

Władysław Sterna<sup>1</sup>, Anna Sterna<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o. o. w Gorzowie Wielkopolskim

<sup>2</sup>Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Osobowości w Międzyrzeczu

# Psychiatra, psychoterapeuta czy może psychofarmakoterapeuta? Problem z identyfikacją

*Pharmacologist, psychotherapist or psycho-pharmacologist?  
The identity problem*

## Abstract

*At the root of an integrated treatment model lies the assumption that patient is treated by one specialist. This specialist is responsible both for psychotherapy and pharmacotherapy. In Polish conditions this specialist is most often a psychiatrist. The authors discuss possible difficulties which may arise while two identities must be combined — psychiatric and psychotherapeutic one. There are main conflicts described in the article which can occur within the process of identity matching. The authors undertake the problem of identity and underline its importance within the process of professional development. Basing of literature, recommendations which may be helpful are formulated.*

**Psychiatry 2016; 13, 3: 153–158**

**Key words:** *psychiatrist, psychotherapist, integrated treatment, professional identity*

## Wstęp

Połączenie farmakoterapii i psychoterapii jest coraz szerzej stosowaną i rekomendowaną metodą leczenia różnych zaburzeń psychicznych [1, 2]. Coraz większa liczba psychiatrów odbywa podstawowe szkolenie z zakresu psychoterapii. W podstawowym rozróżnieniu, połączenie to można realizować w dwóch trybach — rozdzielonym i zintegrowanym. W pierwszym przypadku w proces leczenia pacjenta zaangażowanych jest dwóch specjalistów — farmakoterapeuta (tu: psychiatra) oraz psychoterapeuta. Leczenie zintegrowane natomiast polega na prowadzeniu leczenia pacjenta przez jednego specjalistę – psychofarmakoterapeutę. W warunkach polskich, ze względu na system szkolenia, najczęściej będzie to psychiatra z kwalifikacjami psychoterapeuty.

Od czasu opublikowania manifestu Kandela w 1998 roku podział na biologiczne i psychologiczne przyczyny zaburzeń psychicznych powoli się zaciera [3]. Wiadomo jednak, że nadal pomiędzy środowiskiem biologicznie zorientowanych psychiatrów oraz psychologicznie zorientowanych psychoterapeutów nie udało się wypracować ostatecznej zgody dotyczącej: podziału kompetencji, etiologii powstawania zaburzeń, struktury i formy procesu leczenia, udziału farmakoterapii itp. [4]. Można więc wyobrazić sobie, że na drodze psychiatrów podejmujących się leczenia pacjentów trybem zintegrowanym, będzie czekało co najmniej kilka punktów spornych dotyczących wyżej wymienionych czynników. Wydaje się, że jednym z czynników wpływających na dokonywane wybory, będzie tożsamość osoby leczącej. I chodzi tu o szczególnie rodzaj własnej tożsamości jako specjalisty — spostrzeganą własną przynależność do środowiska medycznego lub psychoterapeutycznego.

W niniejszym artykule opisany zostanie proces kształtowania się własnej tożsamości psychiatry-

## Adres do korespondencji:

Władysław Sterna  
Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki Sp. z o. o.  
ul. Walczaka 42, 66–400 Gorzów Wlkp.  
tel./faks: 95 7 331 634  
e-mail: wladster@mp.pl

-psychoterapeuty, jako profesjonaliści oraz potencjalne trudności mogące powstawać w procesie jej kształtowania.

### **Kształtowanie się tożsamości profesjonalisty**

Opisu procesu kształtowania się tożsamości profesjonalisty dostarczają Fenning, Naisberg-Fenning, Neumann i Kovaszny [5]. Autorzy przyjęli definicję tożsamości za Miltonem Eriksonem: „Tożsamość jest skumulowaną pewnością, że wewnętrzna spójność i ciągłość zapoczątkowana w przeszłości jest zgodna z poczuciem spójności i ciągłości własnego znaczenia dla innych, czego dowodem jest namacalny wybór ścieżki kariery” [6]. Tożsamość profesjonalisty kształtuje się na podstawie kilka czynników:

- identyfikacji z mentorami,
- zdobycia wspólnej profesjonalistom wiedzy i przyjęcie profesjonalnego języka,
- opanowania konkretnych umiejętności,
- społecznej rozpoznawalności.

Sam proces kształtowania się profesjonalnej identyfikacji rozpoczynałby się, zdaniem autorów, od przyjęcia pojedynczej tożsamości — w polskich warunkach najczęściej będzie to tożsamość psychiatrii. Dla wczesnego okresu kształtowania się tożsamości charakterystyczna byłaby wrogość i niechęć względem zbliżonych środowisk (np. psychoterapeutów, farmaceutów), która w wymiarze jednostkowym miałyby chronić przed niepewnością i pomieszaniem. W tym sensie postawienie siebie — psychiatrii w opozycji do jakiejś grupy „innych” ma ułatwiać dokładne wytyczenie granic tożsamości.

Niezbędna początkowo niechęć do zbliżonych grup, na dalszym etapie profesjonalnego rozwoju może utrudniać pogodzenie wymogów dwóch środowisk dla psychiatrii podejmującego szkolenie psychoterapeutyczne. Autorzy zwracają uwagę na fakt, że wymienione środowiska różnią się w bardzo podstawowy sposób i powołuje się na słowa Zygmunta Freuda [7]: „W akademiach medycznych, przyszli lekarze otrzymują szkolenie, które jest dokładną przeciwnością tego, co przygotowałyby ich do psychoanalizy. [...] Ta sytuacja byłaby do zniesienia, gdyby szkolenie medyczne po prostu nie przygotowało przyszłych lekarzy z zakresu neuroz. Ale szkolenie medyczne robi coś więcej — wyposaża przyszłych lekarzy w fałszywe i szkodliwe nastawienie (do psychoanalizy)”. Ta wypowiedź odnosi się do podstawowej różnicy w postawie osoby leczącej. Od analityka wymaga się neutralności, postawy wycofanego obserwatora pacjenta i procesu psychoterapeutycznego. Z kolei postawę lekarza

charakteryzuje większa autorytarność, lekarz wydaje zalecenia i zachęca pacjenta do ich przestrzegania, bo tego wymaga proces leczenia. Jakkolwiek może być wiele wariantów obu opisanych postaw, niezmienna pozostanie, zdaniem autorów, istotna różnica — lekarz autokreuje się jako realna osoba, analityk robi wszystko, by tej realności uniknąć. Tak, więc punktem wewnętrznego sporu dla specjalisty dwojga profesji byłaby z jednej strony trudność w pogodzeniu postawy neutralności z postawą realności, z drugiej natomiast niechęć do rezygnacji z roli udzielającego rad autorytetu, która może budzić niepokój.

Innym zagadnieniem, przed którym stanie psychofarmakoterapeuta w procesie kształtowania własnej tożsamości, jest konieczność pogodzenia dwóch profesjonalnych języków opisywania pacjenta i sposobów myślenia o nim. Pierwszą trudnością może być fakt, że pomimo rozwoju badań nad psychoterapią jest i przez lata będzie to dziedzina o znacznie mniejszej weryfikowalności empirycznej niż medycyna. Stąd pewne pomieszanie u profesjonalisty wywodzącego się z medycyny może budzić fakt, że u podstaw nowo poznanej wiedzy — psychoterapii, leżą wątpliwe podstawy empiryczne w porównaniu z naukami przyrodniczymi. Co więcej, niepokój może budzić fakt, że dotąd nie udało się wypracować ogólnych zaleceń i standardów leczenia w dziedzinie psychoterapii, podczas gdy medycyna od lat funkcjonuje na podstawie rekomendacji. Po drugie, profesjonalny język psychologii i psychoterapii znacząco różni się od języka środowisk lekarskich, konieczność nabycia nowego może na początku budzić uczucie wyalienowania. Kolejną różnicą i potencjalną trudnością jest kwestia odpowiedzialności za proces leczenia. Autorzy zwracają uwagę na fakt, że w modelu medycznym niepowodzenie w procesie leczenia jest mniej utożsamiane z osobą lekarza niż w procesie psychoterapeutycznym. Nieskuteczność terapii farmakologicznej może być w postrzeganiu pacjenta przypisywana takim czynnikom, jak: specyfika leku, brak podporządkowania zaleceniom, chroniczność własnej choroby, rzadziej — błędowi klinicyście. W psychoterapii, jedynym narzędziem osoby leczącej jest ona sama, stąd porażka może być przez terapeutę odbierana bardziej osobiście. Dla lekarza szkolącego się w psychoterapii jest to nowa rzeczywistość, która może być kolejnym źródłem impasu. Z drugiej zaś strony lekarze funkcjonują w określonej rzeczywistości prawnej, o wiele częściej niż psychoterapeuci są pozywani przez swoich

pacjentów do sądu głównie z powodu podejrzenia popełnienia błędu medycznego. O wiele łatwiej jest też udowodnić błąd medyczny, odnosząc się do standardów leczenia niż w psychoterapii, gdzie istnieje mnogość alternatywnych wyborów. Lekarze mają tutaj większe przygotowanie do takiego formułowania celów terapii oraz jej dokumentowania aby ryzyko ponoszenia konsekwencji prawnych było minimalne. Będzie to jednak determinować określony sposób postępowania.

Wspomnianą już składową procesu kształtowania się tożsamości jest identyfikacja z mentorami. W przeciwieństwie do metodyki szkolenia medycznego, w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego, uczeń rzadko kiedy ma okazję obserwować starszych stażem terapeutów przy pracy z pacjentem. Wiedza nabywana jest w dużej mierze w sposób teoretyczny, a jej ostateczna weryfikacja odbywa się sam na sam z pacjentem. Brak możliwości wcześniejszej weryfikacji własnych umiejętności z mentorem, sprawia, że młody stażem psychoterapeuta jest narażony na frustrację. Autorzy zwracają uwagę na fakt, że dla terapeuty po szkoleniu medycznym taka sytuacja frustracji, przy jednoczesnym ograniczonym dostępie do superwizji, może prowadzić do dewaluacji psychoterapii, jako metody.

Oprócz podjętych wyżej kwestii potencjalnie konfliktowych wspomina się również o czynnikach motywacyjnych [8]. Norman Clemens zwraca uwagę na fakt, że praca psychiatry jest znacznie bardziej nagradzająca pod względem obiektywności, wymierności i szybkości uzyskiwania efektów. Praca psychoterapeuty natomiast wymaga w dużej mierze polegania na wewnętrznej motywacji terapeuty, ponieważ efekty leczenia nie są tak spektakularne i często są odroczone w czasie (np. po zakończeniu relacji terapeutycznej), co uniemożliwia terapeutę bieżące monitorowanie efektów swojej pracy. Wydaje się, że uspołnianie tożsamości specjalisty będzie wymagało również dokonania pewnych zmian w obrębie systemu kar i nagród uzyskiwanych w trakcie wykonywania zawodu.

### **Psychiatrzy względem psychoterapii**

Powyżej opisano trudności, z jakimi może się spotkać psychiatra szkolący się w psychoterapii. Wydaje się jednak, że pytaniem podstawowym, na jakie trzeba byłoby wprzód poszukać odpowiedzi jest „czy psychiatrzy chcą szkolić się w psychoterapii?”. Zespół badaczy z Kalifornii w Stanach Zjednoczonych [9] przeprowadził badanie wśród absolwentów medycyny realizujących specjaliza-

cję z psychiatrii dotyczące ich postaw względem psychoterapii. Należy jednak wyjaśnić, że rzeczywistość szkolenia lekarzy psychiatrów w Stanach Zjednoczonych w sposób podstawowy różni się od polskich warunków szkolenia. W 2008 roku *Accreditation Council for Graduate Medical Education*, jednostka zajmująca się wydawaniem akredytacji dla programów szkolenia w dziedzinie psychiatrii, opublikowała wymóg, wedle którego wszyscy lekarze realizujący specjalizację z psychiatrii „powinni odznaczać się umiejętnością zastosowania technik terapii wspierającej, psychodynamicznej oraz poznawczo-behawioralnej, zarówno w formie krótko jak i długoterminowej pracy, jak również być zdolnymi do prowadzenia poradnictwa rodzinnego, grupowego, poradnictwa par oraz innych, zweryfikowanych naukowo metod psychoterapii” [10]. Na amerykańskich psychiatrów nakłada się zatem w zasadzie wymóg bycia również psychoterapeutą. Niżej opisane wyniki badania będą zatem odnosiły się do rzeczywistości, w której bycie psychoterapeutą jest integralną częścią bycia psychiatrą. Jednocześnie podjęcie własnej psychoterapii w tamtejszych warunkach nie jest jednak traktowane jako wymóg. Celem tego badania było pogłębienie wiedzy dotyczącej postaw wobec psychoterapii, a także tożsamości terapeutycznej. Przebadano 249 (152 kobiety, 96 mężczyzn) rezydentów 15 różnych programów specjalizacyjnych realizowanych w Stanach Zjednoczonych. W badaniu użyto metod kwestionariuszowych. Osoby badane miały za zadanie ocenić stopień, w jakim zgadzają się ze stwierdzeniami zawartymi w kwestionariuszu. Ze względu na obszerność wymienionego badania, autorzy ograniczają jego opis do zakresu pozostającego w tematyce artykułu. W świetle wyników badania 79% respondentów czuje dumę z bycia psychoterapeutą, a kolejne 81% respondentów uważa, że bycie psychoterapeutą jest integralną częścią ich tożsamości jako psychiatry, natomiast 93% badanych nie zgadza się za stwierdzeniem „umiejętność prowadzenia psychoterapii jest niezbędna w byciu kompetentnym psychiatrą”. Część pytań odnosiła się również do przyszłej praktyki lekarskiej i tutaj wyniki były nieco odmienne — 62% respondentów zgadza się, a 19% nie zgadza się ze stwierdzeniem „planuję korzystać z moich umiejętności psychoterapeutycznych podczas leczenia pacjentów, ale leczenie farmakologiczne będzie leczeniem podstawowym dla większości z nich”. W podziale na respondentów, którzy podjęli się własnej psychoterapii oraz tych, którzy nie, okazało się, że ci pierwsi nadają większe znaczenie byciu psychoterapeutą dla tożsamości specjalisty oraz

są bardziej skorzy prowadzić psychoterapię w obrębie własnej praktyki lekarskiej niż respondenci niekorzystający z własnej psychoterapii.

Wyniki tego badania pokazują, że rezydenci psychiatrii uznają znaczenie psychoterapii i są skłonni wcielać bycie psychoterapeutą w tożsamość specjalisty. Wydaje się, że wynik ten może być pochodną kształtu systemu szkolenia, który kładzie odgórny nacisk na szkolenie w dziedzinie psychoterapii. Na uwagę zasługują powody różnicowania pomiędzy respondentami z własnym doświadczeniem psychoterapeutycznym i tymi bez niego, które podają autorzy. Zdaniem badaczy pierwszą z nich jest fakt, że podczas własnego procesu psychoterapeutycznego dochodzi do modelowania figury terapeuty, stąd być może osobom, które przeszły własną psychoterapię łatwiej było rozwiązać opisany już problem związany z brakiem mentorów i bezpośredniego doświadczenia w nowej dziedzinie, co z kolei sprzyjało wcielaniu własnej roli psychoterapeuty w tożsamość specjalisty. Drugie z możliwych wyjaśnień dotyczy postrzegania psychoterapii jako metody — przejście własnej psychoterapii, zdaniem badaczy, umożliwia jednostce rozwianie wątpliwości dotyczące skuteczności, odmitologizowanie i oddemonizowanie psychoterapii jako metody. Fakt posiadania indywidualnych obiektywnych dotyczących procesu terapeutycznego jest jednym z opisanych już punktów utrudniających wykształcenie się podwójnej tożsamości specjalisty.

### Stosunki między środowiskami

Wspomniano już o podstawowych różnicach stojących na granicy między środowiskami farmakologicznymi i psychoterapeutycznymi, takich jak chociażby odmienne poglądy dotyczące etiologii zaburzeń (biologiczne v. psychospołeczne) czy formuły leczenia (farmakoterapia v. psychoterapia). Różnice te dotyczą również kwestii odpowiedzialności zarówno w gabinetach prywatnych (wyżej ubezpieczony farmakoterapeuta v. nieubezpieczony psychoterapeuta) czy w warunkach oddziału (farmakoterapeuta jako szef v. psychoterapeuta jako pracownik). W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na fakt, że w praktyce różnice te przyjmują formę rywalizacji na polach kompetencji i wpływu [4]. Artur Lazarus [11] dodaje, że w sytuacji współpracy pomiędzy psychoterapeutą i farmakoterapeutą u obu stron może pojawić się poczucie winy związane z brakiem kompetencji w zakresie tej drugiej dziedziny. W związku z tym, argumentuje Lazarus, każda ze stron będzie zainteresowana odgradzaniem się w zakresie własnej dyscypliny (np. poprzez używanie wysoce specjalistycznego żargonu) tak, by chronić się przed ewentualnym ośmieszeniem w toku interdyscyplinar-

nej dyskusji. Wydaje się, że skoro wspomniane zjawiska obecne są w przestrzeni interpersonalnej, mogą zachodzić analogicznie w przestrzeni intrapersonalnej. Można zatem wnioskować, że u osoby starającej się pogodzić obie dyscypliny proces uzgadniania własnej tożsamości będzie przechodził od początkowego prymatu jednej z dyscyplin, przez procesy rywalizacyjne aż do próby osiągnięcia wewnętrznej spójności.

### Psychiatra — psychoterapeuta

Kształcenie psychiatrów oraz psychologów odbywa się nadal w dwóch odrębnych nurtach, co nie sprzyja integracji psychoterapii i farmakoterapii. Mimo że znaczna część pacjentów korzysta jednocześnie zarówno z psychoterapii, jak i farmakoterapii, mało jest publikacji na ten temat, nie wypracowano również dotąd standardów dotyczących leczenia łącznego. Trudno jest o integrację tych dwóch dziedzin, skoro są one przedstawiane jako odrębne modalności leczenia, a jeszcze do niedawna obie metody określano jako wykluczające się [12]. Inną fundamentalną kwestią diskutowaną od lat jest to, czy oba rodzaje oddziaływań (psychoterapia i farmakoterapia) powinny być stosowane przez dwie różne osoby. Zdaniem Gabbard i Kay [13] prowadzenie psychoterapii i farmakoterapii przez dwóch klinicystów zamiast integrować, promuje umowny podział na „umysł” leczony przez psychoterapeutę oraz „mózg” leczony przez psychiatrę. Prowadzenie obu sposobów leczenia przez jedną osobę będzie sprzyjać integracji umysłu i mózgu zarówno przez psychiatrę, jak i przez pacjenta. Będzie również wymagać większych kompetencji i możliwości dwutorowego odnoszenia się do problemów pacjenta: jako do przejawów dysfunkcji mózgu oraz empatii skierowanej ku cierpiącemu człowiekowi [12]. Jak wspomniano wyżej, identyfikacja psychoterapeuty ze swoim mentorem (superwizorem) jest jednym z ważnych czynników rozwoju tożsamości zawodowej. Niektórzy z nich nigdy nie stosowali jednak leków, lub co do zasady są przeciwni łączeniu tych metod pomocy. W tej sytuacji osoby kształcące się z psychoterapii nie uczą się, jak godzić różne sposoby myślenia w praktyce klinicznej. Jak słusznie zauważa Murawiec, dla dojrzałego psychoanalityka wiedza na temat działania leków będzie wiedzą dodaną do już posiadanej wiedzy analitycznej, a jej uzyskanie będzie zadaniem poznawczym. Mimo że taki psychoanalityk może mieć głęboką wiedzę na temat neurobiologii i neuropsychoanalizy, w sytuacji konieczności włączenia leku decyzję będzie podejmowała inna osoba, do której przekieruje on pacjenta. Największym wyzwaniem dla psychoanalityków o medycznym wykształceniu będzie stosowanie psychoterapii i farmakoterapii w pracy klinicznej z konkretnym pacjentem. Konieczne będzie

nie tylko poznawcze opanowanie wiedzy z zakresu psychoterapii i farmakoterapii, ale jednocześnie czerpanie wiedzy z różnych dziedzin, ale przede wszystkim ich zintegrowanie we własnym myśleniu, tak by nie podejmować decyzji farmakologicznych (wprowadzania leku, jego zmiany czy modyfikacji dawki) w sytuacjach wymagających rozmowy — a jednocześnie aby nie przeoczyć sytuacji, w których wprowadzenie lub zmiana leku mogą przynieść pacjentowi korzyści. W procesie psychoterapii przeniesienie pacjenta ukierunkowane jest na osobę terapeuty, natomiast w leczeniu psychiatrycznym jest ono rozproszone na osobę lekarza oraz na procedury medyczne diagnostykę laboratoryjną, badania obrazowe i farmakoterapię [14]. Mimo że te procedury częściowo „chronią” psychiatrę przed reakcjami przeniesieniowymi, to naturalnym jednak będzie pojawianie się przeciwprzeniesienia u lekarza psychiatry. W przypadku leczenia prowadzonego przez psychiatrę będącego jednocześnie psychoterapeutą, rozpoznanie tego, co się dzieje w polu przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowym może być łatwiejsze i sprzyjać integracji. Poddając dyskusji zalety i wady prowadzenia psychoterapii i farmakoterapii przez jedną osobę, Murawiec [15] dochodzi do wniosku, że w różnych okolicznościach i wobec różnych pacjentów prowadzenie psychoterapii i farmakoterapii przez jednego bądź dwóch klinicystów będzie miało zastosowanie. W pewnych okolicznościach wskazane wręcz będzie, aby obie modalności leczenia prowadziły dwie różne osoby; w innych może je łączyć ta sama osoba, a w innych rozłączenie funkcji lekarza i terapeuty będzie niemożliwe.

### Wnioski

Ponieważ coraz większy odsetek osób przyjmuje leki psychotropowe, także dla osób prowadzących terapię wiedza na temat działania leków i ich możliwego subiektywnego odbioru przez pacjenta, staje się coraz bardziej potrzebna.

Na podstawie dokonanego przeglądu piśmiennictwa kwestię tożsamości profesjonalisty i związane z jej kształtowaniem konflikty uznaje się za istotne składowe rozwoju zawodowego specjalisty. W związku z powyższym autorzy proponują:

1. Podjęcie szkolenia psychoterapeutycznego dla wszystkich psychiatrów chcących prowadzić psychoterapię — odbycie szkolenia może być pomocne w procesie rozwiązywania wspomnianego konfliktu.
2. Zwiększenie godzin szkolenia z psychoterapii w trakcie specjalizacji z psychiatrii.
3. Dążenie do popularyzacji współpracy między psychiatrami i psychoterapeutami w celu zdobywania wspólnych doświadczeń i odmitologizowania przeciwnej dziedziny.
4. Podjęcie własnej psychoterapii przez specjalistę dwojga specjalności w celu poznania dynamiki procesów wpływających na jego tożsamość profesjonalisty.
5. Włączenie do procesu kształcenia psychoterapeuty podstawowych wiadomości dotyczących postrzegania problemów pacjenta z punktu widzenia psychiatry oraz informacji na temat farmakologicznych metod pomocy.
6. Podjęcie prób stworzenia szczegółowych rekomendacji dobrej współpracy między psychiatrą i psychoterapeutą w przypadku wspólnego leczenia pacjenta.
7. Promowanie współpracy psychiatrów i psychoterapeutów we wspólnym rozumieniu problemów pacjenta oraz pomaganiu w przezwyciężaniu trudności.

Wydaje się, że natura opisywanych w niniejszym artykule konfliktów oraz ich przebieg mogą mieć wpływ na postawę terapeuty oraz proces leczenia. Charakter tego wpływu nie jest jednak poznany, a zgłębienie go wymaga dalszych poszukiwań, zarówno teoretycznych jak i badawczych.

### Streszczenie

*Model leczenia zintegrowanego zakłada prowadzenie całości leczenia przez jednego specjalistę. Specjalista ten obejmuje pacjenta opieką zarówno farmakologiczną, jak i psychoterapeutyczną. W polskich warunkach jest to najczęściej lekarz psychiatra. Autorzy podejmują temat trudności, jakie może rodzić konieczność pogodzenia dwóch tożsamości — lekarza psychiatry oraz psychoterapeuty. Omówione zostają konflikty powstające w toku uzgadniania tożsamości specjalisty. Autorzy nakreślają tematykę identyfikacji specjalisty i wskazują na jej istotność w toku rozwoju zawodowego profesjonalisty. Na podstawie przeglądu literatury autorzy formułują wskazówki pomocne w rozwiązywaniu opisanych konfliktów.*

**Psychiatrii 2016; 13, 3: 153–158**

**Słowa kluczowe:** *psychiatra, psychoterapeuta, leczenie zintegrowane, identyfikacja profesjonalisty*

**Piśmiennictwo:**

1. Lazar S. (red.). Psychotherapy is worth it: a comprehensive review of its cost-effectiveness. American Psychiatric Publishing, Washington 2010.
2. Levy K., Ehrental J., Yeomans F., Caligor E. The efficacy of psychotherapy: focus on psychodynamic psychotherapy as an example. *Psychodynamic Psychiatry* 2014; 42: 377–421.
3. Kandel E. A new intellectual framework for psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 1998; 155: 457–469.
4. Abramowitz J., Piacentini J. Clinical psychologist in departments of psychiatry: current issues and a look to the future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2006; 13: 282–286.
5. Fenning S., Naisberg-Fenning S., Neumann M., Kovasznay B. The psychiatrist as psychotherapist: the problem of identity. *Am. J. Psychother.* 1993; 47: 33–37.
6. Erikson E.H. *Childhood and society*. 2nd ed. W.W Norton & Company Inc, New York 1963: 261–262.
7. Freud, S. The question of lay analysis-conversation with an impartial person. Standard Edition. Hogarth Press, London 1925: 20.
8. Clemens N.A., Plakun E.M., Lazar S.G., Mellman L. Obstacles to early career psychiatrists practicing psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry* 2014; 42: 479–496.
9. Lanouette N.M., Calabrese C., Sciolla A.F. et al. Do psychiatry residents identify as psychotherapist? A multisite survey. *Ann. Clin. Psychiatry* 2011; 23: 30–39.
10. Accreditation Council for Graduate Medical Education (2008). Psychiatry program requirements. [www.acgme.org/acWebsite/RRC\\_400/400\\_prIndex.asp](http://www.acgme.org/acWebsite/RRC_400/400_prIndex.asp); DATA DOSTĘPU.
11. Lazarus M. A proposal for psychiatric collaboration in managed care. *Am. J. Psychother.* 1994; 48: 600–609.
12. Murawiec S. Koncepcja psychodynamicznej psychofarmakologii D. Mintza i B. Belnap — omówienie w odniesieniu do pacjentów ujawniających oporność na leczenie. *Psychiatria Polska* 2008; XLII: 323–333.
13. Gabbard G.O., Kay J. The fate of integrated treatment: whatever happened to biopsychosocial psychiatrist? *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 1956–1964.
14. Jakubczyk A., Murawiec S., Żechowski C. Niektóre aspekty farmakoterapii w kontekście przeniesienia — przeciwprzeniesienia. *Psychiatria Polska* 2004; XXXVIII: 1115–1125.
15. Murawiec S. Zmiana psychiczna związana z wprowadzeniem leku przeciwdepresyjnego w trakcie trwania psychoterapii — opis przypadku. *Psychoterapia* 2011; 2: 59–69.