

Jarosław Polak, Hubert Stöcker

# Wspierająco, czyli jak?

## Kilka uwag o psychodynamicznej psychoterapii wspierającej

**słowa kluczowe:** psychodynamiczna psychoterapia wspierająca, techniki psychoterapii, zaburzenia osobowości, psychoterapia ekspresyjna, wsparcie psychologiczne

### Wstęp

Glen Gabbard w *Psychiatrii dynamicznej w praktyce klinicznej* pisze: „Psychiatra, który niczym żeglarz bez sekstansu wyrusza w podróż po ciemnych stronach nieświadomości bez żadnej teorii, wkrótce zgubi drogę” (Gabbard, 2009, s. 41). Pomoc, jaką oferuje psychoterapeucie teoria, którą uważa za prawdziwą (której ufa), jest bezcennym wsparciem w radzeniu sobie ze stale dopadającymi go wątpliwościami i dylematami zarówno diagnostycznymi, jak i technicznymi. Owe wątpliwości i niepewność stanowią konsekwencję wyboru zawodu i powstają pod wpływem reflektowania psychopatologii pacjenta. Nie sposób uprawiać zawodu psychoterapeuty psychodynamicznego bez próby odpowiedzi na pytania: „co?”, „jak?”, „u kogo?” i „po co?” mogą zmienić. Z potrzeby odpowiedzi na pytanie „jak?” powstał zbiór reguł i technik, które nazywamy metodą pracy. Rezerwujemy słowo „metoda” dla tych działań, które są przez terapeuta podejmowane intencjonalnie (włącznie z powstrzymaniem się od interwencji). W odniesieniu do tych działań psychoterapeuta powinien przewidzieć, jaką reakcję pacjenta w jego przekonaniu interwencja przyniesie i co powinno zmieniać się po interwencji (por. Schlesinger, 2003).

Taką metodą, stosowaną w leczeniu pacjentów o bardzo zróżnicowanej psychopatologii, która u swej podstawy ma ów „sekstans teorii” (nawiasem mówiąc, kilku), jest psychodynamiczna psychoterapia, której oddziaływania znajdują się na zaproponowanym przez Mertona Gilla (1984) i doskonale znanym kontinuum ekspresywno-wspierającym. O ile jednak terapia ekspresyjna i jej techniki są szeroko opisywane, o tyle psychodynamiczna psychoterapia wspierająca (PPW) i jej techniki już dużo rzadziej<sup>1</sup>. Zdaniem autorów samo pojęcie PPW nie jest jasne i jest ono definiowane na bardzo wiele, czasem sprzecznych sposobów. Dotyczy to zarówno literatury, jak i czegoś, co możemy nazwać powszechnym jego rozumieniem przez terapeutów, a co ma duży wpływ na praktykę kliniczną. Stan taki niemal gwarantuje wspomniane przez Gabbarda „zagubienie” w rozumieniu przedmiotu i metod leczenia, ale przede wszystkim grozi uprawianiem tego, co nosi znamiona „dzikiej” psychoterapii w leczeniu pacjentów z wykorzystaniem PPW.

<sup>1</sup> Zamiast „wspierająca” czasem zamiennie używane jest słowo „podtrzymująca”.

Teoretycy odnoszący się do zagadnienia PPW zgodnie zauważają, że jest to niedoceniany, ale ważny obszar (por. Kernberg, 1984, Luborsky, 1984; Rockland, 1989; Novalis 1989; Holmes, 1995). Przykładowo zdolność do ustanowienia właściwego balansu pomiędzy pracą z wykorzystaniem interwencji wspierających i interpretacji uznawana jest za specyficzną i podstawową dla terapii analitycznych metakompetencję (Lemma i in., 2010). Konieczność jasnego opisu psychodynamicznych technik wspierających, zakresu stosowania i określenia ich skuteczności przy równoczesnych zaniedbaniach w tym zakresie podkreślana jest przez wielu znamienitych teoretyków (Appelbaum, 2005; Lichsenring, Leibing, 2007; Shedler, 2011; Sandell, 2004; Winston, Rosenthal, Pinsker, 2004). W praktyce wiąże się to z uzasadnioną potrzebą dostępu do różnorodnych technik leczenia pacjentów, przede wszystkim z psychozami i ciężkimi zaburzeniami osobowości, które z jednej strony mają wykazywać maksymalnie najwyższą skuteczność, z drugiej natomiast mają chronić relację terapeutyczną przed nadmiernym przeciążeniem i jej zerwaniem lub przeciągającym się impasem.

Prezentowany temat wydaje się też ważny z innego praktycznego powodu, jakim jest tradycja prowadzenia psychoterapii z częstotliwością raz w tygodniu w placówkach finansowanych przez NFZ oraz w gabinetach prywatnych. Bez gruntownej znajomości PPW absolwenci szkół psychoterapii psychodynamicznej mogą odczuwać pokusę prowadzenia psychoterapii ekspresywnej tam, gdzie nie są spełnione warunki do jej stosowania. Mogą również unikać PPW ze względu na obawy przekroczenia zasady neutralności.

W związku z powyższym za cel niniejszego artykułu przyjęliśmy przede wszystkim przybliżenie pojęcia i zarysu metody PPW. Chcemy podjąć próbę odpowiedzi na następujące pytania:

- jaka jest specyfika psychoterapii wspierającej oraz cel użycia interwencji wspierających,
- jaki rodzaj efektów terapeutycznych wywołują interwencje wspierające,
- jakie są formy interwencji wspierających,
- w odniesieniu do jakich pacjentów zasadne jest stosowanie PPW jako metody z wyboru,
- jakie są obiekcje dotyczące interwencji wspierających, jakie zagrożenia wiążą się z ich użyciem?

Uznajemy, że to, co dzieje się w gabinecie, jest wynikiem interakcji pomiędzy osobowością pacjenta i osobowością terapeuty. Technika pracy jest jej pochodną. Za Otto Kernbergiem (2004) przyjmujemy jednak, że aby uzyskać jasne i klinicznie znaczące rozróżnienia, należy trzymać się jasnych definicji różnych modalności terapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem stosowanych przez nie technik, a z pominięciem terapeutycznej interakcji i jej efektywności w indywidualnych przypadkach. Dlatego rozważania nasze mają raczej charakter normatywny niż opisowy.

Artykuł nasz jest tylko zarysowaniem problemów stale obecnych w refleksji psychoterapeutów nurtu psychoanalitycznego. Z racji ograniczonego miejsca wiele

wątków zostało potraktowanych w skrócie. Mamy jednak nadzieję, że przedstawiony materiał da czytelnikom pretekst do refleksji i wywoła dalszą dyskusję. Mamy również nadzieję, że dzięki tym rozważaniom dokonywany przez terapeutów dobór metody i stosowanych technik – w sposób adekwatny do terapeutycznych potrzeb i możliwości pacjenta – stanie się bardziej uzasadniony, a nie tylko intuicyjny.

## Geneza problemu

Powolywanie się w dyskusjach na praktykę i autorytet Zygmunta Freuda nie jest rozstrzygające, jednak z pewnością przypomina o konieczności zachowania pewnej elastyczności w pracy terapeutycznej. Powszechnie znana jest historia jego relacji terapeutycznej z „Człowiekiem Szczurem”, którego Freud w trudnych chwilach między innymi częstował śledziami. Ów pacjent, Ernst Lanzer, dzisiaj otrzymałby zapewne diagnozę ciężkich zaburzeń osobowości (Freud zwracał uwagę, że jego zaburzenie nie mieściło się całkowicie w kategoriach neurozy) (Quinodoz, s. 91), zaś ograniczanie regresji i powstrzymywanie się od interpretacji oraz wprowadzenie innych technik wspierających także i dzisiaj uważane jest za niezbędne właśnie w odniesieniu do głębiej zaburzonych pacjentów. Wprawdzie sugestię, która jest jedną z najczęstszych technik wspierających, Freud nazywał „miedzią” i uznawał za gorszy rodzaj interwencji, podczas gdy „czystym złotem” psychoanalizy miała być interpretacja, uznawał jednak równocześnie, że nie istnieje terapia wolna od interwencji opartych na sugestii. Dzisiaj niezmiennie jest truizmem, że każda terapia zawiera w sobie elementy podtrzymujące, gdyż nawet setting ma charakter wspierający.

Sporokowane przez pisma Freuda poszukiwanie tej jednej, właściwej formy psychoanalizy i psychoterapii psychoanalitycznej doprowadziło do dyskusji i wypracowania przez Kurta Eisslera tak zwanej techniki standardowej (Thoma, Kachele, 1996). Wszystko, co nie mieściło się w jej ramach, było nazwane „parametrem”, a więc pewnym działaniem o nieanalitycznym charakterze, wpływającym na wynik interwencji, którego modyfikujący charakter jest jednak znany i przewidziany. Każde takie działanie powinno być następnie przeanalizowane z pacjentem. Jeśli jakiś rodzaj interwencji nie nadawał się do późniejszej analizy, nie należało go pod żadnym pozorem stosować. Założeniem tej dyskusji było, że skuteczna psychoterapia posługuje się przede wszystkim interpretacją i prowadzi do wglądu. Skuteczność uznawana jest za rzeczywistą, o ile wywołuje trwałe zmiany w osobowości, w jej strukturze, rozumianej zgodnie z daną koncepcją struktury osobowości. Terapeuta posługujący się technikami wspierającymi osiąga zmiany w funkcjonowaniu pacjenta, które nie polegają na zmianie charakteru, dlatego terapia wspierająca jest „gorszą”, mniej ambitną formą terapii. Ilość technik wspierających powinna być maksymalnie zredukowana, a w razie ich użycia – neutralizowana przez ich omawianie z pacjentem, a ich wykorzystanie wiąże się często z tak dużym ryzykiem utraty tak zwanej pozycji analitycznej, że nie opłaca się ich stosować.

Okazało się jednak, że grono pacjentów nadających się do psychoanalizy radykalnie malało, psychoterapeuci analityczni borykali się z częstymi rezygnacjami z terapii mocniej zaburzonych pacjentów, zaś liczba osób potrzebujących psychoterapii

rosła. Stąd rozpoczął się proces wzbogacania psychoterapii psychodynamicznej o elementy wspierające, czyli techniki chroniące zdrowie i życie pacjenta oraz relację terapeutyczną, a także wywołujące realne i pozytywne zmiany w życiu pacjentów. Przełom w refleksji nad rolą interwencji wspierających w psychoanalizie nastąpił wraz z badaniami prowadzonymi w Menninger Clinic. Porównywano w nich wyniki długoterminowej psychoanalizy i krótkoterminowej terapii wspierającej. Wykazały one, że obydwie metody przyniosły porównywalne rezultaty (Kernberg i in., 1972). Odpowiedzią na te badania było między innymi stworzenie przez Lestera Luborsky'ego (1984) modelu psychoterapii SE (wspierająco-ekspresywnej) koncentrującej się na analizie i rozwiązaniu CCRT (rdzennego konfliktowego modelu relacji) (Book, 1998). Innym modelem, którego początki sięgają tamtych wydarzeń, znacznie lepiej znanym w Polsce, jest Terapia Skoncentrowana na Przeniesieniu (TFP) rozwijana przez Otto Kernberga i jego zespół. W repertuarze technik powszechnie wykorzystywanych w ramach TFP jest wiele interwencji wspierających, takich jak interwencje środowiskowe, aktywacja behawioralna, edukowanie pacjenta, domaganie się zmniejszenia przez pacjenta częstości występowania zachowań typu acting out czy ograniczanie interwencji do klaryfikacji i konfrontacji w początkowej fazie terapii (Yeomans, Clarkin, Kernberg, 2015). Jest to przeciwstawne potocznym opiniom o mało wspierającym charakterze TFP (Wernz, Sellschopp, Schneider-Heine, 2018). Przykładowo zaproponowane przez Adolfa Sterna siedzenie naprzeciwko pacjenta (twarzą w twarz) miało na celu stworzenie z nim relacji opartej na rzeczywistości, minimalizującej wpływ przeniesienia, jako korektywnej dla wczesnodziecięcych urazów i deficytów. Opisywał ją jako pozycję przyjmowaną domyślnie w codziennych przyjacielskich relacjach i będącą wyrazem zainteresowania, ochrony i wsparcia (Rockland, 1992). Taki sposób ustawienia foteli został przyjęty w TFP ze względu na umożliwienie pacjentowi obserwowania terapeuty, a często odbierany jest jako stanowiący dla pacjenta intensyfikujące afekt utrudnienie.

### Istota psychodynamicznej psychoterapii wspierającej

Jak wspomnieliśmy, psychoterapia wspierająca to wyrażenie wieloznaczne. Dodając do niej wyraz „psychodynamiczna” zawężamy jej rozumienie do paradygmatu, w którym kluczowe pozostają takie zjawiska jak nieświadome przeniesienie i opór. Należy pamiętać, że istnieją również inne nurty psychoterapii, mające swoje teorie i techniki w ramach terapii wspierających. Stoimy na stanowisku, że radykalnie różnią się one od oddziaływań PPW właśnie rozumieniem celu i przedmiotu leczenia.

Ze względu na destabilizujący i regresujący charakter interpretacji przeniesienia, a także ograniczenia pacjentów w dziedzinie możliwego wglądu nie są one w PPW zalecane jako zamierzony składnik aktywny. Zamiast interpretacji przeniesienia stosuje się raczej techniki, wśród których nadrzędna rola przypada klaryfikacji i konfrontacji, oraz te, które w swojej istocie oparte są na sugestii. Podobnie ma się sprawa z interpretacją oporu, zwłaszcza wtedy, gdy ma on – dla pacjentów o zbyt słabych obronach – adaptacyjny i stabilizujący charakter. Dynamiczne treści nieświadome są przez

terapeutę nieustannie obserwowane i oceniane, jednak nie są interpretowane, chyba że stanowią zagrożenie dla terapii i pacjenta. W przypadku PPW pacjentów z ciężkimi zaburzeniami osobowości zdarza się to często.

Wsparcie zawsze wiąże się z zaangażowaniem terapeuty po jednej ze stron intrapsychoicznego konfliktu pacjenta oraz jego częściowym ujawnieniem się. Dotyczy to na przykład własnego systemu wartości, oczekiwań, pragnień i preferencji. Zatem z definicji techniki wspierające naruszają lub nawet znoszą regułę neutralności. Tradycyjne jej rozumienie jako działań polegających na utrzymaniu takiego samego dystansu wobec wszystkich instancji biorących udział w konflikcie: rzeczywistości, id, ego i superego najlepiej oddaje istotę pojęcia wsparcia. Otóż polega ono na zmniejszeniu dystansu wobec jednej z nich i jej modyfikacji (wzmocnienie lub osłabienie) w celu zmniejszenia konfliktogennej presji na ego.

Postawa psychoterapeuty w PPW jest więc bardziej aktywna w porównaniu z klasycznymi terapiami ekspresywnymi. Aktywność terapeuty wymusza też ograniczanie metody wolnych skojarzeń do ustalonych celów psychoterapeutycznych. Terapeuta nie czeka więc biernie, aż pacjent wniesie określone treści, ale swoimi interwencjami dąży do ich wnoszenia lub analizuje źródła oporu przed ich ujawnianiem.

Zgadzamy się z opinią, że PPW w porównaniu z terapiami ekspresywnymi stawia sobie mniej ambitne cele. Tym niemniej zdarza się dość często, że cel w postaci zmiany strukturalnej nie jest możliwy do osiągnięcia, a także jego osiągnięcie nie jest uzasadnione z bardzo wielu powodów (ograniczeń klinicznych, organizacyjnych, ekonomicznych) (Pine, 1989). Wówczas wybór PPW jest po prostu racjonalny.

## Cele psychodynamicznej psychoterapii wspierającej

Sądzymy, że kluczowe dla określenia tożsamości PPW jest wyznaczenie celów, jakie są przed nią stawiane, a dopiero w drugim rzędzie – stosowanie odpowiednich technik, których użycie uzasadnia teoria. Pozwala to ustalić, a w praktyce przewidzieć, jakich zmian w naszych pacjentach się spodziewamy. Cele wspierającej psychoterapii psychodynamicznej, rozwijając metaforę żeglarską, można wyobrazić sobie jako kierunek rejsu, w którym nie przewidzimy, z jaką siłą będzie wiał wiatr, ile zwrotów przyjdzie nam zrobić, ile razy utkniemy na mieliźnie, ale cały czas wiemy, dokąd płyniemy.

Przed wszystkim technik PPW nie należy mylić z udzielaniem wsparcia psychologicznego. Potocznie o wsparciu mówimy, gdy ktoś znajduje się w kłopotach, ma jakiś problem, któremu towarzyszy dyskomfort (cierpienie psychiczne), a inna osoba pomaga mu ten problem rozwiązać. Osoba wspierana nie ma wystarczających zasobów, aby rozwiązać problem samodzielnie i osoba wspierająca używa jej własnych. Wspieranie wygasa w chwili, gdy problem jest rozwiązany lub osoba wspierana uzyskuje zdolność do samodzielnego rozwiązywania swoich problemów. Można powiedzieć, że celem wsparcia psychologicznego jest zmniejszenie cierpienia wspieranej osoby. Stosowanie profesjonalnego wsparcia psychologicznego jest istotnym narzędziem oddziaływania, ale nie wymaga gruntownego przeszkolenia psychoterapeutycznego. Wysłuchanie drugiej osoby, danie możliwości podzielenia się odczuwanym napięciem

emocjonalnym, zachęcanie do wypowiedzi, dawanie otuchy i nadziei, sugerowanie konstruktywnych rozwiązań, oferowanie wymiernej pomocy – to istotne elementy budowania relacji interpersonalnych. Nie należą one jednak do zakresu psychoterapii psychodynamicznej. Właściwie to tam, gdzie nie wystarcza samo wsparcie psychologiczne, zaczyna się potrzeba zastosowania psychoterapii. Występowanie cierpienia psychicznego też nie jest konieczne do jej rozpoczęcia.

Za Lawrence'em Rocklandem (1989, s. 8) przyjmujemy, że celem PPW „jest wzmocnienie funkcji ego i konsekwentnie poprawianych zdolności adaptacyjnych”. Od PPW zasadniczo nie oczekujemy zmian strukturalnych<sup>2</sup>; ma ona poprawić funkcjonowanie pacjenta w obszarze rzeczywistości zewnętrznej, a ostatecznym beneficjentem wsparcia w PPW jest ego pacjenta. Uważa się, że ta transformacja zachodzi głównie poprzez identyfikację pacjenta ze zdolnościami refleksyjnymi terapeuty. Warunkiem wprowadzenia zmian jest rozwijanie zdrowej współpracy z terapeutą i zastąpienie autodestrukcyjnych aktów słownym wyrażaniem konfliktów (Appelbaum, 2005).

Ustalanie celów w ramach PPW wymaga bardzo zindywidualizowanego podejścia, będącego wypadkową przede wszystkim diagnozy, ale również motywacji pacjenta i czasu, jaki zarówno terapeuta, jak i pacjent mogą poświęcić na psychoterapię. Świadome cele, jakie określane są wspólnie z pacjentem na początku PPW, powinny być realistyczne, w tym sensie, że są one możliwe do osiągnięcia, przy czym zwykle jest to opanowanie lub ustąpienie objawów i lepsze radzenie sobie z problemami życiowymi. Przykładowe cele PPW mogą brzmieć następująco: przepracowanie trudności w relacji z bliską osobą, adaptacja do nagłej zmiany życiowej/kryzysu rozwojowego na dowolnym etapie życia, lepsze radzenie sobie z napięciami emocjonalnymi towarzyszącymi w pracy. Mogą one, oczywiście, podlegać renegotjacji w trakcie trwania psychoterapii, aby PPW nie osiągnęła statusu bezcelowych quasi-psychoterapeutycznych pogawędek w sytuacji, kiedy dla pacjenta gratyfikujące jest przede wszystkim pozostawanie w zależności od psychoterapeuty, które „nie będzie miało końca”. Rzetelna diagnoza wstępna, uzupełniona o refleksje pojawiające się w trakcie procesu psychoterapii i superwizji, pozwala psychoterapeucie negocjować z pacjentem możliwe do realizacji cele psychoterapii.

Po stronie terapeuty leży kontrola, czy ustalone cele terapii są realizowane przez pacjenta. Aktywna postawa psychoterapeuty przejawia się między innymi w przywracaniu pamięci o treściach poprzednich sesji. Widoczny brak takiej ciągłości u pacjenta może być traktowany jako wyraz oporu (Gabbard, 2009), gdy każda sesja jest „nowym rozdaniem”, a pacjent nie łączy ze sobą i swoimi problemami wnoszonych treści. Może

<sup>2</sup> Czy techniki wspierające mogą wywoływać zmianę strukturalną? Mimo iż tradycja każe myśleć inaczej, odpowiedzi na to pytanie nie znamy. Jak pisze Kernberg (2004, s. 99): „wciąż mamy poważne metodologiczne trudności w ocenie zmiany strukturalnej”. Są pewne dowody potwierdzające, że interpretacja wywołuje lepsze efekty niż inne formy interwencji, zwłaszcza u zdrowszych pacjentów, ale niezależnych badań wciąż jest niewiele. Nieco przekornie przywołać tutaj możemy zdanie Eisslera, że psychoanalizą (psychoterapią psychodynamiczną) jest wszystko, co wywołuje zmianę strukturalną (a więc być może również interwencje wspierające).

być jednak wyrazem braku zdolności pacjenta do utworzenia takiej ciągłości (deficytu). Po głębiej zaburzonych pacjentach możemy się na przykład spodziewać raczej aktywnego sabotowania, prób „zmiany kursu” wobec ustalonych celów niż trwałego przymierza w ich osiągnięciu, co będzie miało oczywiście konsekwencje w jakości aktywności terapeuty. Można powiedzieć, że terapeuta prowadzący psychoterapię wspierającą nie musi obawiać się swej nadmiernej aktywności w przeciwstawianiu się „bierno-pasywnej” postawie pacjenta w stosunku do terapii (Kernberg, 1984).

Z powyższego wynika również i to, że czas trwania i częstotliwość sesji PPW są bardzo elastyczne i uzależnione od jakości celów, co stanowi niewątpliwie atut tej metody pracy. PPW może być więc prowadzona jako proces krótko- lub długoterminowy. Sesje 45- czy 50-minutowe mogą odbywać się od kilku w tygodniu do jednej co dwa tygodnie (Rockland, 1989). Tej elastyczności – która jest atutem PPW wspierającej – w kontraktowaniu czasu trwania i częstotliwości psychoterapii nie należy mylić z dowolnością w stosowaniu interwencji. Obecnie niemal powszechne jest przekonanie, że nie da się prowadzić terapii ekspresywnych z częstotliwością sesji mniejszą niż dwa razy w tygodniu (Gabbard, 2009; por, Radcliffe, Yeomans, 2019).

## Techniki wspierające

Wyznaczenie celów PPW pociąga za sobą określenie czynników leczących oraz dobór technik terapeutycznych. Tutaj zwykle prezentowane jest kontinuum, którego granice wyznaczają interpretacja w odniesieniu do patologii konfliktowej z jednej strony, a z drugiej wspierająca oraz korektywna relacja w odniesieniu do patologii związanej z deficytem (Kachele, Thoma, 1996). Techniki wspierające będą się tutaj mieściły blisko krańca wyznaczanego przez czynniki związane z relacją terapeutyczną.

Jak zostało to już wspomniane wcześniej, naczelną zasadą PPW dla terapeuty to pozostawanie ukierunkowanym na dominujący wpływ i typ przeniesienia bez podejmowania jego interpretacji. Zaleca się również akceptowanie i wykorzystanie pozytywnego przeniesienia. Niezwykle istotne w PPW jest także omawianie negatywnego przeniesienia, zarówno jawnego, jak i ukrytego (Kernberg, 1984). Tolerancja negatywnego przeniesienia u mocno zaburzonych pacjentów nie pozwala na prowadzenie efektywnej psychoterapii. Podobnie rzecz się ma z przeniesieniem idealizowanym lub erotyzowanym, które domagają się szybkiej neutralizacji (Rockland, 1992). Są to główne wyjątki od zasady niestosowania interpretacji.

Następną zasadą kierującą pracą terapeuty PPW jest identyfikowanie i opisywanie istotnych aspektów self w celu wzmocnienia tożsamości oraz poczucia spójności i ciągłości. Między innymi temu celowi służą klaryfikacja i konfrontacja. PPW, podobnie jak inne psychoterapie psychodynamiczne, powinna rozwijać w pacjencie funkcję reflektującą na tyle, na ile jest to możliwe i w stopniu niezbędnym do realizacji celów związanych z funkcjonowaniem pacjenta poza terapią. Pomagają w tym na przykład interwencje typu „Dlaczego Pan/Pani tego nie robi...”, „nie podejmuje się...”, „pozwala innym na...” bardziej niż dawanie wprost rad i zaleceń. Stosowanie klaryfikacji i kon-

frontacji powoduje ponadto przekładanie skłonności pacjenta do działania uczuciowego na bardziej adaptacyjny tryb ekspresji werbalnej.

Ważnym elementem PPW jest ograniczanie skrajnej zależności pacjenta (np. bierność życiowa). Pacjentowi należy stawiać życiowe wymagania dotyczące na przykład podjęcia przez niego wolontariatu czy zatrudnienia. Można wprawdzie prowadzić PPW w formie skrajnie wspierającej czy wręcz zastępującej pewne funkcje ego pacjenta, o ile jest to świadoma decyzja strategiczna, a nie błąd diagnostyczny i nieuzasadniona gratyfikacja zależnościowych potrzeb pacjenta. Może się tak na przykład zdarzyć, że zaczniemy pracować z pacjentem chętnie korzystającym z pomocy, ale posiadającym na przykład trudny do przepracowania konkretny styl myślenia, który nie jest pochodną regresji, a niską sprawnością procesów poznawczych. Wtedy psychoedukacja i udzielanie porad mogą być optymalną strategią psychoterapeutyczną, a nie identyfikacją ze zdevaluowanym self pacjenta. Do zagadnienia tego wrócimy później.

Rockland (1992) zauważa, że niektóre z interwencji PPW są wspólne dla różnych nurtów terapii, niektóre zaś mają specyficznym psychodynamiczny charakter (wymagają psychodynamicznego rozumienia). Należą do nich wzmacnianie adaptacyjnych mechanizmów obronnych i kwestionowanie nieadaptacyjnych mechanizmów obronnych, podawanie niedokładnych albo częściowych interpretacji, stosowanie łagodnych projekcji i introjekcji (przerzucanie winy) oraz dostosowanie stylu interwencji (np. do rodzaju zaburzenia). Najbardziej charakterystyczna dla psychodynamicznej psychoterapii interwencja, czyli interpretacja, jak wspomniano, podlega pewnym ograniczeniom. Stosowanie interpretacji treści nieświadomych w procesie PPW jest uznawane przez Kernberga za nadużywanie tej techniki, ale konieczna jest interpretacja przeniesień zagrażających terapii (Kernberg, 1984). Rockland (1989) opowiada się za uzyskiwaniem wglądu przez pacjenta w materiał przedświadomy przy pomocy klaryfikacji i konfrontacji z pominięciem interpretacji treści nieświadomych, chyba że będą to interpretacje częściowe i niedokładne. W tym samym miejscu proponuje, by nieświadomy opór interpretować tylko w ograniczeniu do celów psychoterapii. Nie powinniśmy tego robić, pracując z pacjentami psychotycznymi, ale będzie to częsta interwencja podczas pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości. Jeżeli natomiast mamy dość materiału, a interpretacja nie jest przedwczesna i jej treść jest bliska świadomości pacjenta oraz powiązana z ustalonymi celami psychoterapii, to nie powinniśmy rezygnować z tej techniki. Autorzy opisujący metody psychoterapii psychodynamicznych uważają, że leczący efekt przynosi raczej korzystanie z serii różnych interwencji niż jedna konkretna technika (Clarkin, Fonagy, Gabbard, 2013). Naszym zdaniem odnosi się to również do PPW. Należy jednak pamiętać, że nie prowadzimy psychoterapii ekspresywnej, a błędnie zastosowana interpretacja prowadzi raczej do wzmocnienia oporu (Kitrasiewicz, 2016–2019).

Po stronie technik niewymagających specjalnej wiedzy i doświadczenia psychodynamicznego znajdują się wszelkie pozostałe techniki od klaryfikacji i konfrontacji, edukowania, stosowania interwencji środowiskowych aż po dawanie rad czy sugestii i wyposażanie pacjenta w model do identyfikacji.



Interwencje psychoterapeuty w PPW wzmacniają ego pacjenta w sposób pośredni i bezpośredni. Do metod pośredniego jego wzmacniania należą te techniki, które zwiększają zdolność pacjenta do nieulegania zalewowi ego przez konfliktowe impulsy. Sądzimy, że jest to efekt tożsamy ze zwiększeniem zdolności do refleksyjności pacjenta. Może być to również rozumiane jako zmiana wzorców aktywności neuronalnej mózgu, polegająca głównie na zwiększeniu aktywności kory przedczołowej (Barsaglini i in., 2014). Do technik takich należą klaryfikowanie, konfrontowanie, podważanie prymitywnych obron, zniechęcanie do zachowań impulsywnych, zachęcanie do sublimacji i umiejętności odraczenia, zachęcanie do zdrowszych modeli związków z jednoczesnym osłabianiem dysfunkcyjnych modeli relacji, wspieranie adaptacyjnych obron z jednoczesnym podważaniem i zniechęcaniem do tych nieadaptacyjnych.

Bezpośrednie wzmacnianie ego wiąże się z regulowaniem nacisków ze strony id, superego i rzeczywistości. Naciski popędów zmniejsza się na przykład przez częściowe zaspokojenie przeniesieniowych pragnień czy zezwolenie pacjentowi na odreagowanie. Presję ze strony superego można osłabiać przez podważanie nadmiernych oczekiwań oraz okazywanie akceptacji dla kwestionowanych przez pacjenta wyborów własnych. Nacisk rzeczywistości zmniejsza się między innymi przez realne działania w środowisku pacjenta (na przykład sugestia zmiany miejsca zamieszkania) czy wzmocnienie niektórych mechanizmów obronnych, dających efekt odbarczenia pacjenta od oczekiwań ważnych osób z otoczenia.

## Dobór pacjentów

Peter Novalis (1989) przestrzega, żeby nie próbować na siłę leczyć pacjentów terapią wykorzystującą interpretację. I nie chodzi tylko o przeciwwskazania do terapii psychodynamicznej, które są szeroko znane. Posługując się parafrazą uważamy, że „psychoterapia jest dla człowieka, a nie człowiek dla psychoterapii”, choć pewnie każdemu terapeutce przydarza się nadmierne przeciążanie terapii technikami eksploracyjnymi. Zmiana technik pracy jest właściwa, gdy pacjent jest niezdolny do udziału w danej modalności. Wprawdzie badania potwierdzają, że terapia ekspresywna przynosi lepsze rezultaty (Clarkin i in., 2007), jeśli jednak pacjent nie ma choćby niewielkiej zdolności samoobserwacji i nie uznaje, przynajmniej przelotnie, symbolicznego myślenia, a także subiektywnej natury własnego doświadczenia, to interpretacje przeniesienia mają niewielką użyteczność. Dowody kliniczne sugerują, że pacjenci o dużej sile psychicznej czerpią więcej korzyści z destabilizującej psychoterapii, podczas gdy pacjenci o słabych możliwościach odnoszą więcej korzyści z psychoterapii podtrzymującej (Horn i in., 2015).

Do terapii wspierającej kwalifikowani są również pacjenci, którzy nie chcą lub z powodów technicznych nie mogą skorzystać z terapii ekspresywno-wglądowej. Zdaje się, że pacjenci domagają się wsparcia, narzekają na to, że inni terapeuci są bardziej empatyczni, cieplejsi czy bardziej pomocni. To oczywiście wcale nie oznacza, że taka metoda pracy będzie dla nich najlepsza. Należy wyjaśnić pacjentom, na czym polega

zmiana terapeutyczna uzyskiwana w terapii wglądowo-ekspresyjnej i jaka jest różnica w efektach leczenia w terapii wspierającej. Jest to ważne, gdyż pacjent powinien być sojusznikiem terapeuty w trudach terapii i jego oczekiwania w procesie kontraktowania powinny być możliwie jasno określone. Decyzja o wyborze terapii wspierającej czyni ją może lżejszą dla pacjenta, lecz jej efekty mogą być niewystarczające w stosunku do wnoszonej przez niego problematyki i psychopatologii.

Terapia wspierająca dla pacjentów borderline, zwłaszcza w swej pierwszej fazie, koncentruje się na zachowaniach, które zagrażają bezpieczeństwu pacjenta, terapii i w znaczący sposób zakłócają psychospołeczne funkcjonowanie pacjenta. Jeżeli w życiu pacjenta diagnozujemy sytuacje powodujące przewlekłe i silne napięcia emocjonalne, jak na przykład długi, zachowania agresywne i autodestrukcyjne, regularne monitorowanie tych wątków przez terapeutę ma charakter priorytetowy. Nieomawianie z kolei takich napięciotwórczych obszarów i łagodzenie ich skutków jest zwykle wyrazem nieświadomej zmywy (Appelbaum, 2005).

Merton Gill (1951) uważa, że poziom wspierających elementów w terapii może być zwiększany w szczególności dla pacjentów z zaburzeniami charakteru i niszczącymi symptomami, mającymi niską tolerancję lęku i trudności w refleksyjności oraz dla pacjentów, co do których ważne jest, aby chronić ich przed regresją i stabilizować poziom przystosowania przez wzmocnienie obron i unikanie ich analizowania. Również James Kates i Lawrence Rockland (1994) swoje analizy odnoszą raczej do chorych na schizofrenię oraz dopuszczają, żeby podejście to było właściwe tylko do podgrupy tych pacjentów. Podkreślają oni, że potrzebne są badania w celu określenia skuteczności tego podejścia do leczenia innych grup pacjentów (por. Jørgensen, 2013).

Zasygnalizowaliśmy wcześniej kwestię dotyczącą prowadzenia psychoterapii psychodynamicznej z osobami o obniżonych zdolnościach intelektualnych. Sądzymy, że PPW jest optymalną propozycją dla takich osób, gdyż jest to leczenie adekwatne do ich potrzeb i możliwości, a techniki oparte o interpretację i zmiernie do wglądu w takiej sytuacji są wykluczone. Nie widzimy powodu, dla którego psychoterapeuta miałby odmówić leczenia takich osób, ani możliwości, by na czas ich terapii zmienił swoją psychoterapeutyczną identyfikację (por. Symington, 1981). Gabbard (2009, s. 111) również stwierdza, że wskazaniem do psychoterapii podtrzymującej są dysfunkcje psychiczne o podłożu organicznym. Jak zauważa Mariusz Ślosarczyk, wśród pacjentów z głębszymi problemami – „osób słabo odpowiadających na dotychczasowe próby leczenia psychiatrycznego i psychologicznego, od zawsze niezaspokajających oczekiwań swoich bliskich, nauczycieli i przełożonych, z wywiadem powtarzających się niepowodzeń w życiu osobistym i pracy zawodowej” (2008, s. 48) – można się spodziewać obciążenia deficytami wynikającymi na przykład z uszkodzeń i dysfunkcji organicznych CUN. Elementami wskazującymi na ryzyko takiego obciążenia mogą oczywiście być problemy poznawcze znacząco utrudniające lub uniemożliwiające refleksję i samoobserwację.

Wskazaniem do PPW są również stosunkowo łagodne problemy adaptacyjne. Kryzys życiowy wydaje się być jedną z częstszych motywacji podejmowania przez pacjen-

tów kontaktów z psychoterapeutą. Jako kryzys można traktować każdy utrzymujący dłuższy się czas wzrost napięcia, przekraczający zdolności adaptacyjne pacjenta, manifestujący się wyraźnymi zmianami w sposobie funkcjonowania, jak na przykład obniżenie nastroju, poczucie wyobcowania, lęk przed przyszłością. W takiej sytuacji z PPW korzystają ludzie relatywnie zdrowi. W grupie tej znajdować się będzie również populacja młodzieży i adolescentów przechodzących burzliwie kryzysy rozwojowe.

## Zagrożenia związane z wykorzystaniem technik wspierających

Bezpośrednio z problemu doboru właściwej modalności i technik leczenia do diagnozy pacjenta wynika problem zagrożeń związanych ze stosowaniem PPW. Mimo potocznej opinii nie jest to prostszy rodzaj terapii i w związku z tym wymaga lepszego przygotowania i nawet częstszej superwizji niż inne formy leczenia (Watkins, 2019). Musimy pamiętać, że PPW znacznie nadweręża emocjonalnie terapeutę, który nieustannie zmagają się z decyzjami, jak ma reagować. Wiąże się to z niebezpieczeństwami, które można pogrupować w trzy klasy: 1) ryzyko odreagowania przez terapeutę (w związku z brakiem jednorodnych zasad interweniowania w PPW terapeuta jest bardziej narażony na jego odgrywanie), 2) ryzyko infantyilizacji pacjenta oraz 3) ryzyko naruszenia granic. Przede wszystkim dawanie rad i pochwał, psychoedukacja oraz zalecane interwencje środowiskowe powinny być stosowane w PPW ze zrozumieniem funkcji, jakie pełnią w toczącym się procesie psychoterapii, nie będąc acting outem przeciwprzeniesieniowych pragnień psychoterapeuty, chęci stania się na przykład przewodnikiem życiowym lub wybawcą oraz idealnym wzorem do naśladowania (Rockland, 1989).

Istnieją takie formy wsparcia, które leczeniem nie są, a nawet obiektywnie szkodzą pacjentowi, choć w jego poczuciu właśnie takich interwencji potrzebuje. Proces leczenia głęboko zaburzonych pacjentów narcystycznych z rysem antyspołecznym często polega na przejściu przez wymagające i kontrolujące tendencje pacjenta, związane z uzyskiwaniem różnych narcystycznych zasobów (w tym wsparcia emocjonalnego, praktycznego poradnictwa, domagania się podziwu) przy nieświadomej masywnej dewaluacji terapeuty napędzanej zawiścią (Stern, Diamond, Yeomans, 2017). Trwanie w takiej relacji bez refleksji na temat jej pasożytniczego charakteru i wspieranie pacjenta daje obraz przygnębiający i z pewnością nie ma ono nic wspólnego z leczeniem.

Kernberg (1984), dokonując przeglądu opracowań na temat psychoanalitycznych terapii wspierających, proponuje z kolei, żeby ostrożnie dozować dawanie rad i stosowanie interwencji środowiskowych, ponieważ mogą one wzmacniać u pacjenta negatywne przeniesienie. Co też jest charakterystyczne dla tego autora – zaleca bycie wspierającym tylko na tyle, na ile jest to konieczne, z poszanowaniem możliwości samodzielnego refleksowania i wnioskowania pacjenta. Ze względu na arbitralną ocenę psychoterapeuty co do tych umiejętności i zdolności PPW może być prowadzona poniżej możliwości psychicznych pacjenta.

Szczególnie dawanie porad wprost może być u terapeuty wyrazem bardziej nieświadomego pragnienia władzy niż potrzeb pacjenta, czego ekstremalnym wydaniem

jest poczucie, że terapeuta „wie, jak pacjent ma żyć” (Novalis, 1989). Psychoterapeuta nieustannie pozostaje w obszarze dylematu, czy rzeczywiście w danym momencie pacjent nie jest zdolny do kontrolowania jakiegoś impulsu lub zniesienia frustracji i wymaga naszej pomocy, czy raczej udzielenie takiego wsparcia jest przeciwprzeniesieniową odpowiedzią na nieświadome żądanie gratyfikacji przeniesieniowych pragnień. Co więcej, powtarzająca się w pracy z różnymi pacjentami tendencja do opowiadania się przez terapeutę po jednej ze stron wewnętrznego konfliktu pacjenta może być jego przeniesieniową reakcją i pewnego rodzaju brakiem kompetencji zawodowej. Gdy dołożyć do tego dylematu surowe superego terapeuty, wówczas staje się to znaczącym ciężarem w wykonywaniu pracy. Wszystko to powoduje, że prócz częstej superwizji zaleca się również, aby pacjentów prowadzonych w modalności PPW przez jednego terapeutę było nie więcej niż połowę.

Robert Langs (1973) wymienia z kolei zagrożenia związane z nieuzasadnionym nadużywaniem porad i sugerowaniem gotowych rozwiązań. Skutkuje to zwykle nieufnością, oporem i podejrzliwością, co jest niebezpieczne dla sojuszu terapeutycznego. Porady sprzyjają uzależnieniu i uległości oraz infantylizują pacjenta. Ich udzielanie może w pacjencie wywoływać niepokój, wściekłość na terapeutę lub pragnienie zemsty. Pozbawiają one pacjenta możliwości wypracowania rozwiązań własnych konfliktów intrapsychoicznych, a przede wszystkim są postrzegane jako ingerencja w autonomię pacjenta o trudnych do przewidzenia, czasem tragicznych skutkach (np. akty auto-agresji).

Zdarza się, że doradzanie jest trybem ingerencji, który może być wyrazem pragnień bardziej rodziny pacjenta niż jego samego; terapeuta może z rodziną stworzyć nieświadomy sojusz. Ponadto wszelkie porady stwarzają ryzyko, ponieważ terapeuta ma niepełne informacje i może się mylić (Langs, 1973).

## Podsumowanie

Wśród dalszych celów stawianych oddziaływaniom psychoterapeutycznym Burness Moore i Bernard Fine (1996) wymieniają „zwiększenie samowiedzy i samoakceptacji wraz z uświadomieniem sobie, że doskonałość jest iluzoryczna i niemożliwa do utrzymania” (s. 414). Zdanie to adresujemy do samych siebie oraz wszystkich naszych Czytelników, którzy stanowią kolejne i z pewnością nie ostatnie pokolenie kuszone ideą odnalezienia „prawdziwej psychoterapii”, wzorcowego i jedynie słusznego rozumienia oraz metody pracy z pacjentami. Otóż naszym zdaniem pewnego rodzaju odtrutką na taki sposób myślenia jest propozycja nadania (a może przywrócenia) statusu *działań leczących* technikom wspierającym, stosowanym w ramach psychoterapii psychodynamicznej. Ich wykorzystanie powinno być wówczas wynikiem rozumienia psychopatologii pacjenta i przyjętej strategii jej leczenia, a nie „złem koniecznym” wynikającym z ograniczeń pacjenta, terapeuty i rzeczywistości.

Sądzymy, że dictum: „Bądź tak wspierający, jak musisz, i tak eksploracyjny, jak możesz”, nie traci nic ze swojej aktualności. Przyznaje ono wiodącą rolę terapeutyczną interpretacji i uznaje interwencje wspierające za niezbędny składnik każdego

procesu terapeutycznego. Nie wszystkie terapie muszą i nie wszystkie mogą być przez cały czas ich trwania eksploracyjne. Należy zatem być tak wspierającym, jak potrzebuje tego pacjent w kontekście zamierzonych w terapii celów. Przedwczesna konfrontacja pacjenta z diagnozą osobowości narcystycznej i z jego wielkościowym, ale kruchym obrazem self może doprowadzić do zerwania terapii. Wówczas nie ma mowy o żadnym leczeniu. Terapeuta, który widzi tę wielkościowość, może przyjąć postawę obserwatora i nie konfrontować w danym czasie swego pacjenta z tym nieświadomym aspektem jego struktury psychicznej. Nie oznacza to, że w swym przeciwprzeniesieniu współtworzy z pacjentem jego patologiczny świat. Być może przyjdzie pora na taki komentarz. Brak konfrontacji albo bardzo subtelna konfrontacja, brak interpretacji albo połowiczna interpretacja wobec kruchego ego mają charakter strategiczny; możliwe jest także moderowanie stopnia wsparcia PPW.

Na zakończenie chcieliśmy zwrócić uwagę na kwestię przygotowania do pracy w modalności PPW. Zgadza się z Kernbergiem (1984), że stosowanie psychoterapii wspierającej jest trudne i wymaga gruntownego przeszkolenia. Jest ono daleko bardziej ryzykowne, wymagające wysokich kompetencji interpersonalnych, lepszego rozeznania w nieświadomych procesach w relacji terapeutycznej, znajomości psychopatologii własnej oraz bywa bardziej wyczerpujące. Niestety, szkolenie w zakresie PPW pozostawia wiele do życzenia, o ile w ogóle występuje. Wygląda to tak, jakby zdolność stosowania technik wspierających była czymś naturalnym i wrodzonym. Mamy nadzieję, że nasz artykuł ukazuje, że jest zupełnie inaczej. Sądzymy, że sytuacja ta powinna ulec zmianie. Wprawdzie ze względu na różnorodność wskazań do PPW trudny do ustalenia jest zestaw jednorodnych jej zasad, ale tym bardziej wymaga to opracowania i podnoszenia standardów kształcenia w tym obszarze.

## Literatura

- Appelbaum A. H. (2005). Supportive psychotherapy. W: J. Oldham, A. Skodol, D. Bender (red.), *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*, s. 311–326. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barsaglini A., Sartori G., Benetti S., Pettersson-Yeo W., Mechelli A. (2014). The effects of psychotherapy on brain function: a systematic and critical review. *Literature Review in Progress in Neurobiology*, 114, 1–14.
- Book H. (1998). *How to Practice Brief Psychodynamic Psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Washington: APA.
- Caligor E., Diamond D., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (2009). The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(2), 271–301.
- Clarkin J.F., Fonagy P., Gabbard G.O. (2013). *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości*, przeł. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gabbard G.O. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*, przeł. M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gabbard G.O. (2011). *Długoterminowa Psychoterapia Psychodynamiczna*, przeł. W. Turpolski. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Gill M.M. (1984). Psychoanalysis and psychotherapy: a revision. *International Review of Psycho-Analysis*, 11, 161–179.
- Grande T. (2006). Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: Results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychotherapy Research*, 16(4), 470–485.
- Grant J., Sandell R. (2004). Close family or mere neighbors? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. W: P. Richardson, H. Kächele, C. Renlund (red.), *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*, s. 81–108. London: Karnac Books.
- Holmes J. (1995). Supportive psychotherapy. The search for positive meanings. *British Journal of Psychiatry*, 167, 439–447.
- Horn E.K., Timman R., Stijnen T., Busschbach J.J.V. (2015). Tailoring psychotherapy in patients with personality disorders: Matching the level of psychological strengths to the level of stabilizing versus destabilizing psychotherapy. *Personality and Mental Health*, 9(2), 133–149.
- Jørgensen C.R., Freund C., Bøye R., Jordet H., Andersen D., Kjølbye M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4) 305–17.
- Kates J., Rockland L., (1994). Supportive Psychotherapy of the Schizophrenic Patient. *American Journal of Psychotherapy*, 48(4), 543–561.
- Kernberg O.F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven, London: Yale University Press.
- Kernberg O.F. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self-Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. New Haven, London: Yale University Press.
- Kernberg O.F., Yeomans F.E., Clarkin J.F., Levy K.N. (2008). Transference focused psychotherapy: overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601–20.
- Kernberg O.F., Burstein E.D., Coyne L., Appelbaum A., Horowitz L., Voth H. (1972). Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundations Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1–276.
- Kitrasiewicz J. (2016–2019). Superwizja. Krakowskie Centrum Psychodynamiczne.
- Langs R. (1973). *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy, Vol. 1: Initial Contact, Theoretical Framework, Understanding the Patient's Communications, The Therapist's Interventions*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Leichsenring F., Leibing E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: a systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy*, 80(2), 217–28.
- Lemma A., Target M., Fonagy P. (2010). The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT). *Journal Psychoanalytic Psychotherapy Volume*, 24(4), 229–346.
- Levy K.N., Meehan K.B., Kelly K.M., Reynoso J.S., Weber M., Clarkin J.F., Kernberg O.F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027–1040.
- Luborsky L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Moore B.E., Fine B.D. (1990). *Słownik psychoanalizy*, przeł. E. Modzelewska. Warszawa: Wyd. Jacek Santorski.
- Novalis P.N. (1989). What Supports Supportive Therapy? *Jefferson Journal of Psychiatry*, 7(2), 17–29.
- Pine F. (1998). *Diversity and direction in psychoanalytic technique*. New York: Vail-Ballou Press.
- Quinodoz J.M. (2005). *Reading Freud: A Chronological Exploration of Freud's Writings*. New York: Routledge.
- Radcliffe J., Yeomans F. (2019). Transference-Focused Psychotherapy For Patients With Personality Disorders: Overview And Case Example With A Focus On The Use Of Contracting. *British Journal of Psychotherapy*, 35(1), 4–23.

- Rockland L.H. (1989). *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*. New York: Basic Books.
- Rockland L.H. (1992). *Supportive Therapy for Borderline Patients: A Psychodynamic Approach*. New York: Guilford Press.
- Schlesinger H. (2003). *The Texture of Treatment: On the Matter of Psychoanalytic Technique*. Hillsdale, London: The Analytic Press.
- Shedler J. (2011). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98–109.
- Ślosarczyk M. (2008). Wybrane problemy psychoterapii pacjentów z tzw. mikroorganicznym uszkodzeniem mózgu. *Psychoterapia*, 2(145), 45–53.
- Stern B.L., Diamond D., Yeomans F.E. (2017). Transference-focused psychotherapy (TFP) for narcissistic personality: Engaging patients in the early treatment process. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 381–396.
- Symington N. (1981). The psychotherapy of a subnormal patient. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 187–199.
- Thoma H., Kachele H. (1996). *Podręcznik terapii psychoanalitycznej*, tom I-III, przeł. A. Czownicka, H. Grzegołowska-Klarkowska. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Watkins C.F. (2019). Do We Need a Supportive-Therapy-Specific Psychotherapy Supervision? *American Journal of Psychotherapy*, 72(1), 21–23.
- Wernz C., Sellschopp A., Schneider-Heine A. (2018). *Niepokoje superwizantów o tradycyjnym psychoanalitycznym przygotowaniu po superwizji TFP*. TFP Institut Munchen, Germany. Symposium podczas ISTFP Conference Barcelona 2018.
- Yeomans F.E., Delaney J.C., Levy K.N. (2017). Behavioral activation in TFP: The role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 54(3), 260–266.

Jarosław Polak

Gabinet Psychoterapii *Pracownia Dobrych Zmian*, Sosnowiec  
Ośrodek Przeciwdziałania Uzależnieniom i Dysfunkcjom Społecznym, Chorzów  
jarek.s.polak@gmail.com

Hubert Stöcker

Oddział Dzienny dla Osób z Problemami Psychicznymi  
przy Centrum Zdrowia Psychicznego, Leczenia Uzależnień i Padaczek w Białymstoku  
Gabinet Psychoterapii Psychodynamicznej, Białystok  
stockerro@gmail.com