



**Bożena Ignut**

Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej  
im. Alcide de Gasperi

*bignut@wp.pl*

ORCID: [orcid.org/0000-0002-1753-8347](https://orcid.org/0000-0002-1753-8347)

DOI: [doi.org/10.13166/ped/II XO4972](https://doi.org/10.13166/ped/II XO4972)

## WPŁYW PROCESU PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO NA DOKONANIE ZMIANY W ROZWOJU OSOBOWOŚCI U PACJENTA

### THE PROCESS OF PSYCHOTHERAPEUTIC INFLUENCE ON MAKING CHANGES IN THE PATIENT'S PERSONALITY DEVELOPMENT

#### ABSTRACT

The article was written on the basis of psychotherapeutic work carried out in the years 2015 – 2017. The article will present the process of psychotherapy as well as the changes in patient's behavior and thinking about herself and others. During the treatment of the psychotherapeutic process, the difficulty of making a change and applying them in life was demonstrated. An important aspect of psychotherapy was building relationships with people. The article uses research methods typical of psychology – situational observation and interview. The aim of the article is to present to how work with a psychotherapist influences the change in the development of personality in a particular patient.

## STRESZCZENIE

Artykuł został napisany na podstawie przeprowadzonej pracy psychoterapeutycznej w latach 2015 – 2017. Na łamach tego artykułu będzie można obejrzyć przebieg procesu psychoterapeutycznego i dokonaną zmianę u pacjentki w zakresie zachowania oraz myślenia o sobie i o innych. Podczas prowadzonego procesu psychoterapeutycznego została ukazana trudność dokonania zmiany i zastosowania jej w codziennym funkcjonowaniu. Ważnym aspektem psychoterapii było budowanie relacji z bliskimi osobami. Artykuł wykorzystuje metody badawcze typowe dla psychologii, tj. obserwacja sytuacyjna, wywiad. Celem artykułu jest przedstawienie na ile praca z psychoterapeutą wpływa na zmianę w rozwoju osobowości u konkretnego pacjenta.

**KEYWORD:** *therapeutic relationship, therapeutic process, patient, psychotherapist, personality development*

**SŁOWA KLUCZE:** *relacja terapeutyczna, proces terapeutyczny, pacjent, psychoterapeuta, zmiana na lepsze, rozwój osobowości*

## WPROWADZENIE

Ze wszystkich składników relacji terapeutycznej najważniejszy jest sojusz roboczy. Przełomowa w tym względzie była praca Bordina – 1979 r. Po raz pierwszy użył tego terminu psychoanalityk Ralph Greenson (Greenstone, Leviton, 2005).

Zgodnie z koncepcją autorów sojusz roboczy opiera się przede wszystkim na rzeczywistym wymiarze relacji, ale jednocześnie pozostaje pod wpływem przeniesienia. Sojusz roboczy to przymierze lub zdrowy rozsądek klienta z analizującym lub terapeutyzującym psychoterapeutą w celu wspólnej pracy.

Związek terapeuty z klientem możliwy jest dzięki nadziei klienta na zmianę i rozwój oraz opartej na racjonalnej podstawie chęci współpracy z terapeutą.

Sojusz roboczy to zgoda co do celu terapii, zadań kierujących do realizacji celu, a także więź i zaufanie między terapeutą a klientem. Według sprzyjających warunków terapii Rogersa istotne jest empatyczne zrozumienie, bezwarunkowe, pozytywne nastawienie i spójność. Szczególnie skorelowana z siłą sojuszu roboczego jest empatia terapeuty. Sojusz roboczy umacnia poczucie bezpieczeństwa, które jest niezbędne, gdy klient przeżywa trudne emocje, doznaje napawających lękiem doświadczeń w czasie sesji i poza nią.

W budowaniu sojuszu roboczego istotną rolę odgrywają techniki terapeuty oraz jego postawa. Postawa terapeuty powinna wyrażać się: szacunkiem, empatią, pozytywnym nastawieniem, własną spójnością, stałym zainteresowaniem pacjenta, szczerą chęcią niesienia mu pomocy i cierpliwością.

Według Cz. Czabały (Czabała, 2006, 238-292) wyróżniamy cztery etapy psychoterapii. W pierwszym etapie pacjent odreagowuje aktualnie przeżywane emocje, poczucie krzywdy i wynikającego stąd żalu lub agresji do otoczenia, poczucia lęku i zagrożenia, poczucia bezradności, poczucia winy i autoagresji. Na tym etapie bardzo ważne jest to, żeby terapeuta był empatyczny, wzbudzał zaufanie, wzbudzał nadzieję i zachęcał pacjenta do brania odpowiedzialności za przebieg psychoterapii. W drugim etapie psychoterapii ma miejsce analiza doświadczeń życiowych pacjenta, a co za tym idzie odreagowanie dawnych tłumionych emocji, uwolnienie od przymusu ulegania tym emocjom, zaakceptowanie niechcianych doświadczeń emocjonalnych i włączenie ich w plan bieżących zachowań, odróżnienie dawnych uczuć od tych jakie wywołują zdarzenia aktualne. Pojawia się zmiana oceny dotychczasowych doświadczeń pacjenta, zmiana oceny siebie i otoczenia. Jeśli chodzi o relację terapeutyczną, to pojawia się większa dyrektywność terapeuty, a jednocześnie terapeuta staje się bardziej wrażliwy. W trzecim etapie psychoterapii ma miejsce poszukiwanie alternatywnych wzorców reagowania emocjonalnego, spostrzegania zdarzeń i nowego radzenia sobie w trudnych sytuacjach. W relacji terapeutycznej pacjent staje się ekspertem. Czwarty etap psychoterapii to czas omawiania planów na przyszłość, przewidywania ewentualnych trudności i ustalanie planu dalszych spotkań z terapeutą. W relacji terapeutycznej pacjent staje się partnerem i ważną kwestią jest przeciwdziałanie uzależnieniu się pacjenta od terapeuty.

## RELACJA TERAPEUTYCZNA. OPIS PRZYPADKU ANNY

### Opis przebiegu psychoterapii:

Pacjentka zgłosiła się na terapię, ponieważ nie radziła sobie z przeżywanym cierpieniem. Mówiła, że nie akceptuje swoich agresywnych zachowań w stosunku do chłopaka, i że kiedy się tak zachowuje, to widzi w sobie swoją mamę. Pani Anna we wczesnym procesie psychoterapii kierowała dużo żalu i smutku do rodziców za ich zachowanie, kiedy była dzieckiem i dorastającą dziewczyną. Oskarżała głównie swoją mamę za bezdusność, egoizm i zachowania agresywne, które doprowadziły do tego, jaka ona teraz jest w stosunku do swojego chłopaka. Pacjentka zauważyła, że jej chłopak się jej boi i uznała we wczesnym procesie psychoterapii, że to jest przyczyną niesatysfakcjonującego związku.

Terapeutka na początku terapii starała się zbudować dobry sojusz roboczy z pacjentką, kierowała wsparcie i zrozumienie, kiedy pacjentka wyrażała złość, żal i smutek w szczególności do mamy. Podczas pierwszych sesji pacjentka symbolicznie rozmawiała ze swoją mamą, którą sobie wyobrażała na krześle i mówiła do niej o swoim cierpieniu, spowodowanym jej zachowaniem. Odreagowanie w gabinecie terapeutycznym krzywdy kierowanej do mamy, przyniosło odczuwaną ulgę u pacjentki i przyczyniło się do rzeczywistej rozmowy z mamą, na temat dzieciństwa i relacji, która je łączy. Podczas tego spotkania mama pacjentki broniła się przed oskarżeniami córki i trudno jej było przyznać się do popełnionych błędów. Pani Anna nie została przez mamę przeproszona za swoje agresywne zachowanie. Pacjentka nie miała tak ogromnego żalu do ojca jak do mamy. Ojciec przecież nie dawał wsparcia ani zrozumienia w momencie agresywnych zachowań żony, ani nie zajmował się córką. Ojciec tylko wymagał dobrego wykształcenia, które by zaowocowało wysokimi zarobkami. Pani Anna traktowała ojca ulgowo. Twierdziła, że zachowanie ojca nie było i nie jest dla niej tak krzywdzące, jak zachowanie mamy. Zamiast wyrażenia negatywnych uczuć do ojca postanowiła się dla niego jeszcze bardziej postarać, gdyż trudno jej było patrzeć na to jak ojciec wegetuje. Często ojcu organizowała wyjazdy np. w góry i w nich uczestniczyła, rezygnując ze spędzania wolnego czasu, tak jak by tego ona chciała. Postawiła sobie zadanie wpłynięcia na poprawę jakości życia swojego ojca. Pani Anna tak

bardzo się starała po to, żeby sobie zasłużyć wreszcie, na jego miłość i uznanie. Podczas sesji zastanawiała się co może zrobić, żeby mu pomóc. Starła się wykorzystywać swoje kompetencje zawodowe, trochę zachowywała się jak lekarka, ale niestety pomimo kolejnego zaangażowania, nie otrzymała tak ważnego dla siebie szacunku i uznania. Terapeutka odzwierciedlała zachowania pacjentki. Wspierała pacjentkę, wykorzystując technikę krzesła, w odreagowaniu przeżywanych, negatywnych emocji, kierowanych do ojca. Trudno jej było przyjąć to, że dla ojca jej ogromne zaangażowanie, nic nie znaczyło. Konfrontacja z rzeczywistą sytuacją, urealniła pacjentkę w relacji z ojcem.

Kolejnym ważnym obszarem pracy była relacja z partnerem pacjentki. Pani Anna podczas terapii uświadomiła sobie, że nie chce utrzymywać swojego partnera, ani też wykonywać za niego wszystkie obowiązki. Sfrustrowana brakiem wymiany, postanowiła rozstać się ze swoim chłopakiem. Zdecydowała, żeby się od niej wyprowadził. Podczas kilku sesji przyglądała się relacji z p. J. i stwierdziła, że nie chce tak dłużej, żeby wyglądała jej relacja. Podczas terapii odreagowywała negatywne emocje, dzieliła się przeżywaną tęsknotą za partnerem, a także uczyła się kierować do swojego chłopaka komunikaty w sposób asertywny, a nie agresywny, jak to miało miejsce wcześniej. Uczenie się przez pacjentkę korektywnych zachowań i kierowania asertywnych komunikatów do partnera, przyczyniło się do bliskości emocjonalnej partnerów i doprowadziło do bardziej satysfakcjonujących zbliżeń intymnych, które zaowocowały ciążą. Pacjentka natychmiast chciała usunąć ciążę, ponieważ uznała, że nie jest kompletnie gotowa do urodzenia i wychowania dziecka, a także jej partner tego nie chce. Nie rozmawiała z partnerem o tym czego on chce, tylko sama stwierdziła, że jest przekonana, na bazie wcześniejszych rozmów do tego, że on nie chce mieć dzieci.

Ta trudna sytuacja spowodowała, że pacjentka zaczęła reagować oporem przed terapią. Im bardziej cierpiała, to bardziej chciała uciec od spotkań z terapeutką. Terapeutka kierowała dużo wsparcia emocjonalnego i konfrontowała pacjentkę z tym co chce zrobić. Stosowała techniki wyobrazeniowe, w celu przybliżenia pacjentce odczuć bliskiego kontaktu z dzieckiem i planów z nim związanych, a także pacjentka oglądała swoje życie bez dziecka. Terapeutka również edukowała pacjentkę o urazie emocjonalnym, jakim może być aborcja (James, Gilliland, 2005). Pomimo wielu plusów przemawiających dla niej za

urodzeniem dziecka, pacjentka zdecydowała o aborcji. Po zabiegu czuła ulgę, ale też miała do siebie dużo żalu za to co zrobiła, jednak najwięcej złości, za to co się stało, kierowała do swojego partnera. To jego obarczała odpowiedzialnością za dokonaną aborcję. Po usunięciu dziecka wróciła do realizowania obowiązków zawodowych myśląc, że nie wróci do niej cierpienie wywołane dokonaniem aborcji. Jednak przeżycie wróciło w momencie śmierci dziadka. Pani Anna była bardzo zaskoczona swoją reakcją emocjonalną. Przeżywała ponownie dużo smutku i złości na partnera, że dokonała aborcji. Terapeutka towarzyszyła pacjentce w przeżywaniu żałoby i odzwierciedliła rozumienie przez pacjentkę sytuacji. Pani Anna długo niedowierzała, że przeżywa żałobę, że śmierć dziadka, z którym nie była związana emocjonalnie, mogła przyczynić się do przeżywania żałoby, po dokonanej aborcji. Pacjentka była bardzo zaskoczona, jak twierdziła swoim nienormalnym zachowaniem, które terapeutka widziała jak najbardziej normalne w tej sytuacji (Dudek, 2003).

Ważnym aspektem w terapii było również wykorzystanie psychorysunku w terapii. Został zastosowany test drzewa, temat do rysunku; narysuj siebie jako zwierzę, roślinę i przedmiot, a także pacjentka narysowała sześć rysunków, które pokazały jak prezentuje się na zewnątrz, jak się czuje w środku, jaka chciałaby być, odniosła się również do swojego ciała, choroby i zdrowia. Rysunki pokazały niskie poczucie własnej wartości, osamotnienie jak również odczuwanie ogromnej pustki w życiu. W pierwszym roku terapii pacjentka postawiła sobie za cel zmianę zawodową i ten cel zrealizowała bardzo dobrze, ponieważ jak zgłosiła się na terapię to pracowała tylko jako instruktor fitness, a po roku terapii już jako fizjoterapeuta, wykładowca i szkoleniowiec. Pani Anna odniosła sukces zawodowy, ale bardzo trudno jej się realizuje aktualny cel terapii, a mianowicie budowanie relacji z ludźmi. Ostatnio nawet stwierdziła, że nie potrzebuje relacji z ludźmi. Jak się okazuje budowanie relacji z drugim człowiekiem, jest dla pacjentki dużo trudniejsze, niż zrobienie kariery zawodowej. Kiedy ma pracować nad zapełnieniem przeżywanej pustki i budować bliższe relacje z ludźmi, to najchętniej chciałaby uciec od ludzi, na koniec świata.

Zadowolenie z wykonywanej pracy i duże zmęczenie powoduje, że Pani Anna najchętniej chciałaby zrezygnować z uczenia się budowania relacji z ludźmi. Wyjaśnia, że tego nie potrzebuje, że ją to męczy, a jednocześnie mówi,

że bardzo by chciała mieć ciepłą, kochającą się rodzinę. Ucieczka w świat jest w sprzeczności do budowania bliskości w rodzinie. Aktualnie pacjentka przeżywa konflikt. Część niedojrzała w jej osobowości nie wykształciła umiejętności budowania bliskości z ludźmi, z powodu braku doświadczenia. Pani Anna twierdzi, że jest zmęczona i nie ma siły na dbanie o relacje z ludźmi, a jednocześnie podejmuje nowe prace, żeby nie było miejsca na bliższy kontakt z drugim człowiekiem.

### **Podsumowanie procesu psychoterapii:**

Pacjentka przechodziła przez wszystkie etapy procesu psychoterapii i jeśli chodzi o rozwój zawodowy to osiągnęła zamierzony cel. Natomiast jest jej dużo trudniej z realizowaniem kolejnego celu, wyznaczonego w terapii, a mianowicie z budowaniem relacji z ludźmi.

Pani Anna potrzebuje większego wglądu, odreagowania krzywdy doznanej od ludzi, i wytrwałości w podejmowaniu pracy zmierzającej, w kierunku budowania rzeczywistych relacji, opartych na akceptacji i zrozumieniu przez drugiego człowieka. Pacjentka umie pracować zadaniowo, lubi widzieć szybko konkretne efekty swojej pracy. Trudno jest jej budować relacje z ludźmi i oczekiwać tak długo zmiany. Ponieważ nie ma doświadczenia w byciu w relacjach z ludźmi, to najchętniej by uciekła od przeżywanej pustki na koniec świata. Manifestowany opór przed zmianą, w byciu bliżej z drugim człowiekiem powoduje, że ostatnio pacjentka przynosi na sesje tematy zastępcze i stara się uciec od pracy nad wybranym przez siebie celem terapii. Aktualnie odczuwa zastój w procesie terapii i bardzo się tym frustruje. Wcześniej następowały bardzo szybkie zmiany i pacjentka uzyskiwała konkretne korzyści z terapii, mam tu na myśli funkcjonowanie w nowych rolach zawodowych.

### **Uzyskane rezultaty:**

Pacjentka rozpoznaje przeżywane objawy i potrafi sobie z nimi radzić w trudnych sytuacjach. Lepiej rozumie siebie, w szczególności w sytuacjach zawodowych, jest bardziej dojrzała i odważna w momencie podejmowania nowych wyzwań zawodowych. Częściej doświadcza kontaktu na polu zawodowym z szefami, a także pracuje z nowopoznanymi osobami i przeżywa mniej lęku w kontakcie z nimi. Jest mniej, niż miało to miejsce wcześniej,

sfrustrowana w kontakcie z rodzicami, dużo lepiej się z nimi dogaduje, lepiej rozumie ich zachowanie. Pacjentka nie stara się tak bardzo dla chłopaka, przestała go utrzymywać i wymaga od niego wykonywania obowiązków domowych. Niestety nie wiele się zmieniło w bliższej relacji emocjonalnej z chłopakiem i z przyjaciółmi. Pani Anna ma duży opór przed budowaniem relacji z ludźmi. Zważywszy na wyższe zarobki z wykonywanych prac, poprawiło się pacjentce funkcjonowanie życiowe, ma większe dochody i może sobie pozwolić na więcej satysfakcjonujących ją atrakcji w życiu.. Psychoterapeutka zaleciła pacjentce kierowanie uwagi na zaspokajanie swoich potrzeb i pragnień i ich realizowanie, a także przełamywanie blokady w budowaniu relacji z bliskimi osobami.

Podaję w wątpliwość czy uda się pacjentce pozostać w terapii z powodu napotkanych trudności w budowaniu relacji. Odnoszę wrażenie, że Pani Annie szkoda czasu na budowanie relacji z ludźmi, które będą wymagały energii i czasu a także zrezygnowania z jakiejś pracy zawodowej, a co za tym idzie z gratyfikacji finansowej. Wolny proces budowania relacji i długo oczekiwane rezultaty bliskości z drugim człowiekiem, mogą pacjentkę zniechęcić do dalszej pracy nad zmianą. Pacjentka od zawsze budowała poczucie swojej wartości na uzyskiwanej za swoją pracę gratyfikacji finansowej, dlatego też może to być ważniejsze utrzymanie wysokich dochodów finansowych, niż odczuwanie pustki, która wyrывa się od czasu do czasu i prowadzi do cierpienia.

## PODSUMOWANIE

Podsumowując terapię indywidualną na uwagę zasługuje fakt, że pacjentka rozpoznaje przeżywane objawy i potrafi sobie z nimi radzić w trudnych sytuacjach. Lepiej rozumie siebie, w szczególności w sytuacjach zawodowych, jest bardziej dojrzała i odważna w momencie podejmowania nowych wyzwań zawodowych. Częściej doświadcza kontaktu na polu zawodowym z szefami, a także pracuje z nowopoznanymi osobami i przeżywa mniej lęku w kontakcie z nimi. Jest mniej, niż miało to miejsce wcześniej, sfrustrowana w kontakcie z rodzicami, dużo lepiej się z nimi dogaduje, lepiej rozumie ich zachowanie. Pacjentka nie stara się tak bardzo dla chłopaka, przestała go utrzymywać



i wymaga od niego wykonywania obowiązków domowych. Niestety nie wiele się zmieniło w bliższej relacji emocjonalnej z chłopakiem i z przyjaciółmi. Pani Anna ma duży opór przed budowaniem relacji z ludźmi. Zważywszy na wyższe zarobki z wykonywanych prac, poprawiło się pacjentce funkcjonowanie życiowe, ma większe dochody i może sobie pozwolić na więcej satysfakcjonujących ją atrakcji w życiu.. Psychoterapeutka zaleciła pacjentce kierowanie uwagi na zaspokajanie swoich potrzeb i pragnień i ich realizowanie, a także przełamywanie blokady w budowaniu relacji z bliskimi osobami.

Podaję w wątpliwość czy uda się pacjentce pozostać w terapii z powodu napotkanych trudności w budowaniu relacji. Odnoszę wrażenie, że Pani Annie szkoda czasu na budowanie relacji z ludźmi, które będą wymagały energii i czasu a także zrezygnowania z jakiejś pracy zawodowej, a co za tym idzie z gratyfikacji finansowej. Wolny proces budowania relacji i długo oczekiwane rezultaty bliskości z drugim człowiekiem, mogą pacjentkę zniechęcić do dalszej pracy nad zmianą. Pacjentka od zawsze budowała poczucie swojej wartości na uzyskiwanej za swoją pracę gratyfikacji finansowej, dlatego też może to być ważniejsze utrzymanie wysokich dochodów finansowych, niż odczuwanie pustki, która wyrывa się od czasu do czasu i prowadzi do cierpienia. Pacjentka pomimo uciekania od swoich emocji i potrzeb jednak skonfrontowała się z problemem budowania relacji z ludźmi i być może kiedyś zechce podjąć pracę nad zdobyciem większego doświadczenia w tym zakresie.

## REFERENCES

- Braun-Gałkowska, M. (2007). *Poznanie systemu rodzinnego*. Łódź: Wydawnictwo KUL
- Brylant, R., Harley, A. (2003). *Zespół ostrego stresu*. Warszawa: PWN
- Brzezińska, A. I.(2005). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Czabała, J. C. (2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN
- Dudek. B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Greenstone, J., Leviton, S. (2005). *Interwencja kryzysowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

- James, R., Gilliland B. (2005). Strategie interwencji kryzysowej. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne „Parpa”
- Kalat, J.W. (2006). Biologiczne podstawy psychologii. Warszawa: PWN.
- Merecz, D. (2005). Jak zwiększyć swój potencjał by lepiej radzić sobie ze stresem. Łódź: I.M.P
- Oleś, P. (2005). Wprowadzenie do psychologii osobowości. Warszawa: „Scholar”
- Oster, G.D, Gould, P. (2005). *Rysunek w psychoterapii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2008). Psychoterapia Poznawczo-Behawioralna. Wydawnictwo Paradygmat