

KWARTALNIK NR 2 (205) 2023

# PSYCHOTERAPIA



Polskie  
Towarzystwo  
Psychiatryczne



Uniwersytet Jagielloński  
w Krakowie  
Collegium Medicum

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII  
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**



# PSYCHOTERAPIA

NR 2 (205) 2023

Impact Factor — 0,2  
Liczba punktów MNiSW — 40

## Spis treści

<b>Od Redakcji</b> .....	3
<b>Z cyklu „Sylwetki psychoterapeutów”: Z Profesor Katarzyną Schier, czyli o roli dobrego obiektu i o wykopkach, rozmawia Robert Maliński</b> .....	5
<b>Refleksje nad etycznymi wyzwaniem indywidualnej interwencji psychologicznej</b> Władysław Jacek Paluchowski .....	19
<b>Potencjalnie negatywny wpływ psychoterapii osób z traumą na terapeutów</b> Władysław Sterna .....	33
<b>Komunikacja terapeutyczna a przebieg okresu pooperacyjnego</b> Marek Motyka, Elżbieta Szufnarowska, Julian Dutka .....	45
<b>Krytyczne punkty w relacji superwizyjnej</b> Irena Jelonkiewicz .....	59
<b>Superwizja w pomocy psychologiczno-pedagogicznej</b> Bożenna Wardęszkiewicz.....	71
<b>Komunikaty</b> .....	79
<b>Procedura publikowania w „Psychoterapii”</b> .....	83

## 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

Komitety 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

Prace prezentowane w bieżącym numerze „Psychoterapii” łączy tematyka relacji terapeutycznej i superwizyjnej, która ma ogromne znaczenie zarówno dla efektów pracy terapeuty/osoby udzielającej pomocy/superwizora, jak i dla kondycji psychicznej tych osób.

Jak pomagać, by to, co robimy, było naprawdę przydatne dla osób korzystających z pomocy, a jednocześnie byśmy nie wyczerpali własnych zasobów umożliwiających pracę terapeutyczną? Temat relacji z pacjentami, superwizorami i superwizantami jest poruszany m.in. przez panią profesor Katarzynę Schier, która w cyklu „Sylwetki psychoterapeutów” opowiada Robertowi Malińskiemu o swojej drodze zawodowej, dokonywanych wyborach, pracy naukowej, diagnostycznej i terapeutycznej.

Dawno temu profesor Stefan Leder uczulał swoich uczniów na problem władzy w procesie terapii. Zwracał uwagę, że psychoterapia jest procesem wpływania na drugiego człowieka. Musimy być świadomi konsekwencji tego wpływu i dbać o to, by nie narzucać niczego pacjentowi. Ten temat jest obecny w kolejnej prezentowanej pracy.

Władysław Jacek Paluchowski zajmuje się indywidualną interwencją psychologiczną od strony wybranych dylematów etycznych: paternalizmu i dyrektywności. Jego artykuł dotyczy niezwykle ważnej kwestii, jaką jest rola zawodowa psychologa i zakres jego działań. Autor obszernie zajmuje się definiowaniem interwencji psychologicznej i opisem jej różnych form. Przedstawia też różne modele relacji pomiędzy psychologiem i jego klientem/pacjentem, zwracając szczególną uwagę na asymetrię tej relacji i procesu komunikacji.

Następny artykuł dotyczy kondycji terapeutów. Władysław Sterna omawia potencjalnie negatywny wpływ pracy z osobą po traumie na terapeutę. Bywa, że angażując się w pomoc cierpiącym pacjentom, zapominamy zadbać o własną kondycję psychofizyczną. Autor zajmuje się takimi negatywnymi konsekwencjami, jak: zmęczenie współczuciem, wypalenie zawodowe, wtórny stres traumatyczny oraz trauma zastępcza, której poświęca najwięcej uwagi.

Autorzy: Marek Roman Motyka, Elżbieta Szufnarowska i Julian Dutka prezentują pracę dotyczącą wpływu komunikacji terapeutycznej na przebieg okresu pooperacyjnego w oparciu o przeprowadzone badania w grupie pacjentów poddawanych zabiegom ortopedycznym. Wyniki badań mogą służyć personelowi medycznemu jako wskazówka do budowania pozytywnej relacji z pacjentami, sprzyjającej skuteczności oddziaływań medycznych.

Od relacji z pacjentem przechodzimy do relacji superwizyjnej. Irena Jelonkiewicz w artykule poświęconym tej tematyce zwraca uwagę na ważność relacji z superwizantem dla efektywności superwizji. Jest ona zwiększana przez siłę przymierza i wsparcie od superwizora, a zmniejszana przez postrzeganą przez superwizanta krytykę. Autorka zajmuje się szerzej zjawiskami utrudniającymi współpracę superwizora i superwizanta. Omawiane cele i zadania superwizji, lęk superwizanta i rola superwizora są ilustrowane przykładem z praktyki superwizyjnej Autorki.

Na koniec zamieszczamy opracowanie dotyczące problemu superwizji dla osób zajmujących się pomocą psychologiczno-pedagogiczną w instytucjach oświatowych. Tekst,

który składa się głównie z zapisu rozmowy Krzysztofa Klajsa i Bożenny Wardęszkiewicz, przedstawia założenia programu dotyczącego superwizji grupowej prowadzonej w formie on-line, a kierowanej do psychologów i pedagogów szkolnych oraz nauczycieli. Rozmówcy podkreślają wpływ superwizji na większą skuteczność pomocy udzielanej dziecku. Przedstawiają też wyniki ankiety ewaluacyjnej przeprowadzonej wśród uczestników grup superwizyjnych.

Mam nadzieję, że zamieszczone w tym numerze artykuły okażą się dla Państwa nie tylko interesujące, ale również przydatne w codziennej praktyce terapeutycznej i superwizyjnej.

**Małgorzata Wolska**

Robert Maliński

## Z CYKLU „SYLWETKI PSYCHOTERAPEUTÓW”: ROZMOWA Z PROFESOR KATARZYŃĄ SCHIER, CZYLI O ROLI DOBREGO OBIEKTU I O WYKOPKACH

**Robert Maliński:** Jest pani profesorem psychologii, psychoanalitykiem i psychoterapeutą dorosłych, dzieci i młodzieży, a także superwizorem psychoterapii w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym i Polskim Towarzystwie Psychologicznym. Przez wiele lat pracowała pani w Katedrze Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Myśląc o książkach, które pani opublikowała, począwszy od „Terapii psychoanalitycznej dzieci i młodzieży: przeniesienie”, „Krewni i znajomi Edypa. Kliniczne studia dzieci i ich rodziców” we współautorstwie z Mariną Zalewską, przez „Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową”, „Piękne brzydactwo — *psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*”, „Dorosłe dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie” czy książkę pod pani redakcją „Samotne ciało. Doświadczenie cielesności przez dzieci i ich rodziców”, a także zastanawiając się nad pani artykułami, jakie ukazywały się na łamach „Psychoterapii”, skonstatowałam pewną łatwość w łączeniu przez panią działalności klinicznej, naukowej i pisarskiej. Myślałam także o pani jako o drogowskazu dla młodszego pokolenia psychoterapeutów, psychoanalityków, a także o tym, że pani książki uwrażliwiały pewnie nie tylko mnie na różne aspekty w leczeniu dorosłych, dzieci i nastolatków. Mam na myśli aspekt psychosomatyczny, dotyczący funkcjonowania danej osoby, lub problem międzygeneracyjnego przekazu traumy oraz powiązanego z nim obrazu siebie i obrazu ciała czy wreszcie procesu destrukcyjnej parentyfikacji. Chciałam spytać panią, jak doszło do tego, że zaciekała się pani psychologią, studiowała ją — rozumiem, że taka była pani droga — później zrobiła doktorat, habilitację i profesurę.

**Katarzyna Schier:** Świetne pytanie. Na początku chciałabym bardzo podziękować za zaproszenie mnie do cyklu przedstawiającego sylwetki psychoterapeutów w „Psychoterapii”. Jestem związana z czasopiśmem od wielu lat i często było ono dla mnie miejscem, które nadaje kierunek. Dzięki lekturze kwartalnika zawsze mogłam wiedzieć, co w przyszłościowej trawie piszczy w różnych orientacjach psychoterapeutycznych. W czasopiśmie „Psychoterapia” nie obowiązywały tak mocno wyśrubowane reguły przyjęte w świecie akademickim: recenzji, punktowania i tak dalej. Było troszeczkę więcej przestrzeni do wyrażania autonomicznych, czasami nawet mocnych opinii i za to jestem wieloletniej i aktualnej redakcji naprawdę bardzo wdzięczna.

A wracając do Pana pytania o początek. W liceum byłam w klasie humanistycznej i dosyć lubiłam wszystkie obszary związane z humanistyką. Co ciekawe, gdy już był czas wyboru, postanowiłam jednak iść na studia wymagające wiedzy z przedmiotów ścisłych

— na archeologię. Chciałam być archeologiem i robić wykopki. W tamtych czasach była bardzo modna archeologia śródziemnomorska i trudno się było na nią dostać. Mnie było wszystko jedno, czy będę nad Morzem Śródziemnym, chciałam robić wykopki i tyle. No, ale niestety trzeba było znać tematy, których w klasie humanistycznej nie omawiano, a wtedy korepetycje były tylko dla wybranych. Można więc powiedzieć, że wybór psychologii był w pewnym sensie z konieczności, to była taka archeologia duszy. Parę lat mi zajęło, żeby poczuć prawdziwy związek z tym kierunkiem studiów.

**R.M.:** Nie wiem, czy się nie pomylę, ale pamiętam, że archeologia to nauka fascynująca Zygmunta Freuda, twórcę psychoanalizy.

**K.S.:** Dokładnie tak. On miał na stole figurki różnych ważnych starożytnych postaci. Archeologia, czyli to wydobywanie, bardzo go interesowało.

**R.M.:** Ile czasu zajęło pani przekonanie się do psychologii?

**K.S.:** To trwało kilka lat. Najpierw miałam na studiach logikę i matematykę, było ciężko. Pamiętam, dostałam dwóję z logiki (jedyńki w systemie nauczania pojawiły się później), nic nie rozumiałam. Zaczęła się też statystyka. Miałam moment kryzysu; znowu wróciły myśli o siedzeniu nad Morzem Śródziemnym. Przyjemność studiowania psychologii odkryłam dopiero na trzecim roku, wraz z wejściem przedmiotów klinicznych. Potem na czwartym roku, gdy już można było wybierać specjalizację, dostałam się na specjalizację z psychologii klinicznej dziecka, gdzie były dwie wiodące postaci: pani prof. Małgorzata Kościelska, która już w latach 80. prowadziła badania nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną, między innymi nad seksualnością tych osób, co było przełomowe i nowatorskie, oraz pani prof. Marina Zalewska, badająca między innymi dzieci z niepełnosprawnością słuchową i wczesnymi zaburzeniami rozwoju mowy. Jeśli chodzi o psychologię kliniczną dorosłego, to bardzo ważną postacią była dla mnie pani prof. Lidia Grzebiak. Pamiętam, że słuchałam jej wykładów z przysłowiową otwartą gębą. Wtedy zaczęła się moja fascynacja psychologią.

**R.M.:** Czy któraś z tych postaci była szczególnie ważna dla pani?

**K.S.:** Przez wiele lat współpracowałam naukowo i klinicznie z panią prof. Mariną Zalewską. Jeszcze na ostatnim roku studiów zaczęłam pracować w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, w Poradni Audiologicznej dla dzieci, w której pani prof. Zalewska była konsultantem poradni i moim szefem. To ona była tą osobą, która zachęciła mnie do myślenia psychoanalitycznego. Z jej inspiracji w latach 1986–1991 odbyłam pięcioletnie studia z psychoterapii dzieci i młodzieży w Niemczech, w Heidelbergu. Później, już po powrocie stamtąd, na zaproszenie pani prof. Małgorzaty Kościelskiej zaczęłam pracować na Wydziale Psychologii UW. Gdy dwa lata temu, kończąc trzydziestoletnią pracę na UW, żegnałam się z kolegami i koleżankami, odchodząc na emeryturę, śmiałam się, że przeszłam karierę, jeśli przełożyć określenie przyjęte w biznesie na karierę naukową, od pucybuta do milionera. Od 1991 roku przez kilka lat pracowałam na etacie naukowo-technicznym i dopiero po doktoracie przeszłam na etat stricte naukowy.

**R.M.:** Czy pamięta pani tytuł swojej pracy magisterskiej?

**K.S.:** Tak. Pisałam ją u pani prof. Grace Wales Shugar, która była twórczynią polskiej szkoły psycholingwistyki rozwojowej. Praca była zatytułowana „Czy mógłbyś się ze mną bawić? Analiza procesu aktywizowania u dzieci w wieku przedszkolnym”. Co było ciekawe to fakt, że w pracy często odnosiłam się do obliczeń i matematyki, chociaż wcze-



śniej przez wiele lat tak bardzo się przed nią broniłam. Praca magisterska była niezwykle drobiazgową, dotyczyła obserwacji nagranych na wideo interakcji kilkuletnich bawiących się dzieci. Najbardziej podobała mi się analiza zachowania chłopca, który aktywizował swojego wycofanego i biernego kolegę, skacząc koło niego i po prostu czarując sobą, pokazując mu różne przedmioty itd. Nie mówił „chodź się ze mną bawić”, tylko sam się bawił i ten drugi chłopczyk w pewnym momencie był tak zafascynowany swoim kolegą, wykonującym przed nim różne wygibasy, że zaczął wchodzić w interakcję i rozmawiać z nim. Nie trzeba mówić „baw się” albo „chodź, zrób”, tylko można swoją aktywnością kogoś zachęcić. Taka była teza tej pracy. To mi się wydawało fascynujące. Praca ta była gigantycznie gruba, miała dwieście ileś stron, więc pani promotor się namęczyła, czytając ją.

**R.M.:** Rozumiem, że jeszcze w tamtym czasie pozwalano na takie grube prace magisterskie, a może już wtedy ujawniała się u pani potrzeba pisania?

**K.S.:** Takie były czasy. Wie pan, pisało się na maszynie do pisania. Ale też, ma pan rację może, rzeczywiście, odnalazłam wtedy przyjemność w przelewaniu myśli na papier.

**R.M.:** Pomyślałem o sytuacji zachęcania dziecka do aktywności poprzez ciało, jego ruch. To przypomina badania nad więzią, zarówno Johna Bowlby’ego, jak i te pogłębione przez Mary Ainsworth. Są różne sytuacje, kiedy osoby bardziej witalne, zdrowsze, aktywniejsze, próbują pomagać tym, którzy przeżywają ból, cierpienie, są depresyjni czy wycofani.

**K.S.:** Absolutnie się z panem zgadzam. To może też np. dotyczyć dziecka próbującego uruchomić czy ożywić rodzica — depresyjnego czy z różnych przyczyn nieobecnego mentalnie.

**R.M.:** Nasuwa mi się myśl o konstrukcie martwej matki, opisanym przez francuskiego psychoanalityka André Greena, gdy dziecko próbuje nawiązać kontakt z matką w depresji.

**K.S.:** To ciekawe, co Pan mówi. Bardzo ceniłam niezwykle współpracę z panią prof. Shugar. Pani profesor przyjechała z Kanady z pięcioletnią córką i mężem Dawidem, profesorem biofizyki. Nauczyła mnie rzetelnego warsztatu naukowego. Mam dla niej dużą wdzięczność. Za ten warsztat, za tę sumienną dotychczasową metody naukową. Natomiast nigdy nie pomyślałam o tym, na co pan teraz zwrócił uwagę, że temat mojej pracy magisterskiej był bardzo związany z tym, czym potem się zajmowałam, czyli problematyką więzi.

**R.M.:** Może nasza rozmowa wydobywa różne nowe znaczenia. Chciałbym jeszcze wrócić do postaci kobiet. Co było takiego w tych kobietach, o których pani wspomniała? Rozumiem, że one panią inspirowały i sprawiały, że pani poszła w kierunku badawczym. Nie tylko klinicznym, psychoterapeutycznym, ale też naukowo-badawczym.

**K.S.:** Tak, to były kobiety, którym udawało się łączyć różne sfery działalności. Pani prof. Shugar, choć nie była praktykiem, dysponowała bardzo dużą wiedzą na temat psychologii rozwojowej. Natomiast prof. Kościelska, prof. Zalewska i prof. Grzesiuk miały niezwykle umiejętność łączenia pracy klinicznej z pracą naukową. To stanie na tych dwóch nogach było dla mnie fascynujące. Dwóch różnych nogach, które jednak zapewniały równowagę. Mój psychoanalityk w Heidelbergu był mężczyzną. Pan dr Herbert Stein, neurolog i specjalista medycyny psychosomatycznej. Miałam szczęście, mogąc stworzyć swoisty wielokąt kliniczno-naukowy, który był dla mnie oparciem.

**R.M.:** Chyba łączenie podejść, integrowanie ich było i być może nadal jest dla pani cenną wartością; mam na myśli pani studia za granicą. Wyobrażam sobie, że decyzja o wyjeździe mogła być niełatwa.

**K.S.:** Tak. Wyjechałam do Niemiec w 1986 roku, w bardzo trudnych czasach. Nie było to zaraz po studiach, ale po czterech latach pracy w Poradni Audiologicznej IMiDz. Walczyłam o paszport. Dostałam stypendium od niemieckiego przedsiębiorcy, ale musiałam dorabiać.

**R.M.:** Czy pracując w poradni zajmowała się pani głównie dziećmi niedosłyszącymi i głuchymi?

**K.S.:** Nie tylko. Praca w poradni była dobrym doświadczeniem i uczeniem się psychologii rozwojowej, stawiania diagnozy. Do polikliniki audiologicznej trafiały dzieci z niedosłuchem, głuchotą, ale też dzieci z autyzmem, z niepełnosprawnością intelektualną, opóźnionym rozwojem mowy. W poradni nauczyłam się nie tylko wiedzy dotyczącej funkcjonowania osób z niedosłuchem czy z głuchotą, ale także szerszego spektrum diagnozy różnicowej.

**R.M.:** Tak, słyszę, że była to szkoła klinicznego, rzetelnego uczenia się, dająca bazę potrzebną chociażby do współpracy z lekarzami czy innymi profesjonalistami zatrudnionymi w szpitalu. Z perspektywy lat pracy z dziećmi i młodzieżą, wiem, jak ważny jest taki kliniczny background rozwojowy, umiejętność stawiania diagnozy funkcjonalnej, różnicowania pomiędzy poszczególnymi zaburzeniami. Ta umiejętność przychodzi wraz ze zbieraniem doświadczeń klinicznych, na przykład rozróżniania pomiędzy dzieckiem, którego zachowania wynikają ze spektrum autyzmu, a dzieckiem, które prezentuje podobne zachowania wynikające z niedosłuchu.

**K.S.:** Pamiętam, jak szczególnie mocno była uczulona na problem diagnozy pani prof. Zalewska. Mówię „była”, ponieważ zmarła półtora roku temu. Proszę sobie wyobrazić, że w latach 80. i 90. ubiegłego wieku w szkołach życia czy nawet w szkołach specjalnych trafiały się jeszcze dzieci po prostu niesłyszące. Ona bardzo ostro na to reagowała i uczulała na diagnozę różnicową.

**R.M.:** Jako psycholog, co mogła pani robić, co oferować? Czy coś poza ważną skądinąd diagnostyką? Co jako zespół mogliście wtedy robić z małymi pacjentami poradni, jak im pomagać? Wyobrażam sobie, że niektóre diagnozy mogły być czasami ogromnym ciężarem dla rodziców. Czy ta praca była głównie z dziećmi czy też z rodzicami, rodzinami? Czy może w diadzie opiekun z dzieckiem?

**K.S.:** Ponieważ Instytut Matki i Dziecka był wtedy placówką konsultacyjną dla całej Polski, większość pacjentów stanowiły dzieci spoza Warszawy. Koncentracja na diagnozie wydawała się bardzo ważną, właściwie główną sprawą, ale byli też pacjenci, którzy byli gotowi przyjeżdżać z dalszych rejonów kraju na cykle wsparcia psychologicznego. Można to nazwać początkami psychoterapii. Jako drugi psycholog w poradni pracowała wtedy pani Ewa Wojciechowska, która także jest psychoanalityczką. Pracowałyśmy codziennie, a pani prof. Zalewska jako konsultant przychodziła najczęściej raz w tygodniu.

Poza tą pracą diagnostyczną miałyśmy dosyć dużo swobody, co było dobre. Miałyśmy chyba pierwszą w Polsce (mówię o tym z uśmiechem), piaskownicę w pokoju. Ale nie taką, jak stosowana podczas terapii w piaskownicy według Carla Gustawa Junga, tylko stojącą na podłodze skrzynię z piaskiem, bez figurek. Dzieci przychodziły, bawiły się w niej i ciągle wyrzucały piasek ze skrzyni, więc głównie zamiatałyśmy. Dla nas to było bardzo dobre doświadczenie oceny funkcjonowania dziecka w kontakcie z materiałem nieustrukturyzowanym. Mogłyśmy zobaczyć, jak dzieci manipulują, gdy mają do czynienia z przedmiotami, a jak, gdy mogą same stworzyć coś z piasku.

Inną formą pracy, którą podejmowaliśmy, były kursy. Kursy dla rodziców i dzieci. Psychologowie zajmowali się grupą dzieci głuchych i niesłyszących i proponowali określone oddziaływania. Były to zarówno działania diagnostyczne, jak też takie przygotowujące do pracy z lekarzem i z logopedą. Rodzice byli zachęceni do określonego kontaktu z dzieckiem, obserwowali jego zabawę, próbowali rozumieć, jak komunikuje się ono w sposób bezśłowny.

**R.M.:** Czy to był już okres studiów doktoranckich?

**K.S.:** Nie, ja nie byłam na studiach doktoranckich sensu stricto, tylko pisałam pracę doktorską z wolnej stopy. Tak jak wspomniałam, zaczynałam jako pracownik naukowo-techniczny. Zostałam zatrudniona po powrocie z Heidelbergu w 1991 roku w Ośrodku Psychoterapii dla Dzieci i Młodzieży przy Wydziale Psychologii UW, gdzie głównie pracowałam klinicznie, jednocześnie prowadząc obserwacje i zbierając materiał do doktoratu.

Rzeczywiście ta moja droga była specyficzna, ale też specyficzne było moje szkolenie psychoanalityczne. Zaczynałam odwrotnie niż większość psychoanalityków. Oni zaczynają przeważnie od pracy z dorosłymi, potem specjalizują się w pracy z dziećmi. Ja zaczęłam od studiów dotyczących pracy z dziećmi i młodzieżą, zakończonych dyplomem. Mogłam wtedy ubiegać się o prawo uprawiania zawodu w Niemczech. Dopiero potem, już w Polsce, gdy wróciłam, kończyłam szkolenie w pracy z osobami dorosłymi. Czyli szłam w edukacji zgodnie z linią rozwoju człowieka.

**R.M.:** Czy mogłaby pani opowiedzieć, jak wyglądały pani studia, jak wyglądała nauka psychoterapii dzieci i młodzieży w Heidelbergu?

**K.S.:** Muszę powiedzieć, że w Instytucie Psychoterapii była świetna struktura. Bardzo bym chciała, żeby w obecnym polskim systemie szkolenia mogło być podobnie. Na początek, przez półtora roku, były przede wszystkim kursy teoretyczne, na których poznawaliśmy różne teorie rozwoju i powstawania zaburzeń w nurcie psychoanalitycznym, ale też psychologii analitycznej, czyli Jungowskiej. Potem następowała faza stawiania diagnoz. Aby otrzymać zgodę na prowadzenie pacjenta w psychoterapii pod superwizją trzeba było zaliczyć kilkanaście procesów diagnostycznych. Na podstawie spotkań z dzieckiem, rodzicami, dzięki przeprowadzonym testom kandydat formułował diagnozę, opisywał mechanizmy zaburzenia w odniesieniu do wybranej teorii i wskazywał na najlepszy, jego zdaniem, sposób oddziaływań psychoterapeutycznych (np. indywidualne vs grupowe). Tak postawiona diagnoza była potem weryfikowana przez drugą osobę — pracownika instytutu (lekarza, psychologa), który spotykał się jeden raz z rodziną. Stosowano zatem procedurę podwójnej diagnozy (*Zweitsicht*), która pozwalała zweryfikować diagnozę kandydata. Dopiero gdy się dostarczyło dziesięć, a w późniejszych latach nawet piętnaście takich zaakceptowanych diagnoz, można było przejść do następnego etapu, czyli przyjęcia dziecka lub pacjenta młodzieżowego do psychoterapii. Superwizje były prowadzone zarówno indywidualnie, jak i w grupie, tak jak to się dzieje w Polsce.

**R.M.:** Takie wsparcie przez nadzorowanie stawiającego pierwsze kroki w psychoterapii psychoterapeuty wydaje się nieocenione dla rozwoju warsztatu klinicznego, budowania ciekawości, pewności i wnikliwości klinicznej, umiejętności odnoszenia obserwowanych zjawisk do dynamiki objawów i diagnozy.

**K.S.:** Zgadzam się z panem. Dodałabym jeszcze, iż w procesie diagnostycznym bardzo ważne są podstawy teoretyczne zawarte w psychiatrycznych klasyfikacjach zaburzeń.

Wiemy, że w podejściu behawioralno-poznawczym dosyć mocno pracuje się nad diagnozą poprzedzającą psychoterapię. W podejściach psychodynamicznym czy psychoanalitycznym uczenie stawiania diagnozy było dotychczas piętą Achilleś. Teraz szczęśliwie to się zmieniło. Tutaj wielki ukłon w stronę Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego, które wydało PDM-2, klasyfikację psychodynamiczną, z której osobiście bardzo chętnie korzystam. Klasyfikacja ma części odrębne — dla dzieci, dla młodzieży, dla dorosłych i — co spostrzegam jako unikatowe — dla osób w podeszłym wieku. W 2022 roku ukazała się też Klasyfikacja Diagnostyczna DC: 0-5, czyli od najwcześniejszego okresu do piątego roku życia. Można powiedzieć, że o ile PDM-2 jest dla dzieci wczesnoszkolnych, to DC: 0-5 uzupełnia dobrze wczesny okres, w tym niemowlęcy. Mamy oczywiście też porównanie z klasyfikacjami DSM-5 i ICD-11. Wierzę, że w szkoleniach odnoszących się do teorii psychoanalitycznych i psychodynamicznych prowadzonych w Polsce miejsce diagnozy będzie nabierać znaczenia.

**R.M.:** Przypomina mi się rozmowa przy kawie tuż przed egzaminem certyfikującym z moim ówczesnym superwizorem. Mówiąc o konieczności postawienia wstępnej diagnozy przed terapią wspomniał mimochodem o prognozie. Zrozumiałem wtedy, że te pojęcia łączą się z sobą. Chciałbym zapytać panią profesor o prognozę. Jak wygląda prognoza w terapii psychoanalitycznej, jak wyglądała w szkoleniu w Heidelbergu? Czy zwracano na nią uwagę?

**K.S.:** Absolutnie. To była następna sprawa, do której w instytucie w Heidelbergu przywiązywano dużą wagę. Kiedy zaczynaliśmy pracę z pacjentami, instytucja dostawała zwrot od kasy chorych. W Niemczech kasy chorych płaciły i płacą za psychoterapię, i za psychoanalizę. Wobec tego taki superwizowany kandydat musiał przekonać kasę chorych, pisząc solidną prognozę. Nie tylko, jak rozumie zaburzenia, ale jaka jest prognoza właśnie, żeby kasa chorych przyznała finansowanie na taką liczbę godzin psychoterapii, jaka została zaproponowana. Kandydat musiał przede wszystkim opisać, jak widzi możliwość zmiany psychicznej u dziecka lub pacjenta młodzieżowego i u jego rodziców. Powiedzielibyśmy innymi słowami, że oceniał opór, świadomy i nieświadomy, który mógł przeszkadzać w procesie budowania leczącej relacji terapeutycznej.

**R.M.:** W okresie pani szkolenia, jakimi pacjentami zajmował się głównie instytut? Z jakimi zaburzeniami pracowali psychoterapeuci?

**K.S.:** Zgłaszały się rodziny, których dzieci miały różne problemy. Była dosyć duża grupa dzieci z problemami towarzyszącymi chorobom psychosomatycznym, takim jak astma oskrzelowa czy atopowe zapalenie skóry, ponieważ Heidelberg był wtedy centrum myślenia o medycynie psychosomatycznej. Pamiętam, że sporo było dzieci z mutyzmem selektywnym. W instytucie leczone też były dzieci z zaburzeniami zachowania, ale to nie było dominujące zaburzenie. Ponadto leczone były starsze dzieci z zaburzeniami osobowości. Spora była także grupa dzieci emigrantów z problemami adaptacyjnymi. Pracowałam z pacjentką, której rodzina przeniosła się z Polski.

**R.M.:** Wspomniała pani o Heidelbergu jako centrum medycyny psychosomatycznej i o dzieciach z zaburzeniami psychosomatycznymi. Czy już wtedy zaczęła się pani interesować psychosomatyką, czy to był zaczyn późniejszych publikacji, dociekań naukowych na ten temat? Pytam, gdyż znaczna część pani publikacji jest związana z psychosomatyką.

**K.S.:** Rzeczywiście, chyba znowu coś mi pan uświadomił. Mój psychoanalityk był specjalistą medycyny psychosomatycznej. Pacjent, którego opisywałam w pracy końcowej,

podsumowującej przebieg procesu psychoterapii, żeby skończyć studia i je zaliczyć, był chłopcem z atopowym zapaleniem skóry. To może brzmi jak paradoks, ale zainteresowanie ciałem, cielesnością i relacją psychika–ciało mam po zawodowym ojcu, choć w zasadzie powinno być ono po matce. Ewidentnie mój analityk potrafił mi przekazać zaciekawienie dla tego obszaru funkcjonowania człowieka.

**R.M.:** Ważne i cenne są dla mnie pani wspomnienia z okresu swojego kształcenia zawodowego.

**K.S.:** Pyta pan o sprawy, o których na co dzień nie myślę, nie rozmawiam o nich.

**R.M.:** Czy po powrocie do Polski starała się pani przenieść na rodzimy grunt któreś z tych doświadczeń?

**K.S.:** Mówiąc o tym, co cenne w teoriach psychoanalitycznych, wspomniałabym o autonomii i integracji. Nie tylko psychoanalitycznych, ale też analitycznych, bo teoria Junga jest psychologią analityczną. Prawdziwie fascynująca była dla mnie różnorodność nurtów w instytucie. To było naprawdę ciekawe doświadczenie. Uczyliśmy się zarówno teorii relacji z obiektem, jak i psychologii ego i psychoanalitycznej teorii traumy. Jeden z wykładowców, jungista, zainspirował mnie do tego, żeby zrobić roczny kurs terapii w piaskownicy.

**R.M.:** Słuchając pani wspomnień, odkrywam w sobie pewną fascynację połączoną z nutką zazdrości. Ten okres wyraźnie dużo wniósł do pani rozwoju i był ważnym czasem.

**K.S.:** Wie pan, Heidelberg był w tamtych latach miejscem, gdzie — jak żartowano — było najwięcej psychoterapeutów na metr kwadratowy w Niemczech. To było miasteczko akademickie. Mówiło się zawsze, że było ono mało „niemieckie”. Było otwarte i bardzo bezpieczne. Dzisiaj to wszystko bardzo się zmieniło.

**R.M.:** Jak długo można było mieć pacjenta w kontakcie psychoterapeutycznym? Rozumiem, że żeby napisać pracę i ją obronić, trzeba było prowadzić psychoterapię pacjenta.

**K.S.:** Jak mówiłam, pierwsze półtora roku poświęcone było na teorię, potem pół roku czy trochę więcej czasu na diagnozę. Ostatnie dwa i pół roku do trzech to już była praca psychoterapeutyczna i pisanie pracy zaliczeniowej. Ponieważ ja się dosyć spieszyłam, bo chciałam wracać do Polski, zamknęłam studia w ciągu pięciu lat.

**R.M.:** Co panią przyciągało do Polski z powrotem?

**K.S.:** Tu już przechodzimy na obszar nie tylko zawodowy, ale też osobisty, ale absolutnie się zgadzam z zasadnością tego pytania. To był kierunek znowu nie w tę stronę, co u większości, prawda? Wszyscy chcieli wyjeżdżać z Polski na Zachód, ja chciałam z Zachodu wracać do Polski.

**R.M.:** Pamiętam taki czas, kiedy byłem po pierwszym szkoleniu psychodynamicznym i zatrudniałem się w oddziale. Oczywiście poza chęcią pracy z pacjentami dziecięcymi w tym konkretnym środowisku, poza potrzebą zarabiania, motywowała mnie do działania chęć dzielenia się z innymi, dzielenia się tym, czego się nauczyłem.

**K.S.:** W moim przypadku to nie było niestety takie proste. W latach 90. byliśmy w polskim środowisku psychoanalitycznym zainteresowani przede wszystkim teorią relacji z obiektem, teorią Melanii Klein. To zaciekawienie różnorodnością, z którą przyjechałam, nie do końca było spójne z ówczesną linią rozwojową polskiej psychoanalizy.

**R.M.:** Wydaje mi się, że fascynacja teorią Melanii Klein trwa nadal.

**K.S.:** Tak, oczywiście, chociaż dostrzegam rozwój. Jest więcej zainteresowania brytyjską szkołą Niezależnych (*Independent*), studiowana jest teoria Donalda Woodsa

Winnicotta, którą promuje pani doktor Anna Czownicka. Ja upieram się od początku przy psychoanalitycznej teorii traumy — inaczej nie rozumiałabym istoty zaburzeń psychosomatycznych. Pisałam o niej obszernie już w 2005 roku w książce „Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową”.

**R.M.:** Kiedy wróciła już pani profesor do Polski, co się działo w pani życiu zawodowym, naukowym?

**K.S.:** Powracamy do parteru Wydziału Psychologii UW. Tam był Ośrodek Psychoterapii dla Dzieci i Młodzieży, w którym pracowałam 6 lat. Powstał na potrzeby dydaktyki Katedry Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny. W tamtym czasie, ze względu na mój etat techniczny, mogłam troszkę rozwinąć ośrodek w takim znaczeniu, że służył nie tylko do dydaktyki, ale także osobom potrzebującym. Dzieci otrzymywały bezpłatną pomoc. Ale ponieważ na takim etacie byłam sama, oferta ta była bardzo ograniczona.

**R.M.:** Czy to znaczy, że w ośrodku mogły uzyskać pomoc osoby przychodząc prosto z ulicy?

**K.S.:** Tak, przez kilka lat było to możliwe. Gdy przestałam być na etacie technicznym, a zaczęłam od 1997 roku pracę na naukowym etacie adiunkta, to część aktywności ośrodka przestała być ogólnodostępna. Zresztą, nie było łatwo także wcześniej. Pracowałam w pojedynkę, a często była potrzebna diagnoza lekarza psychiatry lub lekarza internisty. Gdy taki ośrodek działa przy uniwersytecie bez zaplecza medycznego, to jest troszkę trudno.

Później — symbolicznie rzecz biorąc — wspięłam się wyżej, bo z parteru przeszłam na pierwsze piętro i — po napisaniu doktoratu, który był opisem mechanizmów przeniesienia w terapii psychoanalitycznej dzieci i młodzieży — tam zostałam. W mojej pracy doktorskiej odwoływałam się zarówno do doświadczeń z Heidelbergu, jak i z ośrodka przy Katedrze Psychologii na UW. Była ona pogłębioną analizą zjawiska przeniesienia w pracy z dziećmi, młodzieżą i rodzicami. Rozumiałam przeniesienie jako swoiste pomylenie osób i czasu, gdy psychoterapeuta jest spostrzegany jak ktoś inny np. rodzic danej osoby. Zaproponowałam wtedy pojęcie trójkąta przeniesieniowego. Zwraçałam uwagę, że psychoterapeuta dziecięcy może sobie świetnie radzić w pracy z dzieckiem, ale rodzice dziecka przenoszą na niego często takie elementy ich świata psychicznego, które trudno jest udźwignąć. Na przykład, jeśli rodzice dziecka są w trakcie rozwodu, rozstawania się, każde z nich przynosi na spotkania swoje problemy. Niektórzy terapeuci, szczególnie koledzy ze szkoły kleinowskiej, nie pracowali z rodzicami, nie musieli być konfrontowani z emocjami, które każde z rodziców przynosi na terapeutę. Proponowali, aby rodzice dziecka byli pod opieką innego terapeuty.

Zgodnie z tezą Melanii Klein, chodzi przede wszystkim o to, żeby rodzice nie przeszkadzali. Nie wiem, czy jeszcze dzisiaj tak się pracuje w tej orientacji. W sytuacji rozwodu często obecny jest konflikt, więc nie mamy do czynienia ze spójnym przeniesieniem pary rodzicielskiej, tylko pojawiają się niekiedy całkowicie różne obrazy osoby terapeuty. Powstaje w zasadzie „czworokąt przeniesieniowy”.

**R.M.:** Pamiętam, że kiedy ukazała się pani książka, czytałem ją, próbując znaleźć odpowiedź na pytanie o włączanie rodziców do terapii. To jest częsty problem, być może nie do kategorycznego czarno-białego rozstrzygnięcia, ale refleksji, która pojawia się u terapeutów pracujących z pacjentem dziecięco-młodzieżowym: na ile włączać rodziców, na ile odsyłać rodziców do innego terapeuty. Różne podejścia terapeutyczne rozwiązują ten

dylemat w odmienny sposób. Terapeuci systemowi klasycznej proweniencji pracują tylko z dzieckiem i rodzicami. Inni terapeuci pracują z dzieckiem, a co jakiś czas spotykają się z rodzicami. Są też takie podejścia i tacy terapeuci, którzy w sytuacji problemów dziecka, szczególnie małego, pracują tylko z rodzicami. Jakie jest pani zdanie na ten temat, z perspektywy pani wieloletniej pracy? Moje doświadczenie jest takie, że ważne jest, abyśmy jako psychoterapeuci byli w miarę bezpiecznym i przewidywalnym obiektem dla rodziców.

**K.S.:** To jest bardzo ważna rzecz, o której Pan mówi. Nie mam jednoznacznej odpowiedzi na Pana pytanie. W doktoracie i książce tylko przyglądałam się zjawisku przeniesienia, analizowałam jego formy. Odwoływałam się do klasyfikacji, którą proponowała Anna Freud, pisząc o różnych rodzajach przeniesienia i przemieszczania w rodzinie. Nie przedstawiałam natomiast refleksji nad tym, jak powinna wyglądać interwencja psychoterapeutyczna. Myślę, że wiele zależy od problemu dziecka i rodziny. Mogę jedynie powiedzieć, że nie wyobrażam sobie, żebym pracowała z dzieckiem czy pacjentem w okresie dorastania, nie znając jego rodziców czy nie wiedząc, jaki obraz dziecka mają w umyśle. Wydaje mi się bardzo ważne, kluczowe, aby zrozumieć, z czym ono, tj. dziecko, jest konfrontowane. Istotne jest, jak powstaje reprezentacja wewnętrzna, czyli obraz rodzica w umyśle dziecka. Wyobraźmy sobie, że w rodzinie jest mama, tata i jedno dziecko. Tworzy ono w swoim umyśle reprezentację taty nie tylko na podstawie bezpośrednich interakcji z tatą, ale też na podstawie tego, jak mama mówi o ojcu, jak go przeżywa, jaki obraz taty dziecka ma sama. Więc jeśli nie będę miała dostępu do tego elementu, bo rodzice będą w terapii u kogoś innego, to będę miała ograniczenie w rozumieniu wewnętrznego świata dziecka.

**R.M.:** Także ograniczenie w procesie diagnozy dziecka.

**K.S.:** No właśnie.

**R.M.:** Zaciekawilo mnie to rozgraniczenie, o którym pani prof. wspomniała. Psychoanalitycy i psychoterapeuci pracujący w nurcie relacji z obiektem właśnie chcą, jak pani mówi, żeby rodzice im nie przeszkadzali i jednocześnie od początku pracują z dzieckiem głęboko, w pewien sposób jak z dorosłym, czasami interpretując pojawiające się w relacji jego najgłębsze lęki. A równolegle istnieje ten nurt uwzględniający to, co Anna Freud pisze, że dziecko dobrze jest pozyskać troszeczkę czy przygotować do terapii. Mam taką refleksję wynikającą z doświadczenia, że te podejścia nie muszą się wykluczać. Do jednych pacjentów dziecięcych i ich rodziców pasuje bardziej podejście kleinowskie, a dla innych dzieci i rodziców bardziej pomocne będzie podejście Anny Freud i jej naśladowców.

**K.S.:** Oczywiście zgadzam się z panem. Klasyfikacje diagnostyczne, na przykład PDM-2, przez odniesienie do różnych funkcji, różnych elementów funkcjonowania psychicznego, pozwalają nam zobaczyć w pracy z dzieckiem, do jakiego obszaru możemy się odwoływać. Na przykład, czy ono ma zdolność do symbolizacji i mentalizacji. Czy jest gotowe na to, żeby mu powiedzieć nie wprost „Relacja tutaj ze mną [podaję przykład rozmowy z pacjentem młodzieżowym] — jest taka, jakbyś był tu z rodzicem”. Czyli taki nastolatek może wiedzieć, że psychoterapeuta to odrębna osoba, nie jest jego mamą, tylko w relacji terapeutycznej (czyli w przeniesieniu), jest jak jego mama. Gdy ktoś nie ma struktury wewnętrznej dotyczącej spostrzegania zjawisk „tak jakby”, bo ona się nie wykształciła w jego relacji z opiekunami, to znajduje się na innym etapie rozwoju i może być totalnie pogubiony.

Kiedy robiliśmy badania dotyczące osób chorych na astmę — to kolejny etap mojego rozwoju, habilitacja — okazało się, że zarówno niektórzy dorośli chorzy na astmę, jak i rodzice dzieci chorych na astmę mieli cechy aleksytymii, która jest specyficzną formą regulacji emocji, oznacza brak słów dla emocji. Jeśli ktoś nie umie nazwać emocji, nie potrafi identyfikować i werbalizować uczuć, bo tak funkcjonuje jego umysł, to ja albo go tego uczę w relacji psychoterapeutycznej trwającej dłuższy czas, albo proceduję inaczej, na przykład odwołuję się do konkretnego, a nie do słownego symbolu, w tym słownego symbolu stanów emocjonalnych.

**R.M.:** Rozumiem, że jest to jeden ze sposobów wypełniania deficytu, który możemy zaproponować osobie z aleksytymią.

**K.S.:** Tak, i to się nazywa funkcją leczącą przez korektywne doświadczenie emocjonalne, jeżeli umysł terapeuty, miejmy nadzieję, posiada taką funkcję. Nie jest aleksytymiczny. Dzięki temu terapeuta może przekazać dziecku albo pacjentowi dorosłemu pewien nowy rozwojowy kontekst.

Wracając jeszcze do problematyki osób chorych na astmę oskrzelową. To były badania empiryczne. Wprawdzie nie były na dużych grupach, ale były różnorodne, dotyczyły wielu aspektów funkcjonowania. Uwzględniliśmy w tych badaniach aspekt obrazu ciała. Dostałam w Niemczech test — niestety część kolegów się na mnie obraziła, że go nie udostępniam, lecz dostałam go do wyłącznej dyspozycji — test dla dzieci obrazu ciała profesora Michaela Güntera. Okazało się na przykład, że są różnice w obrazie ciała między dziećmi chorymi na astmę w Niemczech i w Polsce. Wiązaliśmy je z różnicami w systemie opieki nad dziećmi i swoistym zaprzeczaniem chorobie, które istniało kilkanaście lat temu w Polsce. Dzieci uczyły się, że dziecko chore na astmę tym różni się od zdrowego, że bierze leki. Ani ono, ani jego rodzina nie były zachęcane do podjęcia pracy żałoby (*mourning process*) z powodu utraty statusu dziecka zdrowego. To było w połowie lat dwutysięcznych, ciekawa jestem, czy coś się w tej kwestii zmieniło.

Jesteśmy w Polsce ogromnie strauumatyzowani, też transgeneracyjnie. Najnowsze badania nad PTSD pod kierunkiem pana profesora Marcina Rzeszutka (opublikowane w tym roku w PLOS ONE — Open Access), w których miałam przyjemność uczestniczyć, pokazują, że 18,8% osób z populacji ogólnej (była to próba reprezentatywna) deklaruje objawy PTSD. To wielokrotnie więcej niż w innych krajach Europy. Na planie kolektywnym nie mamy więc zasobów do pracy żałoby.

**R.M.:** Tematyce obrazu ciała poświęcona jest między innymi pani książka „Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń”.

**K.S.:** Tak, w „Pięknym brzydactwie...” obraz ciała pojawił się w szerszym kontekście, nie tylko zaburzeń psychosomatycznych jak astma. Odwoływałam się m.in. do ukrytej traumy, jak nazywam destrukcyjną parentyfikację, czyli takie doświadczenie, które kulturowo nie jest spostrzegane jako związane z krzywdzeniem dzieci, bo dotyczy przede wszystkim zaniedbania. Odwrócenie ról w rodzinie ma ogromne konsekwencje, szczególnie jeśli dotyczy kontekstu emocjonalnego. Uważam, że w diagnozowaniu parentyfikacji warto uwzględniać obraz ciała. Obraz ciała, czyli też sposób doświadczania własnego ciała, często jest tym obszarem, który pozwala zobaczyć, że coś jest nie tak.

Podam może przykład: myślę o 13-latce, którą ostatnio widziałam, stojącą przed lustrem i się mizdrzącą, i patrzącą, i szukającą, i robiącą miny. Na pytanie: „a kogo ty szukasz?”



odpowiada: „siebie”. Ewidentnie dziewczynka nie była w dzieciństwie wystarczająco odzwierciedlana, bo musiała się zajmować emocjonalnie swoją niepełnosprawną mamą. I potem siedzi przed lustrem (nawiasem mówiąc, bardzo atrakcyjna dziewczyna) — ale siebie nie widzi, i siebie szuka w tym lustrze.

**R.M.:** Jakby pani mogła powiedzieć coś więcej jeszcze o obrazie ciała. Wydaje się ono czymś mało w psychoterapii zauważalnym, może poza nurtem Lowenowskim. Mam na myśli pani badania, ale też doświadczenia kliniczne, psychoterapeutyczne. Pani mocno zwraca uwagę na ciało. Był taki czas, że psychoanalitikom zarzucano, że eliminują ciało, że w pracy uwzględniają tylko to, co w głowach.

**K.S.:** Tak. Freud mówił, że psychoanaliza to jest *talking cure*, czyli terapia mówiona, jakby istniał wyłącznie umysł. A przecież na pierwszych latach psychologii, czyli jeszcze wtedy, kiedy niektórzy studenci nie odczuwają fascynacji psychologią, bo czują się udęczeni logiką i statystyką (sic!), już jesteśmy uczeni, że komunikujemy się przede wszystkim niewerbalnie, prawda? Mnie uczono, że aż w 70 procentach. Więc co takiego się dzieje, że potem ciało kasujemy? Obraz ciała, zdaniem wielu badaczy, to najogólniej rzecz biorąc sposób spostrzegania ciała, myślenia o nim, emocji z nim związanych i działań, które podejmujemy w odniesieniu do niego.

Bardzo cieszy mnie w tej chwili w psychoanalizie, szczególnie w pewnych nurtach psychoanalizy włoskiej i niemieckiej, powrót do teorii traumy, do ciała i cielesności. W maju tego roku była konferencja Naukowego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej, na której gościem była pani profesor Clara Mucci. Niezwykła osobowość. Włoszka, która napisała bardzo ciekawą książkę „Borderline bodies. Affect regulation theory for personality disorders”. Niełatwo się ją czyta, gdyż jest naładowana odniesieniem do wyników badań naukowych, ale jest fascynująca. Warto podjąć trud lektury, zważywszy, że są podawane bardzo klarowne przykłady kliniczne. Pani Clara Mucci odwołuje się w niej bezpośrednio do psychoanalitycznej teorii traumy. Inna jej książka dotyczy traumy transgeneracyjnej, ale to w „Borderline bodies...” autorka ukazuje, w jaki sposób ciało i cielesność bywają nośnikiem cierpienia, które nie może być nazwane czy dostępne na poziomie umysłowym. Autorka nie proponuje pracy poprzez ciało czy dużych modyfikacji w pracy psychoterapeutycznej, tylko zachęca do refleksji nad tym, co takiego się dzieje na poziomie cielesności z pacjentem i w relacji cielesnej pacjent–psychoterapeuta. Często w trakcie lub po zakończeniu psychoterapii werbalnej pacjenci sami znajdują dla siebie obszar aktywności związanej z ciałem. Dla jednego będzie to joga, dla innego taniec albo jeszcze coś innego, w zależności od temperamentu i potrzeb. To jest bardzo ważne, bo u osób strauumatyzowanych często obserwujemy zanik odczuwania przyjemności związanej z doświadczaniem własnego ciała. Nie myślę w tym kontekście wyłącznie o dostępie do odczuwania zmysłowości czy seksualności, ale też o ugruntowaniu, byciu w ciele.

**R.M.:** Wracam myślami do tego chłopczyka, o którym rozmawialiśmy na początku, intensywnie działającego, wykonującego te swoje wygibasy przed wycofanym kolegą, próbującego go zachęcić do działania, ożywić z pomocą swojej aktywności ruchowej.

**K.S.:** Dokładnie. Warto zwrócić uwagę, że ostatnia przed śmiercią książka Daniela Sterna, bardzo zasłużonego psychoanalityka rozwojowego, twórcy podejścia interpersonalnego, dotyczy witalności („Forms of vitality: exploring dynamic experience in psychology and the arts”). Odwoływał się w niej do tańca, ruchu, do roli teatru. Przede wszystkim jednak

do tańca i ruchu jako elementów niezbędnych w doświadczaniu cielesności, w jej witalnym, żywym aspekcie. Czyli jest to swoiste przeciwieństwo wewnętrznego przeżycia „martwej matki”, o której pan wspominał. Ruch i doświadczenia związane z ciałem stawałyby się rodzajem antidotum na ten martwy obiekt wewnątrz. Wszystko jedno jakiej reprezentacji psychicznej by to dotyczyło — matki albo ojca albo innego opiekuna. Cokolwiek, co ktoś ma w środku skamieniałe. Literatura ludowa świetnie to rozumie, mówiąc, że w wyniku trudnych doświadczeń komuś może skamienieć serce. Oglądałam ostatnio filmową wersję baśni braci Grimm, świetnie pokazującą zjawisko osoby z sercem z kamienia.

**R.M.:** Mam jeszcze ochotę spytać o to ciało. Zaciekawilo mnie to, co pani mówi na jego temat.

**K.S.:** Dziękuję, że pan chce o nie pytać. Mam takie doświadczenie, że chętnie o nim rozmawiają kobiety, chociaż my dzisiaj nie lubimy tych różnicowań ze względu na płęć. Kobiety, terapeutki chętniej o ciele rozmawiają, choć to wcale nie znaczy, że bardziej ten temat czują. Ja lubię różnicować takie pojęcia, jak obraz ciała i wizerunek ciała. Czyli, idąc za C.G. Jungiem, wizerunkiem byłaby persona, maska, którą, szczególnie w okresie dorastania, przygotowujemy sobie. Trzynastolatka, o której mówiłam wcześniej, codziennie do szkoły maluje rzęsy. Nie wiem, ile czasu jej to zajmuje. W każdym razie bez umalowanych rzęs nie wychodzi z domu. Możemy powiedzieć, że stwarza wizerunek osoby wymalowanej.

Kompletnie czym innym jest obraz ciała. Oznacza reprezentację psychiczną ciała, w niej — zadowolenie z ciała, z jego funkcji, stosunek do zdrowia, stosunek do choroby. Też to, na ile można o siebie dbać, np. nie zapychać się niezdrowym jedzeniem. W procesie tworzenia się obrazu ciała ważna jest też witalność, o której powiedziałam, stosunek do funkcji związanych z intymnością (czyli np. granicami ciała), zmysłowością czy seksualnością. To są elementy, które się składają na obraz ciała, który jest, w moim przekonaniu, czymś innym, niż wizerunek lansowany przez kulturę. Ona bardzo silnie oddziałuje, robi swoje interesy. Od wielu lat istnieją reklamy kosmetyków, w których aktorka mówi na koniec „Jesteś tego warta”. Ja zawsze pytam: „czego?”. Kremu, który chcą mi sprzedać za stówkę? Musiałabym mieć jakieś wyjątkowo niskie poczucie wartości (a ludzie strauumatyzowani takie mają), żeby uważać, że stanę się elitą społeczną albo pięknnością, gdy kupię ten krem. Przyznam się tu panu, że w tym obszarze mam dystans, potrafię go zachować. Od lat używam polskiego kremu do twarzy, który kosztuje aktualnie 6 złotych, 19 groszy. Pachnie dla mnie ziołami z mojego dzieciństwa. Ale są oczywiście obszary, gdzie o dystans trudniej, także psychoterapeutom. W niedużym badaniu retrospektywnym, w ostatniej książce pod moją redakcją „Samotne ciało. Doświadczanie cielesności przez dzieci i ich rodziców”, podjęty został temat dotyku. U osób, które były przytulane w dzieciństwie i które wspominały dobrze to doświadczenie obraz ich ciała w dorosłości był pozytywny w kilku wymiarach. Słyszałam od sporej grupy psychoterapeutów opowieści o tym, że doznali depriwacji dotykowej w dzieciństwie. Warto kontynuować takie badania, bo one pokazują, jak ogromne znaczenie ma bliska relacja emocjonalna i cielesna dziecka z opiekunami dla tego, aby ważna część Ja, czyli Ja cielesne, mogła dobrze rozwijać się w dorosłości.

**R.M.:** Zatrzymam te myśli o ciele, mam nadzieję na dłużej. Chciałbym panią zapytać, czy doświadczenia kliniczne, a też badawcze przekłada pani na pracę z superwizantami. Czy jest coś w pracy z pacjentami, na co ich pani szczególnie uczuła? Czy widzi pani zmiany na przestrzeni lat w superwizowaniu?

**K.S.:** To są ważne i niełatwe pytania. Nie wiem, czy moja odpowiedź będzie poprawna politycznie. Praca z dziećmi na pewno mnie wyczerpała i nauczyła, że udawana relacja nikogo nie leczy. Jeżeli jestem danego dnia niedysponowana z jakichś powodów — osobistych czy innych — to ważne, żebym miała tego świadomość. Nie chodzi oczywiście o to, żeby pacjentowi o tym mówić. Jeśli natomiast jestem osobą, która kreuje swój wizerunek, nie tylko na poziomie ciała, to warto, żebym nad tym popracowała albo to zmieniła. Pacjenci potrzebują innego umysłu niż ten, z którym byli konfrontowani w przeszłości. Oni nie potrzebują persony.

Druga rzecz, która jest dla mnie bardzo ważna, to jest uwzględnienie w pracy psycho-terapeutycznej kontekstu transgeneracyjnego, w tym traumy transgeneracyjnej. Na ten problem wyczerpała mnie praca nad projektem dotyczącym destrukcyjnej parentyfikacji, czyli odwrócenia ról w rodzinie — to była moja profesura. Parentyfikacja powstaje wtedy, kiedy są trzy pokolenia: dziadków, rodziców i danej osoby. Na kolejne pokolenie przenieszone jest to, czego poprzednie nie potrafiło przepracować, przede wszystkim opłakać. I to jest kolejny istotny wątek. Bardzo ważne w pracy terapeuty, czyli także w superwizji, jest badanie zdolności do podjęcia pracy żałoby. To brzmi może trywialnie — wydaje się, że wszyscy jesteśmy do niej zdolni. Odczuwam wdzięczność dla profesora André Haynala, który przez jakiś czas był mentorem w Polskim Towarzystwie Psychoanalitycznym. Był związany ze szkołą Sándora Ferenczego, czyli z psychoanalityczną teorią traumy. Haynal zwracał uwagę, że terapeuci uczą się niejako procesu żałoby z każdym nowym pacjentem, ponieważ pacjent, miejmy nadzieję, w lepszym stanie wychodzi niż przyszedł. Pacjent odchodzi, a terapeuta musi sobie poradzić z rozstaniem. Zawsze, gdy jest bardzo fajnie i dobrze w relacji z superwizantem, to on już kończy spotkania. Podobnie, gdy pacjent jest gotów do separacji, to trzeba go puścić. A my zostajemy. Jeśli sami nie mamy do końca wykształconej zdolności do żałoby, np. projektujemy swoje stany w innych albo w jakiejś zjawiska społeczne, to warto nad tym pracować.

Zdolność do żałoby u psychoterapeuty wydaje mi się fundamentalna. Z nią wiąże się oczywiście kwestia granic, czyli umiejętności separacji. Osobiście doświadczyłam braku tych zdolności u niektórych osób na polu naukowym, byłam parę razy konfrontowana z kradzieżą myśli. Komuś się spodobał temat parentyfikacji. Potem czytam zdania z mojej książki, którą oczywiście znam na pamięć, tylko, autor tych zdań twierdzi, że je właśnie wczoraj wymyślił. Jeśli to jest ktoś mi obcy, to się po prostu uśmiechnę, ale jeśli to jest osoba, z którą miałam kontakt, nawet dłuższy, to wtedy, jasne, jest mi przykro; wsparciem jest to, że mogę rozumieć, o co chodzi. Tak więc zdolność do oddzielania siebie od drugiej osoby, czyli swoich myśli i uczuć od myśli i uczuć drugiego też mi się wydaje kluczowa w procesie zarówno psychoterapii, jak i superwizji.

**R.M.:** Takie oczekiwanie, które we współczesności trudne jest chyba do utrzymania...

**K.S.:** Strasznie trudne jest do utrzymania, dlatego, że przez powstanie internetu wszyscy jesteśmy ekspertami od wszystkiego. Niedawno na wsi pan kominiarz komuś tłumaczył, że on już właściwie nie musi być kominiarzem, bo każdy sobie przeczyta w internecie, jak się naprawia komin i myśli, że to potrafi. Później ten ktoś spada z komina, ale co tam, on i tak wie, jak naprawiać. Po co mu kominiarz? Myślę, że łatwiej byłoby, gdybyśmy mieli większy szacunek dla autorytetów, ale z jakichś powodów dużo autorytetów pochowaliśmy za wcześnie, uznajemy, że cechuje nas wszechmoc, a nawet boskość. Gdybyśmy

mieli większą umiejętność konfrontowania się ze swoim brakiem, wtedy nie byłoby tego zapożyczania i zabierania cudzych myśli. Niestety, nie mam pojęcia, jak to zmienić.

**R.M.:** Jeżeli dobrze panią zrozumiałem, to mówi pani o potrzebie pewnego uporządkowania, o potrzebie autorytetu, na co często zwracają uwagę terapeuci w podejściu systemowym poprzez pilnowanie granic, czuwanie, aby nie dochodziło do koalicji międzypokoleniowych i zacierania granic, a jeżeli już do tego dojdzie, dbają o przywracanie porządku, także poprzez troskę o hierarchię, strukturę, kolejność zwracania się. Myślę że w kontekście pracy superwizyjnej poruszony przez panią temat autorytetu jest bardzo ważny, bliski też mojemu sercu.

**K.S.:** Podam Panu na koniec przykład autorytetu, bo pan pytał o nazwiska. Miałam panią superwizor, nieżyjącą już Niemkę, lekarkę dr Hildegardę Munzinger-Bornhuse. Po skończeniu szkolenia jeździłam jeszcze przez kilka lat do Niemiec. Kiedy się rozstawałyśmy, pani doktor Hildegarda dała mi jedwabną chusteczkę, bardzo piękną, niebieską. To nie jest właściwie chusteczka, tylko szaliczek. Jedwabny niebieski szaliczek. Wydaje mi się, że dosyć drogi, ale tego nie sprawdzałam. Na większość ważnych wystąpień zakładałam tą chusteczkę, mając wrażenie, że idę z „moją” Hildegardą i po prostu jest mi różniej. Mam mój dobry obiekt, bo akurat ona rzeczywiście bardzo się o mnie troszczyła. Relacja z autorytetem mogła zostać zawarta w konkretnej formie otrzymanego prezentu, jednocześnie stała się symbolem i została uwewnętrzniona. Czy to jest happy end?

**R.M.:** Piękne jest to, co pani powiedziała, dziękuję za rozmowę.

Władysław Jacek Paluchowski

## REFLEKSJE NAD ETYCZNYMI WYZWANIAMII INDYWIDUALNEJ INTERWENCJI PSYCHOLOGICZNEJ

### REFLECTIONS ON THE ETHICAL CHALLENGES OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL INTERVENTION

Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Psychologii i Kognitywistyki

**psychological intervention  
models and asymmetry of helping relationship  
work ethic**

#### Streszczenie

*Tekst przedstawia refleksje na temat pomagania w psychologii oraz wybranych dylematów etycznych, które mu towarzyszą: paternalizmu i dyrektywności. Interwencje psychologiczne opierają się na jawnej zgodzie na naruszanie praw jednostki, co jest konsekwencją asymetrii położenia oraz kompetencji i odpowiedzialności uczestników. Relacja pomagania jest zbudowana na osobistym zaufaniu i praktyce opartej na wynikach badań empirycznych. Zmiany w rozumieniu relacji pomiędzy pomagającym a klientem/pacjentem skutkują m.in. stworzeniem lepszego modelu komunikacji. Płapką i zagrożeniem dla interwencji psychologicznej jest wątpliwość, czyja definicja dobra zostanie przyjęta jako kryterium jego oceny. Dialogowanie na temat rozwiązania problemu klienta/pacjenta wydaje się najlepszym i bezpiecznym antidotum na potencjalne zagrożenie.*

#### Summary

The article presents reflections on helping in psychology and selected ethical dilemmas that accompany it: paternalism, and partnership. Psychological counseling is based on overt consent to violate the rights of the individual, which is a consequence of the asymmetry of the position and the competence, and responsibility of the participants. The helping relationship is built on personal trust and practice based on empirical evidence. Changes in the understanding of the relationships between the helper and the client/patient result, among others, in the creation of a better model of communication. A pitfall and threat to psychological intervention is the doubt about whose definition of “good” will be accepted as a criterion for its evaluation. Dialoguing about the solution to the client/patient’s problem seems the best and safe antidote to the potential danger.

#### Wprowadzenie

Tekst przedstawia refleksje psychologa na temat pomagania w psychologii oraz wybranych dylematów etycznych, które towarzyszą wsparciu psychologicznemu: paternalizmu i dyrektywności. Interwencje psychologiczne opierają się na jawnej zgodzie jednostki na

naruszanie jej praw, co jest konsekwencją asymetrii położenia oraz kompetencji i odpowiedzialności uczestników, co jest elementem społecznej wiedzy na temat takiej interwencji. W efekcie pomaganie psychologiczne rodzi różnego rodzaju problemy i dylematy etyczne. Po określeniu istoty indywidualnej interwencji psychologicznej adresowanej do jednostek i ich rodzajów omawiam formy relacji między paternalizmem a partnerstwem, odnosząc się do asymetrii położenia i kompetencji. Refleksje kończą wskazania pułapek i zagrożeń interwencji psychologicznych.

Przedstawione rozważania nie są efektem analizy tekstów kodeksów etycznych czy innych tekstów normatywnych. Inspiracją do tych refleksji były pytania zgłaszane przez studentów podczas zajęć „Etyka zawodu psychologa”<sup>1</sup> oraz przez psychologów praktyków. Sądzę, że wówczas silniej pojawia się realny kontekst kodeksowych postulatów. Mój artykuł nie zawiera diagnozy stanu pomagania w psychologii ani normatywnej propozycji pomagania, ale wskazuje na główne wątki osobistych doświadczeń oraz refleksji nad realizacją roli zawodowej psychologa w obszarze pomocy psychologicznej i podsumowuje je.

### Istota indywidualnej interwencji psychologicznej

Interwencja psychologiczna to działanie podejmowane w celu wywołania zmiany w ludziach, planowane przez osobę wykształconą do pełnienia takich zadań oraz na podstawie jej wiedzy operacyjnej (teoretycznej) i pragmatycznej (z doświadczenia). Istotą indywidualnej interwencji psychologicznej jest posługiwanie się różnymi formami oddziaływań psychospołecznych w ramach relacji interpersonalnej za pomocą komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Celem interwencji jest podejmowana, głównie na prośbę jednostki/jednostek, zmiana (także w celach profilaktycznych) procesów psychicznych i funkcjonowania [1], lepsze przystosowanie się do danej sytuacji, a tym samym optymalizacja jej/ich zasobów osobistych. Interwencja ta stosowana jest w wielu obszarach: edukacji, wychowaniu, w reklamie czy propagandzie. Ta, która mnie tu interesuje, to relacja wsparcia psychologicznego budowana na osobistym zaufaniu<sup>2</sup> i praktyce opartej na wynikach badań empirycznych. Zmiana ma umożliwić zrealizowanie zachowań z wykorzystaniem odzyskanych umiejętności, albo — częściej — nie znajdujących się dotychczas w repertuarze zachowań jednostki, do których nie jest ona zdolna o własnych siłach lub wyłącznie na podstawie istniejących możliwości [2, 3].

Przymiotnik psychologiczna określa specyficzną formę interwencji — opartej na wiedzy o procesach psychicznych, motywach ludzkich zachowań, sposobie doświadczania świata, emocji, treści umysłu jednostki itp. Jej podstawą jest diagnoza psychologiczna, która pozwala m.in. odkrywać to, co może być zakryte nawet przed jednostką i w związku z tym naruszać jej intymność. Intymność ta chroniona jest przez wstydlivość, która nie pozwala odsłaniać tego, co powinno zostać zakryte. Potrzeba prywatności jest silnie odczuwana przez ludzi i jej zaspokojenie pełni ważne funkcje psychologiczne. Niemniej jednak naruszenie intymności jest nieodłącznym elementem diagnozowania psychologicznego [2, 3].

<sup>1</sup>) Zajęcia te prowadzę od 2012 roku na Wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM, na kierunku psychologia.

<sup>2</sup>) To zaufanie jest istotnym elementem tzw. przymierza terapeutycznego (*therapeutic alliance, working alliance*), czyli współrealizacji uzgodnionych celów i zadań terapii w warunkach empatii i bezwarunkowej akceptacji [4, 5].

### Rodzaje interwencji psychologicznych adresowanych do jednostek

Kiedy mówimy o rodzajach interwencji psychologicznych adresowanych do jednostek (w odróżnieniu od np. psychologicznych interwencji organizacyjnych) zakładamy, że interwencja psychologiczna (podobnie jak psychoterapia) powoduje także zmiany połączeń mózgowych i działania mózgu [6]. Interwencja psychologiczna jest sposobem na zmianę umysłu głównie za pomocą słów w relacji zbudowanej na osobistym zaufaniu. Profesjonalista uruchamia tę zmianę, ale jest ona głównie efektem aktywności własnej podmiotu oddziaływań [1]. Inicjatorem nawiązania relacji pomagania jest osoba poddająca się interwencji psychologicznej, motywowana doświadczanym dyskomfortem. Źródłem tego dyskomfortu może być zaburzenie psychiczne (choroba) lub potrzeba doskonalenia funkcjonowania psychospołecznego, a także odczuwany brak czegoś potrzebnego lub nadmiar czegoś, co stanowi indywidualną przeszkodę ku subiektywnie sensownemu, dającemu satysfakcję życiu [2, 3].

Osoba szukająca pomocy przychodzi na spotkanie ze swoimi problemami, potrzebami i celami oraz z dotychczasową historią swego życia, w którym kontakt ten jest tylko chwilą. Podjęcie decyzji o szukaniu pomocy jest ważnym wydarzeniem życiowym, w którym ludzie biorą udział z własnej woli i w którym starają się współpracować z profesjonalistą, jednak w taki sposób i w takim stopniu, by zrealizować swoje cele. Profesjonalista przynosi na spotkanie wiedzę zawodową, profesjonalne narzędzia i procedury, a także swój system wartości i preferencję do określonego stylu pomagania. Realizuje on nie tylko usługę profesjonalną, ale też odgrywa specyficzną rolę społeczną, której treścią jest niesienie pomocy (*benevolence* — czynienie dobra), a którą to usługę i rolę osoby szukające pomocy rozumieją i akceptują [2, 3]<sup>3</sup>. Wiedza profesjonalna pozwala dostrzegać niebezpieczeństwo negatywnych efektów ubocznych pomagania zarówno dla podmiotu tej pomocy, jak i dla jego społecznego otoczenia. Wiedza specjalistyczna jest potrzebna także i do tego, aby dostrzegać granice pomagania, kiedy staje się ono szkodliwe, a nawet przyjmuje formę przemocy. Czujność jest istotna zarówno dla osób oczekujących pomocy, jak i dla osób jej udzielających [7].

Jerzy W. Aleksandrowicz [1, 8, 9] zaproponował — w związku z rozmyciem się granic terminu „psychoterapia” — wyraźny podział na interwencje psychologiczne adresowane do osób cierpiących z powodu zaburzeń psychicznych (akceptujących społeczną rolę chorego i pacjenta) i pomaganie kierowane do osób bez takich zaburzeń<sup>4</sup> [por. też 10, 11]. Każda z tych form ma swoje specyficzne cechy.

Ten pierwszy rodzaj interwencji to forma leczenia zaburzeń zdrowia środkami niefarmakologicznymi (*talking therapy*), których celem jest usunięcie objawów i przyczyn zaburzeń doświadczania i zachowania [1]. Obszarami działania podczas psychoterapii

<sup>3</sup>) Warto podkreślić, że jest to usługa, a nie przysługa, choć z perspektywy klientów psychologa czasami może się taką wydawać, bo spotkania z psychologiem niejednokrotnie przypominają rozmowę z przyjacielem, choć w istocie mają charakter zadaniowy.

<sup>4</sup>) „Sformułowanie takiej definicji wymaga przede wszystkim rozróżnienia między oddziaływaniami psychospołecznymi, mającymi na celu leczenie, a tymi, których celem jest udzielanie pomocy. Tylko dla pierwszych właściwa jest nazwa »psychoterapia«, zgodnie ze znaczeniem słowa »terapia«, dla tych drugich właściwsze wydaje się określenie »pomoc psychospołeczna« [1, str. 22].

(zwanej też medyczną czy kliniczną) jako metody z wyboru jest leczenie zaburzeń zdrowia psychicznego [11], m.in. zaburzeń nerwicowych, somatoformicznych, zaburzeń osobowości, uzależnień, zaburzeń afektywnych i psychotycznych opisanych w podręcznikach diagnostycznych (ICD, DSM). Można powiedzieć, że jest to wąskie rozumienie pojęcia psychoterapia, lecz pozwala wyraźniej uwypuklić specyfikę pomocy psychologicznej.

Druga forma interwencji wobec osób bez zaburzeń zdrowia psychicznego (nazywana też „psychoterapią skierowaną na rozwój”, „psychoterapią psychologiczną”<sup>5)</sup>) obejmuje pomaganie ludziom w trudnych sytuacjach życiowych, samorozwoju czy w uzyskaniu większej wiedzy o sobie lub poprawę w funkcjonowaniu psychospołecznym i zwiększenie umiejętności radzenia sobie [1, 8, 9]. W zadowolająco zorganizowanym społeczeństwie życie nie wymaga ani codziennego poświęcenia, heroizmu ani nadzwyczajnego poziomu kompetencji, więc pomocy w powyższym zakresie szukają nieliczni [11, 12]. W przypadku pomagania osobom zdrowym psychologiczny problem jednostki polega albo na tym, że nie potrafi ona w sposób zadowolający sprostać stawianym jej zadaniom rozwojowym [11, 12] albo na tym, że dostrzega ona nieskuteczność swojego działania w obliczu własnych oczekiwań wobec siebie i ma z tego powodu poczucie dyskomfortu [2, 3]. Może ona przybierać różne formy [7, 9, 12–15]: poradnictwa psychologicznego w zakresie rozwiązywania normatywnych reakcji kryzysowych czy podejmowania ważnych decyzji życiowych, identyfikacji zasobów osobistych i społecznych, diagnozowania zainteresowań i predyspozycji, opieki nad ludźmi potrzebującymi wsparcia w polepszeniu swoich relacji z bliskimi, interwencji kryzysowej, resocjalizacji, psychoedukacji (szczególnie w zakresie wiedzy o typowych problemach rozwojowych czy przebiegu choroby), pomocy psychopedagogicznej, socjoterapii, udziału w grupach samopomocowych, coachingu, treningu funkcji poznawczych, asertywności czy umiejętności interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem itp. Oddziaływania psychospołeczne są stosowane także w zapobieganiu zaburzeniom zdrowia (promocja zachowań prozdrowotnych i prewencja) i we wspieraniu leczenia chorób somatycznych i psychicznych.

Warto zauważyć, że obie powyższe formy interwencji różnią się nasileniem asymetrii w relacji [1, 9]. W przypadku psychoterapii silniejsza asymetria wynika z większej wiedzy medycznej jednej ze stron. Można w związku z tym powiedzieć, że podporządkowanie się pacjenta bardziej wynika z jego wiary niż wiedzy. Inaczej jest w przypadku udzielania pomocy osobom bez zaburzeń zdrowia psychicznego. Tu większą rolę odgrywają potrzeby oraz życzenia klienta<sup>6</sup>. W przypadku pomagania wydaje się słuszne przekonanie, że decyzje dotyczące sposobu i zakresu pomagania zawsze powinny należeć przede wszystkim do klienta, bo jego motywacja i poziom współpracy silniej determinują efekty udzielanej pomocy. Podczas udzielania/otrzymywania pomocy psychologicznej oczekiwana i rzeczywista asymetria jest mniejsza.

<sup>5)</sup> Aleksandrowicz [8, str. 6] podkreśla, że związki psychologii i psychoterapii mają głównie charakter historyczny, a nie merytoryczny („teoretyczny”).

<sup>6)</sup> Są też wyjątki: zdecydowanie bardziej dyrektywne niż inne formy pomagania jest poradnictwo zawodowe.



### Modele relacji psycholog–jednostka: między paternalizmem a partnerstwem

Opisując autorytaryzm psychoanalitycznej psychoterapii Jeffrey Moussaieff Masson<sup>7</sup> w przedmowie do swojej książki [16, str. 25] pisze: „moim głównym celem jest wykazanie, że sama idea psychoterapii jest zła. Struktura psychoterapii jest taka, że niezależnie od tego, jak miły jest człowiek, gdy zostaje on terapeutą, angażuje się w działania, których celem jest pomniejszanie godności, autonomii i wolności osoby, która przychodzi po pomoc” (por. też 17). W innym miejscu pisze [16, str. 192]: „przemoc bez względu na formę jest wbudowana w strukturę psychoterapii”. Wyrażane przez tego autora poglądy są nie tylko kontrowersyjne, ale i jednostronne, niemniej jednak zwracają uwagę na problem doświadczany także i dzisiaj przez pacjentów oraz klientów pomocy psychologicznej — naruszania ich prawa do autonomii.

Formą ograniczania autonomii jednostki są działania terapeuty na podstawie arbitralnego zdefiniowania dobra jednostki (paternalizm). Drugą formą dominacji jest narzucanie przez specjalistę rozwiązań, planu ich realizacji i uzasadnień tych działań oraz zewnętrzne motywowanie (dyrektywność). Często oba te aspekty naruszania autonomii określa się syntetycznym terminem „paternalizm”.

Różne mogą być modele relacji między psychologiem i jego klientem czy pacjentem [18] i można te modele umieszczać na wymiarze od paternalizmu do partnerstwa. Może być to model legalistyczny, czyli relacja oparta na przestrzeganiu obowiązujących zakazów (dobre jest to, co jest prawnie dopuszczalne). Zakres ingerencji określa arbitralnie twórca prawa, postać zewnętrzna wobec specjalisty i jego klienta. Prawo, podobnie jak kontrakt, pozwala na instytucjonalizację braku zaufania [16]. Innym modelem relacji może być model ekonomiczny (konsumencki lub biznesowy), kiedy istotą relacji jest sprzedaż usług psychologicznych. Specjalista informuje, co ma do zaoferowania (nie tu do rzeczy nie ma wiedza czy sumienie; postawa typu „*the hired gun*”<sup>8</sup>), a konsument to albo kupuje, albo nie. W tym modelu autonomia klienta góruje nad autonomią psychologa. Jest też model negocjacyjny lub kontraktowy, w którym, co jest korzystne, a co niekorzystne ustala się w wyniku negocjacji. Wynegocjowane procedury całkowicie determinują rozumienie tej relacji i stosowne zasady działania, korzystne dla każdej ze stron. Efektem negocjacji jest konstruowanie i egzekwowanie kontraktu oraz instytucjonalizacja relacji (choć zakładana równość stron jest pozorna). W tym podejściu ważniejsze wydaje się negocjowanie, niż jego efekt (kontrakt). Jest też model religijny, w którym istotą relacji jest realizacja misji: swoistego rodzaju zobowiązanie o cechach przyrzeczenia, powinności moralnej i religijnej.

Istnieje grupa zawodów, które są społecznie postrzegane jako służba czy poświęcenie. Podstawą relacji zawodowej jest tu osobiste zaangażowanie i dzielenie się jednej ze stron swoimi zasobami w celu poprawienia trudnej sytuacji drugiej osoby. Łatwo przy tym rozumieniu relacji o jej ideologizację i przyjęcie światopoglądu strony silniejszej w relacji jako kryterium oceny sposobu i celu pomagania.

<sup>7</sup> J.M. Masson ma doktorat z sanskrytu. W 1970 r. rozpoczął studia psychoanalityczne w Psychoanalytic Institute (Toronto), kończąc pełny kurs kliniczny 8 lat później. W 1980 roku został mianowany dyrektorem projektu Archiwum Freuda, a po opublikowaniu tekstów krytycznych wobec psychoanalizy został zwolniony z tego stanowiska i pozbawiony członkostwa w psychoanalitycznych stowarzyszeniach zawodowych.

<sup>8</sup> W sensie „człowiek do wynajęcia”.

Kwestia udzielania pomocy może być analizowana także z perspektywy atrybucji odpowiedzialności za powstanie problemu (za zdarzenie z przeszłości) i za jego rozwiązywanie (kto ma kontrolować przyszłe wydarzenia), a to z kolei wpływać będzie na cele i formy udzielania pomocy. Można w tym ujęciu wskazać na cztery alternatywne modele udzielania pomocy [19, 20, str. 22–23]: model medyczny, oświeceniowy, kompensacyjny oraz model moralny.

W modelu medycznym jednostka nie jest odpowiedzialna za powstanie problemu ani za jego rozwiązanie. Uważa się, że problem powstał za sprawą czynników zewnętrznych, a specjaliści od pomagania muszą zastosować odpowiednie procedury, by problem ten rozwiązać („wyleczyć”). Ujmuje się tu problem i jego rozwiązywanie w sposób deterministyczny, jako niezależny od woli i możliwości jednostki. Oczekuje się wręcz, że jednostka nie będzie rozwiązywać problemu na własną rękę. To ekspert czy specjalista bierze na siebie pełną odpowiedzialność za jego rozwiązanie. W modelu medycznym osoby z problemami widzą siebie i są postrzegane przez innych jako osoby chore i ubezwłasnowolnione<sup>9</sup>.

W modelu oświeceniowym jednostka jest uważana za odpowiedzialną za powstanie problemu, ale rozwiązywanie problemu pozostawia specjalistom z danej dziedziny lub władzy (autorytetom, „profesjokratom” czy innym czynnikom kontroli społecznej). Nacisk kładzie się na uświadomienie uczestnikom (oświecenie) prawdziwej natury ich problemu oraz ich odpowiedzialności, której mogą nie dostrzegać. W tym modelu ludzie muszą podporządkować się ściślejszemu dyscyplinie oraz formalnej i nieformalnej kontroli społecznej, bo tylko to zapewnia wiarygodne i skuteczne rozwiązanie problemu (przykładem są stowarzyszenia Anonimowych Alkoholików). Czasami tej pomocy towarzyszy nawracanie innych i prozelityzm, a niekiedy etykietowanie i stygmatyzacja.

Model, w którym ludzie nie są odpowiedzialni za swoje problemy, ale za ich rozwiązanie, nazywany jest modelem kompensacyjnym. Wyrównanie dotyczy podjęcia przez jednostkę odpowiedzialności za kompensowanie swoich wad czy braku zasobów przez wysiłek czy pomysłowość lub współpracę. Współdziałanie z innymi ma charakter wzmacniający (*empowerment*) działania jednostki, a ona odpowiada za dostrzeżenie szansy samodzielnego rozwiązania swojego problemu. Tak rozumiana odpowiedzialność nie skłania do obwiniania siebie lub przez innych i pozwala na koncentrowanie się na zadaniu radzenia sobie.

Model, w którym przypisuje się ludziom odpowiedzialność za tworzenie i rozwiązywanie ich problemów nazywany jest modelem moralnym. Według tego modelu to jednostka metaforycznie „wybiera” sobie problem (np. przez słabość charakteru czy ryzykowne zachowania) i może się zmienić, jeśli tylko chce — decyduje o tym jej automotywacja.

Jeszcze inną klasyfikację, którą można zastosować także do relacji między osobą, która pomaga i tą, której jest udzielana pomoc, proponują Ezekiel J. Emanuel i Linda L. Emanuel [22]: model paternalistyczny, informacyjny, interpretacyjny oraz wspólnego naradzania się. Te cztery modele interakcji lekarz–pacjent biorą pod uwagę różne rozumienie jej celów, obowiązków lekarza, roli wartości pacjenta oraz koncepcji autonomii pacjenta.

<sup>9</sup> Wskazuje się także [16, 21, str. 23], iż leczenie choroby zamiast leczenia pacjenta może prowadzić do niezamierzonego napiętnowania osoby chorej i jej stygmatyzacji.

Paternalizm (także ang. *parentalism*) etymologicznie nawiązuje do postawy ojca rodziny, który — zdając sobie sprawę z tego, że dzieci nie są zdolne do świadomych i racjonalnych wyborów — troszczy się o ich dobro bez uwzględniania ich zdania w tego dobra sprawie [18]. Troska taka jest powszechnie akceptowana i jest traktowana jako cnota charakteru. Jednak gdy działania takie podejmowane są w stosunku do osób zdolnych do podejmowania decyzji w sprawie własnego dobra, ocenia się je negatywnie i to niezależnie od pozytywnego efektu. Nie odmawia się oczywiście znaczenia życzliwości, troski o dobro czy ochronę jednostek lub uwalniania ich od trudnych decyzji, ale krytykuje się podejmowanie tych działań bez akceptacji, a nawet wbrew woli danej osoby, niekiedy w warunkach przymusu [18]. Owocne wychowywanie polega na tym, iż pozwala się dzieciom dorosnąć do samodzielności.

W modelu paternalistycznym (czasami nazywanym modelem rodzicielskim lub kapłańskim) specjalista podejmuje samodzielnie decyzję, jaki sposób leczenia jest najodpowiedniejszy, a następnie przekazuje pacjentowi wybrane informacje oraz przekonuje go do wyrażenia zgody. W modelu informacyjnym (czasami nazywanym naukowym, inżynierskim lub konsumenckim) ekspert profesjonalista dzieli się swoją wiedzą na temat metod leczenia, przekazując istotne dla problemu informacje o charakterze i prawdopodobieństwie (niepewności) ryzyka i korzyści, aby na tej podstawie pacjent sam wybrał w sposób przemyślany interwencje medyczne, które najlepiej realizują jego wartości i interesy<sup>10</sup>. Można powiedzieć, że specjalista dostarcza faktów, a pacjent kieruje się swoim dobrem.

Model interpretacyjny, podobnie jak wcześniejszy polega na dostarczeniu przez lekarza niezbędnych informacji. Przedmiotem interpretacji są wartości i cele, jakimi kieruje się pacjent oraz dostarczenie mu powiązanych z tym informacji zarówno o stanie zdrowia, jak o ryzyku i korzyściach związanych z różnymi sposobami leczenia oraz pomoc w podejmowaniu decyzji, która najbardziej zbliża go do realizacji wartości. Wymaga to zaangażowania się pacjenta we wspólny proces zrozumienia.

Ostatni model to model wspólnego naradzania się, w którym specjalista wspiera chorego w procesie decyzyjnym, wspólnie analizując wszystkie konsekwencje stosowania różnych metod oraz dokonując wyboru najodpowiedniejszych metod diagnostyki i leczenia. Lekarz nie negocjuje wartości, ale jedynie informuje, jak choroba i leczenie wpływać mogą na realizację celów pacjenta. W modelu deliberatywnym lekarz pełni rolę doradcy lub przewodnika, angażując pacjenta w dialog na temat najlepszego dla niego sposobu działania. Pozwala to pacjentowi autonomicznie dokonać wartościowania alternatyw.

Jak wspomniałem, modele relacji między psychologiem i jego klientem czy pacjentem można, upraszczając, opisać na continuum paternalizm-partnerstwo<sup>11</sup>. Z psychologicznego punktu widzenia lepsze byłoby określenie monologowy–dialogowy, z naciskiem na empatyczne słuchanie i życzliwe rozpatrywanie racji podczas dialogowania. Trudno sobie wyobrazić relacje oparte wyłącznie na autonomii pacjenta czy klienta albo wyłącznie na

<sup>10)</sup> Aleksandrowicz [23, str. 18] zwraca jednak uwagę na to, że w tym zakresie sytuacja psychoterapeuty jest inna niż podczas leczenia chorób somatycznych, bo wiedza o zaburzeniach psychicznych jest mniej uniwersalna, a bardziej kontekstowa.

<sup>11)</sup> Zdaniem Kazimierza Szewczyka [24] mamy do czynienia z przyśpieszeniem procesu odchodzenia od paternalistycznego modelu relacji lekarz–pacjent na rzecz ujęć antypaternalistycznych oraz od podejścia indywidualistycznego do ujmowania relacji w kontekście psychospołecznym (por. też 21, str. 25, 28 i dalsze).

chłodnym profesjonalizmie. Lepsze jest podejście dymensyjne niż kategoriale, bo pomaganie musi zawierać zarówno formy dyrektywne, jak i niedyrektywne<sup>12</sup>. Bliżej krańca paternalistycznego (monologicznego) umieścić można model legalistyczny czy model religijny oraz model medyczny, oświeceniowy, a także model paternalistyczny. Po drugiej stronie, bliżej krańca partnerskiego (dialogowego) znalazłyby się modele ekonomiczny i kontraktowy, model kompensacyjny i — w pewnej mierze — model moralny, model informacyjny oraz model interpretacyjny i model deliberatywny. Relacje, znajdujące się bliżej krańca paternalistycznego, można opisać jako oparte na zakazach i karze, relacje, w których diagnoza i leczenie bazują na wiedzy specjalisty eksperta, w których problem i jego rozwiązanie niezależne są od woli i możliwości jednostek, a nawet są one winne, bo niezdolne lub niechętnie do ich rozwiązywania. Przekazywanie wiedzy ma charakter bardziej perswazyjny niż edukacyjny i głównie służy do skłonienia jednostki do wyrażenia zgody na działania profesjonalisty. Specjalista zakłada, że jego podopieczny nie odróżnia „potrzebuję” od „chcę” i że to jego prerogatywą jest określanie, czym jest dobro jednostki.

Relacje partnerskie natomiast zakładają równorzędność stron relacji. Specjalista przedstawia ofertę, a usługobiorca wybiera jedną z możliwości — kryterium wyboru jest jego interes: zysk lub dobro. Strony mogą negocjować ostateczny kształt oferty i są zobowiązane do realizacji litery (ducha?) kontraktu. Analiza problemu z różnych perspektyw, uwzględniająca wartości i cele, jakimi kieruje się osoba i przeszkody, jakie jej stwarza problem, pozwala znaleźć najlepszą drogę do jego rozwiązania. Nie ma w tej relacji atmosfery obwiniania kogokolwiek, bowiem znalezienie winnego nie przybliża do rozwiązania problemu. Specjalista swoją kompetencją uzupełnia zasoby osoby i pomaga jej w znalezieniu rozwiązania problemu. Specjalistyczna wiedza umożliwia wskazanie plusów i minusów kolejnych wyborów jednostki.

### Asymetria relacji i procesu komunikacji

Asymetryczny charakter relacji specjalista–klient, szczególnie w zakresie wiedzy i umiejętności jest nieodłącznym elementem interakcji zawodowych. Są jednak takie zawody, w wykonywaniu których tej asymetrii i wynikającej z niej dominacji specjalisty towarzyszą nierówności w innych obszarach. Zawód psychologa jest powszechnie uważany za zawód społecznego zaufania. Jest to zawód, którego uprawianie związane jest z kontraktem społecznym wynikającym ze szczególnej roli spełnianej w społeczeństwie przez profesjonalistów wykonujących dany zawód. Jednocześnie usługobiorcy wymagają szczególnej ochrony, gdyż powierzają specjalistom m.in. informacje dotyczące ich życia prywatnego z przekonaniem, że zostaną one wykorzystane dla ich dobra. Usługobiorca najczęściej w sposób jawny zrzeka się części swojej autonomii i oddaje się w ręce specjalisty.

Zawodowa relacja między psychologiem a jego klientem jest w istocie asymetryczna zarówno pod względem kompetencji, odpowiedzialności za działania podejmowane przez obie strony (konsekwencji), jak i kontrolowania treści relacji (to emocje, przeżycia, doświadczenia,

<sup>12)</sup> Różne nurty psychoterapii, podobnie jak różne formy pomocy psychologicznej różnią się poziomem dyrektywności. Także pacjenci czy klienci różnią się poszukiwaniem i akceptacją paternalizmu.

wspomnienia klienta stanowią główny temat relacji) oraz formalnej i społecznej pozycji (władzy), co tworzy sytuację nierówności praw [7]. Asymetria dotyczy też położenia: to usługobiorca, a nie specjalista, cierpi i szuka pomocy, w związku z tym to specjalista przejmuje odpowiedzialność za relację. Rola zawodowa psychologa zawiera w sobie społeczne przyzwolenie na jego niesamowolną ingerencję w sposób istnienia drugiego człowieka [25]. Formalna i instytucjonalna asymetria jest odzwierciedlana i reprodukowana w asymetrii interakcyjnej [26]. Komunikacja wówczas może być w większym stopniu polem negocjowania władzy i tworzenia interakcyjnej tożsamości uczestników niż budowania relacji interpersonalnych [26]. Elementem realizacji roli zawodowej psychologa jest w mniejszym lub większym stopniu nieintencjonalne naruszenie dóbr osobistych jednostki: jej prawa do intymności, prywatności, poufności, tajemnicy osobistej, tajemnicy korespondencji<sup>13</sup>, samodecydowania i autonomii [27, 28]. Osoby korzystające z usług psychologa zazwyczaj wyrażają na to zgodę, bo albo są zmuszone poddać się badaniu w efekcie określonych przepisów albo mają nadzieję na uzyskanie pomocy — co jednak nigdy nie powinno zwalniać psychologów od rozważnego z niej korzystania i minimalizacji naruszania tych praw [27]. Jak pisał Mario Bunge [30, str. 159]: „Wykonaj swą pracę najlepiej jak możesz i nie czerp korzyści ze słabości (fizycznej, ekonomicznej czy kulturowej) ludzi korzystających z twych usług”.

Modelowym przykładem ograniczenia autonomii jednej ze stron jest medycyna. Tradycyjne zasady postępowania lekarskiego odzwierciedlane w dawnych kodeksach deontologicznych minimalizowały rolę pacjenta w procesie leczenia. Starożytna przysięga Hipokratesa mówi wiele o lekarzu, nic zaś o pacjencie. Przyjmowano, że lekarz wie, co jest najlepsze dla pacjenta i ma prawo w jego imieniu decydować o całym procesie postępowania diagnostycznego i leczniczego, nie pytając go nawet o zgodę. Takie rozumowanie wyrażało w praktyce skrajnie paternalistyczną postawę. Nie było w tym jednak nic dziwnego, gdyż ten model relacji długi czas obowiązywał powszechnie w społeczeństwie, nie tylko w medycynie. Przez stulecia paternalizm wynikający głównie z asymetrii kompetencji i władzy był powszechnie aprobowany w medycynie, w edukacji czy biurokracji, a nawet był oczekiwany.

Dzisiaj asymetria kompetencji jest mniejsza niż kiedyś. W przypadku relacji lekarz-pacjent korzystanie z internetu (w tym z forów osób chorych na daną chorobę) pozwala pacjentowi na dostęp do informacji. Z drugiej strony poziom komplikacji wiedzy medycznej rośnie. Wydaje się, że oba te procesy są nieodwracalne: internet daje dostęp do wielu źródeł informacji i jednocześnie poziom wiedzy rośnie. Skorzystanie z usług specjalistów nie jest łatwą decyzją: wizyty u psychologa czy psychiatry stanowią powód do zakłopotania, wstydu, stygmatyzowania i dyskredytacji [7, 27, 29]. Biorąc pod uwagę aspekt psychologiczny relacji pomagania (leczenia) oraz przyjęcia za fundamentalną zasadę etyczną prymatu autonomii pacjenta asymetria w tym aspekcie przesunęła się w kierunku pacjenta (klienta)<sup>14</sup>. Zmniejszaniu asymetrii (dystansu) sprzyja także tworzenie przepisów w rodzaju praw pacjenta<sup>15</sup> czy powołanie urzędu Rzecznika Praw Pacjenta [31]. Ograniczeniem asymetrii

<sup>13</sup> Są one narzędziem realizacji prawa do godności jednostki, będącego podstawą budowania sensu życia, a wskaźnikiem zaspokojenia potrzeby godności jest poczucie własnej wartości [28].

<sup>14</sup> Jest to większa zasługa starań pacjentów (klientów) niż specjalistów, choć przecież więcej zależy od tych drugich

<sup>15</sup> W roku 1994 w Amsterdamie przygotowano wzorcowy model Deklaracji praw pacjenta, na którym oparto pierwszą Kartę praw pacjenta.

w interwencji psychologicznej jest kodeksowy wymóg zawierania kontraktu: klient musi być poinformowany o wszelkich istotnych okolicznościach usługi psychologicznej takich, jak zakres, czas trwania, poufność i jej ograniczenia itp.<sup>16</sup>. Jednak formalizacja wzajemnych oczekiwań może powodować, że kontraktowa relacja stanie się przeciwieństwem relacji bazującej na zaufaniu oraz na obowiązku i zobowiązaniu. Kontrakt staje się sformalizowanym wyrazem braku zaufania. W efekcie zamiast realizowania postulatów dobroczynienia względem klienta (*beneficence-in-trust*), psycholog może dążyć do jedynie literalnego spełnienia zawartej umowy, kosztem dobra klienta. Za jedyne zło moralne uważa się wówczas niewystarczające przestrzeganie przyjętego kontraktu, a nie brak pomocy [27]. Zmienia się dziś także asymetria odpowiedzialności — z jednej strony pacjenci (klienci) rozumieją, że część odpowiedzialności za ostateczne efekty spoczywa także na nich i zależy od poziomu ich współpracy. Z drugiej strony odpowiedzialność specjalistów udzielających pomocy (leczenia) często jest skodyfikowana w odpowiednich przepisach, a ich złamanie może w maksymalnym zakresie grozić odebraniem prawa wykonywania zawodu.

Nie można zapominać, że osoba pomagająca także ponosi koszty obciążeń wynikających z realizacji roli zawodowej. Jörg Fengler [32] opisuje przykłady deformacji osobowości jako konsekwencji realizacji roli zawodowej psychologa. Przede wszystkim wskazuje na wypalenie zawodowe osób pomagających i naruszenie równowagi praca–życie (*work–life balance*): emocjonalne wyczerpanie, obniżone poczucie własnej kompetencji i skuteczności oraz depersonalizację pacjentów/klientów. Ponadto zwraca uwagę na nadmierną identyfikację z etosem zawodowym i pacjentami/klientami, selektywne spostrzeganie rzeczywistości głównie z perspektywy profesjonalnej, popadanie w rutynę i schematyzm myślenia, teatralizację emocji i zachowania, utratę empatii i mechaniczną akceptację wypowiedzi pacjentów/klientów czy przymus interpretowania zachowań osób bliskich i przyjaciół.

### Dostrzegane pułapki i zagrożenia interwencji psychologicznych

Na podstawie niepisanej umowy społecznej zakłada się, że istotą wzajemnej relacji psychologa i klienta jest zaufanie do wiedzy i profesjonalnych umiejętności psychologów oraz ufność, że dobro klienta będzie podstawowym kryterium oceny działania psychologa. Przyjmuje się, że to dobro może być stopniowalne: od minimalistycznej zasady „nie szkodzić” aż do paternalistycznego ograniczania autonomii klienta psychologa „dla jego dobra” [27]. Traktuje się więc — w pewnym sensie — termin „dobro” jako pojęcie pierwotne. W 2013 roku czasopismo „Roczniki Psychologiczne” opublikowało dyskusję na temat rozumienia dobra w różnych obszarach zawodowej działalności psychologów. Numer otwierał głos Katarzyny Sikory [33, 34]. Po analizie treści różnych kodeksów etyki zawodowej psychologów stwierdza ona, że „dobro” definiowane jest jako dobrostan (subiektywny i obiektywny), dobra jakość życia, rozwój indywidualnych zasobów, korzyści czy przestrzeganie praw jednostki. W tej dyskusji Małgorzata Toeplitz-Winiewska [35] zwraca uwagę na konieczność wskazania, kto owo „dobro klienta” ma określać, bo istnieje ryzyko, że decydować będzie

<sup>16)</sup> Nie od rzeczy będzie zauważyć, że w wielu krajowych etycznych kodeksach zawodowych w obszarze szeroko rozumianego pomagania brakuje silnego akcentu położonego na dialogową formę tworzenia kontraktu.

o tym psycholog (specjalista). Jeśli to tylko możliwe, włączamy naszych klientów/pacjentów w proces decyzyjny i pokładamy większe zaufanie w dialogu, a nie monologowaniu. Maria Boratyńska [36] zwraca uwagę na to, że wcześniejsza informacja od usługobiorcy, jak określa on swoje dobro i powierzenie specjalistce profesjonalnej realizacji tego dobra nie zapewnia samo w sobie ochrony autonomii pacjenta/klienta. Samo kodeksowe wskazanie, że odbiorca usługi psychologicznej ma prawo do własnego rozumienia swojego dobra [25] też jest niewystarczające. Osoba szukająca pomocy powinna móc poznawczo kontrolować realizację tego dobra. Sama intencja czy obowiązek niesienia pomocy zawodowej nie jest wystarczająca, bo ocena wartości pomocy zależy od użyteczności i przewidywanej skuteczności<sup>17</sup>. Pożyteczność zaś ocenia potrzebujący pomocy, a nie jej udzielający [37]; ocena skuteczności oparta jest natomiast na specjalistycznej wiedzy. Lepiej też w kodeksach etyki zawodowej wiązać „dobro” z obowiązkami psychologa niż prawami jednostki (klienta), bo dzięki temu stają się mniej deklaratywne.

Tak jak diagnoza psychologiczna z założenia narusza prywatność i intymność osób, tak interwencja psychologiczna narusza ich autonomię. Autonomia to samodzielność, samostanowienie, samozarządzanie, niezależność, własny sposób życia, wolność. Autonomia wiąże się także z podejmowaniem wyborów i odpowiedzialnością. Jej przeciwieństwem jest paternalizm. Z perspektywy psychologii rozwojowej autonomia stanowi podstawowy cel i istotę całego procesu rozwoju człowieka. Jest ona dla jednostek poszukiwaniem indywidualnego sensu życia i źródłem nowych doświadczeń wpływających na kształt tożsamości.

Można mówić o słabej (miękkiej, umiarkowanej) i mocnej (twardej, radykalnej) formie paternalizmu [38]. W pierwszym przypadku działamy bez zgody jednostki, która w świetle danych nie ma zdolności psychicznej do rozumienia informacji i ich przekazywania oraz do podjęcia na tej podstawie decyzji co do swojego udziału w usłudze psychologicznej. O drugim przypadku (paternalizmu mocnego) mówimy wtedy, gdy decyzja podjęta przez usługobiorcę jest świadoma i oparta na wiedzy, a mimo tego nie jest brana pod uwagę przez usługodawcę. Wskazuje się na dwie formy „mocnego” paternalizmu: upoważniony i nieupoważniony [36, 39]. Z paternalizmem upoważnionym mamy do czynienia wówczas, gdy pacjent lub klient udziela zgody na działania specjalisty (zakładając jego działania *bona fide*), ale nie chce być szczegółowo informowany ani o swoim stanie, ani o formie udzielanej pomocy. Paternalizm upoważniony może też mieć formę domniemania specjalisty, że jego klient lub pacjent na podstawie wiedzy ogólnej (stereotypu?) mu ufa i na tej podstawie udzieliłby upoważnienia i/lub faktycznie go udzielił. Elementem

<sup>17)</sup> Przykładem tego, że w sprawie pomagania piekło wybrukowane jest dobrymi chęciami jest opisywany w mediach przypadek niedźwiadka. Nieopodal Teleśnicy w Bieszczadach leśnicy z Nadleśnictwa Ustrzyki Dolne stwierdzili, że matka go pozostawiła oraz oddaliła się z drugim niedźwiadkiem, a on był tropiony przez wilki więc go „odłowili”. Był słaby, chudy i chory, jednak wierzono, że uda się go uratować i przekazano go do Ośrodka Rehabilitacji Zwierząt Chronionych w Przemyślu. Nadano mu imię Ada (od nazwy fundacji, która się nim zajmowała). Tam podjęto leczenie choroby odkleszczowej; niestety objawy neurologiczne nie ustąpiły. Po tygodniu leczenia niedźwiadka uśpiono. Przypuszczalnie matka pozostawiła go na naturalną śmierć w obawie przed zarażeniem rodzeństwa. Dr Robert Maślak, biolog i specjalista od niedźwiedzi, w następujący sposób komentuje na Facebooku eutanazję niedźwiadka: „Jeśli zwierzętom przypisujemy godność, to temu niedźwiedziowi odebrano ją przed śmiercią. Blisko tydzień trwało przedłużanie agonii nazywane leczeniem. Mógł umrzeć szybciej bez bycia »misiem« i tego całego biznesowego cyrku, jaki wokół niego urządzono”. <https://m.facebook.com/MaslakRobert/photos/a.297459031052974/1098381674294035/>

tej ogólnej wiedzy jest także świadomość, od kogo można oczekiwać określonej pomocy i sam fakt jej szukania uzasadnia przekonanie specjalisty, że jednostka w pewnym sensie wyraziła na jej udzielenie zgodę.

Paternalizm nieupoważniony to działanie bez jawnej zgody osoby co do formy udzielanej jej pomocy lub nawet wbrew jej niezgodzie, mimo że jest ona w pełni świadoma oraz zdolna do samodzielnego podejmowania decyzji. Działanie to jest podejmowane niezależnie od akceptacji stopnia (nie)racjonalności tej decyzji. Jest ono często racjonalizowane przypuszczeniem specjalisty, że występują okoliczności wyłączające potrzebę pytania o zgodę (racje wyższego rzędu). W praktyce rozgraniczenie paternalizmu upoważnionego od paternalizmu nieupoważnionego może być trudne.

Pomoc psychologiczna w pewnym sensie bardziej ogranicza autonomię niż psychoterapia. Zdaniem Aleksandrowicza [9] docieranie do wypartych do podświadomości treści (wgląd) jest ważniejsze w pomocy psychologicznej niż psychoterapii<sup>18</sup>. Z drugiej strony podobieństwo przeżywania osoby pomagającej i jej niezaburzonego klienta jest na ogół znacznie większe, niż psychoterapeuty i leczonego pacjenta [9]. Zgodność systemów wartości i poglądów w pomaganiu sprzyja skuteczności, odwrotnie niż w przypadku psychoterapii [23]. To podobieństwo oraz odwoływanie się w interpretacji danych diagnostycznych do braku wglądu może skłaniać do narzucania własnych rozwiązań (dyrektywności).

Dodatkowo leczenie i pomaganie różnią się nasileniem asymetrii w relacji [1, 9]. W przypadku psychoterapii specjalista ma naukowo ugruntowaną wiedzę medyczną oraz indywidualne doświadczenie, więc lepszą pozycję w relacji terapeutycznej. Natomiast w przypadku udzielania pomocy osobom bez zaburzeń zdrowia psychicznego wiedza specjalistyczna ma mniejsze empiryczne ugruntowanie, często jej treści przypominają język potoczny, więc doświadczana nierówność stron wydaje się mniejsza. Jednocześnie rezygnacja z autonomii na rzecz specjalisty wydaje się trudniejsza. Biorąc to wszystko pod uwagę można stwierdzić, że z jednej strony asymetria podczas psychoterapii jest większa, ale pomaganie bardziej ogranicza autonomię klientów. Prawna ochrona autonomii pacjentów jest dość jasno określona, natomiast pomoc psychologiczna jest słabo osadzona w prawie, więc sytuacja pacjentów lekarza jest lepsza niż bezpieczeństwo klientów psychologa.

Czy mamy do czynienia z postępowaniem w sprawie asymetrii relacji w relacji pomagający — klient/pacjent? Czy na wymiarze paternalizm — samostanowienie nadążamy za wyzwaniem współczesności? Jeśli rozumieć postępowanie jako polepszenie, rozwój czy udoskonalenie relacji psycholog — klient/pacjent, to można mieć uzasadnione wątpliwości. Realizacja postulatu zastępowania autonomii specjalisty autonomią klienta/pacjenta może rodzić negatywne skutki. Jeśli bowiem kryterium podejmowania decyzji ma być wiedza, to nie może być to patchworkowa wiedza „Doktora Google” czy sztucznej inteligencji. Jest faktem, że monopolizacja wiedzy specjalistycznej staje się mniejsza niż w przeszłości, jednak z drugiej strony prawdy nie ustala się w referendum! Kategoryzacja i wpadanie z jednej skrajności w drugą też nie jest rozwiązaniem problemu. Postulat zwiększania wiedzy potencjalnych odbiorców usługi psychologicznej oraz kompetencji niezbędnych do krytycznego myślenia jest niewątpliwie słuszny, ale jest też zrzucaniem z siebie przez profesjonalistów odpowiedzialności za rozwiązanie dylematu etycznego. Sądzę, że wspólne, refleksyjne poruszanie

<sup>18)</sup> Przeciwny pogląd w tej sprawie przedstawia Czabała [11, str. 526–527].



się na tym wymiarze jest dobrym sposobem poszukiwania kontekstowo optymalnego rozwiązania, jak w deliberatywnym modelu wspólnego naradzania się.

## Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia czy psychoterapie. *Psychoter.* 2004; 2(129): 17–29.
2. Paluchowski WJ. Diagnostyka psychologiczna. Proces, narzędzia, standardy. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2007.
3. Paluchowski WJ. Diagnostowanie diagnozy. Wybór tekstów. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza; 2017.
4. Stemplewska-Żakowicz K, Paluchowski WJ. Podstawy diagnozy psychologicznej. W: Strelau J, Doliński D, red. *Psychologia akademicka: podręcznik*. T. 2, wyd. 2 popr. Gdańsk: Wydawnictwo Gdańskie Psychologiczne; 2011, s. 23–85.
5. Cierpiałkowska L, Frączek A. Przymierze terapeutyczne w terapii zaburzeń osobowości z perspektywy analizy transakcyjnej. *Eduk. Anal. Transakcyjna* 2017; 6: 129–144.
6. Bomba J. Czy to możliwe, żeby psychoterapia nie zmieniała mózgu? *Psychoter.* 2012; 1(160): 5–11.
7. Marcinów T. Etyczny wymiar poradnictwa rodzinnego w świetle programów pomocowych. Wybrane zagadnienia. *Family Forum* 2014; 4: 223–233.
8. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia a filozofia. *Przegląd Filozoficzny — Nowa Seria* 2000; 35(3): 5–17.
9. Aleksandrowicz JW. Dwa oblicza psychoterapii. W: Danielewicz D, Rola J, red. *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2017, s. 165–178.
10. de Barbaro B, Furgał M. Stanowisko zarządów Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w sprawie prac nad Ustawą o zawodzie psychoterapeuty. *Psychoter.* 2015; 172(1): 95–99.
11. Czabała JC. Poradnictwo psychologiczne a psychoterapia. *Roczniki Psychologiczne* 2016; 3: 519–533.
12. Czabała JC. Poradnictwo psychologiczne. W: Czabała JC, Kluczyńska S, red. *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA; 2015, s. 25–61.
13. Izydoreczyk B. Zadania psychologa w psychoterapii nerwic i zaburzeń osobowości realizowanej w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (poradniach zdrowia psychicznego i oddziałach dziennych leczenia nerwic). W: Gulla B, red. *Zadania psychologa praktyka*. Kraków: Instytut Psychologii Stosowanej Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej Uniwersytet Jagielloński; 2019, s. 17–31.
14. Toeplitz-Winiewska M. Udzielanie pomocy psychologicznej. W: Brzeziński J, Chyrowicz B, Toeplitz Z, Toeplitz-Winiewska M, red. *Etyka zawodu psychologa*. Wydanie nowe. Warszawa: PWN; 2017, s. 351–387.
15. Waszyńska K, Bury P, Filipiak M. Socjoterapia a psychoterapia — refleksje teoretyczne. W: Waszyńska K, Filipiak M, red. *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii*. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki. Poznań: Wydawnictwo UAM; 2015, s. 93–115.
16. Masson JM. *Przeciwko terapii*. Tłumaczenie B. Grulkowski B. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2004.
17. Grulkowski B. Problem ideologizacji w psychoterapii. *Studia Gdańskie* 1998; 11: 129–160.

18. Biesaga T. Autonomia a dobroczynność w bioetyce. W: Kalka K, Papuziński A, red. *Etyka wobec współczesnych dylematów*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego; 2006, s. 132–139.
19. Brickman P, Rabinowitz VC, Karuza Jr J, Coates D, Cohn ES, Kidder L. Models of helping and coping. *Am. Psychol.* 1982; 37: 368–384.
20. Ornacka K, Mirewska E. Wokół dylematów etycznych profesjonalnego pomagania — kształtowanie relacji w pracy socjalnej. *Homo Soc.* 2018; 3: 12–25.
21. Opoczyńska-Morasiewicz M, Morasiewicz J. Etyka i psychoterapia. *Psychoter.* 2015; 4(175): 21–34.
22. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *J. Am. Med. Ass.* 1992; 267(16): 2221–2226.
23. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia: etyka — wartości — deontologia. *Psychoter.* 2006; 2 (137): 13–20.
24. Szewczyk K. O bezsensie i potrzebie konstruowania modeli relacji lekarz–pacjent. *Krytyka Lekarska* 2009; (2–3): 17–38.
25. PTP Kodeks Etyczny Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. 2007. <https://psych.org.pl/o-ntp/kodeks-psychologa>
26. Stefaniak K. Władza i tożsamość w komunikacji lekarz–pacjent. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe; 2011.
27. Paluchowski WJ. Diagnozowanie i opiniowanie źródłem problemów oraz dylematów etycznych. *Testy Psychologiczne w Praktyce i Badaniach* 2021; (1): 1–20. DOI: 10.14746/tpb.2019.1.
28. Toeplitz-Winiewska M. Podstawowe zasady, które powinny być respektowane przez psychologa. W: Brzeziński J, Chyrowicz B, Toeplitz Z, Toeplitz-Winiewska M, red. *Etyka zawodu psychologa*. Wydanie nowe. Warszawa: PWN; 2017, s. 125–146.
29. Gulla B, Izydorczyk B, Kubiak R. Godność i intymność pacjenta. *Aspekty psychologiczne i prawne*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska; 2019.
30. Bunge M. *Treatise on basic philosophy*, tom 8: Ethics. Dordrecht: Reidel; 1988.
31. Ostrowska A. Modele relacji pacjent–lekarz. W: Ostrowska A, red. *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*. Warszawa: IFIS PAN; 2009, s. 235–259.
32. Fengler J. Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001.
33. Sikora K. Dobro odbiorcy w kodeksach etyczno-zawodowych psychologów. *Rocz. Psychol.* 2013;16(4): 587–601.
34. Sikora K. Odpowiedź na polemikę. *Rocz. Psychol.* 2013;16(4): 701–710.
35. Toeplitz-Winiewska M. Czy można zdefiniować „dobro” klienta psychologa? *Rocz. Psychol.* 2013; 16(4): 681–684.
36. Boratyńska M. Wolny wybór: gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania. Warszawa: Instytut Problemów Ochrony Zdrowia; 2012.
37. Hołówka J. O pomocy w potrzebie. *Etyka* 1978; 16: 37–49.
38. Lang M. Doktryna paternalizmu w odniesieniu do osób psychicznie chorych. *Stud. Iurid. Toruniensis* 2006; (3):109–124.
39. Warzyńska-Bartczak Z. Role społeczne a władza: paternalizm w psychiatrii. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2013, 14, 5(2): 199–219.

Władysław Sterna

## POTENCJALNIE NEGATYWNY WPLYW PSYCHOTERAPII OSÓB Z TRAUMĄ NA TERAPEUTÓW

### POTENTIAL NEGATIVE IMPACT OF PSYCHOTHERAPY OF TRAUMATIZED PEOPLE ON THERAPISTS

Praktyka prywatna

**vicarious trauma  
psychotherapy of trauma**

#### Streszczenie

*Podstawowym celem psychoterapii jest pomaganie innym w cierpieniu, którego doświadczają. Naturalnie większość publikacji koncentruje się na sposobach pomagania w możliwie najlepszy, profesjonalny sposób. Stosunkowo mało uwagi poświęca się wpływowi procesu pomagania na samego terapeutę, a zjawisko to może być wielorakie. Można doświadczyć pozytywnych zmian osobistych, takich jak zastępcza odporność lub zastępczy rozwój potraumatyczny. Niewiele jest publikacji w języku polskim na temat potencjalnie negatywnych skutków dla terapeuty: zmęczenie współczuciem (compassion fatigue); wypalenie zawodowe (professional burnout); wtórny stres traumatyczny (secondary traumatic stress) lub trauma zastępcza (vicarious trauma). W publikacji autor omawia potencjalnie negatywne konsekwencje prowadzenia terapii dla terapeuty, ze szczególnym uwzględnieniem traumy zastępczej, które mogą dotyczyć wielu terapeutów pracujących z osobami po traumie. Zarysowuje procesy zachodzące w umyśle terapeuty konfrontowania własnych przekonań na temat świata i potrzeb zaufania, bezpieczeństwa, niezależności, szacunku dla innych, poczucia siły i skuteczności oraz poszukiwania układu odniesienia dla doświadczeń z doświadczeniami pacjentów. Autor omawia także procesy zachodzące w mózgu terapeuty podczas terapii w układzie neuronów lustrzanych, ciele migdałowym, układzie autonomicznym czy osi podwzgórze — przysadka — nadnercza. Świadomość tych zmian może być wstępem do kontrolowania i ograniczania ich wpływu na terapeutę.*

#### Summary

The primary goal of psychotherapy is to help others with the suffering they are experiencing. Naturally, most publications are geared toward ways to help in the best possible, professional way. Relatively little attention is paid to the impact of the helping process on the therapist himself and this can be manifold. It is possible to experience positive personal changes like vicarious resilience or vicarious post-traumatic growth. There are few publications in Polish on the potentially negative effects on the therapist: compassion fatigue; professional burnout; secondary traumatic stress, or vicarious trauma (vicarious trauma). In this publication, the author discusses the potentially negative consequences of therapy provision for the therapist focusing in particular on vicarious trauma, which can affect many therapists working with traumatized individuals. He outlines the processes in the therapist's mind of confronting his own beliefs about the world and needs for trust, security, independence, respect for

others, a sense of power and efficacy, and the search for a frame of reference for experiences — with what his patients experience. The author also discusses the processes occurring in the therapist's brain during therapy in the mirror neuron system, the amygdala body, the autonomic system and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Awareness of these changes can be a prelude to controlling and limiting their impact on the therapist.

### Wstęp

Codziennie jesteśmy świadkami cierpienia innych ludzi, które obserwujemy w TV, w parku, na ulicy oraz w gronie osób najbliższych. Wpływa ono na nasz umysł, emocje i ciało. Dla osób profesjonalnie zajmujących się pomocą innym, istnieje jeszcze jedno — oprócz codziennego — doświadczenie cierpienia. Pomagając innym, słuchając opowieści o przemoc, bólu, żalu i rozpacz mając nadzieję, że ich troska, empatia i wiedza — pozwolą złagodzić cierpienie innych. Ich pomaganie ma jednak określone konsekwencje biologiczne, psychologiczne i interpersonalne dla nich samych. Dzięki pracy terapeuci mają możliwość pomagania w zmianie innym. Również sami mogą doświadczać pozytywnych zmian, takich jak choćby zastępczy wzrost pourazowy (*vicarious posttraumatic growth*) czy odporność zastępcza (*vicarious resilience*). Bardzo rzadko w piśmiennictwie polskim porusza się kwestie negatywnego wpływu procesu pomagania na samego pomagającego. W tym artykule autor chciałby zwrócić uwagę na potencjalnie negatywne konsekwencje pomagania dla osoby pomagającej, a w szczególności poświęcić uwagę traumie zastępczej.

### Zmęczenie współczuciem

Zmęczenie współczuciem (*compassion fatigue, CF*) jest ogólnym terminem opisującym doświadczenie emocjonalnego i fizycznego zmęczenia, przeżywanego przez osoby empatycznie pomagające innym, którzy cierpią [1]. Zostało ono określona w 1992 r. [2] jako forma wypalenia, która „dotyka ludzi w zawodach związanych z opieką”. Zmęczenie współczuciem nie jest specyficzne dla pracy z traumą, mogą go doświadczać również osoby leczące inne populacje, np. osób chorych psychicznie. Jest ono definiowane jako zespół składający się z połączenia objawów wtórnego stresu traumatycznego i wypalenia zawodowego [3]. Termin ten nie jest jednoznaczny i w literaturze używany jest w różnych znaczeniach. W zależności od konceptualizacji, zmęczenie współczuciem może być opisywane jako zjawisko z dominującym wtórnym stresem traumatycznym (wywołanym przez konkretny przypadek, niepokojące wydarzenie) lub bardziej progresywnie i kumulatywnie (po narażeniu na wiele urazów doświadczonych przez innych). W odróżnieniu od wtórnego stresu traumatycznego, który jest natychmiastowy, zmęczenie współczuciem ma tendencję do kumulowania się w czasie. Jest ono częściej związane z erozją empatii [4], podczas gdy trauma zastępcza związana jest z istniejącą więzią empatyczną. Oba stany podobne są w poczuciu emocjonalnego wyczerpania, bezradności i izolacji. Podobnie jak wypalenie zawodowe, zmęczenie współczuciem jest reakcją na środowisko pracy i rolę zawodową, jednak jest mało prawdopodobne, że zmieni światopogląd osoby go przeżywającej na głębokim i osobistym poziomie [5].

### Wypalenie zawodowe

Termin wypalenie zawodowe (*professional burnout*, PB) został wprowadzony przez Sobela [6], a następnie rozszerzony przez Freudenbergera, któremu przypisuje się napisanie pierwszej pracy na ten temat [7]. Jest to stan fizycznego, emocjonalnego, psychologicznego i duchowego wyczerpania, wynikający z przewlekłego narażenia na (lub praktykowania z) populacje (populacjami), które są wrażliwe lub cierpiące [8]. Stan ten nie zawiera ani nie naśladuje objawów PTSD [9], nie jest też specyficzny dla pracy z klientami, którzy doświadczyli traumy [10]. Wypalenie nie wpływa na schematy poznawcze dotyczące zaufania, kontroli, intymności, potrzeby szacunku, bezpieczeństwa i natrętnych wyobrażeń [11]. Najczęściej pojawia się u osób, które wybierając pracę kierowały się chęcią pomagania innym. Najważniejszym czynnikiem rozwoju wypalenia zawodowego jest wykonywanie pracy polegającej na służbie innym ludziom, która wiąże się z koniecznością tłumienia lub rutynowego okazywania współczucia, jak też ciągłego korzystania z empatii. Wypalenie zawodowe jest konstruktem wielowymiarowym z trzema odrębnymi zakresami:

1. Emocjonalnym wyczerpaniem, które pojawia się, gdy zasoby emocjonalne praktyka są wyczerpane przez ciągłe potrzeby, wymagania i oczekiwania klientów, przełożonych oraz organizacji [12].
2. Depersonalizacją (określaną również jako cynizm) — odnoszącą się do negatywnych, cynicznych lub oderwanych od rzeczywistości reakcji na współpracowników lub klientów oraz ich sytuacje. Obejmuje zmiany w myśleniu i uczuciach dotyczących praktyki, które mogą się pojawić w procesie wypalenia zawodowego.
3. Zmniejszeniem poczucia osobistych osiągnięć, którego doświadczają praktycy, czując się nieskuteczni w sytuacji, gdy klienci nie reagują na pomoc, mimo wysiłków, aby im pomóc. Ten zakres może się pojawić również jako odpowiedź na ograniczenia biurokratyczne i wymagania administracyjne.

Czynniki sprzyjające mogą występować na poziomie indywidualnym, organizacyjnym lub na poziomie klienta (mogą też występować w połączeniu) [13]: a) występują na poziomie indywidualnym (konfliktowe relacje ze współpracownikami; indywidualistyczny styl radzenia sobie; trudności w interakcji i zrozumieniu klientów); b) występują jako czynniki organizacyjne (zbyt duże obciążenie pracą; brak kontroli lub wpływu na politykę i procedury; niesprawiedliwość w strukturze organizacji i dyscyplinie; niskie wsparcie ze strony innych oraz słabe szkolenie); c) występują na poziomie klienta — np. bierność i niechęć dokonywania zmian.

### Wtórny stres traumatyczny

Wtórny stres traumatyczny (*secondary traumatic stress*, STS) odnosi się do zachowań oraz emocji wynikających z wiedzy o traumatyzującym wydarzeniu, którego doświadczyła znacząca osoba (lub klient) oraz stresu wynikającego z pomagania lub chęci pomagania osobie dotkniętej traumą [14]. Wynika on z zaangażowania się w empatyczną relację z osobą cierpiącą z powodu traumatycznego doświadczenia i bycia świadkiem intensywnych lub przerażających przeżyć. Objawy STS mogą obejmować pełen zakres objawów

PTSD, takich jak: natrętne myśli; wspomnienia lub koszmary związane z traumą klienta; bezsenność, drażliwość lub wybuchy gniewu; zmęczenie i trudności z koncentracją; unikanie klientów i sytuacji z nimi związanych; nadwrażliwość lub reakcje wzbudzenia na bodźce przypominające o traumie klienta. W przeciwieństwie do traumy zastępczej, STS nie jest specyficzny dla pracowników opieki zdrowotnej i każdy, kto ma bliski kontakt z osobą, która przeżyła traumę, może go doświadczyć.

### **Trauma zastępcza — informacje ogólne**

Termin trauma zastępcza (*vicarious trauma*, VT) odnosi się do procesu poznawczej zmiany wynikającej z długotrwałego, empatycznego zaangażowania w sprawy osób, które przeżyły traumę [15]. Terapeuci pracujący z osobami dotkniętymi traumami są nieustannie narażeni na historie zdrady, braku ochrony, naruszenia podstawowych potrzeb — bezpieczeństwa, opieki, zaufania, kontroli i szacunku. Empatyczna postawa, która jest niezbędna do wykonywania pracy, jest też kanałem transmisji doświadczenia z pacjenta na terapeuta. Została ona zdefiniowana w 1990 r. przez McCann i Pearlman [16], które założyły, że bezpośrednia praca terapeutyczna z osobami, które przeżyły traumę, może mieć transformacyjny wpływ na klinicystę. W 1995 r. definicja ta została doprecyzowana jako „przemiana w wewnętrznym doświadczeniu terapeuty, która następuje w wyniku empatycznego zaangażowania się w materiał traumatyczny klienta” [17]. Definicja ta do dziś jest określana jako użyteczna. Wskazuje się, że podstawowe jej składowe to: 1) empatyczne zaangażowanie w pracę z pacjentem, który doświadczył traumy i 2) głęboka zmiana poznawcza w wewnętrznej perspektywie terapeuty po dłuższej ekspozycji [18].

Terapeuci, tak jak inni ludzie, konstruują własną rzeczywistość i tworzą osobiste koncepcje na jej temat. Struktury te, a także schematy poznawcze, są zakłócane przez kontakt z traumatycznymi reakcjami klientów. Terapeuci empatyzują poznawczo, aby zrozumieć znaczenie i skutki traumatycznego doświadczenia, ale także empatyzują afektywnie i rzeczywiście odczuwają ból klienta. Taka ekspozycja na traumę innych stanowi wyzwanie dla własnych struktur poznawczych terapeuty. Prowadzi ona do wszechobecnej, trwającej dłużej, zmiany w jego wewnętrznym doświadczeniu, co odróżnia ją od wtórnego stresu traumatycznego i zmęczenia współczuciem. W traumie zastępczej kładzie się większy nacisk na wewnętrzne zmiany poznawcze niż na zewnętrzne zmiany behawioralne, występujące we wtórnym stresie potraumatycznym. Trauma zastępcza pojawia się stopniowo w czasie, naśladuje inne doświadczenia traumatyczne i powoduje trwałą zmianę w postrzeganiu świata.

### **Czy trauma zastępcza jest przeciwprzeniesieniem?**

Freud [19] opisał przeciwprzeniesienie jako zjawisko powstające w lekarzu w wyniku wpływu pacjenta na jego nieświadome uczucia, wymagające od lekarza rozpoznania i przezwyciężenia tego przeciwprzeniesienia w sobie. Jest ono często doświadczane jako krótkotrwałe, wewnątrzsesyjne intruzje własnych obaw klinicysty [20]. Freudenberger i Robbins [21] piszą: [w terapii] „stare blizny i urazy terapeuty są ciągle na nowo ścierane”.

Corey [22] zdefiniował przeciwprzeniesienie jako proces dostrzegania siebie w kliencie, nadmiernego utożsamiania się z klientem lub zaspokajania potrzeb poprzez niego. Tak określone przeciwprzeniesienie dotyczyło pracy ze wszystkimi pacjentami. Herman [23] jest autorem terminu „traumatyczne przeciwprzeniesienie”, opisującego nieuniknione ryzyko słuchania przez terapeutów skoncentrowanych na traumie, którzy „z pewnością ożywią wszelkie osobiste traumatyczne doświadczenia”. W ten sposób terapeuta jest podatny na zranienie, a „trauma jest zaraźliwa”.

Wydaje się, że trauma zastępcza różni się jednak od przeciwprzeniesienia w kilku aspektach. Po pierwsze, trauma zastępcza jest pojęciem szerszym niż przeciwprzeniesienie, gdyż zakłada, że duża część poznawczego świata terapeuty zostaje zmieniona w wyniku kontaktu z wniesionym przez klienta materiałem traumatycznym. Po drugie, w traumie zastępczej dochodzi do kumulacji efektów i utrzymuje się ona również w życiu pozazawodowym terapeuty. Po trzecie, mimo podobnych doświadczeń emocjonalnych, przeciwprzeniesienie nie jest specyficznie związane z materiałem traumatycznym i raczej jest związane z interakcją z pacjentami. Po czwarte, trauma zastępcza odnosi się do skumulowanych skutków radzenia sobie z traumą klienta, podczas gdy przeciwprzeniesienie jest specyficzne dla poszczególnych klientów.

### **Trauma zastępcza — czynniki ryzyka**

O wystąpieniu przejawów traumy zastępczej może decydować wiele elementów, ale najczęściej wymienianymi czynnikami ryzyka są: młody wiek terapeuty lub niedługi staż w zawodzie; niedostateczne wykształcenie; duża empatia poznawcza i emocjonalna; nieprzepracowane traumy z przeszłości; lękowy styl przywiązania; samopoświęcający się styl interpersonalny; nieodpowiedni nadzór i superwizja; niewspierające środowisko pracy i zbyt częsta praca z traumą.

### **Trauma zastępcza w umyśle terapeuty**

Howarth dokonała przeglądu wiodących tematów dotyczących traumy zastępczej pojawiających się literaturze fachowej w latach 1990–2021 [24]. Zawarto w nim bogate informacje na jej temat, ale też wykazano w wielu wypadkach nachodzenie się różnych pojęć na siebie. Trauma zastępcza odnosi się do „wszechobecných i kumulatywnych” zmian w postrzeganiu świata, innych ludzi i nas samych z powodu powtarzającego się kontaktu z wszelkiego rodzaju traumatycznymi materiałami [27]. Objawy opisuje się jako kombinację fizycznych, behawioralnych i emocjonalnych zaburzeń powodujących zmiany w światopoglądzie i samoidentyfikacji osoby nią dotkniętej [25].

Pomimo licznych opisów traumy zastępczej w ostatnich latach, zdaniem autora, zmiany dotyczące terapeuty na skutek pracy z klientami doświadczającymi traumy najlepiej opisują McCann i Pearlman w artykule z 1999 r. [26]. Według ich założeń ludzie konstruują własną rzeczywistość poprzez rozwój złożonych struktur poznawczych, które są wykorzystywane do interpretowania zdarzeń. Struktury te ewoluują i wraz z upływem czasu i doświadczenia stają się coraz bardziej złożone. Schematy to przekonania, założenia i oczekiwania

dotyczące siebie i świata, które umożliwiają ludziom nadanie sensu ich doświadczeniu. Niektóre obejmują przekonania i założenia dotyczące przyczynowości, wiarygodności zmysłów, tożsamości i relacji z własnym światem.

Autorki zidentyfikowały osiem głównych zmian schematów, które leżą u podstaw traumy zastępczej:

1. **Zaufanie/zależność.** W pracy terapeuti narażeni są na wiedzę o wielu ludzkich sposobach oszukiwania, zdradzania i nadużywania zaufania innych (np. wobec dzieci). Niejednokrotnie narusza to ich schematy dotyczące zaufania — terapeuti mogą się stać podejrzliwi wobec innych ludzi, bardziej cyniczni lub nieufni, co może się manifestować choćby w ten sposób, że terapeuti będą się spodziewać najgorszych rzeczy po osobach ze świata klienta.
2. **Bezpieczeństwo.** Obrazy wiążące się z utratą bezpieczeństwa (np. groźby, zadana krzywda) mogą być szczególnie destrukcyjne, jeśli terapeuta sam ma jego silną potrzebę. Może on mocno identyfikować się z tym, czego doświadczyły ofiary i samemu tego się lękać (np. gwałtu), a także obawiać się swojej bezbronności oraz mieć nadmierną świadomość kruchości życia. Nie zawsze może to być doświadczone wprost, ale np. w postaci myśli i obrazów związanych z osobistą bezbronnością w wyniku np. śmierci bliskich.
3. **Moc i skuteczność w świecie.** Klienci, którzy stali się ofiarami, często znaleźli się w sytuacji skrajnej bezradności, bezbronności, a nawet paraliżu. Terapeuti, dla których moc i skuteczność są ważne, mogą być pod dużym wpływem bezsilności klientów, co może prowadzić do nakłaniania ich do podjęcia konkretnych działań, zamiast udzielania pomocy w zrozumieniu znaczenia ich reakcji. Terapeuti mogą też podejmować osobiste środki zaradcze, aby zwiększyć poczucie mocy i bezpieczeństwa — np. terapeuta pracujący z ofiarami gwałtu zapisuje się na kurs samoobrony. Terapeuti mogą fantazjować na temat ochrony swoich bliskich i fantazje te mogą się stawać coraz bardziej brutalne albo wręcz odwetowe. Jeśli potrzeba władzy jest zagrożona, mogą stawać się bardziej dominujący w sytuacjach społecznych i zawodowych. W innej wersji terapeuta może mieć zwiększoną świadomość tego, że kontrola nad niespodziewanymi wydarzeniami życiowymi jest iluzoryczna, a wszystko, o co się starał, może zostać w jednej chwili zniszczone i nie może temu zapobiec. W takich sytuacjach sam będzie doświadczał uczucia bezradności i rozpacz.
4. **Niezależność.** Osoby przeżywające traumę często doświadczają znacznych ograniczeń swojej niezależności. Dla terapeuty o silnej potrzebie autonomii identyfikacja z pacjentem, który stracił poczucie osobistej kontroli może być szczególnie bolesna.
5. **Szacunek do innych.** Szacunkiem obdarzamy tych, których postrzegamy jako jego godnych i życzliwych. Osoby doświadczające traumatycznych wydarzeń często doświadczają zmniejszenia szacunku do innych i do ludzi w ogóle. Poglądy terapeuty na naturę ludzką mogą stać się bardziej cyniczne lub pesymistyczne z powodu rozbieżności między pozytywnymi schematami dotyczącymi ludzi a rzeczywistością doświadczaną przez pacjentów. Terapeuta może doświadczać goryczy i złości na innych ludzi oraz na świat, co wiąże się z utratą postawy idealizmu.
6. **Alienacja.** Ofiary traumy często doświadczają głębokiego poczucia alienacji. Podobnie terapeuti mogą się czuć wyobcowani, co wynika z ekspozycji na przerażające obrazy



i okrutną rzeczywistość. Może to być wzmacniane przez innych: „jak ty możesz na co dzień słuchać takich rzeczy?”. Tak jak ofiara czuje się napiętnowana, tak terapeuta może doświadczać nieprzyjemnego poczucia oddzielenia od rodziny, przyjaciół czy współpracowników. Alienację od bliskich potęguje konieczność zachowania poufności materiału terapeutycznego, co stoi oczywiście na przeszkodzie poczuciu więzi i gdy nie jest kontrolowane, może się przerodzić w głębokie poczucie wyobcowania.

7. **Punkt odniesienia dla znaczącego doświadczenia.** Potrzeba stworzenia punktu odniesienia do tego, czego się doświadcza, jest podstawową potrzebą człowieka. Osoby dotknięte skrajnie trudnym doświadczeniem często zadają sobie pytanie, dlaczego im się ono przydarzyło? Podobnie terapeuci, aby domknąć schemat przyczynowości, mogą próbować zrozumieć, dlaczego dana osoba doświadczyła traumatycznego wydarzenia, Terapeuta w ten sposób może stać się bardziej zainteresowany przyczynami zdarzenia niż np. doświadczeniem klientki — i skupiać się na motywach sprawy. Bardziej subtelna zmiana w tym schemacie pojawia się, gdy schematy terapeutów są stale podważane przez doświadczenia pacjentów — mogą stać się coraz bardziej zdezorientowani i odczuwać wszechobecny niepokój.
8. **Zmiany w systemie pamięci.** Terapeuci mogą doświadczać traumatycznych wyobrażeń treści klientów w postaci powracających fragmentów (bez kontekstu i znaczenia) w postaci retrospekcji, snów lub natrętnych myśli. Obrazy te mogą być aktywizowane przez wcześniej neutralne bodźce, skojarzone ze wspomnieniami pacjentów. Mogą być one tak żywe i potężne, że będą uznane za własne wspomnienia terapeuty i mogą zostać włączone do jego systemu pamięci. Doświadczenia te koncentrują się wokół najważniejszych schematów terapeuty. I tak terapeuta, dla którego ważne jest bezpieczeństwo, będzie przywoływał obrazy związane z zagrożeniem i osobistą bezbronnością. Inny, dla którego bardziej centralne jest poczucie własnej wartości, może się skupić na obrazach związanych z degradacją i okrucieństwem doświadczanym z rąk innych. Takie doświadczenia tworzą tymczasowy stan nierównowagi, gdyż schematy się dostosowują lub zmieniają. Wspomnienia (zarówno te wyobrazeniowe, jak i werbalne) powodują zmiany w schematach, ponieważ te dostosowują się do nowych realiów. Zakłócenia w systemie wyobrazeniowym wiążą się również z silnymi emocjami, np. smutku, niepokoju, złości. Terapeuci mogą także uruchamiać zaprzeczanie lub emocjonalne odrętwienie, gdy nie są w stanie przetworzyć emocji.

### Trauma zastępcza w mózgu terapeuty

Terapeuci, uważnie słuchając historii traumy pacjenta, wyobrażają sobie, jak wyglądało (wygląda) to doświadczenie dla klienta i starają się zapewnić mu środowisko podtrzymujące i powstrzymujące silne uczucia [27]. Można zatem założyć, że kiedy terapeuta jest empatycznie zaangażowany w doświadczenie traumy klienta, wiele z procesów neurobiologicznych zachodzących u pacjenta będzie podobnie aktywowanych u terapeuty [28]. Ich działanie nie zawsze jest przetwarzane przez wyższe ośrodki nerwowe.

1. **Układ neuronów lustrzanych.** Badania wskazują, że obszar mózgu, który jest aktywowany przez własne emocje, jest również aktywny, gdy patrzymy na inną osobę odczu-

wającą te same emocje [29]. Neurony, które aktywują się w odpowiedzi na obserwację działań lub emocji innych nazwano „neuronami lustrzanymi”. Są one aktywizowane nie tylko wtedy, gdy oceniamy działania innych, ale także gdy przetwarzamy cudze doświadczenia, doznania lub emocje [30]. Zatem dobry terapeuta staje się podłączony do swoich pacjentów poprzez rezonans empatyczny — identyfikując i odczuwając ich lęk, niepokój i smutek — staje się podatny na traumę zastępczą. Odkryto, że osoby z wyższymi wynikami w przyjmowaniu perspektywy innych, miały silniejszy system słuchowych neuronów lustrzanych [31]. Oznacza to, że osoby z większymi zdolnościami empatyzowania (silniejszym systemem neuronów lustrzanych) mogą być bardziej podatne na traumę zastępczą.

2. **Ciało migdałowe.** Dostarcza ono informacji do podwzgórza, które uruchamia eu-roendokrynną i autonomiczną reakcję, jak zwiększone tętno, ciśnienie krwi i reakcje obronne [32]. System ten omija myślenie i pozwala na szybkie, instynktowne reakcje w sytuacji zagrożenia. W kontekście terapeutycznym, brak przetworzenia poznawczego w tej reakcji na stres może powodować reakcję nieświadomą. Dodatkowo nadaktywność ciała migdałowego jest związana z takimi objawami, jak drażliwość, złość i wzbudzona czujność, które są problemami w traumie zastępczej.
3. **Układ autonomiczny.** Składa się z układów: współczulnego i przywspółczulnego. Ich zadaniem jest regulacja wewnętrznego stanu organizmu oraz utrzymanie homeostazy. Promują one przetrwanie. Układ współczulny jest aktywowany przez ciało migdałowe w warunkach stresu, aby zwiększyć produkcję energii jako odpowiedź na zagrożenie. Układ przywspółczulny hamuje lub „obniża regulację” systemu. Optymalne funkcjonowanie systemu to płynna oscylacja. Kiedy terapeuta empatycznie słucha o traumie pacjenta, jego układ współczulny jest aktywowany, powodując nadmiernie wzbudzoną czujność. Może również wzbudzać u terapeuty reakcję „walki” (agresja) lub „ucieczki” (strach/unikanie) — jako odpowiedź na przetwarzanie materiału traumatycznego. W reakcji „walki” terapeuta może przyjąć nieświadome krytyczne, wrogie lub karzące podejście od pacjenta. W przypadku reakcji „ucieczki” terapeuta może opóźnić własne procesy decyzyjne i unikać trudnych kwestii [33]. Układ przywspółczulny hamuje emocjonalne i behawioralne reakcje na stres przez hamowanie układu współczulnego oraz spadek wydajności metabolicznej. Może on być odpowiedzialny za „zamrożenie” lub reakcje dysocjacyjne widoczne u osób, które doświadczyły traumy. Może mieć również związek z pojawieniem się dystansowania wobec pracy terapeuty, która staje się powierzchowna lub proceduralna, co jest powszechnie wymienianym objawem traumy zastępczej. Kiedy ten mechanizm obronny wzbudzany jest wielokrotnie, może powodować odrętwienie emocjonalne. Praca układu autonomicznego może sprawiać, że z jednej strony terapeuci mogą być nadmiernie wzbudzani (układ współczulny), a z drugiej nadmiernie regulowani, aż do punktu dysocjacji (przywspółczulny). Schore [34] nazwał to jednoczesne pobudzenie układu współczulnego i przywspółczulnego jako „jednoczesną jazdę na gazie i hamulcu”. Autorzy przypuszczają, że autonomiczny układ nerwowy nie jest przystosowany do długotrwałego znoszenia obciążeń i z tego po części może wynikać znaczne zmęczenie po sesji pracy z traumą.
4. **Hipokamp.** Przetwarza informacje i treści pamięci jawnej oraz przekazuje je do kory przedczołowej. Porównuje napływające dane z przechowanymi doświadczeniami — u te-

rapeutów, którzy doświadczyli traumy we własnym życiu, proces „rozpalania” może skutkować większą szybkością i intensywnością reakcji na traumę pacjenta [35]. Zwiększone uwalnianie noradrenaliny i kortyzolu hamuje poznawczą ocenę doświadczeń, zakłócając przechowywanie pamięci. W warunkach stresu wspomnienia przechowywane są jako doznania somatyczne i obrazy wizualne [36]. Terapeuci po traumie często zgłaszają, że nie pamiętają historii klienta lub zapominają jej duże fragmenty. Poza tym historia traumy pacjenta może „obudzić własne wspomnienia terapeuty i wynikające z nich silne uczucia”. W badaniach przeprowadzonych wśród terapeutów prawie wszyscy zgłosili, że doświadczyli wizualnych wyobrażeń traumatycznych przeżyć swoich klientów i czują, że te wyobrażenia pozostaną z nimi na zawsze [37].

5. **Oś podwzgórze — przysadka — nadnercza.** Podwzgórze w odpowiedzi na stres uwalnia kortykotropinę (CRH), która stymuluje uwalnianie beta-endorfiny i hormonu adrenokortykotropowego (ACTH) z przysadki mózgowej. Beta-endorfina wywołuje analgezę i może zmniejszyć ból fizyczny lub emocjonalny związany z traumą. To wykorzystanie układu opioidowego może częściowo wyjaśniać objawy unikania i odrętwienia w traumie zastępczej. Nadnercza w odpowiedzi na stymulację przysadki wytwarzają kortyzol — pod jego wpływem mózg może być uwrażliwiony na bodźce psychicznie zagrażające, co promuje przetrwanie. Z upływem czasu, poprzez mechanizm „rozpalenia” osoby, które doświadczyły traumy są bardziej skłonne do intensywnej i szybkiej reakcji na zagrożenie. Mechanizm rozpalania może tłumaczyć to, iż terapeuci, którzy wcześniej przeżyli traumę, są bardziej podatni na traumę zastępczą. Podwyższony poziom kortyzolu poprawia wspomnienia emocjonalne, co pozwala zapamiętać i unikać sytuacji zagrażających, może też prowadzić do nadmiernej generalizacji negatywnych doświadczeń, które nie są zagrażające. Być może to przyczynia się do zmian poznawczych obserwowanych u terapeutów w traumie zastępczej. Z drugiej strony przewlekła nadmierna aktywacja kortyzolu skutkuje sprzężeniem zwrotnym ujemnym w HPA i hipokortyzolemią — pojawiają się wtedy reakcje dysocjacyjne lub odrętwienie — utrzymują one treści doświadczeń poza świadomością. Dla terapeuty może być to problemowe, ponieważ bez świadomego dostępu do bolesnego materiału, jest on mniej zdolny do poznawczego przetwarzania surowych afektów. Nieprzetworzone afekty czynią go też bardziej podatnym na rozwój takich objawów, jak natrętne myśli lub obawy dotyczące klienta.
6. **Półkule mózgowe.** Dobre funkcjonowanie zależy od poziomej integracji obu półkul za pomocą ciała modzelowatego. U osób z traumą jest ona zaburzona: albo pacjenci doświadczają surowych emocji bez korzyści mediacji poznawczej, albo zdystansowanego stanu logicznego bez korzyści ze świadomości emocjonalnej. Terapeuta nie tylko słucha pacjenta, ale też na poziomie przedświadomym rejestruje stany afektywne pacjenta i jego własne reakcje cieleśne. Doświadcza własnych intensywnych afektów związanych z tymi wzorcami relacyjnymi poprzez przeciwprzeniesienie. Jeśli u pacjenta zaburzona jest konsekwentnie relacja między półkulami, może się to przyczynić do potencjalnie negatywnych wyników pracy z traumą.

Podsumowując pracę mózgu terapeuty w trakcie pracy z traumą klienta można stwierdzić, że:

1. Neurony lustrane terapeutów aktywują się w odpowiedzi na stany afektywne klienta, gdy empatycznie zanurza się on w historię traumy.
2. Ciało migdałowe daje sygnał autonomicznemu układowi nerwowemu, aby reagował w sposób: „walcz lub uciekaj” albo „zamróż”.
3. Kiedy podtrzymywane jest jednak empatyczne połączenie, układ współczulny i przywspółczulny działają w sprzeczności ze sobą.
4. Dysregulacja między prawą a lewą półkulą mózgu pacjenta potencjalnie wzmacnia dysregulacje u terapeuty, tworząc niepokojące wspomnienia wizualne lub hamując pamięć.
5. Wysoki poziom kortyzolu może dodatkowo nasilić tę reakcję emocjonalną.
6. Terapeuta wykorzystuje swój afekt do regulacji, która rozwija się już we wczesnym okresie życia jako konsekwencja zdolności do przywiązania. W zależności od osobistej historii terapeuty, regulacja ta będzie mniej lub bardziej skuteczna.
7. Aby utrzymać równowagę terapeuta może używać głównych środków obronnych, takich jak zaprzeczanie i dysocjacje, aby poradzić sobie z przeciążeniem emocjonalnym.
8. Empatia jest głównym przewodnikiem dla rozwoju traumy zastępczej i wtórnego stresu traumatycznego, co stwarza ryzyko ich pojawienia się dla wszystkich terapeutów pracujących z traumą.

### Podsumowanie

Jak omówiono powyżej, praca z traumą klienta może nieść dla terapeuty ryzyko niekorzystnej zmiany osobistej. Świadomość jego istnienia jest niezbędnym elementem wdrożenia odpowiednich strategii zaradczych — zwłaszcza zapobiegania i praktyki samoopieki. Ich omówienie przekracza jednak ramy niniejszej publikacji. W bardzo ciekawej pracy z 2021 r. [38] oznaczono poziom kortyzolu przed sesją i po sesji u pacjentów, a także u terapeutów. Po sesjach pacjenci wypełniali odpowiednie skale wpływu sesji na ich samopoczucie. Okazało się, że moderujący wpływ na wynik sesji miał jedynie poziom kortyzolu u terapeuty. Sesja była uznawana przez pacjenta za udaną tylko wtedy, gdy następował po niej wzrost kortyzolu zarówno u pacjenta, jak i u terapeuty, a za nieudaną, gdy u pacjenta następował wzrost kortyzolu, a u terapeuty spadek. Oznacza to, że terapeuci nieuchronnie narażeni są na pracę w warunkach stresu i należy poszukiwać sposobów utrzymywania go na optymalnym poziomie.

Na koniec warto również wspomnieć, że terapeuci, dzięki pracy z traumą klientów, mogą również doświadczać jej pozytywnych efektów, nabywając odporność zastępczą (*vicarious resilience*) lub doświadczać zastępczego wzrostu potraumatycznego (*vicarious posttraumatic growth*). Zmiana ta zachodzi w wielu wymiarach, takich jak: zwiększenie uważności na narrację pacjentów o traumie; zmiana w celach i perspektywach życiowych; większa samoświadomość i praktyka dbania o siebie; nadzieja inspirowana przez klientów; większe uznanie dla duchowości klientów jako zasobu terapeutycznego; większa świadomość władzy w stosunku do pozycji społecznej czy też większa zdolność do zaradności.

Powyższe bardzo ważne zmiany zostaną omówione w następnych publikacjach.

## Piśmiennictwo

1. Figley CR. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge, 2020.
2. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing* 1992; 22: 116–21.
3. Boscarino A. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *Am. J. Orthopsychiatry* 2006; 76(1): 103–108.
4. Kadambi MA, Ennis L. Reconsidering vicarious trauma: A review of the literature and its' limitations. *J. Trauma Pract.* 2004; 3(2): 1–21.
5. Isobel S, Thomas M. Vicarious trauma and nursing: an integrative review. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2022; 31: 247–259.
6. Sobel R. The „old sergeant” syndrome. *Psychiatry* 1947; 10: 315–321.
7. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J. Soc. Iss.* 1974; 30: 159–65.
8. Pines A, Aronson E. *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press; 1998.
9. Jimenez RR, Andersen S, Song H, Townsend Ch. Vicarious trauma in mental health care providers. *J. Interprofessional Educ. Pract.* 2021; 24.
10. Sansbury B, Graves K, Scott W. Managing traumatic stress responses among clinicians: individual and organizational tools for self-care. *Trauma* 2015; 17: 114–122.
11. Trippany RL, Kress WVE, Wilcoxon SA. Preventing vicarious trauma: What counselors should know when working with trauma survivors. *J. Couns. Dev.* 2004; 82: 31–37.
12. Lloyd Ch, Król R, Chenoweth L. Social work, stress and burnout: A review. *J. Ment. Health* 2009; 11(3): 255–265.
13. Barak MEM, Nissly AL. Antecedents to retention and turnover among child welfare, social work, and other human service employees: What can we learn from the past research? A review and metaanalysis. *Soc. Serv. Rev.* 2001; 75(4): 625–661.
14. Figley CR. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder*. Psychol. Press; 1995.
15. Pearlman LA. Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. W: Hundall Stamm B, red. *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore: Sidram Press; 1999.
16. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understand the psychological effects of working with victims. *J. Traum. Stress* 1990; 3: 131–149.
17. Pearlman LA, Saakvitne KW. *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York, NY: W. W. Norton; 1995.
18. Kennedy S, Booth R. Vicarious trauma in nursing professionals: a concept analysis. *Nurs. Forum* 2022; 57: 893–897.
19. Freud S. *The future prospects of psycho-analytic therapy: collected papers*. London: Hogarth Press; 1910.
20. Harrison RL, Westwood MJ. Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practice. *Psychol. Psychother. Theory Res.* 2009; 46: 203–219.
21. Freudenberger H, Robbins A. The hazards of being a psychoanalyst. *Psychoanal. Rev.* 1979; 66(2): 275–296.
22. Corey GF. *Theory and practice of counseling psychotherapy*. Belmont CA: Brooks Cole; 1991.
23. Herman J. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books; 1992.
24. Howarth A. A systematic literature review: exploring evolving and emerging themes in vicarious trauma research from 1990 to 2021. *Austr. Couns. Res. J.* 2021; 15(2): 1–13.

25. Fohring S. The risks and rewards of researching victims of crime. *Methodol. Innov.* 2020; 13(2): 1–11.
26. McCann L, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. W: Horowitz MJ, red. *Essential papers on posttraumatic stress disorder*. New York: New York University Press, 1999, s. 498–517.
27. Applegate JS, Shapiro JR. Cognitive neuroscience, neurobiology and affect regulation: Implications for clinical social work. *Clin. Soc. Work J.* 2005; 28: 9–21.
28. Rasmussen B, Bliss S. Beneath the surface: An exploration of neurobiological alterations in therapists working with trauma. *Smith Coll. Stud. Soc. Work.* 2014, 84: 332–349.
29. Corradini A, Antonietti A. Mirror neurons and their function in cognitively understood empathy. *Conscious. Cogn.* 2013; 22(3): 1152–1161.
30. Buccino G, Amore M. Mirror neurons and the understanding of behavioral symptoms in psychiatric disorders. *Curr. Opin. Psychiatry* 2008; 21(3): 281–285.
31. Gazzola V, Aziz-Zadeh L, Keysers, C. Empathy and the somatotopic auditory mirror system in humans. *Curr. Biol.* 2006; 16: 1824–1829.
32. Cozolino L. *The neuroscience of psychotherapy: Healing the social brain (2<sup>nd</sup> ed.)*. New York, NY: W. W. Norton; 2010.
33. Tyler TA. The limbic model of systemic trauma. *J. Soc. Work Pract.* 2012; 26(1): 125–138.
34. Schore AN. *Affect regulation and the repair of the self*. New York, NY: W. W. Norton; 2003.
35. Mead HK, Beauchaine TP, Shannon KE. Neurobiological adaptations to violence across development. *Dev. Psychopathol.* 2010; 22: 1–22.
36. Miehl D. *Neurobiology and clinical social work*. W: Brandell JR, red. *Theory and practice in clinical social work (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
37. Iliffe G, Steed LG. Exploring the counselor’s experience of working with perpetrators and survivors of domestic violence. *J. Inter. Viol.* 2000, 15: 393–412.
38. Levi E, Fischer S, Fisher H, Admon R, Zilcha-Mano S. Patient and therapist in-session cortisol as predictor of post-session patient reported affect. *Brain Sci.* 2021; 11: 1483; <https://doi.org/10.3390/brainsci11111483> [dostęp: 04.05.2023 r.].
39. Killian K, Hernandez-Wolfe P, Engstrom D, Gangsei D. Development of the vicarious resilience scale (VRS): A measure of positive effects of working with trauma survivors. *Psychol. Trauma* 2017, 9(1): 23–31.

Adres: wladyslawsterna@gmail.com

Marek Motyka<sup>1</sup>, Elżbieta Szufnarowska<sup>2</sup>, Julian Dutka<sup>2</sup>

## KOMUNIKACJA TERAPEUTYCZNA A PRZEBIEG OKRESU POOPERACYJNEGO

### THERAPEUTIC COMMUNICATION AND THE COURSE OF THE POSTOPERATIVE PERIOD

<sup>1</sup>Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Katedra Psychologii i Dydaktyki

<sup>2</sup>Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego w Krakowie, Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej

stress  
therapeutic communication  
endoprosthesis

#### Streszczenie

**Cel:** Celem przeprowadzonych badań była ocena efektów, jakich w stresogennej sytuacji medycznej, związanej z poważnym zabiegiem chirurgicznym, dostarcza komunikacja terapeutyczna z pacjentem.

**Metoda:** Badaniem objęto 60 pacjentów oddziału ortopedyczno-urazowego, u których wykonano zabieg wszczepienia endoprotezy stawu kolanowego (51 kobiet i 9 mężczyzn). 30 osób zakwalifikowano do grupy eksperymentalnej, a 30 do grupy kontrolnej. W grupie eksperymentalnej poza standardowym postępowaniem odbyła się dodatkowa, wspierająca rozmowa doświadczonej pielęgniarki z każdym z pacjentów. Grupę kontrolną przygotowywano w sposób standardowy. W badaniu wykorzystano analizę dokumentacji medycznej oraz autorski kwestionariusz ankiety.

**Wyniki:** Stwierdzono lepsze efekty postępowania terapeutycznego w przypadku, gdy łączy się ono z komunikacją zawierającą informacyjne i emocjonalne wsparcie oraz empatię. W grupie eksperymentalnej zaobserwowano spadek zużycia leków przeciwbólowych i uspokajających oraz szybszy powrót do sprawności. Zaobserwowano także zdecydowanie lepsze samopoczucie, większe zadowolenie z opieki pielęgniarskiej oraz wyższą, ogólną ocenę oddziału.

**Wnioski:** Umiejętne łączenie prawidłowego postępowania medycznego z terapeutycznie zorientowaną komunikacją zawierającą znaczny stopień emocjonalnego wsparcia i empatii poprawia przebieg okresu pooperacyjnego u pacjentów poddawanych zabiegom z zakresu chirurgii ortopedycznej. Wskazane jest prowadzenie i rozwijanie szkoleń personelu medycznego ukierunkowanych na doskonalenie terapeutycznego kontaktu z pacjentami.

#### Summary

**Objectives:** The aim of the study was to assess the effects of therapeutic communication with the patient in a stressful medical situation related to a major surgical procedure.

**Methods:** The study included 60 patients of the orthopedic and trauma ward who underwent knee endoprosthesis implantation (51 women and 9 men). A total of 30 people were qualified to the experimental group and 30 to the control group. In the experimental group, in addition to the standard procedure, an additional, supportive interview with each patient by an experienced nurse took place.

The control group was prepared in a standard way. The study used the analysis of medical records and a questionnaire created by the authors.

**Results:** Better therapeutic effects were found when the therapeutic treatment was combined with communication containing informational and emotional support and empathy. In the experimental group, a decrease in the use of analgesics and sedatives and a faster recovery were observed. Significantly better well-being, greater satisfaction with nursing care and a higher overall assessment of the ward were also observed.

**Conclusions:** The skillful combination of proper medical management with therapeutically-oriented communication containing a significant degree of emotional support and empathy improves the course of the postoperative period in patients undergoing orthopedic surgery. It is advisable to conduct and develop training for medical staff aimed at improving therapeutic contact with patients.

## Wprowadzenie

Zainteresowanie jakością życia związaną ze zdrowiem [1–3] skierowało uwagę praktyków na sferę subiektywnych doznań pacjentów oraz na znaczenie ich wzajemnych relacji z personelem, wpływających ostatecznie na podniesienie jakości oferowanej opieki [4, 5]. Sfera psychiczna ważna jest u każdego pacjenta, lecz w sytuacjach, w których pojawiają się dodatkowe stresory, jak np. znaczne zaawansowanie choroby czy konieczność poddania się zabiegowi operacyjnemu, odgrywa rolę szczególną. Wśród istotnych czynników o psychologicznym charakterze decydujących o poziomie odporności na stres, w tym także na stres związany z chorobą i leczeniem, wymienia się przede wszystkim takie konstelacje cech psychicznych i postaw, jak: osobowościowa odporność [6], poczucie koherencji [7] czy prężność psychiczna (*resilience*) [8]. Tego typu zasoby psychiki zaliczane są do tzw. metazasobów, decydujących w trudnych sytuacjach o poziomie i możliwościach korzystania z pozostałych, posiadanych przez jednostkę zasobów, a w sumie o efektywności radzenia sobie ze stresem [9].

Niezależnie od cech osobowościowych pacjentów i posiadanych przez nich zasobów, w procesie generowania emocjonalnych reakcji na trudne sytuacje duże znaczenie ma także sposób komunikowania się osób sprawujących opiekę medyczną — lekarzy i pielęgniarek. Ich zachowanie w kontekście konkretnej sytuacji może mieć znaczący wpływ terapeutyczny [10, 11] lub — jak się to niestety czasem zdarza — urazowy [12, 13].

W obecnym opracowaniu koncentrujemy się na terapeutycznym aspekcie zachowania się personelu w kontakcie z pacjentem, podkreślając istotną rolę komunikowania się pozwalającego na nawiązanie z nim wspierającej relacji terapeutycznej. Powstaje ona dzięki takim sposobom komunikowania się z pacjentem, które dostarczają mu potrzebnych informacji, a także zapewniają poczucie bezpieczeństwa oraz budzą zaufanie. Istotne jest ponadto dążenie do współpracy zmierzającej do uzyskania planowanych efektów diagnostycznych i terapeutycznych [10, 11]. Komunikacja terapeutyczna nie jest więc samodzielną metodą leczenia, jak np. w przypadku psychoterapii, ale wspomaganie leczenia środkami psychologicznymi [10, 14].

Istotnym elementem terapeutycznej komunikacji w omawianym ujęciu, jest — obok budowania relacji terapeutycznej — wzmacnianie zasobów psychicznych pacjenta, w tym poczucia otrzymywanego wsparcia, poczucia własnej wartości, nadziei, wiary w prawdło-



we leczenie i w leczących, motywacji do wyleczenia, humoru oraz możliwości bezpiecznego odreagowania negatywnych uczuć. Zasoby te pozwalają redukować stres wynikający z trudnej sytuacji i pojawiających się sytuacyjnych zagrożeń [11, 14, 15].

Bardzo ważną rolę w terapeutycznej komunikacji odgrywają umiejętności interpersonalne lekarzy i pielęgniarek, wśród których w literaturze [16–21] podkreśla się szczególnie empatię oraz związaną z nią umiejętność aktywnego słuchania. Empatia personelu dostarcza pacjentowi emocjonalnego wsparcia oraz daje możliwości bezpiecznego odreagowania negatywnych uczuć wywołanych chorobą i inwazyjnymi metodami leczenia. W niniejszym opracowaniu przyjmujemy za M.H. Davisem [22] rozumienie empatii jako złożonej reakcji afektywno-poznawczej zawierającej zarówno komponent emocjonalny związany z pewną wrażliwością na cudze przeżycia i ich współodczuwaniem, jak i komponent poznawczy związany ze zdolnością przyjmowania cudzej perspektywy spojrzenia na daną sytuację.

Obecnie coraz częściej artykułuje się potrzebę właściwej komunikacji, zarówno w obrębie zespołu terapeutycznego, jak i w bezpośredniej relacji pacjent–osoba z personelu medycznego [17, 19–21, 23–25]. Jak się wydaje, w praktyce temat ten pozostaje wciąż w tyle za spektakularnymi osiągnięciami techniki medycznej. Tymczasem jego zaniedbanie może obniżyć jakość i efekty oferowanego leczenia oraz bywa głównym źródłem skarg i ocen krytycznych kierowanych przez pacjentów i członków ich rodzin w stronę personelu medycznego [26, 27].

Powyższe uwagi dotyczące znaczenia komunikacji terapeutycznej z pacjentem w leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, mają, jak zaznaczono na wstępie, szczególne zastosowanie w opiece nad pacjentami, u których wykonywane są zabiegi chirurgiczne. Te ostatnie bywają bowiem źródłem szczególnego stresu. Brakuje jednak wciąż badań, które w sposób zobiektywizowany pozwoliłyby na ocenę korzystnych efektów postępowania medycznego, zawierającego zamierzone i kontrolowane elementy komunikacji terapeutycznej.

Obecne opracowanie stanowi przykład jednego z nielicznych tego typu badań. Dotyczy ono wpływu komunikacji terapeutycznej na przebieg okresu pooperacyjnego u pacjentów poddanych zabiegowi endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Zabieg ten, jak wiadomo, ma poprawić jakość życia pacjentów z poważnymi zmianami zwyrodnieniowymi, zredukować dolegliwości bólowe i usprawnić możliwość swobodnego poruszania się. Jednocześnie — jak każdy poważny zabieg chirurgiczny — niesie pewne ryzyko możliwych powikłań, stanowiąc zwykle źródło stresu dla pacjenta.

### **Cel badań**

Ogólnym celem badań była ocena efektów, jakich w stresogennej sytuacji medycznej, związanej z poważnym zabiegiem chirurgicznym, dostarcza komunikacja terapeutyczna. Celem szczegółowym była ocena tych efektów w odniesieniu do zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu kolanowego, który należy do poważnych i stosunkowo często wykonywanych zabiegów chirurgicznych. Podobnie jak wiele innych zabiegów chirurgicznych łączy się on ze stresem pacjenta, który konieczność jego wykonania, obok towarzyszącej temu nadziei, wita zwykle z dużym niepokojem. Dzieje się tak, ponieważ od powodzenia

operacji zależy bezpośrednio możliwość poruszania się, zmniejszenie dolegliwości bólowych i lepsza niż dotychczas jakość życia.

Przystępując do badań zakładano, że możliwość redukcji tego stresu przez komunikację terapeutyczną, a tym samym uzyskanie na drodze psychologicznej poprawy wymiernych efektów stosowanego leczenia, stanowi ważny argument dla poszukiwania sposobów łączenia oddziaływań psychologicznych z „twardą” praktyką medyczną, a zwłaszcza z leczeniem operacyjnym.

### Grupa badana i metoda<sup>1</sup>

W badaniu udział wzięło 60 pacjentów oddziału chirurgii ortopedyczno-urazowej Szpitala Specjalistycznego im. Żeromskiego w Krakowie, z których 30 osób zakwalifikowano do grupy eksperymentalnej, a 30 do grupy kontrolnej. Dobór do badań miał charakter celowy, a kryteria włączenia obejmowały: przyjęcie pacjenta na oddział z zamiarem wykonania u niego planowanego zabiegu wszczęcia endoprotezy stawu kolanowego, dobry kontakt z pacjentem oraz wyrażenie przez pacjenta świadomej zgody na udział w badaniach. Pacjentów do grup dobierano w taki sposób, aby obie grupy były równoważne pod względem większości kontrolowanych parametrów socjodemograficznych. Badania przeprowadzono zgodnie z procedurą, na którą uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM, nr 122.6120.61.2015. Wiek pacjentów w grupie eksperymentalnej wynosił średnio 68 lat, w grupie kontrolnej 69 lat ( $t = -0,528$ ;  $p = 0,599$ ). Grupa eksperymentalna liczyła 25 kobiet i 5 mężczyzn, w grupie kontrolnej znalazło się 26 kobiet i 4 mężczyzn. W obu grupach w podobnej proporcji dominowało wykształcenie średnie i zawodowe, 22 osoby pozostawały w związkach małżeńskich, a 8 osób było samotnych.

W grupie eksperymentalnej, poza rutynowym postępowaniem, w przeddzień zabiegu odbyło się dodatkowe spotkanie doświadczonej pielęgniarki z każdym z pacjentów. Pielęgniarka odbyła wcześniej przeszkolenie w zakresie stosowania zasad komunikacji terapeutycznej na zajęciach z podstaw psychoterapii na studiach pielęgniarskich II stopnia w UJ CM. W trakcie dodatkowego spotkania pielęgniarka prowadziła z pacjentem rozmowę o charakterze wyjaśniająco-wspierającym. Podczas rozmowy pytała o obecne objawy i przebieg choroby, posiadane oczekiwania oraz zachęcała pacjentów do wyrażania swoich emocji i myśli związanych z planowanym zabiegiem, a także do zadawania pytań. Udzielała niezbędnych wyjaśnień i informacji w odpowiedzi na pytania pacjenta, okazując zainteresowanie i troskę oraz stosując intensywnie metodę aktywnego słuchania i pomagając w odreagowaniu negatywnych emocji [28]. Tworzyła tym samym warunki sprzyjające powstaniu relacji terapeutycznej, wpływając na obniżenie doświadczanego stresu i wzmacnianie pozytywnych uczuć. Rozmowa ta trwała około 45 min.

Grupę kontrolną przygotowywano do zabiegu operacyjnego w sposób standardowy.

W badaniu wykorzystano analizę dokumentacji medycznej, tj. historię choroby pacjenta, indywidualną kartę realizacji zleceń lekarskich, kartę gorączkową, kartę obserwacyjną,

<sup>1)</sup> Prezentowane badanie stanowi fragment większych, niepublikowanych jeszcze badań, obejmujących również grupę pacjentów przygotowywanych do zabiegu wszczęcia endoprotezy stawu biodrowego.

kartę leczenia bólu oraz plan opieki pielęgniarskiej. Ponadto wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składającej się z 9 pytań zamkniętych pozwalających na ocenę samopoczucia, opieki pielęgniarskiej i ogólną ocenę oddziału. Ankieta zawierała także dane dotyczące wieku, płci, wykształcenia i stanu cywilnego pacjenta.

Przebieg okresu pooperacyjnego po zabiegu endoprotezoplastyki stawu kolanowego charakteryzowany był za pomocą wskaźników obiektywnych i subiektywnych. Do wskaźników obiektywnych zaliczono:

- czas pobytu w szpitalu liczony w dobach od dnia przyjęcia do dnia wypisu z oddziału chirurgii ortopedyczno-urazowej,
- liczbę dawek podanych leków przeciwbólowych i nasennych,
- liczbę powikłań pooperacyjnych (zakażenie układu moczowego, zwyżki temperatury powyżej 38°C, ból w klatce piersiowej),
- czas rehabilitacji (podawany w dobach po zabiegu operacyjnym) potrzebny na uzyskanie zdolności do samoobsługi w obrębie łóżka (pacjent potrafi samodzielnie wykonać czynności samoobsługowe z zapewnioną pomocą tj.: mycie, podkładanie basenu, spożywanie posiłków),
- czas rehabilitacji (podawany w dobach po zabiegu operacyjnym) potrzebny na uzyskanie zdolności do samoobsługi poza łóżkiem (poruszanie się po powierzchniach płaskich za pomocą kul łokciowych lub balkonika, samodzielne schodzenie z łóżka i wychodzenie na nie, samodzielne korzystanie z WC).

Do wskaźników subiektywnych zaliczono:

- samoocenę samopoczucia psychicznego pacjenta (ankieta) — w drugiej i czwartej dobie po zabiegu operacyjnym oraz w dniu wypisu z oddziału,
- ocenę jakości opieki pielęgniarskiej przez pacjenta (ankieta) w dniu wypisu z oddziału,
- ogólną ocenę oddziału przez pacjenta (ankieta) w dniu wypisu z oddziału.

## Wyniki

**Tabela 1. Czas pobytu w szpitalu pacjentów w grupie eksperymentalnej i kontrolnej**

Grupa	Czas pobytu w szpitalu (w dniach)		Test t-Studenta
	średnia	SD	
Grupa eksperymentalna	8,13	0,86	T = - 1,827 p > 0,05
Grupa kontrolna	8,67	1,35	

Uzyskane wyniki wskazują, że dodatkowe przygotowanie psychiczne pacjentów do zabiegu operacyjnego nie wpłynęło w sposób znaczący na czas ich pobytu w szpitalu, chociaż można zauważyć pewną tendencję (statystycznie nieistotną), do skrócenia tego czasu w grupie eksperymentalnej, średnio o ½ dnia.

Tabela 2. Łączne zużycie leków nasennych i przeciwbólowych w grupie eksperymentalnej i kontrolnej\*

Leki nasenne i przeciwbólowe łącznie	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test Chi <sup>2</sup>
	N	%	N	%	
Niska dawka	14	46,67%	11	36,67%	Chi <sup>2</sup> = 6,122, p < 0,05
Średnia dawka	13	43,33%	8	26,67%	
Wysoka dawka	3	10,00%	11	36,67%	

\*Za niską dawkę wszystkich leków nasennych i przeciwbólowych przyjęto liczbę dawek poniżej M dla grupy kontrolnej — ½ SD. Za wysoką dawkę przyjęto liczbę dawek powyżej M dla grupy kontrolnej + ½ SD. Za średnią dawkę przyjęto liczbę dawek pomiędzy tak ustaloną dawką wysoką a niską. Wynosiła ona M = 23,83 SD = 9,35.

Jak wynika z Tabeli 2, aż 11 pacjentów w grupie kontrolnej otrzymało wysoką dawkę leków nasennych i przeciwbólowych, podczas gdy w grupie eksperymentalnej dużą dawkę leków otrzymały zaledwie 3 osoby. Obie grupy różniły się poziomem zużytych leków nasennych i przeciwbólowych w sposób statystycznie istotny (Chi<sup>2</sup> = 6,12, p < 0,05). Zatem grupa eksperymentalna, w której pacjenci mieli okazję dodatkowej rozmowy z pielęgniarką prowadzonej według zasad komunikacji terapeutycznej, uzyskała niższy wskaźnik zużycia leków nasennych i przeciwbólowych.

Tabela 3. Częstość występowania powikłań w grupie eksperymentalnej i kontrolnej

Wszystkie powikłania łącznie	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Powikłania	4	13,33%	7	23,33%	Chi <sup>2</sup> =1,002 p = 0,317
Brak powikłań	26	86,67%	23	76,67%	

Wyniki zamieszczone w Tabeli 3 wykazują, że przygotowanie psychiczne pacjentów do zabiegu operacyjnego nie wpłynęło w sposób istotny na liczbę powikłań po operacyjnym zabiegu wszczepienia endoprotezoplastyki stawu kolanowego. Chociaż ogólna liczba powikłań w grupie eksperymentalnej jest nieco niższa niż w grupie kontrolnej, to przypuszczalnie ze względu na stosunkowo rzadkie występowanie powikłań w obu grupach, różnica ta nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej.

Proces odzyskiwania sprawności po zabiegu ilustrują Tabele 4 i 5.

Tabela 4. Osiąganie sprawności pacjentów w obrębie łóżka\*

Wskaźnik rehabilitacji I	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Wysoki	6	20,00%	2	6,67%	Chi <sup>2</sup> = 3,308 p = 0,191
Przeciętny	22	73,33%	23	76,67%	
Niski	2	6,67%	5	16,67%	

\*Za wysoki wskaźnik rehabilitacji uznano uzyskanie samodzielności w 1. dobie po zabiegu operacyjnym, za przeciętny — uzyskanie sprawności w 2. i 3. dobie po zabiegu operacyjnym, a za niski — uzyskanie sprawności w 4. i dalszych dobach po zabiegu operacyjnym.

Jak wynika z danych prezentowanych w Tabeli 4, różnice w osiągnięciu sprawności w obrębie łóżka nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Niemniej jednak zauważalna jest, podobnie jak w przypadku czasu pobytu w szpitalu, pewna tendencja na korzyść pacjentów z grupy eksperymentalnej (w grupie eksperymentalnej 6 osób osiągnęło wysoki wskaźnik powrotu do sprawności, podczas gdy w grupie kontrolnej były to tylko 2 osoby).

Tabela 5. Osiągnięcie sprawności pacjentów poza łóżkiem\*

Wskaźnik rehabilitacji II	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Wysoki	8	26,67%	1	3,33%	Chi <sup>2</sup> =10,531 p < 0,005
Przeciętny	22	73,33%	24	80,00%	
Niski	0	0,00%	5	16,67%	

\* Za wysoki wskaźnik rehabilitacji uznano uzyskanie samodzielności w 3. dobie po zabiegu operacyjnym, za przeciętny — uzyskanie sprawności w 4. i 5. dobie po zabiegu operacyjnym, a za niski — uzyskanie sprawności w 6. i dalszych dobach po zabiegu operacyjnym.

Uzyskane dane zawarte w Tabeli 5 wskazują, że odzyskiwanie sprawności w poruszaniu się poza łóżkiem w grupie eksperymentalnej postępowało znacznie lepiej niż w grupie kontrolnej. Pacjenci szybciej osiągnęli sprawność w samodzielnym poruszaniu się (w grupie eksperymentalnej 8 osób osiągnęło pełną samodzielność poruszania się już w 3. dobie po zabiegu, a w grupie kontrolnej zaledwie jedna).

Tabela 6. Samoocena samopoczucia po zabiegu operacyjnym

Samoocena samopoczucia w drugiej dobie po zabiegu	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Złe lub raczej złe	2	6,67%	19	63,33%	Chi <sup>2</sup> =21,452 p < 0,001
Dobre lub raczej dobre	22	73,33%	9	30,00%	
Zdecydowanie dobre	6	20,00%	2	6,67%	
Samoocena samopoczucia w czwartej dobie po zabiegu	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Złe lub raczej złe	1	3,33%	6	20,00%	Chi <sup>2</sup> =13,053 p < 0,001
Dobre lub raczej dobre	11	36,67%	19	63,33%	
Zdecydowanie dobre	18	60,00%	5	16,67%	
Samoocena samopoczucia w dniu wypisu ze szpitala	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Złe lub raczej złe	0	0,00%	3	10,00%	Chi <sup>2</sup> =22,714 p < 0,001
Dobre lub raczej dobre	3	10,00%	18	60,00%	
Zdecydowanie dobre	27	90,00%	9	30,00%	

Jak wynika z danych zamieszczonych w Tabeli 6, we wszystkich trzech przypadkach pomiaru samopoczucia, tj. zarówno w drugiej, jak i czwartej dobie oraz w dniu wypisu, pacjenci z grupy eksperymentalnej mieli wyraźnie lepsze samopoczucie, a różnice pomiędzy grupami okazały się statystycznie wysoce istotne ( $p < 0,001$ ). Największa różnica pojawiła się w dniu wypisu, gdzie aż 90% pacjentów z grupy eksperymentalnej sygnalizowało zdecydowanie dobre samopoczucie, podczas gdy w grupie kontrolnej samopoczucie takie deklarowało jedynie 30%.

Związek przygotowania psychicznego pacjentów do zabiegu operacyjnego z ich zadowoleniem z opieki pielęgniarskiej ilustruje Tabela 7.

Tabela 7. **Życzliwość pielęgniarek według oceny pacjentów**

Ocena życzliwości pielęgniarek	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Trudno powiedzieć	0	0,00%	3	10,00%	Chi <sup>2</sup> =20,362 p < 0,001
Raczej zadowolająca	1	3,33%	14	46,67%	
Zdecydowanie zadowolająca	29	96,67%	13	43,33%	

Jak wskazuje analiza danych zamieszczonych w powyższej tabeli, obie grupy zdecydowanie różnią się oceną stopnia życzliwości pielęgniarek. Grupa eksperymentalna dawała pielęgniarkom wyższe oceny niż grupa kontrolna, a różnice były wysoce istotne statystycznie. Należy zauważyć, że oceny te były formułowane w odniesieniu do całego personelu pielęgniarskiego oddziału, chociaż planowaną i rozbudowaną rozmowę terapeutyczną przeprowadzała z pacjentami tylko jedna z pielęgniarek.

Tabela 8. **Ocena zadowolenia pacjentów z wyjaśnień i informacji udzielanych przez pielęgniarki**

Ocena wyjaśnień i informacji udzielanych pacjentom	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Trudno powiedzieć	0	0,00%	9	30,00%	Chi <sup>2</sup> =30,6 p < 0,001
Raczej zadowolające	2	6,67%	14	46,67%	
Zdecydowanie zadowolające	28	93,33%	7	23,33%	

Jak ilustruje Tabela 8, równie zdecydowane różnice pojawiły się w ocenie wyjaśnień i informacji udzielanych pacjentom przez personel pielęgniarski: grupa eksperymentalna dawała w tej sprawie dużo wyższe oceny niż grupa kontrolna.

Ostatnim porównywanym w badaniu wskaźnikiem była ogólna opinia na temat oddziału, w którym przebywali pacjenci.

Tabela 9. **Ogólna ocena oddziału**

Ogólna ocena oddziału	Grupa eksperymentalna		Grupa kontrolna		Test chi-kwadrat
	N	%	N	%	
Przeciętna	1	3,33%	7	23,33%	Chi <sup>2</sup> = 24,334 p < 0,001
Raczej wysoka	3	10,00%	16	53,33%	
Wysoka	26	86,67%	7	23,33%	

Jak pokazują wyniki zamieszczone w Tabeli 9, również ogólna ocena oddziału różniła się znacznie w obu porównywanych grupach pacjentów. Grupa eksperymentalna dawała zdecydowanie wyższe oceny niż grupa kontrolna, a różnica była statystycznie wysoce istotna.

### Dyskusja

Zaprezentowane wyniki badań własnych dostarczają mocnych dowodów na zdecydowanie lepsze efekty postępowania terapeutycznego w przypadku, gdy łączy ono medyczną skuteczność z odpowiednią postawą przyjmowaną przez personel medyczny w kontakcie z pacjentem. Postawa ta wyraża się w komunikowaniu się z nim w sposób terapeutyczny, zawierający dużą dozę informacyjnego i emocjonalnego wsparcia oraz empatii. Stosunkowo podobny czas pobytu w szpitalu pacjentów z grupy eksperymentalnej, która otrzymała dodatkową „dawkę” takiego wsparcia oraz pacjentów z grupy kontrolnej, która jej nie otrzymała, daje się wytłumaczyć zarówno koniecznością przestrzegania formalnych procedur postępowania związanych z wypisem po zabiegu wszczęcia endoprotezy kolana, jak i być może, wieloma innymi, niekontrolowanymi w badaniu, czynnikami organizacyjnymi wpływającymi ostatecznie na długość pobytu. Podobnie brak istotnych różnic między porównywanymi grupami, w liczbie występujących powikłań wskazuje, że o powikłaniach pojawiających się bezpośrednio po zabiegu prawdopodobnie decydują głównie czynniki o charakterze biomedycznym.

Jeśli chodzi o odzyskiwanie sprawności w obrębie łóżka bezpośrednio po zabiegu, to również wydaje się, że decydujące znaczenie mogą tu mieć czynniki biomedyczne. Z kolei wyniki wskazujące na znaczący spadek zapotrzebowania pacjentów na leki przeciwbólowe i uspokajające w grupie otrzymującej większe wsparcie psychiczne przekonująco pokazują, że wsparcie to daje się przełożyć na wymierne efekty kliniczne, mające znaczenie także w wymiarze ekonomicznym. Podobnie jest ze zdecydowanie lepszymi wynikami powrotu do sprawności i odzyskiwania samodzielności w poruszaniu się poza łóżkiem w grupie eksperymentalnej. Tu różnice pomiędzy oboma porównywanymi grupami okazały się jeszcze bardziej wyraźne (wysoki poziom istotności statystycznej).

Omawiając ten fragment wyników należy stwierdzić, że dostarczają one mocnych dowodów na to, iż wsparcie emocjonalne, jakie otrzymali pacjenci ze strony personelu medycznego, znalazło przełożenie na przynajmniej część obiektywnych wskaźników przebiegu okresu pooperacyjnego, tj. na poziom zapotrzebowania pacjentów na leki przeciwbólowe i nasenne oraz na tempo rekonwalescencji po przebytych zabiegach. Mechanizm mniejszego

zapotrzebowania na leki oraz obserwowanej szybszej rekonwalescencji w grupie, która otrzymała dodatkowe wsparcie, można tłumaczyć zarówno wspomnianą wcześniej redukcją stresu dzięki utrzymanemu wsparciu i możliwością wyrażenia negatywnych uczuć, jak i wyższym poziomem pozytywnych emocji pojawiających się dzięki bezpiecznej i budzącej zaufanie relacji terapeutycznej. Relację taką starannie budowała pielęgniarka w kontakcie z pacjentami grupy eksperymentalnej (jak zostało to opisane w procedurze badań).

Interpretacja ta znajduje potwierdzenie w kolejnych wynikach wskazujących na zdecydowanie lepsze samopoczucie (pozytywne emocje) w grupie pacjentów, którzy otrzymali odpowiednie wsparcie emocjonalne. W grupie tej stwierdzono ponadto wyższy poziom satysfakcji z otrzymanej opieki pielęgniarskiej oraz zdecydowanie wyższą ocenę całego oddziały, w którym przeprowadzono zabieg. Różnice między grupami są tu jeszcze większe niż w przypadku obiektywnych wskaźników przebiegu okresu pooperacyjnego. Także samopoczucie pacjentów z grupy eksperymentalnej, we wszystkich momentach, w których dokonywano jego pomiaru, tj. w drugiej i czwartej dobie po zabiegu, podobnie jak w dniu wypisu, było zdecydowanie lepsze (różnice statystycznie wysoce istotne,  $p < 0,001$ ). Ten fragment wyników okazuje się zgodny z wynikami badań prowadzonych także i w innych obszarach medycyny, w których koncentrowano się na ocenie subiektywnej jakości życia pacjentów [29, 30]. Jest on także zgodny z badaniami wskazującymi na korzystny wpływ pozytywnych emocji na stan somatyczny organizmu [31, 32].

Można sądzić, że terapeutyczny sposób komunikowania się z pacjentami ma znaczący wpływ na jakość życia, satysfakcję z opieki medycznej i wyniki leczenia nie tylko w zabiegach ortopedycznych, ale także i w innych obszarach praktyki medycznej [26, 33, 34]. Pełna weryfikacja tego przypuszczenia wymaga jednak podjęcia kolejnych, dobrze udokumentowanych przedsięwzięć badawczych.

Za słabszą stronę wykonanych badań można uznać stosunkowo małą liczbę osób badanych (30 osób grupa eksperymentalna i 30 grupa kontrolna). Niemniej jednak bardzo nieliczne, jak już wspomniano, przeprowadzone dotąd badania o podobnym charakterze przynoszą dość zbliżone wyniki [35, 36]. Biorąc to pod uwagę, dla weryfikacji i potwierdzenia uzyskanych rezultatów, należałoby powtórzyć opisaną procedurę badań w nieco liczniejszych grupach pacjentów, ponownie wykazując wyraźne przełożenie podejścia personelu medycznego w kontakcie z pacjentami, zarówno na obiektywne wyniki ich leczenia i rekonwalescencji, jak i na subiektywną ocenę otrzymanego leczenia i opieki.

Nieco dziwi, że badań opartych na metodach eksperymentalnych jest w obszarze komunikacji klinicznej niewiele. Trudno zatem porównać zaprezentowane w niniejszym opracowaniu badania z pracami innych autorów, tym bardziej że opisywane w innych pracach interwencje komunikacyjne mają bardzo zróżnicowany charakter, różnią się pod względem metodologicznej poprawności oraz zwykle zawierają różnorodne trudne do wyizolowania składniki [37]. Ponadto większość prac odwołuje się do metaanaliz literatury [26, 38], a w przypadku badań o charakterze klinicznym opiera się na samoocenach badanych pacjentów, zwykle zbieranych retrospektywnie. Często też stosowane bywają metody jakościowe [39] lub analizy korelacyjne danych pozyskanych za pomocą kwestionariuszy [32]. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy są prawdopodobnie z jednej strony trudności w prowadzeniu eksperymentalnych badań o charakterze psychologicznym w warunkach klinicznych, a z drugiej — powszechnie akceptowany już pogląd, zgodnie



z którym wspierające kontakty wywierają na ogół korzystny wpływ na stan zdrowia [26]. Obiektywne potwierdzenie tej skądinąd znanej prawdy ma jednak, jak uważamy, wciąż duże znaczenie w tzw. medycynie opartej na dowodach.

Na koniec pragniemy podkreślić, że jedynym kontrolowanym elementem różniącym postępowanie terapeutyczne wobec pacjentów z obu porównywanych grup, była dodatkowa aktywność zaledwie jednej, odpowiednio przeszkolonej pielęgniarki. Można zatem przypuszczać, że stosowne przeszkolenie całego personelu w terapeutycznie zorientowanej komunikacji z pacjentami przyniosłoby znacznie lepsze rezultaty.

Empiryczne potwierdzenie tezy o pozytywnym, a co więcej — wymiernym znaczeniu komunikacji terapeutycznej pociąga za sobą wskazanie na konieczność rozwijania programu szkoleń, pozwalających doskonalić terapeutyczny sposób komunikacji personelu medycznego. Tego rodzaju szkolenia, jak się wydaje, powinny obejmować zarówno odpowiednie przygotowanie studentów uczelni medycznych [40], jak również kursy podyplomowe kierowane do lekarzy, pielęgniarek i położnych, fizjoterapeutów i ratowników medycznych, służące doskonaleniu klinicznych umiejętności interpersonalnych i uwrażliwiających na znaczenie relacji z pacjentem (np. tzw. Grupy Balinta).

### Wnioski

1. Umiejętne łączenie prawidłowego postępowania medycznego z terapeutycznie zorientowaną komunikacją, zawierającą znaczny stopień emocjonalnego wsparcia i empatii, poprawia przebieg okresu pooperacyjnego u pacjentów poddawanych zabiegom z zakresu chirurgii ortopedycznej.
2. Wskazane jest rozwijanie szkoleń personelu medycznego na poziomie przed- i podyplomowym, ukierunkowanych na doskonalenie terapeutycznej komunikacji z pacjentem.

### Piśmiennictwo

1. Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2006; (2): 122–128.
2. Majkowitz M. Metodologiczne podstawy oceny jakości życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017; 11(2): 78–83.
3. Wrześniewski K. Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia. W: Pasikowski T, Sęk H, red. *Psychologia zdrowia. Teorie, metodologia i empiria*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe; 2006, s. 61–72.
4. Beach M, Inui T. Relationship-centered care. A constructive reframing. *J. Gen. Med.* 2006; 21(suppl.1): 3–8. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x.
5. Hoff T. The patient-centered medical home: what we need to know more about. *Med. Care Res. Rev.* 2010; 67(4): 383–392. DOI:10.1177/1077558710368550
6. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J. Person. Soc. Psychol.* 1982; 1: 168–177.

7. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
8. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość, stres a zdrowie. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2010.
9. Heszen-Celińska I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
10. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej, wyd. 2. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2011.
11. Motyka M. Znaczenie komunikacji terapeutycznej. *Sztuka Leczenia* 2013; (3–4): 17–24.
12. Motyka M, Surmacka J. Błędy jatrogenne w opiece nad pacjentem. *Pielęgniarstwo XXI Wieku*. 2006; 4: 21–26.
13. Surmacka J, Motyka M. Urazowe doświadczenia hospitalizacji. *Probl. Pielęg.* 2006; 22(1): 68–73.
14. Sherko E, Sotiri E, Lika E. Therapeutic communication. *JAH* 2013; 7: 457–466.
15. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G, red. *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001.
16. Wrona-Polańska H, red. *Psychologia zdrowia w służbie człowiekowi*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe UP w Krakowie; 2012.
17. Mishra-Hebert AD, Harry Isaacson J, Kohn M, Hull AL, Hojat M, Papp K, Calabrese L. Improving empathy of physicians through guided reflective writing. *Int. J. Med. Educ.* 2012; 3: 71–77.
18. Salmon P, Bridget YB. Creativity in clinical communication: from communication on skills to skilled communication. *Med. Educ.* 2011, 45: 217–226.
19. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The role of empathy in health and social care professionals. *Healthcare* 2020; 8: 26. <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/1/26>
20. Bętkowska-Korpała B, Epa R, Sikora-Zych K, Olszewska-Turek K, Pastuszek-Draxler A, Rajtar-Zębaty A, Starowicz-Filip A. Differences in personality related determinants of empathetic sensibility in female and male students of medicine. *Plos One*. 2021, 7; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254458>
21. Gędek A, Materna M, Gędek M. Czynniki wpływające na komunikację w relacji lekarz–pacjent. *Rozprawy społeczne* 2021; 15(2): 126–139.
22. Davis MH. *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańsk: GWP; 2001.
23. Czerw A, Religioni U, Matuszna A, Lesiak K, Olejnik A, Śniadała D. Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygeia Public Health* 2012; 47(3): 247–253.
24. Stangierska I, Horst-Sikorska W. Ogólne zasady komunikacji między pacjentem i lekarzem. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007; 1(1): 58–68.
25. Śniadała D, Lesiak K, Czerw A, Matuszna A, Olejnik A, Religioni U. Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych. *Hygeia Public Health* 2012; 47(3): 247–253.
26. Stewart MA. Effective physician–patient communication and health outcomes: a review. *Can. Med. Assoc. J.* 1995, 4; 1423–1433.
27. Gordon T. *Pacjent jako partner*. Warszawa: Wydawnictwo Pax; 1999.
28. Motyka M. Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19(2): 259–265.
29. Bredart A, Bouleue C, Dolbeault S. Doctor–patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr. Opin. Oncol.* 2005; 17(4): 351–354.

30. Schoenthaler A, Kalet A, Nicholson J, Lipkin M. Does patient–practitioner communication improve clinical outcomes in patients with cardiovascular diseases? A systematic review of the evidence. *Patient Educ. Couns.* 2014; 96(1): 3–12.
31. Salovey P, Rothman AJ, Detweller JB, Steward WT. Emotional states and physical health. *Am. Psychol.* 2000; 55(1): 110–121.
32. Richman L, Kubzansky LD, Masefko J, Kavachi I, Choo P, Bauer M. Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychol.* 2005; 24(4): 422–429.
33. Kwame A, Petrucka PM. Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Int. J. Africa Nurs. Scien.* 2020; 12: 1–22.
34. Wahdatin A, Puspita D, Abdurrouf M. The implementation of therapeutic communications with postoperative patient satisfaction in Islamic Hospital of Sultan Agung Semarang. *Jurnal Ners.* 2020; (14): 378. DOI: 10.20473/jn.v14i3.17219.
35. Motyka M, Dziubak M, Hutniczak K. Wpływ rozmowy terapeutycznej na przebieg badania bronchoskopii. *Sztuka Leczenia* 2015; 30(3–4): 9–20.
36. Motyka M, Szpak B. Psychological support in serious gynecological surgeries and the patient’s need for medication in postoperative period. *Sztuka Leczenia* 2020; 35(1): 19–25. DOI 10.34938/3e44-cr51.
37. Mistiaen P, Van Osch M, van Vliet L, Howick J, Bishop FL, Di Blasi Z, Bensing J, van Dulmen S. The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *Europ. J. Pain.* 2015. NIVEL <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/264926629>.
38. Fong HJ, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J.* 2010; 10(1): 38–43.
39. Bradshaw J, Siddiqui N, Greenfield D, Sharma A. Kindness, listening and connection: patient and clinician key requirements for emotional support in chronic and complex care. *J. Patient Exp.* 2022; 9: 1–7.
40. Silverman J, Draper J, Kurtz S. Umiejętności komunikowania się z pacjentami. Kraków: Wyd. Medycyna Praktyczna; 2018.

Adres: mxmotyka@interia.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 Śl ęzak,  
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 Chrz ęstowskiego, dr. n. med. Mariusza Ślosarczyka.**

Następnie odbędzie się warsztat dla wszystkich Uczestników, podczas którego analizy 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 Śl ęzak 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/>

Irena Jelonkiewicz

## KRYTYCZNE PUNKTY W RELACJI SUPERWIZYJNEJ<sup>1</sup>

### CRITICAL POINTS IN SUPERVISORY RELATIONSHIP

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Instytut Psychologii

*Zwykły nauczyciel mówi, dobry nauczyciel wyjaśnia,  
lepszemu nauczycielowi demonstruje, najlepszy nauczyciel inspiruje.*

J.C. Wade, J.G. Jones

Strengthening-based clinical supervision: a positive  
psychology approach to clinical training. Springer 2015

**psychotherapy supervision  
supervisory relationship  
psychotherapist training**

#### Streszczenie

*Sytuacja superwizyjna jest określana jako proces składający się z sojuszu, interwencji i relacji superwizyjnej. Relacja ta istnieje od początku do końca superwizji i wywiera znaczny wpływ na rozwój i ustanowienie superwizyjnego sojuszu roboczego oraz używanie doświadczeń przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych w sytuacji superwizyjnej. Relacja superwizyjna jest uznawana obecnie za niezbędny element pracy superwizyjnej. Jakość tej relacji to najważniejszy czynnik sprzyjający efektywnej superwizji i warunkujący satysfakcję superwizanta ze szkolenia. Siła przymierza i spostrzegane wsparcie od superwizora są pozytywnie związane z efektywnością superwizji, podczas gdy postrzegane bycie krytykowanym wiąże się negatywnie z efektywnością superwizji. Krytycyzm superwizora nasila unikowe radzenie sobie superwizanta polegające na przykład na niechętnym zajmowaniu się problemem pacjenta, jego obwinianiu, myśleniu o zakończeniu terapii czy okazywaniu własnej frustracji pacjentowi. Dobra relacja superwizyjna jest opisywana przez superwizantów jako wspierająca, opiekuńcza, otwarta, polegająca na współpracy, wrażliwa, elastyczna, pomocna, niezawierająca elementów osądu.*

*Powstaje pytanie, jaki jest jej przebieg i czy można wyodrębnić w tej relacji pewne krytyczne punkty utrudniające współpracę superwizora i superwizanta. Ten artykuł jest próbą zaznaczenia takich ważnych elementów, wymagających zatrzymania i uruchomienia refleksji, zarówno u superwizora, jak i superwizanta. Przedstawiane zagadnienia są subiektywnym wyborem Autorki, wzbogaconym przeglądem odpowiedniej literatury przedmiotu oraz własnym doświadczeniem superwizorskim.*

<sup>1)</sup> Wystąpienie prezentowane na V Konferencji Superwizorów, która odbyła się w Jarosławicach koło Wadowic w dniach 16–18.09.2022 r.

*Omówiono kolejno: cele superwizji, zadania superwizyjne, lęk superwizanta i rolę superwizora. Każde z tych zagadnień zostało zilustrowane przykładem z praktyki superwizyjnej.*

### Summary

Supervision is described as a process containing the working alliance, intervention and supervisory relationship. This relationship exists from the beginning to the end of the supervision and has a large impact on the development and the establishment of the supervisory alliance as well as applying transference and counter transference experiences. The supervisory relationship is currently considered as the most important factor of effectiveness of supervision and supervisee's satisfaction during the training. The strength of the alliance and perceived support from the supervisor are positively related with supervision efficacy, whereas experiencing criticism in supervision is negatively associated. The supervisor's criticism increases supervisee avoidance coping, e.g. reluctantly treating the patient's problems, blaming the patient, thinking about ending the therapy or showing frustration towards the patient. According to the supervisees, a good supervisory relationship is supportive, caring, open, collaborative, sensitive, flexible, helpful and non-judgemental.

The question arises: what is the process of the supervisory relationship and are there any critical points that can restrict the cooperation between supervisor and supervisee? The aim of this article is to determine these critical points that could trigger reflection of the supervisor as well as supervisee. The presented topics are based on the author's subjective choice, enriched with a review of relevant literature and own experiences of supervision.

The aims of supervision, supervision tasks, supervisee's fear, and the role of supervisor were discussed. Each topic was illustrated by an example from supervision practice.

### O superwizji — wprowadzenie

Superwizja jest uważana za podstawowy element szkolenia w psychoterapii, m.in. dlatego, że pozwala rozwijać kompetencje oraz zawodową tożsamość terapeuty [2]. Watkins [3] opisuje superwizję jako taki rodzaj interwencji, który jest stosowany przez starszego, bardziej doświadczonego profesjonalistę wobec młodszego, mniej doświadczonego. Relacja między tymi dwiema osobami jest hierarchiczna, rozciągnięta w czasie i ma charakter oceniający. Celem spotkań superwizyjnych jest polepszenie funkcjonowania superwizanta w roli psychoterapeuty oraz obserwacja i kontrola usług psychoterapeutycznych oferowanych klientowi [4]. Podobnie określa superwizję Bomba [5]: „forma szkolenia i nauczania wymagająca zorganizowanej, intensywnej, związanej z analizą przypadku relacji, w której doświadczony praktyk wspiera, prowadzi i kieruje pracą swojego kolegi” [5, str. 47].

W pracy superwizyjnej można koncentrować się na problemach omawianego pacjenta, poznawczej konceptualizacji przypadku, zwiększeniu poznawczych i behawioralnych umiejętności superwizanta oraz analizie zjawisk zachodzących w relacji terapeutycznej i superwizyjnej. Superwizja jest czasami określana jako aktywność, która jest w połowie drogi między nauczaniem (*training*) a pracą kliniczną (*treatment*) [6]. To stwierdzenie opisuje również rolę superwizora jako osoby będącej kimś pomiędzy nauczycielem i terapeutą.

Według Shaffer i Friedlander [7] można wyróżnić dwa style superwizji. Pierwszy z nich to styl interpersonalnie wrażliwy, w którym nacisk jest położony na relacyjne aspekty superwizji. Drugi — jest zorientowany na zadanie, koncentruje się na materiale wnoszonym przez pacjenta, a superwizor jest oceniającym ekspertem. Przy określonych stylach superwizji mogą pojawiać się różne problemy [3]. Superwizor nazwany „*The Mister Rogers' supervisor*” — jest miły, ciepły, ale nie przekazuje informacji zwrotnych superwizantowi.

Superwizor „*Atilla the supervisor*” — przedstawia jedyny, zawsze słuszny pogląd na superwizję, bywa nieomylny i nie pozwala na kwestionowanie swoich poglądów. Natomiast superwizor „*The »how do you feel« supervisor*” — koncentruje się przede wszystkim na emocjach i dobrym samopoczuciu terapeuty.

Powyższy opis stylów superwizji pokazuje wady i niedoskonałości utrzymywania zbyt sztywnego sposobu pełnienia roli superwizora.

Inne niekorzystne style superwizji wymieniają Wade i Jones [1] — ograniczający (używanie określonych technik pracy przez superwizantów jest w sposób dogmatyczny kwestionowane przez superwizora); bezkształtny (superwizant nie otrzymuje wystarczających wskazówek do pracy terapeutycznej i dalszego własnego rozwoju); niewspierający (superwizor jest spostrzegany jako zimny, powściągliwy, nieczuły lub wrogi); terapeutyczny (superwizor koncentruje się na superwizancie jako pacjencie i na jego strukturze osobowości).

Można również odnaleźć inne dane ilustrujące negatywny wpływ superwizji. Ronnestad, Orlinsky, Schroder, Skovholt, Willutzki [6] piszą o wrażliwości superwizanta, oceniającej funkcji superwizji, zróżnicowaniu władzy między superwizorem i superwizantem, rozwijaniu głównie technicznych umiejętności superwizanta, braku odpowiedniej organizacyjnej struktury superwizji czy niewystarczających kompetencjach superwizora. Wspominają również o szczególnie ważnym dla początkujących psychoterapeutów toksycznym stanie podwójnej traumatyzacji superwizanta, gdy negatywne doświadczenia z pacjentem nakładają się na negatywne doświadczenia w superwizji. Superwizorzy powinni być wtedy szczególnie uważni i dążyć do poprawy przymierza terapeutycznego.

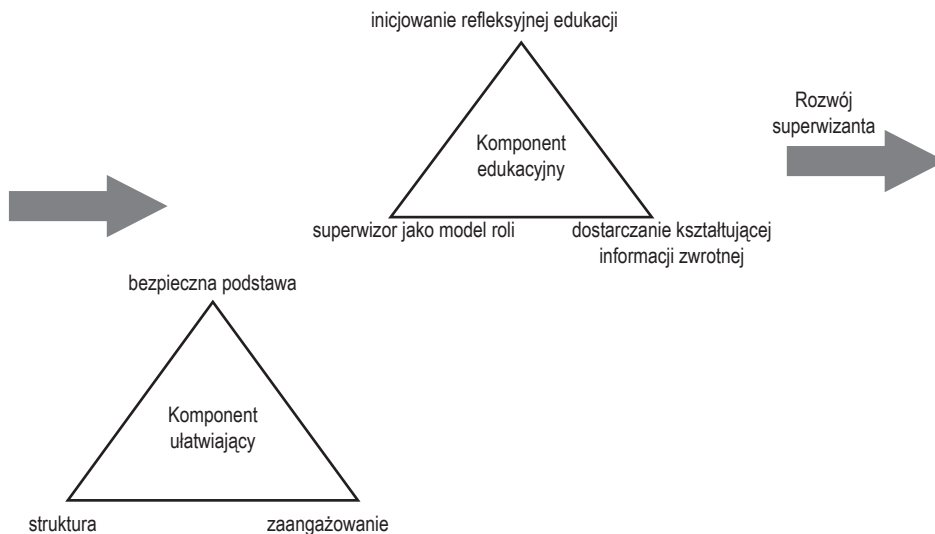
Jak można zatem uniknąć pułapek pojawiających się w trakcie superwizji?

## 1. Cele — do czego dążę? Refleksje dotyczące superwizora i superwizanta

Według Watkina [8] w superwizji psychoterapii ważne są cele nauczania. Jeśli ich nie ma, pojawiają się zamieszanie, niepokój, dezorganizacja u obu stron relacji superwizyjnej. Potrzebne jest zaangażowanie superwizanta w decyzje co do celów, metod i stylu superwizji. W ten sposób pojawia się metasuperwizyjny dialog [9]. Z metaanalizy 15 badań superwizji wynika, że wysoko są oceniani superwizorzy, którzy akceptują i eksplorują różnice między superwizorem i superwizantem. W ten sposób dopuszczają możliwość wzajemnego uczenia się w trakcie superwizji. Szczególne znaczenie przypisywano zgodności superwizora i superwizanta co do celów i tematów superwizji — zwłaszcza w początkowej fazie superwizji ważna jest obopólna zgoda i rozumienie formy, zakresu i specyficznych sposobów pracy superwizora [10]. Wobec tego warto zachęcać do prowadzenia dyskusji uwzględniającej nadzieje i oczekiwania superwizanta co do superwizji [11]. Interesującą propozycję analizy zadań pojawiających się w różnych etapach relacji superwizyjnej wysunęli Kennedy, Keaney, Shaldon, Canagartnam [12]. Przedstawiono ją poniżej w formie graficznej.

Jeśli pojawiają się trudności w relacji superwizyjnej, lokowane są w przestrzeni między superwizorem i superwizantem, a nie w „złym superwizorze” lub „niekompetentnym superwizancie”.

## Superwizyjna relacja jako...



Rys. 1. Relacja superwizyjna [za:12]

Inną propozycją wspomagającą superwizora i superwizanta w uzgadnianiu wspólnych celów jest narzędzie personalizacji superwizji opisane przez Wallace i Coopera (Supervision Personalization Form — Assessment) [9]. Instrukcja do tego kwestionariusza jest prosta:

Nie zapewniał teoretycznego wkładu w superwizję	Nie mam zdania	Zapewniał teoretyczny wkład w superwizję
5 4 3	1 0 1	2 3 4 5

Na każdej z poniższych skal wskaż, jak chciałbyś/chciałabyś, żeby superwizor pracował z Tobą. Proszę, postaw kreskę przy odpowiedniej pozycji na skali. 5 — oznacza silną preferencję w tym kierunku, 1 — oznacza nieznaczną preferencję w tym kierunku. Jeśli nie masz zdania, pozostaw skalę pustą.

Chciałbym/chciałabym, żeby mój superwizor:

Zapewniał teoretyczny wkład w superwizję

Koncentrował się na moich mocnych stronach/możliwościach

Koncentrował się na relacji między nami

Zapewniał więcej struktury sesjom superwizyjnym



Koncentrował się na problemach i doświadczeniach klienta  
Oferował samoujawnianie  
Opierał się na więcej niż jednym podejściu teoretycznym do rozumienia pacjenta  
Zapewniał aktywne techniki/ćwiczenia  
Sugerował czytanie i rozmyślanie poza superwizją  
Mówił więcej  
Bezpośrednio stawiał przede mną wyzwania

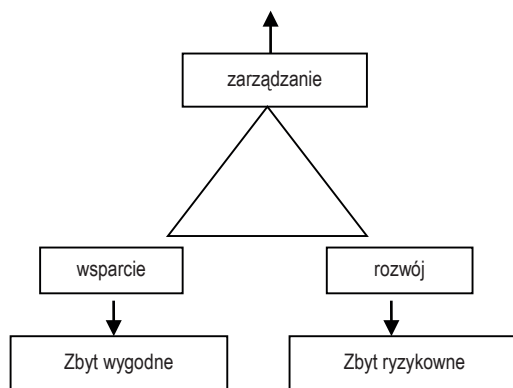
Badania [10] wskazały, że oczekiwania superwizantów dotyczą przede wszystkim: otrzymywania wskazówek oraz rozumienia procesu przeniesienia i przeciwprzeniesienia, uzyskiwania wiedzy i znajomości technik analitycznych, uczenia się metod pracy superwizora, rozumienia wpływu cech osobowości superwizanta na proces psychoterapii. Superwizanci mieli większe oczekiwania w trakcie superwizji niż ich superwizorzy. Ciekawe jest to, że superwizorzy, niezależnie od stażu pracy i doświadczenia superwizorskiego, byli bardziej krytyczni w samoocenach niż superwizanci. Na przykład uznawali się za mniej bezpiecznych, bardziej wycofanych, przeszkadzających niż ich superwizanci. Rozbieżność tych ocen po części oczywiście może być powiązana z początkową idealizacją superwizorów.

### **Przykład — Superwizja i certyfikat? Rozbieżność celów**

A. zgłosiła się na superwizję bieżącą, była po szkoleniu dla psychoterapeutów. Wydawało się, że następnym krokiem będzie przygotowanie do certyfikatu. Zakładałam (niesłusznie), że jest to wspólnie ustalony cel. Został wybrany przypadek do opisu, ale pojawiły się trudności. Pacjent był nieodpowiedni, superwizantce brakowało umiejętności pisania z użyciem komputera, sesje superwizyjne były często przekładane. W związku z nasilonymi problemami życiowymi superwizantka została skierowana na terapię własną. Zdecydowałyśmy o przerwie w superwizji — potrzebny był czas na podjęcie decyzji, co dalej z certyfikatem? Powrót superwizantki doprowadził do wspólnego ustalenia celu — nie będzie w najbliższym czasie przystępować do egzaminu certyfikacyjnego, obecnie potrzebuje i chciałaby korzystać z superwizji prowadzonych procesów terapeutycznych.

## **2. Zadania — czym i jak się zajmuję? Refleksje superwizora**

W rozumieniu zadań i treści superwizji można odwołać się do propozycji Newton [13]. Wyróżnia ona trzy podstawowe funkcje superwizji: zarządzanie — czyli analizę dopasowania terapii do kontekstu psychoterapii i treści kontraktu, zachowanie etycznych zasad oraz prowadzenie sesji zgodnie ze standardami (nazywane też kierowaniem); wsparcie — czyli możliwość omówienia emocji, potrzeb, problemów, objawów (na przykład wypalenia) pojawiających się w kontakcie superwizanta z pacjentem; nauczanie — czyli rozwijanie istniejących możliwości superwizanta, tworzenie własnego, unikalnego sposobu pracy terapeutycznej. Wymienione funkcje tworzą tak zwany superwizyjny trójkąt



Rys. 2. „Trójkąt superwizyjny” [za: 13]

(por. Rys. 2). W trakcie superwizji może tak się zdarzyć, że jedna z nich będzie bardziej nasiloną, co ilustruje poniższy rysunek.

W superwizji te trzy funkcje powinny być w równowadze, co sprzyja większej efektywności działań podejmowanych przez superwizora. Oczywiście w trakcie procesu superwizyjnego mogą pojawiać się takie momenty, gdy jedna z nich zaczyna przeważać — na przykład szczególne wydarzenie w psychoterapii wywołuje u superwizanta kryzys w ocenie własnych kompetencji, co z kolei prowadzi do koncentracji na szczegółowym zaplanowaniu dalszego przebiegu terapii. Według Newton [13] każdy z superwizorów ma tendencję do preferowania jednego typu funkcji umieszczonych w tym trójkącie. Jest to związane z właściwościami danego superwizora: niektórzy lubią pomagać innym ludziom, inni — interesują się problemem odpowiedzialności lub są zaciekawieni nowymi ideami i rozwojem superwizanta. Rozumienie własnych preferencji pomaga superwizorowi uniknąć ryzyka pozostawania w jednym obszarze trójkąta superwizyjnego. Powyższy schemat pozwala sprawdzać dotychczasowy przebieg superwizji i dostarcza wskazówek do ewentualnej modyfikacji zadań podejmowanych w jej trakcie.

Omand [14] uważa, że w superwizji są cztery podstawowe typy zadań: a) raport z tego, co się zdarzyło i zostało powiedziane na sesji między terapeutą i pacjentem, b) analiza na głębszym poziomie myśli i uczuć, które pojawiają się u superwizanta, zarówno na sesji psychoterapii, jak i później, np. w trakcie superwizji, c) refleksja nad tym, co się wydarzyło w psychoterapii, jak również nad dynamiką superwizji, d) planowanie odpowiednich interwencji do pracy z pacjentem w przyszłości (w świetle tego, co zostało omówione).

Innym sposobem oceniania zadań w superwizji jest przyglądanie się oscylacji ról podejmowanych przez superwizora. Są one zmienne i zależne m.in. od etapu relacji superwizyjnej. Oscylację ról można nazywać płynnym przechodzeniem przez różne metody pracy i przesunięcie z jednych celów szkolenia na inne [15]. Rola nauczyciela, eksperta, terapeuty, wspierającego kolegi czy osoby kontenerującej jest uwarunkowana rodzajem pracy superwizyjnej, np. skoncentrowanej na przedstawianym pacjentem i/lub na potrzebach superwizanta, a także i /lub na relacji superwizyjnej.

### **Przykład — od psychologa szkolnego do psychoterapeuty**

B. — psycholog szkolny w trakcie szkolenia psychoterapeutycznego. Początek współpracy to częste konsultacje rozmów z uczniami, analiza pierwszych przypadków w psychoterapii. Stopniowo powiększała się pula pacjentów i czas poświęcony na superwizję procesów psychoterapeutycznych. Kolejne etapy to: przygotowywanie opisu pacjenta na egzamin, uzyskanie certyfikatu oraz przerwa w superwizji. B. potrzebował czasu koniecznego do ustalenia priorytetów zawodowych („być psychologiem szkolnym” versus „być psychoterapeutą”). Zdecydował się na kontynuację szkolenia w profesji psychoterapeuty i powrócił na superwizję bieżącą. Podejmowane przeze mnie role były zależne od etapu naszej relacji superwizyjnej — byłam nauczycielem, ekspertem, osobą wspierającą, mentorem, superwizorem. A kolejne zadania w procesie superwizji mogą określić jako mieszankę zarządzania, udzielania wsparcia i inicjowania dalszego rozwoju superwizanta.

### **3. Lęk — czego się boję? Refleksje dotyczące superwizanta**

Najczęściej obawy superwizantów dotyczą sposobu analizy pracy z pacjentem, interakcji z superwizorem i gotowości do przyjmowania informacji zwrotnej od superwizora [16]. W literaturze funkcja oceniająca superwizji, czyli to, jak superwizorzy weryfikują kompetencje superwizanta jest często pomijana. W analizie procesu superwizyjnego częściej skupiano się na superwizji jako relacji lub procesie, unikając omawiania dyskomfortu superwizora i superwizanta związanego z ewaluacją.

Superwizanci wiedzą, że do funkcji superwizora jest przypisana określona porcja władzy — superwizor nie tylko na co dzień może oceniać, ale niejednokrotnie wystawia opinię lub rekomendację decydującą o dalszym rozwoju zawodowym superwizanta. Jednym z najważniejszych czynników dobrej relacji superwizyjnej jest pełne szacunku i odpowiedzialne zarządzanie przez superwizora tą władzą [17]. Zadaniem superwizora jest również wzmocnienie otwartości i możliwości rozmawiania o relacji superwizyjnej [16]. Superwizant powinien czuć się na tyle swobodnie, żeby móc skomentować to, co dzieje się między nim i superwizorem.

Odczuwana przez superwizanta władza superwizora może oznaczać pomijanie pomysłów i odczuć superwizanta, wprowadzanie własnych planów przez superwizora lub nawet jego intruzywne działania [11]. W trakcie superwizji potrzebne jest normalizowanie lękowych odczuć superwizanta. Napięcie i obawy pojawiające się w czasie nawiązywania relacji są zwyczajną reakcją. Dla superwizora jest ważne stworzenie bezpiecznej sytuacji dla superwizantów [18]. Ich brak poczucia bezpieczeństwa prowadzi do nieujawniania własnych uczuć.

Innym powodem blokowania czy nieujawniania własnych przeżyć jest wstyd przeżywany przez superwizanta. Podstawową zasadą superwizji jest przedstawianie superwizorowi pełnego materiału z sesji psychoterapeutycznych. Jednak wstyd superwizanta wynikający z pragnienia ukrycia siebie przed superwizorem może prowadzić do niepełnego przedstawiania informacji na sesji superwizyjnej. Pojawia się wtedy rozbieżność między tym, co zdarzyło się na psychoterapii, a tym, co jest relacjonowane superwizorowi [19]. Stosunkowo często (nawet u 91% badanych) [19] zdarza się nieinformowanie superwizora o takich interakcjach z pacjentem, które w ocenie superwizanta nie zostałyby zaaprobowane przez

superwizora, przekazywanie informacji superwizorowi, które według superwizanta chciałby usłyszeć (u 86%), omijanie w relacji z psychoterapii opisu błędów klinicznych (u 44%). Brak otwartości najczęściej jest związany z negatywnym stosunkiem do superwizji, ale również jest wzmacniany przez uczucie wstydu doświadczane przez superwizanta.

Murr, Niclas, Harper [20] przeprowadzali częściowo ustrukturyowane wywiady z superwizantami w celu zidentyfikowania możliwych trudności w pracy superwizyjnej. Po analizie uzyskanego materiału okazało się, że jeden z wyłonionych tematów dotyczył oporu superwizantów przed przekazywaniem superwizorowi negatywnej informacji zwrotnej lub konstruktywnej krytyki. Superwizanci bali się powiedzieć swoim superwizorom, co im nie odpowiada w trakcie sesji. Badani psychoterapeuci sądzili, że takie informacje mogą wpłynąć na ocenę ich superwizji i zakłócić relację z superwizorem. Uważali, że superwizyjne spotkanie nie jest odpowiednim miejscem do przekazywania informacji zwrotnej superwizorom. Opór przed wyrażaniem krytycyzmu wobec superwizorów nie pozwalał superwizantom prosić o zmianę formuły wspólnej pracy.

Inne niebezpieczeństwo wynika z tendencji do nadmiernego upodobniania się do superwizora. Może dojść do osłabienia „ja” superwizanta, gdy nacisk superwizora będzie odczuwać on jako przymus przekształcania się w klon superwizora. Jednym z zadań w rozwoju profesjonalnych zaawansowanych umiejętności psychoterapeuty jest przezwycięzenie zależności od swoich nauczycieli i superwizorów [7].

Do eskalacji lęku superwizanta może przyczynić się, dokumentowane również w badaniach, przekraczanie zasad etycznych superwizorów. W badaniu ankietowym ponad 50% respondentów podało, że ich superwizorzy naruszyli przynajmniej jedną z takich zasad [21]. Najczęstsze przykłady naruszeń to: nieprzesłuchiwanie nagrań, nieprzekazywanie informacji zwrotnych, a także nadmierne odsłanianie siebie lub krytycyzm superwizora.

### Przykład — Jak ona mnie oceni?

C. — absolwentka psychologii na uczelni, w której pracuje superwizorka. Po szkoleniu psychoterapeutycznym zgłasza się na superwizję. Na kolejnych spotkaniach powraca temat lęku przed oceną pacjenta, który na pewno dostrzeże brak kompetencji, małe doświadczenie terapeutki. Po omówieniu tych sytuacji okazuje się, że źródłem problemu jest przeniesieniowa reakcja terapeutki. Obawia się ona oceny superwizorki, przypuszcza, że każda relacja, sprawozdanie z procesu terapeutycznego prowadzi do sformułowania niekorzystnej opinii o jej możliwościach zawodowych. Mimo upływu wielu lat spostrzega superwizorkę poprzez pryzmat roli nauczyciela akademickiego z przeszłości. Naszym wspólnym zadaniem staje się precyzyjne określenie mojej roli superwizyjnej i zmniejszenie lęku superwizantki.

## 4. Rola — jak być superwizorem? Refleksje dotyczące superwizora

W rozumieniu roli superwizora mogą pomóc rozważania Drake’a [22]. Autor wprowadza trzy sposoby rozumienia superwizji. Pierwszy z nich nazywany jest *artistry* — czyli sztuka, kunszt superwizji. Tu ważne są uzyskiwane rezultaty. Drugi — to *identity*,

czyli rzemiosło superwizji. W jego uprawianiu ważne są role superwizora w aspektach: edukacyjnym, rozwojowym, wspierającym, normatywnym i integracyjnym. Ostatni ze sposobów rozumienia superwizji jest określany jako — *mastery* — wiedza o tym, jak być superwizorem. Tutaj ważne są odpowiedzi na następujące pytania: co wiem o sobie, co mogę zaoferować innym? W co wierzę? Kim jestem? Co robię? Jak funkcjonuję w relacjach społecznych? Jaki jest kontekst relacji, własna siła wnoszona do pracy z superwizantem?

Psychoterapeuta, aby zobaczyć siebie w roli superwizora, musi dodać ten nowy wizerunek do swojej roli zawodowej. W procesie uzyskiwania tożsamości superwizora konieczne jest nauczenie się myślenia odpowiadającego tej roli. W szkoleniu superwizorskim nie mamy zbyt wielu okazji, żeby nauczyć się myśleć, zachowywać w sposób odmienny od dotychczasowego. Z drugiej strony — u superwizanta w trakcie superwizji rozwija się umiejętność bycia sobą. Superwizor z pewnością może być modelem nowej roli dla superwizanta, ale im dłuższa praktyka, tym bardziej psychoterapeuta indywidualizuje swoje podejście do psychoterapii.

Jak trudny jest proces indywidualizacji i separacji obecny w kształceniu superwizorów, wskazują dane z pewnego badania. Okazało się, że jeden z psychoterapeutów, mimo upływu 20 lat od wspólnej pracy, nadal słyszał zinternalizowany głos swojego superwizora [23]. Jednak, paradoksalnie, równie ważne dla rozwijającego się psychoterapeuty może być — poprzez zadawanie sobie pytania: „co w danej sytuacji powiedziałby/zrobiłby mój superwizor...?” — wewnętrzne odwoływanie się do superwizora, który wywarł na niego wpływ.

Jeśli przypominamy sobie superwizorów, którzy uczyli nas i kształtowali, to ten wpływ z pewnością był czymś więcej niż wprowadzaniem pewnych technik czy przekazaniem mądrych konceptualizacji. W pracy superwizyjnej chodzi nie tylko o rozwijanie kompetencji superwizantów, ale również o ich zawodowy i osobisty rozwój [1]. Obie strony interakcji — superwizor i superwizant — podlegają wpływowi, rozwojowi i uczeniu się [18]. Czują odpowiedzialność za proces uczenia się i mogą być zmieniani przez proces superwizji. Należy tu przypomnieć, że efektywni superwizorzy są w stanie identyfikować i wzmacniać mocne strony superwizantów. Ale to również oznacza, że superwizorzy powinni znać swoje mocne strony, by zwiększać własną efektywność [1]. Uczenie (się) jest wzajemną i obopólną aktywnością. Jeśli superwizor nie może uczyć się na podstawie doświadczeń superwizanta, to superwizant prawdopodobnie nie będzie uczył się od swojego superwizora. W dobrej superwizji superwizor również rozwija się i zmienia, jest świadomy swoich braków lub niesatysfakcjonujących odpowiedzi [14]. Rola superwizora zmienia się w przebiegu spotkań superwizyjnych — od roli doradcy, konsultanta, obserwatora, nauczyciela do roli starszego współpracownika, starszego kolegi. Taka zmiana jest niezbędna dla dopasowania się do specyficznych potrzeb superwizanta [16].

Watkins [24] uważa, że w wyjaśnianiu doświadczeń superwizorskich można zastosować metaforę rozwojową. Podobnie jak w psychoterapii — przechodzi się przez serię różnych określonych etapów — od początkowego etapu ograniczonych zdolności i doświadczenia, dużego niepokoju, braku poczucia bezpieczeństwa, zależności — aż do etapu głębszych doświadczeń i umiejętności, zaufania i poczucia niezależności.

W procesie stawania się superwizorem pomaga również samoujawienie (*self disclosure*) superwizora, które może obejmować szeroki zakres wypowiedzi od własnych pozytywnych doświadczeń terapeutycznych do niezwiązanych z terapią doświadczeń i opinii

na tematy superwizyjne. Superwizorzy, którzy częściej odsłaniają siebie, są postrzegani przez superwizantów jako przyjacielscy, ciepłi, elastyczni [11]. Szczególnie dobrze jest oceniane samoujawnianie dotyczące własnych doświadczeń, wiedzy i wartości superwizora. Psychoterapeuci podają, że im bardziej otwarci są superwizorzy, tym silniej odczuwają zgodność między sobą w zakresie celów i zadań superwizji oraz czują się mocniej związani z superwizorami. Ciekawe jest to, że najbardziej efektywne samoujawnianie superwizora niekoniecznie dotyczy jego sukcesów terapeutycznych, ale także ujawnienia własnych słabości, niepewności czy wątpliwości w psychoterapii [25].

Warto dodać jedno zastrzeżenie — samoujawnianie superwizora nie zawsze jest efektywne w procesie superwizyjnym, ponieważ może prowadzić do niepotrzebnej i nadmiernej bliskości z superwizantem. Z tego powodu kluczowe pytanie, które powinien zadać sobie superwizor, brzmi: „Dla kogo to robię? Czy moje odsłonięcie jest odpowiedzią na potrzeby własne czy potrzeby mojego superwizanta?”.

### Komentarz — Jako superwizor zmieniam się...

Zgodnie z sugestiami Drake'a [22] mogłam zaobserwować mój własny proces stania się superwizorem. **Sztuką**, czyli osiągnięciem rezultatów, było np. przełamywanie kryzysów w terapii, efektywne przygotowanie do certyfikatu, wspólny (niezależny od reprezentowanych modalności) dialog z superwizantem, uczenie się metakomunikacji i metadialogu z nim, dostrzeganie własnych ograniczeń, zadowolenie z odkrywania nowych, wspólnych znaczeń interwencji terapeutycznych. **Rzemiosłem** było rozwijanie roli nauczyciela edukującego i wspierającego rozwój superwizanta, pilnującego norm przypisanych zawodowi psychoterapeuty. Natomiast **wiedza** o własnych zasobach pojawiła się wraz ze zmianą mojej roli — od początkowo niepewnej, poszukującej pomysłu na siebie superwizorki do spokojnego towarzyszenia, bycia przewodnikiem superwizantów na ich drodze terapeutycznego rozwoju.

Konieczne było znalezienie odpowiedzi na pytania: Czym jest superwizja? Jak mam superwizować? Na czym dokładnie polega moja rola superwizora? Jak zacząć ten proces? Co mam robić na pierwszej sesji superwizyjnej?

Przykładanie wagi do procesu superwizyjnego, odkrywanie kluczowych zagadnień w terapii pacjenta, rozpoznawanie strategii działania, możliwych zagrożeń to umiejętności, które można nabyć w praktyce superwizyjnej, ucząc się wspólnie z superwizantami.

### Piśmiennictwo

1. Wade JC, Jones JG. Strength-based clinical supervision: a positive psychology approach to clinical training. Springer; 2015.
2. Watkins CE. Being and becoming a psychotherapy supervisor: the crucial triad of learning difficulties. *Am. J. Psychother.* 2013; 67(2):135–152.
3. Watkins CE. Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering 30 years of research. *Clin. Superv.* 2011; 30(2): 235–256.

4. Jelonkiewicz I. Co się dzieje w relacji superwizyjnej? *Psychoter.* 2018; (4): 69–80.
5. Bomba J. Psychotherapy supervision as viewed from psychodynamic stand point. *Arch. Psychiatrii Psychother.* 2011; (4): 45–49.
6. Ronnestad MH, Orlinsky DE, Schroder TA, Skovholt TM, Willutzki U. The professional development of counsellors and psychotherapists: implications of empirical studies for supervision, training and practice. *Couns. Psychother. Res.* 2019; 19: 214–230.
7. Shaffer KS, Friedlander MS. What do „interpersonally sensitive” supervisors and how do supervisees experience a relational approach to supervision. *Psychother. Res.* 2017; 27(2): 167–178.
8. Watkins, CE. Psychotherapy supervision developments and innovations for the new millennium: contributions for the cutting edge. *Am. J. Psychother.* 2014; 68(2):141–149.
9. Wallace K, Cooper M. Development of supervision personalization forms: A qualitative study of the dimensions along which supervisors’ practice vary. *Couns. Psychother. Res.* 2015; 15(1): 31–40.
10. Nagel W, Steinmetzer L, Fissabre U, Spilski J. Research into the relationship experience in supervision and its influence on the psychoanalytical identity formation of candidate trainees. *Psychoanal. Inq.* 2014; 34: 554–583.
11. Wilson MN, Davies JS, Weatherhead S. Trainee therapists’ experiences of supervision during training: a meta–synthesis. *Clin. Psychol. Psychother.* 2016; 23: 340–351.
12. Kennedy E, Keaney, C, Shaldon C, Canagartnam C. A relational model of supervision for applied psychology practice: professional growth through relating and reflecting. *Educat. Psychol. Pract.* 2018; 34(3): 282–299.
13. Newton T. The supervision triangle: an integrating model. *Trans. Anal. J.* 2012; 42 (2): 103–109.
14. Omand L. What makes for good supervision and whose responsibility is it anyway? *Psychodyn. Pract.* 2010; 16(4): 377–392.
15. Jelonkiewicz I. W lustrze superwizyjnym. W: Danielewicz D, Rola J, red. *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej; 2017, s. 189–206.
16. Lambi GW, Blount AJ. Tailoring supervision to supervisees developmental level. W: Jordan K, Fisher U. *Couple, marriage and family therapy.* Springer: 2016, s. 71–86.
17. Alvarez HF. Reflections on supervision in psychotherapy. *Psychother. Res.* 2016; 1: 1–10.
18. Vetere A. Troska o siebie i innych: superwizja prowadzona w oparciu o narrację przywiązania. *Psychoter.* 2019; 188(1): 93–96.
19. Yourman DB. Trainee disclosure in psychotherapy supervision: the impact of shame. *J. Clin. Psychol.* 2003; 59: 601–609.
20. Murr S, Niclas L, Harper S. How does supervision aid cognitive behaviour therapy skill developments? Perspectives of CBT trainees: a thematic analysis. *Cogn. Beh. Ther.* 2020; 13: 1–16.
21. Ladany N. Psychotherapy supervision: how dressed is the emperor? *Psychother. Bull.* 2002; 14–17.
22. Drake DB. Three windows of development: A post professional perspective on supervision. *Int. Coach. Psychol. Rev.* 2014; 9(1): 38–49.
23. Goodyear J, Lichtenberg JW, Bang K. Ten changes psychotherapists typically makes as they mature into the role of supervisor. *J. Clin. Psychol.* 2014; 70(11): 1042–1050.
24. Watkins CE. Psychoanalytic developmental psychology and the supervision of psychotherapy supervisor trainees. *Psychodyn. Pract.* 2010; 16(4): 393–407.
25. Ladany N. The ingredients of supervisor failure. *J. Clin. Psychol.* 2014; 70(11): 1094–1103.





Bożenna Wardęszkiewicz

## SUPERWIZJA W POMOCY PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ

Polski Instytut Ericksonowski

*Prezentowany tekst ma charakter prezentacji problemu dyskusyjnego/polemiki. Rozmowa Krzysztofa Klajsa i Bożenny Wardęszkiewicz podkreśla znaczenie superwizji w pracy psychologów w oświacie i jej rolę w skuteczności pomocy psychologicznej kierowanej do dziecka i jego rodziców. Rozmówcy przedstawiają realizację programu „Superwizja w pomocy psychologiczno-pedagogicznej” adresowanego do specjalistów pracujących w oświacie. Omawiają również temat prowadzenia superwizji grupowej w formie on-line (red.).*

*Krzysztof Klajs i Bożenna Wardęszkiewicz rozmawiają o znaczeniu superwizji w oświacie i jej wpływie na wzrost skuteczności udzielanej pomocy oraz roli psychologa jako osoby znaczącej w rozwoju dziecka. Psycholog w oświacie pełni rolę dość nową i ze względu na jej specyfikę wymaga wsparcia. Praktyka superwizyjna sprzyja ochronie zdrowia i zapobiega wypaleniu zawodowemu, wyczerpaniu psychofizycznemu, utracie zaangażowania w relacje z ludźmi, spadkowi skuteczności zawodowej. Profesjonalna pomoc uzyskana od psychologa, pedagoga szkolnego oraz nauczyciela może przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu oraz zapobiegać rozwojowi zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży lub łagodzić ich przebieg.*

*W dyskusji poruszono znaczenie dyrektorów szkół w kształtowaniu roli psychologa w oświacie i budowaniu systemu wsparcia oraz korzyści i ograniczenia pracy on-line w okresie pandemii. W podsumowaniu autorka przedstawia wyniki anonimowej ankiety ewaluacyjnej przeprowadzonej w latach 2020–2023. Ankietę wypełniło 54 uczestników grup superwizyjnych. Pozyskane informacje zwrotne wskazują na dużą potrzebę superwizji w zawodzie psychologa i pedagoga szkolnego, a także nauczyciela i wychowawcy.*

### Wstęp

Celem artykułu jest upowszechnianie wiedzy na temat roli, jaką w procesie rozwoju dziecka pełni psycholog i pedagog szkolny, oraz superwizji stosowanej w psychoterapii jako formy doskonalenia zawodowego na inne obszary pomocowe. Motywacją do jego napisania była rozmowa z Krzysztofem Klajsem dotycząca projektu „Superwizja w pomocy psychologiczno-pedagogicznej”, która odbyła się w czasie pandemii. Zajęcia superwizyjne z nową grupą ze względu na ograniczenia sanitarne miały odbywać się on-line. Sytuacja ta generowała dużo napięcia, pojawiły się pytania dotyczące możliwości budowania bezpieczeństwa i spójności grupy w formule pracy on-line. Kolejne pytanie dotyczyło miejsca superwizji w pomocy psychologiczno-pedagogicznej specjalistów pracujących w oświacie. W Polsce superwizja jako forma profesjonalnego wsparcia oraz wspomaganie rozwoju zawodowego na stałe zagościła w psychoterapii.

Czy możliwe jest, aby była obecna w pomocy psychologiczno-pedagogicznej jako gwarancja jakości udzielanej pomocy oraz rzetelności zawodowej? Na to i wiele innych pytań autorka próbuje znaleźć odpowiedź w rozmowie z Krzysztofem Klajsem.

We wrześniu 2019 roku Specjalistyczna Poradnia Wspierania Rozwoju i Terapii rozpoczęła prowadzenie grup superwizyjnych dla pracujących w łódzkich placówkach oświatowych psychologów. Celem projektu było wspieranie psychologów, pedagogów oraz pedagogów specjalnych w udzielaniu pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom, młodzieży i ich rodzicom z łódzkich placówek oświatowych oraz pomoc w rozwiązywaniu trudności oraz sytuacji kryzysowych, z jakimi spotykają się w swojej pracy. Cykliczne spotkania dostarczają informacji zwrotnej o pracy psychologa, pedagoga szkolnego i nauczyciela o jego zasobach i ograniczeniach, pomagają w konceptualizacji przypadku lub zgłaszanego problemu, służą rozwijaniu umiejętności terapeutycznych i pomocowych oraz pozwalają na monitorowanie jakości udzielanej pomocy.

Nabór uczestników do grup superwizyjnych prowadzony był przez osoby prowadzące wraz z dyrektorem Specjalistycznej Poradni Wspierania Rozwoju i Terapii (SPWRiT) Elżbietą Wieszczyk, Wydziałem Edukacji UMŁ oraz dyrektorami łódzkich placówek oświatowych. Dyrektorzy otrzymali ofertę oraz list z prośbą o umożliwienie udziału w zajęciach superwizyjnych psychologom, pedagogom szkolnym i nauczycielom. Zainteresowanie środowiska było bardzo duże. Zgłosiło się wiele osób pracujących w różnych instytucjach oświatowych z różnym stażem pracy i różnymi doświadczeniami. Wielu uczestników podkreśliło ogromną potrzebę uczestnictwa w tej formie pomocy, ponieważ daje możliwość omówienia bieżących trudności, z jakimi spotykają się psychologowie, pedagogowie czy nauczyciele.

Pierwsze rozumienie superwizji jako konsultacja i doradztwo zrodziło się w latach 70. w USA. Przykładem może być realizowany w latach 80. jeden z projektów w placówkach oświatowych, którego celem była poprawa jakości funkcjonowania szkoły poprzez dialog i wymianę zaangażowanych w życie szkoły stron. W projekcie wzięli udział nauczyciele, rodzice, dzieci, przedstawiciele administracji szkoły oraz społeczność lokalna.

Podobne podejście do superwizji zrodziło się w latach 80. w Europie w środowiskach związanych z niesieniem pomocy. Rozwój zainteresowania superwizją w kierowaniu i doskonaleniu kadr zaowocował powstaniem w 1997 roku międzynarodowego stowarzyszenia Association of National Organizations for Supervision in Europe, którego celem stało się budowanie podstaw teoretyczno-metodologicznych oraz wspólnych międzynarodowych standardów jakości superwizji. Określono grupę adresatów superwizji, w której znaleźli się specjaliści z zakresu: pracy socjalnej, edukacji, pedagogiki, resocjalizacji, medycyny, wymiaru sprawiedliwości, kuratorzy sądowi, pracownicy więziennictwa, specjaliści poradnictwa duchowego, rodzinnego i psycholodzy.

### **Rozmowa na temat superwizji w pomocy psychologiczno-pedagogicznej**

Rozmowa Krzysztofa Klajsa, przewodniczącego Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w latach 2019–2022, dyrektora Polskiego Instytutu Ericksonowskiego, i Bożenny Wardęszkiewicz, certyfikowanej psychoterapeutki i super-

wizora aplikanta SNP PTP, na temat projektu pt. „Superwizja w pomocy psychologiczno-pedagogicznej” realizowanego od 2019 r. przez SPWRiT.

**Bożenna Wardęszkiewicz:** Za chwilę rozpoczynają się zajęcia kolejnej edycji programu pt.: „Superwizja w pomocy psychologiczno-pedagogicznej”. Zaskoczyła mnie tak duża liczba zgłoszeń i różnorodność grupy.

**Krzysztof Klajs:** Różnorodność grupy jest zaletą i sprawia, że jest ona bogata w doświadczenia i wiedzę jej członków. Wspólna wymiana doświadczeń pomaga w uruchamianiu potencjału grupy, który pozwala na otwarcie się na nowe możliwości i rozwiązania. Ważne jest, aby członkowie grupy docenili to, że jest różnorodna. Jak postawisz na stół miskę ziemniaków to każdy naje się do syta, ale możesz przecież położyć na stole różnorodne produkty, z których zrobisz wyszukane potrawy i wtedy to będzie uczta. Na tym polega potencjał grupy. Jej uczestnicy pracują w różnych miejscach, mają różne doświadczenie, staż pracy, brali udział w różnych szkoleniach. Na czas pandemii prowadzenie grupy w formie on-line jest dobrym pomysłem, ponieważ to jest jedyna możliwość w tym czasie. Akceptujesz rzeczywistość i pomagasz w taki sposób, jaki jest aktualnie dostępny. W czasie pandemii liczba problemów nie zmniejszyła się, wręcz odwrotnie — jest większa, a w związku z tym zapotrzebowanie na spotkania superwizyjne również jest większe.

**B.W.:** W pracy on-line budowanie bezpieczeństwa i zaufania w grupie jest znacznie trudniejsze.

**K.K.:** Niezależnie, czy grupę prowadzisz bezpośrednio czy on-line, to zaufanie buduje się w trakcie pracy. Grupę tworzą jej członkowie. Jeśli mają motywację do pracy on-line to jest to dobry punkt wyjścia.

**B.W.:** Wszyscy uczymy się pracy on-line, i to, co było niemożliwe przed pandemią, w obecnej chwili stało się możliwe. Wcześniej nawet nie rozważałam takiej możliwości formy pracy, z góry skazując ją na niepowodzenie. Po upływie 11 miesięcy i wielu spotkaniach on-line poznałam zalety i ograniczenia tego sposobu pracy. Moim odkryciem jest praca z rodzicami, których kieruje na terapię sąd. Spotkania on-line pomagają im w większej kontroli własnych impulsów emocjonalnych, sprzyjają współpracy w sprawach dzieci. W czasie pandemii rozwinęła się w nas gotowość do korzystania w pracy z nowych technologii: coraz częściej łączę spotkania on-line z pracą bezpośrednią. Jest to szczególnie ważne w rodzinach, w których możliwość pracy bezpośredniej wiąże się z wieloma ograniczeniami. Myślę tutaj o rodzinach z małymi dziećmi czy rodzicach samotnie wychowujących dziecko.

W ciągu tych 11 miesięcy w szkołach zmieniło się wiele. W wiosennej fazie pandemii nauczanie zdalne polegało na wysyłaniu przez nauczycieli uczniom prac do wykonania i odsyłaniu ich przez uczniów z powrotem. Obecnie lekcje on-line odbywają się z udziałem nauczyciela w czasie rzeczywistym. Szkoda tylko, że zbyt mało jest refleksji dotyczących zasad używania platform komunikacyjnych. Nie dla wszystkich jest jasne, że włączona kamera ułatwia kontakt z uczniami i pomaga im w utrzymaniu uwagi. Zdarza się, że dla samego nauczyciela nie jest jasne, że jego obraz jest dla ucznia ważny, i pomaga w koncentracji na temacie lekcji.

To taka dygresja. Wracając do grupy superwizyjnej: praca z wykorzystaniem kamery jest standardem i zasadą, którą wprowadziłam na samym początku. W spotkaniu on-line obraz i jego stabilność jest ważna, dostarcza więcej informacji i pozwala na budowanie bezpie-

czeństwa i zaufania w grupie. Następnym celem spotkań grupy jest wymiana doświadczeń i wiedzy, a kolejnym nie tylko superwizja trudności, z jakimi zmagają się superwizanci, ale też praca na rzecz nawiązywania współpracy, systemu wzajemnego wsparcia, wymiany doświadczeń. Mogą one inspirować, kształtować, pobudzać kreatywność i motywować superwizantów do działania. W związku z tym, iż rola psychologa w oświacie dopiero rozwija się, to praca na rzecz definiowania tej roli jest szczególnie ważna. Ważne jest też upowszechnienie wiedzy na temat roli, jaką w procesie rozwoju dziecka pełni psycholog. Jest on znaczącą osobą, wpływającą na rozwój i kondycję psychiczną dzieci i młodzieży. Jego działania wspierają rozwój i zapobiegają wykluczeniu społecznemu.

Jedna z superwizantek na spotkaniu superwizyjnym dzieliła się swoimi doświadczeniami pracy w dwóch szkołach, w których była zatrudniona. W jednej szkole mogła wykonywać swoje zadania jako psycholog szkolny, w drugiej zaś została oddelegowana do pracy opiekuńczej. Sytuacja ta powodowała u niej zniechęcenie i była dodatkowym źródłem stresu. Zamiast wspierać młodzież, dzieci i rodziców w kryzysowych sytuacjach, była zobowiązana do opieki, w związku z tym nie mogła udzielać wsparcia osobom potrzebującym.

Mając na uwadze trudności, z którymi borykają się psycholodzy szkolni, nabór do nowej grupy przeprowadziliśmy, włączając dyrektora instytucji prowadzącej zajęcia superwizyjne oraz dyrektorów placówek oświatowych. List skierowany z prośbą o umożliwienie udziału w superwizji psychologom szkolnym wysłany do dyrektorów szkół miał na celu zaznaczenie ważnej roli, jaką odgrywają oni w budowaniu miejsca i roli psychologa w oświacie.

**K.K.:** Psycholodzy w oświacie są rozproszeni, nie mają poczucia tożsamości, potrzebują większej jasności, jakie zadania są im powierzone. Grupa powstaje, bo spotykają się dwie motywacje — twoja i uczestników.

**B.W.:** Ważne jest też, aby spotkały się również motywacje dyrektorów zarządzających instytucjami oświatowymi. Prowadząc różne grupy zadają sobie pytanie, czym w istocie jest superwizja. Od pięciu lat prowadzę ją w świetlicy środowiskowej. Jestem pełna podziwu i uznania dla tych, którzy tam pracują. Pracownicy świetlicy prowadzą wiele zajęć grupowych i indywidualnych o charakterze terapeutycznym. Dzieci uczestniczą w zajęciach socjoterapeutycznych, których celem jest budowanie ich umiejętności społecznych i dojrzałości emocjonalnej. Spotkania z rodzicami wzmacniają z kolei ich kompetencje wychowawcze.

W pandemii uczestniczki superwizji częściej niż dotychczas doświadczają sytuacji kryzysowych. Jedną z takich sytuacji jest śmierć osób bliskich z powodu COVID oraz innych chorób. Praca z dziećmi po stracie bliskiej osoby jest szczególnie obciążająca. Udział w superwizji pomaga w redukowaniu napięcia i wspiera odporność psychiczną. Przychodzi mi do głowy metafora, instrukcja użycia masek tlenowych w samolocie. Rodzicu, najpierw nałóż maskę sobie, a później dziecku. Możesz zająć się swoim dzieckiem, gdy najpierw zadbasz o siebie.

**K.K.:** Im dłużej znasz superwizantów, im dłużej pracujesz z grupą superwizyjną, tym grupa wnosi coraz trudniejsze sprawy. Trochę tak jak w procesie terapii: rośnie poczucie bezpieczeństwa oraz otwartości i gotowości do pracy. W 2013 roku w Bochni na konferencji superwizorów odbyła się dyskusja pomiędzy superwizorami pracującymi w różnych podejściach. Dyskutowano o tym, o czym mówisz. Superwizja będzie przebiegać różnie,

w zależności od miejsca. Może ona odbywać się w szpitalu, placówkach oświaty, sądach, świetlicach środowiskowych czy na kursie psychoterapii. Czasem superwizanci pracują w jednej instytucji, czasem w różnych, czasem płacą za siebie lub instytucja płaci za nich.

Sytuacja pandemii jest dla wszystkich emocjonalnie obciążająca, w związku z tym przestrzenie, które potrzebują wsparcia, gwałtownie się rozszerzyły. Na pierwszej linii tych obciążeń jest służba zdrowia, lekarze, którzy zmagają się z pandemią, ponoszą ryzyko, doświadczają śmierci pacjentów, lęku o rodzinę. Mamy lekarzy, którzy walczą, aby inni nie umarli. Psycholodzy, psychoterapeuci, nauczyciele są kolejni za nimi w szeregu. Jesteśmy odpowiedzialni za zdrowie psychiczne powierzonych nam osób.

**B.W.:** Tak, po pandemii będziemy leczyć jej skutki. Obecnie obserwuję wzrost zaburzeń występujących u dzieci i młodzieży.

**K.K.:** Ważna jest wymiana. Powiedziałaś, że nauczyłaś się czegoś od koleżanki. To jest wartość dodana, gdy możesz współprowadzić grupę superwizyjną dla psychologów i pedagogów szkolnych wspólnie z innym psychologiem. Możecie uczyć się nawzajem i uzupełniać siebie. Prowadzenie superwizji pozwala również na ciągły rozwój. Żeby być superwizorem trzeba mieć ciekawość świata i otwartość. Kiedy superwizanci wnoszą sprawy, z jakimi wcześniej się nie spotkałaś, możesz powiedzieć sobie: „to super, mogę nauczyć się czegoś nowego”.

**B.W.:** Mogę czasami zaciekawić się, zdziwić lub zachwycić. Bywa, że jestem poruszona pracą psychologów w oświacie, ich zaangażowaniem i chęcią pomocy, i kojarzą mi się oni z misjonarzami. Myślę, że wielu z nich pracuje właśnie z poczuciem misji.

**K.K.:** Tak, jest wiele takich instytucji, np. szpitali, w których psycholodzy muszą być też misjonarzami. W szerszym kontekście psycholodzy, superwizorzy czy terapeuci humanizują przestrzeń społeczną. Ta przestrzeń zmienia się bardzo powoli, zmiany idą w dobrym kierunku. To, o czym rozmawiamy teraz, 50 lat temu nie było reflektowane. Jest wiele sytuacji, w których dziecko cierpi, ale dzięki instytucjom pomocowym to cierpienie może być mniejsze. To jest humanizowanie przestrzeni społecznej.

**B.W.:** Tak. Kiedy zauważamy cierpienie dziecka, możemy podjąć działania, aby mu pomóc. Wówczas jak w opowieści „O orle” będzie mogło rozłożyć skrzydła. Pomagamy w teraźniejszości, a w przyszłości wspomnienie dobrego doświadczenia z terapeutą oraz sytuacji pomocowej może być przydatne i stać się źródłem oparcia w sytuacjach trudnych. Wiele lat temu w oświacie nie było również pedagogów, a my o tym już nie pamiętamy, trudno nawet sobie wyobrazić, że tak było. 10 lat temu psycholodzy byli rzadkością w oświacie. To się powoli zmienia i w niektórych instytucjach oświatowych psycholog zatrudniony jest w pełnym wymiarze godzin. Obecnie psycholog, pedagog w oświacie więcej umie i więcej wie niż dawniej. Rozwinęła się nie tylko wiedza i umiejętności diagnozowania czynników wspierających i ograniczających rozwój, ale też umiejętności pomocy dziecku oraz jego rodzinie.

**K.K.:** Gdy chodziłem do szkoły, o dzieciach mających trudności mówiono: „zdolne, ale leniwe”. Nikt nie mówił o słabej motywacji, dysleksji czy rodzinnym kontekście występujących trudności. Pamiętam wiele lat temu na kongresie w Manchesterze byłem na warsztacie terapeuty, który pracował w opiece penitencjarnej. Osadzeni byli w większości osobami z trudnymi doświadczeniami z przeszłości. Dramatyczne przeżycia wpłynęły na rozwój ich antyspołecznych zachowań, doprowadzając do osadzenia w więzieniu. Gdyby

na swojej drodze spotkali psychologa, pedagoga, opiekuna świetlicy środowiskowej, ich historie życia mogłyby wyglądać inaczej. Ci ludzie nie otrzymali pomocy wtedy, gdy była ona tak naprawdę niezbędna. Zakłady karne są pełne pacjentów psychiatrycznych, którym wcześniej nikt nie pomógł.

**B.W.:** Pamiętam historię, jaką opowiadała terapeutka na szkoleniu z Terapii Stanów Ego. Wiele lat temu jako młody psycholog pracowała z dzieckiem z trudnościami. To nie była długa praca, maksymalnie 10 spotkań. Chłopiec zmienił szkołę w związku ze zmianą miejsca zamieszkania. Po 20 latach jako dorosła osoba odszukał ją i powiedział, że te kilka spotkań to było jedno z ważniejszych doświadczeń w jego życiu. Wspomnienie relacji z akceptującym i życzliwym psychologiem towarzyszyło mu przez całe życie. W trudnych dla siebie chwilach przypominał sobie też słowa, które zapamiętał z tej relacji. Psycholog był jego uwewnętrznionym obiektem wspierającym.

**K.K.:** To koresponduje z tym, co wczoraj powiedział na szkoleniu Brent Geary na warsztacie pt.: „Kliniczne zastosowanie hipnozy”. Pacjent może nagrać fragment sesji, a potem go odsłuchać codziennie do kolejnej sesji. Wczoraj miałem sesję. Pacjent powiedział mi, że będzie zapisywać myśli, które słyszy od terapeuty, mówiąc, że to mu pomaga. Przed chwilą opowiedziałś historię chłopca, który zapamiętał słowa terapeutki, mówiąc metaforycznie nagrał na dysku twardym jej słowa i to nagranie odtwarzał w trudnych chwilach. To jest pozytywna, wzmacniająca sugestia posthipnotyczna. Terapeutka powiedziała coś, co dziecko odtwarzało wiele razy i to pomagało mu iść w dobrą stronę. „Mój głos podąży za tobą”. Gdy prowadzisz grupę superwizyjną to, co mówisz jest ważne, ale to odbiorca robi użytek z tego, co słyszy, co przekaże dalej rodzicom, dziecku i ta wasza wspólna praca jest humanizowaniem przestrzeni społecznej. To jest ta uczta przygotowana z różnych produktów.

### Podsumowanie

Po zakończeniu spotkań w roku szkolnym 2020/2021, 2021/2022, 2022/2023 przeprowadzono anonimową ankietę ewaluacyjną wśród uczestników grup superwizyjnych. Otrzymano zwrotnie 54 ankiety od 30 psychologów, 22 pedagogów i 4 nauczycieli przedszkolnych. Wszyscy uczestnicy uznali spotkania grupy superwizyjnej za pomocne, zaś wskazówki i refleksje ze spotkań wykorzystują w swojej pracy. Najbardziej istotne elementy spotkań według uczestników to:

- rozszerzenie spojrzenia na dany problem (47),
- dzielenie się doświadczeniami (44),
- dzielenie się wiedzą, metodami, technikami, narzędziami (38),
- dzielenie się trudnościami (35),
- uzyskanie wsparcia (33),
- znalezienie rozwiązań do sytuacji analogicznych (33).

Uczestnicy najbardziej docenili fakt, że superwizja daje im możliwość poszerzenia wiedzy na temat problemu, uzyskanie innych perspektyw oraz znalezienie nowych rozwią-

zań, zbudowanie sieci wsparcia oraz wzbogacenie warsztatu pracy i wzrost kompetencji. Wśród odpowiedzi dotyczących tego, co w prowadzeniu zajęć zachęca do superwizji pracy własnej znalazły się sformułowania mówiące o tym, że były to: atmosfera zajęć, otwartość, przyjazny, nieoceniający styl, dobre relacje z uczestnikami i prowadzącymi, możliwość uczenia się z doświadczenia innych osób, chęć poznania spojrzenia innych, zyskania nowej perspektywy, akceptacja, dawanie wsparcia, spostrzeżenia i sugestie, wymiana dobrych praktyk. Także forma on-line niektórym osobom dała możliwość uczestniczenia w zajęciach, co byłoby niemożliwe przy spotkaniach bezpośrednich.

Pozyskane informacje zwrotne wskazują na dużą potrzebę superwizji w zawodzie psychologa i pedagoga szkolnego, a także nauczyciela i wychowawcy. Zajęcia superwizyjne, przeciwdziałając wypaleniu zawodowemu, są formą podnoszenia jakości edukacji w oświacie i służą ochronie zdrowia. Po pandemii<sup>1</sup> będą pomocne w przeciwdziałaniu jej skutkom. Aktualnie zmagamy się z kolejnym kryzysem związanym z wojną w Ukrainie. Do szkół trafiają dzieci uchodźców, które doświadczyły traumy. Rodzice wraz ze swoimi dziećmi próbują odnaleźć się w obcym kraju i obcej kulturze, nie znają języka. Przeżywają niepokój o swoich bliskich, którzy pozostali w ojczystym kraju. Jak skuteczniej pomagać w tej sytuacji? — to pytanie często pojawia się wśród członków grup superwizyjnych aktualnie prowadzonych w ramach projektu „Superwizja w pomocy psychologiczno-pedagogicznej”. To od właściwych podejmowanych działań zależy, jak poradzimy sobie z tym i kolejnymi wyzwaniem, które przed nami stoją.

## Piśmiennictwo

1. Geary B. Warsztat. Kliniczne zastosowanie hipnozy. Polski Instytut Ericksonowski; 2021.
2. Józefik B, Sz wajca K, Sz wajca MA. Problem granic w procesie superwizyjnym. *Psychoter.* 2016; 1(172): 59–75.
3. Mańkowska B. Jak chronić się przed wypaleniem zawodowym i utratą zdrowia. Warszawa: Wolters Kluwer; 2020.
4. Rosen S. Mój głos podąży za tobą. Terapeutyczne przypowieści Miltona H. Ericksona. Poznań: Zysk i S-ka; 1997.
5. Wardęszkiewicz B, Pryczek-Staszczuk K. Dla psychologów, pedagogów i nauczycieli. *Superwizja — wsparcie, współpraca, wspólnota. Dobre praktyki. Innowacje w edukacji* 2021, 34: 16–17.
6. Wardęszkiewicz B, Zawadzka E. Podróż do świata uczuć. Program edukacyjny i terapeutyczny dla dzieci. Warszawa: Difin; 2022.

Adres: Bożenna Wardęszkiewicz  
terapiarodzinnalodz@gmail.com

---

<sup>1)</sup> Rozmowa z Krzysztofem Klajsem odbyła się w styczniu 2021 roku, 11 miesięcy po rozpoczęciu pandemii. Tekst został napisany w marcu 2022 roku, tuż po napaści Rosji na Ukrainę.





## KOMUNIKATY LATO 2023

18 lutego 2023 r. w Warszawie Instytut Psychoanalizy i Psychoterapii organizuje **konferencję psychoanalityczną XXXII DNI IPP pt.: „Przymus”**.

Informacje i zapisy: [ipp.waw.pl](http://ipp.waw.pl)

11 marca 2023 r. w Krakowie i online odbędzie się konferencja Fundacji Rozwoju Terapii Rodzin **„Na Szlaku” pod tytułem „Kiedy nie wiem, co powiedzieć... Miejsce niewiedzenia w warsztacie psychoterapeuty”**.

Konferencja objęta patronatem medialnym kwartalnika.

Informacje i zapisy: <https://naszlaku.org/niewiem/>

18 marca 2023 r. odbędzie się konferencja online, wiosenny seksuologiczny panel naukowy **„Przemoc seksualna — sprawcy i sprawczynie”** organizowany przez Centrum Terapii Synteza, Kraków.

Informacje i zapisy: <https://konferencjaseksuologiczna.pl/>

Konferencja objęta patronatem medialnym kwartalnika.

W dniach 24–25 marca 2023 r. w Krakowie Krakowskie Koło Psychoanalizy Nowej Szkoły Lacanowskiej, Instytut Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie oraz wydawnictwo Kronos organizują **XIII Konferencję z cyklu Psychoanaliza — Psychoterapia i Krytyka Kultury pt. „Sam\_a z iNNYMI”**.

Informacje i zapisy: <http://www.samazinnymi.psychoanaliza.com.pl/>

W dniach 28–29 marca 2023 r. w Poznaniu odbędzie się **Konferencja Edukacyjno-Szkoleniowa „Psychoterapia Młodych cz. 2. Wskazówki praktyczne”**, organizowana przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Informacje i zapisy: <http://www.psychoterapia2023.bok-ump.pl/teksty.php?plik=kontakt.php>

1 kwietnia 2023 r. w Warszawie odbędzie się jubileuszowa konferencja z okazji X-lecia istnienia Ośrodka ReGeneRacja zatytułowana **„Teraźniejszość i przyszłość psychoterapii dzieci i młodzieży”**.

Informacje i zapisy: <https://osrodekregeneracja.pl/konferencja/>

Konferencja objęta patronatem medialnym kwartalnika „Psychoterapia”.

22 kwietnia 2023 r. w formule hybrydowej — w Warszawie i online, odbędzie się **VII Konferencja Pracując Psychoanalitycznie z Parami pt.: „Przepracowanie w przeciwprzeniesieniu. Tajemniczy proces czy nieświadoma komunikacja”**.

Informacje i zapisy: <https://psychoanalizapary.pl/>

W dniach 12–14 maja 2023 r. w Warszawie odbędzie się piąta konferencja naukowo-szkoleniowa organizowana przez Naukowe Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej **„Mentalizacja, ciało i neuronauka — o przyszłości psychoterapii”**.

Informacje i zapisy: <https://psychoterapiaszkolzenia.pl/>

18 maja 2023 r. w formie online odbędzie się **V Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Psychologia i psychoterapia w zaburzeniach psychicznych”**, organizowana przez fundację na rzecz promocji nauki i rozwoju TYGIEL.

Informacje i zapisy: <https://konferencja-psycho.pl/>

20 maja 2023 r. w Warszawie Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne zaprasza na **XXIV Konferencję PTPa pt. „Psychoanaliza wobec cierpienia”**.

Informacje i zapisy: <https://psychoanaliza.org.pl/>

3 czerwca 2023 r. w Warszawie Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal organizuje konferencję pt.: **„Człowiek, Klimat, Środowisko”**.

Informacje: <https://isphs.pl/konferencja/>

W dniach 3–4 czerwca 2023 r. w Warszawie Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży przy Szpitalu Wolskim, Specjalistyczna Poradnia Rodzinna Dzielnicy Wawer oraz Ośrodek Terapeutyczno-Szkoleniowy Kontrakt organizują forum terapeutów rodzinnych pt.: **„Gdzie jest dziś psychoterapia rodzin?”**.

Informacje i zapisy [www.terapiarodzin2023.eu](http://www.terapiarodzin2023.eu)

16 września 2023 r. w Krakowie odbędzie się XIX Konferencja OLZON Szpitala Klinicznego im. Babińskiego pt. **„Uraz czy uraza. Sposoby opracowania cierpienia”**.

Informacje i zapisy <https://olzon2023.pl/>

W dniach 13–15 października 2023 r. w Warszawie odbędzie się XVIII Konferencja Trzech Sekcji Psychoterapii pt.: **„Psychoterapia wobec wyzwań zmieniającego się świata”**.

Informacje i zapisy <https://trojkonferencja2023.sekcjapsychoterapii.pl>

14 października 2023 r. we Wrocławiu odbędzie się 21. Konferencja Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej pt. **„Humor w psychoterapii”**.

Informacje i zapisy <https://ptpp.pl/wydarzenia/konferencje/konferencja/?conference=72>

W dniach 26–28 października 2023 r. w Krakowie odbędzie się XXVIII Konferencja Szkoleniowo-Naukowa pt. **„Farmakoterapia, psychoterapia i rehabilitacja zaburzeń afektywnych”**.

Informacje i zapisy <https://konf-krakow-psihiatria.pl/>

27 października 2023 r. w Gdańsku w Europejskim Centrum Solidarności i online odbędzie się konferencja Fundacji Pomorskiego Centrum Psychotraumatologii oraz Centrum Psychoterapii Zintegrowanej w Monachium pt. **„Trauma i anioły”**.

Informacje i zapisy <https://www.psychotraumatologia.com.pl/konferencja-2023.html>

W dniach 24–25 listopada 2023 r. w Krakowie odbędzie się konferencja **„Psychiatria i duchowość”**, organizowana przez Katedrę Psychologii i Psychopatologii Rozwoju Człowieka na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie.

Informacje i zapisy <https://www.psychiatriaiduchowosc.pl/>

2024

W dniach 6–7 kwietnia 2024 r. w Krakowie, w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym przy ul. św. Łazarza 16 odbędzie się Konferencja Naukowa „**Tajemnice w psychoterapii**”, organizowana przez Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii im. Profesor Marii Orwid we współpracy z Krakowską Fundacją Psychoterapii i Rozwoju Dom Terapii.

Informacje i zapisy [kfrp.pl](http://kfrp.pl). Konferencja objęta patronatem medialnym kwartalnika „Psychoterapia”.

W dniach 6–7 września 2024 r. w Krakowie odbędzie się konferencja „**Tożsamość i niepewność. Procesy przejścia w rodzinie, świecie i w leczeniu**”.

Informacje i zapisy <https://tozsamosciniepewnosc.conrego.com/home>



## 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 TIFF 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 stosowanie 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 adiustacji, 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)



9 770239 417207