

## WYMIAR DUCHOWY W PRACY PSYCHOTERAPEUTY

**Anna Seredyńska**  
*Akademia Ignatianum*  
*Instytut Nauk o Wychowaniu*  
asered@interia.pl

### Streszczenie

Ostatnie lata wprowadziły do psychologii zdrowia rozważania na temat zdrowia duchowego. Pojawiają się również dyskusje dotyczące miejsca sfery duchowej człowieka w terapii. Artykuł pokazuje wprawdzie teoretyczne podstawy efektywności terapii i zależności pomiędzy sferą duchową i psychiczną. Następnie na podstawie przeprowadzonych badań autorka wskazuje na znaczenie pracy duchowej w efektywności pracy terapeutycznej.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia, praca duchowa, efektywność terapii

**Key words:** psychotherapy, spiritual work, the efficiency of the therapy

### 1. Wprowadzenie

Współczesne podejście do problemów zdrowia psychicznego podkreśla coraz mocniej znaczenie zdrowia duchowego w tej dziedzinie. Badania dotyczące tej sfery pojawiły się niedawno i są właściwie w fazie początkowej (Por. Sęk, 2008, s. 72). Dlatego również znaczenie kwestii duchowej w terapii jest dyskutowane. Jedno z podejść mocno podkreśla neutralność psychoterapeuty i jego bardzo ograniczoną transparentność (pokazywanie swoich przeżyć, poglądów). To spojrzenie pojawiło się w czasach Freuda i zawierało w trzech zasadach dotyczących terapeuty: neutralności (zachowanie równego dystansu wobec id, ego i superego), anonimowości (bycie swoistym czystym, niezapisanym ekranem) i wstrzemięźliwości (niegratyfikowanie infantylnych potrzeb pacjenta) (Por. Gabbard, 2011, s. 70-73). W ostatnich latach surowość respektowania tych zasad zelżała – powinny być podporządkowane dobru i zrozumieniu pacjenta.

W latach 70-tych w Rzymie pojawiła się nowa szkoła łącząca osiągnięcia terapii psychodynamicznej z antropologią chrześcijańską. Szkoła ta w swoich ramach stworzyła nowe narzędzie, będące rozmową duchową korzystającą ze zdobyczy psychologii i psychoterapii psychodynamicznej. Rozmowa ta została nazwana kolokwium wzrostu (Por. Kozuch, 2004, s. 93).

Poza tymi dwoma spojrzeniami na dialog pomiędzy psychoterapią i duchowością pojawiło się inne – wśród chrześcijańskich psychoterapeutów, którzy uświadomili sobie, że w swoim gabinecie nie mogą abstrahować od własnego systemu wartości szczególnie wobec tych, którzy mają taki sam lub podobny system wartości (Por. Griffith i in., 2008, s. 9-11). Poza tym istnieje też problem frustracji pacjentów, którzy w podejmowanych terapiach mają wrażenie, że ich przekonania są nieuwzględniane, lekceważone, albo nawet traktowane jako patologia. Jak stwierdzają autorzy pracy *Odkrywanie duchowości w psychoterapii*, można przyjąć jeszcze inną perspektywę (Por. Griffith i in., 2008, s. 11-15). Jest to perspektywa oparta na kilku przesłankach. Pierwszą jest zasada, iż terapeuta jest uważny i otwarty na wymiar duchowy pacjenta. Drugą jest stwierdzenie, że rozmawia z pacjentem na temat jego wiary. Trzecią – że nie kwestionuje doświadczeń religijnych pacjenta. Kolejną zasadą jest stwierdzenie, iż terapeuta jest ostrożny w formułowaniu jakichkolwiek sądów wartościujących i oceniających. Ostatnia zasada brzmi, że rozmowa na temat wiary pacjenta ma charakter eksploracyjny. Służy pacjentowi do lepszego zrozumienia siebie w wymiarze duchowym. Autorzy podkreślają, iż neutralność całkowita terapeuty jest w zasadzie utopią, a narrację dotyczącą duchowości trzeba włączyć do terapii.

## 2. Warunki efektywności psychoterapii

Istnieją pewne warunki, które wyznaczają efektywność psychoterapii. W artykule zostaną podane pewne ogólne wzorce, jednak głównie na podstawie doświadczenia psychoterapii psychodynamicznej.

Pierwszy spośród wymienianych to jakość związku terapeutycznego. Kształtuje się on podczas podstawowego dla terapii procesu przeniesienia (Por. Corey, 2005, s. 126-136), definiowanego jako „nieświadome przelanie na terapeuta uczuć i fantazji, które są reakcjami na istotne dla klienta osoby, jakie kiedyś pojawiły się w jego życiu” (Corey, 2005, s. 128). Pacjent wchodzi w ramach terapii w regresję, a przeniesienie powoduje rozbudzenie uspionych i intensywnych konfliktów z jego wcześniejszych lat (Por. Corey, 2005, s. 126-136). Pewne trudne uczucia, które pacjent żywił do swoich bliskich, do rodziców, teraz przenosi na psychoterapeutę. A więc przeniesienie może być pozytywne lub negatywne. Jeżeli zaś terapia ma być efektywna, przeniesienie trzeba przepracować. Natomiast jeśli związek z terapeutą ma być wystarczająco stabilny, by przeniesienie przepracować, pacjent musi mieć zdolność do obserwacji siebie, musi mieć jakąś część siebie wolną od konfliktu; inaczej mówiąc potrzebuje mieć ego obserwujące na wystarczającym poziomie, by spojrzeć na siebie niejako „z boku”. Poza tym musi mieć zdolność do badania rzeczywistości, którą Kernberg określa jako zdolność do odróżnienia Ja (self) i nie-Ja (nonself) oraz tego co wewnątrzpsychiczne od tego, co spowodowane zewnętrznymi bodźcami (Por. Kernberg i in., 2007, s. 20-21).

Oprócz znaczenia związku terapeutycznego i umiejętności obserwowania swojego świata wewnętrznego, bardzo ważne dla efektywności terapii jest utrzymanie jej zasad, określane jako setting (Por. Corey, 2005, s. 126-136).

Jednolite ramy stanowią jeden z podstawowych czynników leczących w terapii psychodynamicznej. Jasne zasady dotyczące czasu sesji, opłat za nią, sposobu odwoływania, sposobu zachowania na sesjach – mają znaczenie terapeutyczne. Ramy terapii, jej zasady to nie coś z góry narzuconego. N. McWilliams pokazuje, że tyle jest rodzajów ram, ile rodzajów terapeutów i ile rodzajów pacjentów (Por. McWilliams, 2011, s. 131-137). Poza tym tak samo ważne jest trzymanie ram w terapii, jak również elastyczność wobec nich. Zasady terapii są po to, by chronić bezpieczeństwo zarówno terapeuty, jak i pacjenta. Są też po to, by nauczyć pacjentów, w których życiu granice były przekraczane, do funkcjonowania w ich obrębie. Dlatego są one ważne. Również efektywność terapii zależy od faktu, czy pacjent potrafi odnaleźć się w ich obrębie, czy umie się tego przy pomocy terapeuty nauczyć.

Bardzo ważnym aspektem w diagnozie pacjenta w terapii jest ocena charakterystycznych dla niego konstelacji mechanizmów obronnych (Por. Gabbard, 2011, s. 32-36). Mechanizmy obronne, jak stwierdza Gabbard, pozwalają „zachować poczucie własnej wartości w obliczu wstydu i narcystycznej podatności na zranienie” (Gabbard, 2011, s. 32). Ważne jest, że mechanizmy obronne tworzą grupę zbudowaną hierarchicznie, od najbardziej prymitywnych do najbardziej dojrzałych (Por. Gabbard, 2011, s. 32-36). Prymitywne mechanizmy obronne – jak rozszczepienie, czy też identyfikacja projekcyjna – są często związane z prymitywnie zorganizowanymi osobowościami. Wyższe – jak intelektualizacja, identyfikacja, czy też racjonalizacja – występują już u dojrzałych. Dojrzałe zaś mechanizmy, jak stłumienie, asceza, altruizm – związane są z dojrzałą ukształtowaną osobowością. Rozpoznanie mechanizmów jest ważne, a dla terapii szczególnie istotne jest uporanie się z tymi prymitywnymi, gdyż nierozpoznane mogą uniemożliwić jej prowadzenie.

Według teorii Kernberga, poziom zaburzenia jest mocno związany z poziomem uruchamianych przez pacjenta mechanizmów obronnych. I tak najbardziej prymitywnymi mechanizmami posługują się pacjenci psychotyczni, nie mający zdolności testowania rzeczywistości, przeżywający swoje związki bardzo symbiotycznie, których świat wewnętrzny jest bardzo niespójny, zdeintegrowany (por. McWilliams, 2008, s. 88-111). Prymitywnymi mechanizmami posługują się też osoby z pogranicza (osobowość *borderline*). Osoby takie zasadniczo mają zdolność testowania rzeczywistości, ale ich osobowość jest bardzo niestabilna, labilna emocjonalnie, podatna na różne sposoby odreagowań. Wyższymi mechanizmami posługują się zaś neurotycy, czyli osoby o najbardziej zintegrowanej osobowości, najlepiej pracujące w psychoterapii, gdyż potrafią obserwować swój wewnętrzny świat.

Poza diagnozą poziomu zaburzenia istnieje też diagnoza rodzaju zaburzenia. Mc Williams uważa, że zaburzenia osobowości mogą pojawić się na trzech poziomach: neurotycznym, *borderline* i psychotycznym. Rodzaj zaburzenia osobowości jest również związany ze sposobem przeżywania duchowości, a ponieważ zaburzenie osobowości to najczęstsza diagnoza w gabinecie psychoterapii, warto zatrzymać się nad jego powiązaniem ze sferą duchową.

### 3. Zaburzenia osobowości a problemy duchowe

R. P. Vaughan pisze w swojej pracy pt. *Poradnictwo pastoralne a zaburzenia osobowości* o problemach jakie w życiu duchowym mają osoby z zaburzeniami osobowości (Por. Vaughan, 2002, s. 32-42). Pierwszym z opisywanych przez autora zaburzeń jest *osobowość zależna*. Są to osoby, których problemem jest nieumiejętność podejmowania własnych, samodzielnych decyzji i nadmierna zależność od ludzi. Dlatego również Boga traktują jako Wybawcę, którego zadaniem jest przybywanie na ich wezwanie – zaś duszpasterzy, kierowników mogą traktować jako osoby, które będą kierować nimi i którym oddadzą odpowiedzialność za swój wzrost duchowy.

Kolejną jest *osobowość bierno-agresywna*. Ludzie z takim zaburzeniem mają tendencję do rozładowywania swojej agresji w sposób bierny, niejako sabotują swoje relacje z innymi. Każde dobro potrafią zmienić w zło (Por. Vaughan, 2002, s. 42-46). Taka osoba w kierownictwie duchowym będzie miała problemy ze współpracą, a jej praca duchowa może być naznaczona okresami niszczenia dobra, które się dokonało.

*Osoby narcystyczne* to osoby mocno skoncentrowane na sobie (Por. Vaughan, 2002, s. 47-56). Osoby wierzące w swoją wyjątkowość, marzące o nieograniczonym sukcesie, mocy, wspaniałości, oczekujące nieustannego podziwu. Bóg dla tych osób istnieje właśnie po to, by troszczyć się o nich i spełniać ich zachcianki. Jeśli tego nie robi, jest odrzucany. Ich zaangażowania zaś muszą być w miejscach, gdzie są dostrzegani i chwaleni. Trudno im zdobyć się na całkowitą bezinteresowność.

*Osoby historyczne* zainteresowaniem innych i ściąganiem ich uwagi na siebie próbują podreperować niskie poczucie własnej wartości (Por. Vaughan, 2002, s. 56-64). Są one niestety dosyć powierzchowne i dlatego duchowe sprawy mają niewielkie znaczenie w ich życiu. Jeśli angażują się, starają się zwrócić na siebie uwagę w sposób barwny i dramatyczny.

*Osoby schizoidalne* nie pragną bliskich relacji i nie cieszą się nimi (Por. Vaughan, 2002, s. 65-76). Wybierają one zajęcia samotne i mają problemy z wyrażaniem uczuć. Podobnie można scharakteryzować *osoby unikające*. Jest jednak jedna podstawowa różnica. Osoby schizoidalne nie potrzebują relacji z innymi, nie odczuwają takiej potrzeby. Osoby zaś unikające cierpią nad tym, że boją się nawiązywać relacje. Ponieważ relacja z Bogiem wymaga też umiejętności i odwagi wejścia w nią, szczególnie osoby schizoidalne mają z tym problem. Mają problem w przyjmowaniu miłości Boga. Osoby unikające natomiast na skutek niskiego poczucia wartości mają problem z przyjęciem, że mogą być kochane.

Mówiąc o miejscu duchowości w życiu ludzi z zaburzeniami trzeba również wspomnieć o *osobowości antyspołecznej*, jaką mają osoby bez rozwiniętego superego (rodzaj społecznego sumienia) (Por. Vaughan, 2002, s. 77-96). Są impulsywne, lekkomyślne i niezdolne do odpowiedzialności. Traktują też innych w sposób manipulancki, wykorzystując ich do swoich celów. Do tych swoich celów mogą też próbować wykorzystywać Boga. Mogą Nim się zasłaniać przy

dążeniu do różnych, nawet nieetycznych celów. W ich duchowości jest mało głębi, gdyż odnoszą się do Boga w sposób powierzchowny i pragmatyczny.

*Osoby obsesyjno-kompulsywne* są perfekcjonistyczne, zaabsorbowane szczegółami, oddające się w sposób obsesyjny określonemu sposobowi postępowania (Por. Vaughan, 2002, s. 97-111). To osoby skrupulatne, sumienne i kompletnie nieelastyczne w sprawach dotyczących moralności. Okrutne dla siebie i innych. Bóg dla nich jest uosobieniem sprawiedliwości, dokładnie wymierzającym dobre i złe czyny. W podejściu do wiary cechują się skrupułami i ciągłymi wyrzutami sumienia. Żyją one w ciągłym strachu przed wiecznym potępieniem.

*Osoby z zaburzeniem paranoidalnym* to znowu ci, którzy bez żadnego uzasadnienia podejrzewają innych o wykorzystywanie ich i złe zamiary (Por. Vaughan, 2002, s. 114-127). Dopatrują się ukrytych znaczeń, kwestionują bezpodstawnie wartość i wiarygodność przyjaciół. W wierze są skłonni do tradycjonalizmu, formalizmu i legalizmu. Wszystkich, włącznie z Bogiem, podejrzewają o odejście od właściwej drogi wiary.

Wymienione powyżej zaburzenia są niektórymi spośród wymienianych przez podręczniki statystyki chorób psychicznych (DSM-IV i ICD-10). Na przykładach tych widać jednak, jak bardzo sfera duchowości przeplata się ze sferą psychiczną powodując, że nie można którejs z nich pominąć w prowadzeniu pacjenta. Dlatego też w przeprowadzonych badaniach zwrócono z jednej strony uwagę na pracę duchową pacjentów, z drugiej zaś strony na ich pracę terapeutyczną oraz na efekty jakie one razem spowodowały w dążeniu do zdrowia.

#### **4. Metodologia badań**

Badania zostały przeprowadzone na dokumentacjach 23 pacjentów terapii indywidualnej. W badanej grupie znajdowało się 20 kobiet i 3 mężczyzn. Dwadzieścia osób było w wieku od 18 do 30 lat, zaś 3 osoby w wieku powyżej 30 lat. Dziewięć osób spośród badanych zostało zdiagnozowane jako neurotycy, dwanaście zostało zdiagnozowanych jako osoby z pogranicza (*borderline*), zaś dwie – jako osoby z zaburzeniami psychotycznymi. Dwie spośród badanych osób były na terapii tylko raz pomimo wskazań do dalszego spotykania, dziewięć osób korzystało z terapii do roku, zaś dwanaście korzystało z terapii ponad rok. W dziesięciu przypadkach terapia została przez pacjenta z różnych powodów przerwana, w sześciu przypadkach trwa ona nadal, zaś w siedmiu została zakończona.

Głównym postawionym problemem badawczym było pytanie:

- Czy istnieją powiązania istotne pomiędzy efektami terapii oraz pracą duchową pacjenta?

Pytaniami szczegółowymi były:

- Jaki procent wariacji efektywności terapii jest tłumaczony przez pracę duchową pacjenta?

- Czy istnieją istotne różnice w efektywności terapii, w zależności od rodzaju jej zakończenia?

Odpowiedziami na pytania były postawione hipotezy badawcze:

- Istnieje istotne statystycznie powiązanie pomiędzy efektami terapii i pracą duchową pacjenta,
- Praca duchowa pacjenta tłumaczy istotnie statystycznie wysoki procent wariacji efektywności terapii,
- Istnieją istotne statystycznie różnice w efektywności terapii w zależności od rodzaju jej zakończenia.

Zmienną wyjaśnianą (zależną) w badaniach była efektywność terapii. Zmienne wyjaśniające (niezależne) to: wiek, poziom zaburzenia, praca duchowa, rodzaj zakończenia terapii, długość terapii oraz praca terapeutyczna, na którą złożyły się: regularność uczęszczania na terapię, zaufanie do terapeuty – więź, poziom ego obserwującego oraz poziom mechanizmów obronnych. Zmienne takie jak: praca duchowa, regularność uczęszczania na terapię, zaufanie do terapeuty, poziom ego obserwującego oraz poziom mechanizmów obronnych były zapisywane przez badanych na skali: 0 - brak, 1 - słaby, 2 - średni, 3 - silny, 4 - bardzo silny. Praca terapeutyczna była liczona jako suma zmiennych: regularność uczęszczania na terapię, zaufanie do terapeuty, poziom ego obserwującego oraz poziom mechanizmów obronnych.

Metodą zastosowaną w badaniach była metoda indywidualnych przypadków, techniką analiza dokumentów. Jako narzędzia użyto arkusza pytań związanych ze zmiennymi.

## 5. Analiza badań

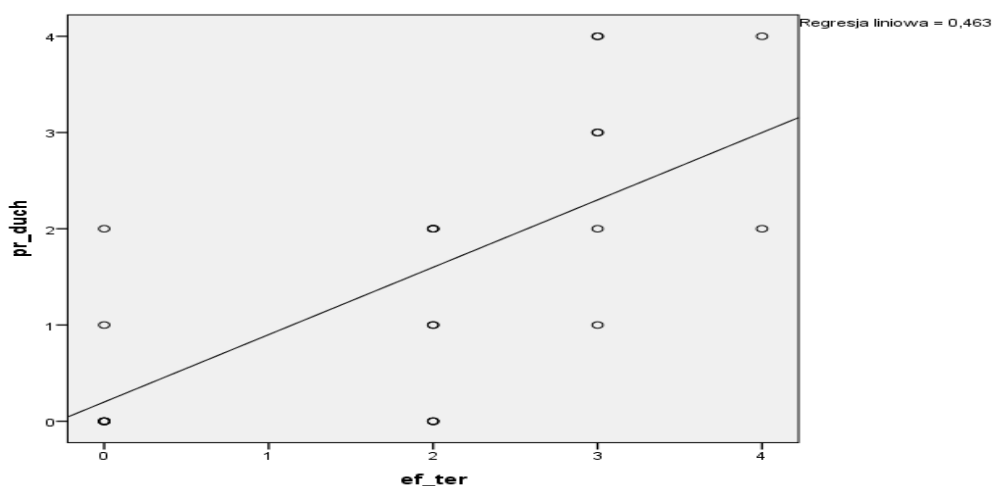
W celu przewidzenia efektów terapii na podstawie: pracy duchowej, pracy terapeutycznej, wieku, poziomu zaburzenia i długości terapii przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji, gdzie w pierwszym kroku wprowadzono zmienną „praca duchowa”, w drugim zmienną „praca terapeutyczna”, w trzecim zmienną „wiek”, w czwartym zmienną „poziom zaburzenia”, zaś w piątym zmienną „długość terapii”. Analiza regresji mogła zostać przeprowadzona, ponieważ wynik statystyki Durбина-Watsona wynosił około 2, co świadczy, że zostało spełnione założenie o podobnym rozkładzie wariacji błędów dla poszczególnych wartości predyktora. Współczynniki VIF mniejsze niż 4 mówią, że zmienne pełniące funkcję predyktorów nie są ze sobą mocno skorelowane, co by fałszowało wynik ostateczny.

Model złożony, uwzględniający pięć predyktorów, istotnie lepiej pozwala przewidywać efektywność terapii pacjentów, na co wskazuje istotna zmiana  $R^2$  (zmiana = 0,18;  $p = 0,003$ ). Model ten okazał się być dobrze dopasowany do danych  $F(5,22) = 10,35$ ;  $p = 0,001$ . Spośród predyktorów dwa pozwalają w istotny sposób przewidzieć poziom zmiennej zależnej. Długość terapii jest nieco silniejszym predyktorem ( $\beta = 0,5$ ;  $p = 0,003$ ) niż wiek ( $\beta = -0,38$ ;  $p = 0,02$ ).

Interpretując uzyskane wartości współczynników można stwierdzić, że im większa praca duchowa, praca terapeutyczna i długość terapii oraz im niższy wiek i mniejsze zaburzenie, tym wyższa efektywność terapii. Model można zapisać w postaci równania matematycznego:

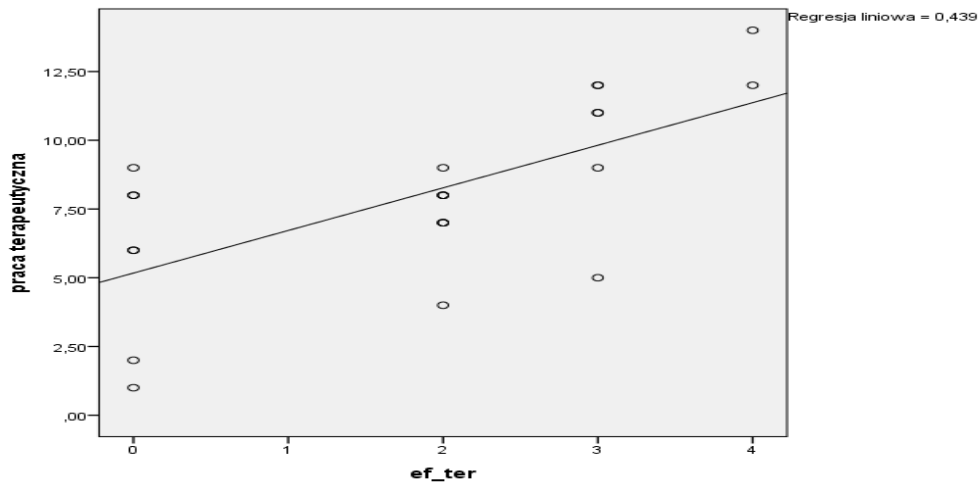
Efektywność terapii =  $-0,1 + 0,29 \times \text{praca duchowa} + 0,1 \times \text{praca terapeutyczna} - 0,6 \times \text{wiek} - 0,18 \times \text{poziom zaburzenia} + 1,14 \times \text{długość terapii}$ .

Aby móc zobaczyć w pełniejszy sposób zależności pomiędzy efektywnością terapii i wiekiem, poziomem zaburzenia, pracą duchową, pracą terapeutyczną oraz długością terapii obliczono współczynniki korelacji r-Pearsona. Współczynnik ten pomiędzy efektywnością terapii a wiekiem wynosi  $r = -0,2$ ;  $p = 0,35$ . Korelacja okazała się nieistotna statystycznie. Współczynnik r-Pearsona między efektywnością terapii a poziomem zaburzenia wynosi  $r = 0,11$ ;  $p = 0,6$ . Korelacja również okazała się nieistotna statystycznie. Współczynnik r-Pearsona pomiędzy efektywnością terapii a pracą duchową wynosi  $r = 0,68$ ;  $p = 0,001$ . Korelacja okazała się istotna statystycznie. Istnieje silny dodatni związek pomiędzy obiema zmiennymi. Wysokim wartościom jednej zmiennej towarzyszą wysokie wartości drugiej zmiennej. Wykres 1 pokazuje rozrzut wartości zmiennej „efektywność terapii” w zależności od zmiennej „praca duchowa”.

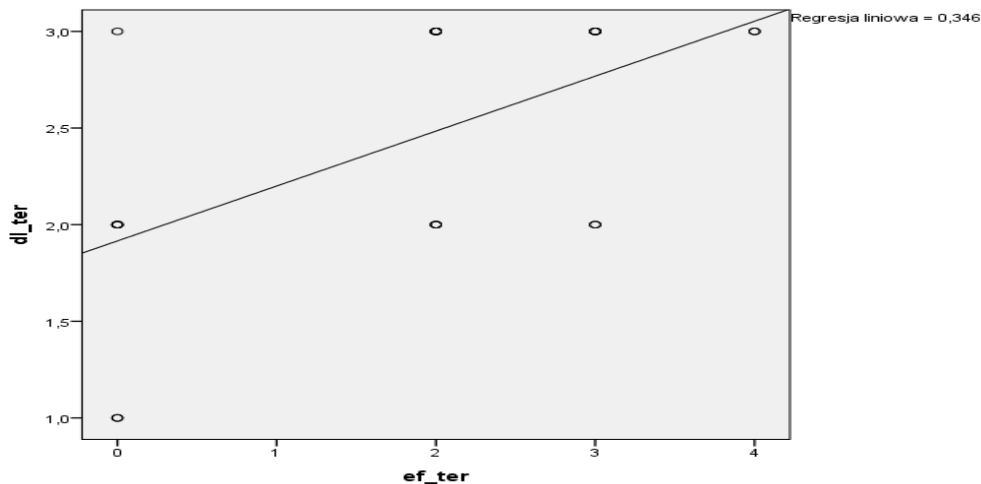


Wykres 1. Rozrzut wartości zmiennej „efektywność terapii” (ef\_ter) w zależności od zmiennej „praca duchowa” (pr\_duch) (Źródło: badania własne).

Współczynnik r-Pearsona pomiędzy efektywnością terapii a pracą terapeutyczną wynosi  $r = 0,66$ ;  $p = 0,001$ . Korelacja okazała się istotna statystycznie. Istnieje silny dodatni związek pomiędzy obiema zmiennymi. Wysokim wartościom jednej zmiennej towarzyszą wysokie wartości drugiej zmiennej. Wykres 2 pokazuje rozrzut wartości zmiennej „efektywność terapii” w zależności od zmiennej „praca terapeutyczna”.



Wykres 2. Rozrzut wartości zmiennej „efektywność terapii” (ef\_ter) w zależności od zmiennej „praca terapeutyczna” (Źródło: badania własne).

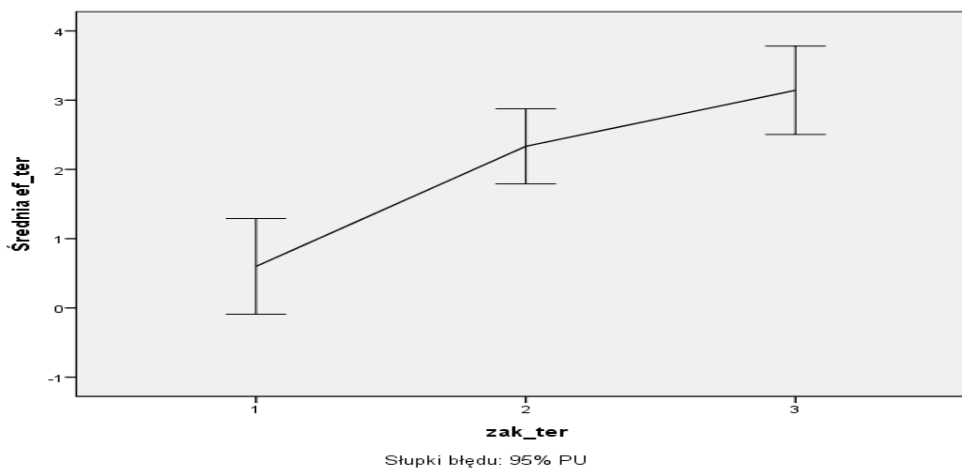


Wykres 3. Rozrzut wartości zmiennej „efektywność terapii” (ef\_ter) w zależności od zmiennej „długość terapii” (dl\_ter) (Źródło: badania własne).

Współczynnik r-Pearsona między efektywnością terapii a długością terapii wynosi  $r = 0,59$ ;  $p = 0,003$ . Korelacja okazała się istotna statystycznie. Istnieje silny dodatni związek pomiędzy obiema zmiennymi. Wysokim wartościom jednej zmiennej towarzyszą wysokie wartości drugiej zmiennej. Wykres 3 pokazuje rozrzut wartości zmiennej „efektywność terapii” w zależności od zmiennej „długość terapii”.



W celu sprawdzenia, czy sposób zakończenia terapii jest powiązany z efektywnością tej terapii została przeprowadzona jednoczynnikowa analiza wariancji (ANOVA). Czynnikiem wewnątrzobiektywnym, mierzonym na trzech poziomach był sposób zakończenia terapii (przerwanie, w trakcie, zakończone). Analiza ujawniła istotny efekt główny sposobu zakończenia terapii  $F(2,22) = 22,8$ ;  $p = 0,001$ . W celu sprawdzenia na czym polega istota tego efektu, przeprowadzona została analiza post hoc (test Bonferroniego). Efektywność terapii u osób, które ją przerwały jest istotnie niższa niż u osób, które ją kontynuują ( $p = 0,001$ ) oraz istotnie niższa niż u osób, które ją planowo zakończyły ( $p = 0,001$ ). Wykres 4 pokazuje średnie efektywności terapii w zależności od sposobu zakończenia (1 - przerwanie, 2 - kontynuacja, 3 - planowe zakończenie).



Wykres 4. Średnie efektywności terapii (ef\_ter) w zależności od sposobu jej zakończenia (zak\_ter) (1 - przerwanie, 2 - kontynuacja, 3 - planowe zakończenie) (Źródło: badania własne).

## 6. Podsumowanie i wnioski

Podsumowując wyniki badań należy stwierdzić, na ile potwierdziły one postawione hipotezy. Pierwsza hipoteza stwierdzająca, że istnieje istotne statystycznie powiązanie pomiędzy efektami terapii i pracą duchową pacjenta, sprawdziła się. Rzeczywiście zachodzi tutaj wysoka i dodatnia korelacja, co pokazuje, że im większa będzie praca duchowa pacjenta, tym większe będą efekty terapii. Korelacja ta jest nawet nieco wyższa, niż korelacja pomiędzy efektywnością terapii i pracą terapeutyczną.

Kolejna hipoteza stwierdzała, że praca duchowa pacjenta tłumaczy istotnie statystycznie wysoki procent wariancji efektywności terapii. Hipoteza ta nie sprawdziła się w wystarczającym stopniu. Rzeczywiście praca duchowa tłumaczy 44% zmienności efektywności terapii, ale nie jest to ilość istotnie statystycznie wysoka.

Ostatnia hipoteza, iż istnieją istotne statystycznie różnice w efektywności terapii w zależności od rodzaju jej zakończenia sprawdziła się. Okazało się, że istotna różnica w efektywności terapii istnieje pomiędzy grupą osób, które przerwały terapię a tymi, które ją kontynuują oraz tymi, które zakończyły ją planowo.

Na podstawie przeprowadzonych badań można postawić kilka wniosków ważnych w pracy terapeutycznej:

- Praca duchowa pacjenta jest bardzo istotna dla efektywności terapii. Wydaje się, że potwierdza to fakt, iż nie należy uciekać od pytań duchowych i rozterek pacjentów.
- Czym głębsze zaburzenie i im wyższy wiek, tym efektywność terapii jest niższa. Jest to też bardzo ważne. Z punktu widzenia wychowawcy młodych ludzi należy zwrócić uwagę na konieczność namawiania do terapii osób, które jej potrzebują. Nieraz niekorzystanie z terapii związane jest z pewnego rodzaju uprzedzeniami społecznymi. Tymczasem ważnym jest wczesne zainterweniowanie w przypadku zaburzeń osobowości. Wtedy większa jest szansa na otrzymanie efektów.
- Długość terapii też pozostaje w związku dodatnim z jej efektami. Prawdopodobnie byłaby to w dalszym badaniu relacja nieliniowa. Być może za długa terapia również przestaje być efektywna, ale może być to zbadane w dalszych analizach. Jednak można powiedzieć, że do przepracowania pewnych problemów potrzebny jest czas i ten czas trzeba pacjentowi zapewnić.
- Efektywność terapii jest też związana z wytrwałością w korzystaniu z niej. Dalszym badaniom mogłaby podlegać hipoteza, że terapia przerwana może przynosić więcej strat niż zysków. Dlatego utrzymanie pacjenta w terapii jest istotne dla jego dalszego funkcjonowania.

Podsumowując całość artykułu, można powiedzieć, że zarówno praca terapeutyczna, jak również praca duchowa mają swoje miejsce w terapii. Terapia zajmuje się całym człowiekiem i dlatego nie można pozwolić na jakiegokolwiek redukcjonowanie go. Może to wpłynąć na brak efektywności tej metody.

## Bibliografia

- Corey, G. (2005), *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*. tł. Mazurek K. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Gabbard, G. O. (2011), *Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna*. tł. Turopolski W. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Griffith J. L. i Griffith M. E. (2008), *Odkrywanie duchowości w psychoterapii*. tł. Gdowska K. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Kernberg O. F., Selzer M. A., Koenigsberg H. W., Carr A. C. i Appelbaum A. H. (2007), *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. tł. Penderecki Ł. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kożuch, M. (2004), *Antropologiczne podstawy i przebieg kolokwiiów wzrostu*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

- McWilliams, N. (2008), *Diagnoza psychoanalityczna*. tł. Mińska-Wrzońska Z. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- McWilliams, N. (2011), *Psychoterapia psychoanalityczna*. tł. Sawicka-Chrapkiewicz A. Gdańsk: Wydawnictwo HARMONIA.
- Sęk, H. (2008), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Vaughan, R. P. (2002), *Poradnictwo pastoralne a zaburzenia osobowości*. tł. Kuczkowski S. Kraków: Wydawnictwo WAM.

### **Abstract**

#### **Spiritual Dimension in Psychotherapist's Work**

Recent years introduced to the psychology of health a consideration on the subject of the person's spiritual health. Discussions also appear on the subject of the place of the therapy in the spiritual field. The article shows first theoretical explanation of the efficiency of therapy and dependence between the spiritual and psychical sphere. The author shows the meaning of the spiritual work in the efficiency of the therapeutic work on the basis of conducted investigations.

#### **Nota o autorze**

Anna Sereżyńska jest adiunktem w Katedrze Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji w Instytucie Nauk o Wychowaniu Wydziału Pedagogicznego Akademii Ignatianum. Poza tym prowadzi w ramach poradni i gabinetu terapię indywidualną. Interesuje się profilaktyką wypalenia zawodowego pedagogów i zaburzeniami osobowości.