

Jerzy S. Jakubowski

System psychoterapii Karola R.Rogersa

Studia Philosophiae Christianae 6/2, 29-43

1970

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

JERZY S. JAKUBOWSKI

SYSTEM PSYCHOTERAPII KAROLA R. ROGERSA¹

1. Warunki terapeutycznego procesu.
2. Proces psychoterapeutyczny.
3. Skutki psychoterapii w osobowości i zachowaniu.

Czytając dzieła K. Rogersa w porządku chronologicznym zauważa się wyraźnie ciągły rozwój jego poglądów na proces terapeutyczny — na jego przebieg i skutki. Początkowe ujęcie, przedstawione w „Counseling and psychotherapy” (1942), a kładące duży nacisk na techniki psychoterapeutyczne, ulega w następnych latach poważnej zmianie. W następnym swoim dziele „Client-centered therapy” (1951) podkreśla Rogers przede wszystkim bezwarunkowo pozytywne odniesienie terapeuty do pacjenta, odrzucając manipulowanie kontaktem terapeutycznym. Innymi słowy — odrzuca techniki, a główny nacisk kładzie na postawę terapeuty wobec pacjenta. Ciągłe też stara się wniknąć coraz głębiej w istotę procesu terapeutycznego — poznać jego przebieg i zachodzące zmiany w osobowości pacjenta. Niezadowolony z ujęcia procesu terapii, przedstawionego w „Client-centered therapy”, opracowuje w latach 1951—1952 pełniejsze ujęcie tego procesu i publikuje to w roku 1953

¹ Artykuł ten jest kontynuacją zamieszczonego w poprzednim numerze Studia Philosophiae Christianae „Zarysu teorii osobowości Karola R. Rogersa”. Tam też zostały wyjaśnione podstawowe pojęcia tej teorii.

(8). Następne lata przynoszą głębsze i wszechstronniejsze spojrzenie na proces zmian osobowości w czasie trwania psychoterapii. W artykule „What it means to become a person” (1954) Rogers stara się ukazać w jaki sposób jednostka w trakcie terapii otwiera się na doświadczenie, dochodzi do pełniejszego przeżywania własnych doznań oraz odnajduje w sobie podstawę oceniania. W książce „Psychotherapy and personality change” (1954), wydanej razem z Rosalind Dymond, przedstawia wyniki czteroletnich badań prowadzonych w Chicago nad zmianami zachodzącymi w osobowości jednostek poddanych oddziaływaniu psychoterapeutycznemu. W artykule „A process conception of psychotherapy” z 1958 r. ukazuje proces psychoterapeutyczny jako kontinuum podzielone na 7 etapów. To ostatnie ujęcie rozwinął później i w r. 1961 przedstawił w formie próbnej skali do oceny zmian, jakie zachodzą w pacjencie w trakcie psychoterapii (18). W 1959 r. publikuje syntetyczne ujęcie całej swej teorii pt. „A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client centered framework”. Jest tam bardzo zwięzłe i precyzyjnie przedstawiony cały jego system psychoterapeutyczny.

Ta krótka nota chronologiczna ma na celu uprzytomnienie rozwojowego charakteru teorii K. Rogersa. On sam bardzo często podkreśla to i domaga się coraz to nowszych badań empirycznych, które weryfikowałyby lub modyfikowały jego twierdzenia.

W jego ujęciu psychoterapia sprowadza się do trzech etapów: 1. warunki procesu terapeutycznego; 2. proces psychoterapeutyczny; 3. zmiany w osobowości i zachowaniu się.

Zadaniem psychoterapeuty jest wytworzenie odpowiedniego klimatu, który wyzwoli u pacjenta² i ułatwi mu dążenie do

² Karol R. Rogers używa słowa *klient* (client) zamiast słowa *pacjent*, żeby uniknąć skojarzeń z klasyfikowaniem ludzi według nomenklatury psychiatrycznej, zwłaszcza że z pomocy psychoterapeutów korzysta wiele jednostek, które przeżywają trudności osobowościowe, ale których stanę nie można uznać za patologiczny. U nas słowo *klient* jest jednak zbyt mocno związane z dziedziną handlu i obco brzmi w kontekście psy-

psychicznego rozwoju. Jeżeli zostanie wytworzony odpowiedni klimat przez spełnienie określonych warunków, wtedy rozpocznie się w pacjencie proces wewnętrznych zmian, który pociągnie za sobą zmiany w osobowości i zachowaniu się.

1. Warunki terapeutycznego procesu

Według ostatnich sformułowań K. Rogersa, w psychoterapii skoncentrowanej na pacjencie nie ma mowy o technikach dostosowanych do różnych zaburzeń osobowości. Są tylko określone warunki, które są konieczne i wystarczające do tego, żeby zaistniał proces terapeutyczny bez względu na właściwości poszczególnych pacjentów. Nie można jednak określić dokładnie w jakim stopniu warunki te muszą być spełnione, żeby zachodził proces terapeutyczny. W im większym jednak stopniu zostaną one zrealizowane, tym pewniejsze jest, że proces ten będzie zachodził i spowoduje tym większe zmiany w osobowości pacjenta. A oto wspomniane warunki:

a. Pacjent i psychoterapeuta są ze sobą w kontakcie.

Chodzi tu o pewne minimum doświadczenia, które można nazwać związkiem pomiędzy dwoma osobami. Pacjent musi więc przychodzić regularnie i dobrowolnie do terapeuty i być z nim choćby w minimalnym kontakcie, żeby terapeuta mógł na niego oddziaływać. O kontakcie natomiast może być mowa wtedy, „gdy jedna osoba postrzega lub subpostrzega różnicę w eksperymentalnym polu drugiej” (15 s. 207). Jest rzeczą oczywistą, że nie może rozpocząć się proces psychoterapeu-

choterapii. Słowo *interesant* również nie wydaje się dobrze określać człowieka, który szuka pomocy w swoich najbardziej wewnętrznych sprawach. Autor więc tego artykułu pozostał tymczasowo przy słowie *pacjent*, używając go ogólnie na oznaczenie osób szukających pomocy u psychoterapeuty czy psychologa-doradcy, bez względu na to czy może być tam mowa o patologii, czy też nie ma o to nawet podejrzenia.

tyczny, jeżeli między terapeutą a pacjentem nie zaistnieje choćby minimum tego kontaktu. Korzystniejszym jest, jeśli ten kontakt trwa jakiś czas zanim rozpocznie się terapia.

b. Pacjent znajduje się w stanie niezgodności jaźni z doświadczeniem, jest podatny na lęk lub przeżywa niepokój.

Stopień zaburzenia osobowości u jednostki zgłaszającej się do psychoterapeuty może być różny. Sięga od nieznacznych zaburzeń w zachowaniu do ciężkich nerwic a nawet psychoz. Stan ten jednak zawsze będzie skutkiem niezgodności pomiędzy jaźnią (self) a doświadczeniem.

Jednostka, która znajduje się w stanie tego rozdźwięku, ale jeszcze nie uświadamia go sobie, jest tylko podatna na lęk, poczucie zagrożenia i na dezorganizację. Gdy jednak rozbieżność pomiędzy jaźnią a doświadczeniem staje się coraz bardziej wyrazista, wtedy reakcje obronne stają się coraz trudniejsze i nasila się niepokój, jako reakcja na subpostrzeżenie, że ta rozbieżność mogłaby się przedostać do świadomości i wymusić zmianę pojęcia o sobie (self concept). I ten niepokój skłania najczęściej jednostkę do szukania pomocy u psychoterapeuty. Sam proces terapii rozwija się prawdopodobnie lepiej, gdy zgłaszający się pacjent przeżywa niepokój, aniżeli wtedy, gdy jest tylko podatny na lęk.

c. Terapeuta jest osobą kongruentną.

Dla skuteczności psychoterapii ważna jest nie tylko postawa terapeuty wobec pacjenta, ale również jego osobowości. Osobowość terapeuty bardzo silnie oddziałuje na pacjenta. Dlatego najważniejszym spośród warunków jest, żeby terapeuta był osobą w pełni kongruentną, czyli żeby charakteryzował się całkowitą zgodnością między jaźnią (self) a doświadczeniem. W konsekwencji tego nie będzie on nigdy odczuwał zagrożenia i będzie otwarty na doświadczenie. Nie jest konieczne, żeby terapeuta był kongruentny w każdym momencie swego życia. Wystarczy, żeby odznaczał się kongruencją

w czasie kontaktu z pacjentem, a więc żeby był w tym kontakcie sobą — z doświadczeniem dokładnie symbolizowanym oraz włączonym w całość obrazu jaki ma o sobie. Psychoterapeuta winien być świadomy wszystkich swoich uczuć, jakich doświadcza wobec pacjenta tak dokładnie, jak to możliwe. Powinien być gotowy do wyrażania w słowach i zachowaniu się tych uczuć i postaw, które w nim istnieją. W czasie kontaktu psychoterapeutycznego powinien być dokładnie sobą. Można o nim wtedy powiedzieć, że jest „prawdziwy”. Budzi to zaufanie u pacjenta. Ta „prawdziwość” jest istotna w psychoterapii. Im bardziej „prawdziwy” będzie terapeuta, tym bardziej pomocny dla pacjenta będzie związek terapeutyczny.

Omówiony tu warunek jest najważniejszy dla skuteczności psychoterapii.

d. Bezwarunkowo pozytywne odniesienie psychoterapeuty do pacjenta.

Terapeuta jest ustosunkowany do pacjenta pozytywnie bez względu na to, jakim pacjent jest i jakie są informacje, które przekazuje o sobie. Terapeuta ceni całą jego osobę, okazując pozytywne odniesienie w stosunku do wszystkich jego doświadczeń: zarówno tych, które wywołują w nim poczucie zagrożenia, których się wstydzi, jak i tych, które sprawiają mu przyjemność czy zadowolenie. Żywi i przejawia wobec pacjenta uczucie zaufania, szacunku, sympatii i serdeczności — postawę akceptacji. Niczego nie potępia, ale też niczego nie aprobuje w pacjencie i jego zachowaniu. Jest to atmosfera, w której pacjent może poczuć się bezpiecznie i nie obawiać się nawet najmniejszego potępienia czy odrzucenia ze strony terapeuty, choćby wyjawiał sprawy godne (w jego mniemaniu) największego potępienia.

Nie może to jednak być zrutyinizowany, bezosobowy stosunek do pacjenta. To przekreśliłoby skuteczność terapii. To musi być kontakt jak najbardziej osobowy, oparty na pełnym szacunku dla pacjenta jako osoby, dla jego tendencji i możliwości rozwoju.

- e. Empatyczne zrozumienie przez psychoterapeutę wewnętrznego układu odniesienia pacjenta.

Cały wewnętrzny świat jednostki, wszystkie jej przeżycia i uczucia z nimi związane, to wszystko jest znane tylko jej samej. Drugi człowiek nie może poznać tego subiektywnego świata, zachowując zewnętrzny punkt widzenia. Jedyną możliwość poznania go istnieje na drodze empatycznego zrozumienia. Zrozumieć bowiem drugiego człowieka można jedynie wtedy, gdy myśli się i czuje razem z nim, a nie o nim lub za niego. Również bezwarunkowo pozytywne odniesienie może zostać przekazane pacjentowi tylko przy współistnieniu empatycznego zrozumienia.

Psychoterapeuta wczuwa się w subiektywny świat pacjenta, rozumie jego wewnętrzne powiązania, odczuwa gniew, strach, czy zmieszanie pacjenta tak, jak by³ to były jego własne uczucia, ale to nie budzi w terapeutę jego własnego gniewu, strachu czy zmieszania. Kiedy wewnętrzny świat pacjenta staje się na tyle zrozumiały dla terapeuty, że może swobodnie w nim się poruszać, wtedy jest zdolny do komunikowania pacjentowi tego, co jasno poznał w nim i może pomagać mu w pełniejszym uświadomieniu tego, co dotychczas docierało do świadomości pacjenta w bardzo minimalnym stopniu.

- f. Pacjent postrzega, choćby w minimalnym stopniu, bezwarunkowo pozytywne odniesienie i empatyczne zrozumienie psychoterapeuty.

Jest oczywistym, że nie wystarczy, by powyższe warunki, zwłaszcza bezwarunkowo pozytywne odniesienie i empatyczne zrozumienie, tylko zaistniały. Jest rzeczą konieczną, żeby pacjent to odczuwał, żeby to postrzegał. Wtedy dopiero może nastąpić w nim proces zmian. Nie wystarczy więc, że psycho-

³ Nie można pominąć tego warunku *jakby*, ponieważ wtedy mielibyśmy do czynienia z identyfikacją.

terapeuta stwarza klimat akceptacji i empatycznego zrozumienia pacjenta. — pacjent musi to prawidłowo postrzegać. U schizofreników np. nie ma zwykle właściwego postrzegania tych postaw terapeuty i dlatego są trudności w leczeniu ich wg zasad tego systemu psychoterapii (por. 22).

Omówione powyżej warunki są konieczne i wystarczające do tego, żeby zaistniał proces psychoterapii, bez względu na szczególne właściwości pacjenta i rodzaj zaburzenia. Nie jest rzeczą konieczną ani pomocną manipulowanie związkami terapeutycznym w jakiś specjalny sposób, odpowiednio do różnych pacjentów.

Psychoterapeuta nie kieruje rozwojem pacjenta, niczego nie sugeruje, nie udziela wskazówek ani rad. Jest jakby katalizatorem, jakby położną, która nie kształtuje dziecka, a jedynie pomaga mu się urodzić. Stwarza odpowiedni klimat akceptacji i empatycznego zrozumienia, w którym pacjent sam się rozwija według swej tendencji aktualizującej.

Terapeuta może posłużyć się pewnymi zewnętrznymi środkami wyrazu jako pomocami w zakomunikowaniu pacjentowi swej postawy akceptacji i zrozumienia wobec niego, wobec tego co on mówi i przeżywa. Najczęściej stosowane tego rodzaju środki:

— Odzwierciedlenie emocji — terapeuta ujmuje w słowa to, co pacjent przeżywa wypowiadając odpowiednie treści.

— Wyjaśnienia albo interpretacja — terapeuta poszukuje logicznych powiązań i znaczeń w tym, co pacjent mówi.

— Powtarzanie — terapeuta ujmuje wypowiedzi pacjenta innymi słowami.

— Pytania wyjaśniające.

— Umiejętne operowanie milczeniem i milcząca akceptacja.

Środki te jednak nic nie znaczą, jeżeli nie zostaną spełnione wyżej omówione warunki.

2. Proces psychoterapeutyczny

Jeżeli zaistnieją wymienione warunki, tzn. gdy pacjent odczuwa, że jest rozumianym i w pełni akceptowanym, w pełni przyjętym przez terapeutę takim jakim jest, a więc razem ze swymi wszystkimi odczuciami: lękiem, rozpaczą, brakiem poczucia bezpieczeństwa, gniewem czy depresją, wtedy zaczyna ją dokonywać się w nim pewne zmiany. Procesu tego nie można jednak pojmować jako przejścia od pewnego stanu stabilności czy homeostazy poprzez różne zmiany do nowej formy osobowości, cechującej się stałością struktury. Rogers inaczej określa kontinuum zachodzących zmian. Jest to według niego przejście od stabilności do zmienności, od stanu zastoju do postępującego procesu, od struktury sztywnej do płynnej. Zarys zasadniczych według niego zmian przedstawia się następująco:

a. W atmosferze pełnej akceptacji i empatycznego zrozumienia ze strony osoby kongruentnej, budzącej zaufanie, pacjent swobodniej wyraża swoje doznania w sposób werbalny lub motoryczny. Nie dotyczą one jednak jeszcze jego jaźni (self). Uczucia opisuje pacjent często jako nie własne. Problemy, które postrzega nie dotyczą jego samego i brak mu poczucia odpowiedzialności w stosunku do tych problemów.

b. Proces postępuje jednak i pacjent coraz częściej zaczyna mówić o sobie. Uczucia wyrażane przez niego odnoszą się coraz bardziej do jego jaźni (self). Ta jaźń jest jednak traktowana jeszcze jako przedmiot. Pacjent przejawia bardzo mało akceptacji przeżyć, które jawią mu się jako coś niegodziwego, złego, nienormalnego lub nieakceptowanego przez innych. Doświadczenie własne opisuje jako coś dalekiego od niego samego.

c. Zachodzi stopniowe rozluźnienie konstrukcji jaźni i swobodniejszy przepływ uczuć. Pacjent coraz bardziej wyróżnia i coraz lepiej rozróżnia przedmioty swoich uczuć i percepcji. Coraz częściej opisuje swoje uczucia — najpierw te intensyw-

niejsze i mówi o nich często jako o przeszłych a następnie i te-aktualnie doświadczane. Włącza stopniowo do swych uczuć swoje środowisko, inne osoby, siebie, swoje doświadczenia i **za-**uważa powiązania oraz zależności pomiędzy tymi obiektami. „Staje się mniej intensjonalny a coraz bardziej ekstensjonalny w swoich percepcjach, albo ujmując to innymi słowy — jego doświadczenia są bardziej dokładnie symbolizowane” (15 s. 216).

d. Następuje stopniowe uświadamianie sobie niezgodności pomiędzy doświadczeniem a jaźnią (self) i uczucia wyrażane przez pacjenta coraz bardziej odnoszą się do tego braku zgodności.

e. W konsekwencji tego jednostka zaczyna doświadczać w swej świadomości poczucia zagrożenia z powodu tej niezgodności, co jest możliwe dzięki odczuciu, że jest akceptowaną i rozumianą przez terapeuta. Wobec postawy bowiem bezwarunkowo pozytywnego odniesienia ze strony psychoterapeuty, postawy obejmującej tak inkongruencję pacjent jak i kongruencję, tak niepokój jak i brak tego niepokoju, zaczyna słabnąć warunkowy system wartości pacjenta.

f. Jednostka poddana terapii odczuwa jeszcze niepewność i lęk przed pełnym i bezpośrednim doświadczaniem uczuć. Pomimo tego uczucia te „kipią” i „przelewają się” w niej. Jednostka zaczyna powoli przyjmować je jako własne — zaczyna przeżywać w sposób pełny i świadomy te uczucia, które w przeszłości nie dopuszczała do świadomości lub wypaczała je w niej.

g. Wypieraniu ze świadomości i wypaczaniu ulegały te uczucia (ogólniej — te doświadczenia), które były niezgodne z jej pojęciem o sobie (strukturą jaźni). Teraz uświadamia je sobie w pełni, w następstwie czego ulega zmianie jej pojęcie o sobie (concept of self). Struktura jaźni ulega reorganizacji, aby

doświadczenia dotąd z nią niezgodne mogły zostać do niej włączone i zasymilowane.

h. Ta reorganizacja struktury jaźni postępuje i pojęcie jednostki o sobie staje się coraz bardziej zgodne z jej doświadczeniem. Zanika u niej podstawowy rozdźwięk, który pojawił się na skutek przyjęcia uwarunkowanego systemu wartości i który leżał u podstawy wszelkich zaburzeń w zachowaniu. Pojawia się zgodność pomiędzy jaźnią a doświadczeniem, która jest podstawą normalnego rozwoju człowieka, rozwoju ukierunkowanego tendencją aktualizującą.

Na skutek tego, że teraz mniej doświadczeń jest zagrażających, jednostka ma mniejszą skłonność do wypaczania percepcji czy niedopuszczania ich do świadomości. Zanika po prostu u niej postawa obronna.

i. Bezwarunkowo pozytywne odniesienie terapeuty może być teraz również doświadczane przez jednostkę w pełni i nie budzi poczucia zagrożenia.

j. Doznawane uczucia i przepływające myśli nie stanowią już zagrożenia dla jednostki i dlatego wzrasta w niej ciągle postawa akceptująca wobec nich — „coraz wyraźniej odczuwa ona bezwarunkowo pozytywne odniesienie w stosunku do siebie” (15 s. 216).

k. W wyniku poprzednich etapów procesu nastąpiło zmniejszenie lub zanik uwarunkowanego systemu wartości, a jednostka coraz bardziej doświadcza, że ona sama jest ośrodkiem wartościowania (locus of evaluation) — źródłem ocen.

l. „Reaguje na doświadczenie mniej według uwarunkowanego systemu wartości, a bardziej według organizmicznego procesu wartościującego” (15 s. 216). Jest to proces, który ciągle rozwija się, w którym wartości nigdy nie są sztywne czy ostatecznie ustalone. Jedynym kryterium wartości w tym procesie jest

tendencja aktualizująca. Zachowania, które przyczyniają się do podtrzymania czy rozwoju organizmu bezpośrednio lub w dalekiej przyszłości, oceniane są przez ten organizmiczny proces wartościujący pozytywnie. Organizm znajduje w nich zadowolenie. Zachowania natomiast działające na niekorzyść organizmu, oceniane są negatywnie.

Elementy zmian, które zostały omówione, uważa Rogers za charakterystyczne dla procesu psychoterapii, ale nie wszystkie z nich uważa za konieczne. Powołując się na doświadczenie i logikę teorii za konieczne uważa zmiany przedstawione w punktach: c, f, g, h, j, l.

3. Skutki psychoterapii w osobowości i zachowaniu

Trudno byłoby przeprowadzić wyraźną granicę pomiędzy procesem psychoterapeutycznym a jego wynikami. Przedstawiony w poprzednim punkcie opis zmian zachodzących w osobowości w trakcie psychoterapii, to po prostu zróżnicowane aspekty wyników tego procesu. Opisane poniżej skutki można by więc w pewien sposób włączyć do opisu samego procesu. Można jednak również, jak to czyni Rogers, wyodrębnić, wyakcentować te stosunkowo stałe zmiany w osobowości i zachowaniu człowieka, które uważane są zwykle za wyniki procesu psychoterapeutycznego lub mogą być obserwowane z zewnątrz.

Istotne rezultaty psychoterapii w osobowości i zachowaniu jednostki ujmuje Rogers w stwierdzeniu:

„Pacjent jest bardziej kongruentny, bardziej otwarty na doświadczenie i mniej defensywny” (15 s. 218).

Tak zwięźle zarysowany obraz skutków terapii rozpracowuje następnie, ukazując go w bardziej szczegółowych stwierdzeniach, które zawierają się jednak implicite w przytoczonym zdaniu. Opiera się przy tym na własnych obserwacjach poczynionych w ciągu swego długoletniego doświadczenia psychoterapeutycznego, na wewnętrznej logice teorii, a także na

obiektywnych badaniach własnych oraz badaniach innych psychologów.

U pacjenta, który przeszedł proces terapii, dają się zauważyć wyraźne zmiany w postrzeganiu, w sposobie rozwiązywania problemów, w przystosowaniu oraz we wrażliwości na zagrożenie. Jest on mianowicie bardziej realistyczny, bardziej obiektywny i ekstensjonalny w swoich percepcjach, efektywniej rozwiązuje problemy, jest dużo lepiej przystosowany aniżeli przed terapią, a wrażliwość jego na zagrożenie mocno zmalała.

Zmieniła się też u pacjenta ocena siebie samego i stosunek do własnych ideałów. W następstwie większego realizmu, obiektywizmu oraz ekstensjonalności w percepcjach pacjent bardziej realistycznie postrzega idealny obraz siebie (ideal self)⁴ i jest on dla niego bardziej osiągalny. Na skutek natomiast polepszenia się przystosowania i zredukowania się wrażliwości na zagrożenie, obecny jego obraz siebie wykazuje większą zgodność z idealnym obrazem siebie samego. To zaś, razem ze zwiększoną zgodnością pomiędzy jaźnią a doświadczeniem pociąga za sobą obniżenie napięcia fizjologicznego, psychicznego a także specyficznego typu napięcia psychicznego, określanego jako niepokój. Pacjent „posiada wyższy stopień pozytywnego odniesienia względem siebie” (15 s. 218).

Uwarunkowany system wartości uległ zanikowi, a pacjent postrzega, że „źródło oceny oraz źródło wyboru tkwi w nim samym” (15 s. 218). W konsekwencji tego oraz w następstwie redukcji wszelkiego napięcia (łącznie z niepokojem), staje się on bardziej ufny i bardziej opanowany. W rezultacie natomiast większej kongruencji, szerszego otwarcia się na doświadczenie

⁴ Idealny obraz siebie (self ideal) — „jest to określenie na oznaczenie pojęcia o sobie (self-concept), jakie jednostka chciałaby mieć, w którym umieszcza ona najwyższe wartości dla siebie. We wszystkich innych aspektach jest on określany w ten sam sposób jak pojęcie o sobie (self-concept)” (15 s. 200).

oraz zmniejszonej postawy obronnej, jak również uświadomienia sobie, że źródło oceny i wyboru jest w nim samym, oceny wartości dokonuje według organizmicznego procesu wartościującego.

Większa kongruencja i otwartość na doświadczenie, słabsza postawa obronna oraz większy realizm, obiektywizm i eksten-sjonalność w postrzeżeniach sprawiają, że pacjent postrzega innych w sposób bardziej realistyczny i dokładny oraz bardziej ich akceptuje.

Wzrasta w nim ilość doświadczeń uznanych za własne, a zmniejsza się ilość doświadczeń dawniej za własne nieuzna-wanych.

Inni ludzie postrzegają jego zachowanie jako bardziej kon-trolowane, uspołecznione i dojrzałe. Jest on też bardziej twór-czy, lepiej przystosowuje się do nowych sytuacji i nowych problemów.

Cały system terapii ześrodkowanej na pacjencie przedstawia Rogers w formie układu warunków i następstw. Oznaczmy warunki psychoterapii literą A, proces literą B a skutki lite-rą C. Wzajemna ich zależność będzie przedstawiała się we-dług niego następująco:

„jeżeli A, wtedy B; jeżeli A, wtedy B i C; jeżeli A wtedy C (nie biorąc pod uwagę B); jeżeli B, wtedy C (gdy nie bierze się pod uwagę A)” (15 s. 220).

Zależności funkcjonalne pomiędzy tymi trzema częściami sy-stemu mogą być również sformułowane w formie ogólnej i ja-kościowej. Rogers tak to ujmuje:

„Im wyższy stopień warunków sprecyzowanych w punkcie 1, tym lepiej zaznaczy się proces zmian opisany w punkcie 2, i szerszy będzie jego zakres oraz większe lub o szerszym zasię-gu będą rezultaty wyszczególnione w punkcie 3” (15 s. 220).

W poprzednim numerze *Studia Philosophiae Christianae* przedstawiłem zarys teorii osobowości Karola R. Rogersa. Ni-niejszy artykuł prezentuje zarys jego systemu psychoterapii.

W następnym numerze postaram się ukazać jego koncepcje dotyczące dojrzałej osobowości, która jest punktem docelowym procesu psychoterapeutycznego.

LITERATURA

1. Ewcz y ń s k i E., Ogólne wprowadzenie do poglądów psychoterapeutycznych Carla R. Rogersa. *Problemy Psychoterapii (PTHP)*, t. II, 1969 (w druku).
2. Rogers C. R., *The clinical treatment of the problem child*. Boston 1939.
3. Rogers C. R., *Counseling and psychotherapy*. Boston 1942.
4. Rogers C. R., Significant aspects of client-centered therapy. *Amer. Psychologist*, 19, 46, 1, 415—422.
5. Rogers C. R., The significance of the self-regarding attitudes and perception. W: Reymort M. S., (Ed.) *Feelings and emotions*. New York, McGraw Hill 1950.
6. Rogers C. R., *Client-centered therapy*. Boston 1951.
7. Rogers C. R., Client-centered psychotherapy. *Amer. Psychologist*, 1952, 7, 66—74.
8. Rogers C. R., Some directions and ends points in therapy. W: Mowrer O. H., (Ed.) *Psychotherapy: Theory and research*. 1953, 44—68.
9. Rogers C. R., What it means to become a person. W broszurze: *Becoming a person*. Board of Trustees of Oberline College 1954.
10. Rogers C. R., and Dymond R. F., (Eds) *Psychotherapy and personality change*. Chicago 1954.
11. Rogers C. R., Personality change in psychotherapy. *Intern. J. of Soc. Psychiatry*, 1955, 1, 2—12.
12. Rogers C. R., The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. consult. Psychol.*, 1957, 21, 95—103.
13. Rogers C. R., A note on „The nature of man”, *J. consult. Psychol.*, 1957, 4, 199—203.
14. Rogers C. R., A process of conception of psychotherapy. *Amer. Psychologist*, 1958, 13, 142—149.
15. Rogers C. R., A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. W: Koch S., (Ed.) *Psychology: A study of a science*. Vol. III, New York 1959, 184—256.
16. Rogers C. R., *On becoming a person*. Boston 1961.
17. Rogers C. R., The characteristics of a helping relationship. W: Steiner M. I., (Ed) *Contemporary psychotherapies*. New York 1961, 94—111.

18. Rogers C. R., A tentative scale for the measurement of process in psychotherapy. W: Stein M. I., (Ed.) *Contemporary psychotherapies*. New York 1961, 112—127.
19. Rogers C. R., The interpersonal relationship. The core of guidance. *Harvard Educational Review*, 1962, 32, 416—429.
20. Rogers C. R., and Kinget G. M., Psychotherapie et relations humaines. Vol. I i II, Lovain 1965.
21. Rogers C. R., Client-centered theory. *J. consult. Psychol.*, 1966, 3, 115—120.
22. Rogers C. R., Some learning from a study of psychotherapy with schizophrenics. W: Goldstein A. P., and Dean S. I., (Eds) *The investigation of psychotherapy*. New York 1966.

SUMMARY

This paper has presented a system of psychotherapy of Carl R. Rogers and is a continuation of „An outline of C. R. Rogers theory of personality” from preceding issue *Studia Philosophiae Christianae*. His system of psychotherapy is formulated into three sections: conditions of therapeutic process, the process of therapy, and outcomes of this process in personality and behavior. The relationship among them is if-then relation: „If certain conditions exist..., then a process... will occur which includes certain characteristic elements. If this process... occurs, then certain personality and behavioral changes... will occur” (15, 212).

Conditions which are necessary and sufficient to occur a process of therapy in client: (a) contact between therapist and client, (b) client is in a state of incongruence and is anxious, (c) the therapist is congruent, (d) unconditional positive regard of the therapist toward client, (e) his empathic understanding of the client, (f) the client must perceive the unconditional positive regard and empathic understanding of the therapist for him.

If these conditions exist, then the client will proceed in direction to be more congruent, more open to experience, and less defensive. In this statement are included implicitly changes which occur in client and outcomes of therapy which are evident. The paper has described them explicitly.

In the next issue of *Studia Philosophiae Christianae* will be presented the point of destination of psychotherapy process which is, in accordance with Rogers, a fully functioning person.