

TEOLOGIA I MORALNOŚĆ
Volumen 10(2015), numer 2(18)
doi: 10.14746/TIM.2015.18.2.2

BOGDAN DE BARBARO¹

Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Zakład Terapii Rodzin
Katedra Psychiatrii

Poczucie winy. Perspektywa psychiatry i psychoterapeuty

Sense of Guilt. The Prospect of a Psychiatrist and Psychotherapist

Na podstawie referatu wygłoszonego na Zjeździe
Stowarzyszenia Teologów Moralistów, Licheń 15-17 czerwca 2014)

UWAGI WSTĘPNE

Zajmując się życiem wewnętrznym człowieka, jego dylematami i cierpieniami, teologia i psychiatria, a w praktyce także duszpasterstwo i psychoterapia w sposób naturalny pozostają ze sobą w swego rodzaju dialogu, a niekiedy sporze. Wiele jest frapujących zagadnień z tzw. pogranicza, chociażby problem psychicznych uwarunkowań życia duchowego czy pytanie o duchową komponentę dojrzałej osobowości. Na te tematy chętnie zabierają głos zarówno przedstawiciele jednej, jak i drugiej dziedziny, z często zauważalną skłonnością do traktowania swojej perspektywy jako ważniejszej. Stąd już tylko jeden krok do redukcjonizmu. Ze strony psychiatrów polega on na sprowadzaniu zagadnień duchowych do psychologii i psychopatologii. Ze strony teologów polega on na traktowaniu problemów psychicznych jako wtórnych do życia duchowego. Na szczęście przełom XX i XXI wieku doprowadził do przewyciężenia tego swo-

¹ Profesor dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro jest psychiatrą i psychoterapeutą, kierownikiem Zakładu Terapii Rodzin przy Katedrze Psychiatrii, Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum. W bieżącej kadencji pełni funkcję przewodniczącego Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

istego „egoizmu”: z jednej strony wyraźnie wzrasta zainteresowanie teologów zagadnieniami psychiatrii, psychopatologii i psychoterapii² i otwarcie na nie, z drugiej strony wśród psychiatrów i psychologów obserwujemy wrażliwe zainteresowanie duchowym wymiarem osoby ludzkiej³. O intelektualnym klimacie tych i im podobnych pozycji wydawniczych świadczą podtytuły: *Współzawodnictwo czy współpraca*⁴, *Jak rozmawiać z ludźmi o ich życiu duchowym*⁵, *Klejnoty do podróży*⁶, *Dwa języki, jeden głos?*⁷, *Ponad granicami*⁸ czy *Wiele dróg, jedna podróż*⁹. Od strony praktycznej oznacza to, że elementy psychologii, psychiatrii i psychoterapii są coraz wyraźniej obecne na uczelniach kształcących przyszłych księży, w podręcznikach przygotowujących lekarzy do specjalizacji psychiatrycznej pojawiają się rozdziały dotyczące zagadnień duchowych¹⁰, a pod auspicjami *World Psychiatric Association* działa od 2003 roku i publikuje *Section on Religion, Spirituality and Psychiatry*¹¹.

Wydaje się jednak, że dialog między perspektywą teologiczną a psychiatryczną obecny na konferencjach naukowych i na łamach książek wyprzedza życie codzienne, nadal często wysycone wzajemną (między teologami i duszpasterzami z jednej strony a psychiatrami i psychoterapeutami z drugiej) niepewnością, nieufnością i dystansem. Dlatego każda możliwość wymiany myśli na „tematy z pogranicza” staje się ważnym krokiem ku wzajemnemu otwarciu praktyków, z korzyścią dla pacjenta (który bywa penitentem) i penitenta (który bywa pacjentem). Pytanie o najbardziej pożyteczny charakter tego dialogu pozostaje otwarte i zostanie jeszcze podjęte na końcu tego artykułu.

PERSPEKTYWA KONSTRUKCJONIZMU SPOŁECZNEGO

Do wątków, które wymagają spojrzenia z dwóch perspektyw i które budzą zainteresowanie i refleksję intelektualną, zarówno psychiatry i psychoterapeuty,

² Na przykład J. Makselon (red.), *Poradnictwo psychologiczno-religijne*, Kraków 2001; S. Kuczkowski, *Psychologia poczucia winy*, Kraków 2000.

³ Na przykład: J. Griffith, M. Griffith, *Encountering the Sacred in Psychotherapy*, New York 2002, pol. wyd.: *Odkrywanie duchowości w psychoterapii*, tłum. K. Gdowska, Kraków 2008; *Spirituality, Values and Mental Health*, red. M.E. Coyte, P. Gilbert, V. Nicholls, London?Philadelphia 2007. *Spirituality, Values and Mental Health*, dz. cyt.

⁴ D. Black, *Psychoanaliza i religia w XX wieku*, Kraków 2009.

⁵ J. Griffith, M. Griffith, *Encountering the Sacred in Psychotherapy*, dz. cyt.

⁶ *Spirituality, Values and Mental Health*, dz. cyt.

⁷ L. Harborne, *Psychotherapy and spiritual directio*, London 2012.

⁸ *Religion and Psychiatry*, red. P.J. Verhagen, H.M. van Praag, J.J. Lopez-Ibor, J.L. Cox, D. Moussaoui, Wiley-Blackwell 2010.

⁹ *Psychotherapy and Religion*, red. M.B. Weiner, P.C. Cooper, C. Barbre, Lanham 2005.

¹⁰ B. de Barbaro, *Kontekst religijny – duchowość a psychiatria*, w: *Psychiatria*, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski t. 3, Wrocław 2012², s. 702-712.

¹¹ Na przykład *Religion and Psychiatry*, dz. cyt.

jak i teologa i duszpasterza, należy niewątpliwie problem poczucia winy. Przedstawiając poniżej garść refleksji na ten temat z perspektywy psychiatrii i psychoterapeuty, zamierzam odwołać się do epistemologii konstrukcjonizmu społecznego, zgodnie z którą rzeczywistość (także tę „wewnętrzną”, psychiczną) postrzegamy i doświadczamy poprzez pryzmat społecznych dyskursów. Patrząc z tej perspektywy, należy powiedzieć, że nasz język organizuje czy – jakby powiedział Agamben¹² – „urządza” nasz świat. Dla naszych rozważań jest to o tyle kluczowe, że psychiatra pozostając neutralny wobec rozstrzygnięć ontologicznych, może przyglądać się np. zjawisku poczucia winy przez pryzmat języka psychiatrycznego, bez zakładania i roszczenia, by to był język jedyny czy nawet główny.

KONTEKST KULTUROWY

We współczesnej psychiatrii, odwołującej się do modelu bio-psycho-socjalnego, zwraca się uwagę na kontekst kulturowy, który wpływa na diagnozę i terapię. Zjawiskiem, którego obecność uderza we współczesnej kulturze, jest wzrastające znaczenie hedonizmu jako wartości i stylu życia. Wspólnym mianownikiem dla pytania o to, jak być wiecznie pięknym, młodym i bogatym, pozostaje wartość przyjemności jako istotnego, by nie rzecz, zasadniczego dążenia. W psychiatrii znajduje to pośrednie odzwierciedlenie pod postacią masowo narastających, nieomal na poziomie epidemii skłonności do popadania w uzależnienia (nie tylko od substancji psychoaktywnych, ale także od np. gier komputerowych, seksu, hazardu, zakupów itd.). W tym kontekście poczucie winy staje się swego rodzaju antywartością, podobnie jak smutek. Nic więc dziwnego, że w kolejnych edycjach podręczników diagnostyki psychiatrycznej coraz krótszy jest czas przewidziany na „naturalny smutek” w ramach żałoby po śmierci osoby bliskiej. Jeśli żałoba trwa „za długo”, psychiatrzy mogą być skłonni uznać ją za depresję i proponują leki przeciwdepresyjne. W ten sposób dochodzi do „transformowania normalnego smutku w zaburzenie depresyjne”¹³. Podobna gotowość do diagnozy depresji pojawia się przy, wydawałoby się, naturalnej reakcji smutku w obliczu np. utraty pracy czy kryzysu małżeńskiego. Jest to zrozumiałe z punktu widzenia gotowości psychiatry do niesienia ulgi w cierpieniu, ale jednocześnie odzwierciedla tendencję do „psychiatryzacji” przeżyć niegdyś uważanych za naturalne¹⁴. Owa psychiatryzacja znajduje wyraz także w innych obsza-

¹² M. Ratajczak, K. Szadkowski, *Agamben: Instrukcja użycia*. w: *Agamben*, Przewodnik Krytyki Politycznej, Warszawa 2010.

¹³ A. Horwitz, J. Wakefield, *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed normal Sorrow Into Depressive Disorder*, Oxford 2007.

¹⁴ B. de Barbaro, *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego*, w: *Konteksty psychiatrii*, red. B. de Barbaro, Kraków 2014

rach diagnostycznych (np. osoba niegdyś nieśmiała dziś może otrzymać diagnozę fobii społecznej, a osoba roztargniona i mająca trudności w organizowaniu sobie dnia codziennego będzie bliska diagnozy „ADHD dorosłych”). Zdefiniowanie jakiegoś cierpienia czy problemu psychicznego w kategoriach psychopatologicznych i nadanie komuś rozpoznania psychiatrycznego ma dla pacjenta poważne skutki osobiste, rodzinne, społeczne i ekonomiczne. Otwarte pozostaje pytanie, w których sytuacjach taka etykieta, a w konsekwencji: terapia (czy to psychoterapia czy farmakoterapia) prowadzi do dobrych skutków (usunięcia objawów, ulgi w cierpieniu, rozwiązania problemu), a kiedy prowadzi do swobodnego „emocjonalnego ubezwłasnowolnienia” poprzez „poddanie się” terapii i rezygnację z własnej sprawczości. Wydaje się, że przy olbrzymim postępie medycyny, a także psychiatrii w obszarze terapii, zbyt często się zdarza, że konstrukty psychiatryczne wypierają język życia codziennego, a aktywność psychiatry czy psychoterapeuty zastępuje odpowiedzialność osoby za własne decyzje życiowe i szukanie rozwiązań własnych problemów.

POCZUCIE WINY JAKO EPIFENOMEN DEPRESJI

Problematyce poczucia winy wiele uwagi poświęcił wybitny polski psychiatra Antoni Kępiński¹⁵. W jego analizach perspektywa etyczna pozostaje na styku z perspektywą psychologiczną czy wręcz psychopatologiczną. Opisując związek poczucia winy z naruszeniem systemu wartości moralnych, Kępiński jednocześnie podkreślał, że układ samokontrolujący człowieka składa się z sumienia nieświadomego (w tradycji freudowskiej określanego jako *superego*) oraz z części świadomej, stale tworzącej się w interakcji ze środowiskiem. Poczucie winy w tym kontekście to odpowiedź na naruszenie przyjętych – świadomie bądź nieświadomie – norm.

Związek między depresją a poczuciem winy jest – zwraca na to uwagę Kępiński – dwukierunkowy: z jednej strony „wyolbrzymione i utrwalone poczucie winy prowadzi do depresji”¹⁶, z drugiej strony w depresji dochodzić może do złączenia się świadomego sumienia z nieświadomym i wówczas poczucie winy ulega wyolbrzymieniu, przyjmując niekiedy formę urojeń winy¹⁷. Tak się dzieje w przypadku głębokiego obniżenia nastroju, w ciężkim epizodzie depresji z objawami psychotycznymi. Urojeniomu poczuciu winy towarzyszyć mogą wówczas urojenia grzeszności, urojenia katastroficzne, urojenia hipochondryczne czy urojenia wiecznego potępienia. Nie trzeba dodawać, że taki stan psychiczny jest niewyobrażalnym cierpieniem i skuteczna pomoc wymaga interwencji psychia-

¹⁵ A. Kępiński, *Melancholia*, Warszawa 1974.

¹⁶ Tamże, s. 123.

¹⁷ Urojenie to – w uproszczeniu – fałszywe przekonanie pochodzenia patologicznego.

try i farmakoterapii. O głębokości cierpienia w takich stanach niech świadczy to, że myśl o samobójstwie dla pacjenta dręczonego urojeniowym poczuciem winy staje się swoistą ulgą. Niestety, niepodjęcie terapii nieraz kończy się właśnie odebraniem sobie życia¹⁸.

POCZUCIE WINY BEZ WINY

Do psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów nieraz zgłaszają się osoby, których problemy życiowe i rodzinne oraz brak satysfakcji z życia wynikają z przekonania, że są one nic niewarte i niegodne miłości. Takie przekonanie (terapeuci określają je niekiedy jako „autonarrację”) powstaje w dzieciństwie pod wpływem wychowania opartego na karaniu, negatywnym ocenianiu i braku miłosnej afirmacji ze strony rodziców. Stopniowo dziecko zaczyna wierzyć, że jest i będzie „do niczego”, a za swoje (i nieswoje) niepowodzenia jest gotowe się obwiniać. Z upływem lat przybywa mu argumentów za swoją nieudalnością. Występuje bowiem mechanizm samospełniającej przepowiedni: jeśli ktoś podejmie się jakiegoś zadania z przekonaniem, że je źle wykona, zwiększy prawdopodobieństwo, że je źle wykona (albo zrezygnuje z próby wykonania tego zadania i nie nabędzie niezbędnego doświadczenia). Otrzymane od rodziców przekonanie – skądinąd chcących dobrze swoje dziecko wychować – że „jest się nie-OK” trwa w osobie dorosłej pod postacią gotowości do czucia się winnym. Co znamienne, osoby o zaniżonym autoportrecie i skłonności do poczucia winy przed podjęciem terapii uważają, że ich nadmiarowy samokrytycyzm jest trafny, obiektywny i ich autorstwa. Dopiero w trakcie psychoterapii okazuje się, że to surowi rodzice i wychowawcy nie wytworzyli bezpiecznej więzi z dzieckiem, a obecny „auto-portret” jest *de facto* autorstwa ich opiekunów: surowych i skłonnych do oskarżania innych.

Na marginesie warto zwrócić uwagę na jeszcze inny fenomen „poczucia winy bez winy”. Przykładowo, kochająca i wrażliwa matka będzie gotowa obwiniać się o to, że jej dziecko zachorowało (także wtedy, gdy nie popełniła żadnych błędów). Lekarz, któremu nie uda się uratować osoby śmiertelnie chorej, też może mieć skłonność do odczuwania poczucia winy (nawet jeśli działał *lege artis*). Osoba, która zaprosiła do siebie przyjaciela, nie będzie sobie w stanie wybaczyć, że ów przyjaciel w drodze na spotkanie miał ciężki wypadek samochodowy. Wszyscy oni będą zachodzić w głowę i dręczyć się myślami: „To przeze mnie”, „Czy mogłem/ mogłam temu zapobiec?”, „Może trzeba było w pew-

¹⁸ Ponieważ tacy pacjenci mogą nieraz w konfesjonale wyznawać swoje grzechy i winy (urojone), niezwykle ważne jest, by spowiednik dysponował odpowiednią wiedzą i wrażliwością pozwalającą na rozumienie istoty sytuacji i przekonanie penitenta, by udał się na konsultację psychiatryczną.

nym momencie inaczej postąpić” itp. Tego rodzaju przeżywanie, jeśli trwa krótko, można uznać za naturalną refleksyjność i wrażliwość sumienia, lecz jeśli utrzymuje się, wymaga namysłu, czy gotowość do obwiniania się za czyny niepopołnione nie ma swego źródła w braku bezpiecznej więzi w dzieciństwie.

WINA BEZ POCZUCIA WINY

W psychiatrii (nie tylko sądowej) mamy niekiedy do czynienia z sytuacją odwrotną, kiedy to pacjent pomimo dokonywania złych czynów wprost deklaruje, że nie odczuwa żadnego poczucia winy i nie zamierza zrezygnować z praktykowania na przykład przemocy wobec bliskich¹⁹. (A zgłasza się do gabinetu terapeutycznego z innych powodów, na przykład cierpi na stany lękowe). Co ma w takich sytuacjach zrobić psychiatra czy psychoterapeuta? Z jednej strony nie wolno mu oceniać postępowania pacjenta (zasada neutralności), z drugiej strony nie może legitymizować przestępstwa. Być może jedynym rozwiązaniem w takiej sytuacji jest uznanie, że w miejscu, gdzie zaczyna się przestępstwo, tam kończy się psychoterapia. Terapeuta zobowiązany jest do zasady poufności w odniesieniu do czynów już popełnionych, ale w obliczu poważnego zagrożenia czyjegoś życia lub zdrowia staje się obywatelem, którego obowiązkiem jest zapobiec takiemu czynowi²⁰.

Jeśli zachowanie pacjenta nie nosi znamion przestępstwa, ale w znacznym stopniu nie jest zgodne z systemem wartości psychoterapeuty, ma on za zadanie wniknąć w motywy postępowania swojego pacjenta/ klienta i starać się to postępowanie rozumieć w kategoriach psychologicznych motywacji, borykania się z własnym lękiem czy innymi czynnikami, determinującymi zachowanie nieetyczne. Rzecz jasna, nie oznacza to, że terapeuta ma przyjąć postawę nihilisty negującego jakikolwiek system wartości. Jeśli zaś system wartości pacjenta/ klienta jest tak bardzo nie do przyjęcia przez terapeuta, że praktycznie pozbawia go emocjonalnych możliwości pomagania, ma prawo zaniechać terapii i skierować pacjenta do innego terapeuty. Przykładowo, psychoterapeuta wrażliwy na

¹⁹ Do gabinetu psychoterapeuty na ogół trafiają osoby, u których występuje tzw. patologiczne (przerośnięte) poczucie winy; wówczas praca terapeuty polega na wspólnej z pacjentem analizie, jakie jest pochodzenie i motywy owej autoagresywnej tendencji, skutkującej poczuciem winy. Jakkolwiek z sytuacją patologicznego nieodczuwania winy spotyka się raczej psychiatrę sądowy niż psychoterapeuta, zasługuje ona na uwagę. W skrajnym przypadku – tu nieomawianym – mówimy o *moral insanity*.

²⁰ Słynna sprawa *Tarasoff v. University of California* do dziś (wydarzenia miały miejsce w 1969 roku) jest klasycznym przykładem sytuacji, w której *duty to protect* uznane zostało za wartość wyższą niż wartość poufności w psychoterapii. Terapeuta wiedział od swojego pacjenta, że ten w akcie zemsty za uczuciowe odrzucenie zamierza zamordować swoją ukochaną (Tatianę Tarasoff). Zdaniem sądu, psychoterapeuta powinien był zawiesić zasadę poufności i osobę zagrożoną skutecznie ochronić przed zabójstwem (np. poprzez poinformowanie policji).

postawy antysemityczne nie będzie w stanie pomagać pacjentowi, który będąc fanatycznym antysemitą, nie identyfikuje swojego antysemityzmu jako patologii ani problemu osobowościowego i nie zamierza temu problemowi poświęcić uwagi w czasie terapii.

POCZUCIE WINY W GABINECIE TERAPEUTY MAŁŻEŃSKIEGO

Obszarem, w którym z problematyką poczucia winy (a zarazem: z jego „rewersem”: poczuciem krzywdy) ma do czynienia psychoterapeuta, jest terapia małżeńska. Kryzys małżeński (bądź pary) często polega na udziale obojga partnerów w grze „Ty jesteś nie OK”²¹. Główny komunikat, jaki do siebie wprost lub pośrednio wygłaszają partnerzy – może to trwać w różnych odsłonach przez wiele lat – brzmi: „Może ja nie jestem w porządku, ale ty jeszcze bardziej”. Trwa więc wzajemne oskarżanie, próba wzbudzenia w drugim poczucia winy i definiowanie siebie jako osoby krzywdzonej. Każdy z partnerów broni się i oskarża. Ten swoisty taniec krzywdy i winy może być przyczyną skrajnego niezadowolenia ze związku, wypalenia uczuciowego i rozwodu. Poczucie winy, a właściwie „gra poczuciem winy” jest tu więc wprzęgnięta w interpersonalny pojedynek. Jeśli jednak taka para zdecyduje się na terapię, zadaniem psychoterapeuty będzie zwrócić uwagę na destruktywny charakter tego błędnego koła i zablokowanie go. Zamiast nasilania błędnego koła poczucia winy i poczucia krzywdy, partnerzy uczą się wzajemnej empatii, szacunku, czytelnej komunikacji i uważności na drugiego.

Należy podkreślić, że jeśli terapeuta zawiesza („dekonstruuje”) poczucie winy, to nie po to, by bagatelizować normy etyczne, lecz by poprzez zmianę interakcji między małżonkami pomóc im być bardziej na siebie uważnymi, a w konsekwencji – dobrymi dla siebie. Mamy tu więc do czynienia z postępowaniem pozornie zawieszającym perspektywę etyczną („robocze zawieszenie”) po to, by ostatecznym efektem mogło być wspólne dobro tej pary.

WNIOSKI

1. Poczucie winy może być adekwatną reakcją na popełnione zło (o ile zachodzi proporcjonalność między czynem a głębokością poczucia winy). Może być też niekiedy objawem psychopatologicznym wymagającym leczenia. Jest kwestią kompetencji i odpowiedzialności psychiatry czy psychoterapeuty umiejętność rozróżnienia, z którą z tych sytuacji ma do czynienia w konkretnym przypadku.

²¹ Por. T. Harris, *Ja jestem OK, Ty jesteś: OK*, Warszawa 2009.

2. Rozważania nad doświadczaniem winy przez osoby podlegające psychoterapii bądź leczeniu psychiatrycznemu prowadzą do wniosku, że niezbędne jest przestrzeganie granic. Psychiatra, psycholog czy psychoterapeuta nie ma prawa wchodzić w rolę teologa czy duszpasterza. Nie może to jednak oznaczać lekceważenia problematyki etycznej ani obojętności na dylematy moralne pacjenta/ klienta. Taka uważność bez ingerowania niekiedy prowadzi do odesłania danej osoby na „konsultację duszpasterską” (oczywiście zgodnie z przyjmowanym przez tę osobę systemem wartości).
3. Zasady niesienia pomocy terapeutycznej i duszpasterskiej różnią się od siebie. Oba te oddziaływania, o ile nie stają się w zamyśle terapeuty i duszpasterza konkurencyjne, mogą się z korzyścią dla pacjenta/ penitenta uzupełniać. Jednak należy pamiętać, że gdyby w praktyce pojawił się – świadomie lub nieświadomie – czynnik rywalizacji między psychoterapeutą a duszpasterzem (deprecjonowanie działalności drugiego, „walka o rząd dusz”), osobą stratną będzie pacjent/ penitent, nieradzący sobie z rozdartą lojalnością²².
4. Złożoność i subtelność problematyki poczucia winy, niejednoznaczność granicy między tym, co powinno pozostawać w kompetencji psychiatry, a tym, co należy do obszaru teologii i duszpasterstwa, powinny skłaniać tak psychiatrów, psychoterapeutów, jak księży i duszpasterzy do pogłębiania wiedzy „z pogranicza”. Te teoretyczne kompetencje, chociaż nie upoważniają do „praktykowania poza swoją dziedziną”, pozwalają głębiej zrozumieć i docenić ową – jakby powiedzieli konstrukcjoniści społeczni – dwunarracyjność.

ABSTRACT

The author presents his reflections on the issue of guilt in psychiatric and psychotherapeutic practice. According to the author, in pastoral practice and in psychotherapy for many years there has been a strong tendency to psychiatric or theological reductionism as well as rivalry and mutual invalidation between pastors and psychiatrists and psychotherapists. At the turn of the century there was a tendency for the mutual recognition of their competence and willingness to cooperate. The possibility of describing the problems of the patient / penitent from a psychological perspective on

²² W ośrodku, w którym pracuje autor tej publikacji (BdB) od kilkunastu lat odbywają się comiesięczne spotkania seminaryjne z udziałem duszpasterzy (między innymi jezuitów i dominikanów) oraz psychoterapeutów (o różnej orientacji teoretycznej, między innymi psychoanalitycznej i systemowej). Celem tych spotkań, prowadzonych w kameralnym gronie (kilkanaście osób) jest dyskusja o problemach z pogranicza psychoterapii i duszpasterstwa, a także superwizyjny namysł nad merytorycznymi i emocjonalnymi trudnościami psychoterapeutów i duszpasterzy podejmujących tę problematykę.

the one hand and from the ethical perspective on the other hand lets us to avoid conflict of competence for the benefit of people seeking psychiatric-psychotherapeutic and / or spiritual help.

Keywords

sense of guilt, psychopathology, psychotherapy

BIBLIOGRAFIA

- Barbaro de B., *Kontekst religijny – duchowość a psychiatria*, w: *Psychiatria*, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski t. 3, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012², s. 702-712.
- Barbaro de B., *Medykalizacja i psychiatryzacja życia codziennego*, w: *Konteksty psychiatrii*, red. B. de Barbaro, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
- Black D., *Psychoanaliza i religia w XX wieku*, Wyd. WAM, Kraków 2009.
- Coyte M.E., Gilbert P., Nicholls V. (red.), *Spirituality, Values and Mental Health*. Jessica Kingsley Publishers, London & Philadelphia 2007.
- Griffith J., Griffith M., *Encountering the Sacred in Psychotherapy*. The Guilford Press, New York 2002, pol. wyd.: *Odkrywanie duchowości w psychoterapii*, tłum. K. Gdowska, Wyd. WAM, Kraków 2008.
- Harborne L., *Psychotherapy and spiritual direction*, Karnac, London 2012.
- Harris T., *Ja jestem OK, Ty jesteś. OK*, Dom Wydawniczy Rebis, Warszawa 2009.
- Horwitz A., Wakefield J., *The Loss of Sadness. How Psychiatry Transformed normal Sorrow Into Depressive Disorder*, Oxford University Press, Oxford 2007.
- Kepiński A., *Melancholia*, PZWL, Warszawa 1974.
- Kuczkowski S., *Psychologia poczucia winy*, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna, Kraków 2000.
- Makselon J. (red.), *Poradnictwo psychologiczno-religijne*, Wyd. Naukowe PAT, Kraków 2001.
- Ratajczak M., Szadkowski K., *Agamben: Instrukcja użycia*. w: *Agamben*, Przewodnik Krytyki Politycznej, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2010.
- Verhagen P.J., van Praag H.M., Lopez-Ibor J.J., Cox J.L., Moussaoui D. (red.), *Religion and Psychiatry*, Wiley-Blackwell 2010.
- Weiner M.B., Cooper P.C., Barbre C. (red.), *Psychotherapy and Religion*, Jason Aronson, Lanham 2005.