenia podyplomowego spełniającą standardy kształcenia psychoterapeutów określone w projekcie ustawy o niektórych zawodach medycznych. Po wejściu w życie ww. ustawy wszystkie stowarzyszenia szkolące psychoterapeutów będą musiały uzyskać akredytację Ministra Zdrowia. Studium adresowane jest do osób, które ukończyły studia wyższe magisterskie tj. posiadają dyplom lekarza medycyny lub magistra w zakresie psychologii, nauk społecznych lub humanistycznych.

Program Studium obejmuje wykłady i warsztaty z bloków tematycznych: psychologia kliniczna i psychopatologia, podstawy psychoterapii, psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim, inne szkoły psychoterapeutyczne (poznawczo-behawioralna, psychoanaliza, psychodynamiczna, Gestalt, AT, systemowa terapia rodzin – 232 godz.), psychologia religii i duchowości (32 godz.), superwizje (w grupach do 10 osób oraz grupy Balinta – 100 godz.) oraz specjalne sesje warsztatowe.

Studium trwa 4 lata, każdego roku 8 spotkań od listopada do czerwca, raz w miesiącu: piątek-sobota oraz sesje warsztatowe: trening interpersonalny, intrapsychniczny, trening terapeutyczny grupowy, warsztaty umiejętności terapeutycznych (techniki terapii indywidualnej, grupowej, integratywnej) – łącznie 350 godzin doświadczenia własnego tzw. „self experience”, dodatkowe sesje z zakresu innych szkół psychoterapeutycznych. W trakcie szkolenia wymagane jest zdanie egzaminów z przedmiotów: podstawy psychoterapii, psychologia kliniczna i psychopatologia, psychologia religii i duchowości, psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim. Na IV roku uczestnik przedstawia pisemną pracę dyplomową z zakresu psychoterapii.

Ukończenie Studium oraz odbycie stażu (360 godz.), terapii własnej (min. 100 godz.) i superwizji indywidualnych (min. 65 godz.) umożliwia ubieganie się o certyfikat psychoterapeuty. Całość szkolenia do certyfikatu obejmuje 1367 godzin, a łącznie z 2-letnią (min. 255 godz.) praktyką psychoterapeutyczną pod superwizją – 1622 godzin. Szkolenie kończy się egzaminem do certyfikatu.

Informacje ws. Studium: e-mail studium@spch.pl, Tel. **0697 011 019** w godz. 9.00-17.00. Zgłoszenia na kolejną edycję Studium przyjmowane są do 20 maja danego roku. Druk zgłoszenia można pobrać ze strony www.spch.pl.

Kontakt do **Sekcji Psychoterapii SPCh**: Anna Dębska – sekretarz Sekcji: spch@spch.pl.

3. STUDIUM PORADNICTWA (COUNSELLINGU)

Studium Poradnictwa (Counsellingu) jest kształcą doradców chrześcijańskich/ counsellorów poprzez dostarczenie praktycznych umiejętności z zakresu pomocy psychologicznej dla osób pracujących w ośrodkach poradnictwa, posługujących we wspólnotach lub innych grupach i instytucjach, gdzie potrzebne są umiejętności i wiedza psychologiczna (pracownicy socjalni, pedagodzy, wychowawcy, inne zawody, które wymagają kontaktów z ludźmi).

Program Studium przewiduje dostarczenie wiedzy i umiejętności niezbędnych do prowadzenia poradnictwa, w formie wykładów i warsztatów dotyczących takich zagadnień jak:

- Podstawy kontaktu z klientem: pierwszy kontakt z klientem, kontrakt, diagnoza, techniki interwencji, mechanizmy obronne, przeniesienie, przeciwprzeniesienie, itp.,
- Psychologia kliniczna i psychopatologia: depresje, nerwice, zaburzenia osobowości, psychozy, problemy rodzinne, zespół postaborcyjny, uzależnienia, przemoc w rodzinie, itp.,
- Poradnictwo i psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim,
- Psychologia religii i duchowości, chrześcijańska koncepcja psychologiczna człowieka,
- A także główne kierunki w psychoterapii, zasady etyczne, superwizje.

Studium trwa 2 lata - 325 godzin dydaktycznych, w tym 225 godzin wykładów i warsztatów oraz 100 godzin treningów – self experience. Każdego roku obejmuje 8 spotkań od listopada do czerwca, raz w miesiącu: piątek-sobota oraz 2 dodatkowe sesje warsztatowe (trening interpersonalny, komunikacji, intrapsychniczny, warsztaty umiejętności doradczych).

Ukończenie Studium oraz odbycie terapii własnej i superwizji indywidualnych umożliwia ubieganie się o certyfikat doradcy /counsellora. Do certyfikatu doradcy wymagane jest min. 425 godzin szkolenia, a łącznie z praktyką pod superwizją - min. 625 godzin.

Informacje ws. Studium: e-mail studium@spch.pl. Zgłoszenia na kolejną edycję Studium przyjmowane są do 20 maja danego roku. Druk zgłoszenia można pobrać ze strony www.spch.pl. Kontakt do **Sekcji Poradnictwa SPCh**: e-mail poradnictwo@spch.pl, www.poradnictwo.spch.pl.

4. KONFERENCJE NAUKOWE

Od 1994 r. SPCh zorganizowało 13 ogólnopolskich konferencji:

1. *"Duchowość chrześcijańska a rozwój psychiczny"* - 1994, z udziałem m.in. przedstawiciela Oraterapii - nurtu psychoterapii chrześcijańskiej we Francji.
2. *„Wiara, psychologia, psychoterapia”* – 1996. Zajęcia prowadzili wykładowcy polscy oraz goście z Grecji, Kanady i Niemiec.

3. *"Psychoterapia chrześcijańska"* - 1997. Zajęcia prowadzili terapeuci z Akademii Psychologii Chrześcijańskiej IGNIS w Niemczech oraz wykładowcy z Polski.
4. *„Psychologia wobec życia i śmierci”* – 1998. Wykłady i warsztaty prowadzone były przez specjalistów z Polski oraz z Chrześcijańskiego Ośrodka Terapeutycznego w Wielkiej Brytanii.
5. *„Psychologia wobec dobra i zła”* – 1999. Wykładowcy z Polski i Niemiec.
6. *„Zintegrowany rozwój człowieka w zjednoczonej Europie”* - 2000. Wykłady i warsztaty prowadzone przez gości z Wielkiej Brytanii, Niemiec, Grecji, Belgii i Polski.
7. *"Psychologia wobec prawdy i fałszu"* 2001. Z udziałem gości z Niemiec i Wielkiej Brytanii.
8. *„Psychologia i psychoterapia a miłość bliźniego”* - 2002. Z udziałem gości z Włoch i Belgii.
9. *„Psychologia i psychoterapia wobec cierpienia”* - 2003. Z udziałem gości z Austrii i Ukrainy.
10. *"Psychologia i psychoterapia chrześcijańska - teoria i praktyka"* – 2004. Międzynarodowa konferencja z udziałem Association of Christian Counsellors in Europe (ACC-Europe) i European Movement for Christian Psychology and Anthropology (EMCPA).
11. *"Psychologia i psychoterapia wobec zaburzeń osobowości"*, 2005. Z udziałem 180 uczestników z całej Polski.
12. *„Od depresji do pokoju ducha”*, 2007. Z udziałem przedstawicieli różnych kierunków psychoterapii.
13. *„Terapia lęku z perspektywy różnych szkół psychoterapeutycznych”*, 2009, konferencja z udziałem dr Erica Johnsona, prezesa Society for Christian Psychology w USA oraz przedstawicieli różnych kierunków psychoterapii.
14. *„Duchowość i seksualność”*, 2010, konferencja połączona z obchodami XV-lecia SPCh..

5. WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA

Stowarzyszenie jest członkiem organizacji międzynarodowych:

Europejski Ruch Chrześcijańskiej Antropologii, Psychologii i Psychoterapii (European Movement for Christian Anthropology, Psychology and Psychotherapy – EMCAPP, dawniej EMCPA) www.emcapp.eu oraz

Europejska Federacja Stowarzyszeń Doradców Chrześcijańskich (Association of Christian Counselors in Europe – ACC Europe) www.acc-eu.org.

Sekcja Psychoterapii SPCh jest członkiem zwyczajnym **Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii** (European Association for Psychotherapy – EAP) www.europsyche.org.

SPCh współpracuje z zagranicznymi organizacjami psychologicznymi:

1. Akademia Psychologii Chrześcijańskiej IGNIS w Niemczech www.ignis.de,
2. Stowarzyszenie Psychologii Chrześcijańskiej, USA (Society for Christian Psychology) www.christianpsych.org,
3. Brytyjskie Stowarzyszenie Chrześcijanie w Psychologii (British Association of Christians in Psychology - BACIP, dawniej NeCiP) www.bacip.org.uk,
4. Włoskie Stowarzyszenie Psychiatrów i Psychologów Katolickich (Italian Association of Catholic Psychiatrists and Psychologists – AIPCC) www.aipcc.net,
5. Chrześcijańskie Stowarzyszenie Psychiatrów, Psychologów i Psychoterapeutów w Holandii www.cvppp.nl,
6. Instytut Chrześcijańskiej Psychologii, Terapii i Pedagogiki w Szwajcarii www.icptp.ch,
7. Stowarzyszenie Doradców Chrześcijańskich w Finlandii www.accfinland.org (ACC Finland skupia doradców - counsellorów, a także psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów),
8. Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich w Danii www.kristne-psykologer.dk,
9. Rosja: Instytut Psychologii Chrześcijańskiej w Moskwie, Ośrodek Pomocy Psychologicznej w Krasnojarsku,
10. Tajwan: Seminarium Luterskie, Uniwersytet Tajwański,
11. Instytut Psychologii Chrześcijańskiej, Johannesburg, Południowa Afryka www.icp.org.za.

SPCh jest stałym uczestnikiem **Europejskich Sympozjów Psychologii Chrześcijańskiej i Antropologii** (1997 - Niemcy, 1999 - Polska, 2002 – Niemcy, 2003 – Polska, 2004 – Włochy, 2005 - Wielka Brytania, 2007 – Polska, 2008 – Polska, 2009 - Polska). X Sympozjum EMCAPP planowane jest w Moskwie w dn. 2-5 maja 2011 r.

SPCh uczestniczy także w corocznych Spotkaniach Liderów ACC-Europe (2002–Francja, 2003–Wielka Brytania, 2004–Polska, 2005–Szwajcaria, 2006–Finlandia, 2007-Wielka Brytania, 2008-Francja, 2009-Dania, 2010-Belgia).

Od 2007 roku przedstawiciele SPCh uczestniczą systematycznie w posiedzeniach Zarządu Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii (EAP), które odbywają się trzy razy każdego roku w różnych miastach europejskich.

6. WSPÓLPRACA OGÓLNOPOLSKA

SPCh należy do Polskiej Rady Psychoterapii www.psychoterapiawpolsce.pl działającej od 2006 roku i skupiającej przedstawicieli stowarzyszeń szkolących i/lub certyfikujących psychoterapeutów. Rada bierze udział w pracach dotyczących projektu ustawy o niektórych zawodach medycznych regulującej między innymi zawód psychoterapeuty. Przedstawiciele SPCh uczestniczą w posiedzeniach PRP, odbywających się co miesiąc od 4 lat, a także w konsultacjach społecznych prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia.

SPCh jest członkiem Polskiej Federacji Psychoterapii www.pfp.pl, której celem jest dbałość o zachowanie standardów psychoterapii i etykę zawodową psychoterapeutów oraz o zgodność tych standardów z wymaganiami Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii. PFP jest organizacją ogólnopolską z siedzibą w Krakowie. Zrzesza organizacje psychoterapeutyczne oraz indywidualnych psychoterapeutów różnych kierunków teoretycznych, w oparciu o Strasburską Deklarację Psychoterapii z 1990 roku. PFP reprezentuje Polskę w Europejskim Stowarzyszeniu Psychoterapii (wspólnie z Sekcją Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego).

SPCh jest organizacją partnerską Fundacji Wspólna Droga – United Way.

7. DZIAŁALNOŚĆ WYDAWNICZA

Od 1996 roku wydawany jest Biuletyn SPCh (ponad 50 numerów). W serii "Biblioteka psychologii chrześcijańskiej" ukazały się następujące pozycje:

- 1.** Jaworski R. (1999) Ku pełni życia.
- 2.** Tokarski S. (2001) Dojrzałość religijna osób należących do wspólnot neokatechumenalnych.
- 3.** Jaworski R. red. (2002) Rozwój zintegrowany.
- 4.** Rusak A., Jaworski R., Simon W. red. (2004) Wobec cierpienia.
- 5.** May W. (2005) Bezpieczne granice.
- 6.** Hinc M., Jaworski R. red. (2005) Psycholodzy chrześcijańscy wobec problemów człowieka.
- 7.** Tokarski S. red. (2006) Osoba, osobowość, zaburzenia osobowości.
- 8.** Jackowska E. red. (2006) Psychologia i psychoterapia chrześcijańska w teorii i praktyce.
- 9.** Jaworski R. red. (2007) W poszukiwaniu skutecznej pomocy.
- 10.** Niemirowski T. (2008) Od poczęcia do przeobstwienia.
- 11.** Tokarski S. red. (2009) Od depresji.
- 12.** SPCh (2008) Association of Christian Psychologists.
- 13.** SPCh (2009) Informator. Psychoterapia Integratywna w podejściu chrześcijańskim: Definicja. Historia, badania, literatura. Metoda terapii.
- 14.** Niemirowski T. (2010) O możliwości psychologii chrześcijańskiej.

Wydano także: kasetę video z konferencji SPCh "Psychologia i psychoterapia wobec cierpienia", płyty CD z materiałami z konferencji SPCh: 2004: „Psychologia i psychoterapia chrześcijańska w teorii i praktyce”, 2005: „Psychologia i psychoterapia wobec zaburzeń

osobowości”, 2007: „Od depresji do pokoju ducha” oraz Informator SPCh 2007. W Informatorze SPCh wydanym w 2009 roku przedstawione zostały podstawy Psychoterapii Integratywnej w podejściu chrześcijańskim: Definicja. Historia, badania, literatura. Metoda terapii. W 2010 r. ukazały się dwa kolejne Biuletyny SPCh.

8. PROJEKT CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO I DUCHOWEGO "TABOR"

Zarząd Główny SPCh przyjął projekt pn. "Tabor" jako kierunkowy dla dalszego rozwoju Stowarzyszenia. Zadaniem Centrum będzie działalność usługowa (medyczna i psychologiczna) oraz edukacyjno-formacyjna w zakresie:

- psychoterapii z uwzględnieniem wymiaru duchowego,
- reintegracji społecznej osób z zaburzeniami w sferze emocjonalno-psychicznej,
- promocji zdrowia psychicznego i duchowego.

W ramach Centrum planowane jest prowadzenie działalności usługowej:

- psychoterapeutycznej - psychoterapia indywidualna i grupowa,
- psychiatrycznej,
- naukowo-szkoleniowej – Studium Psychoterapii, Studium Poradnictwa (Counsellingu), konferencje naukowe, badania, publikacje.

Docelowo projekt zakłada utworzenie części hostelowej umożliwiającej prowadzenie psychoterapii grupowej w warunkach stacjonarnych.

Projekt "TABOR" uzyskał bardzo pozytywną opinię prof. dr hab. Jacka Wciórki - Wojewódzkiego Konsultanta ds. Psychiatrii dla województwa mazowieckiego.

SPCh poszukuje środków na kupno lokalu na Centrum TABOR. Będziemy wdzięczni wszystkim osobom lub instytucjom, które udzielią wsparcia temu projektowi.

ORGANIZACJA STOWARZYSZENIA

1. Władze Stowarzyszenia

Zarząd Główny SPCh w kadencji 2010-2013: ks. dr hab. Romuald Jaworski - przewodniczący, Emil Walendzik – zastępca przewodniczącego, ks. dr Stanisław Tokarski – zastępca przewodniczącego, Hanna Małecka - sekretarz, Katarzyna Ornat - skarbnik, Anna Ostaszewska - członek, przewodnicząca Sekcji Psychoterapii, Wiesława Jędrzejewska – członek, przewodnicząca Sekcji Poradnictwa, Anna Dębska - członek, o. dr Mateusz Hinc – członek oraz przewodniczący oddziałów terenowych SPCh: Ewa Kohnke (Gdańsk), Maria Rozmiarek (Poznań), Henryka Machej (Kraków), Anna Kołodziejczyk (Warszawa), Justyna Serafin-Wójkowska (Katowice), Anna Wiśniewska (Toruń), Mirosław Skiba (Wrocław).

Komisja Rewizyjna: Agnieszka Góral-Nowakowska, Andrzej Mielecki, Tomasz Niemirowski.

Komisja Etyczno-Mediacyjna: Ewa Maciocha, Alicja Furmanik, Władysław Schinzel.

2. Sekretariat Stowarzyszenia

Sekretariat SPCh mieści się w Centrum Psychologicznym SPCh „Spotkanie”, ul. Kinowa 19, 04-030 Warszawa. Tel. **697 011 019**, pon-pt. w godz. 9.00-17.00, sob. w godz. 10.00-13.00.

E-mail: spch@spch.pl Strona internetowa: www.spch.pl.

Konto SPCh: PEKAO S.A. III o/Wa-wa nr 42 1240 1040 1111 0010 1541 6402.

3. Oddziały Terenowe SPCh

I. Gdańsk

Przewodniczącą Zarządu Oddziału Gdańskiego SPCh jest Ewa Kohnke. Sekretarz: Agnieszka Kamińska. Spotkania Oddziału odbywają się w Centrum Pomocy Psychologicznej w Gdyni, ul. Portowa 11, tel. **58-661 80 55**. www.spch-gdansk.pl, e-mail: spchgdansk@wp.pl.

Nr konta Oddziału: **Bank Rumia 56 1610 1188 0015 71112000 0001.**

II. Poznań

Przewodniczącą Zarządu Oddziału Poznańskiego SPCh jest Maria Rozmiarek.

Spotkania otwarte odbywają się w drugie poniedziałki miesiąca o godz.18.30 w Ośrodku Pomocy Psychologicznej: Poznań, ul. Konarskiego 6/2 (przy rondzie Śródka). Informacja i zapisy: pon. – pt. 10.00-12.00 i 16.00-18.00, **tel. 61-877 42 11**. e-mail: spch.poznan@wp.pl

III. Kraków

Przewodniczącą Zarządu Oddziału Krakowskiego SPCh jest Henryka Machej. Spotkania Oddziału odbywają się w drugi czwartek miesiąca, o godz.18.00, ul. Loretńska 11, Klasztor OO. Kapucynów. Kontakt do oddziału tel. **12-433 51 50**, e-mail: krakow@spch.pl.

IV. Katowice

Przewodniczącą Zarządu Oddziału Katowickiego SPCh jest Justyna Serafin-Wójkowska. Spotkania Oddziału odbywają się w Ośrodku Poradnictwa i Terapii Psychologicznej: 40-093 Katowice, ul. Chopina 6/6a, rejestracja pon.-czw: 14.00- 16.00, w piątki: 9.00-11.00, **tel. 32-253 84 86**.

<http://spchkatowice.ovh.org> .e-mail: katowice@spch.pl .

Nr konta Oddziału: GetinBank **96 1050 1108 0000 9060 0041 3524**.

V. Warszawa

Przewodniczącą Oddziału Warszawskiego SPCh jest Anna Kołodziejczyk. Kontakt do Oddziału: Ośrodek Pomocy Psychologicznej SPCh, ul. Bednarska 28/30, 00-322 Warszawa, **tel. 22- 828 54 83** <http://www.opp.bednarska.warszawa.pl/>,: .

Nr konta Oddziału: WBK **46 1090 1030 0000 0001 0546 7474**.

VI. Toruń

Przewodniczącą Oddziału Toruńskiego SPCh jest Anna Wiśniewska, . Kontakt do oddziału e-mail: torun@spch.pl. Oddział współpracuje w tworzeniu Katolickiego Ośrodka Psychologiczno – Pastoralnego „Cyrenejczyk”, Toruń, przy Starym Rynku 30/6, **tel. 56-657 77 90**, codziennie w godz. 10.00-19.00. e-mail: poradnia@diecezja.torun.pl, www.poradnia.diecezja.torun.pl.

VII. Wrocław

Nowy Oddział SPCh powstał we Wrocławiu w 2010 r.. Informacje i kontakt: Mirosław Skiba, e-mail: wroclaw@spch.pl

PSYCHOTERAPIA INTEGRATYWNA W PODEJŚCIU CHRZEŚCIJAŃSKIM

I. DEFINICJA

Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim jest formą psychologicznej pomocy człowiekowi, która bazując na założeniach antropologii chrześcijańskiej korzysta zarówno z dorobku różnych kierunków psychoterapeutycznych, jak i wypracowanych metod własnych, aby prowadzić osobę do psycho-fizyczno-duchowego zdrowia i rozwoju.

Stosuje się tu zintegrowane podejście do osoby respektujące jej wolność i godność. Integracja dotyczy poziomów: emocjonalnego, poznawczego, wolitywnego, behawioralnego, biologicznego i duchowego osoby. Podejście zintegrowane zakłada świadome i adekwatne do konkretnego problemu pacjenta korzystanie z dorobku różnych szkół psychoterapeutycznych, który nie jest sprzeczny z chrześcijańską wizją człowieka. Zakłada także znaczenie wewnętrznej integracji psychoterapeuty dla efektywności terapii.

Integratywność rozumiana jest w trzech kontekstach:

1. Zintegrowana koncepcja osoby jako jedności w rozumieniu antropologii chrześcijańskiej.
2. Zintegrowany sposób korzystania z dorobku różnych szkół psychoterapii, dostosowany do problemu pacjenta i etapu terapii.
3. Znaczenie integracji wewnętrznej psychoterapeuty dla efektywności terapii.

ŹRÓDŁA

Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim wypracowywana przez psychologów i psychoterapeutów w Polsce, nawiązuje do prac naukowych i doświadczeń stowarzyszeń zagranicznych. Identyfikuje się z jednym z metazożeń psychoterapeutycznych, wymienianych przez European Movement for Christian Psychology and Anthropology - EMCPA (Europejski Ruch Psychologii Chrześcijańskiej i Antropologii), tj. *„Terapeuta, który stosuje podejście chrześcijańskie w psychoterapii przez uwzględnianie i rozwijanie specyficznych celów, metod i pożądanых efektów zgodnie z chrześcijańskimi przekonaniami. Ten model praktyki psychoterapeutycznej jest rozwijany i weryfikowany przy użyciu tych samych naukowych metod, które stosowane są w innych podejściach terapeutycznych, ale z uwzględnieniem faktu, że Bóg daje nam zarówno rozum jak i odkupienie. Terapeuta oddaje chwałę Bogu, ale również uznaje wartość naukowej ewaluacji. Ufa Bogu przede wszystkim, ale także ludzkiemu rozumowi.”*

Ten rodzaj psychoterapii bazuje na antropologii chrześcijańskiej (personalizm), odwołuje się do wolności i godności osoby ludzkiej, świadomej i uwarunkowanej zarówno kontekstem biologicznym jak i społecznym (L. Rulla). Jest bliski innym podejściom integratywnym i holistycznym, a także logoterapii Frankla, psychoterapii poznawczej i humanistyczno-egzystencjalnej (R. May, M. Buber). Jego specyfiką jest uwzględnianie w kontakcie z pacjentem relacji pacjenta i terapeuty do Boga osobowego i traktowanie rzeczywistości nadprzyrodzonej jako realnej i mającej wpływ na życie ludzkie.

CELE

Celem psychoterapii integratywnej w podejściu chrześcijańskim jest leczenie oraz wzmocnienie zdrowia i rozwoju osoby.

Rozwój ukierunkowany jest na realizację życia w pełni, które zakłada rozwój i integrację sfery biologicznej, psychicznej (emocjonalnej, poznawczej, wolitywnej), behawioralnej i duchowej oraz optymalne funkcjonowanie w perspektywie doczesnej i wiecznej.

W praktyce oznacza to:

1. umiejętność integrowania życiowych doświadczeń w kierunku rozwoju,
2. świadomość własnych emocji i potrzeb,
3. rozwijanie potencjału intelektualnego (poznawczego),
4. świadomość własnych celów i wartości,

5. podejmowanie decyzji w sposób świadomy i w wolności,
6. wykorzystywanie własnego potencjału w realizacji życiowych celów i relacjach,
7. umiejętność rozeznawania swoich spraw duchowych.

Rezultaty i ocena efektywności terapii uwzględniają wymiar fizyczny, psychiczny, behawioralny, relacyjny, społeczny i duchowy.

STRATEGIE I TECHNIKI

Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim stosuje strategie i techniki stosowane w innych podejściach (psychodynamiczne, poznawczo-behawioralne, egzystencjalno-humanistyczne, logoterapia, analiza transakcyjna, systemowa terapia rodzin). Stosuje i rozwija również specyficzne strategie i techniki, zwłaszcza personalistyczne i duchowe. Dotyczą one wzmacniania osoby jako całości, jej samoświadomości, świadomości celów i decyzji oraz relacji danej osoby z osobą Boga.

ETAPY TERAPII

Etapy psychoterapii to:

1. Wywiad
2. Diagnoza
3. Planowanie interwencji, kontrakt
4. Interwencje
5. Integracja

Etapy procesu psychoterapeutycznego mają charakter dynamiczny. We wszystkich etapach terapii uwzględniany jest wymiar biologiczny, emocjonalny, poznawczy, wolitywny, behawioralny i duchowy. Interwencja zakłada dyrektywność lub niedyrektywność terapeuty w zależności od rodzaju problemu i etapu procesu terapeutycznego. Zawsze zakłada wykorzystanie zasobów pacjenta wewnętrznych i zewnętrznych, naturalnych i nadprzyrodzonych. Integracja polega na włączeniu nowych treści do dawnego obszaru identyfikacji, co wyraża się w realnej zmianie.

Deklaracja EMCPA 2006

European Movement for Christian Psychology and Anthropology - EMCPA www.emcpa.eu
(Europejski Ruch Psychologii Chrześcijańskiej i Antropologii).

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

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

II. HISTORIA, BADANIA, LITERATURA

„Jest absurdem zakładać, że psychoterapeuta może odłożyć własne wartości, które czasami mogą być wyrażane wprost, ale zawsze są obecne implícite w jego zachowaniach i postawach.”

K. Evans, M. Gilbert (2005) An Introduction to Integrative Psychotherapy, New York: Palgrave Macmillan.

Kenneth Evans – prezes Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii Integratywnej –European Association for Integrative Psychotherapy, były prezes Europejskiego Stowarzyszenia Psychoterapii Gestalt, były prezes European Association for Psychotherapy.

„Systemy psychoterapeutyczne mogą stopniowo tracić osobowość, ale odzyskują duszę. Po latach starań o uznanie tej dyscypliny i unikania wszelkich związków z kwestiami moralnymi psychoterapeuci coraz częściej włączają do terapii treści duchowe i religijne. Religijność i duchowość wkracza do terapii w różnych momentach i różnymi drogami. Część pacjentów może potrzebować terapii jawie religijnej; poza tym około 92 procent obywateli USA należy do jakiegoś wyznania, a 96 procent wierzy w Boga lub wyższe siły (Shafranske, 1996). Terapię często prowadzą osoby duchowne lub może się ona odbywać w ramach poradnictwa duszpasterskiego. Terapeuta może określać siebie wprost mianem terapeuty „żydowskiego”, „chrześcijańskiego” lub jeszcze innego. W każdym razie wielu klientów (i terapeutów) będzie angażować swoje duchowe i religijne przekonania, próbując radzić sobie ze stresem i problemami emocjonalnymi.

W ciągu dwóch ostatnich dekad ilość i jakość literatury na temat religii i duchowości w psychoterapii wyraźnie wzrosła. Powszechna w latach 70. i 80. XX wieku świadomość związku psychoterapii ze światem wartości skutkuje zwróceniem uwagi na religijną różnorodność klientów. Ostatnio ukazała się seria ważnych książek, które zachęcają psychoterapeutów do włączania do terapii elementów duchowych – wszędzie tam, gdzie to stosowne (np. Kelle, 1995; Miller, 1999; Richards i Bergin, 2000; Shafranske, 1996).

Psychoterapia zawsze w pewnym sensie była „leczeniem duszy”, ale w przyszłości religia i duchowość będzie w niej obecna w sposób bardziej specyficzny i otwarty. Klinicyści włączają religię i duchowość jako standardowy wymiar diagnozy klinicznej, szczególnie jako źródło potencjalnej siły i wsparcia społecznego. Będą otwarci na życzenia klienta, aby w trakcie terapii wprost poruszać kwestie religijne i duchowe, czy też uwzględniać religijny wymiar wielu problemów życiowych. Część klinicystów podejmie się prowadzenia terapii uwzględniających religię, które są dostępne i skuteczne, jak dowodzą wyniki wstępnych badań dotyczących leczenia depresji (Worthington i Sandage, 2002). W przystosowaniu metod leczenia i relacji terapeutycznej do indywidualnego pacjenta ten rodzaj terapii może okazać się bardziej skuteczny niż zwykłe terapie w odniesieniu do bardzo religijnych klientów, którzy wolą interwencje zgodne z ich światopoglądem religijnym.”

Prochaska, J. O., Norcross J. C. (2006). Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Warszawa: IPZ, rozdział „Przyszłość psychoterapii”, s. 608-609.

HISTORIA

Zainteresowanie tematyką religijności i duchowości w psychoterapii niezwykle wzrosło w latach 70. i 80. XX wieku. W konferencjach Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychologicznego (American Psychological Association) pojawiły się regularne sesje dotyczące religii. W różnych krajach świata powstały organizacje integrujące psychologię i psychoterapię z chrześcijaństwem np: 1988 – Akademia Psychologii Chrześcijańskiej IGNIS w Niemczech; 1992 – Chrześcijańskie Stowarzyszenie Psychologów, Psychiatrów i Psychoterapeutów w Holandii; 1995 – Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich w Polsce; 1997 – Europejski Ruch Psychologii Chrześcijańskiej i Antropologii; 2003 – Society for Christian Psychology w USA (2 500 członków, w tym ok. 500 profesorów psychologii).

Ukazało się wiele publikacji nt. integracji religii i duchowości w psychoterapii. „W ciągu dwóch ostatnich dekad ilość i jakość literatury na temat religii i duchowości w psychoterapii wyraźnie wzrosła.” (Prochaska, 2006, s. 609). Przykłady:

1977 - *Psychology as Religion*, P. Vitz. (2. wyd.1994, wydanie polskie 2002). Paul Vitz jest dziś nazywany nestorem psychologii chrześcijańskiej.

- 1986 – Artykuł Worthingtona zawierający przegląd badań empirycznych nt. religii w psychoterapii i counsellingu publikowanych w latach 1984-1994.
- 1992 - Badania empiryczne: Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., & Dean, T. *Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals*. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 94-103.
- 1996 - Shafranske, E. P. (red.). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association (APA).
- 1999 - Miller, W.R. *Integrating Spirituality into Treatment. Resources for Practitioners*. Washington. DC: APA.
- 2000 - Richards, P. S., Bergin, A. E. *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: APA.
- 2002 - Worthington, E. L. Jr., Sandage, S. J. *Religion and spirituality*. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.
- 2002 - Schreurs, A. (Holandia) *Psychotherapy and Spirituality. Integrating the Spiritual Dimension into Therapeutic Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- 2004 - Richards, P. S., & Bergin, A. E. (Eds.). *Casebook for a spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: APA.
- 2005 - Richards, P. S., & Bergin, A. E. *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* Washington, DC: APA.
- 2005 - Miller, W. R., & Delaney, H. D. (Eds.). *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change*. Washington, DC: APA.
- 2005 - Sperry, L., & Shafranske, E. P. (Eds.) *Spiritually oriented psychotherapy*. Washington, DC: APA
- 2007 – McMinn M. C., Campbell C. D. *Integrative Psychotherapy. Toward a Comprehensive Christian Approach*. Downers Grove, IL: InterVarsity.
- 2007 – Badania empiryczne: Wade N.G., Worthington E.W., Vogel J. and D. *Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy*. *Psychotherapy Research*, 17(1): 91-105.

BADANIA NAD EFEKTYWNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII CHRZEŚCIJAŃSKIEJ

Wade N.G., Worthington E.W., Vogel J. and D. (2007) *Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy*. In: *Psychotherapy Research*, 17(1): 91-105.

W artykule zaprezentowano przegląd badań nad zastosowaniem interwencji religijnych w praktyce terapeutycznej. Zarówno terapeuci religijni jak i niereligijni zgadzają się, iż niektóre formy interwencji takie jak omawianie doświadczeń religijnych czy cicha modlitwa za klientów mogą znaleźć zastosowanie w terapii. Zgadzają się też, że niektóre formy interwencji nie powinny być stosowane, na przykład wspólna modlitwa z klientem lub zachęcanie do podjęcia lub porzucenia praktyk religijnych.

Z badań nad efektywnością interwencji o charakterze religijnym wynika, że zintegrowana terapia religijna jest tak samo skuteczna jak tradycyjna psychoterapia.

Wykazano, że występowanie interakcji między religijnym zaangażowaniem klienta i zastosowaniem interwencji religijnych może pozytywnie wpływać na poczucie bliskości relacji terapeutycznej i poprawę funkcjonowania klienta. Oznacza to, iż stosowanie interwencji spójnych ze światopoglądem klienta może zwiększyć poczucie bliskości między klientem i terapeutą i przyczynić się do poprawy funkcjonowania klienta, niezależnie od rzeczywistego poziomu zaangażowania religijnego terapeuty, przy czym największe korzyści z interwencji religijnych odnoszą klienci o większym zaangażowaniu religijnym.

Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., & Dean, T. (1992). *Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals*. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 60, 94-103.

Osoby religijne, chore na depresję, które uczestniczyły w terapii poznawczo-behawioralnej z włączeniem interwencji religijnych wykazały w badaniach po leczeniu większą redukcję depresji, większe postępy w funkcjonowaniu społecznym i ogólnym samopoczuciu niż grupa pacjentów korzystająca z tradycyjnej terapii poznawczo-behawioralnej.

Hawkins, R. S., Tan, S., & Turk, A. A. (1999). *Secular versus Christian inpatient cognitive-behavioral therapy programs: Impact on depression and spiritual well-being.* *Journal of Psychology & Theology*, 27, 309-18.

Badania wykazały, że zgodna z wartościami religijnych pacjentów terapia (CCBT) może być bardziej efektywna niż tradycyjna terapia poznawczo-behawioralna (CBT).

Wykazano wysoką korelację między redukcją depresji a poprawą samopoczucia duchowego (spiritual well being – SWB) u wszystkich uczestników badania.

Worthington, E.L., Kurusu T.A., McCullough M.E., Sandage S.J. (1996) *Empirical Research on Religion and Psychotherapeutic Processes and Outcomes - A 10-Year Review and Research Prospectus.* *Psychological Bulletin*, Vol. 119, No. 3, 448-487, © by the American Psychological Association

Autorzy dokonali przeglądu 148 artykułów nt. badań empirycznych dotyczących religijności i psychoterapii lub counselingu. Z przeprowadzonej analizy wynika, że nastąpiła znacząca poprawa jakości metodologicznej tych badań, które obecnie spełniają odpowiednie naukowe standardy. Osoby religijne nie mogą być traktowane jako psychicznie niezdrowe, a religijność nie powoduje negatywnych skutków dla zdrowia psychicznego (obalono tezy Alberta Ellisa - 1971, 1980). Autorzy sugerują rozwijanie badań dotyczących psychoterapii i counsellingu wobec osób religijnych.

INNE BADANIA

PSYCHOTERAPEUCI I ŚWIATOPOGŁĄD

Shafranske i Malony (1990) uzyskali wyniki dla losowej próby kalifornijskich psychologów terapeutów, z których wynika, że trzy czwarte z nich doszukuje się podstawowego źródła własnej religijności poza tradycyjnymi religiami, jednocześnie prawie 80% sądzi, że nie należy unikać zajmowania się kwestiami religijnymi i duchowymi w trakcie psychoterapii, natomiast dla 47% samo uprawianie psychoterapii pogłębiło ich osobiste zainteresowanie problematyką religijną (duchowością).

Zdecydowana większość ankietowanych terapeutów wyrażała chęć omawiania problemów natury religijnej w ramach superwizji (85%) i jednocześnie uważała, że problemy z zakresu psychologii religii powinny stanowić istotny składnik edukacji terapeutycznej (70%).

R. L. Sorensen (1994) wykazał na drodze badań empirycznych, że nie tylko osobiste zapatrywania światopoglądowe, ale to w jaki sposób podejmowane były problemy natury religijnej w trakcie terapii samego terapeuty, w istotny sposób wpływa na jego postawę wobec roli doświadczeń religijnych w prowadzonych przez niego sesjach terapeutycznych.

1. Sorensen R. L (1994) *Therapists' (and their therapists') God representation in clinical practice.* *Journal of Psychology and Theology*, 22, 4, 325-344.
2. Shafranske E. D, Malony H.N. (1990) *California psychologists' religiosity and psychotherapy.* *Journal of Religion and Health*, 29, 3, 219-231.

IDEOLOGICZNE PRZECIWPZENIESIENIE

John Gartner (1990) wraz ze współpracownikami przeprowadził badania empiryczne pokazujące możliwość wpływu światopoglądu diagnosty na stawianą diagnozę psychologiczną. Przebadali oni blisko czterystu psychologów klinicznych, którym dawali do oceny dwa przypadki. Pierwszy z nich

dotyczył osoby reprezentującej wyraźne zaangażowanie ideologiczne (polityczne bądź religijne), drugi był pod tym względem neutralny. Okazało się, że przypadki osób 'ideologicznych' były oceniane istotnie bardziej negatywnie i identyfikowano u nich częściej zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, a rzadziej zaburzenia lękowe niż w grupie kontrolnej. Podsumowując te badania Gartner sformułował tezę o konieczności świadomego unikania tego, co nazwał 'ideologicznym przeciwprzeniesieniem'.

1. Gartner J., Carbo R. A. (1994) *Serving two masters? Commentary on "Dealing with religious resistances in psychotherapy"*. Journal of Psychology and Theology, 22, 4, 259-260.

Giglio (1993) sugeruje, że aby 'uniknąć negatywnych skutków przeciwprzeniesienia, terapeuci muszą być wrażliwi na wartości pacjentów oraz być świadomi własnych postaw wobec religii' (s. 15). Zachęca też terapeutów do ujawniania własnych odnośnych postaw i przekonań. Hawkins i Bullock (1995) proponują dokonywać określenia perspektyw ideologicznych przez terapeutę i klienta w ramach ustalania kontraktu terapeutycznego.

W pracy Jacka Santorskiego (1998) czytamy: „Przed wyborem terapeuty należy zapytać go w jakim stylu pracuje, jakimi wartościami się kieruje. Są np. terapeuci, którzy kierują się wartościami chrześcijańskimi, inni buddyjskimi. Dla wielu ludzi może być ważne, że otrzymują pomoc duchowo-psychologiczną spójną z ich systemem wartości. Inni mają prawo szukać terapeutów neutralnych religijnie”.

1. Giglio J. (1993) *The impact of patients' and therapists' religious values in psychotherapy*. Hospital and Community Psychiatry, 44, 8, 768-771.

2. Hawkins I. A., Bullock S. L (1995) *Informed consent and religious values: a neglected area of diversity*. Psychotherapy, 32, 2, 293-300.

3. Santorski, J. (1998) *Jak żyć, żeby nie zwariować?*

POWODY DLA INTEGRACJI WYMIARU CHRZEŚCIJANSKIEGO W TERAPII

PACJENCI

1. Wielu pacjentów odczuwa, że kluczowo ważne dla ich życia doświadczenia religijne są nie rozumiane, a ich znaczenie jest pomniejszane przez terapeutów o odmiennym światopoglądzie.

2. Psychoterapia nieraz prowadzi do konsekwencji w zasadniczy sposób nie dających pogodzić się z ich wiarą.

3. Do skrajnych przypadków, w odczuciu takich pacjentów, należy traktowanie głębokich doświadczeń religijnych jako wymagających leczenia przejawów patologii.

4. Wielu osób duchownych (księży, osoby zakonne) nie korzysta z terapii mimo nieraz poważnych problemów psychicznych, ponieważ – punkty 1-3.

5. Pacjenci obawiają się zmiany swoich przekonań i wartości - wskutek terapii - na zbliżone do przekonań i wartości terapeutów („psychicznie poczuje się może lepiej ale duchowo gorzej”).

6. Wielu pacjentów nie wierzy w „neutralność światopoglądową” terapeutów.

7. Wielu pacjentów, którzy przeżyli raniące doświadczenia z osobami duchownymi lub w ramach struktur kościelnych, nie chce opowiadać o tym osobom niewierzącym lub wrogo nastawionym do religii, w związku z tym unika przepracowywania tych doświadczeń.

8. Pacjenci identyfikujący się z chrześcijaństwem używają skrótów językowych, które lepiej mogą być rozumiane przez terapeutów znających ten język.

9. Pacjenci preferują psychoterapeutów, którzy dzielą ich wartości i przekonania religijne.

10. Część pacjentów, także niewierzących poszukuje terapeutów o określonym systemie wartości, którzy są zintegrowani wobec wartości uniwersalnych reprezentowanych przez chrześcijaństwo.

TERAPEUCI

1. Terapeuci, którzy identyfikują się z chrześcijaństwem, nierzadko odczuwają rozdźwięk między własnymi przekonaniem a praktyką zawodową, np. z powodu oczekiwań, że nie wolno poruszać kwestii religijnych podczas terapii, a wszelkie kwestie duchowo-religijne mogą być poruszane wyłącznie przez innych specjalistów (duchownych).
2. Niektórzy terapeuci stawiają sobie pytanie o to, czy jeśli nawet terapię można uznać za korzystną w sferze psychicznego funkcjonowania, to czy jednocześnie nie przyczynia się ona czasami do obniżenia poziomu życia duchowego.
3. Terapeuci potrzebują znajomości zasad rozwoju duchowego, by rozumieć pacjentów i tak prowadzić psychoterapię, by nie zaburzać ich życia duchowego.

NAUKA

1. Rozwijają się krytyczne analizy teoretycznych założeń i praktyk obecnych w różnych systemach terapeutycznych.
2. Krytycy podkreślają, że nie ma terapii i koncepcji terapeutycznych wolnych od wartości (*value-free*), pozbawionych bardziej, bądź częściej mniej, wyraźnie wyartykułowanych założeń ideologicznych posiadających najczęściej istotne, a czasami kluczowe znaczenie dla przebiegu psychoterapii.
3. Redukcjonizm antropologiczny dostrzega się zarówno w światopoglądzie terapeutów, jak i w samych koncepcjach terapeutycznych.
4. Zarzuty stawiane niektórym koncepcjom psychologicznym: ateizm i naturalizm, indywidualizm, subiektywizm i relatywizm, hedonizm.
5. Odwoływanie się do motywacji religijnej i duchowej pacjentów sprzyja zgodnie z wynikami badań zwiększeniu efektywności terapii.

MOŻLIWOŚĆ I OGRANICZENIA TERAPII w PODEJŚCIU CHRZEŚCIJAŃSKIM

a) możliwości

- psychoterapia wszystkich chorób i zaburzeń psychicznych
- zrozumienie doświadczeń duchowych pacjenta, umiejętność odróżniania zdrowych przekonań religijnych od chorych, uwzględnienie znaczenia wymiaru duchowego dla psychoterapii np. w sferze motywacyjnej, zrozumienie dynamiki wzajemnego wpływu psychiki i duchowości.

b) ograniczenia

- Podobne jak w innych psychoterapiach.

ZGŁASZANE OBawy

	Zgłaszane obawy	Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim
1.	Uprawianie „religijnej psychoterapii” pociągać może za sobą ukryte, bądź jawne próby nawracania na chrześcijaństwo.	Celem spotkania terapeutycznego jest psychoterapia (kontrakt), a nie ewangelizacja. Ewangelizacja zamiast terapii jest błędem (zachowanie nieetyczne). Psychoterapia ma przynosić efekty lecznicze, uwalniać z choroby.
2.	Brak poszanowania dla światopoglądu osoby szukającej pomocy terapeutycznej.	Szanuje się wolność osoby, w związku z tym szanuje jej przekonania i doświadczenie.
3.	Ocenianie jej postępowania wedle wyznawanych przez siebie kryteriów etyczno-religijnych.	Każdy terapeuta, jako osoba, niezależnie od światopoglądu, ma zawsze jakieś swoje założenia i oceny, wyrażane wprost lub niejawnie (ale wyrażane nie wprost). Koniecznym warunkiem terapii jest akceptacja pacjenta z jego aktualnym stanem świadomości i uwarunkowaniami.

4.	Mieszanie porządku religijnego (teologicznego) z psychologicznym.	Odróżnia religijność i duchowość. Nie każdy jest religijny, ale każdy ma jakąś duchowość (wyróżnia trzy wymiary doświadczenia duchowego ¹). Koncentruje się na porządku psychologicznym, ale uwzględnia wpływ duchowości na psychikę i życie ludzkie. Uznaje rozdzielność zadań psychoterapeuty i duchownego. Wiedza nt. duchowości jest wartością dodaną, a nie zastępującą wiedzę psychologiczną. Psychoterapeuta stosuje warsztat psychoterapeutyczny a nie duchowy (nie jest kierownikiem duchowym).
5.	Skojarzenia z jedynie (niegdyś) słuszną psychologią marksistowską.	Religia nie jest ideologią. Nie szuka „jedynie słusznego” podejścia ale prawdy o człowieku uwzględniającej wymiar duchowy. Umożliwia pacjentom bardziej świadomy wybór terapeuty.
6.	Zajmowanie się duchowością to akceptowanie patologii pacjenta.	W świetle aktualnych badań pogląd ten należy uznać za obalony (Worthington, 1996). Duchowość jest traktowana jako realność, nie jako obrona. Kontakt z Bogiem może być też iluzoryczny – terapeuta powinien potrafić to odróżnić znając kryteria zdrowej i chorej duchowości.

LITERATURA

1. Bergin, A. E., & Jensen, J. P. (1990). *Religiosity of psychotherapists: A national survey*. *Psychotherapy*, 27, 3-7.
2. Bergin A. E., (1991). *Values and Religious Issues in Psychotherapy and Mental Health*. *American Psychologist*, 46, 394-403.
3. Evans K.R., Gilbert M.C. (2005) *An Introduction to Integrative Psychotherapy*. New York: Palgrave Macmillan.
4. Frazier R.C., Hansen N.D. (2009) *Religious/Spiritual Psychotherapy Behaviors: Do We Do What We Believe To Be Important?* *Professional Psychology: Research and Practice* © 2009 American Psychological Association 2009, Vol. 40, No. 1, 81-87.
5. Galanter M. (2009) *Znaczenie duchowości pacjentów w procesie leczenia*. *Psychiatria po dyplomie*. Tom 6, Nr 1, luty 2009, str. 28-35:
6. Holmes J. (1997) *Values in psychotherapy*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 31(3): 331-9 (32 ref).
7. Jackowska, E., Jaworski, R. (red.) (2006) *Psychologia i psychoterapia chrześcijańska w teorii i praktyce*. Płock: Płocki Instytut Wydawniczy.
8. Johnson, E. L. (2007). *Foundations for soul care: A Christian psychology proposal*. Downers Grove, IL: IVP Academic.
9. Johnson, E. L., & Jones, S. L. (2000). *Psychology and Christianity: Four views*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.

¹ Trzy wymiary doświadczenia duchowości:

1. Doświadczenie naturalne (najczęściej związane z estetyką tj. poznaniem piękna, także poszukiwanie sensu życia, wartości, poszukiwanie „czegoś więcej”)
 2. Doświadczenie religijne – odniesienie do jakiegoś bóstwa poza „ja” lub w nim
 3. Doświadczenie chrześcijańskie – związane ze spotkaniem osoby Jezusa Chrystusa
- „Duchowość” rozumiana jest w sensie chrześcijańskim jako relacja osoby z osobą Boga.
Na podstawie: Tadeusz Kotlewski TJ – *Seminarium SPCh (2005-2006) nt. Integrująca rola duchowości w spojrzeniu na człowieka*.

Doświadczenie duchowe może zmieniać całą osobę (jej odczucia, myślenie, decyzje, zachowania, a nawet, w wyjątkowych przypadkach, powodować zmianę procesów biologicznych), może zmienić tożsamość (por. np. André Frossard).

10. Kelly, E. W., Jr. (1995). *Spirituality and religion in counseling and psychotherapy*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
11. Martinez J.S., Smith T.B., Barlow S.H. (2007) *Spiritual Interventions in Psychotherapy: Evaluations by Highly Religious Clients* Journal of Clinical Psychology 63: 943–960.
12. Murray-Swank N.A., Pargament K.I. (2005) *God, where are you?: Evaluating a spiritually-integrated intervention for sexual abuse*. Mental Health, Religion & Culture , September 2005; 8(3): 191–203.
13. Miller, W.R. (1999) *Integrating Spirituality into Treatment. Resources for Practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
14. Miller, W. R., & Delaney, H. D. (Eds.) (2005). *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change*. Washington, DC: American Psychological Association.
15. McMinn M. C., Campbell C. D. (2007) *Integrative Psychotherapy. Toward a Comprehensive Christian Approach*. Downers Grove, IL: InterVarsity.
16. Ostaszewska, A. (2006) *Wzmacnianie osoby w terapii zaburzeń osobowości. Wzmacnianie osoby w terapii*. W: S. Tokarski (red.), *Osoba, osobowość, zaburzenia osobowości*. Płock: Płocki Instytut Wydawniczy.
17. Pargament K.I., Murray-Swank N.A., Tarakeshwar N. (2005) *An empirically-based rationale for a spiritually-integrated psychotherapy*. Mental Health, Religion & Culture , 8(3): 155–165.
18. Post, S. G. (1992). DSM-III-R and religion. *Social Science & Medicine*, 35, 81-90.
19. Post B.C., and Wade N.G. (2009) *Religion and Spirituality in Psychotherapy: A Practice-Friendly Review of Research*. Journal of Clinical Psychology: In Session 65:131–146.
20. Prochaska, J. O., Norcross J. C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: IPZ.
21. Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., & Dean, T. (1992). *Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals*. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 60, 94-103.
22. Raab K.A. (2007) *Manic depression and religious experience: The use of religion in therapy*. Mental Health, Religion & Culture, 10(5): 473–487.
23. Smith T.B., Bartz J., Richards S. (2007) *Outcomes of religious and spiritual adaptations to psychotherapy: A meta-analytic review*. Psychotherapy Research, November 2007; 17(6): 643_655.
24. Richards, P. S., Bergin, A. E. (2000) *Handbook of psychotherapy and religious diversity*. Washington, DC: American Psychological Association.
25. Richards, P. S., & Bergin, A. E. (Eds.) (2004). *Casebook for a spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
26. Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy* (2. wyd.). Washington, DC: American Psychological Association.
27. Rudin, J. (1992) *Psychoterapia i religia*. Warszawa: Wydawnictwo Solarium.
28. Schreurs, A. (2002) *Psychotherapy and Spirituality. Integrating the Spiritual Dimension into Therapeutic Practice*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
29. Shafranske, E. P (red.) (1996). *Religion and the clinical practice of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
30. Sperry, L., & Shafranske, E. P. (Eds.) (2005). *Spiritually oriented psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
31. Vitz, P. (1999) *Psychologia jako religia*. Warszawa: LOGOS.
32. Wade N.G., Worthington E.W., Vogel J. and D. (2007) *Effectiveness of religiously tailored interventions in Christian therapy*. In: Psychotherapy Research, 17(1): 91-105.
33. Wojtyła, K. (2000) *Osoba i czyn*. W: *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*. Lublin: TN KUL.
34. Worthington, E. L. Jr., Sandage, S. J. (2002). *Religion and spirituality*. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press.

PSYCHOTERAPIA INTEGRATYWNA

Kenneth R. Evans, Maria C. Gilbert (2005) *An Introduction to Integrative Psychotherapy*
 INTEGRATIVE: „Ogólnie, pojęcie to odnosi się do każdej orientacji w psychoterapii, która podkreśla lub rozwija się w kierunku koncepcyjnie spójnej, teoretycznej kombinacji dwóch lub więcej specyficznych podejść, lub reprezentuje nowy meta-teoretyczny, własny model integracji.”

STOWARZYSZENIA PSYCHOTERAPII INTEGRATYWNEJ:

Europa: Europejskie Stowarzyszenie Psychoterapii Integratywnej (European Association of Integrative Psychotherapy – EAIP) www.europeanintegrativepsychotherapy.com

EAIP uwzględnia integrację poziomów: emocjonalnego, duchowego, poznawczego, behawioralnego i fizjologicznego. “emotional, spiritual, cognitive, behavioural and physiological levels”. Pobrano dnia 10.09.07.

USA: Międzynarodowe Stowarzyszenie Psychoterapii Integratywnej (International Integrative Psychotherapy Association – IIPA) www.integrativeassociation.com

IIPA definiuje psychoterapię integratywną jako integrację systemu: emocjonalnego, poznawczego, behawioralnego, fizjologicznego oraz aspektu społecznego i transpersonalnego.

“affective, cognitive, behavioral, and physiological systems within a person with an awareness of the social and transpersonal aspects of the systems surrounding the person”. Pobrano dnia 10.09.07.

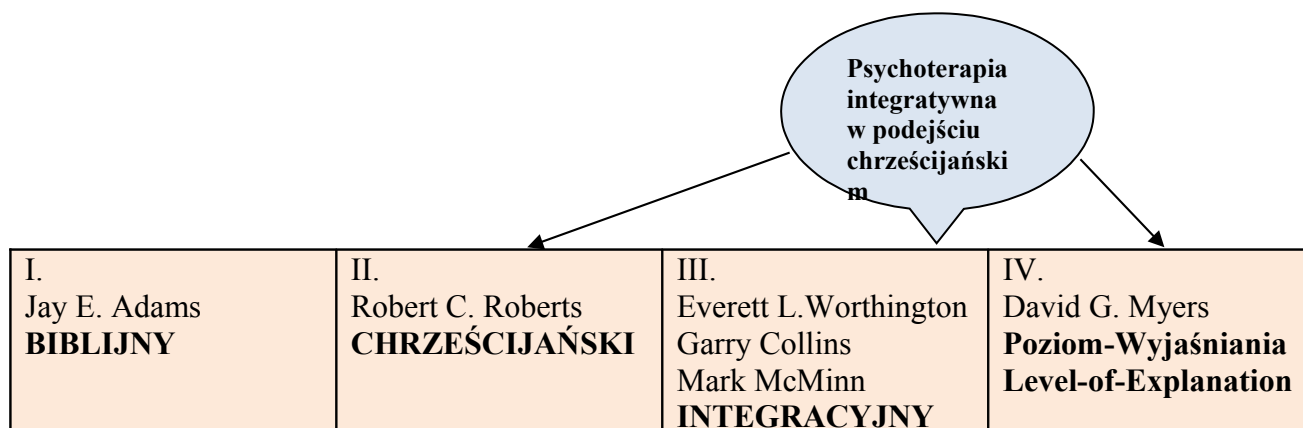
Aspekt „duchowy” i „transpersonalny” rozumiane są różnie, często w sensie buddyjskim lub w stylu New Age.

Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim zajmuje się integracją sfery emocjonalnej, poznawczej, wolitywnej, fizjologicznej, behawioralnej i duchowej.

„Duchowość” rozumiana jest w sensie chrześcijańskim jako relacja osoby z osobą Boga.

4 modele dialogu między psychologią a duchowością chrześcijańską w USA

Na podstawie m.in. Johnson, E. L., & Jones, S. L. (2000). *Psychology and Christianity: Four views*. Downers Grove, IL: InterVarsity Press.



Modele integracyjne (lub integratywne) w psychoterapii zyskują coraz większą popularność wśród profesjonalistów. Rozwijają się koncepcje terapeutyczne integrujące dwa lub więcej podejść, z drugiej strony toczą się szerokie dyskusje nad integracją sfery psychicznej i duchowej w podejściu do człowieka. W psychologii chrześcijańskiej w USA można wyróżnić cztery modele dialogu między psychologią a duchowością chrześcijańską.

I. Podejście biblijne (Jay E. Adams) kładzie nacisk na naukę biblijną o człowieku.

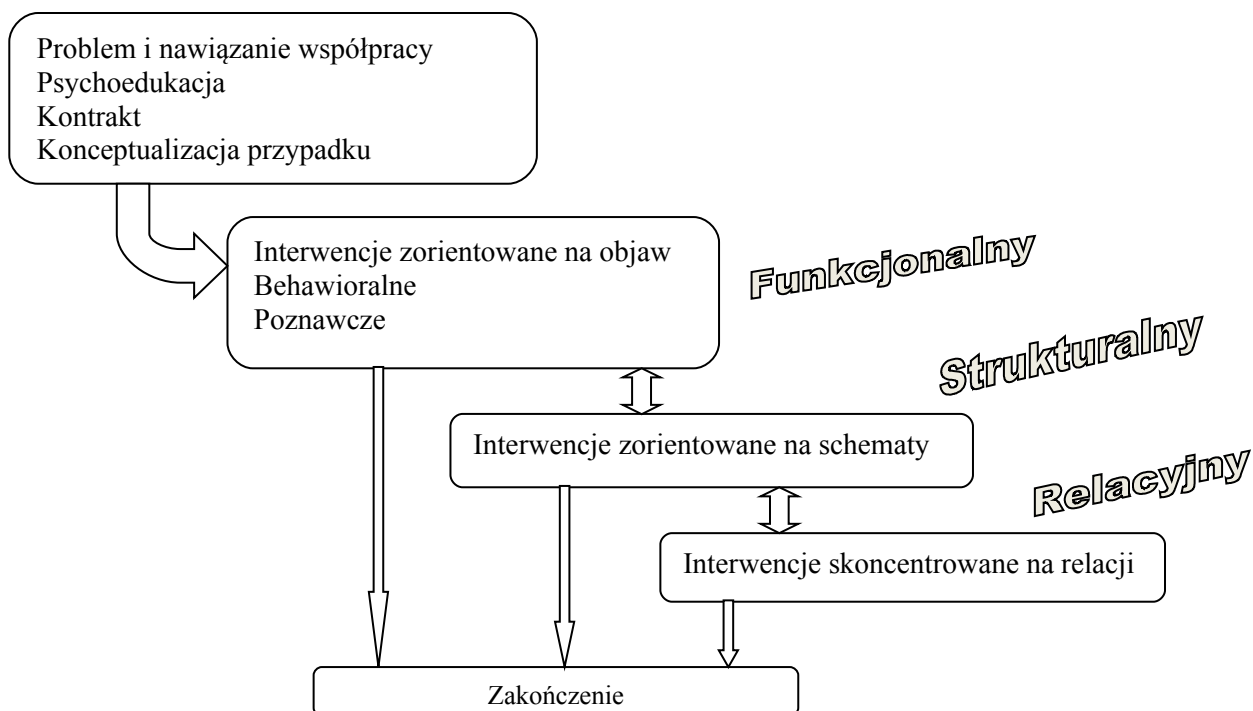
II. Podejście chrześcijańskie (Robert C. Roberts) wskazuje na wartość korzystania z głębokiej myśli chrześcijańskiej, akcentuje potrzebę przededefiniowania niektórych pojęć psychologicznych (np. poczucie własnej wartości) oraz uwzględniania celów życia.

III. Model integracyjny (Everett L. Worthington, Mark McMinn, Garry Collins) wskazuje, iż należy używać koncepcji psychologicznych i duchowych jednocześnie, by osiągać najlepsze rezultaty. E.L. Worthington tworzy integratywną koncepcję dla rozwiązywania konkretnych tematów psychologicznych takich jak przebaczenie, rodzina, empatia, altruizm.

IV. Model zwany “Poziom-wyjaśniania” (Level-of-explanation) reprezentowany jest przez psychologa społecznego Davida G. Myersa. Psychologia i teologia dają wyjaśnienia prawdy o rzeczywistości na różnych poziomach. Każdy z nich jest potrzebny, są one komplementarne wobec siebie – jak nożycy.

Mark McMinn zajmował się psychologią poznawczą. Po 15 latach doświadczeń zrekonstruował swój model na relacyjno-poznawczy model psychoterapii integratywnej: McMinn M. C., Campbell C. D. (2007) *Integrative Psychotherapy. Toward a Comprehensive Christian Approach*. Downers Grove, IL: InterVarsity. Psychoterapia Integratywna (IP - Integrative Psychotherapy) w ujęciu Marka McMinn'a i Clarka D. Campbell plasuje się w modelu integracyjnym. Jest pierwszą pozycją przedstawiającą tak szerokie podejście teoretyczne w połączeniu z propozycją praktyki psychoterapeutycznej. IP jest integratywna w dwóch wymiarach: teologicznym i teoretycznym. W wymiarze teologicznym oznacza przyjęcie chrześcijańskiego modelu osoby w praktyce terapeutycznej. Integracja w wymiarze teoretycznym odnosi się do głównych trendów we współczesnej psychoterapii - integruje podejście behawioralne, poznawcze i relacyjne. Autorzy przedstawiają klarowną koncepcję wyróżniając trzy wymiary interwencji terapeutycznej: funkcjonalny, poznawczy i relacyjny (wymiar relacyjny uwzględnia relacje w dzieciństwie, relację terapeutyczną oraz relację z Bogiem). Ukazują również jej praktyczne zastosowanie w terapii z podziałem na interwencje zorientowane na symptom, na schematy poznawcze i na relacje.

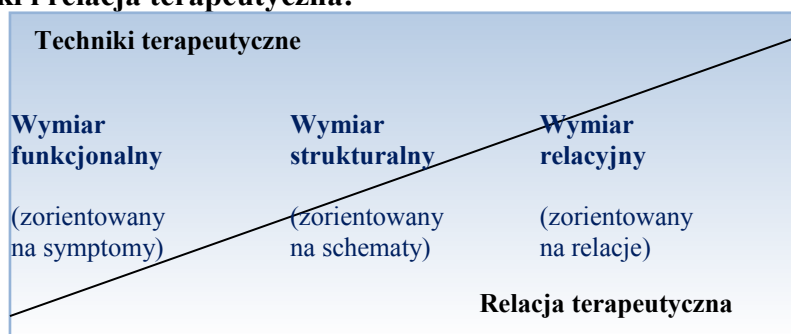
Mark McMinn: Proces psychoterapii integratywnej (IP)



Mark McMinn: Wpływy relacyjne w IP

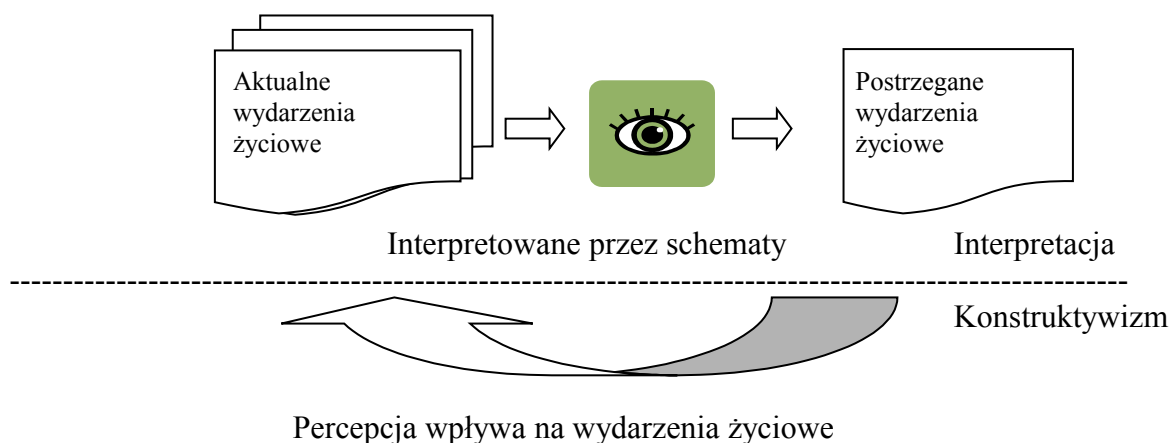
1. Łaska. Prawda. Jezus Chrystus.
2. Relacja Rodzic / Dziecko. Przeniesienie. Także: Perspektywa relacji z obiektem (np. wpływ wczesnych relacji na obraz siebie i innych). Z. Freud, M. Klain, M. Mahler, Winnicot.
3. Podstawowy lęk, niepokój. Style zachowań interpersonalnych rozwijają się w celu zmniejszenia lęku i ochrony poczucia własnej wartości. Trzy strategie interpersonalne: działanie, ucieczka, działanie przeciwko. K. Horney, H. S. Sullivan
4. Relacja terapeutyczna.

Mark McMinn: Techniki i relacja terapeutyczna:



Mark McMinn: SCHEMATY

Schemat = Struktura poznawcza zawierająca reprezentację rzeczywistości



Mark McMinn:

Interwencje behawioralne:

1. Planowanie aktywności
2. Ćwiczenie umiejętności społecznych
3. Trening asertywności
 - a. wzmacnianie wyrażania myśli i uczuć
 - b. w sposób społecznie akceptowalny
 - c. z uwzględnieniem dobra innych
4. Granie ról
5. Trening relaksacji
6. Ekspozycja na wydarzenia niepokojące

Interwencje poznawcze:

1. Dekatastrofizacja
2. Zniekształcenia poznawcze
3. Skalowanie
4. Kierowane odkrywanie/Dialog sokratejski
5. Przeformułowanie poznawcze
6. Tabela myśli dysfunkcyjnych

Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim:

Terapia Poznawcza

Skoncentrowana na teraźniejszości
 Uwzględnia emocje
 Zmiana poznawcza jako leżący
 Oparta na psychologii

Terapia Integratywna Chrz.

Łączy przeszłość i teraźniejszość
 Emocje uaktywniają schematy
 Nowe doświadczenie emocjonalno-poznawcze w osobowej relacji jako czynnik leżący
 Oparta na psychologii, uwzględnia teologię i duchowość

Terapia zorientowana na wgląd

Skoncentrowana na przeszłości
 Emocje są kluczowe
 Wgląd jako czynnik leżący
 Oparta na psychologii

Czynnik leżący: zintegrowane doświadczenie emocjonalno-poznawcze uzyskane w relacji terapeutycznej oraz dzięki niej.

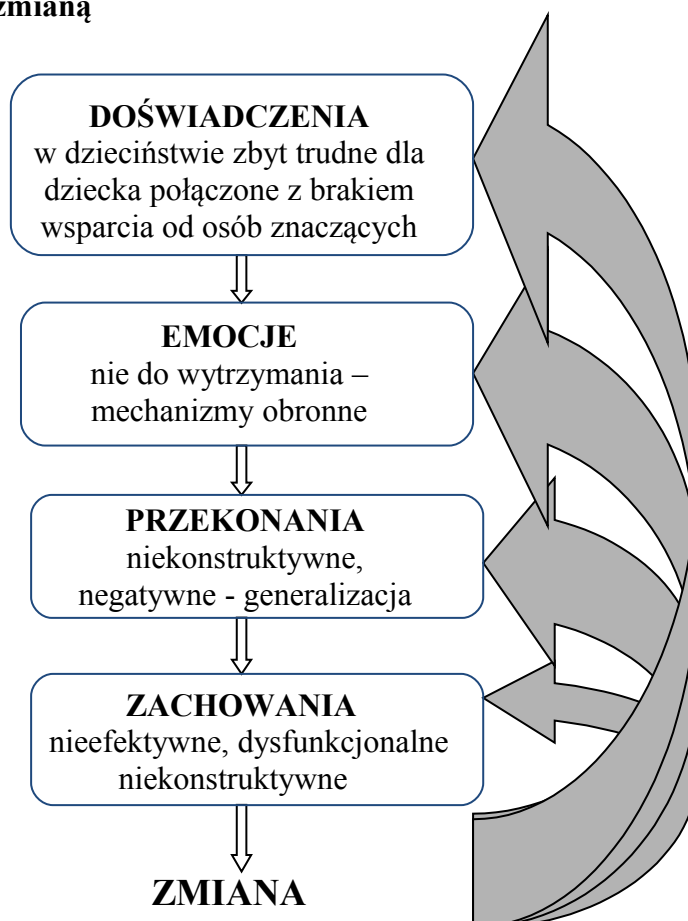
III. METODA TERAPII

Psychoterapia integratywna w podejściu chrześcijańskim wyróżnia trzy konteksty integracji:

1. Integratywność na poziomie koncepcji człowieka (założenia antropologiczne).
2. Inegratywność na poziomie praktyki terapeutycznej (metoda pracy terapeutycznej).
3. Integracja wewnętrzna terapeuty (w tym duchowość).

Na poziomie pierwszym tj. obraz człowieka integrującą rolę odgrywa antropologia chrześcijańska i koncepcja osoby, na poziomie drugim tj. stosowanych technik trzonem jest podejście psychodynamiczne i poznawczo-behawioralne.

Geneza zaburzeń i praca nad zmianą



Zmianą jest:

1. odkrycie doświadczeń z przeszłości (wgląd)
2. przeżycie uczuć dawniej „nie do wytrzymania” (dzięki bezpiecznej relacji terapeutycznej)
3. kierowanie emocji „pod właściwym adresem” (wyjście z przeniesienia)
4. doświadczanie emocji wcześniej wypieranych
5. zmiana przekonań – na konstruktywne, prawdziwe, związane z energią, siłą do życia
6. zmiana zachowań – na konstruktywne, efektywne (dające skutki zgodne z intencjami)
7. wzmocnienie osoby jako całości
8. wzmacnianie świadomego kierowania procesami decyzyjnymi
9. zintegrowanie procesów leczniczych i rozwojowych z duchowością.

Wzmacnianie osoby

Symptomy traktowane są jako „przebieżniki” informacji o głębiej ukrytych elementach postawy, zwykle wynikających z doświadczeń w okresie dzieciństwa, gdy tożsamość osoby się kształtowała w bliskich relacjach z matką, ojcem czy innymi znaczącymi osobami. Gdy osoba nie funkcjonuje w pełni, jest, można powiedzieć, w jakiś sposób „zabijana”, ciało wysyła informacje -

produkuje tzw. objawy - wzywające do zmiany czegoś bardzo istotnego dla dobra całej osoby. Osiągnięcie tej zmiany powinno usunąć objawy.

„Wzmacnianie osoby” oznacza całość oddziaływań mających na celu funkcjonowanie w pełni potencjału emocjonalnego, poznawczego, wolitywnego i behawioralnego. Zakładamy, że każdy chory człowiek ma w sobie coś zdrowego i jest to tendencja do bycia osobą (każdy człowiek jest osobą i się nią staje). Oczekuje się, że w trakcie terapii, dzięki korektywnemu doświadczeniu w relacji terapeutycznej oraz odpowiedniemu dostosowaniu technik pracy, dojdzie do wzmocnienia osoby tak, by w pełni korzystała ze swoich możliwości (darów), w wolności, w osobowym dialogu z innymi, z poszanowaniem własnej osoby czyli tego, co czuje, myśli, chce i robi.

Wzmacnianie osoby zakłada z reguły odkrycie zbyt trudnych doświadczeń z dzieciństwa, w których dziecko nie otrzymało wsparcia od osób znaczących, a jego przeżycia i emocje były ignorowane przez osoby, z którymi dziecko pozostawało w relacji, nawet jeśli nie były przez nie spowodowane (por. koncepcja przywiązania Bowlby). W takich sytuacjach dziecko doświadcza bardzo silnych emocji, zbyt trudnych do wytrzymania i z tego powodu wypartych czy odszczepionych – dziecko uruchamia mechanizmy obronne. Na podstawie swoich doświadczeń dziecko wyciąga wnioski na temat siebie, innych i świata. Wnioski te – zgeneralizowane - tworzą przekonania, które w terapii poznawczo- behawioralnej nazwano przekonaniem kluczowymi. Do nich dostosowane są zachowania, zwykle przy udziale negatywnych czy pozytywnych wzmocnień, świadomie lub nieświadomie, ze strony osób znaczących.

Terapia ma spowodować odkrycie przyczyn tych postaw (wgląd, zrozumienie), odzyskanie zdolności odczuwania oraz „prawa” do odczuwania w pełni swoich emocji, odzyskanie zaufania we własne dobre „wyposażenie” (np. we własne reakcje emocjonalne, własną zdolność do prawidłowej oceny sytuacji), korektę przekonań i zachowań. Efektem staje się skorygowanie obrazu samego siebie w kierunku pełniejszego funkcjonowania osoby. Elementem zmiany przekonań może być także skorygowanie obrazu Boga. Koniecznym elementem zmiany obrazu siebie jest relacja z terapeutą, który przede wszystkim nie powinien powielać raniących zachowań osób znaczących lecz dostarczać pozytywnego doświadczenia korektywnego.

Odróżniamy proces leczenia i proces rozwojowy, które mogą się przeplatać lub mieć miejsce jednocześnie. W procesie leczenia duże znaczenie ma odzyskanie przez pacjenta poczucia wpływu w sytuacjach, gdy jest on możliwy i wzmocnienie osoby czyli:

- korzystanie w pełni z informacji, jakie daje ciało i emocje,
- korzystanie z możliwości poznania i rozeznawania, w tym duchowego,
- świadome podejmowanie decyzji,
- świadome zachowania adekwatne do sytuacji wewnętrznej i zewnętrznej oraz zamierzonego celu.

Cele rozwojowe zakładają rozwój umiejętności relacyjnych.

Relacja do innych szkół psychoterapii

Wykorzystuje się elementy terapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej, humanistyczno-egzystencjalnej i systemowej.

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

Uznaje się wpływ czynników biologicznych i procesów fizjologicznych na kształtowanie się postaw i bieżące reakcje. Zawsze zakłada się znaczenie relacji terapeutycznej dla procesu terapii, a także znaczenie samoświadomości psychoterapeuty (konieczna praca własna terapeuty).

Można dostrzec następujące różnice w porównaniu do innych szkół psychoterapii:

1. Zakłada się wpływ doświadczeń z przeszłości, ale nie determinizm.
2. Uznaje się istnienie wolnej woli rozumianej jako obszar, w którym człowiek coś chce lub nie chce oraz podejmuje decyzje.
3. Uznaje się istnienie obiektywnej prawdy rozumianej jako fakty wewnętrzne i zewnętrzne oraz prawdy biblijne.
4. Psychoterapeuci potrafią odróżniać doświadczenia psychiczne, duchowe i pseudoduchowe.

Techniki

Stosowane techniki powinny być dostosowane do problemu pacjenta, etapu terapii i możliwości pacjenta. Zajmujemy się doświadczeniami życia, emocjami, przekonaniem i zachowaniami pacjenta. W pracy nad doświadczeniami z przeszłości duże znaczenie mają emocje i praca z emocjami – głównie techniki psychodynamiczne (można to nazwać pracą „od początku” - od przeszłości ku teraźniejszości). W pracy „od końca” (skupionej na teraźniejszości) – większy udział technik poznawczych i behawioralnych.

Terapeuta może stosować zadania domowe, nie mają one charakteru wyłącznie behawioralnego, lecz mają służyć wypracowaniu nowych nawyków w traktowaniu własnej osoby i większej samoświadomości.

Terapeuta pomaga pacjentowi odkrywać prawdę o jego życiu i zintegrować te obszary jego życia, których do tej pory nie potrafił przyjąć jako swoje. Wierzymy, że prawda wyzwala – jeśli człowiek zna prawdę o sobie, kontaktuje się ze swoimi emocjami, dociera do głębszych motywacji swoich zachowań, rozumie fakty ze swojego życia i głębszy kontekst swoich zachowań, których wcześniej nie kontrolował - może znaleźć konstruktywne rozwiązanie nawet w trudnej sytuacji.

Podkreślamy znaczenie osobowego traktowania pacjenta, kładziemy nacisk na pytania otwarte. Odnosimy się nie tylko do treści świadomych (np. deklaracja woli), wydobywamy treści nieuświadomione zwracając uwagę na podwójne sygnały, feedback (rozumiany jako reakcja niewerbalna na interwencję terapeuty) i wszelkie informacje niewerbalne.

Zwracamy uwagę na stronę bierną i czynną w wypowiedziach pacjenta. Częste używanie strony biernej przez osobę dorosłą wskazuje na postawę bierno-roszczeniową (postawa „ofiary”) – staramy się wzmacniać postawę „osobową”, ze świadomością siebie i odpowiedzialnością za decyzje i czyny (jest to związane z energią do życia).

Jest to terapia „dyrektywnie niedyrektywna”: dyrektywnie uznaje się osobę, jej godność i wolność; terapię – zwłaszcza w pracy z trudnymi doświadczeniami i emocjami – prowadzi się niedyrektywnie, terapeuta daje przestrzeń pacjentowi, nie narusza autonomii, towarzyszy w interpretowaniu rzeczywistości.

Wymiar duchowy

Terapia integratywna w podejściu chrześcijańskim uwzględnia spojrzenie na człowieka w wymiarze transcendentnym. Jawność założeń antropologicznych daje układ odniesienia dla oceny wyników terapii. Duchowość jest traktowana jako realność, a nie jako obrona. Uznaje się, że kontakt z Bogiem może być realny, ale może być też iluzoryczny – terapeuta powinien potrafić to odróżnić znając kryteria zdrowej i chorej duchowości. W relacji z pacjentem staramy się dostrzec proces duchowy współistniejący z procesem psychicznym. W praktyce terapeutycznej oznacza to umiejętności – stosowane o ile występuje potrzeba - w zakresie:

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

Etapy procesu terapeutycznego:

1. Odkrycie przyczyn aktualnych postaw (jak się tego nauczyłem? doświadczenia w dzieciństwie, zwłaszcza w relacjach ze znaczącymi osobami, wgląd).
2. Odkrycie wypartych emocji.
3. Doświadczenie korektywne w relacji terapeutycznej
 - a. Przeżycie emocji dawniej nie do wytrzymania dzięki bezpiecznej relacji terapeutycznej,
 - b. Doświadczenie akceptacji i szacunku do doświadczanych emocji,
 - c. Odzyskanie prawa do odczuwania tego, co czuje (wsparcie ze strony terapeuty),
 - d. Budowanie zaufania do własnych zasobów osobowych, w tym emocji, myślenia, możliwości rozeznawania własnych spraw, podejmowania samodzielnych decyzji, konstruktywnego działania i osobistej relacji z Bogiem.
2. Praca nad przekonaniem nt. siebie, innych, świata i Boga.
3. Praca nad zachowaniami
 - a. Co robię, zwłaszcza w trudnych dla mnie sytuacjach?
 - b. Jak to jest odbierane, przeżywane przez innych? (możliwość wykorzystania relacji terapeutycznej).
 - c. Szukanie alternatywnych zachowań i testowanie ich.
 - d. Różnicowanie elementów środowiska na korzystne i zagrażające (szkodliwe) -korzystanie z elementów konstruktywnych i eliminowanie w miarę możliwości elementów zagrażających, szkodliwych.
4. Praca nad integracją nowych elementów postawy z dotychczasowym obrazem siebie i świata.
 - a. Analiza sytuacji, które nadal budzą lęk i wywołują dawne zachowania, diagnoza „słabych punktów”.
 - b. Pomoc terapeutyczna w rozwiązywaniu tych konkretnych sytuacji.
 - c. Zadania międzysesyjne.

