

KWARTALNIK NR 1 (204) 2023

# PSYCHOTERAPIA



Polskie  
Towarzystwo  
Psychiatryczne



Uniwersytet Jagielloński  
w Krakowie  
Collegium Medicum

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**



# PSYCHOTERAPIA

NR 1 (204) 2023

Impact Factor — 0,2  
Liczba punktów MNiSW — 40

## Spis treści

<b>Od Redakcji</b> .....	3
<b>Kiedy nie wiem, co powiedzieć</b> Anna Tanalska-Dulęba.....	5
<b>Pierwszy poziom konceptualizacji w dialektycznej terapii behawioralnej</b> Bartłomiej Taurogiński .....	15
<b>System emocjonalny rodziny nuklearnej — regulacyjna funkcja objawu w ujęciu Bowena</b> Anna Józefczyk, Waldemar Świętochowski .....	27
<b>Psychoterapeuta uważny na cielesność pacjenta. Analiza fragmentów dialogu psychoterapeutycznego</b> Beata Mirucka.....	41
<b>Aspekty terapeutyczne oddziału zamkniętego. Część II</b> Krzysztof Walczewski, Wojciech Korzeniowski, Irena Najbar, Małgorzata Pruss, Aneta Ferlak, Agnieszka Fusińska-Korpik .....	53
<b>Psychoterapeuta w sieci. W poszukiwaniu profesjonalnej opieki psychoterapeutycznej — doniesienie wstępne</b> Katarzyna Wrzesień, Klaudiusz Kudła, Anna Bańdur, Maciej Pilecki .....	67
<b>Kodeks etyczny psychoterapeutów</b> .....	79
<b>Procedura publikowania w „Psychoterapii”</b> .....	87

## KOMITET REDAKCYJNY

<b>Redaktor</b>	Mariusz Furgał
<b>Zastępca redaktora</b>	Kazimierz Bierzyński
<b>Zespół redakcyjny</b>	Szymon Chrzastowski, Bernadetta Janusz, Stanisław Maj, Łukasz Müldner-Nieckowski, Wanda Szaszkievicz, Małgorzata Wolska, Magdalena Zielińska
<b>Sekretarz redakcji</b>	Katarzyna Czapkiewicz
<b>Adiustacja</b>	Maria Pikul
<b>Korekta</b>	Małgorzata Kowalska
<b>Redakcje statystyczne</b>	Artur Daren
<b>Adres Redakcji</b>	31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum e-mail: redakcjapsychoterapii@gmail.com
<b>Rada Programowa</b>	Bogdan de Barbaro, Sonia Beloch, Jacek Bomba, Warren Colman, Jan Czesław Czabała, Dominika Dudek, Patricia de Hoogh-Rowntree, Barbara Józefik, Andrzej Kokoszka, Marta Makara-Studzińska, Irena Namysłowska, Anssi Peräkylä, Katarzyna Prot-Klinger, Krzysztof Rutkowski, Laszlo Zichy

### Wydawca

Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego,  
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

<http://www.psychoterapia.ptp.pl>  
[www.sekcjanaukowapsychoterapii.org](http://www.sekcjanaukowapsychoterapii.org)  
e-mail: [biuro@krwptp.pl](mailto:biuro@krwptp.pl)

Nakład 90 egzemplarzy

Uprzejmie informujemy, że wpłat za prenumeratę oraz zamówione pojedyncze zeszyty „Psychoterapii” należy dokonywać na konto:  
PKO BP I/O Kraków 42 1020 2892 0000 5302 0015 4849  
Cena pojedynczego numeru w roku 2023 wynosi 35 zł, a prenumeraty (4 zeszyty) — 130 zł.  
Dla członków PTP 65 zł.

Zamówienia przyjmuje Dział Kolportażu: 31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14,  
[biuro@krwptp.pl](mailto:biuro@krwptp.pl)

**ISSN 0239-4170**

## Od Redakcji

Drodzy Czytelnicy Kwartalnika „Psychoterapia”!

Przekazujemy w Państwa ręce kolejny numer naszego pisma. Numer ten otwiera tekst Anny Tanalskiej-Dulęby, który jest zapisem jej wystąpienia na tegorocznej konferencji Fundacji Rozwoju Terapii Rodzin „Na Szlaku”, poświęconej tematowi niewiedzenia. Przeczytają w nim Państwo o tym, czym niewiedza różni się od mniemania i jakie są jej związki z zaufaniem i odpowiedzialnością, w czym może się postawa niewiedzenia przydawać terapeutom oraz co robić, gdy się naprawdę nie wie, co powiedzieć. W obrazowym eseju Autorka dzieli się swoimi osobistymi doświadczeniami i przykładami z praktyki.

Na tej samej konferencji gościł także autor kolejnego artykułu — Bartłomiej Taurogiński, który w świetnie przyjętym wystąpieniu, poruszająco, bo na przykładzie drogi własnego rozwoju zawodowego, przedstawił związki dialektyki heglowskiej z dialektyczną terapią behawioralną. Artykuł, który mogą Państwo tu przeczytać, dotyczy filozofii pracy w dialektycznej terapii behawioralnej jako jednym z nurtów terapii poznawczo-behawioralnych. Autor wskazuje podobieństwa i różnice pomiędzy klasycznym modelem konceptualizacji CBT (tzw. kajzerką) a modelami terapii DBT, czyli modelem emocji oraz łańcuchem behawioralnym.

Pozostając jeszcze przy tematach terapii rodzin: Anna Józefczyk i Waldemar Świętochowski opisują regulacyjną funkcję objawu w obrębie emocjonalnego systemu rodziny nuklearnej. Rozumienie morfostatycznej funkcji chorowania rozwinięte zostało przez Murraya Bowena, a Autorzy korzystają z niego, prezentując przypadki kliniczne w swym ciekawym i porządkującym artykule, w którym znajdą Państwo także praktyczne wskazówki dla terapeutów.

Czasem słowami nie da się wyrazić wszystkiego, choć psychoterapia to przede wszystkim „talking cure” — leczenie rozmową. W kolejnym artykule, Beata Mirucka postuluje zwiększenie uważności terapeuty na cielesność pacjenta i prezentuje autorską koncepcję podmiotu ucieleśnionego, obejmującą trzy podstawowe psychiczne reprezentacje doświadczenia ciała: obraz ciała, schemat ciała i poczucie ciała. Wydaje się to szczególnie przydatne w pracy z pacjentami po traumie. Autorka odsłania czytelnikom także swój warsztat pracy, analizując dialog terapeutyczny.

Na następnych stronach znajdą Państwo drugą część prezentacji zespołowego modelu pracy terapeutycznej na oddziale zamkniętym autorstwa praktyków ze Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie. W tej części pracy opisywany jest m.in. kontakt z lekarzem, a także różnorodne formy pracy psychoterapeutycznej i interwencji psychospołecznych. Autorzy dzielą się dobrymi i skutecznymi praktykami oddziaływań psychoterapeutycznych wobec pacjentów leczonych na ogólnopsychiatrycznych oddziałach stacjonarnych, co jest tym bardziej cenne, że ten temat wciąż nieczęsto porusza się w piśmiennictwie.

Na koniec zaś przeczytają Państwo analizę obecności psychoterapeutów w sieci, przeprowadzoną przez zespół Autorów ze Szpitala Uniwersyteckiego. Sprawdzali oni, jak wygląda autoprezentacja psychoterapeutów i czy na jej podstawie łatwiej pacjentom

w internecie znaleźć specjalistów. Po tej analizie widać wyraźnie, że choć w Krakowie (ta grupa terapeutów była analizowana) nie jest źle, potrzebujemy ustawy regulującej nasz zawód. Znikłyby wątpliwości co do tego, kto może się określać psychoterapeutą i jakie warunki musi spełniać, by móc posługiwać się tą nazwą. Wiemy, że prace zespołu parlamentarnego w tej sprawie trwają, zatem trzymamy kciuki...

Standardowo w pierwszym tegorocznym numerze znajdą Państwo również kodeks etyczny — znowelizowany! Zachęcamy do sprawdzenia, jakie zapisy uległy zmianie.

Odświeżyliśmy także regulamin zgłaszania tekstów do publikacji w kwartalniku — co dla mnie jako osoby, która z tym numerem (1/2023) dołączyła do kolegium redakcyjnego jest szczególnie ważne, gdyż liczę na napływ świeżych, inspirujących, angażujących intelektualnie i ciekawych artykułów.

A zatem witam się z Państwem i w imieniu Redakcji zapraszam do lektury!

**Magdalena Zielińska**

Anna Tanalska-Dulęba

## KIEDY NIE WIEM, CO POWIEDZIEĆ

### WHEN I DON'T KNOW WHAT TO SAY<sup>1</sup>

Pracownia Terapii i Rozwoju, Warszawa

Kiedy nie wiem, co powiedzieć... zwracam się do innych uczestników spotkania: do członków rodziny, do koterapeutów... Prawie zawsze dzięki temu otwiera się nowa przestrzeń, nowa droga. Pytanie, zwłaszcza pytanie cyrkularne (to moje ulubione narzędzie) działa jak klucz do nieotwartych jeszcze drzwi. Kiedy nie wiem, co się dzieje, dzielę się niewiedzą. Kiedy nie wiem, jak zatrzymać niekonstruktywne działanie — dzielę się bezradnością. Czasami to działa, a czasami nie. Wtedy muszę zrezygnować.

I właściwie, gdybym się miała ściśle trzymać tytułu konferencji, powinnam na tym zakończyć wystąpienie. Jednak czytając jej opis i abstrakty pozostałych dwóch referatów zrozumiałam, że organizatorom nie chodzi o listę sposobów na brak słów; że mogę, a nawet powinnam, odnieść się do rozmaitych aspektów doświadczenia niewiedzy. Ponadto poinformowano mnie, że powinnam mówić 45 minut; na tę informację zareagowałam przerażeniem i stanem kompletnej pustki w głowie — doskonały przykład niewiedzenia. Temat wszakże wydał mi się ciekawy i stopniowo z pustki zaczęły się wyłaniać refleksje, które dziś postaram się Państwu przekazać. Nie jestem tylko pewna, czy udało mi się je zadowalająco uporządkować.

Zacznę od pewnego wyznania: do dziś pamiętam, jak w piątej klasie podstawówki zrobiłam coś, czego potem bardzo się wstydziłam (najwyraźniej rzeczywiście bardzo, skoro wspomnienie do dziś jest żywe); z wielką pewnością (wiedziałam!) oskarżyłam koleżankę o kradzież. Myliłam się.

To dobry przykład pomylenia przekonania z wiedzą; zarazem przykład błędnego odczytania stanu umysłu drugiego człowieka. Nie mogę powiedzieć, bym już wówczas zaczęła trenować krytyczne podejście do własnych przekonań, a sposób ich wypowiedzania, odbierany przez słuchaczy jako kategoryczny, pozostał mi do dziś, mimo długieeeeeee treningu.

Myślę, że moje upodobanie do stanu niewiedzy i zawieszania sądu ma w pewnym sensie źródło w mojej skłonności do dogmatyzmu. Dziś postaram się — niezbyt dogmatycznie, mam nadzieję — przekazać Państwu moje refleksje na temat postawy niewiedzenia, zawieszania sądu i korzyści (a czasami szkód), jakie z niej wynikają w sytuacji terapeutycznej.

---

<sup>1)</sup> Tekst wystąpienia podczas konferencji Fundacji „Na Szlaku” 11 marca 2023 roku.

## Rozdział I. Czego nie wiem?

Oprócz „nie wiem, co powiedzieć” w terapii mam do czynienia z wieloma innymi niewiedzeniami: nie wiem, co się dzieje; nie wiem, co przeżywają, czego doświadczają inni uczestnicy spotkania; nie wiem, czy mam dostateczną wiedzę; nie rozumiem drugiego człowieka. Ale czy muszę?

W ostatnim fragmencie wiele słów wymaga wyjaśnienia — choć potocznie wydają się jasne. Po pierwsze kwestia rozumienia drugiej osoby. Jeśli przez rozumienie mamy na myśli opis jej stanu w języku którejś z teorii psychologicznych, to oczywiście jest ono możliwe. I czasami nawet użyteczne — na przykład podczas tzw. omówienia przypadku z kolegami po fachu techniczne terminy działają jak skróty dłuższych opisów. Jeśli jednak rozumienie ma oznaczać wiedzę o tym, jak druga osoba właśnie teraz i tu doświadcza siebie i swojej relacji ze światem, to im jestem starsza, tym mocniejsze jest moje przekonanie, że jest to po prostu niemożliwe. Niemożliwe z zasady. Do takiej wiedzy mogę się jedynie zbliżyć i taką „wiedzę” zawsze warto sprawdzać u jej źródła. Co mnie prowadzi do drugiego niejasnego słowa: wiedza.

## Rozdział II. Wiedza a przekonanie (mniemanie)

Sokrates wiedział, że nic nie wie. Kartezjusz wątpił, więc był (był, więc wątpił?). Żadnego z nich nie można raczej posądzić o ignorancję. Łączy ich, by tak rzec, fenomenologiczne podejście do wiedzy: jeśli przez wiedzę rozumiem wiedzę pewną, tę, której nie mogę poddać wątpieniu, to jedyną taką wiedzą jest wiedza o tym, czego aktualnie, w tej chwili doświadczam — w sferze zmysłów, uczuć i myśli. Jest to wiedza fenomenologiczna, doświadczenie moich reakcji na świat taki, jakim go postrzegam; jeśli w efekcie błędnie interpretuję świat (ale co to znaczy „błędnie?”), jeśli się myślę np. interpretując źródło bólu, to i tak samo doznanie jest nie do podważenia. To jest moja wiedza. Reszta jest przekonaniem. Tzw. wiedza, wiedza „przeczytana”, to jedynie wiedza o tym, co ktoś napisał, ktoś myślał albo myślał, że wie, kto najprawdopodobniej oparł się na swoich silnych przekonaniach opartych, z kolei, na doświadczeniu lub na innych lekturach. Takie przekonania filozofowie nazywali niekiedy mniemaniami. Jeśli przybierają postać w miarę spójnych teorii, służą jako modele rzeczywistości i dostarczają ekonomicznego języka, jakim mogą się komunikować fachowcy.

Mogę te przekonania podzielać lub nie. W moim rozumieniu nie są jednak wiedzą o świecie — co najwyżej wiedzą o tym, co myślą, co napisali inni. Niczego jednak nie mówią mi o tym, jak doświadcza świata człowiek, z którym się właśnie spotykam. Nigdy — takie jest moje przekonanie, mniemanie (właśnie) — nie mam bezpośredniego dostępu do doświadczenia drugiego człowieka.

Może nawet czasem do doświadczenia własnego. Kiedy zwierzam się z tego, czego aktualnie doświadczam, jestem najbliższa fenomenologicznej prawdy. Kiedy jednak „mówię o sobie to, co o sobie wiem” — ooo, wtedy mogę się potężnie mylić, z czego przecież my, psychoterapeuci, zdajemy sobie sprawę.

Z czego wynika, że w tym znaczeniu słowa „wiedza”, w jakim się nim posługuję na użytek niniejszego wystąpienia, o wiele, wiele więcej „nie wiem”, niż „wiem”. Nie żebym się porównywała z Sokratesem, ale nie wiem prawie nic.



Kiedy więc nie wiem, co powiedzieć, dzielę się z pacjentką swoim doświadczeniem danej chwili w nadziei, że uda się nam wykorzystać ten fakt — moje doświadczenie niewiedzenia — w terapii. Razem szukamy.

Z początków swojej praktyki terapeutycznej pamiętam, jak przekonanie, że *w i e m*, *c o n a p r a w d ę* przeżywa pacjent i co powinien zrobić, żeby zdrowieć, przeszkadzało mi towarzyszyć mu w poszukiwaniach. O wiele lepiej nam się pracowało, gdy nie wiedziałam i szukaliśmy razem. Kiedy miałam pewność, „wiedziałam”, dokąd zmierza proces i jaki będzie rezultat — co odkryje pacjent, co znajdzie w swojej duszy — nie umiałam go tam poprowadzić; nawet kiedy miałam tzw. rację. Bo ja już wiedziałam, dokąd ma dojść i nie umiałam pomóc mu szukać jego drogi; bo ja już byłam na miejscu — przynajmniej takie żywiłam przekonanie.

Owocne okazywało się wspólne poszukiwanie; ja umiałam szukać drogi, a on(a) dokonywał(a) swoich odkryć — czasami. Rzecz jasna, często całkiem odmiennych od tego, czego się spodziewałam.

Wówczas, „będąc młodą terapeutką”<sup>2)</sup> potrzebowałam poczucia, że wiem, że kontroluję, że mogę planować z góry; z tego wiedzenia czerpałam satysfakcję i terapeutyczną pewność siebie.

Pamiętam też, jak się przyczyniłam do tego, że kilka moich pacjentek na stałe przeszło na rentę. Były to osoby doświadczające poczucia „już więcej nie mogę”, diagnozowanego klinicznie jako depresja albo stany depresyjne. Otóż *w i e d z i a ł a m*, jak je przekonać, że jednak mogą (byłam dość zdolną terapeutką na rubieży i znałam techniki). W odpowiedzi na moje jakże skuteczne działania pacjentki obsuwały się głębiej w niemoc i w efekcie przechodziły na rentę. *B o n i e w i e d z i a ł a m*, co ich „nie mogę” dla nich znaczy, jak jest ważne. Zakładałam (zgodnie z ich deklaracjami), że bez wątplenia chcą móc.

Z praktyki superwizorskiej wiem, że dziś młodzi terapeuci, jak ja wtedy, też potrzebują tego poczucia, że rozpoznają wzorzec, że wiedzą, że mogą zaplanować proces terapeutyczny.

Żeby nie było nieporozumień: znajomość rozmaitych szkół terapeutycznych, teorii, modeli, narzędzi i technik, a także pewnych wzorców, które możemy rozpoznawać w zachowaniach i przeżyciach ludzi, jest przydatna i na ogół niezbędna w pracy terapeutycznej. Również w mojej praktyce. Jest niezbędna i przydatna przede wszystkim terapeutcie, bo dostarcza mu (pseudo)racjonalnego uzasadnienia podejmowanych działań. Gdy ma uzasadnienie, czuje się pewniej. A terapeuta, który się czuje pewniej, lepiej pracuje.

Znajomość ta nie zastąpi wszakże spotkania z drugim człowiekiem — a takie spotkanie zawsze jest niewiadomą, zakłada niewiedzenie.

### Rozdział III. Wiedza/niewiedza a ufność

To mnie prowadzi do kwestii zaufania — a może lepiej powiedzieć „ufności” — w terapii. Zgoda na niewiedzenie w moim rozumieniu zakłada moją przejrzystość, wymaga ode

<sup>2)</sup> „Z pamiętnika młodej lekarki” — cykl humorystycznych, kilkuminutowych skeczy radiowych, autorstwa Ewy Szumańskiej, istniejący od roku 1975 do wprowadzenia stanu wojennego w grudniu 1981, potem ponownie od czasu tuż przed upadkiem PRL w 1989 aż do 2007, wykonywany przez artystów wrocławskiego Studia 202. Każdy ze skeczy rozpoczynał się od słów „będąc młodą lekarką”.

mnie tej przejrzystości. Nie oznacza ona, że jestem niewidoczna jak szyba, lecz przeciwnie: że pozwalam sobie zobaczyć. Jestem gotowa umożliwić pacjentowi zobaczenie siebie, tu i teraz, podczas tego konkretnego spotkania. Żeby to było możliwe, muszę sobie ufać, muszę ufać swojej uczciwości emocjonalnej i temu, że odsłaniając siebie, nie zaszkodzę pacjentowi. Ufać, że zasadniczo jestem dobrym człowiekiem i mam dobre intencje. Wiem, brzmi trochę śmiesznie. Muszę zatem ufać też pacjentowi — ufać jego zasobom. Jednocześnie zgoda na niewiedzenie oznacza, że to pacjent jest najlepszym konsultantem w swoich sprawach, muszę więc ufać jego wyborom; ufać, że oboje czynimy to, co uważamy za najlepsze dla niego w danym momencie — i nawet, że oboje możemy się mylić, a jak się pomylimy, to zdołamy razem tę pomyłkę naprawić. Często się przekonywałam, jak owocne bywało naprawianie moich terapeutycznych błędów.

W pracy z pacjentem indywidualnym chętnie korzystam z metafory wspólnego chodzenia po lesie: nigdy nie byłam w lesie, do którego mnie zaprasza ten konkretny pacjent czy pacjentka, ale bywałam w wielu lasach i nauczyłam się po nich chodzić, mam doświadczenie. Towarzyszę więc pacjentce, idąc pół kroku za nią i czasem rzucam uwagę w stylu „popatrz jakie ładne, ciekawe miejsce, zatrzymajmy się na chwilę”, „zobacz, to jest ścieżka, której wcześniej nie widziałyśmy”, „uważaj, takie miejsca bywają niebezpieczne”, „mam wrażenie, że tu już byliśmy wiele razy”... a kiedy się gubimy i nie wiemy, jak dalej iść, proponuję usiąść i siedzieć tak długo, aż nam coś do głowy wpadnie...

Zastanawiałam się, jak tę metaforę wykorzystać w pracy z rodziną. Niezbyt mi pasowała: rodzina może się rozleźć po lesie, każdy w swoją stronę, przecież ich nie upilnuję... Może trzeba by znaleźć hasło, jakim będą się zwoływać z powrotem?

A zarazem to właśnie najbardziej lubię w pracy z rodzinami: im większa, tym lepsza. Bo podczas pracy z pacjentem indywidualnym i do pewnego stopnia również z parą, nie opuszcza mnie złudzenie, że mogę mieć kontrolę, że kieruję i to ja jestem odpowiedzialna, ja mogę... To złudzenie budzi pokusę. Zwłaszcza że pacjenci często pragną „wiedzącej” terapeutki. A pracując z dużą rodziną naprawdę nie mam kontroli nad jej życiem, a nawet nad tym, co się wydarzy podczas spotkania, naprawdę nie wiem... Jestem wolna od pokus. Doświadczenie mnie nauczyło, że czasami najbardziej nośne są jakieś moje uwagi, które wypowiadam niejako przypadkiem, nie na temat, na przykład w „strefie buforowej” między wejściem rodziny do pokoju a rozpoczęciem „prawdziwej pracy”... To samo doświadczenie nauczyło mnie ufać swoim pomysłom, myślom, sprawom, które przyciągają moją uwagę... ufać również wtedy, gdy nie wiem, dlaczego jakaś myśl czy pytanie uporczywie do mnie powraca i zaprzęta moją uwagę, choć wydaje się nie mieć bezpośredniego związku z tym, o czym jest mowa na powierzchni naszej konwersacji... Więc mówię od czasu do czasu rzeczy „od czapy” i sprawdzam, jaki będzie skutek.

Rodzinie mogę pomóc tylko wtedy, gdy jej członkowie są naprawdę zainteresowani przyjęciem pomocy i zmianą.

Na terapię można spojrzeć jak na rytuał przejścia — od „już nie” do „jeszcze nie”; między tymi obszarami w naszym terapeutycznym „teraz” lokuje się niewiedza. Zapraszam pacjentów do skupienia się na tym nierozpoznanym obszarze w (moim) mniemaniu (przekonaniu), że z tego skupienia wyłoni się coś nowego.

Tu dygresja: Terapie systemowe w czasach mojej młodości — strategiczna, strukturalna czy nawet szkoły mediolańskiej, z jej najbardziej zwariowanymi interwencjami — były bliskie modelowi układanki. Pacjent — indywidualny lub rodzina — był postrzegany jako popsuta układanka, a zadaniem terapeuty było odtworzenie właściwego układu, odnalezienie brakujących fragmentów i należnych im miejsc. Ewentualny rozwój przebiegał wedle ustalonych reguł, a terapeuta był przewodnikiem w rozwoju i strażnikiem reguł. Ambitnym — powiedziałabym — ekspertem. **W i e d z i a ł.**

Jako terapeutka systemowa z przechyłem egzystencjalnym wolę podejście, by tak rzec, kalejdoskopowe. Wiecie Państwo: kalejdoskop to taka tuba. Z jednej strony ma otwór, przez który się patrzy, a z drugiej strony i wzdłuż wewnętrznych ścianek — lusterka. W środku garść kolorowych szkiełek. Szkiełka układają się w chaotyczną kupkę w stanie chwiejnej równowagi, ale zwielokrotnione odbicie sprawia, że widzimy symetryczny wzór; wystarczy leciutko zmienić pozycję tuby, troszёнkę ją obrócić, a pojawi się nowy obraz, podobnie fascynujący, regularny, nieprzewidywalny... Otóż wyobrażam sobie właśnie, że interwencje terapeuty rodzinnego to takie minimalne obroty tuby kalejdoskopu: obracam, patrzymy, co się pojawiło, przyglądamy się i decydujemy, kiedy zrobić/zaryzykować kolejny obrót.

Nie ma ostatecznej odpowiedzi i rozwiązań, jest za to nieskończenie wiele możliwości, a każda z nich może być stabilna w określonych ramach, dopóki jakaś minimalna zmiana nie spowoduje, że wszystko znów się przemieści, obróci... i tak bez końca. I ciągle chce się zobaczyć, co się pokaże przy kolejnym obrocie tuby.

Myślę, że metafora kalejdoskopu jest bliższa rzeczywistości rodzinnej, zwłaszcza w czasach dzisiejszych, kiedy — tak przynajmniej nam się wydaje, ale tak też wydawało się od dawna każdemu kolejnemu pokoleniu — rzeczywistość społeczna zmienia się szybciej niż kiedykolwiek. W każdym razie żadne pokolenie nie może już liczyć na to, że jego dzieci będą żyły w świecie, który będzie kopią „naszego, znanego nam świata”. Nie możemy nawet liczyć na to, że za naszego życia nie zajdą istotne jakościowe zmiany. To jeszcze jedna rzecz, której nie wiem: jaki układ rodzinny najlepiej posłuży rodzinie w rozwoju w najbliższych latach?

Czy terapeuta ma ułożyć całą układankę, czy wystarczy, że razem z rodziną ustawi kalejdoskop pod nieco innym kątem — zupełnie nie wiedząc, a zatem nie biorąc w istocie odpowiedzialności, bo jej wziąć nie może, za to, jak się ułożą poszczególne elementy? Czy może wierzyć — posłużyć się szacownym terminem z terapeutycznego lamusa — w samorealizacyjną tendencję systemu?

Pojawia się zaskakujące zestawienie: o d p o w i e d z i a l n o ś ć vs. u f n o ś ć. Czy mogę ufać odpowiedzialnie, gdy nie wiem? Ufność pokładana nie tylko w sobie i w pacjencie, ale także w doświadczeniu, w przebiegu procesu. Dla mnie oznacza ona zaufanie, że cokolwiek się nam przydarzy w terapii, poradzimy sobie. Oczywiście, nie „cokolwiek”, to skrót myślowy; czasami sobie nie poradzimy. Ale z drugiej strony, co znaczy „radzić sobie” albo „nie radzić”? Tu już mam znów więcej pytań niż odpowiedzi.

Czy jednak postawienie pytania jest wiedzeniem czy niewiedzeniem? Czy kiedy wiem, że należy zapytać, to wiem czy nie wiem? Być może najgorszym, najszkodliwszym rodzajem niewiedzenia jest nie wiedzieć, że się nie wie.

Koniec przydługiej dygresji. Zatrzymam się chwilę przy kwestii ufności.

Inny jej rodzaj to ufność w proces pozaświadomy: pozaświadomą komunikację z pacjentami. W miarę upływu lat coraz bardziej jestem przekonana, że lwia część bardzo ważnej komunikacji między mną a pacjentami odbywa się właściwie poza świadomością obu stron, a już na pewno poza jawną komunikacją.

W jednym z artykułów w książce, którą mi polecił profesor de Barbaro<sup>3</sup>, była mowa o komunikacji prawopółkulowej, bezpośrednio od człowieka do człowieka, bez pośrednictwa języka, być może za pośrednictwem neuronów lustrzanych... Być może też słowa, które jednak wypowiadamy (bo o czymś przecież mówić trzeba, jak zauważyła Nancy McWilliams podczas jednego z warsztatów), kryją w sobie przekaz nieoczywisty, a zarazem jakże oczywisty i najbardziej podstawowy: „kocham”, „boję się”, „pomóż”, „chcę pomóc”... W pewnym sensie nie wiem, co niesie mój przekaz i nie wie tego o sobie mój pacjent. Zakładam jednak — a w każdym razie dobrze by było, żeby tak było — że z nas dwojga moje przekazy werbalne są bliżej tych niejawnych, że są bardziej spójne (w każdym razie po to między innymi spędzałam i spędzam tyle godzin na własnej terapii i superwizji).

Niewykluczone, że chodzi tu właśnie o zaufanie do procesu tej niejawnej komunikacji między nami, z której wypływają na powierzchnię mojej świadomości różne, nawet dla mnie słabo zrozumiałe, zaciekawienia bądź uwagi. To dlatego pozwalam sobie ryzykować ujawnianie myśli, które się pojawiają „nie wiadomo skąd”. Pozwalam im zaistnieć w przestrzeni terapeutycznej, jawnie i patrzę, co z tego wyniknie. Oczywiście czasami nie wynika nic ciekawego, a czasami — otwierają się niedostrzegane dotąd drzwi.

#### **Rozdział IV. Uwaga a wiedzenie/niewiedzenie**

Paradoksalnie mogłabym powiedzieć, że swojej niewiedzy ufam w równym, a może czasem większym stopniu, niż wiedzy — w każdym razie tak się dzieje, gdy priorytetem jest spotkanie z drugim człowiekiem. Mówię, na przykład, co mi przychodzi do głowy, z nadzieją, że będzie z tego pożytek, a jak nie, to nie szkodzi. Nie, nie gadam zupełnie bezrefleksyjnie, choć czasem mi się zdarza coś chlapnąć (niektórzy uważają, że zbyt często). Może kluczem jest tu słowo „uwaga”. *N i e w i e m*, ale jestem uważna na doświadczenie swoje i pacjentów. W języku trochę bardziej uczonym powiedziałabym, że najbardziej cenię podejście fenomenologiczne w połączeniu z szacunkiem dla drugiej osoby. Uwaga zamiast wiedzy. Chciałabym w tym miejscu przytoczyć dwa przykłady związane z wiedzą/niewiedzą w terapii rodziny.

#### **Rodzina I:**

Rodzice między czterdziestką a pięćdziesiątką, czworo dzieci. Pacjentką identyfikowaną jest środkowa dziewczynka. Dokuczają jej nasilone objawy obsesyjno-kompulsywne, bywa także agresywna wobec członków rodziny; ma (wątpliwą) diagnozę zaburzeń cało-

<sup>3)</sup> Joanna Skowrońska J. O wiedzeniu i niewiedzeniu dobroczynnym i szkodliwym. Perspektywa grupowo-analityczna. W: Drath W., de Barbaro B., red. Psychoterapia między wiedzeniem a niewiedzeniem. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2022, str..

ściowych. Rodzina trafia do naszego psychiatry po wielu latach mało skutecznej terapii w innych miejscach. Psychiatra postrzega rodziców jako zgodnych i współpracujących, jednak wobec nieskuteczności farmakoterapii połączonej z terapią indywidualną dziewczynki nalega, by rodzina podjęła terapię rodzinną. Mimo deklarowanej gotowości upływa sporo czasu do pierwszej sesji rodzinnej. Po mniej więcej trzech spotkaniach rodzinnych w powietrzu zawisa słowo „przemoc”, które decyduję się ugłośnić. Budzi to stanowczy sprzeciw rodziców („Nie przy dzieciach!”), ale zarazem prowadzi do decyzji odbycia kilku spotkań z samymi tylko rodzicami/małżonkami. Oto w skrócie sekwencja podczas pierwszego z tych spotkań:

Pani: Nie chcę poruszać „pewnych kwestii”, bo są zbyt bolesne.

Pan: ujawnia kwestię (używanie narkotyków).

Pani: [Kompletna rozpacz]. On dominuje, a ja będę ofiarą.

Terapeutka: Nie rozumiem, skąd się wzięła w tym momencie kwestia dominacji [może z tego, że żona nie chce poruszać tematu, a mąż go jednak poruszył? Ta niewiedza, ujawniona, okazuje się korzystna.]

Pani: relacjonuje sytuację z dość zamierzchłej przeszłości, związaną z narkotykami męża, kiedy bardzo się o niego bała i dramatycznie się na nim zawiodła (oszukiwał ją). Jest tak wzburzona i zrozpaczona, że niemal traci kontakt z terapeutkami.

Terapeutka: Wspieram kontakt „tu i teraz”.

Pan: protestuje przeciwko pozycjonowaniu go jako sprawcy przemocy.

Pani: widać ulgę, że „wyszło na jaw” (kościotrup wyszedł z szafy).

W tym przykładzie mam do czynienia z dwiema sytuacjami niewiedzy, na różnych poziomach: jednej doświadczam podczas sesji, kiedy nie rozumiem, skąd się pojawia wątek dominacji (przemocy?). Ta niewiedza, ujawniona, służy procesowi terapeutycznemu. Na innym poziomie nie wiem (i nie wiedział tego dotąd nikt z leczących dziewczynkę / rodzinę), że ojciec/mąż zażywa psychodeliki. Ujawnienie tego faktu i związanej z nim dynamiki rodzinnej rzuca ważne światło na możliwe źródła kłopotów identyfikowanej pacjentki. Źle by było, gdyby nie wyszedł na jaw.

## Rodzina II:

Rodzina czterosobowa, starsza córka cierpi na anoreksję, jest w terapii indywidualnej. Terapia rodzinna trwa trzy lata, w tym czasie identyfikowana pacjentka osiągnęła pełnoletniość. Ojciec jest cudzoziemcem, przed mniej więcej 20 laty, jako dziewiętnastolatek, uczestniczył w wojnie. Nie używa słowa „wojna”, mówi „lata dziewięćdziesiąte”.

Po trzech latach terapii wypływa temat „epizodu anorektycznego” ojca przed dziesięć laty. Trwał pół roku, był dramatyczny, z maszyną utratą wagi. Zaczął się nagle, „nie wiadomo dlaczego”, i nagle też zaczął ustępować — również nie wiadomo czemu. Mężczyzna nie korzystał z żadnej pomocy psychiatrycznej ani terapeutycznej.

Sesja jest przejmująca, mężczyzna po raz pierwszy mówi o „demonach wojennych”, które wówczas go dopadły. (Moim zdaniem przeszedł psychozę — czego nie mówię podczas sesji.) Dzieci i żona po raz pierwszy mają okazję usłyszeć, czego wówczas doświadczał.

Czy gdybym, rozpoczynając pracę z tą rodziną, zrobiła szczegółowy wywiad i zapytała „czy były w rodzinie przypadki choroby psychicznej?“, dowiedziałabym się o „epizodzie anorektycznym” męża/ojca?

Może, choć nie sądzę. Ale na pewno nie odbyłyby się ta niezwykle poruszająca i głęboka sesja, podczas której rodzina po raz pierwszy miała okazję porozmawiać na temat, który do tej pory był tematem tabu.

Podobnie w pierwszym przypadku: Możliwe, że gdybym na początku pracy z parą zrobiła wyczerpujący wywiad i explicite zapytała o substancje, uzyskałabym suchą informację. Nie miałabym jednak okazji towarzyszyć parze w próbie uporania się z tymi doświadczeniami i nie zobaczyłabym, jak sobie w tym przeskadzają.

Wróć jeszcze do tytułu konferencji: „Kiedy nie wiem, co powiedzieć”. Może nie tyle „nie wiem, c o powiedzieć”, co raczej „nie wiem, j a k powiedzieć”.

## Rozdział V. Nie wiem, jak powiedzieć

Szczególny rodzaj niewiedzenia jest związany z niewidzeniem oczywistości albo z niewiedzeniem, jak tę oczywistość skomentować. W tym przypadku niewiedza (może raczej nazwalibyśmy ją nieumiejętnością, niewiedzeniem j a k powiedzieć) jest zazwyczaj niekorzystna dla procesu terapeutycznego.

[Tu — zamiast przykładu — eksperyment]

Zapraszam Państwa do małego eksperymentu: Proszę sobie wyobrazić, że prowadzicie z koterapeut(k)ą terapię rodzinną. Wchodzi rodzina — rodzice, dwoje podrośniętych dzieci — na terapię. Zaczynasz rozmowę. W pewnym momencie zdajesz sobie sprawę, że w pokoju bardzo brzydko pachnie. Szukasz źródła przykrej woni i widzisz, że but pana jest ubrudzony ekskrementami, pewnie psimi. Co robisz? [Po chwili:] teraz parę minut na podzielenie się tym doświadczeniem z osobą po lewej stronie.

Inna podobna sytuacja, znana zapewne wielu z państwa, to kiedy nie wiemy, jak powiedzieć pacjentowi, że brzydko albo za mocno pachnie lub powinien się umyć. Albo jak mu/jej powiedzieć, że mnie uraża; albo że ma rozpięty rozporek albo że w pozycji, w której siedzi, widać jej majtki. Albo jak rozmawiać z osobą, której relacja ze światem jest tak odmienna od mojej — na przykład traktuje innych ludzi wyłącznie przedmiotowo („wszystko mi jedno, z kim jestem; po prostu nie lubię być sama”). Jak zapytać o molestowanie w rodzinie? Skomentować widoczny defekt urody albo niepełnosprawność? Jak mówić o procesach fizjologicznych? Większość z nas przeszła w dzieciństwie trening niedostrzegania zjawisk kłopotliwych, a jeśli już się dostrzeże, nieprzyznawania się do tego... Nie znamy języka, w którym w akceptowalny dla siebie sposób moglibyśmy skomentować niezręczną sytuację. Nie umiemy mówić o oczywistościach. Jak, na przykład, rozmawiać z pacjentką o tym, że jest ułomna? Jak rozpocząć rozmowę o tym, że ma garb?

Jeszcze jedna refleksja: Nie trzeba, nie warto, nie należy utożsamiać niewiedzenia z bezradnością: kiedy nie wiem, co/jak powiedzieć, mam wybór między odwołaniem się do tego, co znane — bezpieczne i nudne — a spojrzeniem w nieznanne — ekscytujące i prze-

rażające. Przykład tego, jak przekonanie o konieczności i użyteczności wiedzy prowadzi do poczucia bezradności, pochodzi od mojej koleżanki: Pracowała z dość „oporną” parą. Po wielu, jej zdaniem nieskutecznych, interwencjach sięgnęła po kolejną; w i e d z i a ł a , jaki powinien być jej skutek; ale taki nie był. Terapeutka doszła do wniosku, że interwencja w ogóle nie poskutkowała („jeśli nie działa, tak jak chcę, to nie działa w ogóle”), zaczęła myśleć, że jest bezradna i zajęła się sobą („jaką kiepską jestem terapeutką”). W efekcie nie zauważyła — innego niż się spodziewała, a zarazem istotnego — efektu własnej interwencji i tego, jak była skuteczna (i interwencja, i terapeutka).

Na koniec przykład wiedzy, która może zaburzyć proces terapeutyczny. Chodzi mi o wiedzę pochodzącą ze źródeł innych niż sesja. Najczęściej wygląda to tak, że zacieka-wiony terapeuta pyta kogoś o swojego pacjenta albo zagląda do internetu po informacje, by się „więcej dowiedzieć o pacjencie”; najczęściej też zaniedbuje poinformowania pacjenta, że te informacje posiadał. A przecież wpływają one na jego postawę wobec pacjenta (bo nie mogą nie wpływać). Pacjent to rejestruje, choć raczej pozaświadomie, i jest, mówiąc kolokwialnie, „skołowany”, nie wie jak, a nawet na co zareagować. Sytuacja jest nieco schizofreniczna. Nadmiar informacji niejawniej szkodzi.

### Coda

O naszej profesji myślę jak o rzemiośle artystycznym. Rzemieślnikowi niepotrzebna jest teoria; potrzebna jest mu wiedza oparta na doświadczeniu, czyli wiedza wyrażająca się w stwierdzeniu: „zazwyczaj, kiedy mam do czynienia z czymś w tym rodzaju, to kiedy postąpię w taki oto sposób, skutek będzie prawdopodobnie taki”. Oczywiście tego rodzaju doświadczenie można przekazać na piśmie: jeśli zaufam autorowi, mogę użyć jego narzędzi, technik, sposobów. W rzemiośle wszakże bywa też tak, że narzędzie, które w rękach jednego fachowca czyni cuda, komu innemu w ogóle nie pasuje; inne zaś, które jednemu wydaje się kompletnie nieprzydatne, ktoś inny wykorzysta po mistrzowsku.

W mojej praktyce przydaje mi się moje podejście do terapii, wiedzy, niewiedzy. Staram się je też przekazywać uczniom. Ale innym praktykom nie musi ono odpowiadać.

Adres email: [anna.tanalska.duleba@cis.pl](mailto:anna.tanalska.duleba@cis.pl)

**Krakowska Fundacja Rozwoju Psychoterapii im. Profesor Marii Orwid  
we współpracy z Krakowską Fundacją Psychoterapii  
i Rozwoju Dom Terapii w Krakowie zapraszają na**

## **KONFERENCJĘ NAUKOWĄ TAJEMNICE W PSYCHOTERAPII**

która odbędzie się w dniach 6-7 kwietnia 2024 r. w Krakowie  
w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym przy ul. św. Łazarza 16

Komitet Naukowo-Organizacyjny Konferencji:

Przewodniczący: **mgr Ryszard Izdebski**

Członkowie: **mgr Ewa Domagalska-Kurdziel,  
dr hab. n. med. Renata Modrzejewska, mgr Katarzyna Ramus,  
dr n. hum. Dorota Solecka, mgr Daria Syrecka,  
dr n. med. Krzysztof Sz wajca, mgr Katarzyna Ś lęzak,  
mgr Roma Ułasińska, mgr Małgorzata Wolska,  
mgr Sylwia Wyczółkowska**

Konferencja rozpocznie się panelem na temat wkładu **prof. Marii Orwid** w rozwój psychoterapii młodzieży i terapii rodzin – w ten sposób chcemy uczcić 15. rocznicę śmierci Pani Profesor.

W dalszej kolejności odbędą się wykłady wygłoszone przez:  
**mgr Mikołaja Grynberga, mgr Hannę Pinkowską-Zielińską,  
dr n. hum. Szymona Chrzastowskiego, dr n. med. Mariusza Ś losarczyka.**

Następnie odbędzie się warsztat dla wszystkich Uczestników,  
podczas którego analizę przypadku rodziny z tajemnicą dokonają:  
**prof. dr hab. Katarzyna Prot-Klinger, prof. dr hab. Czesław Cza bała  
oraz prof. dr hab. Bogdan de Barbaro.**

W drugim dniu konferencji odbędą się warsztaty w podgrupach  
oraz dyskusja panelowa na temat przemocy i tajemnic wokół niej.  
Osoby prowadzące warsztaty, to: **mgr Maria Augustyn, mgr Konrad  
Markiewicz i mgr Milena Kansy, mgr Kinga Swół, mgr Katarzyna  
Ś lęzak i mgr Michał Czerski; mgr Małgorzata Wolska,  
dr n. hum. Anna Wójcik-Zdyb.**

Patronat medialny: Kwartalnik „Psychoterapia”  
Szczegółowe informacje na stronie <https://kfrp.pl/konferencja/>



Bartłomiej Taurogiński<sup>1,2</sup>

## PIERWSZY POZIOM KONCEPTUALIZACJI W DIALEKTYCZNEJ TERAPII BEHAWIORALNEJ

### THE FIRST LEVEL OF CONCEPTUALIZATION IN DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY

<sup>1</sup>Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej,  
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Katedra Psychiatrii UJ CM

<sup>2</sup>Ambulatorium Terapii Rodzin, Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży,  
Szpital Uniwersytecki w Krakowie

**cognitive-behavioral therapy  
case conceptualization  
dialectical-behavior therapy**

#### Streszczenie

*Umiejętność konceptualizacji problemu pacjenta jest kluczową kompetencją skutecznych psychoterapeutów. Sposoby rozumienia pacjenta i jego problemów różnią się pomiędzy podejściami w psychoterapii i zależą od ram teoretycznych, w obrębie których porusza się terapeuta. Nawet w ramach tak spójnego nurtu terapeutycznego, jakim jest terapia poznawczo-behawioralna (ang. cognitive behavioral therapy — CBT) dostrzegalne są różnice w sposobie budowania rozumienia pacjenta, szczególnie przez terapeutów tzw. III fali. W niniejszym artykule autor przybliża filozofię pracy w dialektycznej terapii behawioralnej stanowiącej właśnie jeden z nurtów terapii poznawczo-behawioralnych. Dokonuje także opisu konceptualizacji na tzw. pierwszym poziomie — tj. rozumienia zgłaszanego problemu pacjenta w kontekście „tu i teraz”. Autor stara się także zarysować podobieństwa i różnice pomiędzy klasycznym modelem poznawczym stosowanym w konceptualizacji CBT (tzw. kajzerką) a modelami stosowanymi w terapii DBT, czyli modelem emocji oraz łańcuchem behawioralnym. Autor wskazuje na obszary, w których konceptualizacja DBT wydaje się wykraczać poza klasyczne ramy konceptualizacji CBT (np. rola impulsów towarzyszących reakcjom emocjonalnym) i w których konceptualizacje te są zbieżne (np. rola zjawisk poznawczych).*

#### Summary

The ability to build a conceptualization of a patient's problem is a key competency of effective psychotherapists. Ways of understanding the patient and his or her problems vary between approaches in psychotherapy and depend on the theoretical framework within which the therapist operates. Even within such a coherent therapeutic approach as cognitive behavioral therapy (CBT), differences are discernible in the way in which the understanding of the patient is constructed, especially by therapists of the so-called third wave. In this article, the author introduces the philosophy of working in dialectical-behavior therapy, which is one of the approaches in the cognitive-behavioral therapies. He also makes a description of how conceptualization is carried out at the so-called first level – i.e.,

understanding the patient's reported problem in the context of the „here and now.” The author also tries to outline the similarities and differences between the classical cognitive model used in CBT conceptualization and the models used in DBT therapy, namely the emotion model and the behavioral chain. Among the many similarities, the author points out areas where DBT conceptualization seems to go beyond the classical CBT conceptualization framework (e.g., the role of impulses accompanying emotional reactions).

## Wstęp

Terapia poznawczo-behawioralna (ang. *Cognitive Behavioral Therapy* — CBT) jest modalnością terapeutyczną o ugruntowanej pozycji i znaczeniu pośród wielu podejść psychoterapeutycznych stosowanych w leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi. Fundamenty teoretyczne CBT wywodzą się z kilku różnych źródeł, które przez lata wpływały na siebie, skutkując obecną integracją licznych teorii z zakresu nauk humanistycznych i przyrodniczych. Przewodnią myślą osób rozwijających to podejście terapeutyczne było pozostawanie w jak największej bliskości wobec danych empirycznych płynących z badań naukowych (co skutkowało rozwojem i ciągłym poszerzaniem konstruktów teoretycznych użytecznych w pracy terapeutycznej) oraz bieżące ewaluowanie skuteczności podejmowanych interwencji terapeutycznych. Mariaż CBT z empiryzmem i filozofią nauki nieuchronnie prowadził (i wciąż prowadzi) do rozwoju tego podejścia i jego postępującej integracji [1].

Forma pracy psychoterapeutycznej, znana dzisiaj pod nazwą CBT, ulegała przez lata wielu zmianom i transformacjom. Dzisiejsza CBT zasługuje bardziej na miano „rodziny terapii poznawczo-behawioralnych”, niż pojedynczej modalności terapeutycznej. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w poszerzającym się wachlarzu podejść tzw. trzeciej fali terapii behawioralnych, do którego zaliczają się między innymi terapia akceptacji i zaangażowania (ang. *Acceptance and Commitment Therapy* — ACT), terapia poznawcza oparta na uważności (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* — MBCT) i dialektyczna terapia behawioralna (ang. *Dialectical Behavior Therapy* — DBT). Wszystkie one, pozostając w łączności z klasycznymi założeniami CBT, w specyficzny dla siebie sposób (w dużym uproszczeniu) koncentrują się na konceptualizacji i leczeniu konkretnych grup pacjentów (np. DBT — pacjenci z osobowością borderline), kładą większy nacisk na konkretny proces terapeutyczny (np. ACT — rozwijanie elastyczności psychologicznej) lub włączają konkretne metody pracy terapeutycznej (np. MBCT — techniki uważności).

W Polsce w ostatnich latach zyskuje na znaczeniu i popularności dialektyczna terapia behawioralna. Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie pierwszego poziomu konceptualizacji w ramach tej modalności oraz przybliżenie czytelnikowi niektórych jej założeń. Autor ma nadzieję pokazać podobieństwa (liczne) i różnice (czasem tylko pozorne) pomiędzy tymi dwoma podejściami w psychoterapii poprzez umieszczenie ich w kontekście teorii leżących u podłoża klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej.

## Poziomy konceptualizacji w terapii CBT

Podstawowym zadaniem terapeuty dowolnej modalności jest zrozumienie problemów pacjenta. W miarę pojawiania się nowych informacji na jego temat w umyśle terapeuty

pojawiają się hipotezy, które mają wstępnie wyjaśniać i tłumaczyć zgłaszane przez pacjenta trudności. Zbiór pojawiających się hipotez pozostaje w ścisłym związku z założeniami teoretycznymi wyznaczanymi przez terapeutę oraz z modelem psychopatologii, przez pryzmat którego terapeuta stara się zrozumieć, co mówi do niego pacjent. Tworzenie takiej hipotetycznej „mapy” określa się konceptualizacją albo opracowaniem przypadku. W praktyce terapii CBT zwykło się wyróżniać tzw. poziomy konceptualizacji (ang. *levels of conceptualization*). W Polsce upowszechnił się podział zakładający dwa poziomy konceptualizacji: pierwszy — skoncentrowany na opisie tego „co się wydarza” i „jak to się dzieje” oraz drugi — koncentrujący się wokół rozumienia genezy problemów pacjenta, uwzględniający całą gamę innych czynników, takich jak np. uwarunkowania biologiczne pacjenta i jego historia życia [2]. Można powiedzieć, że na pierwszym poziomie konceptualizacji terapeuta z pacjentem zawężają swoją uwagę do jednej, konkretnej chwili lub zdarzenia i próbują, używając języka terapii poznawczo-behawioralnej, stworzyć możliwie najpełniejszy opis tego, co się stało. Dopiero w ramach konceptualizacji na drugim poziomie pacjent z terapeutą tworzą hipotezy na temat tego, dlaczego sposób myślenia lub reagowania pacjenta w danej sytuacji był taki, a nie inny.

Nieco inny podział proponują Kuyken, Padesky i Dudley [3], którzy wyróżnili trzy poziomy konceptualizacji. W ramach pierwszego (o p i s o w e g o , ang. *descriptive*) dokonuje się opisu doświadczeń pacjenta zgodnie z językiem terapii poznawczo-behawioralnej, w ramach drugiego (p r z e k r o j o w e g o , ang. *cross-sectional*) wyłania się typowe mechanizmy poznawcze i behawioralne będące niejako wspólnym mianownikiem opisów z pierwszego poziomu, a także poszukuje się czynników wyzwalających oraz podtrzymujących problemy pacjenta, a w ramach trzeciego (p o d ł u ż n e g o , ang. *longitudinal*) podejmuje się próbę zrozumienia problemów pacjenta z uwzględnieniem historii jego życia oraz rozwoju zaburzeń.

W niniejszym opracowaniu autor skupia się na sposobach prowadzenia konceptualizacji pierwszego poziomu, która niezależnie od podziału (na dwa lub trzy poziomy) przebiega na tych samych zasadach i obejmuje ten sam zakres.

### Konceptualizacja pierwszego poziomu w klasycznej CBT

Matrycą do prowadzenia pracy terapeutycznej w klasycznym ujęciu CBT jest tzw. model poznawczy, opisujący współzależności pomiędzy procesem myślenia, reakcjami fizjologicznymi ciała, przeżyciami emocjonalnymi a ludzkim zachowaniem.

Pierwsze konceptualizacje wywodzące się od Ellisa i jego terapii nazwanej ostatecznie racjonalno-emotywną terapią behawioralną [4, 5] przedstawiały model poznawczy w formie tzw. poznawczego ABC, w którym konkretne wydarzenie (A = *activating event*), podlega swoistej interpretacji umysłowej zgodnie z wyznaczanymi przez daną jednostkę przekonaniami (B = *beliefs*), prowadząc do spójnego z interpretacją (czy też zrozumiałego w jej kontekście) zachowania, przeżywania emocjonalnego i fizjologicznego (C = *consequences*). Mimo podkreślania przez Ellisa wielokierunkowych zależności pomiędzy składnikami modelu oraz jego dalszego rozwoju i niuansowania, model w dalszym ciągu przedstawiany jest w swojej redukcjonistycznej, uproszczonej formie i w takiej przedostaje się

do świadomości psychoterapeutów. Model w tej postaci podkreśla węzłową i najbardziej znaczącą rolę procesów poznawczych w zrozumieniu ludzkich emocji i zachowań, a także ugruntowuje jednocześnie założenie, że procesy poznawcze (B) poprzedzają i niejako determinują emocje i zachowania człowieka (C).

Nieco bardziej złożonym sposobem przedstawienia modelu poznawczego jest rozpropagowany przez Christine Padesky [6] model pięciu czynników, zwany także kajzerką (ang. *hot-cross bun*), składający się z pięciu części składowych — myśli, emocji, zachowania, doznań fizjologicznych i otoczenia — pozostających ze sobą w dwukierunkowych (wzajemnie zwrotnych) zależnościach. Przyglądając się temu modelowi można odnieść wrażenie, że wskazuje on na cyrkularność i złożoną współzależność pomiędzy jego pięcioma składowymi. Procesy poznawcze (pozornie) nie stanowią już jego „centralnej” części, trudno też uznać je za „poprzedzające” czy też „determinujące” pozostałe elementy modelu. Poszczególne jego części składowe przedstawiane są jako równoważne i wzajemnie na siebie wpływające. Autorzy w komentarzu do przedstawianego modelu napisali: „tak samo jak zmiana w którymkolwiek z tych obszarów może spowodować, że poczujesz się gorzej, tak też zmiana w którymkolwiek z tych obszarów może pomóc Ci zacząć czuć się lepiej” (tłum. własne) [6]. Mimo przedstawionych deklaracji szczegółowy opis modelu zawarty w wydanym w roku 1995 podręczniku *Umysł ponad nastrojem* autorstwa Greenbergera i Padesky [7] wskazuje jednak na wyznawany przez autorów prymat poznania nad innymi składnikami modelu, a proponowane przez nich metody pracy terapeutycznej opierają się głównie na pracy poznawczej. Zatem spośród wymienionych przez autorów pięciu czynników, punktem wyjścia (i obiektem zmiany) staje się dla nich czynnik poznawczy.

W pracy ukierunkowanej na zmianę tego czynnika jedną z podstawowych umiejętności, jakie musi zdobyć pacjent, jest umiejętność rozpoznawania swoich myśli automatycznych (tj. mimowolnych, pojawiających się na granicy świadomości interpretacji rzeczywistości). Pozwala to pacjentom na obserwowanie ich wpływu (czy też sposobu interpretowania zdarzeń) na ich emocje i zachowanie. Jeśli pacjent będzie w stanie dostrzec, że sposób jego poznawczego opracowywania rzeczywistości jest zniekształcony (czy też nieadekwatny), to wówczas z pomocą terapeuty będzie mógł dokonać rewizji swojego sposobu myślenia (np. poprzez ocenę prawdziwości automatycznej oceny lub unaocznienie sobie jej zniekształcenia). Dokonywana w ten sposób restrukturyzacja poznawcza przekłada się na zmianę w zakresie pozostałych części składowych modelu.

### **Czym jest dialektyczna terapia behawioralna?**

Początki dialektycznej terapii behawioralnej sięgają lat 80. i związane są z pracą dr Marshy Linehan i jej zespołu badawczo-klinicznego prowadzącego leczenie pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia osobowości borderline (ang. *Borderline Personality Disorder* — BPD). Terapeuci z tego zespołu stosowali początkowo standardowe metody terapii poznawczo-behawioralnej, by po czasie zorientować się, że nie działają one tak dobrze w tej grupie pacjentów, jak oczekiwano. W miarę nabywania doświadczenia i analizowania skuteczności interwencji zespół uzupełniał je o dodatkowe techniki i tworzył nieco odmienną filozofię pracy, by jak najoptymalniej odpowiedzieć na złożone problemy pa-

cjentów z BPD. Efektem prac dr Marshy Linehan i jej zespołu był wydany w 1993 roku podręcznik opisujący metodę pracy [8] wraz z towarzyszącym mu podręcznikiem tzw. treningu umiejętności [9], który doczekał się aktualizacji i nowego, drugiego wydania w roku 2014 [10]. Przetłumaczony na język polski podręcznik został wydany w 2007 roku, a prawie 10 lat później, czyli w 2016 roku na polskim rynku wydawniczym pojawił się podręcznik treningu umiejętności.

Dialektyczna terapia behawioralna cechuje się dużym poziomem pragmatyzmu. Jej twórcy postawili sobie za cel stworzenie skutecznego systemu pomocowego dla pacjentów, wobec których inne sposoby pracy terapeutycznej zawodziły. Pragmatyzm ten doprowadził do tego, że DBT opiera się na licznych konstruktach teoretycznych, które łącznie tworzą „dziwną hybrydę” [11]. Jej elementy składowe to zestaw tych sposobów rozumienia i działania, które są skuteczne w leczeniu pacjentów z BPD.

DBT powstała na fundamencie klasycznej CBT. Tak jak ona jest mocno osadzona w duchu empiryzmu opartego na współpracy, korzysta z narzędzi samoobserwacji, a uwaga terapeuty DBT w trakcie sesji w największym stopniu kładziona jest na „tu i teraz”. W procesie konceptualizowania oraz planowania interwencji terapeuty DBT korzysta z teorii dotyczących poznania, uczenia się i koncepcji behawioralnych. DBT jednak, znacznie bardziej niż CBT, opiera się na koncepcjach behawioralnych niż poznawczych. Terapeuta DBT w sposobie rozumienia funkcjonowania człowieka więcej nacisku kładzie na rolę warunkowania klasycznego oraz instrumentalnego, pacjenci uczestniczący w terapii uczą się zasad skutecznej zmiany zachowania, a ich zachowania problemowe rozpatrywane są w kontekście wzmocnień.

Jednym z podstawowych założeń terapii jest przyjęcie przez terapeutę „dialektycznego ujęcia natury rzeczywistości i zachowania człowieka” [8] i nauczenie go pacjenta. Koncepcja „myślenia dialektycznego” jest dość zniuansowana i jej wyjaśnienie wykracza poza ramy niniejszego opracowania. Ujmując rzecz w skrócie: myślenie dialektyczne jest trzecią opcją obok myślenia uniwersalistycznego („istnieje prawda absolutna i ostateczny porządek”) i relatywistycznego („prawda jest tylko w oku patrzącego”) i zakłada, że prawda i porządek ewoluują i rozwijają się w czasie. Myślenie to wymaga „zdolności do przekraczania skrajności i, zamiast tego, do postrzegania rzeczywistości jako złożonej i wieloaspektowej, do wyznawania sprzecznych poglądów i punktów widzenia oraz do ich jednoczenia i integrowania, do znajdowania upodobania w zmienności i niekonsekwencji oraz do rozpoznawania, że każdy wszechogarniający punkt widzenia zawiera swoje przeciwieństwo. Gdy ktoś utknie podczas zastanawiania się nad problemem, podejście dialektyczne będzie polegało na rozważeniu tego, co zostało zagubione lub jak sztucznie zawężono granice czy uproszczono problem” [8].

Dialektyczne ujęcie procesu terapeutycznego nakazuje również równoczesne stosowanie dwóch, pozornie sprzecznych strategii terapeutycznych, takich jak akceptacja (wyrażająca się zrozumieniem i uprawomocnieniem doświadczenia pacjenta) i zmiana (wyrażająca się uczeniem pacjenta stosownych umiejętności i rozwiązywaniem życiowych problemów). Światopogląd dialektyczny podkreśla znaczenie wzajemnego powiązania (ang. *interconnectedness*) i całościowości (ang. *wholeness*) rzeczywistości. Jest to punkt stykowy z filozofią buddyzmu zen, która jest kolejnym filarem, na którym opiera się omawiane podejście terapeutyczne. Stąd w programie terapeutycznym kładzie się duży

nacisk na rozwijanie umiejętności uważności (ang. *mindfulness*) oraz akceptacji rzeczywistości (np. nieuchronności śmierci lub niezmienności przeszłości, w tym przeszłości traumatycznej). Kompetencje te stają się podstawowym zasobem pacjenta, pomocnym w przyjęciu nieoceniającej postawy wobec rzeczywistości, która jest kluczowa w procesie regulowania pobudzeń emocjonalnych.

DBT inkorporuje także koncepcje z kręgu psychologii emocji. Emocje (obok wzmocnień) są postrzegane jako istotne czynniki sterujące ludzkim zachowaniem. Wydaje się to szczególnie istotne z tego względu, że pacjenci cierpiący na BPD doświadczają licznych równoczesnych pobudzeń emocjonalnych, których sami często nie są w stanie adekwatnie rozpoznać. Terapeuci wskazują na istotność rozróżnienia pomiędzy emocjami pierwotnymi, będącymi zrozumiałymi w danym kontekście reakcjami emocjonalnymi (np. smutek w odpowiedzi na utratę lub złość w odpowiedzi na niespełnienie potrzeby), a emocjami wtórnymi, będącymi emocjonalną odpowiedzią na pierwotne reakcje emocjonalne (np. lęk przed lękiem lub wstyd z powodu złości).

## Konceptualizacja pierwszego poziomu w terapii DBT

### Behawioryzm

Konceptualizacja pierwszego poziomu w terapii DBT prowadzona jest z użyciem języka behawioralnego, który opisuje rzeczywiste zachowanie pacjenta w taki sposób, jakby opisywał je będący świadkiem danej sytuacji zewnętrzny obserwator. Takie prowadzenie konceptualizacji utrudnia formułowanie sądów wartościujących na temat zachowania oraz powstrzymuje przed dokonywaniem założeń czy też interpretacji na temat motywu lub funkcji zachowań prezentowanych przez pacjenta. DBT w przeciwieństwie do radykalnego behawioryzmu integruje podejście behawioralne z różnymi dziedzinami psychologii (poznawczą, rozwojową, biologiczną, osobowości) i koncepcyjnie zbliża się do behawioryzmu psychologicznego opisanego przez Arthura Staatsa [12]. Sprawia to, że behawioralny język stosowany w DBT obejmuje także opis innych niż zachowanie czynników, takich jak myśli, uczucia i doznania fizjologiczne. Zbliża się on zatem do fenomenologicznego, nieoceniającego opisu zjawisk będących relacjonowanym doświadczeniem pacjenta.

W celu dokonania behawioralnego opisu terapeuci DBT przeprowadzają z pacjentami tzw. łańcuchową analizę behawioralną (ang. *behavioral chain analysis* — BCA) polegającą na wyłonieniu wszystkich możliwych części składowych danego zachowania ułożonych w sekwencję czasową (jak ogniwa łańcucha). W rękach terapeuty DBT jest to podstawowe narzędzie służące do oceny ludzkiego zachowania. Podstawowym celem każdej analizy pojedynczego łańcucha jest uzyskanie wyjątkowo klarownego opisu sekwencji zdarzeń, prowadzących do jednorazowego wystąpienia zachowania problemowego oraz opisu konsekwencji, jakie po nim nastąpiły. Osiągnięcie tego celu zwykle wymaga włożenia sporego wysiłku w ukierunkowaniu pacjenta na taki sposób przedstawiania wydarzeń. Na ogół pacjenci chcą „opowiadać historie” o czymś, co się wydarzyło (niekoniecznie w sposób linearny) i skupiają się na elementach, które uważają za ważne, niezależnie od ich rzeczywistego przyczynku do wystąpienia zachowania problemowego. Analiza łańcuchowa

zapewnia strukturę dla prowadzenia bieżącej oceny pozwalającej terapii i pacjentowi na uzyskanie istotnych informacji, aby zrozumieć przyczyny i czynniki podtrzymujące występowanie zachowania problemowego.

Należy podkreślić, że analizę łańcuchową zachowania prowadzoną w ramach DBT wyróżniają takie same elementy składowe jak model pięciu czynników Christine Padesky, tj. zachowania (działania), reakcje fizjologiczne (doznania cielesne), myśli (elementy poznawcze), uczucia (emocje) oraz wydarzenia zewnętrzne (otoczenie), ale także wyróżniają ją elementy dodatkowe (np. impulsy do działania czy zachowania odzwierciedlające dylematy dialektyczne). Każdy z tych czynników może stanowić zawartość konkretnego ogniwa łańcucha i w analizie behawioralnej będzie uznawany za szeroko pojmowany behavior.

W analizie łańcuchowej wyróżnia się pięć rodzajów ogniw. W pierwszym i najważniejszym etapie analizy łańcuchowej wyłania się ogniwo zwane z a c h o w a n i e m p r o b l e m o w y m (z uwagi na to, że pacjenci nie zawsze uważają analizowane zachowania za problemowe, niektórzy terapeuci postulują, by zamiast tego sformułowania używać zwrotu *target behavior*, które na język polski może zostać przełożone jako zachowanie analizowane lub zachowanie modyfikowane) i uzyskuje się jego jasną definicję [13]. W kolejnym etapie zaleca się poszukiwanie ogniwa będącego z d a r z e n i e m p o b u d z a j ą c y m (ang. *prompting event*). Jest to takie zdarzenie, które wydaje się przyczyną (lub „iskrą”) dla analizowanego zachowania (tj. gdyby zabrakło ogniwa ze zdarzeniem pobudzającym, w łańcuchu nie wystąpiłoby ogniwo z zachowaniem problemowym). W trzeciej kolejności analizie poddaje się ogniwa będące t z w. c z y n n i k a m i p o d a t n o ś c i, czyli zmiennymi, które mogły uczynić pacjenta bardziej podatnym na wystąpienie skutków zdarzenia pobudzającego w tym konkretnym przypadku (takimi czynnikami podatności mogą być brak snu, głód, objawy nieleczonej choroby fizycznej, ból, niezazywanie leków). Za czynniki podatności uznaje się także wydarzenia życiowe, które doprowadzają do przecięcia lub nadwyrężenia pacjenta (np. utrata pracy w ostatnim czasie lub rozstanie z bliską osobą). Pomocne w ustaleniu czynników podatności może być zadanie pytania: „Dlaczego omawiane zachowanie wystąpiło akurat danego dnia, skoro taki sam czynnik pobudzający występuje w życiu pacjenta na co dzień?”.

Czwartym rodzajem ogniw są tzw. p o w i ą z a n i a (ang. *links*) lub po prostu o g n i - w a, czyli te części składowe łańcucha, które występują pomiędzy zdarzeniem pobudzającym a analizowanym zachowaniem. Jest to miejsce na poszukiwanie wszelkich myśli, impulsów, emocji, ukrytych zachowań (ang. *covert behavior*) i innych zjawisk będących doświadczeniem pacjenta. W tym miejscu dochodzi także do istotnej pracy wglądowej, w ramach której pacjent ma szansę zobaczyć, że jego zachowanie pojawia się w określonym kontekście i pod wpływem określonych zjawisk. Ostatnim, piątym rodzajem ogniw są o g n i w a b ę d ą c e k o n s e k w e n c j a m i d a n e g o z a c h o w a n i a. Analiza w tym miejscu poświęcona jest zidentyfikowaniu czynników, które mogą działać jako czynniki wzmacniające dane zachowanie, co w konsekwencji zwiększa prawdopodobieństwo jego ponownego wystąpienia w przyszłości. Terapeuci DBT zwracają szczególną uwagę na te konsekwencje, które występują bezpośrednio po zachowaniu problemowym (np. uczucie siły i kontroli pojawiające się po zachowaniu agresywnym jest większym wzmocnieniem niż występująca później kara w formie poczucia winy).

Łącznie te pięć rodzajów ogniw składa się na pełną analizę behawioralną pojedynczego zachowania problemowego pacjenta. Stworzony z pacjentem łańcuch może zawierać pięć ogniw, a w złożonych przypadkach nawet ponad sto. Analiza może zająć od kilku minut aż do kilku godzin. Taki sposób przyglądania się zachowaniom pacjenta prowadzi co najmniej do kilku celów, z czego najważniejszym jest jak najefektywniejsze znalezienie rozwiązań, które zmniejszą prawdopodobieństwo wystąpienia danego zachowania w przyszłości. Jednocześnie analiza behawioralna traktowana jest w DBT jako narzędzie wglądu oraz sposób na poprawę kompetencji w zakresie rozpoznawania i nazywania emocji. Pozwala także na wyłonienie tych ogniw łańcucha, które wzmacniają i podtrzymują występowanie danego zachowania.

### Model emocji

Terapeuci DBT, w ramach prowadzenia konceptualizacji pierwszego poziomu, korzystają — oprócz analizy behawioralnej — także z modelu emocji. Co ciekawe, model ten rzadziej wykorzystywany jest w sesjach indywidualnych, a pacjenci uczą się go podczas treningu umiejętności (tj. grupowych spotkań psychoedukacyjno-treningowych, podczas których pacjentów uczy się umiejętności DBT potrzebnych do zaangażowania się w leczenie i wprowadzanie zmian w życiu). Znajomość modelu emocji i kompetentne poruszanie się w jego obrębie uznawane jest za jedną z umiejętności terapeutycznych nabywanych w module „regulacja emocji”. Model emocji w wielu swoich aspektach przypomina opisany wcześniej model pięciu czynników (czyli tzw. kajzerkę), jest jednak nieco bardziej skomplikowany. Więcej uwagi w modelu poświęcono emocjom, które zajmują w nim miejsce centralne.

Konceptualizacja pierwszego poziomu prowadzona w ramach DBT w sposób szczególny podkreśla rolę pobudzenia emocjonalnego jako zmiennej odgrywającej główną rolę w zrozumieniu fenomenologii doświadczenia pacjenta. W odróżnieniu od klasycznej CBT model, na którym opierają się terapeuci DBT, nieco ostrożniej podchodzi do postulowanej w klasycznej CBT antecedenencji procesów poznawczych wobec pozostałych składników modelu. Zgodnie z modelem emocji, element poznania (interpretacje, myśli automatyczne) nie musi być zawsze uchwytne jako zmienna pośrednicząca pomiędzy czynnikiem wyzwalającym a emocją (jak to się dzieje np. w reakcji typu „walcz–uciekaj” lub w przypadku tzw. wyuczonych emocji).

Procesy poznawcze w modelu emocji DBT ujmowane są w dwojaki sposób: (1) jako czynnik wyzwalający daną reakcję emocjonalną (np. interpretacja sytuacji prowadząca do doznania smutku; podobnie jak w liniowym modelu ABC przedstawianym wcześniej), ale także jako (2) poznawcza składowa reakcji emocjonalnej (czyli oceny i osądy na temat rzeczywistości, które są spójne z aktualnym stanem emocjonalnym i generowane są przez pacjenta w sytuacji pobudzenia emocjonalnego). Terapeuci DBT dostrzegają tutaj niezwykle problematyczną pętlę sprzężenia zwrotnego dodatniego mogącą doprowadzić do istotnej dysregulacji emocjonalnej lub kryzysu psychicznego (tj. początkowa interpretacja rzeczywistości uruchamia reakcję emocjonalną, która zwrótnie zniekształca procesy poznawcze, nasilając z kolei zwrótnie reakcję emocjonalną itd.).



DBT przedstawia reakcje emocjonalne jako „zintegrowane reakcje całego systemu” angażujące liczne podsystemy [8]. To, co Padesky w modelu pięciu czynników konceptualizuje rozdzielnie (myśli, emocje, fizjologia, zachowanie), Marsha Linehan widzi jako części składowe reakcji emocjonalnej organizmu: (1) zmiany biologiczne/fizjologiczne w ciele, takie jak zmiany neurochemiczne w obrębie układu nerwowego, zmiany przepływu krwi lub zmiany napięcia mięśniowego, (2) swoiste doznania angażujące system poznawczy, takie jak np. uczucie „motyli w brzuchu” lub „czerwienienia się”, ale też fenomenologiczne „doświadczenia emocjonalne”, (3) towarzyszące tym doznaniom impulsy do działania, które są specyficzne i charakterystyczne dla konkretnej emocji (np. impuls do ucieczki w przypadku strachu oraz impuls do ukrycia się w przypadku wstydu), (4) pozawerbalne formy ekspresji emocjonalnej, takie jak wyraz twarzy, mowa ciała, tembr głosu oraz (5) zachowanie powodowane reakcją emocjonalną.

Opisane spojrzenie na reakcje emocjonalne umożliwia wdrożenie różnorodnych strategii regulujących emocje, takich jak np. wpływanie za pomocą temperatury, oddychania lub wysiłku fizycznego na fizjologiczną komponentę emocji w celu zmniejszenia jej nasilenia, odwracanie uwagi od doznań emocjonalnych w celu niepogarszania swojej sytuacji, umyślna zmiana postawy i mowy ciała w celu wywołania zmiany odczuwanej emocji, uważne rozdzielanie impulsu do działania od samego działania dla podkreślenia, że nie są one tożsame oraz celowe działanie w sposób przeciwny do odczuwanego impulsu. Stosowane są oczywiście również techniki poznawcze wsparte technikami uważności w celu sprawdzenia faktów i zmiany emocjonalnego sposobu myślenia na bardziej zrównoważony.

Niezwykle istotną koncepcją w terapii DBT jest koncepcja rozróżniająca emocje pierwotne od emocji wtórnych, w której emocje pierwotne określane są jako „początkowe reakcje na wydarzenie [...] silne, szybko pojawiające się emocje niewymagające przemyślenia tego, co następuje” [14, str. 145], a emocje wtórne jako „emocjonalne reakcje na pierwotne emocje. Wtórne uczucia można też nazwać uczuciami powstałymi w odpowiedzi na uczucia” [14, str. 145]. W obliczu tego wspólnym zadaniem terapeuty i pacjenta jest kierowanie uwagi terapeutycznej na prawomocną emocję pierwotną i wspieranie ekspresji pierwotnych emocji w miejsce ekspresji wtórnych emocji.

### **Różnice pomiędzy CBT a DBT**

Praca terapeutów CBT koncentruje się wokół wydobywania myśli automatycznych pacjentów, ich wspólnej ewaluacji oraz wdrażania zmian w sposobie myślenia, co przekłada się na zmianę funkcjonowania emocjonalnego i behawioralnego. Jedną z podstawowych umiejętności (obok rozpoznawania myśli automatycznych) jest dostrzeganie ich zniekształcenia — to jest sposobu, w jaki myślenie odbiega od faktów.

Terapeuci DBT zwracają natomiast uwagę na to, by nie postrzegać myślenia pacjentów jako „błędnego”, „zniekształconego” lub „nieadaptacyjnego” [15], ale by podejmować ciągły wysiłek w poszukiwaniu ziarna prawdy w ich sposobie myślenia [8]. Poświęcają wiele uwagi temu, by uprawomocnić doświadczenia pacjenta, to jest zakomunikować mu, że jego sposób myślenia, odczuwania i zachowania jest zrozumiały, jeśli umieści się go w odpowiednim kontekście lub jeśli poświęci mu się dostatecznie dużo uwagi i od-

kryje niewidziane dotąd aspekty całości. Uprawomocnienie mocno kontrastuje wówczas z dokonywanym przez pacjentów samounieważnieniem oraz doświadczanym przez nich unieważnieniem przez najbliższe otoczenie uznające reakcje pacjenta za nieodpowiednie lub niezrozumiałe [16]. Nie oznacza to oczywiście, że terapeuci DBT zrezygnowali z interwencji polegających na restrukturyzacji poznawczej typowej dla CBT, niemniej ma ona miejsce dopiero wtedy, gdy doświadczenie pacjenta zostanie w pierwszej kolejności przedstawione jako zrozumiałe i sensowne.

W modelu emocji nauczanym w DBT zwraca się uwagę na rolę impulsów towarzyszących doznaniom emocjonalnym, podczas gdy klasyczna CBT wydaje się pomijać analizę tego zjawiska. Zgodnie z założeniem modelu emocji każdemu doznaniu emocjonalnemu towarzyszą typowe dla tego doznania impulsy, które w świetle funkcji danej emocji oraz uzasadnień ewolucyjnych mają głęboki sens (np. impuls do ataku w przypadku złości lub impuls do ukrycia się w przypadku wstydu). Ważnym podkreśleniem dokonywanym przez terapeutów jest rozróżnianie pomiędzy impulsem do zachowania a samym zachowaniem, co pozwala na skuteczne uprawomocnianie doświadczenia pacjenta i wdrażanie umiejętności, np. niereagowania pod wpływem impulsu lub reagowania przeciwnego do impulsu.

W terapii DBT refleksji poddawana jest także społeczna funkcja emocji. Emocje, zgodnie z teoriami, którymi posiłkuje się ta modalność terapeutyczna, postrzegane są jako formy ekspresji, zawierające w sobie informację odczytywaną przez otoczenie. Ważna zatem staje się analiza tej ekspresji oraz reakcji otoczenia na nią — czy ekspresja jest adekwatna czy nieadekwatna oraz czy spotyka się z uprawomocnieniem czy unieważnieniem.

Na koniec warto także dodać, że DBT określana jest mianem terapii opartej na zasadach (ang. *principle driven*), podczas gdy CBT zwyczajowo przyjmuje formę terapii opartej na protokole (ang. *protocol-driven*). Oznacza to, że przebieg sesji terapeutycznej w przypadku terapii DBT nie jest z góry ustalony jakimś specyficznym scenariuszem, a terapię często porównuje się z tańcem, w którym każdy wykonywany ruch jednej osoby uzależniony jest od ruchów wykonywanych przez drugą osobę. Praca terapeutyczna zatem polega na realizowaniu pewnych strategii i zasad, które na bieżąco dostosowuje się do sytuacji terapeutycznej.

### Podsumowanie

Dialektyczna terapia behawioralna koncepcyjnie wywodzi się z klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej, ale w większym stopniu kładzie nacisk na koncepcje behawioralne niż poznawcze. Oprócz wielu podobieństw do klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej, dialektyczna terapia behawioralna dodatkowo wplata idee i praktyki zaczerpnięte z filozofii dialektycznej oraz buddyzmu zen. Wnikliwa analiza sposobu konceptualizacji pierwszego poziomu w ramach terapii DBT wskazuje na duży poziom spójności ze sposobem konceptualizacji w klasycznej terapii CBT. Cechuje się ona jednak większym naciskiem na uprawomocnienie doświadczeń pacjenta (co oczywiście nie oznacza, że terapeuci CBT nie uprawomocniają doświadczeń swoich pacjentów), obejmuje większą liczbę czynników branych pod uwagę w trakcie analizy (np. impulsy do działania czy społeczny wymiar

ekspresji emocji) oraz przedstawiana jest w linearnej (choć wciąż uwzględniającej procesy cyrkularne) formie.

### **Piśmiennictwo**

1. Hayes SC, Hofmann SG, red. Process-based CBT. The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2018.
2. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo PARADYGMAT; 2008.
3. Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. Collaborative case conceptualization: working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy. New York: The Guilford Press; 2008.
4. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart; 1962.
5. Beck AT. Thinking and depression: II. Theory and therapy. Arch. Gen. Psychiatry 1964; 10(6): 561–571.
6. Padesky C, Mooney K. Presenting the cognitive model to clients. Int. Cogn. Ther. Newsletter 1990; 6: 13–14.
7. Greenberger D, Padesky CA. Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients. New York: Guilford Press; 1995.
8. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
9. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
10. Linehan MM. DBT skills training manual. Wyd. 2. New York: Guilford Press; 2014.
11. Palmer RL. Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. Adv. Psychiatr. Treat. 2002; 8(1): 10–16.
12. Staats AW. Behavior and personality: psychological behaviorism. New York: Springer Publishing Company; 1996.
13. Rizvi SL. Chain analysis in dialectical behavior therapy. New York: The Guilford Press; 2019.
14. McKay M, Wood JC, Brantley J. Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT). Praktyczne ćwiczenia rozwijające uważność, efektywność interpersonalną, regulację emocji i odporność na stres. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015.
15. van Dijk S. DBT made simple: a step-by-step guide to dialectical behavior therapy. Oakland: New Harbinger Publications; 2013.
16. Swales MA, Heard HL. Dialectical behaviour therapy: distinctive features. London and New York: Routledge; 2017.

Adres: bartlomiej.tauroginski@uj.edu.pl



Anna Józefczyk<sup>1</sup>, Waldemar Świętochowski<sup>2</sup>

## SYSTEM EMOCJONALNY RODZINY NUKLEARNEJ — REGULACYJNA FUNKCJA OBJAWU W UJĘCIU BOWENA

### THE NUCLEAR FAMILY EMOTIONAL SYSTEM: THE REGULATORY FUNCTION OF SYMPTOMS ACCORDING TO BOWEN

<sup>1</sup>Institut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

<sup>2</sup>Spółeczna Akademia Nauk w Łodzi

**systemic family therapy  
symptoms  
Murray Bowen**

#### Streszczenie

*Założenie o regulacyjnej funkcji objawów psychopatologicznych jest jednym z podstawowych aksjomatów systemowej terapii rodzin. Przyjmuje się, że występujące u niektórych członków rodziny symptomy chorobowe stają się elementem przywrócenia zachwianej równowagi rodzinnej. Amerykański psychiatra Murray Bowen, na podstawie klinicznej obserwacji rodzin, doszedł do wniosku, że ta sama funkcja może być realizowana przez cztery mechanizmy określone jako system emocjonalny rodziny nuklearnej. Zaliczał do nich: 1) tworzenie dystansu emocjonalnego pomiędzy członkami rodziny; 2) konflikty w obrębie diady małżeńskiej; 3) dysfunkcję jednego z małżonków; 4) dysfunkcję dziecka, związaną z nadmierną koncentracją rodziców na jego zachowaniu. Zachowania te podejmowane są intuicyjnie i mają na celu odwrócenie uwagi rodziny od rzeczywistych problemów emocjonalnych w całym systemie. W niniejszym artykule autorzy opisują działanie takich mechanizmów na przykładzie konkretnych przypadków pacjentów klinicznych, wzbogaconych genogramami. Wprawdzie na poziomie behawioralnym wzorce te znacznie różnią się od siebie i przez to mogą ukierunkowywać uwagę terapeuty na problemy indywidualne, w rzeczywistości realizują tę samą funkcję — dążenie do przywrócenia homeostazy w rodzinie. Przyjęcie takiej perspektywy pozwala na nowo rozpoznać cel pracy z pacjentem, otwierając możliwość podejmowania przez specjalistów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego interwencji bardziej skutecznych i trwałych.*

#### Summary

One of the basic axioms of systemic family therapy is that psychopathological symptoms occurring in family members may perform a regulatory function and serve to restore disturbances in the family balance. Clinical observation of families by American psychiatrist Murray Bowen concluded that the same function can be performed by four mechanisms, defined as the nuclear family emotional system: 1) emotional distance; 2) marital conflict; 3) dysfunction in a spouse; 4) impairment of one or more children. These behaviors are undertaken intuitively and their aim is to distract the family from real emotional problems throughout the system. In this article, the authors present the operation of such mechanisms, illustrating them with a description of clinical cases enriched with genograms.

Although these patterns differ significantly on the behavioral level, and can thus be used to highlight individual problems, they perform the same function: the desire to restore homeostasis to the family. Adopting such a perspective enables to rediscover the purpose of the therapy process and direct it to fundamental emotional problems within a family system.

## Wprowadzenie

Początki systemowej terapii rodzin sięgają lat 40. XX w. i związane są z postrzeganiem rodziny jako systemu, który może być odpowiedzialny za patologię jednostki. W dużej mierze powstające prace koncentrowały się wokół objawów schizofrenicznych i roli rodziny w etiologii tej choroby [1, 2]. W kolejnych latach pytanie o znaczenie systemu rodzinnego dla jednostkowych objawów psychopatologicznych zaczęło się znacznie rozszerzać. Zwrócono uwagę, że procesy zachodzące w obrębie rodziny mogą być istotne nie tylko dla pojawienia się symptomów chorobowych, ale także dla ich intensywności, czasu trwania czy liczby remisji. Założenie to zyskało potwierdzenie w odniesieniu do wielu zaburzeń psychicznych, nie tylko schizofrenii [3], ale także anoreksji, bulimii psychicznej [4] czy zaburzeń osobowości [5, 6]. Wyjaśnienia linearne zostały stopniowo wyparte przez perspektywę cyrkularną, w której kluczowe nie jest pytanie o to dla czego symptom się pojawił, ale pytanie *p o c o o n i s t n i e j e*? Innymi słowy — jaką funkcję pełni w systemie rodzinnym objaw chorobowy [1, 2, 7]?

Zrozumienie regulacyjnej roli symptomu nie jest możliwe bez przyjęcia jednego z fundamentalnych założeń systemowej terapii rodzin, które mówi o nadrzędnym celu każdego systemu rodzinnego, jakim jest dążenie do homeostazy. Pojęcie to zostało po raz pierwszy wprowadzone przez Waltera Cannona w 1932 r. na określenie zdolności ciała ludzkiego do utrzymywania stanu równowagi wobec zmieniających się warunków zewnętrznych. W odniesieniu do rodziny mówimy o *h o m e o s t a z i e r o d z i n n e j* [8] albo *f u n k c j o n a l n e j* [9], czyli o dążeniu do utrzymania systemu w stabilności. Jest to stan dynamiczny osiągnany poprzez równoważenie procesów morfogenetycznych, czyli ukierunkowanych na zmianę oraz morfostatycznych, czyli dążących do utrzymania status quo.

Kiedy równowadze rodzinnej zagraża destabilizacja, członkowie rodziny podejmują zachowania, niekiedy nie wprost, które mają na celu jej przywrócenie [10]. Terapeuci systemowi zakładają, że taką funkcję mogą pełnić pojawiające się u jednego z członków rodziny objawy chorobowe. Kiedy tendencje morfogenetyczne w rodzinie przybierają na sile, czy to wskutek kryzysów normatywnych związanych ze zmianą fazy cyklu życia rodziny, czy nienormatywnych, związanych z wystąpieniem pewnych nieprzewidywalnych krytycznych wydarzeń, pojawiający się objaw wstrzymuje proces zmiany i wymusza na rodzinie koncentrację na procesie leczenia, tym samym odwracając uwagę od podstawowych problemów relacyjnych. Jest to związane z tzw. *m o r f o s t a t y c z n ą f u n k c j ą c h o r o b y* [1].

Badaczem, który wniósł znaczący wkład do takiego sposobu rozumienia zaburzeń psychicznych i jest uznawany za jednego z ojców terapii rodzin, był amerykański psychiatra Murray Bowen. Jego nazwisko w dużej mierze utożsamiane jest z genogramem, który stanowi jedną z podstawowych metod stosowanych przez lekarzy i psychoterapeutów w pracy z rodzinami. Opracowana przez autora teoria systemów rodzinnych [11, 12] ofe-

ruje jednak znacznie więcej. Jest oparta na kilku konstruktach, wśród których najbardziej podstawowym jest stopień dyferencjacji Ja. Odnosi się on do umiejętności różnicowania i równoważenia własnych procesów emocjonalnych oraz intelektualnych, a także budowania relacji z innymi opartych na optymalnej bliskości. Przegląd literatury z roku 2017 wskazał, że w latach 1987–2014 opublikowanych zostało 39 badań, które jednoznacznie potwierdziły współwystępowanie niższego poziomu dyferencjacji Ja z większym nasileniem objawów psychopatologicznych [13].

Co istotne, jednym z filarów koncepcji Bowena, dużo mniej rozpowszechnionym i w niewielkim stopniu zweryfikowanym na gruncie empirycznym, jest konstrukt określany jako *system emocjonalny rodziny nuklearnej* [11, 12]. Pojęcie to odnosi się do mechanizmów pojawiających się w systemie rodzinnym w momencie wzrostu napięcia. Jest ono o tyle istotne w kontekście podejmowanego problemu, że autor wyraźnie wskazuje, iż wyróżnione wzorce zachowań mogą pełnić w rodzinie funkcję homeostatyczną. Tym samym rozszerza dominującą w obrębie terapii rodzin perspektywę dostrzegania regulacyjnej roli jedynie w odniesieniu do symptomów chorobowych.

### **Mechanizmy regulacji napięcia w ujęciu Bowena**

Wzrost napięcia w systemie rodzinnym powoduje konieczność uruchomienia mechanizmów adaptacyjnych mających na celu jego rozładowanie. Bowen zakładał, że liczba dostępnych w takich sytuacjach wzorców funkcjonowania jest ograniczona. Wyróżnione mechanizmy uznawał za zakotwiczone w instynktownej naturze człowieka i pojawiające się w sposób automatyczny jako odpowiedź na bodziec lękowy. Ich podstawową funkcją jest doprowadzenie do obniżenia poziomu napięcia w rodzinie oraz w konsekwencji utrzymanie harmonii w zakresie bliskości i autonomii w relacjach między bliskimi.

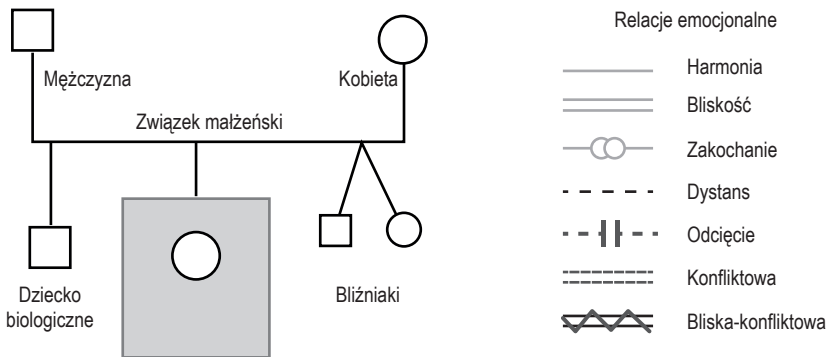
Przedstawione cztery mechanizmy regulacji napięcia w rodzinie służą utrzymaniu równowagi w zakresie tendencji wspólnotowych i tendencji indywidualistycznych w systemie rodzinnym. Mogą w skuteczny sposób redukować natężenie lęku ostrego, który powstaje w obrębie diady małżeńskiej. Jeżeli jednak stają się dominującym wzorcem funkcjonowania emocjonalnego i jedynym gwarantem utrzymania stanu równowagi, same w sobie zaczynają być rodzinnym problemem [14]. Wykorzystywanie ich w sposób nadmierny lub przewlekły doprowadza członków rodziny do skrajnych form prezentowanych zachowań, aż do momentu przecięcia mechanizmów i pojawienia się objawów chorobowych.

Wzorec wykorzystywanych w danym systemie rodzinnym mechanizmów może być wieloraki i stanowi specyficzną charakterystykę konkretnej rodziny. Zbyt wysoki poziom napięcia może skutkować uruchomieniem tylko jednego z mechanizmów lub aktywowaniem kilku z nich, na równym poziomie intensywności lub z wyraźną dominacją jednego. Im wyższy poziom napięcia w rodzinie, tym większe prawdopodobieństwo wykorzystywania wszystkich czterech wzorców [12, s. 203]. Gdy jedna z reakcji występuje znacząco częściej niż pozostałe, prowadzi to do trudności, takich jak konflikty małżeńskie, choroba współmałżonka czy problemy z dzieckiem, z którymi rodziny zgłaszają się po pomoc do specjalisty [14].

Konstrukt, jakim jest system emocjonalny rodziny nuklearnej, uwzględnia dodatkowo perspektywę międzypokoleniową. Koncepcja zakłada bowiem, że dominujące w danej

rodzinie mechanizmy regulacji napięcia są ściśle związane z doświadczeniami rodziców w tym zakresie w ich rodzinach pochodzenia. Będąc w domu rodzinnym, dziecko uczy się sposobów adaptacji do wzmożonego napięcia relacyjnego. Obserwuje strategie podejmowane przez rodziców, a także, stanowiąc aktywną część systemu rodzinnego, współtworzy charakterystyczny wzorec funkcjonowania emocjonalnego. Gdy nawiązuje potem nowe znaczące relacje z innymi, ma skłonność do poszukiwania partnera, z którym mogłoby odtworzyć wzorce wyuczone w rodzinie pochodzenia i w ten sposób powielić, jak postuluje autor koncepcji, osadzone w historii kilku pokoleń mechanizmy regulacyjne. Bowen zakłada, że proces ten zachodzi przy udziale nieświadomości, nawet przy aktywnym wysiłku podejmowanym przez osobę, by go przerwać [12, s. 166–167]. Dodaje również, że dominujący w rodzinie wzorec może zmieniać się z upływem czasu [12, s. 167].

Kolejne cztery mechanizmy zostaną omówione poniżej. By ułatwić ich rozpoznanie w pracy z pacjentem, każdy został zilustrowany opisem przypadku klinicznego pochodzącego z praktyki terapeutycznej. Przypadki wzbogacone są o genogram rodziny tworzony w programie GenoPro. Legendę objaśniającą znaczenie symboli wykorzystanych w załączonych genogramach przedstawiamy na rycinie 1. Dodatkowe symbole genogramów dostępne są w literaturze [m.in. 15]. Opisy przedstawionych przypadków zawierają również krótką interpretację procesów zachodzących w rodzinie pacjenta w świetle teorii Bowena oraz zalecenia dotyczące procesu terapii. Imiona pacjentów zostały zmienione, aby zachować ich anonimowość.



Rycina 1. Symbole genogramu wykorzystane w prezentowanych przypadkach

### 1. Dystans emocjonalny

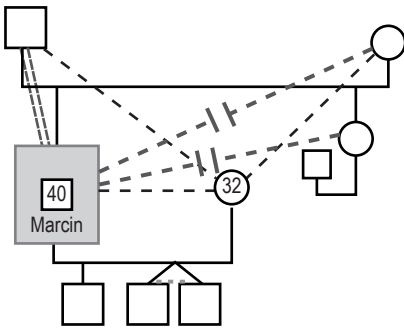
Mechanizm najbardziej podstawowy. Wykorzystywany jest w każdej relacji i współuczestniczy w pozostałych sposobach rozładowywania napięcia. Pojawia się, gdy bliskość w obrębie diady małżeńskiej postrzegana jest przez żonę lub męża jako zbyt intensywna, czyli naznaczona bardzo silną emocjonalną reaktywnością i współzależnością. Nadmiernie wysoki poziom intymności odbierany jest jako zagrożenie dla własnej indywidualności i powoduje unikanie drugiej osoby, co może przybierać postać zarówno fizycznego dy-



stansowania się, jak i różnych form wewnętrznego wycofania, na przykład krytykowanie małżonka [14]. W efekcie napięcie relacyjne w obrębie diady małżeńskiej ulega redukcji. Taki wzorec funkcjonowania emocjonalnego może pojawić się również jako efekt niedanych wcześniejszych prób nawiązania bliskości i w ten sposób potęgować lęk związany z nadmierną separacją. Swoje potrzeby małżonkowie mogą ukierunkowywać na zewnątrz poprzez zaangażowanie w kompensacyjną relację lub obiekt, takie jak hobby, praca czy pozamałżeńskie relacje intymne [16]. Przejawem tego mechanizmu jest również nawiązywanie licznych, krótkotrwałych znajomości i rozwiązywanie ich w momencie wzrostu intymności i wzajemnej zależności.

### Przypadek 1

Marcin (40 lat) trafił do leczenia psychiatrycznego z powodu stanów lękowych. Jest skonfliktowany z rodziną pochodzenia (rodzice i siostra), którzy nie zaakceptowali jego żony. Bardzo przeżył wątpliwości ojca wobec swoich możliwości; ojciec powątpiewał, czy uda mu się zdać egzamin do wybranego liceum. Cały czas udowadnia swoją wartość na różnych polach: sport, praca (własna działalność gospodarcza, ale ze zmiennym powodzeniem), Mensa, organizacja imprez sportowych itp. Jest bardzo aktywny, czego jednak nie docenia żona. Żona ma wyższe wykształcenie humanistyczne, pracuje z ludźmi. Jest samodzielna i krytyczna wobec męża (uważa, że zajmuje się on „pierdołami”). Mimo to swoje samopoczucie pacjent uzależnia od jej „humorów”. Genogram rodziny Marcina przedstawia rycina 2.



Rycina 2. Genogram rodziny Marcina

Interpretacja problemu. Pacjent zdaje się intensywnie gromadzić na własną rękę kapitał do budowania poczucia własnej wartości i szukać dziedziny, w której mógłby się uniezależnić od oceny partnerki. Podejmując liczne aktywności i przedsięwzięcia, dystansuje się emocjonalnie od żony. W kontekście teorii Bowena można więc przyjąć, że budowanie dystansu emocjonalnego jest strategią służącą odnalezieniu samego siebie i określeniu własnej tożsamości.

Wskazówki dla terapeuty. Podstawą pracy z pacjentem powinno być uświadomienie, że tak intensywne angażowanie się w różne aktywności jest z jednej strony formą poszukiwania potwierdzenia poczucia własnej wartości, z drugiej —

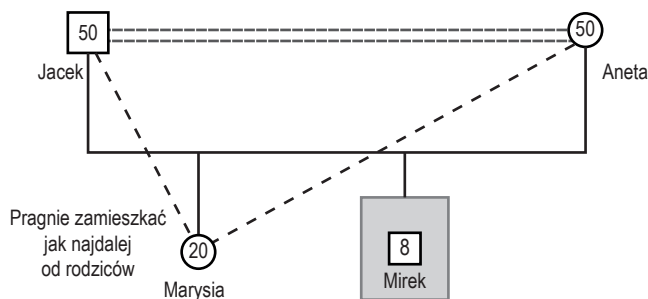
ucieczką przed konfrontacją z emocjami wobec żony i relacji małżeńskiej. W perspektywie systemowej konieczne byłoby podjęcie działań zmierzających do zwiększenia bliskości w obrębie diady małżeńskiej, na przykład poprzez podjęcie przez małżonków wspólnej aktywności. Interwencje te powinny być wsparte poprzez działania wzmacniające bezwarunkową samoakceptację pacjenta, tak by zwiększyć jego autonomię emocjonalną i uwolnić (odbarczyć) relację z żoną od ciągłych prób poszukiwania aprobaty.

## 2. Konflikty małżeńskie

Napięcie relacyjne może być rozładowywane poprzez konflikty małżeńskie. Odczytanie poziomu bliskości w relacji małżeńskiej jako nieoptymalnego względem własnych potrzeb może skutkować przeciwstawianiem się oczekiwaniom partnera i wymaganiem od niego dostosowania się. Odnosi się to szczególnie do związków, w których przyzwolenie na różne przekonania i poglądy jest bardzo niskie, a brak zgody małżonka w danej kwestii odbierany jest jako osobisty afront i oznaka braku lojalności. Nadużywanie tego mechanizmu charakterystyczne jest dla dysharmonicznych związków, w których okresy negatywnych interakcji przeplatają się z okresami równie intensywnej, często napiętej bliskości [16]. Ten z pozoru wyłącznie dysfunkcyjny schemat w rzeczywistości może stanowić rozwiązanie dylematu między potrzebą bliskości i potrzebą dystansu małżonków. Konflikty zapewniają silne poczucie emocjonalnego kontaktu z ważnymi osobami, a ciągle spory i poczucie urazy, które im towarzyszą, pobudzają do stałego zaangażowania. Jednocześnie gniew i napięcie pozwalają na utrzymywanie dystansu emocjonalnego i zachowanie indywidualności bez poczucia winy. Relacja konfliktowa cechuje się dużą intensywnością oraz silną koncentracją małżonków na sobie nawzajem, co zabezpiecza emocjonalną więź [14].

### Przypadek 2

Do terapii zgłosili się rodzice: Jacek i Aneta wraz z dziećmi — Mirkiem (8 lat) i Marysią (20 lat). Pacjentem indeksowym jest Mirek, wykazujący różnorodne zaburzenia zachowania i emocji oraz natręctwa, zdiagnozowane jako pocovidowe, u Marysi zauważono zaś objawy depresji. Pomiędzy rodzicami jest permanentny konflikt, wyrażający się głównie kłótniami na temat sposobu wychowania dzieci. Według żony, jej mąż jest zaborczy i zazdrosny, a żona — zdaniem męża — zbyt tolerancyjna dla dzieci. W domu od dłuższego czasu panuje napięta atmosfera, która nie pozostaje bez wpływu na samopoczucie Mirka, cyt.: „kiedy rodzice się kłócą, to mnie się kręci w głowie”. Córka myśli o opuszczeniu domu rodzinnego i zamieszkaniu w akademiku po podjęciu studiów. Chce zamieszkać tak daleko od rodziców, jak to możliwe (Rycina 3).



Rycina 3. Genogram rodziny Jacka i Anety

Interpretacja problemu. Małżonkowie są pełni wzajemnej wrogości i przechowują urazy. Jest to związek dysharmonijny, w którym nie ma przyzwolenia na różne poglądy i zasady, a konflikty zapewniają jedynie złudzenie emocjonalnego kontaktu. Można przypuszczać, że „covidowa” geneza problemów Mirka jest dla rodziny wygodnym pretekstem do niezajmowania się właściwymi problemami rodziny, na co może wskazywać determinacja Marysi, aby swoją rodzinę opuścić przy pierwszej, nadarzającej się okazji (tu: podjęcie studiów).

Wskazówki dla terapeuty. Podstawowym celem psychoterapii powinno stać się uświadomienie Jackowi i Anecie, że kłótnie stały się stałą i dominującą formą interakcji w obrębie ich relacji, co ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne ich dzieci. Rodzice koncentrują się na kłótniach o metody wychowawcze, co nie pozwala im dostrzec rzeczywistych trudności, które przeżywają Marysia i Mirek. Terapeuta mógłby pokazać rodzicom, że ich troska o dzieci może być wyrażona poprzez zadbanie o większą harmonię/stabilność w obrębie ich relacji małżeńskiej. Poszukanie alternatywnych sposobów zbudowania emocjonalnego kontaktu w diadzie, na przykład poprzez podjęcie aktywności niezwiązanej z dziećmi, da szansę utrzymania systemu w stabilności, bez konieczności uciekania się do dysfunkcyjnych wzorców interakcji.

### 3. Dysfunkcja małżonka

Mechanizm trzeci oraz czwarty wiążą się z odwróceniem uwagi od podstawowych problemów relacyjnych w diadzie i skanalizowaniem napięcia w innym obszarze. Tym obszarem może być dysfunkcja jednego z małżonków. Wzorzec ten jest opozycyjny względem konfliktów małżeńskich, gdyż polega na redukowaniu napięcia poprzez podporządkowywanie się jednego partnera oczekiwaniom drugiego. Stabilność diady małżeńskiej utrzymywana jest kosztem indywidualności jednego ze współmałżonków, opiera się na jego rezygnacji z własnych potrzeb i przekonań. Wraz ze wzrostem napięcia, emocjonalna współzależność partnerów wzrasta, a wraz z nią presja na dostosowywanie się do siebie nawzajem [14]. Jeżeli jeden z partnerów w większym stopniu niż drugi przyjmuje odpowiedzialność za utrzymanie harmonii w diadzie, poprzez ciągłe podporządkowywanie się małżonkowi, ustępowanie mu i godzenie się na kompromisy, relacje między mężem i żoną zostają doprowadzone do sztywnej komplementarności. Może to przybrać formę *n a d m i e r n e g o f u n k c j o n o w a n i a* jednego z małżonków oraz *n i e d o s t a t e c z n e g o f u n k c j o n o w a n i a* drugiego partnera relacji [12, s. 99]. Osoba nadmiernie funkcjonująca zazwyczaj czuje się nad wyraz odpowiedzialna za samopoczucie partnera oraz stara się zrekompensować mu swoje realne lub wyobrażone deficyty. Nieustanna koncentracja na potrzebach psychicznych małżonka prowadzi do poczucia przeciążenia. Drugi z partnerów takiej relacji często odczuwa presję w kierunku uległości i podporządkowania, a w konsekwencji bezradność oraz potrzebę wsparcia i przewodnictwa. Goldenberg i Goldenberg [17, s. 202] określają ten mechanizm jako *n a d m i e r n ą — n i e d o s t a t e c z n ą w z a j e m n o ś ć*, w której jeden małżonek przejmuje zdecydowaną część obowiązków domowych, a drugi wchodzi w rolę partnera nie w pełni odpowiedzialnego.

Przejawem takiego wzorca będzie związek, w którym jedna osoba pracuje zawodowo, jest odpowiedzialna za utrzymanie gospodarstwa domowego w czystości, przejmuje proces

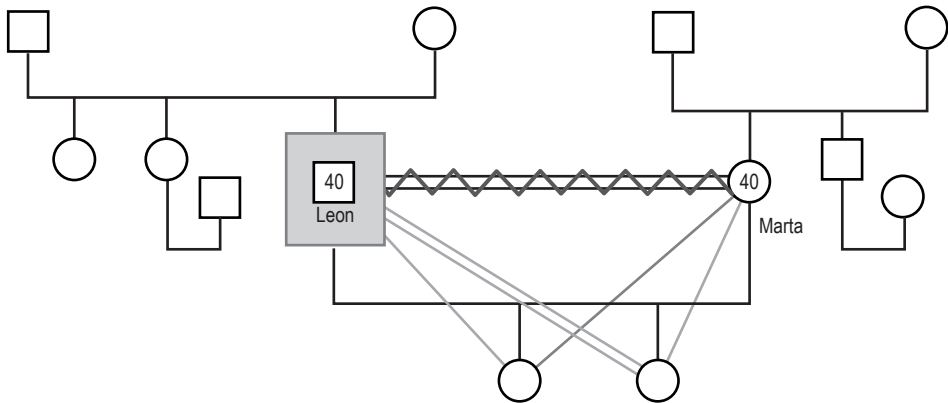
wychowania dzieci oraz logistykę związaną z życiem rodzinnym, a druga jedynie współuczestniczy w jednym z wymienionych zadań i funkcjonuje jako ta, która żadnego z nich nie jest w stanie samodzielnie realizować. Kreuje to konieczność konsultacji z małżonkiem najprostszych codziennych spraw i emocjonalny przymus robienia wszystkiego razem. Mechanizm, jakim jest dysfunkcja małżonka doraźnie może zapewnić stabilizację diady małżeńskiej. Gdy jednak napięcie w rodzinie wzrasta lub przedłuża się, relacje między małżonkami zostają doprowadzone do skrajności, a funkcjonowanie jednego z nich jest znacznie utrudnione. W efekcie może nastąpić przeciążenie takiego wzorca funkcjonowania, które, zgodnie z założeniami koncepcji Bowena, znajduje wyraz w symptomach natury fizycznej, psychicznej i/lub społecznej. Pojawiają się one u tego z partnerów relacji, który dotychczas w większym stopniu musiał rezygnować z zaspokojenia swoich potrzeb w celu utrzymania stabilności diady [11]. Obecność dysfunkcji zwalnia go z dotychczas pełnionej roli i przywraca większą równowagę w zadaniach podejmowanych w obrębie diady małżeńskiej. Podstawowe problemy relacyjne pozostają nierozwiązane, jednak uwaga rodziny zaczyna koncentrować się na objawie chorobowym, dzięki czemu napięcie w obrębie diady małżeńskiej ulega redukcji.

### Przypadek 3

Leon (lat 40) jest leczony z powodu depresji. Przejawy depresji widoczne były w jego zachowaniu i postawie: był wycofany, mało ekspansywny. W czasie pierwszych spotkań z psychologiem nosił „maskę ochronną” (np. podczas sesji on-line — siedział w samochodzie, głęboko ukryty w cieniu). Na początku terapii psychologicznej jako cel pracy deklaruje podjęcie decyzji w sprawie dalszego trwania małżeństwa. Jak wynika z genogramu rodziny, Leon ma doświadczenie najmłodszego spośród rodzeństwa, a jego żona — najstarszego dziecka. Być może, przełożyło się to na niesymetryczność w ich związku, w którym to Marta jest osobą zdecydowanie dominującą, a pacjent ma chwiejną i niewysoką samoocenę. Genogram Leona przedstawia rycina 4.

**Interpretacja problemu.** Pacjent wydaje się mocno przytłoczony wymaganiami swojej roli rodzinnej; pełni tytularną rolę głowy rodziny, ale nie potrafi tej roli urzeczywistnić. Stał się dysfunkcyjny. Pojawienie się objawów chorobowych dodatkowo „usztyniło” schemat interakcji między małżonkami. Po kilkunastu sesjach „wyszedł z cienia”, jest coraz bardziej otwarty, przedsiębiorczy i autonomiczny. Uaktywnił się towarzysko. Zaproponował żonie uczestnictwo we wspólnej terapii rodzinnej, co wcześniej zdecydowanie odrzucał.

**Wskazówki dla terapeuty.** Pacjent w pracy z terapeutą dostrzegł wagę zrównoważenia ról w obrębie relacji małżeńskiej. Umocnienie jego pozycji w początkowym procesie terapii pozwoliło mu otworzyć się na możliwość podjęcia wspólnej pracy terapeutycznej z żoną. Kolejne interwencje powinny być ukierunkowane na wprowadzenie większej symetrii w obrębie ich relacji, konfrontując małżonków z ich potrzebami i oczekiwaniami w tym zakresie.



Rycina 4. Genogram rodziny Leona

#### 4. Koncentracja na dziecku

Ostatni z mechanizmów, który analogicznie do opisanego powyżej polega na utrzymaniu bliskości i współzależności w małżeństwie poprzez otoczenie opieką osoby prezentującej symptom, związany jest z koncentracją na dziecku. Kiedy napięcie w rodzinie wzrasta, niektórzy rodzice zaczynają ukierunkowywać swoją uwagę na funkcjonowanie jednego lub kilkorga dzieci. Zazwyczaj przesadnie się o nie martwią i troszczą, traktując najmniejsze odchylenia w zakresie zachowań dziecka w stosunku do swoich oczekiwań jako przejaw dysfunkcji. Związane jest to często z osadzeniem dziecka w określonej roli, na przykład dziecka idealnego, kozła ofiarnego czy osoby nieporadnej. Tworzy to mechanizm błędnego koła, w którym nadmierna koncentracja rodziców na dziecku wzmacnia jego czujność na wszelkie sygnały płynące od rodziców. W efekcie dziecko włączone w taki wzorec funkcjonowania staje się nadmiernie wrażliwe na potrzeby i oczekiwania rodziców, a relacja rodzice–dziecko wysoce nasycona lękiem.

Mechanizm ten może przybierać formę silnej koncentracji na dziecku obydwu małżonków lub tylko jednego z nich. W pierwszym przypadku troska o dziecko staje się wspólnym motywem działań partnerów, dając im możliwość zbliżenia się bez konieczności rozwiązywania problemów w obrębie ich własnej relacji. Druga możliwość, jak podkreśla Bowen, najczęściej przejawia się jako silne zaabsorbowanie matki dzieckiem i jednoczesne dystansowanie się ojca, który wspierając fuzję żony z synem lub córką, doświadcza ulgi od nadmiernej bliskości.

Mechanizm ten przez pewien czas może skutecznie redukować napięcie w obrębie diady małżeńskiej. Jednak jego przeciążenie związane ze wzrostem poziomu napięcia w rodzinie, podobnie jak w mechanizmie poprzednim, będzie znajdowało wyraz w pojawiających się w rodzinie symptomach chorobowych, tym razem jednak dotyczących dziecka. Symptomy mogą przybierać formę trudności szkolnych, problemów w relacji z rówieśnikami czy nawet zaburzeń fizycznych lub psychicznych. Pojawienie się objawu nasila postawę nadopiekuńcze rodziców i jednocześnie wzmacnia bezradność osoby prezentującej symptom. Bowen zakłada, że efektem takiego sposobu regulacji napięcia w rodzinie jest

kształtowanie w dziecku poczucia, że jest niezbędnym ogniwem podtrzymującym związek rodziców i względną równowagę w systemie rodzinnym. Takie przekonanie stanowi dla niego gratyfikację i wzmacnia cały proces. Zachowania poszczególnych członków rodziny wzajemnie się wzmacniają i tworzą trudny do przerwania dysfunkcyjny wzorzec, dzięki któremu rodzina może realizować swoje cele na poziomie niższym, zatem na pozór jest funkcjonalna.

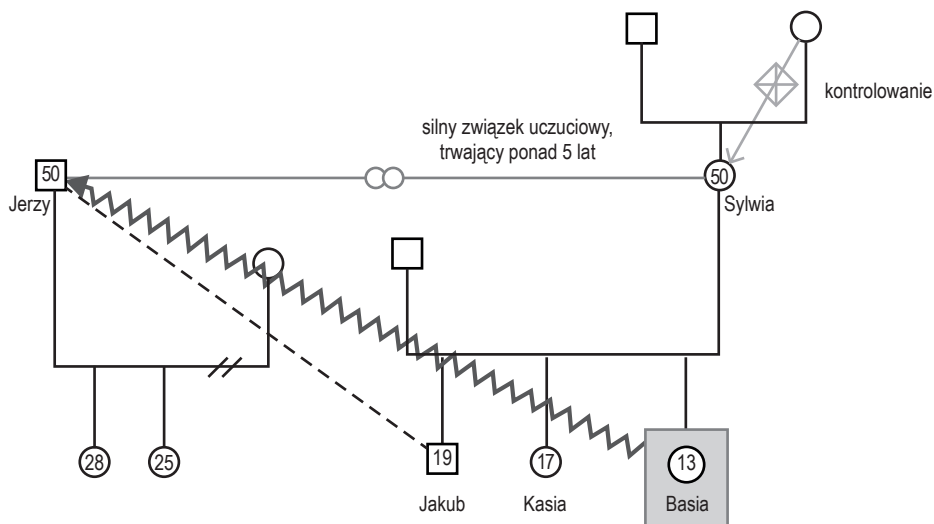
Opisywany mechanizm wyróżnia się spośród pozostałych tym, że jako jedyny polega na włączaniu osób trzecich w rozwiązywanie napięcia w obrębie diady małżeńskiej. Zjawisko to jest określane mianem triangulacji [16]. Trójkąty relacyjne uznawane są w koncepcji Bowena za najmniejsze stabilne systemy relacyjne [12, s. 35]. Określane są jako zdecydowanie bardziej stałe niż relacje dwuosobowe, w których trudno jest utrzymać stan równowagi, szczególnie w momencie pojawienia się nieuniknionych napięć i konfliktów. Włączenie trzeciej osoby umożliwia cyrkulację napięcia w rodzinie i w efekcie powoduje mniejsze prawdopodobieństwo przeciążenia którejkolwiek ze stron. Jednak usztywnienie funkcjonowania w trójkącie relacyjnym w rodzinie traktować należy jako przejaw dezadaptacyjnego sposobu utrzymywania homeostazy w systemie. Nadmierna koncentracja rodziców na dziecku, będąca odpowiedzią na wzrost napięcia w obrębie diady małżeńskiej, nie tylko utrzymuje problemy relacyjne w małżeństwie poza polem uwagi rodziny, ale również w sposób znaczący obniża funkcjonowanie dziecka, a w dłuższej perspektywie czasowej uniemożliwia jego separację emocjonalną od rodziny pochodzenia.

#### Przypadek 4

Sylwia pojawiła się w placówce psychiatrycznej jako matka 13-letniej Basi, u której rozpoznano anoreksję i która jest pacjentką indeksową. Dokładny wywiad ujawnił, że Sylwia przeżywa poważny problem osobisty spowodowany skomplikowaną sytuacją rodzinną i zaproponowano jej terapię rodzinną. Rozwiodła się z mężem, z którym ma troje dzieci. Jest w związku nieformalnym z Jerzym, także rozwiedzionym, ojcem dwóch dorosłych córek. Na razie mieszkają oddzielnie. W przyszłości zamierzają zamieszkać w nowym domu, wybudowanym ze środków matki Sylwii, która jednak nie popiera takiego rozwiązania, ponieważ jest wrogo nastawiona do Jerzego, podobnie jak dzieci Sylwii. W niedalekiej przeszłości zaistniał silny konflikt pomiędzy Jerzym a młodszą córką Sylwii, Basią, która jest pacjentką indeksową (Rycina 5).

Interpretacja problemu. Sylwia przeżywa poważny dylemat, którego nie potrafi sama rozwiązać. Można przyjąć, że pomocną dłoń wyciągnęła do niej najmłodsza córka, Basia, której anoreksja stała się wygodnym uzasadnieniem kontaktu z psychiatrą, a tym samym — podjęcia leczenia przez całą rodzinę. Koncentracja na zaburzeniach córki odwraca uwagę od problemu partnerów, co koresponduje z założeniami Bowena. Postawa Basi sugeruje, że podświadomie wzięła ona na siebie zadanie powstrzymania matki przed niewłaściwym — jej zdaniem — krokiem, czyli wprowadzeniem Jerzego do rodziny.

Wskazówki dla terapeuty. Problem Basi wymusił koncentrację rodziny na objawie chorobowym. Niewątpliwie najmłodsza córka przeżywa silny stres, który skłania matkę do jeszcze większego zainteresowania się nią i w ten sposób mocniejszego scalenia roz-



Rycina 5. Genogram rodziny Sylwii

bitej rodziny. Jerzy może w tym pomóc, opiekując się nimi, nie wchodząc jednak w rolę ojca. W interwencji terapeutycznej należy jednak przede wszystkim zwrócić uwagę na przywrócenie funkcjonalnej równowagi w rodzinie. Wzmacnianie koncentracji rodziny na osobie Basi może jedynie pogłębić dysfunkcyjny wzorec. Interwencje wobec Sylwii powinny dotyczyć jej relacji z partnerem, pokazując, że same w sobie stanowią one odrębną i ważny obszar jej życia. Wspieranie Sylwii — z jednej strony w pozostawianiu w bliskości z dziećmi i towarzyszeniu im w zmianie sytuacji rodzinnej, z drugiej we wzmacnianiu poczucia niezależności emocjonalnej w relacji z partnerem — powinno stać się głównym kierunkiem oddziaływań terapeutycznych.

### Podsumowanie i implikacje praktyczne

Konieczność uwzględnienia kontekstu rodzinnego w podejmowaniu leczenia objawów chorobowych pacjentów zyskuje niekwestionowane potwierdzenie na gruncie empirycznym [18]. Tym samym coraz liczniejsze staje się grono lekarzy i psychoterapeutów, którzy chcą zwiększyć efektywność podejmowanych interwencji, starają się uwzględnić regulacyjną funkcję zgłaszanych symptomów i ich znaczenie dla utrzymania homeostazy rodzinnej pacjentów. Konstruktywna perspektywa, jakim jest system emocjonalny rodziny nuklearnej, proponuje znaczące rozszerzenie tej perspektywy i uwzględnienie morfostatycznej funkcji nie tylko objawów psychopatologicznych, ale także innych mechanizmów uruchamianych w obliczu wzrostu napięcia w rodzinie. Ma to szczególne znaczenie dla działań prewencyjnych podejmowanych w obszarze zdrowia psychicznego, gdyż pozwala na ocenę dysfunkcyjnych wzorców jeszcze przed pojawieniem się symptomów klinicznych. Terapeuta identyfikując duże nasilenie jednego lub kilku procesów, ma szansę podjąć interwencje

mające na celu zmniejszenie ich eskalacji i zniwelowanie ryzyka zintensyfikowania aż do poziomu wystąpienia objawów psychopatologicznych.

Konsekwencją przyjęcia takiej perspektywy jest traktowanie symptomów chorobowych jako przesadnie nasilonych mechanizmów wykorzystywanych uprzednio do utrzymania równowagi w systemie. Tym samym zaburzenie funkcjonowania jednego z członków rodziny może być rozumiane jako produkt uboczny długiej serii kompromisów podjętych przez system, które stabilizowały całość kosztem niektórych jego części. Jest to spójne z myślą Praszki, który postulował, że objaw może niekiedy chronić rodzinę przed czymś dużo gorszym niż sam ten objaw, czyli zabezpieczać ją przed rozpadem [19].

Teoria Bowena stanowi nie tylko propozycję rekonceptualizacji objawów psychopatologicznych, ale wskazuje także, że podstawowe problemy emocjonalne pacjentów, które mogą stanowić ich podstawę, mogą zostać skanalizowane w innych obszarach życia rodzinnego. System emocjonalny rodziny nuklearnej, jak sama nazwa wskazuje, tworzy pewną zorganizowaną całość, w której mechanizmy regulacji napięcia i objawy chorobowe stanowią różne formy ujścia podstawowych problemów emocjonalnych pacjenta. Pominięcie tych problemów i skoncentrowanie się w pracy terapeutycznej wyłącznie na ich aktualnie obserwowanej i doświadczanej przez pacjenta formie, na przykład dysfunkcji dziecka, objawach lękowych czy nasilonych konfliktach małżeńskich, niesie ryzyko ciągłych nawrotów. Rozszerzenie konceptualizacji problemów pacjenta o taką perspektywę otwiera możliwość podjęcia interwencji nie tylko skutecznych, ale również trwałych.

Bowenowska koncepcja rodziny jako systemu emocjonalnego stanowi propozycję zmiany postrzegania różnych wzorców obserwowanych w obrębie rodziny pacjentów. W konsekwencji może być znacząca w procesie diagnozy rodziny oraz formułowania celów pracy i — jako taka — stanowić użyteczny punkt wyjścia dla działań terapeutycznych oraz interwencji podejmowanych nie tylko przez psychologów, ale także psychiatrów i innych specjalistów pracujących w obszarze zdrowia psychicznego.

Przedstawione przypadki ilustrują, że dostrzeżenie czterech opisanych wzorców nie zawsze jest oczywiste i może niekiedy być przysłonięte przez inne zachowania i objawy, które zdają się wysuwać na pierwszy plan w obrazie rodziny, a także domagają się „zaopiekowania” przez pacjenta. Nie zawsze dostrzeżemy też wszystkie aspekty wzorców, o których pisał Bowen, niekiedy te wzorce przenikają się, w innych jeszcze przypadkach odnoszą się jedynie do pewnych fragmentów obrazu życia rodzinnego pacjenta. Funkcjonowanie systemów rodzinnych to niezwykle złożona materia i w początkowej fazie pracy z każdym nowym pacjentem terapeuci poruszają się nieco „po omacku”, poszukując najbardziej prawdopodobnego tła występujących zaburzeń. Propozycja Bowena może stanowić w takiej sytuacji użyteczny punkt wyjścia i drogowskaz wskazujący kierunek pracy. Sama w sobie jest niezwykle złożona i choć przedstawienie jej w sposób kompleksowy nie jest celem niniejszego tekstu, warto potraktować ją, także w kontekście szkoleniowym, nie tylko jako historyczną podstawę systemowej terapii rodzin, ale także teorię, która może mieć niebanalną moc wyjaśniającą dla współczesnej praktyki klinicznej.



## Piśmiennictwo

1. Barbaro de B. Schizofrenia w rodzinie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
2. Drożdżowicz L. Ogólna teoria systemów. W: de Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 9–17.
3. Chrzastowski S. Ścieżki ku sobie i od siebie. Separacja i jej uwarunkowania w rodzinach osób z rozpoznaniem schizofrenii. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego; 2007.
4. Kinag L, Harter S. Sociocultural values of appearance and attachment processes: An integrated model of eating disorder symptomatology. *Eat. Behav.* 2006; 7(2): 134–151.
5. Bradley S. Affect regulation and the development of psychopathology. New York, London: Guilford Press; 2003.
6. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2000; 23(1): 103–122.
7. Świętochowski W. System rodzinny wobec przewlekłej choroby somatycznej. Gdy rodzina ma korzystać z choroby. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2010.
8. Jackson DD. The question of family homeostasis. *Int. J. Fam. Therapy* 1981; 3(1): 5–15.
9. Jakubik A. Zaburzenia osobowości. Warszawa: PZWL; 1997.
10. Namysłowska I. Terapia rodzin. Warszawa: Springer PWN; 1997.
11. Bowen M. Family therapy in clinical practice. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.; 1978.
12. Kerr ME, Bowen M. Family evaluation. New York, London: W. W. Norton & Company; 1988.
13. Rodríguez-González M, Schweer-Collins M, Skowron EA, Jódar R, Cagigal V, Major SO. Stressful life events and physical and psychological health: mediating effects of differentiation of self in a Spanish sample. *J. Marit. Fam. Ther.* 2019; 45(4): 578–591.
14. Kriegerewicz O. Zaburzenia równowagi sił emocjonalnych w rodzinach pochodzenia partnerów a dysfunkcja w ich relacjach małżeńskich według koncepcji Bowena. W: Tryjarska B, red. Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2010, s. 218–245.
15. McGoldrick M, Gerson R, Shellenberger S. Genogramy. Rozpoznanie i interwencja. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo; 2007.
16. Kołbik I. Procesy emocjonalne w rodzinie. W: de Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 31–44.
17. Goldenberg H, Goldenberg I. Terapia rodzin. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
18. Carr A. Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation II. *J. Fam. Ther.* 2000; 22(3): 273–295.
19. Praszker R. Zmieniać nie zmieniając: ekologia problemów rodzinnych. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1992.

Adres email: [anna.jozefczyk@now.uni.lodz.pl](mailto:anna.jozefczyk@now.uni.lodz.pl)



Beata Mirucka

## PSYCHOTERAPEUTA UWĄŻNY NA CIELESNOŚĆ PACJENTA. ANALIZA FRAGMENTÓW DIALOGU PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO

### THE PSYCHOTHERAPIST ATTENTIVE TO THE EMBODIMENT OF THE PATIENT. ANALYSIS OF FRAGMENTS OF PSYCHOTHERAPEUTIC DIALOGUE

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii,  
Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia

**embodiment  
psychotherapy**

#### Streszczenie

*Celem artykułu jest przedstawienie sposobów korzystania z uważności psychoterapeuty na zjawiska cielesności. W części pierwszej zarysowana została autorska koncepcja podmiotu ucieleśnionego, według której doświadczenie ciała jest nieustannie opracowywane w formie trzech podstawowych psychicznych reprezentacji: obrazu ciała, schematu ciała i poczucia ciała. Obraz ciała, odnoszący się głównie do eksterocepcji, obejmuje spostrzeżenia, przekonania oraz emocje kierowane wobec ciała. Schemat ciała bazuje przede wszystkim na organizacji informacji proprioceptywnych, których źródłem są akty poruszania i przemieszczania się w przestrzeni oraz władania ciałem. Natomiast poczucie ciała, reprezentacja kształtowana dzięki interocepcji, dotyczy obrazowania stanów, procesów i zachowania ciała; obejmuje całościowe doświadczenie kondycji fizycznej, które ma podstawowe znaczenie dla nastroju i stanu emocjonalnego podmiotu. Triada psychicznych reprezentacji cielesnych tworzy nierozdzielny całość, której poziom integracji ulega zakłóceniom, zwłaszcza w sytuacji traumy. Druga część artykułu stanowi egzemplifikację pracy psychoterapeuty wrażliwego i uważnego na fenomeny cielesności. W przytoczonych fragmentach dialogów ukazane zostały sposoby indentyfikowania poszczególnych reprezentacji ciała, a następnie łączenia ich w coraz bardziej pozytywnym wizerunku pacjentki. Przedstawiona propozycja pracy ma na celu pozytywne przekształcanie traumatycznego doświadczenia w taki sposób, żeby stawało się ono integralną częścią świadomości siebie, a tym samym w coraz mniejszym stopniu utrudniało realizację życiowych zadań.*

#### Summary

The aim of this article is to present ways of using the psychotherapist's attentiveness to the phenomena of embodiment. In the first part, the author's conception of the embodied subject is outlined, according to which the experience of the body is continuously elaborated in the form of three basic mental representations: body image, body schema and body sense. Body image, referring mainly to exteroception, includes perceptions, beliefs and emotions directed towards the body. Body schema is based primarily on the organisation of proprioceptive information, the source of which is the acts of moving and displacing in space and mastering the body. Body sense, on the other hand, a represen-

tation shaped by interoception, concerns the depiction of bodily states, processes and behaviour; it encompasses the overall experience of the physical condition, which is fundamental to the subject's mood and emotional state. The triad of mental bodily representations forms an inseparable whole, the level of integration of which is disrupted, especially in situations of trauma. The second part of the article exemplifies the work of a psychotherapist sensitive and attentive to the phenomena of embodiment. In the excerpts from the dialogues quoted, the ways of identifying particular representations of the body and then combining them in an increasingly positive image of the patient are shown. The work proposal presented is aimed at positively transforming the traumatic experience in such a way that it becomes an integral part of self-consciousness and thus makes life's tasks less and less difficult.

## Wprowadzenie

Fantastyczność rysunku Leonarda da Vinci „Homo ad circulum”, czyli człowieka wi-truwiańskiego, polega między innymi na sposobie przedstawienia fenomenu cielesności. Widzimy i jednocześnie czujemy. Rozpoznajemy: wizerunek ciała doskonałego w swoich proporcjach i kształtach, nacechowany uderzającym pięknem całej postaci. Jednocześnie odbieramy wrażenie ruchu, uzyskane dzięki podwójności umięśnionych kończyn. Wyczuwamy i niemalże widzimy, jak męczyzna energiczne to wyrzuca nogi w bok, to znów je cofa. Jego ramiona zdają się trzepotać niczym skrzydła. Czujemy pulsującą energię, a jego intensywne i zarazem intymne spojrzenie pozwala nam odbić w sobie, jak w lustrze, jego emocje. Możemy poczuć najgłębszą istotę nas samych, stojących nago w miejscu, w którym nasz świat spotyka się z makrokosmosem [1].

Artystyczne przedstawienie cielesności Leonarda da Vinci uwyrażnia psychologiczne ujęcie tego fenomenu, w którym trzy aspekty doświadczenia ludzkiego ciała zostały zawarte w trzech pojęciach — mentalnych reprezentacjach: obrazie ciała, schemacie ciała i poczuciu ciała [2]. Ponieważ istnienie w materialnym świecie zasadza się na byciu cielesnym, ciało może być istotnym obiektem doświadczenia człowieka, jak również może stać się nim samym — ucieleśnionym podmiotem [3]. Ta znacząca różnica w relacji ze swoim ciałem wiąże się ze sposobem funkcjonowania ja cielesnego, które jako nadrzędna, centralna instancja psychiczna jest odpowiedzialna za kształtowanie i całościowe opracowywanie doświadczenia cielesnego [4]. Ja cielesne przejawia się w funkcjach ujmowania złożonej rzeczywistości cielesnej (w tzw. ja podmiotowym) oraz psychicznych reprezentacjach ciała (w tzw. ja przedmiotowym), które razem składają się na złożony system regulujący prerefleksyjną i refleksyjną świadomość cielesną [5–8], włącznie z jej kluczowym, nadrzędnym wymiarem, czyli tożsamością cielesną [2].

Bezpośrednim rezultatem funkcjonowania ja cielesnego są reprezentacje ciała. Kształtują się one w przebiegu całego życia człowieka, począwszy od tych najprostszych po bardziej złożone, wielomodalne struktury psychiczne. Do najważniejszych umysłowych przedstawień siebie cielesnego należą: a) poczucie stanów ciała (in. poczucie ciała), b) schemat ciała oraz c) obraz ciała. Wszystkie one rozwijają się na bazie somatosensorycznej percepcji: interocepcji, propriocepcji i eksterocepcji, w różnym stopniu korzystając z tych trzech zmysłowych modalności ciała. Kiedy schemat ciała czerpie swoją formę głównie z opracowywania informacji proprioceptywnych, a obraz ciała z eksterocepcji, to poczucie ciała powstaje w dużej mierze w wyniku organizowania doznań interoceptywnych. One

stają się kluczowe w kształtowaniu tej trzeciej — nie mniej ważnej niż schemat i obraz ciała — psychicznej reprezentacji ciała [2].

Pierwsza z psychicznych reprezentacji ciała — o b r a z c i a ł a — najbardziej wizualna, bo bazująca na percepcji wzrokowej, dotyczy — najprościej ujmując — wyglądu zewnętrznego. Dzięki niej podmiot jest w stanie zidentyfikować siebie i innych, chociaż — jak się okazuje — ma on niewiele wspólnego z migawkowym zdjęciem, wykonanym w konkretnym momencie życia [9]. Dlaczego? Ponieważ obraz ciała zawiera w sobie całą dotychczasową historię bytowania człowieka, związaną z różnymi opiniami i emocjami odnoszącymi się do jego atrakcyjności. Na przykład, zdanie ojca wypowiedziane do dorastającej córki: „wyglądasz bardzo seksownie”, połączone z jego uwodzicielskim spojrzeniem, może odcisnąć się bardzo znacząco w wewnętrznym wizerunku — obrazie ciała — tej nastolatki. To, co dla innych jest naturalnym obszarem fizycznej identyfikacji kobiecości, dla niej przypuszczalnie stanie się pomijanym aspektem siebie samej.

Druga reprezentacja cielesności — s c h e m a t c i a ł a jest zbiorem programów ruchowych, obejmuje małą i dużą motorykę. Zapewnia nie tylko sprawne poruszanie się czy wykonywanie precyzyjnych manipulacji manualnych, ale również orientację przestrzenną. Bez sprawnie działającego schematu ciała niemożliwe byłoby określenie: góra — dół, strona lewa — prawa [10].

W filmie *Zapach kobiety* główny bohater — niewidomy, emerytowany pułkownik, grany przez Alę Pacino — brawurowo prowadzi czerwone ferrari czy też tańczy tango z mistrzowską wprawą, ponieważ dysponuje wyjątkowo rozwiniętym schematem ciała. Właśnie ta reprezentacja umożliwia władanie ciałem jak genialnym narzędziem oraz rozwijanie poczucia kontroli, sprawstwa i skuteczności. Pacjenci po przeżyciu traumy — jak pisze o nich van der Kolk — są zaskakująco niezdarni i nieskoordynowani ruchowo. Nawet podczas swobodnych rozmów wydają się skrzepowani, jakby pozbawieni naturalnej mimiki czy gestykulacji. Często zgłaszają zakłócenia w orientacji przestrzennej; łatwo gubią drogę, błędzą nawet w dobrze znanych miejscach [11].

Trzecia, umysłowa reprezentacja — p o c z u c i e c i a ł a — odnosi się do sposobu odbierania stanów i procesów ciała. Kształtuje się głównie na bazie interocepcji, dzięki której osoba może dostrzegać wszelkie doznania somatyczne lub też zauważać subtelne zmiany w procesach cielesnych; rejestrować napięcie mięśni, zmęczenie, bóle, czuć tętno i bicie serca czy też subtelne oznaki pracy narządów wewnętrznych [12]. O poczuciu ciała mogą świadczyć następujące wypowiedzi: „Jestem świadomy bólu w obszarze mojego karku”, „Czuję, że moje mięśnie rozluźniają się. Pomimo próby zrelaksowania się, wciąż jestem napięty”. Poczucie ciała dotyczy również jakości uwagi kierowanej na doznania i stany cielesne, począwszy od dużej uważności na swoje doznania, do całkowitego ignorowania ich. Poczucie ciała wskazuje nie tylko na sposób odbierania informacji cielesnych, ale również na sposób korzystania z nich; na przykład w sytuacjach podejmowania decyzji<sup>1</sup>.

W zintegrowanej cielesności ciało jako obiekt stanowi rodzaj medium quo, które nie koncentruje na sobie, nie niepokoi, nie zakłóca podstawowej jedności ciała i umysłu ani

<sup>1</sup>) Bardzo dokładnie rolę poczucia ciała w podejmowaniu decyzji opisał Antonio Damasio w hipotezie markera somatycznego [13].

też nie blokuje swobodnego przepływu strumienia świadomości własnych przeżyć<sup>2</sup>. Kiedy natomiast pod wpływem trudnych doświadczeń, zwłaszcza traumy, osoba chroni się przed tzw. uczuciami nie do zniesienia za pomocą nieświadomego aktu znieczulania siebie, integracja cielesna zostaje osłabiona albo wręcz utracona. Oznacza to, że na najbardziej podstawowym poziomie następuje istotna zmiana odbioru doznań cielesnych, sposobu przeżywania swojego ciała, a w konsekwencji relacji ze swoim ciałem. Przestaje ona mieć charakter podmiotowy: „ja i moje ciało to jedno”, na rzecz relacji przedmiotowej: „moje ciało jest balastem, który mnie ogranicza” [14]. Konieczna wydaje się wtedy praca psychoterapeutyczna, mająca na celu przywracanie utraconej jedności psychofizycznej, a tym samym poszerzenie świadomości zwłaszcza tych doświadczeń, z którymi związane jest dojmujące cierpienie psychiczne pacjenta.

### Uważność na cielesność pacjenta w dialogu psychoterapeutycznym<sup>3</sup>

Bazując na autorskiej teorii podmiotu ucieleśnionego [2], poniżej zaprezentowano fragment pracy psychoterapeutycznej, podczas której — dzięki wzmocnionej uważności terapeutki na cielesność pacjentki — stopniowej transformacji mogły ulegać traumatyczne doświadczenia. Terapeutka, pracująca w paradygmacie psychodynamicznym, sukcesywnie włączała do swoich działań interwencje wynikające z konceptualizacji cielesności jako podstawowej i zarazem najbardziej pierwotnej formy świadomości podmiotu. Posługiwała się metodami służącymi do wyodrębniania i zarazem integrowania reprezentacji cielesnych. Robiła to zwłaszcza wtedy, kiedy typowe metody analizy wydawały się niewystarczające, bo natrafiały na opór pacjentki jako naturalną obronę przed jej cierpieniem psychicznym.

Pani A. w momencie rozpoczęcia terapii miała 47 lat. Skarżyła się na nawracające, bardzo silne bóle zębów. Diagnoza stomatologiczna nie ujawniła jednak żadnych przyczyn uzasadniających zgłaszane dolegliwości. Nie tyle doznania somatyczne niewiadomego pochodzenia stanowiły główną troskę pacjentki, ile poczucie niezadowolenia ze swojego życia i z siebie samej, które nasiliło się od czasu wyprowadzenia się z domu jej 24-letniej córki.

Pacjentka przez siedem pierwszych lat życia była jedynaczką. W jej wspomnieniu moment urodzenia się brata zakończył agresję fizyczną matki regularnie stosowaną wobec niej w formie dotkliwego bicia pasem. Brat pani A. od wczesnej młodości leczony był z powodu uzależnienia. Zmarł śmiercią tragiczną zaraz po osiągnięciu 30. roku życia, ponieważ przedawkował narkotyki.

Pani A. w wieku 18 lat zaszła w ciążę. Była wtedy w klasie maturalnej, którą ukończyła już jako samotna matka: w pierwszym miesiącu ciąży została porzucona przez swojego chłopaka, ojca dziecka. Do tego czasu była z nim w bardzo zażyłej, romantycznej relacji, trwającej od początku szkoły średniej. Rozstanie z nim było dla niej przeżyciem trudnym i zupełnie niezrozumiałym.

<sup>2)</sup> Czytelnika zainteresowanego bardziej szczegółowym omówieniem zagadnień cielesności, a zwłaszcza psychicznych reprezentacji ciała, odsyłam do książki *Podmiot ucieleśniony* [2].

<sup>3)</sup> Dialog powstał na podstawie realnych rozmów psychoterapeutycznych. Dane pacjentki zostały zmienione w sposób uniemożliwiający jej identyfikację.

Nigdy nie była zamężna. Miała doświadczenie siedmioletniego, nieformalnego związku z mężczyzną, którego sama zostawiła, kiedy wyszły na jaw jego zdrady (rok przed podjęciem terapii).

Niezwykle trudne psychiczne doświadczenia rodzinne pacjentki stały się źródłem jej urazów psychicznych, które najprawdopodobniej przyjęły formę traumy relacyjnej. Powtarzające się od wczesnego dzieciństwa nadużycia emocjonalne, połączone z przemocą fizyczną matki, ciągły lęk i niepewność w relacji z ojcem, regularnie wszczynającym awantury w stanach upojenia alkoholowego oraz nieustanna trwoga o życie młodszego brata, uzależnionego od twardych narkotyków, złożyły się na długą listę wyzwiań, z którymi pacjentka musiała się mierzyć w ciągu swojego życia. Ich poziom trudności był na tyle wysoki, że psychiczne ich opracowanie znacząco przekraczało dostępne jej umiejętności zaradcze i adaptacyjne. Konsekwencje doświadczanych urazów psychicznych ujawniały się wyraźnie między innymi w jej obniżonej umiejętności odczytywania emocji, zmniejszonej odporności na stres, permanentnym niepokojem, połączonym z silną tendencją do obwiniania siebie oraz uporczywym poczuciu wstydu przeżywanego w relacjach społecznych. Dodatkowo pani A. cierpiała głównie z powodu samotności i bardzo obniżonego poczucia wartości siebie. Zmagiała się z intensywnymi stanami depresyjnymi, z powodu których leczyła się psychiatrycznie.

Terapia obejmowała trzy lata. Prezentowany fragment dialogu psychoterapeutycznego pochodzi z końcowego etapu pracy (około cztery miesiące przed zakończeniem procesu). W chwili kończenia terapii pacjentka nie przyjmowała już leków antydepresyjnych (pół roku wcześniej w porozumieniu z lekarzem zaprzestała leczenia farmakologicznego).

Fragmety dialogu z sesji pani A.:

P.: *Ostatnio wciąż brak mi sił. Czuję się wyczerpana, zmęczona, częściej czuję, że serce mi kołatze.*

T.: *Kieruje pani uwagę na dolegliwości somatyczne.*

P.: *Tak, aczkolwiek w głowie mam takie myśli, co mogłabym zrobić, żeby się lepiej poczuć, żeby moje życie miało więcej sensu. Do tej pory chciałam swoją głowę zajmować czymś innym. Ale teraz już nie chcę tego odkładać. Chcę wiedzieć, co mam robić. Czuję, że jest to dla mnie ważne teraz.*

T.: *Co dokładnie jest dla pani ważne?*

P.: *Żebym znalazła sposób na resztę mojego życia. Chciałabym to poczuć, jak mam dalej pokierować swoim życiem. Bo to życie teraz już mi nie odpowiada.*

T.: *Teraz pani wie to bardzo dokładnie: „to życie, które teraz wiodę, nie odpowiada mi”. I pani zmęczenie czy te doznania kołatania serca bardzo możliwe, że są też znakiem tego, sygnałem potwierdzającym tę prawdę: „to życie, które teraz wiodę, nie pasuje mi”.*

W tej początkowej wymianie pacjentka odważnie wprowadza istotny temat — niezadowolenia z życia czy raczej poszukiwania sposobu na jego zmianę. Zaczyna swoją narrację od dolegliwości somatycznych, czym sugeruje brak dostępu do przeżywanych emocji. Ponieważ akcentuje aspekt poznawczy przeżycia, idę za nim, nie forsując tematu emocji (nie pytając na przykład: „Co pani czuje w związku z tym”, „Czego pani doświadcza w swoim ciele, kiedy pani to mówi” itp). Takie pytanie, w tym miejscu zadane, zdradzałoby niedostatek mojej empatii jako psychoterapeuty i w konsekwencji prawdopodobnie osłabiałoby współpracę terapeutyczną.

P.: *Teraz dopuszczam te myśli do siebie, nie odsuwam ich całkowicie, pozwalam im krążyć. Kiedyś odsuwałam je na później, bo nie czas, bo nic nie mogę zrobić ze swoim życiem. Myślę, że teraz mogę. Muszę się zastanowić, czego bym chciała.*

T.: *Pani stwarza w sobie przestrzeń do tego, żeby poczuć swoje pragnienia. Żeby znaleźć w sobie odpowiedź, jakie to życie teraz ma być, tak?*

P.: *Tak... Zawsze myślałam, że nie mam problemu być sama. Ale przecież nigdy nie byłam tak jak teraz sama. Nigdy nie myślałam, że naprawdę potrzebuję ludzi.*

T.: *Rozpoznała pani potrzebę.*

P.: *Tak, chociaż ciężko mi przyznać, że potrzebuję codziennego kontaktu z drugim człowiekiem, z bliskim człowiekiem...*

T.: *Kiedy pani to mówi, to widzę, że inaczej pani przełyka ślinę... coś się w pani dzieje?*

Pacjentka zaczyna intensywniej przełykać ślinę, prostuje się na krześle oraz zmienia kierunek swojego spojrzenia. Rejestruję te cielesne zmiany i komunikuję je pacjentce. Nie zostawiam ich niewypowiedzianych, bo w tym momencie sesji wydają się ważnym sygnałem jej przeżyć. Niezauważenie ich i niezwerbalizowanie byłoby znakiem zignorowania niewerbalnych komunikatów pacjentki. Nie pytam też jeszcze: „Co się w pani dzieje?”, tylko mówię, że widzę, że coś się w niej dzieje. Taka interwencja na tym etapie pracy zmniejsza napięcie, które pacjentka ujawniła w słowach: „ciężko mi przyznać”.

P.: *Nie myślałam, że aż tak tego potrzebuję. Moja matka zawsze powtarzała, że mężczyzna nie jest potrzebny w życiu kobiety. Żyłam w przeświadczeniu, że to nie jest niezbędne do życia. A jednak wydaje mi się, że dla mnie to jest niezbędne.*

T.: *Jakie to jest uczucie, kiedy pani mówi: „potrzebuję być w relacji z mężczyzną”.*

P.: *Nie wiem, jak nazwać te uczucia... (pauza)*

T.: *Jakie to uczucia ...?*

Krystalizuję i uwyrażniam charakter potrzeby pacjentki, wstawiając w miejsce „tego potrzebuję” frazę: „potrzebuję być w relacji z mężczyzną”. Sama pacjentka identyfikuje i werbalizuje tę potrzebę w formie fragmentarycznej. Jednocześnie decyduję się na ponowne zadanie pytania o uczucia, ponieważ pacjentka wcześniejszymi słowami: „aż tak tego potrzebuję”, z emfazą położoną na „aż tak...” sugeruje mi, że dopuściła do siebie emocje, uczucia. Najprawdopodobniej świadomość doznań cielesnych już otworzyła jej drogę do własnych emocji.

P.: *Myślę, że taką ulgę poczułam, ale też poczułam taki strach, czy to się uda. Ja cały czas starałam się nie dopuścić myśli, że mogę dzielić z kimś życie. Żeby nie być rozczarowaną, taką oszukaną. To ciężko jest teraz odblokować. Jestem taka zablokowana, ale już pozwalałam sobie pomyśleć: jak to byłoby fajnie dzielić z kimś życie.*

T.: *Możemy zbadać to, co pani nazywa „zablokowaniem”.*

Zanim zacznę bardziej eksploracyjną pracę z pacjentką, chcę uzyskać jej zgodę, tym samym chcę wzmocnić jej motywację.

P.: *Tak.*

T.: *Zwróćmy uwagę na doznania z pani ciała. Gdzie je pani czuje, kiedy pani mówi o zablokowaniu?*

P.: *W sercu [odruchowo kładzie dłoń na sercu].*

T.: *Jakby pani pozwoliła sobie wniknąć w te doznania, poczuć je jeszcze bardziej.*

P.: *Ciężko mi to zrobić...*



T.: *To jest to zablokowanie... Może powiedziałyby mi pani o swoim sercu, o tym, jak je pani teraz doświadcza?*

P.: *Ja trzymam to serce, a ono chce się tak wyrwać. Nie chce być tam samo, zablokowane. Jakby dawało mi znaki, że nie chce być tam samo.*

T.: *Ono daje znaki...*

P.: *Domaga się, żebym je w końcu uwolniła, żebym pozwoliła mu żyć.*

Pacjentka odseparowuje swoje pragnienie, tym samym dystansuje się od niego i umieszcza je w części swojego ciała — w swoim sercu. Taki mentalny, nieświadomy zabieg pozwala jej na osłabienie odczuwania swojego pragnienia, ale jednocześnie w jakimś stopniu fragmentaryzowanie siebie i częściowe uprzedmiotowienie. Mówi: „serce nie chce być samo”, zamiast — „ja nie chcę być sama”.

Kolejna część sesji właśnie tego dotyczyła — odkrywania przyczyn takiego mentalnego zabiegu. Rozmowa koncentrowała się coraz bardziej na temacie zdrady i lęku przed nią (przedstawienie tego fragmentu pominęłam). Dalsza część sesji ujawnia już inny poziom świadomości pacjentki.

P.: *Nie dopuszczam w swoim życiu żadnych zmian. Zablokowałam to wszystko tak mocno. Może dlatego wciąż jestem taka zmęczona. Wciąż jestem w spięciu. Nawet swoje ciało blokuję tak mocno.*

T.: *Hmm... po to, żeby powstrzymać zmianę.*

P.: *Teraz jak tak pomyślę, to nie wiem, dlaczego tak się boję zmiany. I dlaczego nie miałabym próbować, nie puścić tak tego życia swojego, żeby szło swoim torem. A nie tak cały czas blokować.*

Temat blokady powraca, ale tym razem dotyczy nie tyle myśli (poznawczego aspektu funkcjonowania), ile lęku, który pacjentka umiejscawia wyraźnie w ciele, mówiąc o blokadzie ciała. Przechodzę zatem bezpośrednio do eksplorowania tej cielesnej blokady.

T.: *Jak pani przeżywa tę blokadę w swoim ciele?*

P.: *Moje ciało jest cały czas spięte, mimo że dużo mam ruchu, że dużo ćwiczę. Nie jestem rozluźniona tak, jak powinnam być rozluźniona. To może trwać trochę po ćwiczeniach, ale potem znowu moje ciało spina się. Tak jakbym nie chciała puścić, tylko cały czas blokowała siebie.*

T.: *Zmieniła pani sposób mówienia o tym spięciu. Najpierw powiedziała pani: „Ciało się spina”, a zaraz potem „jakbym nie chciała puścić”. Ciało sobie, pani sobie. Jakby to było trochę niezależne od pani — tak się działo, po prostu.*

Wskazuję na rozdźwięk w sposobie doświadczenia siebie przez pacjentkę, na brak tożsamości między ciałem i sobą. Kolejne moje interwencje będą miały na celu odbudowywanie w pacjentce doświadczenia większej spójności siebie cielesnej.

P.: *Może tak.*

T.: *I to spięcie... w jakim obszarze ciała odczuwane jest przez panią?*

P.: *Może tutaj, w klatce piersiowej, obejmuje całe ramiona, górną część tułowia...*

T.: *Plecy też?*

P.: *Tak, jak idę to nawet przyjmuję pozycję zgarbioną. To jest poza mną. Idę z głową do ziemi, jakbym była przybita tym wszystkim, tymi problemami.*

Pacjentka przechodzi od doznań spięcia w tułowiu (poczucia ciała) do ruchu (schematu ciała), aby w końcu pokazać całą sylwetkę (obraz ciała). Uaktywnia trzy mentalne

reprezentacje ciała, co może oznaczać poszerzanie przez nią swojej świadomości cielesnej, a w konsekwencji swoich uczuć. Ukazuje to poniższy fragment sesji.

T.: *Jak pani o tym mówi, wyobrażam sobie pani sylwetkę w spięciu. Proszę powiedzieć, czy ja to dobrze widzę. Jakby to spięcie sprawiało, że pani jest bardziej przygarbiona, schylona do ziemi, skutkiem czego pani oddech jest mniej swobodny...*

P.: *Tak, płytki, mniej głęboki...*

T.: *Płytki ... Wyobraziłam sobie panią w tym spięciu pochyloną i nie wiem, gdzie pani jest wtedy ze swoim wzrokiem...*

P.: *W ziemi!*

T.: *W ziemi. Nie w przyszłości, tylko w ziemi.*

P.: *Tak. I powiem pani, że w tym tygodniu zauważyłam, jak chodzę. I powiedziałam sobie: muszę chodzić z głową do góry, nie mogę poddawać się grawitacji... ja muszę po prostu zacząć oddychać. Bo co z tego, że ja chodzę, ruszam się, ale jak nie pozwalałam swojemu ciału oddychać, to tak jakbym siedziała na kanapie.*

T.: *Tak, jakby pani nie pozwalała sobie oddychać, a tym samym nie pozwalała sobie zobaczyć swojej przyszłości.*

P.: *Tak.*

T.: *Siebie w przyszłości.*

P.: *Nawet bym powiedziała, że chowam się w sobie, żeby się nie wychylić — tylko w tych swoich dawnych problemach, smutkach zagłębiać. Jakbym w sobie to moje życie i udręczone ciało celebrowała. A jednak ciągle wracam do tego ...*

T.: *Ten wzrok w ziemi, to celebrowanie trudnej przeszłości... Ale jak teraz wyobrażymy sobie panią wyprostowaną, jak pani bardziej to poczuje, to co pani ćwiczyła sama w ostatnim tygodniu — ten ruch prostowania się i kierowania wzroku ku przyszłości, to co chce pani widzieć w tej przyszłości, co chce pani w niej zobaczyć?*

P.: *Nie wiem... Chciałabym taką jasność zobaczyć, takie wesołe życie. Wesołe, ale spokojne. Ja zawsze lubiłam się śmiać i dużo się śmiałam. I to jednak był taki balans, dzięki czemu przeżyłam trudny czas. A teraz w ogóle nie mam radości.*

T.: *Radość, humor, śmiech... to jest to, co ożywi panią i odblokuje? Poruszona i ożywiona radością. Jaki to jest obraz pani?*

P.: *Taki ciepły. Czuję barwy. To jest mimo wszystko — życie... świat wydaje się lepszy.*

T.: *Ciepły i barwny obraz, zmysłowy i konkretny.*

P.: *Tak, czuję się taka żyjąca naprawdę. Bardzo pozytywne mam odczucia. Tak czuję, jakby świat się dla mnie zmienił. To pozwoli mi zapomnieć, nie rozpamiętywać tych ciężkich, złych rzeczy.*

T.: *Tak że pani będzie bardziej w teraźniejszości niż w tej ciężkiej przeszłości.*

P.: *Tak.*

T.: *Przyjrzyjmy się jeszcze bardziej pani ożywionej radością.*

P.: *Widzę taką biegnącą... nie wiem, dlaczego [pacjentka wyraźnie zmienia się na twarzy].*

T.: *Wydaje mi się, że się pani rozpromieniła przy tych słowach „biegnąca”.*

P.: *Myślę, że to synonim pójścia do przodu, że jednak pójdę do przodu. Jak zwolnię ten zacisk, to pójdę do przodu. Biegnącą ... tak to poczułam. Że w końcu ten świat zobaczę, sama pozwolę sobie w końcu wejść w moje życie.*

T.: *Biegąca... ku czemu pani biegnie w tym obrazie?*

P.: *Przyszło mi do głowy, że do kogoś biegnę. Ale od razu chciałam to ukryć, żebym nie poczuła tego [śmieje się].*

T.: *Ale pani to poczuła.*

P.: *Tak, takie poczucie bezpieczeństwa, wolności i bezpieczeństwa. Jakby mnie ktoś za rękę złapał.*

T.: *Jaki jest ten obraz, kiedy pani jest trzymana za rękę?*

P.: *Takiej jakiejś jedności, siły wewnętrznej mojej. Jestem taka silna, że mogę bardzo wiele, że poradzę sobie ze wszystkim.*

T.: *Rozluźnienie pojawiło się na pani twarzy.*

P.: *Kiedys, kiedy byłam dzieckiem marzyłam, że mama będzie mnie kochać. To są marzenia. Potrafiłam to robić. Marzyłam i nie miałam myśli samobójczych. Marzyłam, że to się zmieni, miałam sens życia. To mi pozwalało przetrwać te ciężkie rzeczy. Od dłuższego czasu nie marzę, nie pozwalam sobie na to. Nie widzę, nie widziałam tych obrazów, które są gdzieś we mnie. Nie widzę, że moje życie wcale się nie skończyło, że dopiero może się zacząć.*

T.: *Że ma pani tyle propozycji, tyle scenariuszy pozytywnych na to swoje życie.*

W tym ostatnim fragmencie dialogu terapeutycznego następuje przejście od koncentracji na doznaniach cielesnych do obrazu całej postaci, ożywianej radością i uwalniającej swoją energię do działania, poruszania się. Wraz z uaktywnianiem się wszystkich trzech reprezentacji ciała: obrazu, schematu i poczucia, następuje łączenie się ich w spójne wyobrażenie i odczuwanie siebie cielesnej. Przytrzymuję uwagę pacjentki na jej zintegrowanym obrazie siebie, tzn. powracam do niego trzykrotnie, by go tym samym intencjonalnie wzmacniać w niej. Zintegrowany w trzech mentalnych reprezentacjach ciała jej wizerunek przypuszczalnie aktywuje jej pozytywne wspomnienia. Pacjentka zaczyna uwalniać się od ograniczeń przeszłych, traumatycznych wydarzeń i od blokującego ją lęku. Wykazuje odwagę kierowania wzroku ku swojej przeszłości. Ośmiela się nazwać swoją potrzebę dzielenia życia z bliskim mężczyzną i rozpoznaje nowe możliwości — nadzieję na lepsze życie. Uwaga na jej cielesność w tej sesji wydała się pożądanym i dość skutecznym działaniem psychoterapeutycznym.

Cztery tygodnie później pacjentka powiedziała:

P.: *Czuję, że się zmieniłam. Staram się szanować siebie. Niczego nie muszę nikomu udowadniać. Bardziej akceptuję siebie. Teraz, kiedy patrzę w lustro, nie koncentruję się na swoich zmarszczkach, które wcześniej budziły we mnie duży lęk i przerażenie. Teraz patrzę sobie w oczy i coraz częściej zdarza się, że się uśmiecham do siebie.*

Przedstawiony powyżej dialog psychoterapeutyczny stanowi egzemplifikację pracy psychoterapeutki starającej się być bardzo uważną na cielesności pacjentki, szczególnie w tych momentach jej procesu pożądanых zmian, kiedy niezbędne wydawało się opracowywanie i pomieszczenie trudnych emocji związanych z traumatycznymi doświadczeniami. Poszerzanie świadomości doznań i wrażeń cielesnych pacjentki, zawartych w konkretnych reprezentacjach (obrazie, schemacie i poczuciu ciała) pomogło z jednej strony docierać w bardziej łagodny sposób do emocji i uczuć związanych z traumą, a z drugiej integrować ją cielesne z ja psychicznym w jednym, spójnym poczuciu siebie.

Zwiększenie świadomości cielesnej pacjentki, wyrażone w całościowym ujęciu siebie jako przeżywającego podmiotu, wydaje się stanowić ważne osiągnięcie w jej procesie

psychoterapeutycznym, usprawniającym ją do lepszego funkcjonowania. Wyraziło się to stosunkowo dobitnie w podjętych wkrótce przez panią A. decyzjach, odnoszących się do zmiany charakteru wykonywanej przez nią pracy zawodowej. Z opiekunki do dzieci i osoby sprzątającej biura przekwalifikowała się w przewodniczkę i pilotkę w renomowanym biurze podróży. Jednocześnie z większym spokojem, a nawet przyjemnością przyjmowała fakt, że córka wyprowadziła się z domu, co była teraz w stanie odczytywać jako pozytywną oznakę jej dojrzewania i usamodzielniania się.

Przedstawiona propozycja pracy ujawnia stosunkowo szerokie spektrum możliwości psychoterapeuty korzystania zwłaszcza z własnej, ale również pacjenta, uważności na zjawiska cielesności. Różni się od innych znanych w literaturze metod pracy z ciałem (np. Alexandra Lowena, Jamesa Kepnera, Babette Rothschild [14–16]) przede wszystkim w rozumieniu fenomenu cielesności, a w konsekwencji — w wyznaczanych do osiągnięcia celach psychoterapeutycznych. Koncentracja na doznaniach cielesnych (jak między innymi w propozycjach pracy z ciałem Lowena czy Kepnera), łączenie ich ze zdysocjowanymi w wyniku traumy pozostałymi elementami doświadczenia (jak w modelu dysocjacji SI-BAM wg Rothschild), w tym autorskim pomyśle stanowi zaledwie wstępny etap procesu. Głównym zamierzeniem jest przeprowadzenie pacjenta od przedmiotowego traktowania ciała do przeżywania siebie jako podmiotu ucieleśnionego. Poszczególne etapy realizacji tego celu prowadzą przez stopniowe aktywizowanie wszystkich trzech mentalnych reprezentacji: obrazu ciała, schematu ciała i poczucia ciała, aż do końcowego ich zintegrowania w spójnym doświadczeniu siebie cielesnego. Finalnie, odbudowywanie i wzmacnianie umiejętności przeżywania siebie jako jedności psychosomatycznej staje się warunkiem koniecznym przekształcania traumatycznego doświadczenia w taki sposób, żeby mogło ono stawać się integralną częścią świadomości siebie, a tym samym w coraz mniejszym stopniu utrudniać pacjentowi realizację życiowych zadań.

### Zakończenie

Człowiek witruwiański Leonarda da Vinci obrazuje jedność trzech aspektów cielesności: obrazu ciała, schematu ciała i poczucia ciała. Nie zatrzymując się na żadnym z nich, niezauważalnie, tak jakby bez większego wysiłku, przenosi osobę oglądającą rysunek w przestrzeń emocji i w samo centrum tajemnicy natury człowieka. Pomimo wyraźnej fizyczności i zmysłowości przedstawienia, z łatwością wprowadza w wewnętrzny świat — mikrokosmos, wpisany w świat zewnętrzny — makrokosmos — symbolizowany przez okrąg. Fizyczność i psychiczność, ciało i umysł wydają się pozostawać ze sobą w doskonałej harmonii. Psychoterapeuta uważny na cielesność pacjenta pieczołowicie wyłuskuje umysłowe reprezentacje ciała, przygląda się im z ciekawością, by następnie w twórczy sposób scalać je w zintegrowane ja cielesne, utrzymując na horyzoncie znaczeń mistrzowskie przedstawienie „Homo ad circulum”, czyli podmiotu ucieleśnionego.

---

### Piśmiennictwo

1. Isaacson W. Leonardo da Vinci. Insignis; 2017.
2. Mirucka B. Podmiot ucieleśniony. Psychologiczna analiza reprezentacji ciała i tożsamości cielesnej. Warszawa: Wydawnictwo naukowe Scholar; 2018.
3. Merleau-Ponty M. Fenomenologia percepcji. Warszawa: Wydawnictwo Alethei; 1962/2006.
4. Mirucka B, Sakson-Obada O. Koncepcja ja cielesnego, czyli próba przekroczenia fragmentarycznego ujęcia cielesności. *Przeł. Psychol.* 2013; 56(1): 9–28.
5. Bucci W. The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanal. Inq.* 2002; 22(5): 766–793.
6. De Vignemont F. A multimodal conception of bodily awareness. *Mind* 2014; 123(492): 989–1020.
7. James W. *Psychologia*. Kurs skrócony. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1892/2002.
8. Legrand D. Pre-reflective self-consciousness: on being bodily in the world. *Janus Head* 2007; 9(2): 493–519.
9. Slade PD. What is body image? *Behav. Res. Therapy* 1994; 32(5): 497–502.
10. Gallagher S. Body schema and intentionality. W: Bermudez JL, Marcel AJ, Eilan N, red. *The body and the self*. Cambridge: Bradford Books; 1995, s. 225–244.
11. Van der Kolk B. *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*; Warszawa: Czarna Owca; 2018.
12. Bermudez JL. *The paradox of self consciousness*. Cambridge, MA: MIT Press; 1998.
13. Damasio AR. *Tajemnica świadomości. Jak ciało i emocje współtworzą świadomość*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2000.
14. Rothschild B. *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
15. Lowen A. *Duchowość ciała*. Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza; 1992.
16. Kepner JI. *Ciało w procesie psychoterapii Gestalt*. Warszawa: Wydawnictwo Pusty Obłok; 1991.

Adres email: [beatamirucka@kul.pl](mailto:beatamirucka@kul.pl)



Krzysztof Walczewski<sup>1,2</sup>, Wojciech Korzeniowski<sup>1,2</sup>, Irena Najbar<sup>1,2</sup>, Małgorzata Pruss<sup>1</sup>,  
Aneta Ferlak<sup>1</sup>, Agnieszka Fusińska-Korpik<sup>1,2</sup>

## ASPEKTY TERAPEUTYCZNE ODDZIAŁU ZAMKNIĘTEGO. CZĘŚĆ II

### THERAPEUTIC ASPECTS OF A PSYCHIATRIC WARD. PART II

<sup>1</sup>Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie

<sup>2</sup>Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Klinika Psychiatrii

**stationary psychiatric ward  
personal therapeutic program  
recovery**

#### Streszczenie

*Izolacyjny aspekt opieki psychiatrycznej determinuje naukowe i teoretyczne refleksje na temat pracy terapeutycznej z pacjentami w głębokich kryzysach psychicznych. Zachodzące współcześnie zmiany w tym obszarze implikują potrzebę dzielenia się nie tylko postęпами w zakresie szeroko rozumianej wczesnej rehabilitacji pacjentów, ale także skutecznymi praktykami oddziaływań psychoterapeutycznych wobec pacjentów leczonych na ogólnopsychiatrycznych oddziałach stacjonarnych. Zagadnienia dotyczące metod terapii pacjentów w głębokich kryzysach psychicznych wciąż podejmowane są w literaturze stosunkowo rzadko, w szczególności w kontekście pracy zespołowej i jej terapeutycznego potencjału. Zwrócenie uwagi na te elementy leczenia stacjonarnego jest istotne dla procesu leczenia. W niniejszym artykule zaprezentowano zespołowy model pracy terapeutycznej oddziału ogólnopsychiatrycznego Szpitala Klinicznego im. dr. J. Babińskiego w Krakowie. Przedstawiono założenia teoretyczne leżące u podstaw tej pracy. Omówiono niektóre formy oddziaływań wraz z ilustracją elementów praktyki klinicznej. Refleksje dotyczą dalszych kierunków doskonalenia terapii w ramach stacjonarnej opieki psychiatrycznej.*

#### Summary

The isolational aspect of psychiatric care determines scientific and theoretical reflections on therapeutic work with patients in deep mental crises. Current changes in this area imply the need to share not only advances in the global rehabilitation of patients, but also effective practices of therapeutic interactions with patients treated in general psychiatric stationary wards. Issues regarding the treatment of patients in deep mental crises are still relatively rare in literature, in particular in the context of the role of teamwork and its therapeutic potential. Attention to these elements of stationary treatment therefore appears to be of paramount importance in the understanding of the treatment process. The article presents a team model of therapeutic work at the general psychiatric department of the

Babinski University Hospital in Cracow. The theoretical assumptions underlying the department's work are presented. Some therapeutic techniques are illustrated with elements of clinical practice. A reflection on the further directions of therapeutic work in residential psychiatric care is presented.

## Wstęp

Niniejszy artykuł jest kontynuacją wcześniejszej pracy „Aspekty terapeutyczne oddziału zamkniętego. Część I” [1]. Tym razem uwagę chcemy poświęcić kolejnym narzędziom terapeutycznym. Służą one poszerzeniu pola współpracy, z którego pacjent i lekarz wspólnie mogą korzystać. Kluczowe dla niej jest nawiązanie nici porozumienia z pacjentem, porozumienia formalnego, emocjonalnego, egzystencjalnego czy opartego o rolę pacjenta i lekarza. Równie istotnym elementem leczenia jest równoległe przepracowywanie zjawisk psychopatologicznych, zaburzeń relacji terapeutycznej w obrębie pola przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowego [2, 3]. Funkcjonowanie zespołu leczącego oparte jest na harmonizacji poglądów i sposobów działania. W okresie kształtowania się opisywanego tutaj stylu pracy terapeutycznej w oddziale przyjęciowym ogólnopsychiatrycznym zainspirowało nas pojęcie „wspólny umysł” — „common mind”, opisane przez Christophera Bollasa [4]. Operacjonalizacją wspomnianego bollasowskiego współmyślenia jest przyjęty styl pracy terapeutycznej, organizacji przebiegu dnia i rytmu tygodnia według planu — planu omawianego i opisanego na tablicy zajęć dostępnej wszystkim uczestnikom społeczności oddziału terapeutycznego. Osobisty Program Terapeutyczny (OPT) (załącznik nr 1) pełni funkcję organizacji czasu dnia i tygodnia, informacyjną i właśnie harmonizującą, upewniającą w pewien sposób pacjenta o jego uczestnictwie w życiu oddziału.

Oddziały ogólnopsychiatryczne w Szpitalu Klinicznym im. dr. J. Babińskiego w Krakowie prezentują różne modele organizacji pracy. Wszystkie jednak działają w trybie ostroprzyjęciowym, zaopatrując wyznaczoną grupę pacjentów z podziałem na region, a część również na płęć. Opisywany oddział jest oddziałem męskim ogólnopsychiatrycznym dla dzielnicy Krakowa Krowodrzy. Oddział w przeliczeniu personelu na liczbę zaopatrywanych łóżek (maksymalnie 42 pacjentów na oddziale) nie odbiega od standardów innych oddziałów tutejszego szpitala. Wspólnym wątkiem pracy zespołowej jest myśl psychoterapeutyczna z obszaru nurtów psychoanalitycznego, psychodynamicznego i systemowego. Część zespołu jest szkolona w nurcie psychodynamicznym, a kierownik oddziału jest superwizorem certyfikowanym przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

We wcześniejszej pracy omówione zostały odniesienia teoretyczne, przyjęte cele leczenia, założenia, zasady i rozwiązania organizacyjne oddziału stacjonarnego. Szerzej opisano rolę społeczności terapeutycznej i indywidualnego programu leczenia w oparciu o praktyczne przykłady. Podkreślono, że w rejonowym, heterogennym diagnostycznie oddziale stacjonarnym nieustannie przyjmującym nowych pacjentów w stanie zaostrezenia choroby psychicznej dla realizacji powszechnie przyjętych celów, jak zapewnienie struktury i bezpieczeństwa, postawiono cel trudniejszy — zbudowania przymierza terapeutycznego i bardzo trudny, jakim jest zbudowanie motywacji do dalszej terapii i uruchomienie zasobów do odzyskiwania zdrowia, czyli zdrowienia (*recovery*), mając na uwadze, że jest to dopiero początek drogi. Potrzebna jest ciągłość leczenia i opieki, sprecyzowana perspektywa czasowa oraz znajomość narzędzi, które będą stosowane



w kolejnych fazach zdrowienia, zarówno w oddziale zamkniętym, jak i poza nim. W tej części pracy zostanie omówiony kontakt z lekarzem, formy pracy psychoterapeutycznej i interwencji psychospołecznych.

### **Osobisty program terapeutyczny**

Program jest przedstawiany pacjentowi w pierwszych dniach pobytu. Przy kartce z harmonogramem wspólnie z pacjentem ustalany jest zakres, w jakim powinien się w niego zaangażować. Harmonogram ten zostaje także wywieszony na korytarzu przy drzwiach wejściowych do oddziału. Wszystkie zmiany i ewentualne modyfikacje osobistego programu terapeutycznego są wprowadzane na bieżąco.

Bez połączenia w umyśle pacjenta jego osobistych celów życiowych z terapią na oddziale, trudno będzie mu odkryć sens terapii zajęciowej, terapii mówionych czy nawet relaksacji.

Anna Bielańska w swoim krytycznym omówieniu metod psychoterapii osób z problemami schizofrenicznymi podkreśla konieczność żywego, soczystego użycia różnych teoretycznych podejść, jeśli mają się one okazać skuteczne w praktyce klinicznej [5]. Doradne korzyści zdrowotne związane z poprawą objawową powinny łączyć się ze strategią zdrowienia nastawioną na budowanie przez chorego perspektywy satysfakcjonującego życia poza szpitalem [6].

Na osobisty program terapeutyczny składają się: poranne ćwiczenia fizyczne, wizyta lekarska, terapia zajęciowa, terapie mówione (grupy wsparcia, psychoedukacja czy w końcu psychoterapie różnych szkół i metod) oraz treningi umiejętności. Każda grupa zawodowa włącza w zakres swoich obowiązków prowadzenie poszczególnych modułów OPT (osobistego programu terapeutycznego).

### **Wizyta lekarska**

Wizyta lekarska odbywa się w trzech trybach:

1. Indywidualne rozmowy sprawdzające przebieg leczenia: tempo zdrowienia, stopień remisji objawowej oraz stopień realizacji osobistego programu terapeutycznego. W rozmowie z pacjentem oceniany jest także stopień konceptualizacji zasobów do zdrowienia i ich praktyczne znaczenie w rzeczywistości poza oddziałem zamkniętym. Jednym z pierwszych zasobów zdrowienionych jest krytycyzm chorobowy.
2. W dzień społeczności wizyta przyłóżkowa, skupiona na stanie zdrowia oraz wyszukiwaniu konkretnych, adekwatnych do zasobów pacjenta ról w społeczności oddziału. Pacjenci są też motywowani do ich podejmowania.
3. Indywidualna wizyta u lekarzy prowadzących. Odbywa się na koniec tygodnia i ma charakter podsumowania postępów w leczeniu. Wspólnej ocenie podlega realizacja osobistego programu terapeutycznego: obecność, użyteczność zajęć i korzyści odniesione z poszczególnych rodzajów terapii: zajęciowej, mówionej i podjętych funkcji w społeczności terapeutycznej. Wspólnie z pacjentem oceniana jest efektywność farmakoterapii i dalszy plan leczenia. Dokładne omawianie obecnych i możliwych

niepożądanych działań leków jest istotne dla budowania zaufania pacjenta do wiedzy lekarza w przymierzu terapeutycznym oraz ze względów prawnych [7, 8, 9].

### **Terapia zajęciowa (na przykładzie pracowni garncarskiej)**

Zajęcia ogniskują się w pracowni terapii zajęciowej, wypełnionej wytworami niemalże pokoleń pacjentów leczących się tutaj. Ściany wypełniają obrazy, rysunki, a także kilimy, na półkach rozstawione są rzeźby z papier mâché, zwierzęta origami, domki z zapalek itp. Pracownia stanowi miejsce spotkań i wspólnej działalności w towarzystwie terapeuty. Jest utrzymana w konwencji wiejskiej chaty. W zamierzeniu było, aby uczestnicy na jakiś czas przenieśli się w pozaszpitalny wymiar, wymiar sielankowy. Wnętrze wita uczestników napisem „Nie święci garnki lepią”, ściany ozdabiają namalowane wiejskie kwiaty — malwy, maki i chabry. Na przeciwległej ścianie pojawia się krajobraz, z drogą prowadzącą do chałupy, płotem z glinianymi garnkami i kogutem.

Pacjenci lubią glinę, jest ona bardzo wdzięcznym materiałem: miękkim, plastycznym, łatwo podlega obróbce. Czasem rozmawiamy o jej pochodzeniu jako skały lejnej, o naturalnym kontakcie człowieka z tym materiałem, który ma wymiar prawie atawistyczny. Gлина towarzyszyła ludziom od pradziejów, zawsze była obok. Kiedyś ktoś podchwycił tę myśl i oznajmił, że przecież pierwszy człowiek był z niej ulepiony. I tak dalej brniemy w jej manualnym przetwarzaniu, nawet początkujący adepci są w stanie ulepić coś efektownego. Zajęcia prowadzone są w małych grupach 6–7-osobowych. Pacjenci mogą zaznać siły transformującej przez zetknięcie się z rzemiosłem i sztuką. Możliwe, że tym samym mocy nabierają słowa mistrza ceramiki Bolesława Książka: „Życie jest piękne, bo można robić ceramikę” [10, str. 71].

### **Grupa wsparcia psychospołecznego**

W trakcie spotkania grupy wsparcia psychospołecznego na wstępie pada zwykle prośba terapeuty o wystąpienie jednego z pacjentów z własnym problemem, a do pozostałych członków o pomoc w jego rozwiązaniu; pomoc poprzez dzielenie się własnym doświadczeniem w pokonywaniu podobnych trudności, wsparciem emocjonalnym, wymianą użytecznych informacji, szukaniem wspólnych rozwiązań. Nierzadko dochodzi do sytuacji, że podczas analizy czyjegoś problemu i jego życiowych trudności wyłania się obraz osoby wyizolowanej, skrzywdzonej, odrzuconej, bardzo samotnej za przyczyną choroby psychicznej, obawiającej się innych ludzi i stroniącej od nich.

Winieta kliniczna: Zajęcia mają charakter otwarty, więc za każdym razem zasadne jest poinformowanie wszystkich, na czym one polegają i czemu służą. Przypomnienie zasady pracy grupowej: kultura wypowiedzi, niewchodzenie sobie w słowo, nieprzerywanie, zważanie na słownictwo, poważne traktowanie przedstawianego tematu, tajemnica terapeutyczna, wyciszenie telefonów, niekręcenie się itp. Po technicznych aspektach dotyczących spotkania nadchodzi jego kulminacyjny moment, czyli wybór tematu spotkania. Osoba chcąca przedstawić swój problem proszona jest o jego opisanie, zaś pozostali uczestnicy, bazując na własnych przeżyciach, doświadczeniach i zasobach pomagają ów problem

rozwiązać. Ważnym elementem całego procesu jest udzielanie emocjonalnego wsparcia opartego zarówno na empatii, jak i próbach zrozumienia. Nie należy jednak unikać zdrowego krytycyzmu.

Przykładem może służyć opis sytuacji: Pan Andrzej, pacjent, który na oddziale powraca do równowagi psychicznej i przygotowuje się do dalszej terapii w ośrodku leczenia uzależnień, poprosił zebranych o pomoc, wyrażając swoje obawy związane z opuszczeniem szpitala i czasem oczekiwania na oddział leczenia podwójnych diagnoz. „Co zrobić, żeby nie popłynąć?” — padło proste, ale nacechowane obawami i strachem pytanie. Zapadła cisza, która, zważywszy na fakt, że aktualnie znaczny procent pacjentów na oddziale to osoby z podwójnym rozpoznaniem, wydawała się wręcz złowroga. Ciszę przełamał głos pana Janka. Jego wypowiedź zaskoczyła wiele osób na sali. Do tej pory mało aktywny, cichy, niepozorny i spokojny cofnął się w swojej opowieści do dalekiej przeszłości. Opowiadał o czasach swojej młodości, kiedy ciężko uzależniony i od alkoholu, i od narkotyków próbował walczyć z nałogami. Mówił o swoich pobytach w ośrodkach monarowskich, trudnościach z nimi związanych, ale również o tym, co mu pomagało. „Było bardzo ciężko, czasami wydawało się wręcz beznadziejnie, ale udało się. Pracowałem, byłem w związku, pomagali mi inni ludzie, mój upór, sił dodawała wiara. Do narkotyków udało mi się nie wrócić, alkohol mnie jednak dopadł” — zakończył ze smutkiem w głosie. Wypowiedź ta bardzo autentyczna i szczerza. Są wśród nas tacy, którym się udało i odnieśli życiowe sukcesy na miarę swoich możliwości, pozostali po stronie życia. Słowa pana Janka były bardzo osobiste i choć dotyczyły trudnego tematu, to zawierały w sobie poruszającą dozę entuzjazmu i wiary w „możliwość niemożliwego”, wiary, że nawet teraz po kolejnym potknięciu w jego życiu, uda się mu znów stanąć na nogi.

Pan Darek, od dłuższego czasu na oddziale, do tej pory mało uczestniczący w zajęciach, izolujący się, skupiony bardziej na swoich wewnętrznych przeżyciach i myślach, swoje zdanie wypowiedział drżącym, poruszonym głosem: „Jestem bardzo chory, mam wiele problemów, moja sytuacja życiowa jest na krawędzi załamania. Mogę stracić rodzinę, pracę, wszystko, co dla mnie najważniejsze. Musiałem wyhamować. Zanim przyszedłem do szpitala wziąłem wszystkie zioła i inne używki i spaliłem je przy żonie. Powiedziałem, że nie ma do nich powrotu, a do domu wrócę po przerwaniu tej lawiny”. Płakał.

Takie wypowiedzi wywołują wzruszenie, jednocześnie uświadamiając uczestnikom grupy, jak duży jest ciężar psychiczny i idące za nim cierpienie, skoro chęć ujawnienia ich i wyartykułowania pokonuje, skądinąd często naturalną, obawę przed odsłonięciem i otwarciem się w dużej grupie właściwie nieznanym osobom. Obie osobiste wypowiedzi zaktywizowały grupę i na fali emocjonalnego poruszenia uruchomiły liczne wypowiedzi i zapytania: Dlaczego tak się działo? Co mogło być czynnikiem spustowym? Podejmowano próby wyjaśnień, które zdominowały i przysłoniły często wcześniej obecne dobre rady, dydaktyczne, ale suche pouczenia.

W trakcie dyskusji i prób analizy poruszanych zagadnień nie zapomniano o panu Andrzeju. Członkowie grupy zwracali się do niego bezpośrednio, a on sam, zachęcony chyba wcześniejszymi wypowiedziami i zainteresowaniem całej grupy, bez oporów przedstawił i opisał genezę swojego obecnego problemu, wyjaśnił swoją sytuację życiową oraz obawy co do swojej przyszłości. Do bólu szczerze wyznanie dotyczyło początków jego narkomanii, życia, które legło w gruzach, nieudanych pobytów w ośrodkach, niepohamowanej agresji,

która doprowadziła go za kraty i uczyniła bezdomnym. Opowieści o życiu na dnie — walki uliczne, kradzieże, pobicia i to wszystko okraszone narkotykami zrujnowały mu zdrowie i — jak sam stwierdził — „cudem chodzę, ale pod czerepem tylko pustka”.

Niezwykły był też moment, kiedy pan Andrzej ze wzruszeniem powiedział: „Słuchajcie, najpiękniejszym momentem mojego życia były trzy miesiące, kiedy nie ćpałem, byłem czysty. Tęsknię za tym czasem. Chciałbym coś takiego jeszcze przeżyć, tylko boję się, że nie umiem być na tyle silny, by przetrwać najgorsze chwile odwyku”. Młodszy pacjenci słuchali jego opowieści w niezwykłym dla nich skupieniu, bez cienia obecnej często wesołkowatości, nonszalancji i werbalnego negatywizmu. Ktoś tylko cicho syknął do kogoś: „Słuchaj, słuchaj, co z ciebie zostanie”. Prawdopodobnie ma to związek ze szczególną więzią, która rodzi się pomiędzy ludźmi, których łączą podobne trudności, ten sam mianownik. Więzy ta się buduje w chwili, kiedy jedna osoba mówi do drugiej: „Wiem, o czym mówisz, wiem, co czujesz, byłem tam, rozumiem cię”. Takie zrozumienie daje siłę do mówienia.

### Psychoterapia grupowa

Psychoterapia grupowa jest kierowana do pacjentów z doświadczeniem kryzysu psychotycznego. Osoby w ostrej psychozie nie kwalifikują się na te zajęcia, ale możliwe są pewne odstępstwa „przy konstruowaniu grupy najważniejszy jest poziom zaburzenia czy siła ego, a nie obecność czy brak objawów psychotycznych” [11]. W doborze osób na zajęcia, na co dzień korzystamy z wiedzy całego personelu oddziału. Melania Klein podkreśla wagę odpowiedniego settingu w pracy z pacjentem psychotycznym. Ponadto w ramach nadmienionej teorii istotne jest, by osoby bliskie były życzliwe, a przynajmniej neutralne wobec terapii [12]. W przypadku oddziału mowa tu również o członkach personelu. Dla zachowania bezpiecznych ram psychoterapii grupowej zajęcia odbywają się o stałej porze i w stałym miejscu, trwają 75 minut.

Psychoterapia grupowa na oddziale stacjonarnym ogólnopsychiatrycznym bywa pierwszym kontaktem pacjenta z psychoterapią jako taką. Samo założenie teoretyczne jest na granicy między wglądową pracą a wspieraniem zasobów pacjenta. Sesję prowadzi dwóch terapeutów. Obecny jest zespół reflektujący, zaczerpnięty z dorobku terapii systemowej w przetworzony przez nas sposób [13]. Zespół reflektujący, obecny w kręgu, zabiera głos jedynie na koniec, dając zwięzły komentarz do przebiegu zajęć. To jeden, dwóch lub trzech terapeutów pokazujących nową perspektywę na sesję i dających pozytywne wzmocnienie procesom działającym się na terapii.

Różnicą w stosunku do klasycznego andersenowskiego zamysłu jest sposób przekazywania informacji przez zespół reflektujący — nie jest to rozmowa zespołu o pacjentach między sobą, a wypowiedź do pacjentów w krótkiej formie. Po niej pacjenci mają przestrzeń, żeby odnieść się do słów grupy reflektującej i zreferować swoje postrzeganie zajęć. Poza kręgiem znajduje się kolejny terapeuta — obserwator, przez pacjentów nazywany kronikarzem. Na początku spotkania przedstawia się, wtedy też jego rola jest wyjaśniana pacjentom. Nie mówi nic przez całe zajęcia, ale notuje swoje uwagi. Ta funkcja ma znaczenie przy omawianiu zajęć po zakończeniu grupy i pozwala popatrzeć na niektóre procesy z większego dystansu oraz bardziej obiektywnie.

Dla zobrazowania tego chcielibyśmy przytoczyć krótki fragment kliniczny. Jest zasada, że po przedstawieniu się wszystkich osób nikt więcej nie może dołączyć. Gdy właśnie ostatni z pacjentów skończył się przedstawiać, nagle wszedł spóźniony pacjent, tłumacząc się, przepraszając i pytając, czy zdążył. W naszym odczuciu w tamtym momencie wyproszenie go z zajęć byłoby bardziej okrutne niż opiekuńcze. Pacjent pozostał na zajęciach, po czym przekierowano pytanie do grupy, co o tym myślą i jak się z tym czują. Nie wiemy, czy była to najbardziej poprawna reakcja, ale wiemy, że ta sesja w szerokim rozumieniu była jedną z bardziej konstruktywnych od dłuższego czasu. Wszelkie oczekiwania do grupy w terapii pacjentów psychotycznych mogą utrudnić lub nawet uniemożliwić proces leczniczy. Zdanie „bez pamięci i bez oczekiwań, pragnień” jest tu jak najbardziej aktualne [14].

W opisywanej grupie brało udział 9 pacjentów i 4 osoby z personelu, w tym 2 psycho-terapeutów i 2 osoby zespołu reflektującego. Spotkanie odbyło się przed wprowadzeniem funkcji obserwatora.

Na początku zajęć jedna z autorek tekstu poinformowała pacjentów o swojej trzymiesięcznej nieobecności i pożegnała się z nimi. Obowiązywała wtedy jeszcze reguła zamykania drzwi sali terapeutycznej na klucz od wewnątrz. Każdorazowo było to uzgadnianie z grupą. Gdy zapytano uczestników o zgodę na zamknięcie drzwi, pan J. się sprzeciwił. Grupa poparła jego stanowisko. Zgodnie z decyzją pacjentów drzwi pozostały otwarte. Podczas omawiania pozostałych zasad, pacjenci wyraźnie podkreślali potrzebę poufności oraz wzajemnego szacunku. Po przejściu do części, w której pacjenci mieli przestrzeń na wyrażenie swoich emocji, zaległa długa cisza. Interpretowano to milczenie w kontekście drzwi, które zostały otwarte i czasowego odejścia terapeuty grupowego na obowiązkowy staż. W odpowiedzi na to grupa dużo mówiła o trudnościach z otwarciem się na innych ludzi w swoim codziennym życiu oraz realiach oddziałowych, w których problemem staje się brak zaufania i stabilizacji. Omówiona została trudność, jaką sprawia uczestnikom grupy duża rotacja na oddziale ogólnopsychiatrycznym. Niemal każdego dnia do szpitala przyjmowane są nowe osoby, a wychodzą ci, z którymi nawiązane zostały relacje. Mocno na tym tle wybrzmiało pytanie zadawane przez grupę, czy w ogóle warto angażować się w takie relacje.

Inną perspektywę w dyskusji nakreślił pan P., który mówił, że czuje się tutaj lepiej niż na oddziale rehabilitacyjnym, gdzie pobyty są długie, a tym samym zmiany w gronie pacjentów są mniejsze. Zwrócił uwagę na zewnętrzną stabilizację na oddziale ogólnopsychiatrycznym, jaką dają mu zamknięte drzwi oddziału, leki i pasy. Na koniec przyznał jednak, że przeszkadza mu tutejsza rotacja. Następnie pacjenci bardziej otwarcie mówili o problemach, jakie widzą w związku ze swoją chorobą w kontekście relacji międzyludzkich oraz stygmatyzacją osób leczących się psychiatrycznie. Trudno było pogłębić ten wątek: uwypuklił się brak zaufania, co w sposób bardziej praktyczny ukazało istotę podnoszonego na sesji problemu.

Pacjenci odnieśli się do codziennego funkcjonowania oddziału, mówili o tendencji do zawiązywania się małych podgrupek, w których łatwiej o bliskość, i o poszukiwaniu podobieństw między sobą. Po tych słowach zdaliśmy sobie sprawę, że taki proces toczy się też tu w grupie. Gdy jeden z pacjentów opowiadał o problemach z rodzicami, z którymi mieszka, to dwóch innych wspomniało, że ma podobną sytuację. Znowu, gdy inny uczestnik mówił o relacjach z sąsiadami, kilku innych zaznaczyło, że zna to zagadnienie

z własnego doświadczenia. Przez większość sesji pacjenci chętniej odnosili się do tematu lęku niż psychozy, co ma ścisły związek z tym, że grupa była na etapie poznawania się. Z naszych obserwacji wynika, że objawy psychotyczne stają się tematem możliwym do eksplorowania, kiedy między pacjentami jest większa bliskość i zaufanie; jest to późniejszy etap tworzenia się grupy. Wynika to bezpośrednio z dynamiki zmian na oddziale i składu każdej z grup, bowiem grupa ma charakter otwarty.

Po wypowiedzi grupy reflektującej, kiedy jest czas na podsumowanie i refleksje uczestników, pacjenci wypowiadali się najbardziej otwarcie. Każdy z pacjentów zabrał głos w sposób, który sprawiał wrażenie, jakby uczestnicy przedstawili się na koniec. Takie zachowanie można rozumieć na dwa sposoby: albo jako formę oporu, albo jako chęć większego opowiedzenia o sobie grupie. W tym konkretnym przypadku skłaniamy się do myślenia o takim zachowaniu grupy jako o efekcie pracy w ciągu sesji nad budowaniem zaufania i bliskości między uczestnikami. Refleksja ta znajduje potwierdzenie w fakcie, że na następnych zajęciach proces ten był podtrzymany, a tematy wprost kontynuowane.

### Muzykoterapia

Zajęcia muzykoterapii na oddziale są prowadzone receptywnie i w grupie. Pacjenci słuchają utworów, o których następnie rozmawiają. Zajęcia odbywają się raz w tygodniu o stałej godzinie, trwają 1,5 godziny. Grupa jest zmienna i zdarza się, że bardzo liczna (około 20 osób). Jest również niejednorodna pod względem objawów chorobowych uczestników, zatem istotną rolę odgrywa taka organizacja spotkania, która zaangażuje jak najwięcej osób.

Długi czas trwania zajęć sprawia, że na uczestnictwo w nich decydują się najczęściej pacjenci, których stan psychiczny jest polepszony, czujący się silniejsi i chcący podjąć pracę, jaką proponuje się podczas muzykoterapii. Zdarza się jednak, że na zajęciach potrafią wytrwać również pacjenci z objawami psychotycznymi, którzy, wypowiadając się, podejmują wysiłek porządkowania swoich myśli i uczuć. Trudniej jest wytrwać pacjentom z nasilonym lękiem.

Dla tak zróżnicowanej grupy ważna jest różnorodność muzyczna. Zajęcia prowadzi psycholog, zatem istotne jest również określenie celów psychologicznych tej formy terapii. Ostatecznie prowadząca zajęcia decyduje się na cykl zajęć o charakterze tematycznym. Utwory są zatem z tekstami w języku polskim i zostały dobrane w taki sposób, żeby aktywizować uczucia, ale jednocześnie wywoływać refleksję. Cykl tematyczny zaczyna się od ogólnych tematów, „Życie”, „Człowiek”, „Jaki jestem?”, „Dom” i zmierza w stronę różnych uczuć i stanów psychicznych, na przykład „Szczęście”, „Nadzieja”, „Ból i gniew”, „Wolność”, „Wiara”, „Miłość”, „Walka”, „Różne wartości”, „Czas na zmiany”.

Na początku zajęć prowadząca przedstawia, jak będą przebiegały. Po tym wprowadzeniu zdarzało się, że niektórzy pacjenci rezygnowali z uczestnictwa. Prowadząca podkreśla, żeby uczestnicy starali się mówić o wszystkich odczuciach, również negatywnych. Kolejne etapy to imienne przedstawienie się uczestników oraz wysłuchanie kilkuminutowego utworu o spokojnym brzmieniu, przy którym pacjenci mogą się zrelaksować, oddychając w sposób „krótki wdech nosem, wydech ustami”. O tym pierwszym utworze grupa nie rozmawia. Po utworach ze słowami w języku polskim pacjenci starają się nazywać swo-

je uczucia, ale zwykle już od drugiego utworu zaczynają się odnosić również do treści i liczba osób aktywnie wypowiadających się stopniowo się zwiększa. Zaczynają również reagować na siebie nawzajem, rozmawiać, wspierać się, gdy czyjaś wypowiedź odsłania smutek, poczucie winy, żal. Cieszą się, gdy ktoś mówi o sprawach radosnych. Zachęcenie wspomnieniami, które wzmacniają, zaczynają szukać w swoim życiu dobrych wspomnień. Korygują podczas takich zajęć sposoby komunikowania się lub zyskują potwierdzenie, że dobrze radzą sobie w relacjach.

Pod koniec zajęć prowadząca pyta zwykle o temat zajęć, który nie był wcześniej podany, ale stopniowo odsłania się poprzez utwory. Pacjenci, którzy nie wypowiadali się, ale uczestniczyli w całych zajęciach, są z kolei pytani o aktualnie odczuwane emocje i ogólne wrażenie z zajęć. Pacjenci nierzadko zwracają uwagę na atmosferę zajęć — sprzyjającą poczuciu bezpieczeństwa, otwartości, z elementami humoru. Widać, że wychodzą z zajęć rozluźnieni, kontynuują rozmowy na korytarzu. Jeśli zdarzy się, że ktoś z uczestników podczas zajęć przeżywa przykre emocje i zajęcia nie pomogły w ich wyciszeniu się, po muzykoterapii prowadząca rozmawia z nim indywidualnie.

Wymiennie z zajęciami o charakterze tematycznym jest prowadzona muzykoterapia w oparciu o utwory, które pacjenci sami wybierają, oraz w oparciu o utwory pochodzące z różnych krajów, odmiennych kulturowo. Gdy pacjenci sami wybierają utwory, grupa również wypowiada się o emocjach, a potem uczestnik, który wybrał utwór, wypowiada się o swoich emocjach i o tym, co spowodowało, że wybrany utwór jest dla niego ważny.

Podczas muzykoterapii z utworami pochodzącymi z różnych stron świata pacjenci wypowiadają się o własnych emocjach, ale również są zachęceni do wypowiedzi na temat tego, jak ta muzyka charakteryzuje naród, z którego pochodzi. Podróż w głąb siebie zostaje zatem zastąpiona tutaj podróżą po różnych zakątkach świata.

### Psychoedukacja

Psychoedukacja odbywa się raz w tygodniu o stałej porze. Zajęcia te prowadzone są tematycznie, według harmonogramu stale dostępnego dla pacjentów na tablicy ogłoszeń. Cykl zajęć obejmuje siedem spotkań, a ich tematami są: zdrowie psychiczne, objawy chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzenia schizofreniczne i psychozy, zaburzenia nastroju, uzależnienia, metody leczenia i aspekty prawne w psychiatrii. Temat dotyczący zdrowia psychicznego i higieny psychicznej prowadzony jest przez psychologa, natomiast zajęcia o pozostałej tematyce prowadzi lekarze.

Krótki opis przykładowych zajęć psychoedukacyjnych przeprowadzonych na oddziale: Wicestarosta przygotował tablicę (flipchart), w tym czasie starosta zrobił obchód po salach, upewniając się, że wszyscy mogący wziąć w nich udział dotarli już na zajęcia. Układ krzeseł ustalono na owalny w celu wprowadzenia klimatu seminaryjnego, aby uwypuklić, że wypowiedź każdego z uczestników będzie wartością wnoszoną w zajęcia. Spotkanie rozpoczął prowadzący otwartym pytaniem o problematykę uzależnień. Najchętniej wypowiadali się pacjenci niemający postawionych diagnoz związanych z uzależnieniem.

Zamysłem zajęć była analiza doświadczeń pacjentów w celu określenia pewnych wspólnych cech uzależnień i przybliżenia wpływu uzależnień na zdrowie psychiczne, zdrowie somatyczne i sytuację społeczną. Aby nadać taką strukturę, uprościć pacjentom podążanie

za nią i tym samym ożywić dyskusję, na flipcharcie został namalowany flamastrem duży schematyczny ludzik: jego głowa pierwszym kolorem, pozostałe części ciała — drugim. Wokół ludzika prowadzący nakreślił dużo mniejszych ludzików trzecim kolorem. Trzy kolory na tablicy stały się jednocześnie trzema aspektami, w których rozpatrywana była problematyka uzależnień: psychicznym, somatycznym i społecznym.

Najczęściej omawianym nałogiem było uzależnienie od alkoholu, ale po zachęceniu, pacjenci znajdowali również analogie do innych substancji uzależniających i uzależnień behawioralnych. Każdy aspekt został kolejno omówiony pod kątem skutków uzależnienia, szkód i trudności w ich dostrzeganiu w aktywnej fazie choroby. Istotny był fakt odbywającej się nieprzerwanie w wypowiedziach prowadzącego pewnego rodzaju translacji: z wyrwkowych spostrzeżeń i doświadczeń pacjentów na uniwersalne reguły, mechanizmy i konsekwencje uzależnień.

Mimo pierwotnego zamysłu, struktura zajęć nie była ścisła, a tematyka omawiana dość wyrwkowo, jednak podstawowym celem pozostawało odnoszenie się do wypowiedzi pacjentów — do ich żywych doświadczeń. Spotkanie zakończyło się chwilą na pytania ze strony pacjentów do prowadzącego, dotyczących farmakoterapii uzależnień i skuteczności leczenia w terapeutycznych oddziałach odwykowych — tu już częściej aktywni byli pacjenci, których takie leczenie miało w najbliższym czasie dotyczyć.

Zgodnie z literaturą tematu oraz doświadczeniami każdego z prowadzących cyklę spotkań psychoedukacyjnych nie są pojmowane jako niezależna forma terapii, a jako część złożonej interwencji klinicznej, mającej w sposób synergistyczny wraz z farmakoterapią i psychoterapią wpływać na skuteczność leczenia chorób i zaburzeń psychicznych [15, 16]. Oddziaływania składają się z różnych elementów, by mieć dla pacjentów jak największą wartość praktyczną. Między innymi przybliża się pacjentom naturę ich schorzenia, uczy się ich rozwiązywania problemów, treningu komunikacji oraz asertywności [17].

Statystycznie, jak wynika z badań w krajach niemieckojęzycznych, psychoedukacja częściej prowadzona jest w grupach bardziej homogennych w kontekście rozpoznania u pacjentów [18]. Jednak w związku z nastawieniem na psychoterapeutyczne aspekty psychoedukacji [19] oraz z ograniczonymi możliwościami oddziału zamkniętego w organizacji takich zajęć, uczestniczą w nich wszyscy pacjenci leczeni w danym czasie w oddziale.

Skuteczność oddziaływań psychoedukacyjnych jest silniejsza, gdy jest prowadzona wspólnie z psychoedukacją rodzin [20], co w oddziale OP5 jest możliwe dzięki działającej grupie wsparcia dla rodzin pacjentów. Co warto jeszcze zauważyć, poza celami psychoedukacji nakierowanymi na skuteczniejsze leczenie i poprawę funkcjonowania pacjentów, zajęcia te odbywając się regularnie, są też cennym źródłem informacji dla ewaluacji stanu zdrowia pacjentów, odpowiedzi na leczenie, ich zdolności do funkcjonowania w grupie i możliwości poznawczych [21]. Każde spotkanie z cyklu psychoedukacji jest omawiane kolejnego dnia na porannej odprawie lekarskiej.



## Zajęcia prowadzone przez personel pielęgniarski

Pacjenci mają możliwość udziału w treningach pielęgniarskich, takich jak:

### 1. Trening aktywizujący

W ramach treningu pacjenci zachęceni są do wykonywania porannej toalety (kąpiel, mycie zębów, golenie, zmiana garderoby na czystą). Razem z prowadzącym porządkują swoje szafki oraz ścielą łóżka. Personel dokłada wszelkich starań, aby taki rodzaj aktywności nie był przeżywany jako represyjny czy ingerujący w intymność pacjentów. Balans pomiędzy aktywnością własną pacjenta a pomocą personelu zależy jest od objawów chorobowych. Niechęć pacjentów do udziału w treningu spowodowana bywa wieloma czynnikami. W przypadku nasilenia objawów negatywnych (np. w przebiegu schizofrenii) terapeuta stara się negocjować z pacjentem możliwości jego aktywności, zachęcać do podejmowania samodzielnych działań.

### 2. Trening pamięci (Teleexpress)

Pacjenci w godzinach popołudniowych oglądają wspólnie z personelem pielęgniarskim wybrany serwis informacyjny. Po zakończeniu programu odpamiętują podane w nim informacje. Dzielą się swoimi zainteresowaniami i wiedzą o świecie. Zadaniem treningu jest wzmacnianie pamięci bezpośredniej, kształtowanie zainteresowania światem zewnętrznym oraz promowanie wspólnej aktywności w ramach społeczności oddziału.

### 3. Trening lekowy

W indywidualnym planie terapeutycznym oddziału treningi pielęgniarskie zostały wykorzystane do podniesienia samodzielności osób chorujących, a także ich sprawności w posługiwaniu się lekami psychotropowymi. Ich głównym celem jest doprowadzenie do takiej sytuacji, w której chory będzie zdolny do aktywnego i trwałego współdziałania z personelem, w tym przestrzegania zaleceń. Trening lekowy dotyczy 4 zagadnień:

- informacji o działaniu leków psychotropowych i korzyści z tym związanych,
- nauki samodzielności w bezpiecznym i prawidłowym przyjmowaniu leków,
- umiejętności rozpoznawania objawów ubocznych, a także przeciwdziałania im,
- kompetencji w zakresie negocjowania z lekarzem spraw związanych z leczeniem.

Pacjenci przewlekłe chorujący psychicznie niejednokrotnie, po ustąpieniu ostrych objawów choroby, mają kłopoty z utrzymaniem higieny osobistej, nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji, zainteresowaniem się światem zewnętrznym (w tym innymi ludźmi). W początkowej fazie pacjenci zachęceni są do udziału w treningu pamięci oraz aktywizującym. Dopiero po pewnym czasie pacjenci ci przystępują do treningu lekowego. Trzeba pamiętać o tym, że to, co dla nas jest łatwe, dla pacjenta bywa niewyobrażalnie trudne, a jego nieumiejętności są pogłębione wieloletnim brakiem praktyki, lękiem i niską samooceną. To właśnie te bariery musi pokonać pacjent wspólnie z terapeutą. Bardzo często zdarza się, że pacjenci uznają przedstawione im zadania za nienaturalne, zbyt proste lub sztuczne. W każdym z tych przypadków należy cierpliwie zachęcać do wykonania danego zadania. Zdarza się również, że chory jest już zmęczony kilkakrotnym powtarzaniem ćwiczeń.

czeń — wtedy należy zachęcić go, wskazując na postępy, jakie zrobił za każdym razem. Każdy pacjent powinien też mieć czas na pokonanie jednego progu trudności i przejście do następnego.

Trzeba tu zaznaczyć, że dla pacjentów chorujących na schizofrenię, z zaburzeniami treści myślenia, lękami, kompleksami, trudnościami koncentracji uwagi i tendencją do izolacji, są to treningi bardzo trudne. Po przejściu pewnego etapu, który jest indywidualny dla każdego chorego, treningi stają się bardzo lubianą, efektywną i skuteczną metodą rehabilitacji. W trakcie zajęć do omawiania umiejętności trenowanych używa się odpowiednich tablic oraz kart oceny (np. wyglądu zewnętrznego).

### **Kontakt z rodzinami**

Praca z rodzinami polega nie tylko na uzyskiwaniu informacji w ramach tak zwanego obiektywnego wywiadu przy przyjęciu. Szczególnie ważny jest udział rodzin w formułowaniu bliskich i odległych celów leczenia. Używamy wywiadu rodzinnego, konsultacji rodzinnych oraz superwizji (prowadzonych przez doświadczonych superwizorów, którzy nie pracują na co dzień w oddziale) w sytuacjach trudniejszych, wymagających większego namysłu. Dla rodzin zmagających się z chronicznymi problemami utworzono Grupę Wsparcia dla Rodzin [21]. Praca z rodzinami jest tematem tak obszernym, że wymagałaby osobnego opracowania, na które w tym tekście nie ma miejsca. Tę pracę wykonywał wcześniej zespół legendarnego Oddziału „C” Kliniki Psychiatrii UJ CM w nieco zmienionej formule opisanej przez Rostworowską i Opoczyńską-Morasiewicz [22].

### **Wnioski**

Leczenie na oddziale zamkniętym zorientowanym terapeutycznie polega na uczestnictwie pacjenta w nim i rozumieniu procesu zdrowienia w wielu jego aspektach.

Sens pracy terapeutycznej na oddziale zamkniętym polega na zakorzenieniu pacjenta w rzeczywistości życia poza oddziałem. Cele terapeutyczne powinny korespondować z celami życiowymi pacjenta.

Harmonogram dnia i powtarzalność ćwiczeń wymaga używania konkretnych narzędzi pracy oraz ich zespołowego omawiania i dokumentowania w zwartej formie.

### **Poza oddziałem**

Nie zawsze udaje się, by pacjent kontynuował rozpoczęty na oddziale wieloaspektowy proces terapeutyczny. Część pacjentów korzysta z możliwości kontynuacji leczenia w ramach Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej, z którym ściśle współpracujemy i który również jest osadzony w ramach myślenia psychoterapeutycznego o procesie zdrowienia z choroby psychicznej [23].

### Piśmiennictwo

1. Walczewski K, Fusińska-Korpik A, Korzeniowski W, Cichocki Ł. Aspekty terapeutyczne oddziału zamkniętego. *Psychoter.* 2020; 195(4): 49–60.
2. Ferro A. *The bi-personal field: experiences in child analysis.* London: Routledge; 1999.
3. [3] Symington N. *Becoming a person through psychoanalysis.* London: Karnac Books; 2007.
4. Bollas C. *The Christopher Bollas reader.* East Sussex: Routledge; 2011.
5. Bielańska A. Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. *Psychoter.* 2006; 138(3):75–86.
6. Bauml J. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr. Bull.* 2006; 32(Supplement 1), S1–S9.
7. Hinshelwood RD, Manning N. *Therapeutic communities: reflections and progress.* London: Routledge; 1979.
8. Murawiec S. Zjawiska psychologiczne w początkowym okresie leczenia psychoz schizofrenicznych w kontekście teorii powstawania i leczenia psychoz S. Kapura — doniesienie wstępne. *Psychoter.* 2006; 4(139): 35–47.
9. Murawiec S. Kliniczna ilustracja leczenia psychozy w kontekście jej koncepcji jako stan zaburzonego wywydatniania znaczeń. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39(2): 315–325.
10. Kostuch B. Czarodziej z Łysej Góry. Opowieść o Bolesławie Książku. Wydawnictwo Marginesy 2020, s.71.
11. Prot-Klinger K. Analiza grupowa pacjentów psychotycznych. *Psychoter.* 2019; 189(2): 17–32.
12. Segal H. Teoria Melanie Klein w praktyce klinicznej oraz psychoza i twórczość artystyczna i inne eseje. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2006.
13. Andersen T. The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process* 1987; 26(4): 415–428.
14. Bion W. Notes on memory and desire. *Cogitations (new extended edition, 1992).* W: Bion F, red. London: Karnac, str. 380–385.
15. Wciórka J, Puzyński S, Rybakowski J. *Psychiatria. Tom 3. Metody leczenia, zagadnienia etyczne, prawne, publiczne.* Edra Urban & Partner, Wydawnictwo Wrocław 2012, wyd. 2, s. 345–358.
16. Bhattacharjee D, Rai AK, Singh NK, Kumar P, Munda SK, Das B. Psychoeducation: A measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatry Journal* 2011; 14(1): 33–39.
17. Rummel-Kluge Ch, Gabriele Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia — results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr. Bull.* 2006; 32(4): 765–775.
18. Heitzman J, red. *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatry.* Termedia, Poznań 2010.
19. Lukens E, McFarlane W. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief treatment and crisis intervention.*
20. Chądzyńska M, Meder J, Charzyńska K. Uczestnictwo w psychoedukacji osób chorych na schizofrenię — analiza zajęć z perspektywy pacjentów. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(6): 693–703.
21. Kordas W, Kokodyńska K, Kurtyka A, Sikorska I, Walczewski K, Bogacz J. Rodzina wobec schizofrenii — grupa psychoedukacyjna w programie pilotażowym. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49(6): 1129–1138.
22. Rostworowska M, Opoczyńska-Morasiewicz M. Od monologu do dialogu terapeutycznego: o roli systemowych konsultacji rodzinnych na oddziale psychiatrycznym. *Psychiatr. Pol.* 2008 42.1 (2008).

23. Kotlarska K, Smyk P, Najbar I. Model pracy Dziennego Oddziału Psychiatrycznego Rehabilitacyjnego Kraków-Podgórze II w Szpitalu Babińskiego w Krakowie. *Psychoterapia* 2020; 2(193): 61–73.

Załącznik nr 1. **Osobisty program terapeutyczny**

PONIEDZIAŁEK	WTOREK	ŚRODA	CZWARTEK	PIĄTEK
PRACOWNIA TERAPII ZAJĘCIOWEJ W ODDZIALE				
gimnastyka poranna 7:15–7:30	gimnastyka poranna 7:15–7:30	gimnastyka poranna 7:15–7:30	gimnastyka poranna 7:15–7:30	gimnastyka poranna 7:15–7:30
trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45	trening aktywizujący toaleta poranna ścielenie łóżek sprzątanie szafek 7:00–7:45
pr. plastyczna	siłownia	zebranie społeczności 10:00–11:00		pracownia garncarska pracownia florystyczna
muzykoterapia	ćwiczenia fizyczne	zajęcia ogrodnicze	choreoterapia	ćwiczenia fizyczne
grupa wsparcia psychospołecznego 14:00–14:45	psychoterapia grupowa 13:00–14:15	kommunikacja społeczna 13:00–13:45	muzykoterapia 14:00–14:45	psychoedukacja 13:30–14:30
trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:00	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30	trening lekowy samodzielne układanie leków 20:00–20:30

Adres: [krzysztof.walczewski@ppraktyczna.pl](mailto:krzysztof.walczewski@ppraktyczna.pl)

Katarzyna Wrzesień<sup>1</sup>, Klaudiusz Kudła<sup>2,1</sup>, Anna Bańdur<sup>1</sup>, Maciej Pilecki<sup>2,1</sup>

**PSYCHOTERAPEUTA W SIECI.  
W POSZUKIWANIU PROFESJONALNEJ OPIEKI  
PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ — DONIESIENIE WSTĘPNE**

**A PSYCHOTHERAPIST ONLINE.  
IN SEARCH OF PROFESSIONAL PSYCHOTHERAPY — PRELIMINARY REPORT**

<sup>1</sup>Szpital Uniwersytecki w Krakowie. Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

<sup>2</sup>Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii,  
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży

**psychotherapy  
Internet  
advertisement**

**Cel pracy:** Artykuł jest próbą wstępnego opisu sposobu prezentacji usług psychoterapeutycznych w sieci internetowej oraz odpowiedzi na pytanie, na ile osoby poszukujące usług specjalistów za pomocą wyszukiwarek internetowych będą w stanie uzyskać profesjonalną i adekwatną pomoc.

**Metoda:** W okresie od 18.11.2020 do 25.02.2021 do wyszukiwarki internetowej Google wpisano hasło — „psychoterapia Kraków”, a następnie, w oparciu o autorską ankietę, dokonano analizy i oceny danych zawartych na stronach internetowych. Analizie poddano 55 profili internetowych osób proponujących prowadzenie psychoterapii.

**Wyniki:** Analiza stron internetowych pozwoliła wyróżnić informacje, które umieszczają terapeuci reklamujący swoje usługi w sieci. Najwięcej analizowanych profili należało do kobiet (70%). Większość terapeutów miało wykształcenie wyższe magisterskie (92%), najczęściej psychologiczne (73%). Również większość reklamujących się terapeutów była w trakcie (58%) lub ukończyła (20%) całościowe szkolenie terapeutyczne, dawała możliwość rejestracji online oraz udostępniała cennik usług. Niewielki procent profili podawał informacje dotyczące przynależności do towarzystw i stowarzyszeń psychoterapeutycznych, jak również doświadczenia zawodowego. Część profili dawała możliwość oceny przez pacjentów/klientów, które niemal w całości były pozytywne (98%).

**Wnioski:** Większość przeanalizowanych profili spełniała kryteria sugerujące możliwość uzyskania profesjonalnej opieki terapeutycznej. Najłatwiej jest uzyskać informację dotyczącą wykształcenia terapeuty, sposobu rejestracji czy cennika usług. Na wielu stronach brakowało informacji dotyczących doświadczenia terapeutów, przynależności do towarzystw naukowych lub zawodowych i dostępu do superwizji. Niewielu terapeutów umieszcza je na stronie lub nie należy do żadnego towarzystwa zrzeszającego psychoterapeutów.

### Summary

**Objectives:** The article is an attempt at a preliminary description of the way of presenting psychotherapeutic services on the Internet, and to find out to what extent people seeking help from specialists using search engines are able to receive adequate and professional help.

**Methods:** In the period between 18.11.2020 and 25.02.2021, the phrase “psychotherapy Kraków” was repeatedly entered into the Google search engine, which was followed by an analysis and assessment of the data contained on the websites based on an original questionnaire. Fifty-five online profiles of individuals providing psychotherapy were analyzed.

**Results:** The analysis of websites made it possible to distinguish information made available by therapists advertising their services on the web. Most of the analyzed profiles belonged to women (70%). The majority of therapists had higher education (92%), most often in the field of psychology (73%). Also, many of those who advertised were undergoing (58%) or completed (20%) comprehensive therapeutic training, offered online registration and provided a price list of services. A small percentage of the profiles displayed information about membership in psychotherapeutic associations and societies as well as professional experience. Some of the profiles allowed for assessments by patients/clients, which were almost entirely positive (98%).

**Conclusions:** Most of the analyzed profiles met the criteria of suggesting the possibility of receiving professional therapeutic care. The easiest information to obtain is related to the therapists' education, registration process or price list. The greatest information gaps were related to their experience, membership to scientific or professional associations and access to supervision. Few therapists post such information on their websites or do not belong to any association of psychotherapists.

### Wstęp

Psychoterapia stanowi ważną metodę leczenia większości zaburzeń psychicznych oraz wsparcia osób w różnego typu kryzysach [1–8]. W przypadku psychoterapii dzieci w ostatnich latach stworzono specjalizację z psychoterapii dzieci i młodzieży, której chaotyczne i szybkie wprowadzenie zostało przyjęte przez psychoterapeutów z ostrożnością [13]. Natomiast w wypadku psychoterapii osób dorosłych w Polsce nadal brak jest jednoznacznych regulacji prawnych określających zakres kwalifikacji niezbędnych do tego, żeby określać się mianem psychoterapeuty [9–13]. W odróżnieniu od określeń lekarz, psychiatra, określenie psychoterapeuta nie ma wystarczających uregulowań prawnych, stanowiących, kogo można nazywać psychoterapeutą oraz jakie oddziaływania można nazwać psychoterapią. Pojawia się więc naturalne pytanie, czy przy braku uregulowań prawnych i specjalizacji (z wyjątkiem specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży) możliwe jest zagwarantowanie profesjonalnej opieki psychoterapeutycznej. Brak jest też zasad prowadzenia reklamy, udzielania informacji handlowych oraz sposobów, w jaki informacja o usługach psychoterapeutycznych może być przekazana potencjalnym klientom.

W przeciwieństwie do regulacji dotyczących świadczeń lekarskich, psychoterapia nie podlega żadnym regulacjom związanym ze sposobem jej reklamowania i może być reklamowana, jak każda inna, nieuregulowana odrębnymi korporacyjnymi przepisami prawa działalność komercyjna.

Z jednej strony mamy do czynienia ze szkoleniami, organizowanymi przez mające kilkudziesięcioletnie doświadczenie stowarzyszenia psychoterapeutów, o ugruntowanych zasadach kwalifikacji organizowania szkoleń i weryfikacji kompetencji uczestników. Uwzględniają one wymagania związane z nabywaniem umiejętności niezbędnych w pracy w danym modelu psychoterapeutycznym, jak również rozwój umiejętności budowania

kontakty terapeutyczne [13–15]. Z drugiej strony, spotkać można się z doniesieniami o kontrowersyjnych, a nawet niejednokrotnie szkodliwych, sposobach prowadzenia terapii przez osoby bez należytego wykształcenia psychoterapeutycznego [16].

Przez wiele lat informację o tym, z których usług można skorzystać, czerpano od lekarzy czy na przykład od osób, które miały pozytywne doświadczenia z terapią. Opieka psychoterapeutyczna poszukiwana była też u osób rozpoznawalnych publicznie czy medialnie [9]. Nie bez znaczenia był też status pracownika instytucji publicznej prowadzącej psychoterapię. Pacjenci instytucji publicznych kontynuowali leczenie w gabinetach prywatnych terapeutów.

Ostatnie kilkadziesiąt lat przyniosło znaczącą zmianę w sposobach, w jaki potencjalni klienci uzyskują informacje o osobach, u których chcą podejmować psychoterapię [17]. Rozwój internetu w zasadniczy sposób wpłynął na sposoby, w jakie informacje docierają do potencjalnych pacjentów. Internet jest obecnie kluczowym źródłem informacji o uzyskaniu możliwej pomocy psychoterapeutycznej [17].

Dane dotyczące wyszukiwania informacji z sieci wskazują, iż w Polsce najpopularniejszą wyszukiwarką jest Google. Prawie połowa wyszukiwań związana jest z lokalizacją (miastem, ulicą). Przeciętny użytkownik wyszukując hasło spędza na tym około 70 sekund, ograniczając się do przejrzenia pozycji znajdujących się na pierwszej stronie przeglądarki, a decyzję o wyborze jednej z nich podejmuje, klikając w link po około 14 sekundach. Jedynie 0,44% osób przegląda drugą stronę wyników Google [18]. Pojawia się pytanie — jakie informacje są niezbędne dla osób szukających pomocy psychoterapeutycznej, by dokonać dobrego wyboru specjalisty.

Można założyć, iż świadomy wybór psychoterapeuty powinien być związany z otrzymaniem odpowiedzi na kilka podstawowych pytań dotyczących zarówno jego wykształcenia, jak i doświadczenia, warunków związanych z prowadzeniem psychoterapii, przynależności do towarzystw zawodowych oraz dodatkowych umiejętności czy cech (Tab.1).

Tabela 1. Potencjalnie istotne informacje przy wyborze psychoterapeuty

Wykształcenie terapeutyczne	Doświadczenie zawodowe	Informacje dotyczące usługi	Dodatkowe informacje
1. Całościowy kurs psychoterapeutyczny: a) ukończony b) rok szkolenia 2. Specjalistyczne kursy 3. Uzyskany certyfikat 4. Przynależność do towarzystwa	1. Doświadczenie w pracy terapeutycznej 2. Praca z określoną grupą kliniczną 3. Praca w placówkach: a) oświatowych b) ochrony zdrowia	1. Model pracy terapeutycznej 2. Superwizja 3. Wycena usług terapeutycznych 4. Rejestracja online 5. Ocena klientów	1. Poziom wykształcenia 2. Rodzaj wykształcenia

Informacje te uznać należy za podstawowe w ocenie kompetencji psychoterapeuty, gdyż określenie „psychoterapeuta” użyte w profilu w odniesieniu do ogłaszającego się nie gwarantuje w istocie, że spełnione są opisane warunki. Jednocześnie w badaniach nad populacją terapeutów polskich to właśnie te informacje najlepiej opisywały tę grupę zawodową [10, 11].

Ostatnie lata i rozwój internetu przyniosły pewną pauperyzację określenia „psycho-terapeuta”. Pojawia się ono w takich kontekstach, jak na przykład: „astropsycholog, charyzmatyczna psychoterapeutka, tarocistka. Dzięki swej analitycznej metodzie oraz niezwyklej umiejętności dotarcia do każdego potrzebującego pomocy ma wdzięcznych klientów w całej Polsce oraz za granicą. Od wielu lat uczy swej autorskiej metody posługiwania się Wtajemniczeniami Tarota. Jej uczniowie stają się profesjonalistami z szerokim ezoterycznym spojrzeniem na osobowość człowieka i jego zwykle codzienne problemy” [19]. Za przykład może również służyć „Profesjonalna Szkoła Psychoterapii i Psychotroniki”, gdzie wśród wykładanych przedmiotów pojawiają się takie pozycje, jak: „numerologia, nieinwazyjna analiza osobowości, bioenergoterapia, czakroterapia, feng-shui, mandala, ustawienia hellingerowskie, naturoterapia, biotronika, radiestezja, terapia rodzinna, wewnętrzne dziecko, hipnoza, litoterapia, magia Słowian, astrologia, Gestalt, joga; masaż ajurwedyjski, balijski, lomi lomi; coaching, szamanizm, psychologia, warsztaty umiejętności pedagogicznych, NLP, wahadło, świece i konchy, reiki, tarot, kabała, jasnowiedzenie, praca ze snami, biała magia, socjoterapia, psychologia reklamy i wywierania wpływu” [20]. Wygląd tej i podobnych stron może sugerować, że w szkole tej można uzyskać pomoc psychoterapeutyczną, zwłaszcza że nazwa ludząco przypomina Instytut Psychologii Stosowanej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Filie opisywanego ośrodka znajdują się aż w 6 większych miastach w Polsce — Warszawie, Krakowie, Poznaniu, Łodzi, Katowicach i Wrocławiu.

Celem niniejszego badania było sprawdzenie, na ile informacje zawarte w opisach psychoterapeutów odzwierciedlają w sposób wiarygodny i uczciwy, iż świadczone przez nich usługi rzeczywiście można uznać za psychoterapię *sensu stricto* jako metodę terapii i prowadzoną przez wystarczająco kompetentne osoby, określające się jako psychoterapeuci.

Próbowaliśmy też oszacować, na ile informacje podawane przez osoby reklamujące się w sieci jako psychoterapeuci są kompletne oraz to, w jaki sposób reklama psychoterapii powiązana jest z innymi działaniami, takimi jak np. reklama szkoleń, sprzedaż produktów itd.

To ostatnie zagadnienie jest o tyle istotne, iż współczesny świat reklam internetowych jest znacznie bardziej złożony i interaktywny niż znamy to z telewizji, bądź wydawnictw papierowych [17]. Wpisanie w przeglądarce internetowej hasła — „psychoterapia” — wpływa na uaktualnienie naszego profilu marketingowego i wpływa na to, jakie ukazywać się nam będą reklamy, zarówno pośrednio, jak bezpośrednio związane z psychoterapią lub z populacją, do której jesteśmy przyporządkowani przez poszukiwanie takiego właśnie hasła. Pozycje, w jakich ukażą nam się wyniki, związane będą z nakładami, jaki poszczególni psychoterapeuci lub instytucje ponoszą na pozycjonowanie, reklamę, bądź inne, zwiększające rozpoznawalność działania w sieci. Wpisanie hasła „psychoterapia”, jak każdego zresztą hasła w popularnych wyszukiwarkach internetowych, skutkować będzie tym, jakie artykuły lub strony internetowe, będą nam się wyświetlać; a jakie, przez algorytmy sztucznej inteligencji, będą pomijane.



## Material i metoda

Celem udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze zdecydowaliśmy się na wpisanie w wyszukiwarce internetowej Google, w dniach od 18.11.2020 do 25.02.2021 hasła — „psychoterapia Kraków”, a następnie w oparciu o autorską ankietę, analizę i ocenę danych zawartych na stronach internetowych analizie poddano 55 pierwszych profili pojawiających się po wpisaniu hasła w wyszukiwarkę — zarówno profile indywidualne, jak i te, które były publikowane na profesjonalnych portalach jak „Znany lekarz” czy większe ośrodki. W analizie ujęte zostały po pierwsze zagadnienia dotyczące wykształcenia i zawodu psychoterapeutów, liczby i rodzaju ukończonych i trwających szkoleń, uzyskanych certyfikatów, orientacji psychoterapeutycznej, przynależności do towarzystw zawodowych, doświadczenia, obszarów pracy terapeutycznej, miejsca pracy oraz korzystania przez terapeutę z superwizji. Braliśmy pod uwagę również informacje związane z marketingiem i reklamą usług, czyli: o liczbie i charakterze opinii o terapeutce/terapeucie, kosztach terapii, możliwości rejestracji online, wyglądzie strony, dostępnym zdjęciu terapeuty.

## Wyniki

Analizie poddano 55 profili osób świadczących usługi psychoterapeutyczne. 17 stron umieszczonych było w portalu „Znany lekarz”. Kolejne znajdowały się na niezależnych stronach.

### Dane demograficzne

Na profilach internetowych znajduje się niewielka liczba danych demograficznych. Psychoterapeuci nie podają swojego stanu cywilnego, wieku, miejsca zamieszkania (co wydaje się zrozumiałe, gdyż informacje te w większości przypadków nie mają znaczącego wpływu na proces terapii). Większość osób na stronach prezentowała swoje zdjęcie (96%), które w zależności od aktualności może dostarczać informacji o przybliżonym wieku terapeuty. Z punktu widzenia reklamujących się psychoterapeutów ich wygląd (a nie wiek, miejsce zamieszkania czy stan cywilny) może mieć znaczenie dla osób poszukujących terapii. Częściowo jawną informacją była natomiast płeć terapeutów wynikająca z podania imienia. Większość reklamujących się terapeutów to kobiety (70 %); mniejszość stanowili mężczyźni (30 %).

### Wykształcenie

Dwie osoby nie podały swojego wykształcenia, poza tym wszyscy mieli wykształcenie wyższe. Większość miała tytuł magistra — prawie 82%, pozostałe 13% tytuł doktora lub profesora. Większość osób ukończyła studia psychologiczne (73%) lub pedagogiczne (prawie 11%), a około 3% stanowiły osoby, które ukończyły studia medyczne (Tab. 2). Dodatkowo jako drugi i ewentualnie trzeci kierunek pojawiały się: socjologia (1), terapia zajęciowa (1), antropologia kultury (1), coaching (1), zarządzanie personelem (1), socjoterapia (1), seksuologia (4), terapia uzależnień (2), logopedia (1), analityka zarządzania (1).

Tabela 2. **Wykształcenie badanych osób**

<b>Wykształcenie</b>	Liczba	%
Poziom		
Magister	45	82
Doktor	6	11
Profesor	1	2
Brak danych	3	5
<b>Kierunek</b>		
Psychologia	40	73
Pedagogika	6	11
Medycyna	2	3
Brak danych	7	13

### Przygotowanie psychoterapeutyczne

Większość osób deklaruje, iż są uczestnikami lub ukończyły całociowy kurs psychoterapeutyczny umożliwiający uzyskanie certyfikatu psychoterapeuty lub atestowany przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne lub Polskie Towarzystwo Psychologiczne. W momencie badania nie pojawiały się informacje dotyczące uzyskania tytułu specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży. Zdecydowana większość (oprócz 13 osób, których danych brak) szkoli się w uznanych szkołach psychoterapeutycznych. U większości brak jest danych o przynależności do towarzystw psychoterapeutycznych, a z osób, które wymieniają swą przynależność: 6 osób należy do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, 1 osoba do Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2 osoby do Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, 1 osoba do Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, 3 osoby do innych towarzystw (Tab. 3).

Tabela 3. **Szkolenie w psychoterapii oraz przynależność do towarzystw psychoterapeutycznych**

<b>Etap przygotowania terapeutycznego</b>	Liczba	%
Osoby w trakcie kursu	32	58
Ukończony 4-letni kurs	11	20
Certyfikat psychoterapeutyczny	2	4
Brak kursu	1	2
Brak danych	9	16
<b>Szkoły psychoterapii</b>		
Szkoły z uznanymi akredytacjami	42	76
Brak danych	13	24

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

<b>Przynależność do towarzystwa</b>		
Polskie Towarzystwo Psychiatryczne	6	11
Polskie Towarzystwo Psychologiczne	1	2
Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej	2	4
Polskie Towarzystwo Seksuologiczne	1	2
Inne towarzystwa	3	5
Brak danych	42	76

### Model pracy terapeutycznej

Większość osób wskazywała na integracyjny/eklektyczny model pracy lub przedstawiała informacje wskazujące, iż pracuje w oparciu o uznane modele psychoterapeutyczne. Najwięcej terapeutów deklarowało pracę lub szkolenie w nurtach psychoanalityczno-psychodynamicznych (31 osób), następnie systemowych (9 osób) i terapii poznawczo-behawioralnej (4 osoby).

### Doświadczenie zawodowe

W rubryce „doświadczenie zawodowe” 17 osób nie podało żadnych danych; natomiast kolejne 17 jako doświadczenie zawodowe ujęło staże w ambulatoriach i/lub oddziałach psychiatrycznych. Pozostałe osoby pracowały w przeszłości w różnych placówkach ochrony zdrowia i/lub oświaty — oddziałach stacjonarnych, dziennych, poradniach zdrowia psychicznego, wojewódzkim ośrodku terapii uzależnienia i współuzależnienia, poradni leczenia uzależnień, poradni psychologicznej, środowiskowym domu samopomocy, ośrodkach adopcyjnych, rodzinnym ośrodku diagnostyczno-konsultacyjnym.

Jeśli zaś chodzi o osoby, które poza prowadzeniem praktyki prywatnej pracują w instytucjach, to 15 osób pracuje w systemie oświaty (przy czym 6 z nich na uczelniach wyższych), natomiast 9 osób pracuje w placówkach ochrony zdrowia — głównie w leczeniu ambulatoryjnym (Tab. 4).

Tabela 4. Doświadczenie w psychoterapii oraz miejsce pracy badanych

<b>Doświadczenie</b>	<b>Liczba</b>	<b>%</b>
Jakościowe		
Staż	17	31
Praca	15	27
Brak danych	17	31
Ilościowe		
Podane w latach	3	5,5

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Opis „kilka/kilkanaście lat”	3	5,5
<b>Miejsce pracy</b>		
Oświata	15	27
Ochrona zdrowia		
Ambulatorium	10	18
Oddział szpitalny	3	6
Brak danych	27	49

### Superwizja pracy terapeutycznej

Większość osób podała informację, że superwizuje swoją pracę terapeutyczną. 18 osób nie podało żadnej informacji na ten temat.

### Główne obszary zainteresowania (pracy terapeutycznej)

Najczęściej opisywanym obszarem pracy terapeutycznej są szeroko pojęte zaburzenia emocjonalne (27%), problemy interpersonalne (13%), trudności w relacjach rodzinnych (11%), praca z pacjentem w kryzysie (7%). Niewielka grupa osób opisała swój obszar pracy w kategoriach grup wiekowych (9%).

### Możliwość rejestracji online

Tylko do jednej osoby nie można było się zarejestrować online. Pozostałe osoby oferowały taką możliwość.

### Cennik usług

Również jedna osoba (ta sama, u której nie było możliwości rejestracji online) nie podała do wiadomości internetowej cennika usług, pozostałe osoby go udostępniły.

### Opinie

Brak było udostępnionych opinii pacjentów w przypadku 26 osób. Pozostałe osoby miały udostępnione opinie. Liczba ich kształtowała się od 1 do 156 dla poszczególnej osoby. W sumie wszystkich ocen było 655, z czego aż 645 to oceny pozytywne, a jedynie 10 — oceny negatywne. Tylko sześciu terapeutów miało negatywny komentarz/ocenę (Tab. 5).

Tabela 5. **Oceny psychoterapeutów**

	Liczba	%	Średnia	Mediana
Oceny	655	100%	22,5	14

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Pozytywne	645	98%	22,2	14
Negatywne	10	2%	0,3	0

## Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują na to, iż większość psychoterapeutów, których udało się odnaleźć za pomocą wyszukiwarki, to osoby, które spełniają podstawowe wymogi profesjonalizmu. Wśród 55 analizowanych profili, nie znalazł się żaden sugerujący prowadzenie psychoterapii przez osobę niemającą kwalifikacji lub stosującą nieetyczne metody. Jest to oczywiście pozytywna informacja, wskazująca, że osoby szukające psychoterapii otrzymają prawdopodobnie profesjonalną opiekę. Wskazuje to również na to, iż pomimo braku uwarunkowań prawnych, rynek oraz oddziaływanie samego środowiska psychoterapeutycznego wpływają na dostępność profesjonalnych terapeutów.

Opisy są redagowane raczej w podobny do siebie sposób. Najchętniej podawane są informacje dotyczące poziomu i rodzaju wykształcenia, obszaru pracy terapeutycznej, możliwości rejestracji czy cennika usług.

Z zebranych danych wynika, iż w Krakowie najłatwiej będzie znaleźć psychoterapeutkę-psycholożkę w trakcie szkolenia terapeutycznego, która pracuje w modalności psychodynamicznej lub systemowej. Odpowiada to częściowo danym dotyczącym środowiska psychoterapeutów w Polsce, które wskazują na przewagę kobiet, psychologów oraz osób prezentujących psychodynamiczny model pracy [10, 11], ale może być związane również z liczbą akredytowanych ośrodków znajdujących się w Krakowie i szkolących przyszłych terapeutów w tych modalnościach.

Na większości profili znajduje się zdjęcie. Pojawia się pytanie, na ile wybór terapeuty jest również związany z jego atrakcyjnością fizyczną czy urodą. Jednocześnie psychoterapeuci unikają podawania zbędnych danych demograficznych.

Niestety niektóre z użytych sformułowań zostawiają pole raczej do domysłów niż stanowią precyzyjną informację. Na przykład w rubryce doświadczenie część osób podawała odbycie stażu (nierozdzielnie obowiązkowego w procesie szkolenia na psychoterapeutę) jako pracę w danym miejscu.

Nieliczne z odnalezionych stron zawierają wszystkie niezbędne dane do zakwalifikowania ich jako przekazujących kompletne informacje.

Najczęściej brakowało informacji dotyczących przynależności do towarzystw i sekcji związanych z pracą psychoterapeutyczną oraz możliwości oceny pracy z terapeutą. Niepokojący jest fakt, iż bardzo niewielka liczba terapeutów przynależy do towarzystw psychoterapeutycznych (lub nie umieszcza tej informacji na stronie) oraz niewielu decyduje się na podjęcie starań o certyfikat. Równocześnie nie jest pewne, czy taka informacja jest interesująca dla osób poszukujących psychoterapeuty. Wydaje się jednak, że terapeuci powinni nie tylko odpowiadać na zapotrzebowanie klientów (w zakresie informacji, które klienci uważają za istotne), ale również umieszczać na profilach informacje, świadczące o profesjonalnej opiece (wynikającej np. z faktu przyjęcia standardów etycznych danego towarzystwa). Jednocześnie większość osób podaje, iż ukończone przez nich kursy są

akredytowane przez jedno z oficjalnych towarzystw. Brak wymogu starania się o certyfikat wpływa na to, że terapeuci rzadko decydują się na pojęcie starań o jego uzyskanie (tylko 2 psychoterapeutów miało przyznany certyfikat). Nie oznacza to, że psychoterapeuci nie poddają ocenie swojej pracy, ponieważ większość deklaruje, iż podlega superwizji, jednocześnie jednak nie podejmują decyzji o podejściu do egzaminu certyfikacyjnego. Pojawia się więc pytanie, czy oznacza to, iż uzyskanie certyfikatu psychoterapii jest dla terapeutów mało atrakcyjne czy też trud związany z przygotowaniem się do niego jest zbyt duży.

Obecnie poza certyfikatami przyznawanymi przez towarzystwa, pojawiła się możliwość uzyskania specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży. W planach jest uruchomienie również specjalizacji z psychoterapii dorosłych. W przyszłości może okazać się interesujące, czy dla psychoterapeutów bardziej atrakcyjne będzie podejmowanie trudu związanego z uzyskaniem certyfikatu czy specjalizacji, szczególnie biorąc pod uwagę dane dotyczące liczby zgłoszeń o uznanie dorobku i doświadczenia zawodowego jako równoznacznego z odbyciem specjalizacji z psychoterapii dzieci i młodzieży [13]. Ciekawe wydaje się również, że wśród analizowanych profili większość należy prawdopodobnie do młodych psychoterapeutów (niewiele osób podaje liczbę lat doświadczenia w zawodzie) — co sugeruje fakt, iż są to osoby w trakcie szkolenia. Być może mają oni większą gotowość do reklamowania swoich usług w internecie w porównaniu z bardziej doświadczonymi terapeutami. Klient szukający więc pomocy terapeutycznej z większym prawdopodobieństwem znajdzie osobę w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego niż taką, która je ukończyła czy ma certyfikat.

Brak możliwości oceny usług oraz prawie wyłącznie pozytywne oceny terapeutów dających możliwość ich wystawienia również wydaje się wymagać refleksji i zastanowienia. Nie jest jasne, dlaczego na profilach psychoterapeutów występuje tak duża nierównowaga ocen pozytywnych i negatywnych. Czy osoby niezadowolone z terapii nie mają, na tyle motywacji, by napisać komentarz, czy też osoby moderujące sekcje komentarzy, np. usuwają nieprzychylnie opinie.

Należy tu apelować do portali pośredniczących w poszukiwaniu usług medycznych o uwiarygodnianie stron przez wprowadzenie dodatkowych wymogów dotyczących psychoterapeutów. Ważne jest, by osoby poszukujące psychoterapii miały szanse na uzyskanie rzetelnej i kompetentnej wiedzy o oferowanej pomocy, jaką mogą uzyskać w rozwiązywaniu swych problemach psychicznych i emocjonalnych.

Dane zebrane w badaniu oraz wnioski są jedynie wstępem do analizy sytuacji prezentowania usług psychoterapeutów w sieci, a sama analiza pozycji proponowanych przez wyszukiwarki w sieci ma wiele ograniczeń. Wyszukiwanie ograniczyło się jedynie do jednego miasta — Krakowa, co związane jest z zainteresowaniem autorów ich środowiskiem pracy. Jednocześnie planowane jest przeprowadzenie podobnej analizy i porównanie wyników w odniesieniu do 5 większych miast w Polsce. Kolejnym ograniczeniem badania jest fakt, iż sprawdzana była jedynie fraza „psychoterapia Kraków”, wyszukiwarka bowiem poda inne wyniki, jeżeli wpisujemy frazy „psychoterapeuta Kraków”, „psychoterapeutka Kraków”, „psychoterapia dorosłych Kraków” „gabinet psychoterapii Kraków”. Oczywiście część profili się powtórzy, jednak znajdują się też zupełnie nowe pozycje. Inne też będą pozycje proponowane przez wyszukiwarkę, jeżeli korzystać będziemy z urzędzenia stacjonarnego, a inne przy korzystaniu z urządzeń mobilnych. Szybkość zmian w świecie

cyfrowym, korzystanie z pozycjonowania stron sprawia, iż niezwykle trudno jest mówić o stałości w aspekcie proponowanych przez wyszukiwarkę pozycji. Pomimo wielu ograniczeń, obserwacja obecności psychoterapii i psychoterapeutów w świecie cyfrowym wymaga pogłębionej refleksji.

## Piśmiennictwo

1. Lambert MJ, Bergin AE. Achievements and limitations of psychotherapy research. W: D. K. Fredheim DK, Freudenberger HJ, Kessler JW, Messer SB, Peterson DR, Strupp HH, Wachtel PL, red. *History of psychotherapy: A century of change* American Psychological Association, 1992, str. 360–390.
2. Czabała JC. Wyniki badań nad psychoterapią — ich użyteczność dla praktyki klinicznej. *Psychoter.* 1994; 4(91): 33–40.
3. Kalita L, Chrzan-Dętkoś M. Skuteczność psychoterapii psychoanalitycznych. *Psychoter.* 2017; 4(183): 5–16.
4. Sanna K. Zastosowanie oraz efektywność terapii poznawczo-behawioralnej wśród nieformalnych opiekunów osób chorych przewlekle — przegląd badań. *Psychoter.* 2021; 4(199): 65–74.
5. Garrote-Caparrós E, Bellosta-Batalla M, Moya-Albiol L, Cebolla A. Effectiveness of mindfulness-based interventions on psychotherapy processes: a systematic review. *Clin. Psychol. Psychother.* 2022; 29(3): 783–798.
6. Venturo-Conerly KE, Fitzpatrick OM, Horn RL, Ugueto AM, Weisz JR. Effectiveness of youth psychotherapy delivered remotely: a meta-analysis. *Am. Psychol.* 2022; 77(1): 71–84.
7. David-Ferdon C, Kaslow N. Evidence — based psychosocial treatment for child and adolescent depression. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 2008; 37(1): 62–104
8. Grzegorzewska I, Lidia Cierpiąłkowska L, Borkowska AR. *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. Warszawa: PWN; 2020.
9. Józefik B. Psychoterapia jako dyskurs kulturowy. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45(5): 737–748.
10. Suszek H, Grzesiuk L, Styła R, Krawczyk K. Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część II. Wyniki ogólnopolskiego badania. *Psychiatria* 2017; 14(2): 90–100.
11. Suszek H, Grzesiuk L, Styła R, Krawczyk K. Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. Część I. Przegląd dotychczasowych badań. *Psychiatria* 2017; 14(2): 85–89.
12. Hermanowski M. *Psychoterapeutki i psychoterapeuci w Polsce. Analiza cech populacji*. Poznań: Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych UAM, Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 2021.
13. Matusiak F, Józefik B. Wokół psychoterapii, w tym psychoterapii dzieci i młodzieży: pytania, wyzwania, kontrowersje. *Psychoter.* 2019; 3(190): 5–16.
14. Kalita L, Bittner-Jakubowska A, Buzun E, Dworczyk P, Giza M, Henzel-Korzeniowska A, Kitrasiewicz J, Mędrzejewska A, Szmalec M, Witkowska M, Zboińska J. Kompetencje potrzebne do prowadzenia terapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych w Polsce. *Psychoter.* 2021; 2(197): 51–66.
15. Grzesiuk L. *Psychoterapia — badania i szkolenie*. Warszawa: Eneteia; 2006.
16. Witkowski T. *Zakazana psychologia. Tom 1*. Taszów Biblioteka Moderatora 2009.
17. Falkowski A, Tyszką T. *Psychologia zachowań konsumenckich*. Gdańsk: GWP; 2006.

18. Kamiński M. Statystyki wyszukiwarki GOOGLE, które musisz znać. <https://toponline.pl/blog/statystyki-wyszukiwarki-google-ktore-musisz-znac> [dostęp: 2022]
19. Olszewska MK. Tarot. Terapia słowem — karty. Studio Astropsychologii 2007
20. <http://www.ips.edu.pl> [dostęp: 2022]

Adres: Klaudiuszkudla@gmail.com



# **KODEKS ETYCZNY PSYCHOTERAPEUTÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

**PRZYJĘTY PRZEZ NADZWYCZAJNE WALNE ZEBRANIE CZŁONKÓW SEKCJI  
NAUKOWEJ PSYCHOTERAPII ORAZ SEKCJI NAUKOWEJ TERAPII RODZIN  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

**17.10.2015 R. W KRAKOWIE**

## **PREAMBUŁA**

Proces psychoterapii oparty na szczególnego rodzaju relacji między osobą pozostającą w terapii a psychoterapeutą, wymaga uważności i wrażliwości psychoterapeuty na pojawiające się w toku tego procesu problemy etyczne. Kodeks etyczny ma za zadanie ułatwić psychoterapeutom rozwiązywanie tych problemów, nie stanowiąc jednak prawa w ścisłym tego słowa znaczeniu; a jedynie wskazując na standardy optymalnego zachowania i postępowania psychoterapeuty. Naruszenie tych zasad może jednak wiązać się z postępowaniem dyscyplinarnym. Jest oczywiste, że jak każdy, kto pomaga chorym, psychoterapeuta szanuje autonomię, godność i system wartości pacjenta oraz dąży do zachowania i ochrony fundamentalnych praw człowieka, a podstawowym celem jego działań jest dobro pacjenta. Że jest zobowiązany do poszerzania swojej wiedzy dotyczącej zachowania człowieka, pogłębiania rozumienia siebie i innych, w celu wykorzystania tej wiedzy dla dobra pacjenta i że korzysta ze swoich umiejętności tylko dla dobra pacjenta. Psychoterapeuta nie powinien zezwalać na niewłaściwe wykorzystanie swoich umiejętności przez inne osoby czy instytucje, a w szczególności powinien dbać o zachowanie poufności treści spotkań, wyników technik diagnostycznych i badań oraz zasad, które dotyczą stosunków pomiędzy profesjonalistami. Kodeks Etyczny obowiązuje psychoterapeutów zrzeszonych w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym, a przypadki naruszenia zasad etycznych są rozpatrywane przez Sądy Koleżeńskie przy Oddziałach Terenowych i przy Zarządzie Głównym PTP.

## **ZASADY**

### **1. Profesjonalne kompetencje psychoterapeuty**

- 1.1. Psychoterapeuta nie powinien samodzielnie prowadzić psychoterapii przed uzyskaniem Certyfikatu Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- 1.2. Psychoterapeuta może podejmować terapię tylko w zakresie, w którym posiada kompetencje uzyskane w procesie szkolenia i doświadczenia klinicznego.
- 1.3. Niedopuszczalne jest stosowanie, bez zachowania szczególnego namysłu oraz dbałości o dobro pacjenta, jakichkolwiek technik bądź procedur, które mogą mieć charakter niekonwencjonalny, spektakularny bądź eksperymentalny.
- 1.4. Psychoterapeuta jest zobowiązany do przestrzegania wysokich standardów w zakresie kompetencji zawodowych.

1.5. Psychoterapeuta jest zobowiązany podnosić swoje umiejętności, uczestnicząc w (sesjach) spotkaniach naukowych i szkoleniowych, zwłaszcza rekomendowanych przez Sekcję Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

1.6. Psychoterapeuta jest zobowiązany regularnie korzystać z superwizji.

## **2. Odpowiedzialność**

2.1. Psychoterapeuta powinien być świadom swego wpływu na życiowe decyzje podejmowane przez jego pacjentów w wyniku psychoterapii.

2.2. Psychoterapeuta powinien unikać takich relacji, które mogą ograniczać jego bezstronność i prowadzić do konfliktu interesów.

2.3. Psychoterapeuta w pracy terapeutycznej nie ma prawa wyrażać ocen moralnych ani kierować się zasadami ideologii politycznej. Ma obowiązek powstrzymywania się od działań wynikających z jego postaw dotyczących przekonań religijnych, uprzedzeń rasowych, narodowych, do płci, wieku, orientacji seksualnej i innych, zarówno podczas prowadzenia psychoterapii, jak i w innej działalności naukowej.

2.4. Psychoterapeuta nie może osobom uczestniczącym w terapii narzucać ani wprost, ani pośrednio własnego systemu wartości. W przypadkach uniemożliwiających pracę, wynikających ze znacznych różnic między systemem wartości osoby pozostającej w terapii i psychoterapeuty, należy rozwiązać kontrakt i skierować pacjenta do innego psychoterapeuty.

2.5. Psychoterapeuta ma obowiązek wyjaśniania pacjentowi kwestii dotyczących ich wspólnej pracy w ramach zawieranych z nim ustaleń, określających cele i metody pracy oraz zasady jej finansowania.

2.6. Psychoterapia winna być prowadzona jedynie tak długo, jak tego wymaga osiągnięcie uzgadnianych przez pacjenta i psychoterapeutę celów terapeutycznych.

2.7. Psychoterapeuta nie może sprzyjać zachowaniom stanowiącym czyny zabronione, w tym przestępstwa, ani takich zachowań pochwalać lub uwierzytelniać.

## **3. Standardy moralne i prawne**

3.1. Psychoterapeuta musi mieć świadomość, że etyczne standardy, jakimi się kieruje w prywatnym życiu, mogą wpływać na wypełnianie przez niego zawodowych obowiązków oraz na zaufanie publiczne do psychoterapii i psychoterapeutów. Standardy te winny być przedmiotem refleksji psychoterapeuty. Powinien on być wrażliwy na obowiązujące normy społeczne oraz na możliwy wpływ, jaki jego zachowanie może wywierać na innych psychoterapeutów oraz osoby pozostające w ich terapii, zwłaszcza w przypadku, gdy odbiega ono od ogólnie przyjętych zasad. Powinien przede wszystkim kierować się zasadami Kodeksu Etycznego Psychoterapeuty i brać pod uwagę zasady określone w jego kodeksach zawodowych (np. lekarza, psychologa, pedagoga).

3.2. Psychoterapeuta jest obowiązany przestrzegać zasad wynikających z Deklaracji Praw Człowieka.

- 3.3. Psychoterapeuta nie może brać udziału w działaniach, które prowadzą do zachowań dyskryminujących ze względu na wiek, płeć, rasę, narodowość, religię, światopogląd, pochodzenie, niepełnosprawność czy orientację seksualną.

## ZASADY SZCZEGÓŁOWE

### 4. Tajemnica leczenia

- 4.1. Na terapeutę spoczywa obowiązek zapewnienia tajemnicy spotkania psychoterapeutycznego. Niedozwolone jest udzielanie jakichkolwiek informacji dotyczących faktu uczestnictwa i przebiegu terapii bez uprzedniej zgody osoby w niej uczestniczącej, a także ujawnianie czegokolwiek, co może przynieść szkodę pacjentowi, nawet za jego zgodą. Nie dotyczy to wymiany niezbędnych informacji między osobami biorącymi udział w procesie leczenia ani szczególnej sytuacji opisanej w punkcie 1.6.
- 4.2. Włączenie w proces psychoterapii osób szkolących się oraz wykorzystanie dokumentacji pacjenta (w tym zapisu audio i wideo), wymaga uprzedniej pisemnej zgody osoby pozostającej w terapii. Osoba ta może w każdym momencie wycofać swoją zgodę bez ponoszenia żadnych konsekwencji.
- 4.3. Prezentowanie materiału z sesji psychoterapii w publikacjach, wystąpieniach publicznych czy ekspertyzach, a także wykorzystywanie materiału z terapii dla celów badawczych i dydaktycznych (publikacji, prelekcji, superwizji, wykładów), jeśli stwarza możliwość identyfikacji pacjenta, wymaga jego uprzedniej zgody.
- 4.4. Członkowie grupy psychoterapeutycznej powinni składać oświadczenia zobowiązujące do zachowania tajemnicy z przebiegu sesji grupowych.
- 4.5. Psychoterapeuta ma obowiązek prowadzenia dokumentacji z diagnozy i sesji terapeutycznych oraz odpowiada za właściwe jej zabezpieczenie.
- 4.6. Tajemnica psychoterapii może być ujawniona wyłącznie wtedy, kiedy przemawia za tym konieczność ochrony dobra wyższego rzędu (np. w przypadku istotnego zagrożenia zdrowia lub życia osoby uczestniczącej w terapii lub innych osób) i to tylko wobec instytucji do tego upoważnionych.
- 4.7. Przepisy poprzedzające stosuje się także do psychoterapii osób niepełnoletnich, jednakże psychoterapeuta ma prawo poinformować rodziców lub opiekunów o problemach niepełnoletniego i wynikających z tego zaleceniach. Należy jednak każdorazowo rozważyć, w jakiej mierze w interesie osoby niepełnoletniej leży ujawnienie jego spraw wobec rodziców bądź opiekunów. Interes takiej osoby niepełnoletniej ma pierwszeństwo przed prawami rodziców lub opiekunów, jednakże rodzice lub opiekunowie dziecka muszą być poinformowani o objęciu niepełnoletniego opieką terapeutyczną i wyrazić na nią zgodę.
- 4.8. Prawo do tajemnicy procesu terapii rodzinnej i pary jest ważniejsze od prawa poszczególnych pacjentów do informacji i zaświadczeń o terapii. Wydawanie

zaświadczeń o terapii i wgląd do dokumentacji może mieć miejsce wyłącznie w sytuacji wyrażenia na to jedomyślniej zgody wszystkich osób biorących udział w terapii, której ta informacja dotyczy.

- 4.9. W razie sporów sądowych i innych konfliktów między stronami terapii rodzinnej i par, psychoterapeuta, w granicach dozwolonych prawem, powinien unikać świadczenia na temat terapii, mogącego stanowić argumenty zdadne do wykorzystania w takim sporze przeciwko jednej ze stron.

## **5. Konflikt interesów**

W przypadku konfliktu interesów własnych lub instytucji zatrudniającej psychoterapeutę z dobrem pacjenta, obowiązuje zasada „dobro pacjenta jest najwyższym prawem”.

## **6. Relacje psychoterapeuty z pacjentem**

- 6.1. Zależność osoby pozostającej w procesie psychoterapii nie może być wykorzystana w żaden sposób, emocjonalnie, materialnie ani poprzez naruszenie wolności i godności osobistej.
- 6.2. Nawiązywanie bliskości erotycznej, a tym bardziej seksualnej z osobami pozostającymi w terapii jest zabronione jako niedopuszczalne przekroczenie relacji psychoterapeuty z osobą pozostającą w terapii.
- 6.3. Podejmowanie się i prowadzenie psychoterapii wobec osoby, z którą pozostaje się w bliskiej relacji (prywatnej lub zawodowej) jest niewskazane.

## **7. Relacje psychoterapeuty z innymi profesjonalistami i w życiu publicznym**

- 7.1. Psychoterapeuta, w najlepiej pojętym interesie pacjenta, jest zobowiązany utrzymywać jasne i niekonfliktowe relacje z profesjonalistami, którzy współuczestniczą w leczeniu pacjenta.
- 7.2. Psychoterapeuta jest zobowiązany do skierowania pacjenta do innego profesjonalisty, jeżeli jest to potrzebne w procesie diagnozy i psychoterapii
- 7.3. Psychoterapeuta posiadający wiedzę o naruszeniu zasad etycznych przez innego psychoterapeutę, powinien w pierwszej kolejności przekazać mu swoją opinię i wskazać właściwe postępowanie, a jeżeli to okaże się nieskuteczne, podjąć działania zapobiegające wyrządzeniu szkody pacjentowi i powiadomić o tym odpowiednie władze Towarzystwa.
- 7.4. Jeżeli psychoterapeuta wie o naruszeniu prawa, godzącym w interesy osób pozostających w psychoterapii, popełnionym przez innego psychoterapeutę, powinien czuć się zobowiązany do zgłoszenia tego faktu odpowiednim instytucjom prawnym.
- 7.5. Źródło wiedzy o naruszeniu prawa objęte jest bezwzględnie tajemnicą.
- 7.6. W wystąpieniach publicznych psychoterapeuta winien uwzględniać aktualną naukową wiedzę na temat omawianych problemów związanych z psychoterapią.
- 7.7. Psychoterapeuta nie może brać udziału w reklamowaniu lub w ogłoszeniach komercyjnych doradzających zakup, lub zastosowanie produktu czy usługi

z powoływaniem się na wykonywany lub wyuczony zawód psychoterapeuty, uwiarygodniając tym informacje o zaletach oferowanego produktu czy usługi.

- 7.8. Psychoterapeuta jest zobowiązany do prostowania wypowiedzi osób posiadających profesjonalne kwalifikacje psychoterapeutyczne, jak i osób kojarzonych z tego typu usługami, jeżeli te wypowiedzi są sprzeczne z aktualną wiedzą naukową i naruszają zasady ujęte w Kodeksie Etycznym Psychoterapeuty.

## **8. Prawa psychoterapeuty**

- 8.1. Psychoterapeuta ma prawo odmówić prowadzenia psychoterapii, gdy uznaje, że nie jest w stanie podjąć się rzetelnej terapii.
- 8.2. Psychoterapeuta ma prawo dbać o swoją dobrą kondycję psychiczną i fizyczną, jeśli nie pozostaje to w sprzeczności z wymogami procesu psychoterapii.
- 8.3. Psychoterapeuta ma prawo do obrony przed nieprawdziwymi zarzutami, wykorzystując do tego obowiązujące procedury prawne i regulaminowe.

## **9. Specyficzne problemy etyczne terapii rodzin i par**

- 9.1. W terapii rodzin i par psychoterapeuta działa, realizując przede wszystkim dobro pary lub rodziny jako całości, nie zaniedbując przy tym interesów poszczególnych osób.
- 9.2. Terapia rodziny i pary może być podjęta jedynie w takim zakresie, na jaki wyrażą zgodę wszyscy uczestnicy terapii.
- 9.3. Psychoterapeuta rodziny i par jest zobowiązany uszanować systemy wartości uczestników terapii. W razie konfliktu wartości pomiędzy uczestnikami terapii nie powinien opowiadać się po żadnej ze stron. Zasada neutralności nie dotyczy sytuacji przemocy w rodzinie lub parze.
- 9.4. W razie wystąpienia przemocy pomiędzy uczestnikami terapii, psychoterapeuta jest zobowiązany do podjęcia działań mających na celu ochronę osoby będącej ofiarą przemocy, nawet gdyby to wymagało opowiedzenia się po jednej ze stron będących w konflikcie systemów wartości.
- 9.5. Jeśli przemoc w rodzinie lub parze powoduje fizyczne zagrożenia dla którejkolwiek z osób i nie ulega zmianie w procesie terapii, psychoterapeuta jest zobowiązany do podjęcia stosownych kroków przewidzianych prawem.
- 9.6. Jeżeli jedna z osób uczestniczących w terapii rodziny czy pary wymaga psychoterapii indywidualnej, psychoterapeuta jest obowiązany rozważyć skierowanie jej do innego psychoterapeuty.
- 9.7. Kontrakt, który psychoterapeuta zawiera na terapię pary, nie może być przerwany i zamieniony na psychoterapię indywidualną jednego z uczestników wspólnej terapii.
- 9.8. Psychoterapeuta pary nie powinien bez szczególnej rozważli, jednocześnie podejmować się prowadzić psychoterapii tych samych osób w psychoterapii indywidualnej lub grupowej.

- 9.9. Prowadzenie terapii pary w przypadku wcześniejszego prowadzenia psychoterapii którejś z tych osób jest niewskazane.

## 10. Superwizja

- 10.1. Rozdział dotyczy zarówno superwizorów, jak i superwizantów, mając na względzie odrębność i wzajemną nieprzekładalność relacji superwizyjnej i terapeutycznej. Obowiązuje każdego członka Sekcji będącego w relacji superwizyjnej. Ma również zastosowanie do superwizowania kandydatów na superwizorów.
- 10.2. Proces superwizji objęty jest tajemnicą. Dotyczy to również ewentualnej dokumentacji. Terapeuta (superwizant) zobowiązany jest do poinformowania pacjenta o możliwości superwizowania terapii. Ujawnienie faktu i osoby superwizora następuje w odpowiedzi na pytanie ze strony pacjenta. Superwizant powinien dbać o aktualność udostępnianej informacji nt. swojej superwizji.
- 10.3. Superwizant ma prawo do swobodnego wyboru superwizora oraz do uzyskania informacji o jego kompetencjach zawodowych.
- 10.4. Jeśli zachodzi jakakolwiek zbieżność relacji, to powinna być ze szczególną rozważą omówiona pod kątem ewentualnego szkodliwego wpływu na proces superwizyjny, w celu podjęcia decyzji co do rozpoczęcia tego procesu (dotyczy np.: relacji zależności zawodowej, zależności szkoleniowej, znajomości towarzyskich i innych). Szczególnie nie zaleca się łączenia roli terapeuty i superwizora wobec tej samej osoby. Na superwizorze pełniącym funkcję egzaminatora ciąży obowiązek zapewnienia swojej bezstronności. Jeśli uczestniczy w komisji egzaminacyjnej, powinien działać na rzecz bezstronności całej komisji.
- 10.5. Relacja superwizyjna zobowiązuje superwizora do szczególnej uważności na etyczne aspekty zachowania terapeuty. W sytuacjach ewentualnych naruszeń obowiązuje go ogólna zasada: najpierw omówić, potem zgłosić. Na superwizorze spoczywa obowiązek zachowania najwyższych standardów etyczności relacji superwizyjnej.
- 10.6. Superwizor ma prawo odmówić podjęcia się lub kontynuowania prowadzenia superwizji.
- 10.7. Superwizant ma prawo do uzyskania poświadczenia procesu superwizji. Superwizor ma prawo nie uznać superwizji z przyczyn merytorycznych.
- 10.8. Superwizor rekomendujący powinien uwzględnić, że udzielenie rekomendacji ma prowadzić do samodzielności profesjonalnej osoby, którą promuje. Superwizor wydając rekomendację stwierdzającą, że superwizant ma umiejętności do samodzielnego prowadzenia psychoterapii, powinien być świadomy ciężącej na nim odpowiedzialności i dołożyć wszelkich starań, by rozwiązać pojawiające się na drodze do tej konkluzji wątpliwości.
- 10.9. W związku z tą odpowiedzialnością, ze względu na dobro pacjentów, superwizor ma obowiązek użyć wszelkich odpowiednich środków prowadzących do tego

---

celu, łącznie z zaleceniem przedłużenia procesu superwizyjnego, poszerzenia czy pogłębienia terapii własnej, czy uzupełnienia wiedzy.

- 10.10. Superwizor ma prawo odmówić rekomendacji, a poświadczając liczbę godzin odbytej superwizji powinien wyrazić swoją opinię na tym samym zaświadczeniu.
- 10.11. W trakcie superwizji szkoleniowej superwizant powinien poinformować superwizora o wszystkich wcześniejszych procesach superwizyjnych, ich rezultatach i wnioskach z nich płynących, a szczególnie o odmowie rekomendacji.
- 10.12. Podejmując się superwizji w instytucji, superwizor jest zobowiązany do przestrzegania zasad procesu superwizyjnego.
- 10.13. Prowadzenie superwizji w ramach umowy z instytucją nie może ograniczać zasad settingu superwizyjnego w tym w szczególności zachowania tajemnicy procesu superwizyjnego i swobody wyboru superwizora. Wskazane jest też, aby superwizor, z tego względu, wsparł ewentualną odmowę superwizowania się u niego.
- 10.14. Superwizor powinien dbać, żeby informacje podawane przez instytucje nt. superwizji prowadzonych przez niego były rzetelne, pełne i aktualne.
- 10.15. W superwizji grupowej tajemnica obowiązuje wszystkich. Superwizant ma obowiązek zgłoszenia w superwizji grupowej sytuacji, której tematem jest terapia osoby, z którą ma relację pozaterapeutyczną albo inną relację terapeutyczną. Decyzja o ewentualnym opuszczeniu sesji powinna być podjęta po omówieniu.
- 10.16. Wskazane jest, żeby superwizor poddawał środowiskowej refleksji prowadzone przez siebie superwizje.





## PROCEDURA PUBLIKOWANIA W „PSYCHOTERAPII” INFORMACJE DLA AUTORÓW

1. Misją czasopisma jest publikowanie najnowszych wyników badań naukowych z zakresu psychoterapii i dziedzin z nią związanych, jak również upowszechnianie wiedzy przydatnej w praktycznym jej stosowaniu.
2. „Psychoterapia” jest kwartalnikiem naukowym Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ukazuje się od 1972 roku, wcześniej jako „Zeszyty Psychoterapeutyczne”. Czasopismo wydawane jest w formie drukowanej i w formie elektronicznej, dostępnej na stronie [www.psychoterapiapt.pl](http://www.psychoterapiapt.pl), zawierającej teksty w języku polskim, streszczenia w języku angielskim, a od 2016 roku także angielskie wersje artykułów. Publikowane teksty poddawane są anonimowym recenzjom, przez co najmniej dwóch recenzentów. Czasopismo jest indeksowane w uznanych bazach danych Scopus, ERIH Plus, Index Copernicus, MNiSW, a w 2016 r. znalazło się na liście kandydackiej Emerging Sources Citation Index i EBSCO.
3. Redakcja przyjmuje do druku
  - *Prace oryginalne (ilościowe i jakościowe)*
  - *Prace przeglądowe*
  - *Prace poglądowe*
  - *Opisy przypadków*
  - *Krótkie doniesienia*
  - *Notatki kronikarskie i informacyjne (w tym sprawozdania), omówienia książek, komunikaty*
  - *Listy do redakcji*
  - *Problemy dyskusyjne, polemiki*

związane z szeroko pojętym obszarem oddziaływań psychoterapeutycznych.

Tematyka poruszana w czasopiśmie:

- Badania nad psychoterapią
- Metody badań psychologicznych
- Pomoc psychologiczna
- Psychiatria ogólna
- Psychologia kliniczna
- Seksuologia
- Techniki psychoterapii

Publikowane prace powinny być zgodne z ustaleniami Kodeksu Etycznego Psychoterapeutów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

4. Tekst prac oryginalnych powinien zawierać następujące części: wstęp, metoda, wyniki, omówienie wyników, wnioski, piśmiennictwo.
5. Do wszystkich prac oryginalnych, kazuistycznych i poglądowych należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim o objętości min. 150, maks. 250 słów. W przypadku prac oryginalnych powinno to być streszczenie ustrukturuwane. Należy w nim wyróżnić w odrębnych akapitach: 1. cel badań, 2. metodę, 3. wyniki, 4. wnio-

- ski. Poniżej należy wpisać słowa klucze (nie więcej niż trzy), podobnie w angielskiej wersji tekstu.
6. Procedury badawcze i analizy statystyczne powinny być opisane w sposób umożliwiający ich odtworzenie (replikację). W opisie należy uwzględnić liczebność i charakterystykę badanej grupy, zastosowane metody i narzędzia badawcze oraz wskazać, jakie testy statystyczne wykorzystano do poszczególnych analiz i jaki poziom istotności statystycznej przyjęto. Mile widziane jest wykorzystanie miar wielkości efektu i przedziałów ufności w opisie wyników. Wskaźnikom tendencji centralnych (średnie, mediany) powinny towarzyszyć odpowiednie miary zmienności. Należy stosować adekwatny do pomiaru poziom dokładności prezentowanych wyników. Dla wartości  $p$  (prawdopodobieństwa testowego) minimalny i zalecany poziom dokładności to trzy miejsca dziesiętne. Wartości współczynnika korelacji oraz  $p$  zaleca się prezentować bez początkowego zera.
  7. Objętość — łącznie z rysunkami, tabelami, wykazem piśmiennictwa i streszczeniem — nie może przekraczać dla prac oryginalnych, poglądowych i kazuistycznych 20 stron, doniesień tymczasowych i listów do redakcji 5 stron, omówień książek, notatek kronikarskich, informacyjnych i in. 2 stron znormalizowanego maszynopisu (strona — 1800 znaków ze spacjami; marginesy — górny, dolny, lewy i prawy 2,5 cm; podwójna interlinia; wyrównane do lewej strony; czcionka Times New Roman 12 pkt).
  8. Prace należy przygotować w formie elektronicznej (Word dla Windows).
    - W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami).
    - Tekst powinien być zapisany w kolorze jednolitym czarnym. Należy usunąć z niego wszystkie kolorowe zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze.
    - Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows, a wykresy w programie Word lub Excel. Szerokość tabel i rysunków nie może przekraczać 12,5 cm (szerokość łamu czasopisma). W tabelach i opisach rysunków należy używać pisma Arial Narrow CE wielkości 10 punktów.
    - Ilustracje półtonowe należy zapisać w formacie TIF lub EPS (odcienie szarości, rozdzielczość 300 dpi), w proporcjach, w jakich mają być drukowane.
    - W wypełnieniach wykresów nie należy używać kolorów, tylko odcieni szarości lub czarno-białych wypełnień. W wykresach liniowych należy używać czarno-białych znaczników linii przewidzianych przez programy.
    - Liczba tabel, wykresów i rysunków powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.
  9. Artykuł należy zamieszczać w dwóch wersjach: a) **podstawowej** (w pełni zanonimizowanej; zawierającej tylko treść pracy, tabele i ryciny oraz spis piśmiennictwa, na potrzeby recenzowania) i b) **redakcyjnej** (oryginalny plik pracy zawierający wszystkie elementy, w tym dane osobowe, afiliację, adres e-mail — nie dla recenzentów).
    - W nazwie pliku należy wyraźnie zaznaczyć jego typ i datę powstania (np. skrócony tytuł pracy\_podst\_14.10.2017, skrócony tytuł pracy\_red\_14.10.2017).
    - Z właściwości pliku należy usunąć dane osobowe autora.
  10. Prosimy o zachowanie w ostatecznych wersjach tekstu (w obu językach) prawidłowego porządku piśmiennictwa w standardzie Vancouver. W celu uzyskania zwię-

złości redakcja prosi o uwzględnianie wyłącznie niezbędnego piśmiennictwa, ściśle związanego z tematem pracy (w liczbie nie większej niż 50 pozycji) z uwzględnieniem publikacji w polskich czasopismach (ograniczenie to nie dotyczy przeglądów systematycznych).

- W spisie piśmiennictwa należy podawać tylko te pozycje, które są cytowane w tekście.
- W tekście należy podać numer pozycji piśmiennictwa w nawiasie kwadratowym, a numery należy nadawać zgodnie z kolejnością cytowania (konsekwentnie).
- Każda pozycja w spisie piśmiennictwa powinna być pisana od nowego wiersza i poprzedzona numerem.
- Należy przestrzegać jednolitej interpunkcji (standard Vancouver) wg wzorów:  
**Zapis dla artykułu z czasopisma:** nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł artykułu, tytuł czasopisma (zgodny z Index Medicus), rocznik, tom, strony. Wzór: Kowalski N, Nowak A. Schizofrenia — badania własne. Psychiatr. Pol. 1919; 33(4): 210–223. Jeśli liczba autorów cytowanej pozycji przekracza sześć: Kowalska A, Kowalski B, Kowalewska C, Kowalewski D, Kowal E, Kowal F i wsp.
- **Zapis dla pozycji książkowej:** nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł, miejsce publikacji, wydawca, rok wydania. **Wzór:** Kowalski ZG. Psychiatria. Sosnowiec: Press; 1923.
- **Zapis dla rozdziału z książki:** nazwiska autorów, inicjały imion, tytuł, W: nazwiska i inicjały imion redaktorów tomu, tytuł, miejsce wydania, wydawca, rok, strony. **Wzór:** Szymański BM. Stany depresyjne. W: Kowalski AM, Głogowski P, red. Podręcznik psychiatrii, wyd. 2. Krosno: Psyche; 1972, s. 203–248.
- Numery stron oddzielać należy pauzą bez odstępów, a nie dywizem (pauza krótka).
- Redakcja prosi uprzejmie o przestrzeganie poprawności mianownictwa psychiatrycznego oraz stosowania międzynarodowych nazw leków. Należy stosować skróty wg międzynarodowego układu jednostek miar (SI).

Wysyłanie prac do czasopisma odbywa się poprzez edytorski system elektronicznego przetwarzania prac naukowych, dostępny pod adresem internetowym <http://www.editorialsystem.com/PT>

- Autor, który nie tworzył wcześniej konta w systemie, proszony jest o dokonanie rejestracji za pomocą opcji „Utwórz nowe konto” dostępnej w lewej części ekranu. Po wypełnieniu formularza rejestracji, pod podany adres e-mail wysyłana jest wiadomość w celu potwierdzenia poprawności wpisanego adresu e-mail autora (pod ten adres wysyłana będzie korespondencja z systemem).
- Autor, który zakładał konto w systemie, może zalogować się do niego, wpisując e-mail i hasło w prawej części ekranu (w celu ewentualnego odzyskania hasła do systemu autor może skorzystać z opcji „Nie pamiętam hasła”).
- Po zalogowaniu się do systemu, w celu wysłania pracy do redakcji należy kliknąć przycisk „Wyślij nowy artykuł” dostępny na górze sekcji „Twoje artykuły”. Po wpisaniu tytułu pracy oraz wybraniu jej typu pojawią się okienka służące do wpisania niezbędnych elementów artykułu.

- Podczas zgłaszania listy autorów, wymagane jest podanie numeru ORCID (Open Researcher and Contributor ID), dla przynajmniej jednego, głównego, Autora/Autorki; optymalnie dla wszystkich.
  - Pomędzy kolejnymi okienkami autor może poruszać się, klikając przyciski „Poprzedni/Następny krok” lub nazwę etykiety po lewej stronie. Ostatnim krokiem wysłania pracy jest „Wyślij do redakcji” — w tym kroku znajduje się podsumowanie wcześniej wprowadzonych danych artykułu oraz informacje o ewentualnych brakujących elementach lub naruszeniach wymogów formalnych przesłania pracy do redakcji.
  - W przypadku poprawnego i kompletnego wypełnienia wszystkich elementów pracy, w tym zamieszczenia 2 rodzajów plików i wygenerowaniu pliku pdf, opcja „Wyślij do redakcji” stanie się aktywna. Potwierdzenie otrzymania pracy i nadania jej sygnatury zostanie wysłane na adres e-mail autora, co nie jest równoznaczne ze skierowaniem pracy do recenzowania ani przyjęciem jej do druku.
11. Autorzy proszeni są o załączenie oświadczenia dotyczącego ewentualnych źródeł finansowania pracy, wkładu pracy poszczególnych autorów i dostępu do materiałów, niezgłaszania artykułu do publikacji w innych czasopismach.
- Autor zgłaszający pracę sponsorowaną jest zobowiązany do oświadczenia, że autorzy publikacji nie byli poddani żadnym wpływom ze strony sponsorów w toku badań i ich opracowywania.
  - Do prac empirycznych, wymagających zgody właściwej komisji bioetycznej, należy dołączyć numer decyzji akceptującej projekt badań.
  - Główną odpowiedzialność za prawidłowe podanie danych, pozwalających uniknąć nierzetelności naukowej, ponosi Autor zgłaszający manuskrypt.
  - W przypadku wykrycia sytuacji, gdy ktoś wniósł istotny wkład w powstanie publikacji, a jego udział nie został ujawniony jako jednego z autorów lub w podziękowaniach (ghost-writing) — i przeciwnie, jeśli udział danej osoby jest znikomy lub w ogóle nie zaistniał, a pomimo to jest ona wymieniona jako autor/współautor publikacji (guest-authorship), redakcja jest zobowiązana do powiadomienia o tym fakcie odpowiednie podmioty.
  - W systemie edytorskim przy okienku „oświadczenia autorów” (punkt 6) znajduje się plik „wzór oświadczenia” do pobrania i wypełnienia przez osobę zgłaszającą pracę.

Prace oryginalne, poglądowe i kazuistyczne oraz doniesienia tymczasowe i spostrzeżenia kliniczne są recenzowane anonimowo przez co najmniej dwóch recenzentów. Formularz recenzji znajduje się do wglądu na stronie <http://www.psychoterapiaptp.pl/> w zakładce „Regulamin”.

- Po otrzymaniu recenzji, redakcja informuje autora o podjętej na ich podstawie decyzji.
- W przypadku konieczności wprowadzenia poprawek, autor proszony jest o nadesłanie poprzez system edytorski kolejnej wersji swojego tekstu z uwzględnionymi uwagami recenzentów, zaznaczonymi w pliku podstawowym wprowadzonymi

zmianami (na żółto lub innym kolorem czcionki), zaktualizowanym streszczeniem oraz zamieszczenie listu do redakcji, informującego o wszystkich, wynikających z recenzji, dokonanych zmianach (w systemie edytorskim w punkcie nr 10 „Odpowiedź na recenzje”).

- Zamieszczanie kolejnej wersji tekstu odbywa się analogicznie do wysyłania nowego artykułu, tj. wymaga aktualizacji wszystkich punktów wprowadzania artykułu (poprawionej wersji), ze zwróceniem szczególnej uwagi, by nadać właściwą nazwę obu plikom (podstawowemu i redakcyjnemu) — określającą tytuł\_typ\_datę pliku.
- Poprawione teksty należy nadesłać w terminie wskazanym przez Redakcję. Nietrzymanie terminu może być uznane za rezygnację z publikacji.
- Zakwalifikowanie pracy do druku następuje po otrzymaniu pliku zawierającego zmiany sugerowane przez recenzentów, spełniającego wszystkie wymogi merytoryczne i formalne.

12. Po wydaniu decyzji o przyjęciu artykułu do druku i poddaniu go adyustacji, redakcja przesyła Autorowi tekst pracy do autoryzacji.

W ciągu 30 dni od autoryzacji polskiej wersji tekstu Autor jest zobowiązany przesłać do redakcji jego angielskie tłumaczenie na adres redakcjapsychoterapii@gmail.com.

- Za jakość tłumaczenia, tak językową, jak merytoryczną, odpowiedzialność ponosi autor. Tłumaczenie powinno zawierać pojęcia zgodne z powszechnie występującymi określeniami w literaturze naukowej, ze szczególną dbałością o spójność pojęć występujących w różnych podejściach.
13. Redakcja zastrzega sobie prawo poprawienia usterek stylistycznych i mianownictwa oraz dokonywania potrzebnych skrótów bez porozumienia z autorem.
14. Osoba uczestnicząca w procesie wydawniczym w czasopismach KRW PTP jest zobowiązana do złożenia oświadczenia w przedmiocie wyrażania zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych niezbędnych do realizacji procesu wydawniczego i rozpowszechnienia publikacji przez Wydawcę (KRW PTP) oraz współpracujące w tych celach podmioty: drukarnia Technet, Poczta Polska S.A. Autor zgłaszający pracę w imieniu swoim i współautorów jest zobowiązany uprzednio uzyskać ich pisemną zgodę na przetwarzanie danych osobowych, oraz przekazać ją Wydawcy.
15. Autor zgłaszający pracę (i ewentualni Współautorzy) są zobowiązani do zawarcia umowy o przeniesienie majątkowych praw autorskich do pracy na Wydawcę. Formularz umowy, po pobraniu z systemu edytorskiego, wydrukowaniu, podpisaniu przez Autora (wszystkich Współautorów) i po zeskanowaniu dokumentu, musi być wprowadzony do tego systemu w toku zgłaszania pracy. Po przyjęciu pracy do publikacji, Autor może otrzymać egzemplarz umowy podpisany przez osobę reprezentującą Wydawcę.





cena 35 zł (w tym 5% VAT)

