

KWARTALNIK NR 3 (206) 2023

PSYCHOTERAPIA



Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne



Uniwersytet Jagielloński
w Krakowie
Collegium Medicum

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

PSYCHOTERAPIA

NR 3 (206) 2023

Impact Factor — 0,2
Liczba punktów MNiSW — 40

Spis treści

Od Redakcji	3
Z cyklu „Sylwetki psychoterapeutów”: „Czucie i wiara silniej mówi do mnie niż mędrca szkiełko i oko”. Z Mariuszem Furgalem rozmawia Wanda Szaszkiewicz..	5
Decyzje w psychoterapii Dorota K. Kuncewicz, Dariusz S. Kuncewicz.....	27
Analiza egzystencjalna jako metoda pracy z pacjentami z doświadczeniem traumy relacyjnej Agnieszka Nowakowska, Dorota Draczyńska, Marta Anczewska	41
Utrzymywanie się szkodliwych konsekwencji dziecięcej traumy w adolescencji i w dorosłym życiu: mechanizmy biologiczne, skutki psychologiczne, przykłady kliniczne Lech Kalita	55
Power Threat Meaning Framework — krótki opis podstawowych założeń i kontekstu Radosław Stupak, Lucy Johnstone	71
Komunikaty	85
Procedura publikowania w „Psychoterapii”	89

KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor	Mariusz Furgał
Zastępca redaktora	Kazimierz Bierzyński
Zespół redakcyjny	Szymon Chrzastowski, Bernadetta Janusz, Stanisław Maj, Łukasz Müldner-Nieckowski, Joanna Sadzawicka-Olczak, Wanda Szaszekiewicz, Małgorzata Wolska, Magdalena Zielińska
Sekretarz redakcji	Katarzyna Czapkiewicz
Adiustacja	Maria Pikul
Korekta	Małgorzata Kowalska
Redakcje statystyczne	Artur Daren
Adres Redakcji	31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum e-mail: redakcjapsychoterapii@gmail.com
Rada Programowa	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
e-mail: 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

ISSN 0239-4170

Od Redakcji

Drodzy Czytelnicy pisma „Psychoterapia”,

witam wszystkich i zapraszam do lektury tego szczególnego numeru. Dla mnie jest wyjątkowy, ponieważ zawiera sylwetkę redaktora naczelnego naszego pisma Mariusza Furgała, z którym udało mi się porozmawiać, aby Państwu jego sylwetkę przybliżyć. W ten sposób żegnam się również z moją pracą w redakcji pisma, gdyż zmiana pokoleniowa musi nastąpić, aby rozwój trwał.

Dziękuję wspaniałym kolegom z redakcji za współpracę, która była prawdziwą przygodą i spotkaniem z wieloma autorami prac drukowanych w „Psychoterapii”. To niepowtarzalne przeżycie poznawać nowe, często odkrywcze myśli, skupiać się nad tekstami przysyłanymi przez Państwa, cieszyć się, gdy kolejny numer naszego pisma wnosi w Wasze życie nowe treści, inspiracje z dziedziny psychoterapii.

Sylwetki, które Państwo poznawaliście w kolejnych numerach „Psychoterapii”, pozwalały nam poznać jej rozwój, historię. Dzieje się to również teraz, gdyż długa rozmowa z Mariuszem Furgalem dotyka wielu istotnych i aktualnych zagadnień z tego obszaru. Autor, mówiąc o sobie, o swoich przemyśleniach i wyborach, prowadzi nas przez życie psychoterapeuty od początku aż do dojrzałości, niezwykle szczerze i bardzo ciekawie, odkrywając przełomowe momenty na swej drodze. Rozmawiamy również o pracy redakcyjnej, która stała się naszą pasją, wiele nas nauczyła i pozwoliła odkryć dla siebie nowe zjawiska. Pozwoliła też stworzyć zespół ludzi pochylających się nad wspólnym celem, doskonale się rozumiejących i związanych ze sobą nie tylko wspólną pracą. Myślę, że dzięki redaktorowi, którego sylwetkę Państwo poznajecie, zespół ten przetrwał i rozwija się nadal w tych trudnych czasach.

W dzisiejszym numerze, zawierającym cztery artykuły, również znajdziecie Państwo ożywcze myśli i koncepcje. Zaczynając od tych najbardziej ogólnych, autorstwa Doroty i Dariusza Kuncewiczów z KUL-u, którzy przedstawiają swoje refleksje na temat znaczenia decyzji w psychoterapii. Autorzy analizują problem z perspektywy koncepcji humanistycznych, a jednak wykazują ważność decyzji terapeuty i pacjenta w procesie psychoterapii również w innych modalnościach. Analizują na przykładach mechanizmy podejmowania decyzji sprzyjających zmianie i akcentują znaczenie w tym kontekście decyzji terapeuty, a raczej wspólny rdzeń decyzji pacjenta i terapeuty prowadzących do zdrowienia. Kolejny artykuł to „Analiza egzystencjalna jako metoda pracy z pacjentami z doświadczeniem traumy relacyjnej” autorstwa Agnieszki Nowakowskiej, Doroty Draczyńskiej i Marty Anczewskiej, które przeanalizowały cztery fundamentalne motywacje jako teoretyczną podstawę autorskiego treningu Akceptacja 4FM pracy grupowej z hospitalizowanymi psychiatrycznie osobami z doświadczeniem traumy relacyjnej. Praca przedstawia metodę personalnej analizy egzystencjalnej, która kładzie nacisk na zdolności do budowania dialogu, a także inne metody pracy nad korektą w obszarze relacji.

Problemem traumy relacyjnej zajmuje się także Lech Kalita w kolejnym artykule pt. „Utrzymywanie się szkodliwych konsekwencji dziecięcej traumy w adolescencji i w dorosłym życiu: mechanizmy biologiczne, skutki psychologiczne, przykłady kliniczne”. Na

dwóch przykładach klinicznych autor opisuje biologiczne konsekwencje traum doznanych w dzieciństwie oraz to, w jaki sposób owe zmiany rzutują na rozwój mózgu i organizmu w adolescencji i ich funkcjonowanie w dorosłości. Formułuje ponadto wnioski oparte o koncepcję rezyliencji odnoszące się do kierunku prowadzonej terapii wobec pacjentów strauatyzowanych w dzieciństwie, a także tych, którzy doznają wtórnej traumy w późniejszym wieku.

Ostatni artykuł w dzisiejszym numerze autorstwa Radosława Stupaka i Lucy Johnstone przedstawia podstawowe założenia niekategorialnego podejścia do diagnozy, jakim jest Power Threat Meaning Framework (Rama Władza Zagrożenie Znaczenie, RWZZ) opublikowany w 2018 r. przez British Psychological Society. Kolejno omawiane są władza, zagrożenie, znaczenie oraz ogólne prawidłowości odpowiedzi na zagrożenia, tak jak ujmowane są w tej propozycji. Autorzy posługują się klinicznym przykładem, aby rozjaśnić znaczenie tej koncepcji. Opisane są również założenia teoretyczne i inspiracje wpływające na treść RWZZ, czerpiącej z wielu tradycji filozoficznych, socjologicznych, psychologicznych, psychiatrycznych i psychoterapeutycznych, oferując spójną integrującą je perspektywę.

Wszystkie omawiane artykuły tego numeru, chociaż nakreślają perspektywę teoretyczną i wpływający z niej określony nurt psychoterapii, nie stronią w praktyce od podejścia integracyjnego. Wydaje się to coraz częstszą prawidłowością. Co więcej — autorzy podkreślają płynące z tego korzyści.

Kończąc dzisiejszy wstęp do aktualnego numeru „Psychoterapii” oraz kończąc pracę w redakcji, życzę wszystkim Państwu dobrych pomysłów w pracy z pacjentami oraz chęci do dzielenia się nimi na łamach naszego pisma. Drogiej Redakcji bardzo dziękuję za dobry wspólny czas i życzę powodzenia w pracy nad ciekawymi tekstami oraz nowymi sylwetkami psychoterapeutów.

Wanda Szaszkievicz

Wanda Szaszkiewicz

**Z CYKLU „SYLWETKI PSYCHOTERAPEUTÓW”
„CZUCIE I WIARA SILNIEJ MÓWI DO MNIE
NIŻ MĘDRCA SZKIEŁKO I OKO”.**

Z MARIUSZEM FURGAŁEM ROZMAWIA WANDA SZASZKIEWICZ

Wanda Szaszkiewicz: Wprawdzie zapowiedziałam już kiedyś, że przekazuję prowadzenie cyklu „Sylwetek” w „Psychoterapii” młodszemu kolegom po fachu, ale uznałam, iż na pożegnanie z tym cyklem porozmawiam z Tobą, ważną osobą, bo od 7 lat redaktorem naczelnym. Niełatwo było znaleźć termin spotkania, a gdy z Twojej strony wreszcie się to udało, ja mogę rozmawiać tylko online. Może pozostaniemy przy tym, bo dobrze się znamy i widzujemy na żywo, a lepiej już nie odraczać rozmowy.

Mariusz Furgał: Oczywiście. Jest w tym pewna wygoda dla mnie, gdyż w trakcie rozmowy będę mógł zapalić. Zastanawiałem się, czy ja w ogóle mam, o czym opowiadać. Pewnie mam, bo każdy ma coś do powiedzenia, natomiast, czy to będzie ciekawe?

W.Sz.: Dla mnie bardzo interesujące było Twoje wystąpienie na konferencji „Para między paradygmatami” Fundacji Rozwoju Terapii Rodzin na Szlaku, podczas której mówiłeś, jak perspektywa teoretyczna terapeuty, a konkretnie systemowo-psychodynamiczna, kształtuje jego widzenie. Mówiłeś też trochę o swoim rozwoju jako psychoterapeuty. Zaintrygował mnie tytuł czy motto tego wystąpienia: „Czucie i wiara silniej mówi do mnie niż mędrca szkiełko i oko”.

M.F.: Tak, to było motto wzięte z „Romantyczności” Adama Mickiewicza.

W.Sz.: Właśnie! Wydaje mi się, że bardzo trafnie charakteryzujące Twoją naturę, sposób funkcjonowania, a być może też Twoją drogę zawodową, o której chciałabym porozmawiać. Nie wiem, czy pamiętasz, bo to było dawno temu, jak doradziłeś mi, w związku z dolegliwościami od kręgosłupa, abym się zgłosiła na diagnostykę i ewentualnie fizykoterapię do kliniki profesora Andrzeja Szczeklika na oddział rehabilitacji. Wiedziałam, że interesujesz się chorobami psychosomatycznymi i żartobliwie pytałam, czy moje bóle mogą mieć takie tło. Powiedziałeś, że jest to możliwe, a w każdym razie warto to sprawdzić.

M.F.: Nie przypominam sobie tej porady, natomiast mój kontakt z tym miejscem, a konkretnie z Romanem Nowobilskim, który już dawno jest profesorem, bardzo dobrze pamiętam. Zresztą to nie był mój pierwszy kontakt z tą katedrą, bo, będąc na studiach medycznych, dość wcześnie zacząłem w tej klinice badania. Gdy byłem na drugim roku studiów należałem do koła anestezyjologicznego i wówczas z doktorem Jerzym Dropińskim zajmowaliśmy się różnymi, powiedziałbym mniej podmiotowymi działaniami wobec pacjentów. Bardzo mnie to wtedy ciekawiło. I nawet miałem taki epizod badawczy, którego efektem był artykuł w 1992 roku o antykoagulancie toczniowym. Był to mój pierwszy artykuł naukowy, którego przez przypadek zostałem pierwszym autorem, nie dlatego, że

byłem najważniejszy, tylko alfabetycznie byłem pierwszy. I to jest właśnie to „mędrca szkiełko i oko”, ten obszar naukowych badań, które mnie wtedy wciągały.

W.Sz.: Zaczniemy zatem od początku, czyli od tego, co sprawiło, że studiowałeś medycynę, a następnie wybrałeś specjalizację z psychiatrii.

M.F.: Trochę tutaj zadziałał przypadek. Zawsze chciałem studiować informatykę albo fizykę teoretyczną. I właściwie byłem zdecydowany na fizykę, mając drobne sukcesy w olimpiadach. Tak mnie pasjonowała, że gdy były jakieś konkursy fizyczne, to potrafiłem przez trzy doby rozwiązywać przez telefon zadania razem z kolegą. Wtedy istniały tylko telefony stacjonarne. Kolega w końcu zrezygnował. Byłem zdecydowany zdawać na fizykę teoretyczną, tyle że egzaminy tam były dopiero 12 września, nie było ich w czerwcu. W tym czasie bliżej poznałem moją kuzynkę, która studiowała medycynę. Była na V roku i zaraziła mnie tym kierunkiem. Kupiłem sobie jakąś książkę do biologii, bo będąc w klasie matematyczno-fizycznej musiałem uzupełnić wiedzę do egzaminu. Książka była w miarę ciekawa, ale jeszcze nie byłem przekonany do medycyny. Poszedłem na egzaminy, które były testowe i dobrze mi poszły. Miałem już wcześniej opracowany system pisania testów i nie musiałem tracić na nie energii i pojemności umysłu. I pewnie dlatego zdałem, i dostałem się na studia, ku własnemu zaskoczeniu.

W.Sz.: I wybrałeś medycynę. Bez wahania i żalu potem?

M.F.: Na początku trochę żałowałem. Pamiętam reakcję mojej nauczycielki fizyki z ogólniaka, która, dowiedziawszy się, że idę na medycynę, powiedziała, iż się zmarnuję. Ale to, że dostałem się na kierunek, gdzie punktacja była wysoka, tak mnie narcystycznie pobudziło, że postanowiłem zostać na studiach medycznych w Krakowie. Miasto też mi się spodobało.

W.Sz.: A jaka była reakcja rodziców na tę dużą zmianę w wyborze drogi życiowej.

M.F.: Rodzina przyjęła ją spokojnie. Miałem raczej carte blanche odnośnie do moich wyborów i decyzji. Zresztą uważali pewnie, że lekarz to dobry zawód. Bardziej się zaniepokoiili, już potem, wyborem specjalizacji. Pamiętam sytuację, gdy robiąc coś z mamą w kuchni powiedziałem, że będę psychiatrą. Jakieś narzędzie kuchenne wypadło jej z rąk. To już było trochę za dużo, chociaż generalnie rodzina akceptowała to, co robię. Mogło to być na trzecim roku, bo jeszcze na drugim interesowałem się anesteziologią.

W.Sz.: Jak było na tych studiach, jak się czułeś w Krakowie?

M.F.: Wszystkie moje wielkościowe myśli zostały stłamszone na pierwszym kolokwium z anatomii, podczas którego okazało się, że nie mogę nauczyć się na pamięć trzech łacińskich nazw. Pamiętam, jak stałem pod zakładem biochemii lekarskiej z otwartą książką do anatomii i próbowałem zapamiętać słowa po łacinie. Zupełnie mi nie wchodziły do głowy, a nie dało się niczego wymyślić na drodze rozumowania; trzeba było po prostu wkuć materiał na pamięć. Ciężki był ten pierwszy rok, na którym miałem depresję. Nie przyszło mi do głowy, żeby szukać pomocy z tego powodu. To był właśnie taki uraz, że na początku wszystko było banalnie łatwe, a nagle się okazało, że nie wiadomo, czy ja nie wylecę z tego pierwszego roku, którego nie dało się powtarzać. Było to bardzo trudne.

W.Sz.: Czy miałeś w kims oparcie, na przykład we wspomnianej kuzynce czy rodzinie. A może w kims z grupy? Prowadziłam kiedyś zajęcia z psychologii lekarskiej, które wtedy były na pierwszym roku i pamiętam stres studentów i różne strategie radzenia sobie z nim. Głównie chcieli rozmawiać tylko o tym, jak są źle traktowani przez prowadzących, zastrą-

szani, poniżani. O tym, jak fatalna jest atmosfera na zajęciach. Z ćwiczeń z psychologii lekarskiej robiło się spotkanie grupy wsparcia.

M.F.: Rzeczywiście to był poważny stres. A dodatkowo wiedziałem o korupcji na dużą skalę, wiedziałem, w jaki sposób ludzie zdawali kolokwia i o tym, że to nie była uczciwa gra, że za pieniądze można było dostać zaliczenie. Poziom rywalizacji był taki, że momentami było bardzo nieprzyjemnie. Z jednej strony studiowanie było trudne, ale z drugiej strony, jeżeli chodzi o relacje, przyjaźnie, to miałem raczej dobrą grupę. Moja żona jest z mojej pierwszorocznej grupy, ale wtedy w ogóle nie myślałem, że będziemy razem. Dopiero po trzecim roku takie myśli się pojawiły. Miałem wtedy kolegę, z którym dużo rozmawiałem przez telefon. Musiałem w tym celu chodzić na Poczta Główną, ale na szczęście mieszkalem na Wielopolu, więc miałem dwa kroki. Wspieraliśmy się nawzajem, a oblewaliśmy wszystko to samo, czyli te same kolokwia z anatomii. Spotykaliśmy się na tych samych egzaminach komisyjnych. Był takim przyjacielem od niedoli. Natomiast nie chciałem obciążać rodziny swoimi kłopotami. Nawet jak czasem się im poskarżyłem, to oni bezkrytycznie wierzyli, że sobie poradzę, co nie dawało mi wsparcia. Błędem było, że na pierwszym roku wybrałem mieszkanie na stacji, a nie w akademiku. Na kolejnych latach już się uzyskuje wiedzę, co robić, żeby zaliczyć kolokwia i zdać egzaminy, a także kontrolę nad procesem studiowania, ale na początku potrzebne jest wsparcie. Choćby takie, żeby móc pójść pogadać do kolegów w pokoju obok, odreagować.

W.Sz.: Czyli można powiedzieć, że podczas studiów doświadczyłeś stresu, o którym czasem pewnie słyszysz od swoich pacjentów. Wspomniałeś, że na trzecim roku już wiedziałeś, że wybierzesz psychiatrię. Co się na to złożyło?

M.F.: Pamiętam, że gdy pani profesor Maria Orwid zapytała mnie na egzaminie, co zamierzam robić w przyszłości i dlaczego wybrałem psychiatrię, opowiedziałem o swoim doświadczeniu, które miałem świeżo w pamięci. Było to w czasie wakacji, podczas których miałem kontakt z panem chorym psychicznie. Przychodził do ogrodu moich rodziców, w którym oni byli zajęci pracą, opowiadał historie, przedstawiał urojeniowe koncepcje i interpretacje Pisma Świętego. Mama, której przeszkadzał, prosiła, żebym z nim pogadał. Robiłem to nie jeden raz. Były to dłuższe rozmowy, które mnie bardzo wciągnęły. To był świat zupełnie dla mnie niezwykły, którego wcześniej nie znałem. Nie pamiętam szczegółów, ale wiem, jak mnie zaciekał, nawet zafascynował, gdyż okazało się, jak skomplikowany jest ludzki umysł, jak może działać. Oczywiście to nie był powód wyboru specjalizacji, ale może taki czynnik wyzwalający.

W.Sz.: Czy na trzecim roku mieliście jakieś zajęcia z psychiatrii?

M.F.: Nie, jeszcze nie, ale były zajęcia z psychologii lekarskiej z Leszkiem Mellibrudą, prowadzone w oddziale tzw. Białej Chirurgii. Były w miarę ciekawe, pokazywał nam jakieś urządzenia badawcze, zajmował się biofeedbackiem. Dla medyków był to temat łatwy do zrozumienia, na bazie tego, co już o człowieku wiedzieliśmy. Od tamtego czasu umiem wymienić mechanizmy obronne — jest to jedyna rzecz, której się tam nauczyłem na egzamin.

W.Sz.: Zastanawiam się, czy te zajęcia nie były jedną z inspiracji do zainteresowania się psychosomatyką, której potem poświęciłeś sporo uwagi w swojej pracy badawczej.

M.F.: Nie były one może jakąś głęboką inspiracją, jednak czegoś nowego na nich się dowiedziałem i to z pewnością się przydało. Były też inne inspiracje, które dopiero

zadziały, gdy zbliżyłem się do psychiatrii. Wtedy dość intensywnie działałem w samorządzie studenckim, bo to był czas transformacji systemowej. Zacząłem studia w 1988 roku i z kolegami ze starszych lat, którzy działali w NZS-ie, zacząłem różne rzeczy robić, które można jeszcze przypisać do działalności opozycyjnej, chociaż już nie tak niebezpiecznej jak wcześniej. Jeden z kolegów, Andrzej Rędzia, miał w domu powielacz, który został ukradziony chyba z jednostki wojskowej. Różne satyryczne teksty o profesorze Konturku były na nim drukowane. Ale była też praca poważna. Zostałem wydelegowany przez kolegów do senatu Akademii Medycznej jako przedstawiciel studentów. To był rok 1990, więc jeszcze była Akademia Medyczna, gdyż dopiero w 1992 roku doszło do powrotu wydziałów medycznych na uniwersytet. Wraz z dwoma innymi kolegami studentami byliśmy mąciicielami w różnych sprawach. I tam, w senacie Akademii Medycznej, poznałem profesora Bogdana de Barbaro, wówczas doktora, który wyróżniał się tym, że ubierał się inaczej niż cała reszta towarzystwa. To znaczy nie używał krawata ani muchy. Potem, jak został pełnomocnikiem rektora do spraw integracji edukacji, to już ubierał się bardziej oficjalnie. W szufladzie w Zakładzie Terapii Rodzin był jeden krawat, który wkładał, gdy była taka potrzeba. Ja wiedziałem, że pracuje na psychiatrii, ale też nie miałem śmiałości, żeby z nim nawiązać kontakt. W tym samym czasie zapisałem się do koła psychiatrycznego, w którym pamiętam jeszcze Dominikę Dudek i Krzysztofa Rutkowskiego. Spotkania, których nie było wiele, ale były bardzo ciekawe, prowadził doktor Stanisław Kołakowski. Poza tym chodziłem do Kliniki Psychiatrii, gdzie paliłem papierosy wspólnie z pacjentami. Jeszcze było wolno, bo Halinka Pytko paliła, ale potem, gdy rzuciła palenie i stała się wrogiem nikotyny, powstał zakaz palenia na oddziale. Pacjenci musieli się ukrywać po łazienkach, chociaż oficjalnie w klinice jeszcze wolno było palić.

W.Sz.: I czym zajmowałaś się w klinice?

M.F.: Mogłem przychodzić w sobotę, bo takie było zapotrzebowanie, i towarzyszyłem pacjentom: jadłem z nimi śniadania, paliłem z nimi papierosy, rozmawialiśmy o różnych sprawach, czasami wychodziłem z nimi poza klinikę, gdy mieli na to przyzwolenie. Z tym wychodzeniem były różne przygody, to było dość trudne zadanie. Wtedy w ogóle nie czułem, że to jest duża odpowiedzialność, a niekiedy ryzyko. Ale było to dla mnie ciekawe, a dla nich bardzo pomocne. Niekiedy nawet zabawne. Na przykład, gdy ktoś chciał pójść do kościoła oo. Jezuitów na Kopernika, to nie mógł iść sam i wtedy ja musiałem uczestniczyć w praktykach religijnych z nim. Ale czasem się okazywało, że wizyta w kościele trwała 5 minut, a potem pacjentka prosiła, żebym z nią jeszcze poszedł do butikku z ciuchami, który był na skrzyżowaniu Świętego Krzyża i Mikołajskiej. I ja tam stałem jak słup soli, a ona wychodziła z przebierałni w coraz to innej sukience i pytała: „a w tej, panie doktorze, jak wyglądam?”.

W.Sz.: To fantastyczne, bo od początku mogłeś mieć doświadczenie uczestniczenia w życiu pacjentów. Z pewnością przydatne w późniejszej pracy, gdy trzeba było iść na wizytę domową.

M.F.: Tak, mnie się to zajęcie bardzo podobało, chętnie wszędzie z pacjentami chodziłem. Ale chciałem na psychiatrii już gdzieś się zaczepić bardziej formalnie i regularnie. Ponieważ byłem w samorządzie, miałem dość intensywne kontakty z panią profesor Stopyrową, która była prorektorem do spraw studenckich. Różne rzeczy załatwiałem z nią, dużo rozmawiałem i z tego — obok relacji służbowej — powstała relacja taka trochę

bardziej towarzyska. Miałem przy niej okazję zapalić papierosa w gabinecie rektorskim, bo ona też paliła.

W.Sz.: Chcesz mnie przekonać, że papieros jest tym czynnikiem, który ułatwia życie, a szczególnie kontakty międzyludzkie? W tamtych czasach było to możliwe.

M.F.: Oczywiście. Pamiętam też, że z dyrektorem administracyjnym paliłem wtedy papierosy przy Świętej Anny 12; teraz sama myśl o zapaleniu papierosa w tym miejscu naraża na interwencję straży pożarnej. W każdym razie pani profesor zapytała mnie o zainteresowania zawodowe, a gdy powiedziałem, że jest to psychiatria, obiecała porozmawiać z doktorem Bogdanem de Barbaro i potem powiedziała mi, żebym się do niego zgłosił. Zrobiłem to od razu i pamiętam ten moment rozmowy, a nawet jej miejsce, czyli Dom Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego przy Radziwiłłowskiej 4. On mnie wtedy zapytał, czy mój zamiar wyboru psychiatrii jako specjalizacji jest poważny, a gdy potwierdziłem, zadał mi pytanie, które do dzisiaj pamiętam (on już nie), a mianowicie, czy zdaję sobie sprawę z tego, że bycie psychiatrą naraża mnie na stan bycia w niejasności i niejednoznaczności. I jak ja czuję, czy jestem w stanie sobie z tym radzić? Ja oczywiście, nie zastanawiając się w ogóle, odpowiedziałem, że jestem gotów. Wtedy nie za bardzo wiedziałem, o co mu chodzi, zależało mi, żeby być bliżej centrum różnych ciekawych wydarzeń związanych z psychiatrią. Z czasem zrozumiałem, co miał na myśli. Uważam, że rzeczywiście nieźle sobie z tym radzę.

W.Sz.: Ciekawa jestem, czy to pytanie Bogdana de Barbaro, skądinąd celnie ukazujące istotę podejścia psychiatrycznego, było zadane akurat Tobie, tak trochę ku przestrodze, gdyż musiało Cię już trochę znać jako człowieka konkretnego, bardzo rzeczowego.

M.F.: Rzeczywiście na posiedzeniach senatu na pewno prezentowałem się jako człowiek konkretny, dobrze orientujący się w różnych zmieniających się przepisach, aktach prawnych itd. I możliwe, że on to trochę widział. A musiałem być taki pewny wszystkiego i dodatkowo zaangażowany, nie mogłem sobie pozwolić, żeby „popłynąć” i być niejednoznaczny, bo mogło to być wykorzystane przez przeciwnika, czyli pana rektora. Tam zawsze trzeba było „wiedzieć” i bronić swojego stanowiska. Ale potem, już pełniąc inną rolę, musiałem zmierzyć się z tym, przed czym doktor Bogdan de Barbaro mnie przestrzegał i to uwzględnić. Bo to jest głębsza sprawa i wielki trud dla lekarza, który chce zostać psychiatrą, a jeszcze bardziej psychoterapeutą. Bogdan de Barbaro tę drogę musiał znać, gdyż sam ją przechodził. Choć jego droga była nieco inna, gdyż on jeszcze oprócz medycyny studiował filozofię. Ale zawsze jest tu pewien próg przejścia od tego, żeby być lekarzem, do tego, żeby być psychiatrą, a potem, ewentualnie, żeby być psychoterapeutą. Taki ważny próg rozwoju zawodowego. Gdy obserwuję młodych psychiatrów, którzy się szkolą w psychoterapii, to widzę, że trud przekraczania tych progów się powtarza. Wynika to z tego, że studia medyczne zabraniają lekarzowi akceptowania własnej bezradności. Nie ma dla niej tolerancji. To jest prawdziwe wyzwanie, jak sobie poradzić z bezradnością, która przecież pojawia się w różnych sytuacjach. Potrzebna jest tutaj zmiana paradygmatu, potrzebne jest myślenie, że dopiero odejście od jednoznaczności pozwala przejść impas. Dopiero kiedy wyjdzie się poza konieczność wiedzenia wszystkiego można czegoś się dowiedzieć. Taki to jest paradoks. Myślę, że dla lekarzy dużo trudniejszy niż dla psychologów, którzy zostają psychoterapeutami.

W.Sz.: No tak, bo ci ostatni nie mają tej obligacji, która jest wpisana w zawód lekarza, tej początkowej, wyznaczającej ich rolę i determinującej konieczność pewności swojej

decyzji i niesienia skutecznej pomocy. Ale to, co wtedy usłyszałeś i nawet zapamiętałeś, nie od razu chyba umiałeś wykorzystać czy zastosować.

M.F.: Oczywiście, dopiero z czasem zacząłem się z tym mierzyć i było to trochę bolesne, ponieważ bolesna bywa rezygnacja z pewności, pociągająca za sobą rezygnację z siły, rezygnację z władzy, z różnych aspektów tej roli dającej pewne profity.

W.Sz.: Jak ostatecznie do tego doszedłeś, że ta pozycja „lepiej-wiedzenia” jest w psychiatrii i psychoterapii niekorzystna?

M.F.: Mogę powiedzieć, kiedy mi kliknęło, kiedy wreszcie to zrozumiałem i ten moment był stosunkowo późny. Bo niby wiedziałem to cały czas, to znaczy te słowa Bogdana de Barbaro ze mną zostały i wokół nich się obracałem i konfrontowałem z nimi w różnych sytuacjach. Poszedłem na seminarium z terapii rodzin, które profesor Bogdan de Barbaro miał ze studentami psychologii. Nie były programowymi zajęciami na medycynie. Brałem w nich udział regularnie jako nierejestrowany uczestnik. Poznałem wtedy Irka Dziaska. Uczestniczyłem w wielu dyskusjach, w których ten problem był analizowany i w superwizjach on się pojawiał. To był stosunkowo wczesny etap mojej zawodowej pracy psychoterapeutycznej, czyli musiałem być jeszcze młodym lekarzem. Podczas jednej z superwizji u Teresy Żuchowicz powiedziała ona, w odniesieniu do pewnego procesu terapeutycznego, że ja z tą pacjentką pracuję biologicznie, podczas gdy ja w ogóle jej nie dawałem leków! Gdy zadałem jej pytanie, co ma na myśli, mówiąc, że postępuję biologicznie wobec pacjentki, dowiedziałem się, że to ja biorę całą odpowiedzialność za nią, nie oddając odpowiedzialności jej. I to był ten moment, gdy poczułem, że wprawdzie nie jest tak, że ja zawsze tę odpowiedzialność przejmowałem, ale często czułem się dyskomfortowo w sytuacji, kiedy nie mogłem za coś w pełni odpowiadać albo nie mogłem nad czymś przejąć kontroli. I wtedy mi kliknęło, o co chodzi. Że jednak nie powinno się narcystycznie zawładnąć tą wspólną relacją. I że trzeba oddać pacjentowi jego część, dla mnie niedostępną. On też bierze za proces psychoterapii odpowiedzialność. Gdy padło to zdanie, że ja pacjentkę biologicznie prowadzę, i wyjaśnienia, o co chodzi z tą biologicznością, która jest związana z odpowiedzialnością i z lekarskim paradygmatem, doznałem wtedy wglądu emocjonalnego. Intelktualnie rozumiałem to dużo wcześniej, ale dopiero wtedy poczułem to do końca. I że tak naprawdę jedna z najistotniejszych różnic w pracy lekarza i psychoterapeuty wiąże się ze stopniem dzielenia odpowiedzialności za proces leczenia pomiędzy specjalistę i pacjenta.

W.Sz.: A gdy chodzi o lekarzy innych specjalności, a także psychiatrów, w rolach farmakoterapeutów, to jest z tą odpowiedzialnością inaczej?

M.F.: Jest trochę podobnie, bo przecież lekarz nie do końca jest za wszystko odpowiedzialny. Odpowiedzialny jest, za zalecenia, za przekazywane pacjentowi treści, za sposób ich przekazywania, za swoje decyzje, gdyż są to decyzje, które mogą mieć sporą wagę. Pacjent decyduje się na coś, co jest proponowane, lekarz jest tym, który proponuje. Czyli zawsze mamy do czynienia ze zdolnością do oddania inicjatywy i do współuczestnictwa, ale w pełnym tego słowa znaczeniu, nie tylko na zasadzie relacji lekarza z pacjentem. Pogląd ten wyraźnie zakłada, kto tu jest figurą przywiązaniową, że to nie jest pacjent, tylko lekarz. W psychoterapii to przestaje być takie proste. Podlegamy różnym mechanizmom psychologicznym i nawet jeżeli do terapeuta jest tym, który analizuje i ma jakąś określoną władzę, to przecież też tym mechanizmom podlega i uwzględnia to w procesie leczenia.

Ja uważam, że przeciwprzeniesienie to nie jest coś, co pochodzi tylko od konkretnego pacjenta, ale przeciwprzeniesienie to są uczucia terapeuty, które budzą się w pewnych warunkach. Więc pacjent w procesie psychoterapii jest dla mnie tą istotną figurą, która mnie stawia w różnych pozycjach, niekoniecznie tylko w pozycji rodzica.

W.Sz.: Właśnie. I musisz te zjawiska rozpoznać, poradzić sobie z tymi odczuciami, żeby w ogóle móc z nim pracować dalej, nie odbierając mu odpowiedzialności.

Ale skoro poruszamy temat odpowiedzialności i to niekoniecznie za pacjenta, chciałabym cię zapytać, jak rozumiesz to, że od wczesnej młodości zgadzałeś się na pełnienie różnych odpowiedzialnych funkcji, całkiem dobrze się z nich wywiązując. Na początku, w czasach ustrojowego przełomu, na fali zmian i walki o nie to zaangażowanie było zrozumiałe. Potem jednak podejmowałeś się różnych zadań, powiedziałabym społecznie, aż do dziś. Poza tym podjąłeś się odpowiedzialnej funkcji szefowania Zakładem Terapii Rodzin. Czy w rodzinie są takie tradycje, taki przekaz?

M.F.: Nie, raczej nie ma takiej długiej tradycji, sięgającej poprzednich pokoleń. Ojciec kierował zespołem ludzi i wprawdzie była to nieduża jednostka, ale opierała się w całości na moich rodzicach. Oni musieli być zawsze do dyspozycji, w tym sensie, że jak się coś działo i o trzeciej w nocy trzeba było wstać, to się to robiło. Oraz że w całości odpowiadali za efekty. I to była szkoła odpowiedzialności też dla mnie: patrzyłem na to w domu. Poza tym byłem starszym bratem dwóch siostr i też za nie odpowiadałem czasami ponad miarę, bo one skarżyły mamie i opowiadały różne nieprawdziwe rzeczy, a ja byłem uznawany za winnego i za wszystko odpowiedzialny.

W.Sz.: Ciekawa jestem, czy ta odpowiedzialność przełoży się na następne pokolenia, czy syn przejmie ten wzorzec?

M.F.: Nie wiem, on jest teraz w drugiej klasie liceum, ma 16 lat i do tej pory raczej unikał funkcji niosących odpowiedzialność, na przykład nie chciał kandydować do samorządu. Ale dosłownie trzy dni temu coś się wydarzyło i nie mógł odmówić udziału w poczie sztandarowym. Ku mojemu zaskoczeniu okazało się, że jest z tego zadowolony, że już ma jakieś kontakty z poczem czwartoklasistów, a to mu daje pewną orientację co do tego, co się dzieje. Patrzę i nie poznaję swojego syna od trzech dni, więc może, może...

W.Sz.: Wracając do twojej drogi do psychoterapii: dość wcześnie trafiłeś do Zakładu Terapii Rodzin, gdzie wtedy, w latach 2000, bardzo dużo się działo.

M.F.: Tak, ja nie we wszystkich tych wydarzeniach uczestniczyłem, nie wszystko było dla mnie dostępne, bo byłem wtedy jeszcze prawie studentem. Pamiętam, że kiedy chciałem się zapisać na pierwszy kurs psychoterapii, to profesor de Barbaro mi powiedział, że to jest dla mnie za wcześnie oraz że są starsi ode mnie, którzy czekają w kolejce. Ale bardzo dobrze wspominam i cenię sobie ten okres. Miałem wtedy roczny staż podyplomowy i musiałem być w różnych miejscach, gdyż ten staż był złożony z kilku części. Nie uwzględniał psychiatrii, ale profesor Dubiel poszedł mi na rękę i zgodził się na to, żebym połowę kilkumiesięcznego stażu internistycznego spędził na oddziale C, gdzie przez trzy miesiące mogłem uczestniczyć w codziennym życiu tego oddziału, a nie tylko w soboty, jak wcześniej. (Później jeszcze byłem tam w ramach stażu specjalizacyjnego.) Po ukończeniu rocznego stażu zostałem w 1995 roku asystentem w Collegium Medicum w wymiarze 1/4 etatu w Zakładzie Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii i dodatkowo, później 1/16 etatu w Szpitalu Uniwersyteckim. Pracowałem tam więcej niż wynosił mój etat i niekiedy do

godz. 22.00. Zajmowałem się na przykład z Andrzejem Kowalem (juniozem) tworzeniem sieci komputerowej, gdyż nastąpiły czasy rozwoju komputeryzacji. I tak jak mój syn się teraz cieszy, że w ramach poczty sztandarowej będzie miał kontakt z zespołami, które były dla niego wcześniej niedostępne, jak na przykład z ekipą nagłośnieniową, a interesuje go muzyka, tak ja się wtedy cieszyłem, że zajmuję się informatyczną stroną funkcjonowania całej kliniki, bo wtedy miałem kontakty z różnymi ludźmi.

W.Sz.: Tak, przypominam sobie, że przez chwilę myślałam wtedy, że jesteś informatykiem, ponieważ nasz Zespół Leczenia Domowego korzystał z twojej pomocy. Podziwialiśmy twoją ofiarność i cierpliwość w tłumaczeniu nam zawilosci korzystania z komputera, a także twoje umiejętności z tego zakresu.

M.F.: Pamiętam, zdarzyła się wtedy taka śmieszna historia. Gdy już miałem otwartą specjalizację w psychiatrii, poszedłem na zebranie sprawozdawczo-wyborcze Oddziału Krakowskiego PTP. Proponowano mnie tam do funkcji sekretarza w zarządzie. Ale doktor Wasieczko sprawdził, że nie jestem członkiem towarzystwa, więc nie mogłem kandydować. Z tym zebraniem zbiegło się w czasie to, że przez przypadek skasowaliśmy w komputerowej sieci pani prof. Marii Orwid ważne dla niej pliki, nie do odzyskania. Było już po zebraniu, chyba godz. 21.00, jak pani profesor zaczęła się na mnie złościć. Pamiętasz, jak ona umiała się gniewać, nakręcała się, wiało grozą, nie wiadomo było dokładnie, jak się to skończy, ale wiadomo było, że fatalnie. I ja w końcu powiedziałem: „Pani Profesor no tak, skasowaliśmy to, to co ja mam teraz zrobić?”. A ona powiedziała mi „zapisać się do PTP-u”. I w jednym momencie całe napięcie puściło. Paradoksalnie jest tak, że jak człowiek się przyzna do winy i bezradności, to wtedy zyskuje i sytuacja się zmienia.

W.Sz.: A dodatkowo Pani Profesor ceniła sobie szczerość.

Wracając do Twojej drogi zawodowej, myślę, że było korzystne, iż zaczynałeś od stażu w oddziale C, gdzie zwykle trafiają młodzi pacjenci w sytuacji pierwszego, często ostrego zachorowania na psychozę, gdzie można obserwować, jak choroba się rozwija.

M.F.: Tak. Bardzo sobie cenię to doświadczenie, niezbędne dla psychiatrii. Absolutnie powinno się zaczynać od takiego oddziału, dlatego że praca tam pokazuje granice możliwości, pokazuje w ogóle, co się może dziać z człowiekiem w chorobie, daje pewną konfrontację z rzeczywistością subiektywnego świata przeżyć, którego nie da się zmanipulować żadnymi technikami. Uczy pokory, że trzeba przyjąć pewne rzeczy, z którymi nie da się wiele zrobić. Teraz nie zajmuję się intensywnie pacjentami z psychozami. Ale wtedy, już po stażu na tym oddziale, przysłuchiwałem się rozmowom w Zakładzie Terapii Rodzin na temat wcześniejszej pracy koleżanek i kolegów, między innymi na obozach w Lubogoszczycy z ostrymi pacjentami, a także innym ich wspomnieniom, bardzo dla mnie ciekawym. I tak na przykład szef zakładu opowiadał, że kiedyś jako młody lekarz miał zostać na dyżurze w oddziale z szalejącym pacjentem i nie bardzo wiedząc, co ma z nim robić, zapytał o to wychodzącego już z pracy swojego szefa. Otrzymał odpowiedź „ja ci radzę, rób co chcesz”. I został z problemem sam. To pokazuje jakiś rodzaj osamotnienia i bezradności młodego lekarza oraz to, że nie zawsze tak się dzieje, ale bywa, że człowiek pozostaje sam z trudną sprawą.

W.Sz.: Tak, mówiła mi o tym Lucyna Drożdżowicz, wspominając swoją pracę w hostelu z pacjentami z psychozą, gdzie — będąc młodą psycholożką — musiała dawać sobie radę z trudnymi sytuacjami, co ją zahartowało i nauczyło radzenia sobie z nimi samodzielnie, ale też we współpracy z innymi.

M.F.: Z czasem ja też współpracowałem z Lucyną i z innymi osobami w Zakładzie Terapii Rodzin, ale wcześniej podjąłem reaktywowane studia doktoranckie; trafiłem do pierwszego naboru. Nasz status był kompletnie niejasny. Dostawaliśmy jakieś bardzo małe stypendium. Nie było pewne, czy jesteśmy ubezpieczeni. Z drugiej strony mieliśmy dużo swobody w aranżowaniu sobie własnej aktywności, mieliśmy dużo wolności. Zająłem się badaniami nad chorobami psychosomatycznymi, starając się integrować wiedzę z trzech obszarów: tego, który miałem po studiach medycznych ugruntowany, czyli funkcjonowania człowieka na poziomie biologicznym, następnie funkcjonowania człowieka na poziomie psychicznym, jego emocji i umysłu. Z trzeciej strony dochodziła wiedza systemowa, która się wtedy rozwijała, o rodzinie i innych systemach, w których żyjemy. I to mi się zaczęło integrować, na ile możliwe w ogóle jest takie myślenie integralne. Oczywiście jest to problem takiego redukcjonizmu, który w naukach jest konieczny, żeby pogłębiać wiedzę. Polega on na tym, że aby człowieka analizować, trzeba dokonać redukcji — rozłożyć złożoną istotę ludzką „na części”, w celu pogłębienia analizy, a jak się to robi, to jest problem, jak je wszystkie poskładać. Medycyna dokonuje swoich rozbiórów, psychoterapia dokonuje swoich rozbiórów. Następnie, jak pewien australijski badacz psychosomatyki napisał, ten proces redukcjonistyczny polega na tym, że jak się już pogłębi swoją wiedzę w jakimś obszarze, to ona się wydaje ważniejsza niż ta inna. Albo jest naukowo lepiej uzasadniona, albo więcej na dany temat wiadomo. I wtedy zaczynamy bardziej temu oglądowi ufać, bo jak już coś wiemy, to wtedy możemy bardziej ufać. Mamy skłonność do pozostawiania w pewnej niszy, która zawiera wiele możliwości, jeżeli chodzi o zrozumienie przedmiotu badań, ale może osłabiać zrozumienie całości. Trafiło to na moje jeszcze świeże doświadczenia z medycyny na to, że w tym właśnie systemowym podejściu miałem możliwość zobaczenia, że to, co się z człowiekiem dzieje, zależy od wielu czynników, od innych ludzi i relacji z nimi na przykład. Jest dość rozwinięta literatura psychosomatyczna, dość rozwinięta literatura medyczna, ale mało jest takich solidnych powiązań pomiędzy nimi, bo jest tak, że psychologowie piszą, mając mętne wyobrażenie o biologii, lekarze piszą, mając mętne wyobrażenia o psychologii. I trudno o to, aby te dwa obrazy mogły się nakładać czy choćby uzupełniać. Zaczęło mnie to zagadnienie ciekawić, a jeszcze zachęciło mnie do jego badania. W 1994 roku została utworzona w Polsce specjalizacja z medycyny rodzinnej. Kiedy zacząłem pracować w Zakładzie Terapii Rodzin lekarze rodzinni kierowali do nas bardzo dużo pacjentów psychosomatycznych. I on napisał wtedy książkę „Pacjent w swojej rodzinie”, wydaną przez PWN Springer. Niestety, nie było jej wznowień. Pod koniec lat 90. robiliśmy badania i wtedy pojawiło się narzędzie, które wcześniej było wykorzystywane w programie zwanym K10, czyli dziesięcioletniej katamnezie pacjentów ze schizofrenią. Było to narzędzie do badania funkcjonowania rodziny.

Powstał pomysł, żeby sprawdzić, jak funkcjonują rodziny, w których ktoś choruje somatycznie. Wymyśliliśmy, żeby to były rodziny z chorobą niedokrwienną serca, bo to jest stosunkowo najlepiej poznana choroba pod kątem psychosomatycznym. Zacząłem się wtedy naukowo interesować tym tematem i z tego powstał później mój doktorat. Nazwalismy ten program „grantem warszawskim”, gdyż był realizowany wspólnie z profesorem Ireną Namysłowską, która była jego kierownikiem. W Warszawie były jeszcze badane rodziny z uzależnieniem, u nas badaliśmy rodziny z pacjentem chorującym na schizofrenię, rodziny kardiologiczne oraz rodziny z konfliktem małżeńskim. I to mnie bardzo wciągnęło, bo za-

częły się pokazywać różne ciekawe rzeczy. Na przykład rodzina kardiologiczna tym lepiej funkcjonuje, im bardziej mężczyznę boli serce, gdy ma dolegliwości od serca. Okazało się, że objawy i choroby mają bardzo duży wpływ na klimat, atmosferę w rodzinie. Czyli, że są systemowi rodzinemu i jego członkom potrzebne do tego, żeby system ten mógł się stabilizować na innych poziomach. Objawy choroby redukuje konflikty wewnętrzne człowieka i jego konflikty zewnętrzne. Okazało się, że istnieją już teorie na ten temat. Czyli, że wcale nie jest takie oczywiste ani pewne, że choroby trzeba eliminować, leczyc, ponieważ mają one swoją funkcję i dobry udział w tym, że człowiek funkcjonuje stabilniej w niektórych sytuacjach. Podobnie rodziny, które badaliśmy, a być może też większe organizacje ludzkie. To wszystko jest dość skomplikowane i ma wiele swoich odsłon.

W.Sz.: W Zakładzie Terapii Rodzin, gdzie robiłeś te badania, zacząłeś prowadzić też terapię rodzin i par. Czy mógłbyś powiedzieć, jak ona się rozwijała w ciągu tych lat i jaki miałeś w tym udział? Co się zmieniało w Twoim myśleniu o terapii rodzin oraz co najbardziej Cię wciągnęło? Może zbyt dużo tych pytań.

M.F.: Rzeczywiście to jest złożona historia, nawet nie wiem, czy to się da wszystko po kolei powiedzieć tak, żeby trzymało się chronologicznego porządku. Gdy zacząłem pracę w Zakładzie Terapii Rodzin, w roku 1995, to był jeszcze okres, kiedy pracowało się w oparciu o te starsze podejścia strategiczne, strukturalne. Rozwijało się myślenie oparte o osiągnięcia szkoły mediolańskiej, a następnie pojawiły się nurty konstrukcjonistyczne i narracyjne.

Cały czas było obecne myślenie transgeneracyjne. Dla mnie jako młodego adepta po medycynie najbardziej fascynująca była piorunująca skuteczność niektórych interwencji.

Miało to niemal magiczny wymiar, gdy widziało się, jak pewne proste interwencje mogą zmienić funkcjonowanie systemu rodzinnego. Pamiętam taką jedną terapię pary, którą dokładnie analizowałem i opisywałem. Pan cierpiał na anoreksję i profesor Bogdan de Barbaro zastosował interwencję strategiczną, żeby zatrzymać destrukcyjny sposób funkcjonowania pana, który dużo ćwiczył i wymiotował. To rzeczywiście już się bardzo na jego zdrowiu fizycznym odbijało. Interwencja była taka, że trudno mi było powstrzymać się od śmiechu. Na szczęście byłem za szybko, więc wiedziałem, że tam mogę swobodnie reagować. Natomiast obawiałem się, że ta rodzina pomyśli, że ktoś się z nich nabija albo drwi z nich, bo wydawało się, że ta interwencja jest na pograniczu jakiegoś rodzaju manipulacji czy gry. Terapeuta postanowił objaw zmodyfikować i zapytał pana, czy on jest w stanie przed pewien czas powstrzymać się przed wymiotowaniem. On powiedział, że jest to trudne, ale przez pewien czas, na przykład jeden dzień, jest w stanie. Następnie Bogdan de Barbaro zapytał, czy byłby w stanie wymiotować na zawołanie. On powiedział, że bez problemu. I wtedy dostał zalecenie, żeby w poniedziałki, środy, piątki nie wymiotować, a we wtorki, czwartki i soboty wymiotować, nawet jak mu się nie chce. Na niedzielę nie dostał konkretnej instrukcji. Ta para przyszła po dwóch tygodniach i okazało się, że pan nie był w stanie w ogóle wymiotować. Był po prostu wściekły. Ta interwencja i jej skutek były czymś imponującym, magicznym.

Ja się uczyłem psychoterapii mozolnie, od podstaw. Nie byłem pewny, czy ta metoda pracy w ogóle działa. Stopniowo nabierałem do niej zaufania. Krysia Zawadzka, bardzo doświadczona terapeutka, nagle w pewnym momencie, po jakiejś spektakularnej zmianie w stanie pacjenta oświadczyła, że psychoterapia chyba jednak działa.

W.Sz.: Co Cię ostatecznie przekonało do psychoterapii, a konkretnie do terapii rodzin i par? Idąc za tym, o czym wcześniej mówiłeś, że choroba bywa przydatna w rodzinie, bo stabilizuje relacje w niej, to w tym opisanym przypadku, gdy już objaw zniknął, co się dalej działo w pracy z tą parą, już pewnie na innym poziomie?

M.F.: Terapia była kontynuowana i to z dobrym efektem, ale kompletnie nie pamiętam, co konkretnie tam się dalej działo, bo to było jakieś 25–30 lat temu. Natomiast co do tej interwencji, chociaż ją znam na pamięć, to jednak nie próbowałem jej powtarzać, kierując się zaleceniem jak w tych filmach przedstawiających niebezpieczne pomysły, „nie róbcie tego sami w domu”. Ale musiałem ją przeżyć, bo zapamiętałem ją dokładnie, zastanawiałem się nad nią. Psychoterapia jako metoda leczenia, to był taki obszar, do którego się zbliżałem i oddalałem. I oscylowałem pomiędzy entuzjazmem a sceptycyzmem. Być może, do tej pory tak się dzieje, do pewnego stopnia. Teraz już jestem pewien, że mój sceptycyzm, o ile się pojawia, wynika z aktualnych przeżyć bardziej niż z tego, że moje doświadczenie przeczy zasadności terapii, a wtedy nie miałem świadomości, że te różne przeniesieniowe aspekty na mnie tak działały, że się od tego odwracałem.

W.Sz.: Który z nurtów psychoterapii i terapii rodzin okazał się najbliższy Twojemu rozumieniu człowieka, jego zaburzeń? Oraz który z nich najbardziej pasuje do stylu Twojej pracy, temperamentu, sposobu komunikowania się?

M.F.: Rzeczywiście, każdy z nas ma troszkę inny sposób pracy, który jest dla niego wygodny z różnych powodów, tych przeciwprzeniesieniowych, ale też osobowościowych. Ja myślę, że zawsze byłem wrażliwy na pracę z językiem. Nawet nie myślałem o tym, że pracuję w sposób konstrukcjonistyczny, ale kiedyś pewien stażysta, konkretnie Bartek Zalewski, doświadczony terapeuta, zwrócił mi uwagę, że tak właśnie pracuję. Nie zdawałem sobie z tego sprawy. Myślałem, że konstrukcjonistycznie pracuje u nas tylko profesor Bogdan de Barbaro. Najwyraźniej tak niepostrzeżenie nasiąknęłam tym stylem pracy. Okazało się, że mi odpowiada praca z dialogiem i językiem, ze znaczeniami. Bardzo bliskie jest mi to późne podejście mediolańskie, bo ono też w dużej mierze opiera się na pracy narracyjnej, z językiem.

Jeżeli z kolei chodzi o zrozumienie tego, co się dzieje podczas sesji, tego, jak funkcjonuje rodzina, trzeba sobie stworzyć jakieś wyobrażenia. Z biegiem lat coraz bardziej się orientuję, że głównym narzędziem pracy terapeuty tak naprawdę jest wyobraźnia — to, co ja sobie wyobrażam, czyli to budowanie pewnego wewnętrznego obrazu tego, co się dzieje w tej rodzinie i praca w oparciu o ten obraz.

Spośród takich wyobrażeń najwięcej wnoszących do terapii, spośród podejść systemowych bardzo ważne dla mnie jest transgeneracyjne podejście Bowena. Uważam, że był to wielki człowiek i jedna z większych postaci psychoterapii, stanowczo niedoceniona na szerszym jej polu. On jest znany w terapii rodzin, natomiast mało kto wie, że Bowen w latach 60.–70. sformułował teorię bliską modelowi mentalizacji. Fonagy i inni doszli do tego inną drogą, nie powołując się specjalnie na Bowena, który przecież pracował w oparciu o rozwój zdolności podejścia refleksyjnego do własnych uczuć i tego, co się dzieje w relacjach. I to właściwie było osią jego teorii. Jego podejście jest mi bardzo bliskie. Często myślę o rodzinie w kategoriach fuzji i różnicowania się, co oczywiście na metody pracy może się różnie przekładać, bo to jest wyobrażenie, którego używam do tego, żeby zrozumieć, co w rodzinie się dzieje.

W.Sz.: Rozumiem, że teoria Bowena i ten nurt terapii rodzin wpłynęły na Twoje rozumienie powstawania symptomów oraz sposób pracy. Czy ktoś lub coś jeszcze miało znaczenie?

M.F.: Tak, duże znaczenie w zmianie myślenia o psychoterapii rodzin, a zwłaszcza o terapii par, miała moja własna psychoanaliza, którą rozpocząłem w 2011, a skończyłem w 2017 roku.

Było to dość długie i bardzo intensywne doświadczenie. Kiedy muszę gdzieś przedstawić swój warsztat pracy, to zwykle o tym mówię, dlatego że takie formalne szkolenie, na które zawsze się wszyscy powołują, jest w granicach 1200 godzin, a moja psychoanaliza znacznie przekraczała tę liczbę godzin. I myślenie psychodynamiczne i psychoanalityczne zaczęło coraz głębiej wchodzić do mojej pracy, zwłaszcza z parami, choć nie weszło w taki sposób, że ja sobie tworzyłem model rozumienia w oparciu wyłącznie o to podejście. No i tu się kłania politeizm — wiara w więcej niż jedno podejście terapeutyczne. Ale akurat w pracy z parami korzystanie z dwóch paradygmatów zaczęło mieć dla mnie coraz większe znaczenie. Dużą rolę odegrała tutaj wieloletnia superwizja naszego zespołu prowadzona przez Joannę Skowrońską, analityczkę grupową wywodzącą się z Rasztowa, która pracując z nami, dawała nam dość konkretne wsparcie. Mówiąc „nam”, mam na myśli młodszych pracowników, tych, którzy dołączyli do pracującego od dłuższego czasu razem zespołu, a z tych młodszych ja byłem najstarszy, ale też trochę się do tej grupy zaliczałem. Prowadziliśmy wtedy w zespole terapię par i to były długoterminowe procesy. Tu powinienem powiedzieć, że gdy superwizowałem terapię, w której było 80 sesji, wyczuwałem u kolegów sugestie, że coś ze mną jest nie tak, poza superwizorką Joanną Skowrońską. Pamiętam, jak kiedyś profesor Bogdan de Barbaro postawił taką tezę, że jeśli po 12 sesjach terapia nie ma się ku końcowi, to należałoby się dokładniej przyjrzeć temu procesowi. To dotyczy oczywiście zmian bardziej systemowych, czyli na przykład takich, w wyniku których pewne przesunięcia w rodzinie mogą przywracać inny rodzaj homeostazy. Natomiast jeżeli chodzi o głębsze zmiany, to oczywiście mogą one nastąpić w wyniku tej terapii później, już w naturalnym procesie rozwoju rodziny albo pary, a nie w czasie jej trwania.

Natomiast pamiętam parę, z którą miałem około 80 sesji. Koledzy tak patrzyli na mnie, że miałem poczucie winy, iż tak długo prowadzę tę terapię. Z drugiej zaś strony miałem przekonanie, że powinna ona nadal trwać. I pamiętam, jaką ulgę poczułem, gdy Joanna Skowrońska powiedziała, że to jest dobrze zaczynająca się terapia i zachęcała mnie do wydłużenia tego procesu. Terapia dotyczyła osób z dość konkretnymi zaburzeniami osobowości. Jedna z nich wręcz wpadała w stany psychotyczne. Okazało się, że ten proces wtedy, około 80. sesji, był mniej więcej w połowie. I ta terapia dobrze poszła, chociaż była bardzo, bardzo trudna. Ten sukces terapeutyczny podbudował moją wiarę w to, że zasoby rodziny można wykorzystać do tego, żeby ludzie się zmieniali, także osobowościowo. Do tego też nas przekonała Skowrońska, wspierając intuicje nie tylko moje. Inne osoby, które miały własne szkolenia albo superwizje psychoanalityczne, też stopniowo coraz bardziej korzystały z tego doświadczenia w pracy z parami. Mieliśmy zresztą coraz więcej par w terapii, a coraz mniej rodzin, w związku z różnymi organizacyjnymi, ale też społecznymi zmianami. I okazało się, że może terapia par nie jest uniwersalnym narzędziem, ale potrafi być rzeczywiście potężne w sytuacji, zwłaszcza takich osób, które w innych okolicznościach nie miałyby motywacji do zmiany w ogóle. Przyprowadzone przez swoich

partnerów podejmowały się wspólnej z nimi pracy, która polegała na tym, że podczas sesji różne zmiany były inspirowane, a potem para wracała do domu i pracowała nad nimi dalej. Więc terapia par bywa dużą dźwignią zmiany, dającą niektórym osobom szansę na takie modyfikacje, które moim zdaniem w indywidualnej terapii nie byłyby możliwe

W.Sz.: Podnosiłeś kilka razy znaczenie terapii własnej dla powodzenia prowadzenia psychoterapii z innymi osobami. Wybrałeś terapię psychodynamiczną.

M.F.: Tak, bardzo intensywną, bo miałem regularną psychoanalizę 4 razy w tygodniu. Wiemy, że powinno się odbyć własną terapię, ale się nie musi. W moim przypadku większe znaczenie miały powody i wątki osobiste niż szkoleniowe. Bardzo zachęcam wszystkich do tego, by, mając jakiś powód, podjęli terapię własną. Myślę, że lepiej taki powód mieć, niż iść tak tylko treningowo po to, by, jak się to mówi, „ostrzyść narzędzia”, czyli innymi słowy — wzbogacać warsztat. Ja od początku miałem świadomość, że moja terapia nie jest ostrzeniem narzędzi, tylko bardziej wypływa z potrzeby poukładania sobie różnych swoich spraw. Dla rozumienia i stosowania terapii taka świadomość bardzo dużo zmienia.

W.Sz.: Wracając do pracy terapeutycznej w Zakładzie Terapii Rodzin. Prowadziliście ją dwójkami, w parach, prawda? Ciekawa jestem, bo też mam doświadczenie pracy z koterapeutą, jak to się udawało. A dodatkowo mówiłeś, że ważnym narzędziem w tej pracy jest wyobraźnia. Zastanawiam się, jak to możliwe, żeby w koterapii korzystać nawzajem z tej wyobraźni, gdyż każda z osób ma inne skojarzenia, odniesienia i tworzy inny obraz rodziny czy pary, z którą pracuje.

M.F.: Różnie było z tą pracą w parach w zakładzie, z czasem koterapia z drugim zatrudnionym terapeutą została zastąpiona refleksją koterapeutyczną w zespole stażystów, który to spotkanie obserwował i który dawał oparcie podczas omówień sesji terapeutycznych.

Do takiego rozwiązania zmuszała nas ekonomia, dlatego że przy bardzo niskich stawkach za terapię rodzin i par, gdybyśmy wszystkie pary prowadzili podwójnie, nasz deficyt byłby większy. Bardzo trudne pary czy rodziny prowadzimy dalej dwójkami. Czasem bywa tak, że po konsultacjach dołącza drugi terapeuta, niebędący członkiem zespołu stażującego, tylko etatowy pracownik zakładu. A co do tej wyobraźni, że każdy ma swoją, to prowadzimy dialog i rozmawiając w parze terapeutycznej możemy te odrębne obrazy porównywać, korygować. Poza tym, posłużę się tytułem książki Mary Morgan „Stan umysłu pary”, w parze koterapeutycznej także powstaje ten swoisty, wspólny stan umysłu. Podobno w najbliższej konferencji Fundacji na Szlaku większość wystąpień będzie temu zagadnieniu poświęcona. Zatem to, co się dzieje między koterapeutami jest ważne. Ciekawe jest to, w jaki sposób moja wyobraźnia jest inspirowana przez wyobraźnię mojego koterapeuty i nawzajem.

W.Sz.: Chciałabym, abyś coś więcej powiedział o tym, jakie były początki Twojej pracy z rodzinami, z kim je prowadziłeś i co było najbardziej pomocne.

M.F.: Właściwie mogę powtórzyć to, co mówią stażyści, tylko, że oni mają krótkie, a ja miałem długie doświadczenie dostępu do warsztatu terapeutycznego, ale też dostępu do refleksji nad tym warszatem, czyli bezpośredniego oglądania sposobu pracy moich kolegów i uczestniczenia w niej. Stażyści sobie bardzo cenią doświadczenie obserwacji terapii i możliwość uczestniczenia w dyskusjach. To przyglądanie się pracy kolegów także mnie ośmieliło do różnych rzeczy, pokazało mi, że warto rozwijać własną drogę, gdyż każda z osób, które pracowały w zakładzie, robiła to świetnie, ale inaczej niż inne. Gdy

się okazuje, że nie ma jednej drogi, to wtedy można na różne sposoby być pomocnym, sprawnym, efektywnym. Szybko też do mnie dotarło, że nie da się nauczyć terapii z książek, tylko trzeba wypracować własną metodę w praktyce.

Tutaj wróć do Teresy Żuchowicz, która była ważną dla mnie osobą, moją pierwszą superwizorką. Gdy zapytałem ją, co powinienem czytać na początku, oczekując, że dostanę listę lektur, które przeczytam szybko, ona powiedziała, że na początek lepiej, żebym niczego nie czytał. Miała wycucie, bo nie chciała, żebym doświadczył złudzenia, że książka powie człowiekowi wszystko o innym człowieku, co po dzisiejszemu nazwalibyśmy aktywnością pseudomentalizacyjną. Trzeba samemu dojść do wielu rzeczy i droga wiedzy przez pracę z pacjentami, kiedy jest się wrzuconym na głęboką wodę. Często właśnie w takiej sytuacji dopiero uczymy się pływać. I mnie się to zdarzyło podczas mojej pierwszej sesji terapeutycznej. Przez długi czas miałem poczucie, że taka praca jest dla mistrzów, że ja ewentualnie mogę coś skomentować, przyglądając się jej z daleka, za co byłem wdzięczny. I nagle to uległo zmianie. Przyjechałem do zakładu rano. Profesor Bogdan de Barbaro był pochylony nad dokumentacją jakiejś nowej pary, którą miał przyjąć. Para była bardzo protegowana i przywiązana do tego, że jest protegowana. Oczekiwała, że jej terapię poprowadzi kierownik zakładu. Patrzyłem na niego przeglądającego papiery i dziwiłem się, bo nigdy wcześniej tego nie robił, aby nie budować sobie za dużo wyobrażeń przed rozpoczęciem pierwszej sesji. I w pewnej chwili powiedział: „panie Mariuszu, pan poprowadzi tę konsultację, bo ja muszę jechać do Węglówki [czyli ok. 45 km od Krakowa]. Postaram się wrócić przed zakończeniem sesji”. I rzeczywiście wrócił na podsumowanie, więc zdążyłem podczas przerwy jeszcze z nim porozmawiać. Ale i tak musiałem stanąć twarzą w twarz z osobami wymagającymi i takimi, o których wiedziałem, że mają duże oczekiwania. Przetrwiałem jakoś tę sesję i potem już samodzielnie prowadziłem tę terapię oraz inne. Był to rzeczywiście rzut na głęboką wodę, bo ja nigdy wcześniej nie prowadziłem pary, miałem tylko doświadczenia z terapią indywidualną. W dodatku nie było żadnych obserwatorów, nawet stażystów. Na ogół zawsze ktoś był i w trakcie sesji obserwator mógł się połączyć z osobą prowadzącą przez intercom, który notabene był naszym utrapieniem. Z dzisiejszej perspektywy powiedziałbym, że służył on do odreagowywania różnych emocji, które trudno wytrzymać za szybą. Z czasem wszyscy nauczyli się tego urzędzenia używać ostrożnie i z umiarem, bo się działy niedobre rzeczy, jak to używanie było zbyt intensywne. Stopniowo też wypracował się taki model pracy w tej koterapii, że był terapeuta prowadzący i drugi terapeuta, który służył pomocą, ale nie miał wpływu na główną aktywność w trakcie prowadzenia spotkania. Więc w takich parach terapeutycznych pracowałem ze wszystkimi współpracownikami z zespołu w różnych układach. Na początku ja byłem za szybą jako koterapeuta. Później prowadziłem terapię, a bardziej doświadczona osoba ją obserwowała i omawiała ze mną. Czyli terapia była dość intensywnie nadzorowana, co było nieco stresujące, ale bardzo pomocne. Można powiedzieć taka superwizja na żywo.

W.Sz.: Gdy pracowałeś z różnymi osobami, to jako początkujący terapeuta, musiałeś się dopasować do różnego stylu pracy. Poza tym uczyłeś się kooperacji z różnymi osobami. Jak Ci się to udawało, jak wspominasz ten czas?

M.F.: Rzeczywiście było różnie, prowadząc terapię z jednymi osobami czułem się bardziej niezależny, z innymi bardziej zależny, z jednymi osobami czułem się bardziej

oceniany, z innymi mniej. Ale to nigdy nie było na takim poziomie, żeby taki rodzaj oceniania mi przeszkadzał.

Mało tego, ta koleżanka, która była najbardziej ocenna, robiła uwagi w taki sposób, że mnie one nie blokowały, gdyż były bardzo konstruktywne. W terapii każdy zwraca uwagę na trochę inne aspekty i to też jest cenne, przydaje się nam. Więc miałem doświadczenie wejścia na Olimp, gdzie, nawiązując do politeizmu, tych bogów było dużo, ale z każdym można było coś innego utargować. Poza tym, jak na instytucję medyczną, panowały u nas niespotykane gdzie indziej relacje, które nazwałbym funkcjonalnym zawieszeniem hierarchii. Polegało to na tym, że głos każdego był słuchany i ważny, nie mniej niż głos kogoś, kto był autorytetem czy szefem. To jest taki rodzaj podtrzymywania dialogu w zespole kolegów, terapeutów, że nawet jak ktoś ma mniejsze doświadczenie i mniej do zaferowania, to może mieć poczucie, że jak coś mówi to jego zdanie jest równie istotne jak pozostałych. Do dziś uważam, że w zespole terapeutów pewna równość czy egalitarność jest czymś bardzo cennym. Może nawet nie wszyscy terapeuci sobie z tego zdają sprawę. Ci, którzy pracowali w różnych instytucjach związanych z uczelniami medycznymi, gdzie jest bardzo silna hierarchia, wiedzą, że może być inaczej. Niekiedy taka hierarchia jest konieczna, na przykład w dyscyplinach zabiegowych, przy silnych napięciach i emocjach, które tam się pojawiają, to właściwie tylko dzięki hierarchii da się utrzymać pracę w jakichś ryzach.

Dla mnie hierarchia w mojej instytucji była tam, gdzie był profesor Adam Szymusik, ówczesny kierownik krakowskiej Katedry Psychiatrii. Rzeczywiście tam miałem poczucie, że stoję przed obliczem najwyższego i może lepiej za dużo się nie odzywać. W zakładzie nigdy takich stosunków nie było. Było to miejsce, które leczyło z syndromu sztokholmskiego nabytego na studiach. Można powiedzieć, że wobec przemocy, która dzieje się na uczelni medycznej Zakład Terapii Rodzin pełnił trochę rolę terapeutyczną.

W.Sz.: Do tego stopnia, że po pewnym czasie zacząłeś nim kierować. Opowiedz, proszę, jak do tego doszło i jak się czujesz w tej roli, która wymusza odpowiedzialność za pracę, ludzi, wymaga kierowania zespołem.

M.F.: Nigdy nie miałem ambicji, by zarządzać ani przyjemności w zarządzaniu. W warunkach współpracy z doświadczonymi, autonomicznymi indywidualnościami kolegów jeszcze się tego bardziej pozbyłem, a tu trzeba było w to wejść. W dodatku zespół zakładu pozostawał pod silnym wpływem wizji profesora Bogdana de Barbaro. Była to grupa osób w podobnym wieku, bardzo z nim i ze sobą nawzajem związana i ten zespół zaczął się przed odejściem profesora dekonstruować. Zresztą to nie był nagły proces, był stopniowy i trwał wiele lat. Były tu różne powody odchodzenia, niektórzy wyjechali jak Przemek Dawidowski, inni odeszli na emeryturę jak Krysia Ostoja-Zawadzka oraz do innych zajęć, ale trudno było odchodzić, gdyż działały mocne siły dośrodkowe jak w bowenowskiej rodzinie. W takich sytuacjach odejście odbywa się w dużym napięciu, jest bardzo emocjonalne. To jest trochę tak, że gdy silnie związany zespół stanowi jeden organizm, to potem oddzielenia od niego przebiegają jak amputacje, czyli są bardzo bolesne. Oczywiście to jest tak, jak w rodzinie, w której własny rozwój czy próby indywidualizacji są życzliwie postrzegane, dopóki ktoś nie wychodzi z domu. Czyli w domu czy zespole można być bardzo autonomicznym, ale tylko tutaj, w tym miejscu, a poza nim już nie.

Gdy w 2015 roku zrobiłem habilitację, miałem pomysł, żeby otworzyć zakład psychosomatyki, co spotkało się z życzliwym poparciem kierownika katedry, profesora Krzysztofa

Gierowskiego, ale to jeszcze spotkało się z napięciem w zespole, w wyniku czego zdecydowałem się zostać. Dlatego zmieniła się nazwa na Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, która jest poświadczeniem tego, że udało mi się w jakiś sposób zintegrować, a może nawet częściowo uchronić przed dysocjacją te dwa obszary. Ze starego zespołu zostały Ilona Kołbik, Bernadetta Janusz, Kasia Gdowska i Iza Janeczek-Siejka, która jest sekretarką, a więc kluczową osobą w naszym zespole. Wcześniej sekretarką, też ważną osobą, była Beata Grzejdziak, ale ona już chciała odejść na emeryturę i potem utrzymywała z nami relacje na tyle, na ile szczęśliwa osoba na emeryturze potrzebuje mieć relacje z miejscem pracy. Pojawiły się nowe osoby w zespole w momencie trudnym organizacyjnie z punktu widzenia katedry, gdy nastąpiły też nowe wymogi co do stanu zatrudnienia. Był to trochę czas przejściowy poszukiwania osób do zespołu, dopasowywania się.

W.Sz.: W tamtym czasie (2012) założyliście Fundację Terapii Rodzin na Szlaku, w co był zaangażowany też Jakub Bobrzyński. Tempo rozwoju Waszej placówki budziło mój podziw. Potem korzystałam z doradztwa Ani Kazberuk — jak można pozyskać od miasta lokal dla mojego Centrum Psychoterapii.

M.F.: A więc cofamy się nieco w czasie. Tak, to istotny wątek, który także mnie dotyczy, gdyż byłem w zespole szkoleniowym Fundacji Krakowskiej Katedry Psychiatrii im. J.J. Haubenstocków, której kursy zostały przeniesione do Fundacji Terapii Rodzin na Szlaku z różnych powodów organizacyjnych i tam jest część tej aktywności zespołowej, która tutaj, w zakładzie, w związku z różnymi ograniczeniami instytucji, nie może być realizowana. To jest takie nasze, tego starego zespołu ZTR-u dziecko, na które z dumą patrzymy, jak rośnie i staje się coraz bardziej niezależne, z czego się cieszę.

W.Sz.: Wróćmy jeszcze do tego, co aktualnie dzieje się w Zakładzie Terapii Rodzin i Psychosomatyki, którym kierujesz. Czy udaje wam się połączyć te dwa nurty: praktyczny, terapeutyczny i naukowy, badawczy, bo jednak wydaje mi się, że obydwa Cię zajmują. A dodatkowo są nowe wymagania instytucji. Jest to dość młody zespół, który ma swoje ambicje.

M.F.: Rzeczywiście, zajmując się psychoterapią warto utrzymać równowagę pomiędzy tymi dwoma obszarami — doświadczenia i refleksji nad nim. Nie można żadnego z nich pominąć. Bo jeżeli tego doświadczenia się nie pogłębia, to potem trudno jest rozważać problemy rzeczywiście istotne. Z kolei, jeżeli człowiek siedzi za głęboko w doświadczeniu i mało reflektuje, to też staje się nieprzydatny.

W.Sz.: Czyli dopiero dystans, spojrzenie z metapozycji pomaga w wyłonieniu tych istotnych elementów do przepracowania, które pojawiają w relacji z pacjentem, bo jeśli nie masz w ogóle doświadczenia, to za chwilę pójdziesz w jakieś mało przydatne w praktyce teorie.

M.F.: Wydaje mi się, że w ogóle uprawianie psychoterapii na tym polega: na nurkowaniu, a potem wynurzeniu się. A jak człowiek zanurkuje, to czasem mu brakuje powietrza. Niekiedy sam wypłynie, ale gdy zbyt głęboko zanurkował, to go superwizor musi wyciągać. Taki to jest proces. I oczywiście to nie jest tak, że to doświadczenie zawsze musi podlegać analizom na poziomie naukowym, czyli rygorom obiektywizacji, dyscypliny metodologicznej. Zawsze jednak potrzebujemy do pracy porządkowania materiału i refleksji nad nim, czyli omawiania i superwizji.

Z drugiej strony zakład przyciąga osoby zainteresowane badaniami naukowymi i być może uda się między jedną i drugą perspektywą znajdować powiązania, budować mostki,

wzbogacać swoje doświadczenie o refleksję na jeszcze innym poziomie, niż to się dzieje w codziennej pracy terapeuty. To z pewnością może być przydatne dla innych. Osoby pracujące w zakładzie rzeczywiście mają też ciekawość badawczą. I nawet jak są na etatach usługowych, nie naukowych, to przychodzą na zebrania naukowe, na które nie muszą przychodzić. Tak było zawsze i ten rodzaj kultury pracy się utrzymał, co jest bardzo korzystne.

W.Sz.: Z drugiej strony wiemy oboje, jak trudno być w pełni zaangażowanym w realizację ambitnych projektów naukowych, gdy trzeba się utrzymać, nie mówiąc o utrzymaniu rodziny. Wszyscy teraz pracują w kilku miejscach. Gdy już prowadzicie jakiś projekt, to kto nim kieruje, kto bierze za niego odpowiedzialność? Udaje ci się pełnić wtedy rolę szefa? Co do kierunku badań, czy każdy wnosi swoje pomysły, czy jest to twoje zadanie?

M.F.: Niestety odkryłem z czasem, że nie mam wrodzonej zdolności pilnowania dyscypliny. Jest tak, że jak już siebie upilnuję, to czasami też udaje mi się upilnować innych.

Jeśli chodzi o sprawność zarządzania, to ja nie oceniam się zbyt wysoko, ale też może to być jakiś rodzaj mojego zaburzenia egosyntonicznego, że ja nie bardzo dążę do zmiany niechęci do zarządzania. Sama myśl o tym, że mógłbym się przeistoczyć w szefa zarządzającego, wymagającego, odrzuca mnie, jest niespójna z moją osobowością. I dzięki temu, że nasz zespół jest niewielki, zaangażowany i nawykły do współpracy, to dużo dzieje się na zasadach demokracji. Czasami jednak, mimo wewnętrznej ambiwalencji, muszę coś zarządzić, bo to ogranicza chaos. Ale na całe szczęście ta grupa osób, bardzo żywych umysłów, w niezbyt dużym zespole, którym zarządzam, jest zmotywowana i zainteresowana tym, co robią. I mają swoje pomysły. Mój jest taki, aby badać, jak style przywiązania wpływają na to, jak ludzie się leczą. Warto by tu było zbadać też lekarzy, bo mam dużo takich przesłanek, które pokazują, że od stylu przywiązania lekarzy bardzo dużo zależy. Możliwe, że dlatego, że lekarz i medycyna są ważną figurą przywiązaniową dla człowieka, to interakcje między nimi oddziałują i wpływają na efekty leczenia.

Równocześnie pojawiło się w zespole dużo projektów. Na przykład jedna z koleżanek, Karolina Dejko-Wańczyk, wróciła z urlopu macierzyńskiego z dużą energią i z nawiązaną współpracą z Pracownią Małego Dziecka w Instytucie Psychologii i od razu gotowym projektem badań nad matkami w interakcjach z dziećmi. Są też projekty w toku i warto, aby je kontynuować, a moją rolą jest wspieranie wszystkich, a nie narzucanie jednego kierunku. Bo też jesteśmy w momencie, gdy zespół się rozkręca, jest w nim dużo energii.

W.Sz.: Widzę, że zaszła tu taka prawdziwa zmiana pokoleniowa, czuje się młodość tego zespołu i duży potencjał. Ciekawa jestem, czy są też inne zmiany. Czy nadal zgłasza się dużo par do terapii? Jacy to są pacjenci?

M.F.: Ze względu na zaostżenia rozliczeń NFZ-u, wszystkie osoby przyjmowane do nas muszą mieć rozpoznanie psychiatryczne, w związku z czym mamy dużo terapii par, w których ktoś ma zaburzenia osobowości. Musimy sobie z tym radzić, a ja dodatkowo ze sprawami organizacyjnymi, formalnymi związanymi ze strukturą, w której jesteśmy — z jednej strony szpitalną, z drugiej uczelnianą, która też się zmienia, gdyż podlega zewnętrznym kryzysom w opiece zdrowotnej, związanym z trudnościami ekonomicznymi. Niekiedy wymaga to rozeznania sytuacji i walki o utrzymanie miejsc dla pacjentów, którzy bardzo tego potrzebują, ale są pomijani przez decydentów. Zresztą, zawsze tak z psychiatrią i psychoterapią było.

W.Sz.: Tak, już jakiś czas temu spotkałam się z prognozami, które stale wracają, że psychoterapia w takim kształcie, jak ją uprawiamy, jest zagrożona. Mówiła o tym profesor Maria Orwid, pisze o tym Yalom i inni. To zewnętrzne zagrożenie różnych wartości mocno odczuwalne w dzisiejszym świecie, przekłada się na niedoceniającą znaczenia takiej psychoterapii.

M.F.: Bo psychoterapia przynosi korzyści w perspektywie całego życia, a nie z bieżącego okresu rozliczeniowego. Obecnie preferowana jest ta zadaniowa, przynosząca szybki efekt, a za taką uchodzi behawioralno-poznawcza. Pozostałe, oparte o inny kontakt, o głębszą relację, trwającą dłużej, są postrzegane jako nieopłacalne.

W.Sz.: Zastanawiam się, co można z tym zrobić, jaka jest tutaj nasza odpowiedzialność. Czego nie uczymy studentów, młodych lekarzy, przyszłych terapeutów czy menedżerów?

M.F.: Przychodzi mi do głowy pewna odpowiedź, ale nie wiem, czy będzie satysfakcjonująca, bo jest z pewnością niepełna. Nie uczymy cierpliwości i co gorsza nie mamy szans jej nauczyć, bo byłoby to kontrkulturowe. Świat z bardzo różnych powodów, o których moglibyśmy długo debatować, jest nastawiony na doraźne zyski i łatwe korzyści. CBT daje szybkie rozwiązania, zresztą w bardzo wielu przypadkach świetne. Nie kwestionowałbym wartości tego nurtu terapeutycznego, ale na pewno nie jest to terapia uniwersalna, taka, która zmienia wszystko. Ona zmienia niektóre aspekty funkcjonowania, daje ludziom ulgę i pomoc. Być może rzeczywiście była za mało doceniana wcześniej, gdy był kult długoterminowej terapii, w której się rozwija szczególna relacja między terapeutą a pacjentem. Ten nowy nurt, który szuka własnej tożsamości, bardzo intensywnie prowadzi badania po to, żeby potwierdzić z góry założoną tezę. Jest artykuł Jonathana Shedlera, chyba z 2017 roku, pt. „Gdzie jest dowód na terapię opartą na dowodach?”, w którym analizuje on badania, pokazując, jak one tak naprawdę były zmanipulowane. Takie podstawowe, na których opiera się teza o tym, że to skuteczne podejście terapeutyczne. Ale i tak ta terapia lepiej się wpasowuje w takie kulturowe zmiany, w wyniku których człowiek już nie czyta książki, na którą trzeba poświęcić 50 godzin, a ogląda film na YouTube, który trwa 3 minuty. Dlatego, że on daje natychmiastowe zaspokojenie poznawcze i nie ucząc, że czas nie jest dobrem takim jak pieniądze, które można nagromadzić i oszczędzać, tylko jest pewnym środowiskiem, w którym się poruszamy, które nam różne rzeczy daje. I sama wartość takiego doświadczenia, które się rozciąga w czasie, jest nie do zdobycia w inny sposób. Wymaga nakładu czasu, a ludzie chcą coraz szybciej i coraz mocniej czuć satysfakcję w krótkim czasie. Z jednej strony chcą satysfakcji, a z drugiej strony są podszyci lękiem. Jest taki syndrom tego, że coś mnie ominie, że stracę. Paradoks polega na tym, że większość rzeczy nas i tak ominie. I jak bardzo narcystycznie człowiek by nie konstruował sobie wizji świata, to nie da rady wszystkiego doświadczyć; nie ma takiej możliwości. Nie możemy pogodzić się z tym, że nie mamy stu procent produktywności, że na przykład marnujemy trochę czasu w ciągu dnia. Uważamy, że trzeba robić coś pożytecznego, albo takiego, co daje pieniądze, lub coś, co nas rozwija. Myślę, że to, że psychoterapia zanika z obszaru finansowanego publicznie, będzie podobnie jak z tymi książkami, które się długo czyta. Będzie obecna cały czas, ale już nie tak powszechna. Może tę stratę trzeba też jakoś zaakceptować.

W.Sz.: Przypomniałam sobie jeszcze to, o czym mówiłeś podczas wspomnianej już konferencji na Szlaku, a mianowicie o myśleniu szybkim i wolnym, i o pułapkach myśle-

nia Kahnemana¹. I pomyślałam sobie, co Cię do tych wniosków doprowadziło, czy samo czytanie książek Kahnemana, czy własne doświadczenie?

M.F.: I to, i to. Czytając Kahnemana odkrywałem różne rzeczy, co do których wcześniej miałem intuicję, albo nawet wiedziałem o nich. Profesor Jörg Bergman z Bielefeld prowadził dla nas seminarium — pracowaliśmy nad analizą krótkich sekwencji konwersacyjnych, powiedzmy minutowych, żeby wykryć różne niuanse komunikacyjne. Jörg Bergman, który nie jest terapeutą tylko socjologiem, opisał reakcję terapeutki w stosunku do pary w odpowiedzi na jej zachowanie, trwające parę sekund. Zachowanie to doprowadziło do pewnej konkretnej reakcji tej terapeutki. Reakcja ta była bardzo celowa, bardzo zrozumiała i gdyby ktoś dłużej zastanowił się nad zachowaniem pary toby taką reakcję wymyślił. Sęk w tym, że ta terapeutka zareagowała w kilka sekund, bez namysłu. Czyli mając zinternalizowaną wiedzę, którą zdobywamy poprzez wielokrotne trenowanie różnych sytuacji, często reagujemy bez namysłu. To, co robimy, może być obarczone błędem, gdyż nie ma czasu na refleksję: sprawy dzieją się nagle. Ale z drugiej strony to szybkie myślenie często poprzedza skuteczne działanie. I to się potwierdza! Pamiętam też warsztat prowadzony przez Sophie Holmes (Polkę z pochodzenia, mieszkającą w Australii) podczas konferencji Towarzystwa Badań nad Psychoterapią w Bernie. Ona robiła badania nad różnicami między doświadczonymi terapeutami takimi ekspertami i terapeutami, którzy zaczynają pracę i jeszcze nie mają doświadczenia. I odkryła, że terapeuta z czasem zaczyna gromadzić dużo wiedzy proceduralnej, która nie jest zwerbalizowana. Są to zachowania wytrenowane, opierające się na pewnej logice i racjonalności, wprowadzane bez wysiłku i szybko dlatego, że ktoś ma doświadczenie. Pewnie zgodzisz się ze mną, że czasami w terapii robisz coś odruchowo, a dopiero potem zastanawiasz się, dlaczego to zrobiłaś. Czyli robimy coś w sposób pozornie nieprzemyślany, lecz przemyślany kiedyś wcześniej, wytrenowany, wprowadzany w pewnym sensie automatycznie, w znanej sytuacji. Ja myślę, że to samo daje też własna terapia. Że jeśli pewne stany znamy u siebie i przemyślimy je, to możemy wyobrazić sobie, co ten pacjent przeżył. Zakładam, że on się radykalnie ode mnie nie różni, że ludzie są w niektórych sprawach podobni. Wiedząc, mając doświadczenie z własnej terapii jestem w stanie szybko, adekwatnie się do tego, co mówi pacjent, ustosunkować, zanim tę reakcję wymyślę.

W.Sz.: Rzeczywiście to jest bardzo ciekawe, bo bywa, że nie wiesz, dlaczego coś powiedziałeś. Chwilę się zastanawiasz, skąd ci to przyszło na myśl. Ja czasem staram się powstrzymać swoje zbyt szybkie reakcje i mówię sobie: nie reaguj, odpowiadaj po namyśle. Ale nie zawsze tak robię i niektóre reakcje są trafne!

M.F.: Sophie Holmes mówiła, że doświadczony terapeuta przerabia z pacjentami różne rzeczy również z własnej terapii. Zdarza mi się, że słuchając pacjenta, mówiącego dopiero szóste zdanie o własnej rodzinie, bez szczegółów, wiem, że on miał przemocowego ojca — wyczuwam to. Widzę to po tym, jak mnie traktuje. Ale oczywiście zawieszam ten osąd, bo może się okazać, że tak nie było. Ale wycucie to wyznacza pewien kierunek wstępnych hipotez, które trzeba sprawdzić, o coś dopytać jeszcze, żeby je potwierdzić.

W.Sz.: Pamiętam warsztat z Hugh Jenkinsem z Londynu, który publicznie rozmawiając z nieznaną mu wcześniej osobą, doszedł do wniosku, że miała ona w swojej rodzinie

¹⁾ Daniel Kahneman, Pułapki myślenia. Media Rodzina 2012.

traumatyczne wydarzenie, podobne do tego, którego on sam doświadczył. Ta rozmowa była pozornie obojętna, zaczęła się — jak to z Anglikiem — o pogodzie, a dotarła do kluczowych problemów tej osoby, która zresztą była otwarta, żeby o nich mówić, ale nie sądziła, że tak szybko do tego dojdzie. Mamy, jak widzę, podobne fascynacje procesem psychoterapii.

Pora może porozmawiać o kolejnej wspólnej aktywności, a mianowicie naszym piśmie „Psychoterapia”, na którego łamach ukaże się Twoja sylwetka, a w którym pełnisz rolę redaktora naczelnego. Wiem, że podjąłeś się tego zadania — jak wszystkich innych — w trudnym momencie. Może powiedz o swojej motywacji oraz o pracy w tym miejscu. I jeszcze o tym, czy jesteś zadowolony z pisma? Masz poczucie spełnienia?

M.F.: Dostając tę propozycję dowiedziałem się, że praktycznie nie ma już zespołu redakcyjnego, gdyż na skutek jakiegoś incydentu wszyscy odeszli. Groziło to tym, że pismo się zmienia i to w niedobrym kierunku. Szkoda by było, gdyż jest to kwartalnik z pewną kulturą, która budowała się całymi latami. Wtedy zwróciłem się do tego starego zespołu redakcyjnego z propozycją, żeby został i to się udało. Pismo utrzymało dobry poziom i swoją linię. A jeśli pytasz, czy jestem zadowolony z tej aktywności, to powiem, że i tak, i nie. Bo to czasopismo jest z odchodzącego świata. Nie wiem, czy się uratuje i martwię się, żebym nie był ostatnim redaktorem. Ono daje przestrzeń na to, żeby rozważać różne zagadnienia, które nie są z obszaru szybkich nagród za publikację. „Psychoterapia” nie przyznaje zbyt dużo punktów, a więc nie będą na jego łamach rywalizować osoby dążące do zgromadzenia jak największej ilości punktów. To jest pismo dla ludzi, którzy się zastanawiają nad czymś i chcieliby się tymi myślami podzielić, co ma absolutnie swoją wartość i co mnie się podoba. Z drugiej strony, brak wysokiej punktacji skutkuje stosunkowo skromnym napływem artykułów, nie poprzestajemy więc na selekcji. Nakłada na nas konieczność wzmoczonych starań o te artykuły, które dostajemy. Czasem musimy włożyć w nie sporo żmudnej pracy, by ich wartość była wystarczająca dla czytelnika. Natomiast przyczynia się to do tego, że ludzie nie zalewają nas tekstami, żeby można było wybierać wśród wielu perełek na przykład. Albo że trzeba się napracować, żeby artykuł dobrze wyglądał. To momentami jest ciężka, żmudna praca. Ja mam poczucie, że trochę chronię dinozaura, który jest atrakcyjny, ma wartość, ale nie wiadomo, czy przetrwa, bo chyba nie ma siły ewolucyjnej. Parafrazując słowa Darwina, który powiedział, że nie te gatunki przetrwają, które są najinteligentniejsze albo najsilniejsze, tylko te, które okażą się mieć większą zdolność przetrwania. I to jest trochę smutne, ale być może warto pracować nad tym, aby dać pismu siłę przetrwania.

W.Sz.: Właśnie, żeby ta zasada ekonomii nie wygrała z zasadą etyki, tworzenia dobrostanu dla innych. Zbliżamy się do końca rozmowy i dlatego chciałabym Cię zapytać o plany na przyszłość. Wiem, że ostatnio powołałeś do życia firmę psychoterapeutyczną. Czy chciałbyś o niej opowiedzieć?

M.F.: Bardzo chętnie, nazywa się Euthymia i założyłem ją z Kasią Przybylską, którą poznałem, superwizując zespół Kliniki Par i Małżeństw. Ona kierowała tym zespołem, potrafiła go zintegrować, a także zaangażować wszystkich do prowadzenia terapii par i własnego rozwoju. Zresztą wiesz, bo też prowadziłaś dla nich superwizje, a Kasia wspomina ciebie bardzo dobrze, nieraz powołuje się na ciebie. Ostatecznie większość osób z zespołu odeszła z kliniki i teraz część z nich dołączyła do Euthymii, która rozwija się powoli,

zgodnie z potrzebami obu stron: pacjentów i terapeutów. Odbywają się wspólne zebrania kliniczne, wspólne superwizje, a nawet szkolenia, takie jak moje z psychosomatyki. Kasia jest motorem organizacyjnym i energetycznym. Dzięki współpracy z nią zdecydowałem się wziąć udział w powstaniu ośrodka, gdzie jest prowadzona psychoterapia osób indywidualnych, par i rodzin.

W.Sz.: To wspaniale, życzę Wam powodzenia! Byłam na otwarciu Euthymii w ładnym domu, w pięknie wyposażonych pokojach i w serdecznej atmosferze.

Dotarliśmy do końca spraw zawodowych związanych z psychoterapią. Mam wrażenie, że powiedziałaś dużo o historii instytucji, w których się uczyłeś czy pracowałeś, o klimacie, który w nich panował, o tym, jak się zmieniały. Wynika z tego, że bardzo silnie wiążesz się z miejscami, które współtworzysz z ludźmi, z którymi pracujesz oraz że dużo z siebie dajesz. Ciekawa jestem, czy pozostaje jakaś prywatna, bardziej osobista przestrzeń, czym się interesujesz i zajmujesz poza pracą.

M.F.: Obawiam się, że jestem pracoholikiem i że pod tym względem jestem nieco uszkodzony. Są rzeczy, które mnie ciekawią oraz takie, które lubię robić, ale mam na nie niewiele czasu. Niestety, odkąd uszkodziłem sobie siatkówkę nie mogę jeździć na nartach zjazdowych. Moja żona mnie ratuje i wyciąga w różne miejsca na wyjazdy, wędrowki, nawet krótkie wypadki, które lubię, choć czasem się przed nimi bronię, bo mi się zawsze wydaje, że nie mam na nie czasu, bo zawsze w pracy jest coś do zrobienia. Ale już nauczyłem się powstrzymać przed pokusą pracy w takich sytuacjach i idzie mi całkiem dobrze. Gdy podejmę decyzję i coś zaplanuję, czyli wpiszę w kalendarz — który jest dla mnie ważny — że mam wolne, to mam wolne. Oczywiście większą inicjatywę wykazuje tu moja żona. Ale można na to popatrzeć tak, że jak para jest wieloletnia, a my z żoną jesteśmy parą od 30 lat, to nigdy nie wiadomo, co jest czyje. Czasami sobie myślę, że ja moje pragnienia umieszczam w niej. Żeby ona mnie wyciągała, starała się o wspólne spędzenie czasu poza domem. Poza tym lubię czytać, a też słucham różnych rzeczy. To, co mnie ciekawi, to tematy historyczne. To z takich poważnych zainteresowań. Są to różne wątki z historii najnowszej, II wojny światowej i z okresu przed II wojną. Teraz też syn, który ma 16 lat, wciąga mnie w różne wątki zapomniane, bo podobnie jak ja interesuje się matematyką, i chociaż myślę, że nie będzie matematykiem, to tocymy dyskusje i debaty. Inne dotyczą literatury, co do której mamy wspólne zainteresowania. Nie oznacza to, że dokładnie to samo czytamy, ale obu nas ciekawią różne światy wyobrażone, które czasami pojawiają się w literaturze science fiction. Ostatnio na przykład zainteresowałem syna Dukajem. Przeczytałem jedną jego książkę, która bardzo mi się spodobała, to był „Lód”. Natomiast on już przeczytał wszystkie inne i tocymy rozmowy na różne tematy nawet na tematy książek, których jeszcze bliżej nie poznałem. Zamierzam je przeczytać wszystkie, bo są bardzo ciekawe. Ciekawi mnie też literatura, w której pojawiają się kwestie z pogranicza filozofii i światów alternatywnych. Trochę się tego wstydzę, bo to jest coś, co zostało we mnie z szesnastolatka. To nie jest mniej poważne, to jest bardziej poważne, tylko, że niepoważnie brzmi.

W.Sz.: Znowu wracamy do wyobraźni, która jest twoją mocną stroną i której stale używasz. Wyobraźni, a nie tylko jakiegoś konkretnego odniesienia wymaga to, co Cię z synem łączy. Czyli szukania różnych skojarzeń, przeprowadzania analiz, które trudno pomieścić w głowie.

M.F.: I to jest właśnie atrakcyjne dlatego, że nie da się pomieścić w głowie, trzeba tego szukać w różnych innych miejscach, a przede wszystkim w rozmowach z ludźmi i ze sobą samym.

W.Sz.: Bardzo dziękuję Ci za rozmowę.

Dorota K. Kuncewicz¹, Dariusz S. Kuncewicz²

DECYZJE W PSYCHOTERAPII

DECISION-MAKING IN PSYCHOTHERAPY

¹Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Katedra Psychologii Klinicznej

²Instytut Psychologii Uniwersytet Rzeszowski

decisions
psychopathology
psychotherapy

Streszczenie

Celem artykułu było pogłębienie refleksji nad znaczeniem decyzji w psychoterapii. Za punkt wyjścia obraliśmy pogląd klasyków psychoterapii (Eric Berne, Harold Greenwald, Antoni Kępiński), którzy przypisywali decyzjom pacjenta istotny wkład w powstawanie zaburzeń psychicznych oraz ich leczenie. Rozwinięcie i argumentacja niniejszego przekonania zostały podparte wiedzą z zakresu psychologii klinicznej i rozwojowej oraz ilustracjami klinicznymi. W pierwszej części tekstu zarysowaliśmy klasyczne indeterministyczne ujęcie decyzji oraz sposób myślenia o decyzjach, oparty na pojęciu kondycji ludzkiej, który jest możliwy do pogodzenia z determinizmem mechanizmów psychologicznych i użyteczny w psychoterapii. W kolejnych dwóch skupiliśmy się na rozpoznaniu specyfiki i typów decyzji w przebiegu życia pacjenta, które mogą generować lub/i podtrzymywać psychopatologię (adaptacyjne i moralne) oraz tych, które mają swój udział w wyleczeniu (zorientowane na szukanie prawdy i podejmowanie odpowiedzialności). W ostatniej części podjęliśmy próbę wyjaśnienia, na czym polega potencjalny wpływ decyzji terapeuty na kluczowe dla zmiany terapeutycznej decyzje pacjenta oraz sformulowaliśmy kilka postulatów natury metodologicznej i praktycznej.

Summary

The aim of this article was to deepen the reflection on the importance of decision-making in psychotherapy. As a starting point, we adopted the views of classic psychotherapists (Eric Berne, Harold Greenwald, Antoni Kępiński) who believed that the patient's decisions make a significant contribution to the formation of mental disorders and their treatment. The development and argumentation of this thesis was supported by knowledge of clinical and developmental psychology as well as clinical illustrations. In the first part of the text, we outlined a classical indeterministic perspective on decision-making and, a way of thinking about decisions based on the notion of the human condition, which is reconcilable with the determinism of psychological mechanisms and useful in psychotherapy. In the next two parts, we focused on identifying the specificities and types of decisions in the patient's life course that can generate and/or sustain psychopathology (adaptive and moral) and those that contribute to treatment (oriented towards truth-seeking and responsibility-taking). In the final section, we attempted to clarify the potential impact of the therapist's decisions on the patient's decisions that are crucial for therapeutic change and made some methodological and practical proposals.

Wprowadzenie

W związku z dominacją przyrodniczego modelu wyjaśniania ludzkich zachowań, zagadnienie decyzji jest przez badaczy i praktyków psychoterapii aktualnie rzadko podejmowane. Na istotną rolę decyzji jednostki w rozwoju zaburzeń psychicznych i ich terapii wskazywali jednak niektórzy klinicyści w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych. Na przykład Eric Berne [1], Harold Greenwald [2], Antoni Kępiński [3] radykalnie, jak na obecne standardy wyjaśniania genezy i mechanizmów zaburzeń, twierdzili, iż wiele naszych reakcji i nawyków, które zdają się pozostawać poza kontrolą, ma swoje źródło w dawnych zautomatyzowanych lub stłumionych decyzjach. Co więcej, decyzje te niekoniecznie muszą być ukryte w głębokiej nieświadomości. Możemy dojść do momentów w historii życia, w których się zrodziły, a w sprzyjających warunkach nawet je skorygować.

Współcześnie problematyka decyzji w psychoterapii wpisuje się w niszowe podejście egzystencjalne (w logoterapii pacjent jest zachęcany do uświadamiania sobie własnej hierarchii wartości i podejmowania decyzji o ich realizacji [4]), transteoretyczny model Prochaski i DiClementego (wybory pacjenta to jeden z pięciu głównych procesów leczących [5]) oraz niektóre studia przypadku (decyzje pacjenta są wplecione w analizę procesu terapii, jednak nie stanowią jej głównego punktu ciężkości [6]). W niniejszym artykule chcemy podjąć zagadnienie decyzji w sposób bardziej integralny, nie ograniczając się do wybranego podejścia. W szczególności zarysujemy perspektywę pracy terapeutycznej skoncentrowanej na decyzjach pacjenta oraz skomentujemy jej wybrane aspekty antropologiczne i psychologiczne.

Decyzje a mechanizmy psychologiczne

Literatura traktująca o związanych z psychoterapią decyzjach pacjenta nie przynosi jednoznacznych rozstrzygnięć, czym one właściwie są. Aktem wolnej woli? Funkcją działania mechanizmów ego lub samokontroli? Czynnością głównie racjonalną czy emocjonalną? Podejmowaną świadomie czy dojrzewającą nieświadomie? Wieloznaczność pojęcia decyzji wiąże się z różnorodnością modalności terapeutycznych oraz stojących za nimi, odmiennych założeń antropologicznych. Najbardziej podstawowe różnice w rozumieniu ludzkich decyzji zasadzają się na osobowym vs. naturalistycznym pojmowaniu człowieka.

Rzeczywistość kulturowo-językowa, w jakiej jesteśmy zanurzeni, implikuje rozumienie decyzji o kształcie własnego życia jako czynności specyficznych dla osoby ludzkiej, a zatem bazujących na rozumowym, świadomym poznaniu i wolności woli. Udział świadomego namysłu w takim decydowaniu dobrze oddaje choćby słownikowe znaczenie terminu decyzja (postanowienie będące wynikiem wyboru [7]), zaś wolnej woli — zbiór antonimów terminu wybór (brak alternatywy, konieczność, przymus [8]). Bez założeń o dysponowaniu zdolnością do racjonalnego poznania i wolną wolą trudno mówić o ponoszeniu odpowiedzialności za cokolwiek, a także poważnie traktować sens reguł etycznych i porządku społeczno-prawnego.

W psychoterapii akcent na rolę świadomego i wolnego wyboru prowadzącego do porządanej zmiany stosunkowo najsilniej położony jest w podejściu logoterapeutycznym. Psychoterapeuci zorientowani bardziej naturalistycznie (np. reprezentujący podejście

psychoanalityczne) często koncentrują się na wyjaśnianiu ludzkich zachowań w kategoriach mechanizmów intrapsychoicznych lub/i interpersonalnych. Zmiany związane z psychopatologią i zdrowieniem pacjenta nie tyle są wynikiem jego wolnych, świadomych wyborów, ile przebiegających nieświadomie lub w sposób zautomatyzowany procesów samoregulacji, tłumienia, przetwarzania informacji afektywnych itp. Z niniejszym ujęciem korespondują — podpierane wynikami eksperymentów — tezy o nieświadomym charakterze naszych decyzji [9] i paradoksalnych (negatywnych) efektach procesów wysiłkowej kontroli [10], ale też popularne przekonanie, iż zaburzeń psychicznych, w tym depresji, nie da się wyleczyć siłą woli.

Obie perspektywy postrzegania człowieka, osobowa i naturalistyczna, łącznie dotyczą istoty ludzkiej kondycji. W bardzo ogólnym sensie charakteryzuje ją rozdźwięk między tym, co w nas zwierzęce i podlega mechanizmom biopsychicznospołecznym, a tym, co — dzięki rozumnemu poznaniu i wolnej woli — specyficznie ludzkie, co pozwala tę naturalność zwierzęcą przekroczyć i przynależy do obszaru kultury duchowej, opartej o wartości wyższe [11]. O naszej kondycji, rozpiętej między światem przyrody i kultury, bezpieczną adaptacją do środowiska a wysiłkiem transgresji ku rozpoznaniu i wypełnieniu życiowego przeznaczenia, od wieków opowiadają — odcisnięte w wytworach sztuki i literaturze — poruszające historie zmagania ze sobą i światem (por. historia życia i twórczości Michelangela Merisi da Caravaggia [12]) oraz dramatycznych nieraz wyborów (por. np. wybór Antygony, Abrahama, Zofii zmuszonej w Auschwitz do wskazania, które z jej dzieci ma pozostać przy życiu [13]).

Podobnie kondycja ludzka odciska się w naszym świecie intrapsychoicznym. Czujemy, że wciąż popełniamy te same błędy, ulegamy niekontrolowanym reakcjom, nieakceptowanym nawykom, ale też, na mocy świadomych decyzji, próbujemy się im przeciwstawić i dokonywać istotnych w naszym życiu zmian. W doświadczeniu osoby, która nie radzi sobie i szuka pomocy terapeuty, siła nawyków/mechanizmów odpowiedzialnych za życiowe kłopoty wydaje się przeważać nad możliwością wyborów i upragnionej zmiany. Jerome D. Frank i Julia B. Frank ów stan ducha określają mianem utraty morale (w sensie: osłabienia wiary w sukces oraz gotowości do znoszenia trudów i przeciwności), a za cel terapii, w tej sytuacji, uważają pomoc pacjentowi w uruchomieniu sił, które jego morale podniosą [14], czy też, używając języka Irvina D. Yaloma, pozwolą „usunąć przeszkody na drodze woli” [15, s. 346].

Sądźmy, iż uwolnienie woli lub podniesienie morale pacjenta ostatecznie jest efektem wielu jego decyzji, a nie rezultatem zręcznych zabiegów terapeuty. Różne psychoterapie, zgodnie ze swoją modalnością, w sposób mniej lub bardziej zamierzony, prowadzą go ku konfrontacji z własną — schowaną pod psychologicznymi mechanizmami/nawykami i reakcjami — decyzyjnością. Zakotwiczone w świecie przyrody mechanizmy psychologiczne oraz wybory jako akty osobowe (świadome i dobrowolne), choć ontycznie przynależą do odrębnych aspektów ludzkiej rzeczywistości, w doświadczeniu pacjenta mogą się ze sobą zlewać w jednorodną całość. Pacjent może się czuć zdeterminowany przez rozmaite automatyzmy zaburzenia, zranienia rodzinne, traumy lub biologiczne defekty i jednocześnie żywić głębokie przekonanie, że w odpowiedzi na te wszystkie krzywdy lub ograniczenia, nie może lub nie mógł postąpić inaczej. Nie dostrzega lub powstrzymuje się przed dostrzeżeniem, że może, choćby idąc małymi krokami, wybierać opeje alternatywne. Może np.

uczynić drobny gest w bliskiej relacji lub go zaniechać, podjąć leczenie lub je odroczyć, wytrzymać trud drobnej zmiany lub się poddać. W przebiegu nawet bardzo ciężkiego zaburzenia pojawiają się przecież okresy lepsze, które poszerzają pole racjonalnego myślenia, a więc i decydowania o rozmaitych aspektach życia i codzienności.

W tym kontekście za jedno z ważnych zadań psychoterapii, niezależnie od jej modalności, należy uznać rozpoznawanie i odsłanianie przed pacjentem niekonsekwencji, luk, swoistych pęknięć w psychologicznym wglądzie w mechanizmy jego problemowego funkcjonowania. Starannie wykonana praca nad zrozumieniem tych mechanizmów i uporczywością ich działania nie może bowiem zarazem nie odsłaniać szczelin, zza których łatwiej dostrzec decyzyjność pacjenta. Na przykład w jego osobistym świecie znaczeń, oprócz pragnienia zdrowia, spełnienia się w bliskich relacjach, mogą też występować zrozumiałe powody, dla których wolałby się nie decydować na zmianę i nie rezygnować z roli osoby chorej lub pokrzywdzonej. Oczywiście odsłanianie i konfrontowanie pacjenta z jego decyzyjnością może być dlań mniej lub bardziej pomocne w zależności od tego, jak zostanie przeprowadzone oraz dostosowane do specyfiki mechanizmów zaburzenia.

Decyzje sprzyjające psychopatologii

Pacjent zgłasza się na psychoterapię zwykle dopiero wtedy, gdy kolejne próby samodzielnego poradzenia sobie z uciążliwymi dla siebie lub/i otoczenia problemami okazały się bezskuteczne. Nieskuteczność prób sygnalizuje, iż problemy są poważne, a możliwości bądź gotowość do skorzystania z własnych zdolności do refleksji oraz wsparcia ze strony osób najbliższych — niewystarczające. Eric Berne i Harold Greenwald upatrywali źródła permanentnego nieradzenia sobie z tego rodzaju problemami w wielu wcześniejszych decyzjach emocjonalnych sięgających okresu dzieciństwa.

Ericowi Berne chodziło głównie o decyzje dotyczące sposobu przystosowania się do wyrażanych zazwyczaj nie wprost, destrukcyjnych przekazów rodzicielskich, np.: „Nie bądź dzieckiem”, „Nie dorastaj”, „Nie bądź blisko”, „Nie bądź ważny”, „Nie istnij”, „Nie czuj”, „Nie myśl”, „Nie złość się”. Dziecko, dla którego rodzina pozostaje najważniejszym światem, nie może wobec takich przekazów pozostać obojętne. Może podjąć decyzję, aby destrukcyjnemu przekazowi się poddać całkowicie, częściowo lub symbolicznie. Może też warunkowo mu się przeciwstawić, np. postanawiając, że jednak będzie ważne (akceptowane), „dopóki będzie ciężko pracować” [16, s. 173–184]. Oparte na ustosunkowaniu się do przekazów rodzicielskich decyzje dziecka są źródłem życiowych skryptów realizowanych w dorosłości. Zmiana skryptów wymaga uświadomienia sobie stojących za nimi decyzji oraz podjęcia nowych — alternatywnych.

Dla Harolda Greenwalda rozpoznawanie i uświadamianie pacjentowi jego dawnych, w tym dziecięcych, decyzji oraz stojących za nimi historii i zespołów korzyści, stanowiło oś pracy terapeutycznej. Decyzje sprzyjające rozwijaniu problematycznych nawyków w dorosłości — jego zdaniem — mogą być podejmowane w kontekście różnych trudnych momentów życia, a nie tylko w odpowiedzi na destrukcyjne przekazy rodzicielskie. Greenwald starał się zrozumieć konteksty decyzji pacjenta, ich hierarchię oraz, jak po nitce do kłębka, dotrzeć do decyzji bazowych, wciąż mających duży wpływ na postępowanie,

ale już niefunkcjonalnych. Tak jak w przypadku mężczyzny, który zgłosił się do niego na terapię, gdyż nie potrafił się do nikogo emocjonalnie zbliżyć. Opisywał swój stan w taki sposób, jakby między nim a ludźmi znajdowała się tafła szkła, która wprawdzie pozwala ich widzieć, ale zarazem uniemożliwia nawiązanie z nimi bezpośredniego kontaktu. Gdy Greenwald wprost zapytał pacjenta, czy to możliwe, aby za tym stanem stał jego wybór, ten chwilę pomyślał i odpowiedział: „Tak. Byłem bardzo przywiązany do mojej mamy. Kochałem ją i był to cudowny czas. Gdy miałem cztery lata, zostawiła mnie. Ktoś powiedział: Twoja mama poszła na spacer. Ale mama nigdy nie wróciła. Pojechała do szpitala i umarła. Potem uciekałem od wszystkich z rodziny, kto tylko chciałby się do mnie zbliżyć. Postanowiłem, że już nigdy więcej nie będę tak blisko [...] nigdy więcej sobie nie pozwolę, aby ktokolwiek się do mnie zbliżył, bo nie chcę znów przeżywać takiego bólu” [2, s. 14].

Dziecięce decyzje mogą też mieć konstruktywny wpływ na życie dorosłe, czego ciekawą ilustracją stanowi historia Jerzego, wychowującego się w domu, w którym ojciec pod wpływem alkoholu awanturował się, bił żonę, jego i młodszego rodzeństwo. Obecnie Jerzy ma żonę, dwójkę dzieci oraz systematyczne (ostatnio rzadsze) problemy z prawem i z utrzymaniem pracy z powodu bójk. Żona boi się o męża, robi mu wyrzuty, wstydzi przed ludźmi, ale wciąż chce z nim być, m.in. dlatego, że bardzo go docenia jako ojca. Rzeczywiście, w domu pan Jerzy funkcjonuje inaczej: okazuje żonie szacunek, skruchę po każdym wybuchu, dba też o rodzinę. Jest ciepłym, troskliwym ojcem i wciąż, także w okresie dorastania dzieci, ma z nimi świetne kontakty. Sam twierdzi, że jego życie nie ma sensu i żyje tylko dzięki temu, że ma żonę i dzieci, które kocha. Gdy psycholog zapytał go, jak udaje się mu godzić bójk z troską o dzieci i rodzinę, odpowiedział, że kiedy uciekali z matką i rodzeństwem przed ojcem, powiedział sobie, że nigdy nie skrzywdzi dziecka i dotrzymuje zobowiązania [17].

Warto zastanowić się, czy przytoczone przykłady tak brzemiennych w skutki decyzji dziecięcych nie reprezentują tylko jakiejś grupy wyjątków. Czy w dzieciństwie rzeczywiście jesteśmy w stanie podejmować tak wiążące w dorosłości decyzje? A jeśli nawet możemy, to czy chodzi tu o decyzje w sensie aktu wolnego, świadomego i racjonalnego, czy może o inne procesy, którym miano decyzji niektórzy klinicyści przypisują w sposób nieuprawniony?

Abstrahując na razie od trwałości dziecięcych decyzji, nie ma powodów, aby — w granicach wyznaczonych przez etap rozwoju dziecka — nie traktować ich jako aktów względnie wolnych, świadomych, a nawet racjonalnych. Już w okresie przedszkolnym dochodzi bowiem do wielu istotnych zmian rozwojowych w zakresie myślenia symbolicznego, uspołecznienia, inicjatywy, które „pomagają dziecku lepiej rozumieć i porządkować świat wokół oraz myśleć o nim w twórczy, coraz bardziej samodzielny i złożony sposób” [18, s. 8]. Dziecko może ujmować zdarzenia w perspektywie czasowej przeszłości — teraźniejszości — przyszłości, potrafi nie tylko odczuwać i przejawiać inicjatywę, ale też, w zależności od sytuacji, poskramiać ją lub realizować w sposób akceptowany społecznie [18].

Oczywiście, decyzje, jakie może podejmować dziecko w wieku przedszkolnym, są obarczone specyficznymi dla tego okresu błędami w interpretacji rzeczywistości. Trudno jest mu ujmować kilka aspektów danego zjawiska jednocześnie, oddzielić cudzy punkt widzenia od własnego, uniezależnić zasady moralne od stojącego za nimi autorytetu, nie przeceniać, nieraz w sposób magiczny, własnych możliwości czy też wyjść w myśleniu

poza uproszczone, oparte na percepcji następstwa czasowego zdarzeń, wnioskowanie o zależnościach przyczynowych. Gdy uwzględnimy te zdeterminowane rozwojowo zniekształcenia, interpretacja rzeczywistości dokonywana przez dziecko odsłania swoją wewnętrzną logikę. I w tym sensie, spójne z nią decyzje można uznać za wystarczająco uzasadnione, a zatem względnie racjonalne. Racjonalna jest więc na przykład decyzja sześciolatka o pójściu na studia medyczne (aby zasłużyć na akceptację ojca lekarza, który już kupił mu mieszkanie pod przyszły gabinet) albo dziewczynki w tym samym wieku, że zostanie „kardiologiem” (aby uratować mamę i przy okazji inne osoby chore na serce). Podobnie jak postanowienie dziecka, by nie sprawiać rodzicom kłopotów (bo będą się bardzo kłócić i się rozwiodą) albo żeby je właśnie sprawiać (by zwrócić na siebie uwagę i połączyć żyjących w separacji rodziców).

Postanowienia dziecięce, także dotyczące bardzo ważnych życiowo spraw, zazwyczaj nie są trwałe. Niektóre z nich mogą utrzymywać się dłużej, dlatego że wciąż mają dla dziecka olbrzymie znaczenie, choćby symboliczne. Mają np. chronić przed bólem utraty lub odrzucenia bliskiej osoby, totalną bezradnością w obliczu zagrożenia zdrowia lub życia najbliższych, rozpadem rodziny, który dla dziecka oznacza koniec świata. Są radykalnymi emocjonalnymi wnioskami (por. „nigdy więcej...”; „nie pozwolę...”) wyprowadzonymi na głębokim poziomie przetwarzania umysłowego, ukierunkowującymi wolę zmiany i stapiającymi się z nią. Sam proces takiego przetwarzania może być w znacznej mierze nieświadomy, jednakże jego wykończenie w postaci decyzji jest aktem świadomym [19]. Bez względu na to, czy ów emocjonalny, stopiony z decyzją wniosek od początku rysował się coraz wyraźniej w świadomości czy też poza nią, a został uświadomiony później i dopiero wtedy zatwierdzony w postaci decyzji.

Można powiedzieć, że zakotwiczone w lękach i dążeniu do przetrwania decyzje dziecka w dużej mierze mają charakter adaptacyjny. Dziecko po swoim, tak jak umie, próbuje się obronić przed życiową katastrofą, bólem i niejako w trybie awaryjnym, zadowoląc się celami alternatywnymi. Prototypowym tego przykładem jest unikanie więzi albo natarczywe wymuszanie zainteresowania poprzez przyciągnięcie uwagi i/lub kontrolę rodzica lub innej osoby pełniącej rolę figury przywiązania, gdy nie jest ona wystarczająco dostępna lub emocjonalnie dostrojona do dziecka [20]. O ile wczesne nawyki przywiązaniowe bazują głównie na wyposażeniu biologicznym dziecka i wzorcach interakcji z opiekunem, o tyle z czasem, w procesie wychowania i samowychowania, związanym z przyswajaniem norm społecznych i wartości kulturowych, w coraz większym stopniu współkształtowane są przez świadome wysiłki woli. Tym samym, decyzje te, w miarę dojrzewania dziecka i stawania się osobą dorosłą, w coraz większym stopniu zyskują także wymiar moralny. Towarzyszy temu rosnąca zdolność do zobiektywizowanego rozróżniania dobra od zła oraz podejmowania odpowiedzialności za własne postępowanie [por. 21].

Zdaniem Harolda Greenwalda, decyzje z dzieciństwa podtrzymywane w dorosłości, sprzyjające rozwojowi zaburzeń psychicznych, mają wspólny mianownik. Bez względu na rodzaj potrzeb z dzieciństwa, których dotyczą (np. bezpieczeństwa, uwagi, troski, kontroli, docenienia, odwetu w sytuacji frustracji tych potrzeb), łączy je przyznawanie sobie prawa do pozostawania wiecznym dzieckiem, które nie musi brać adekwatnej do wieku i ról społecznych odpowiedzialności za siebie i innych [2]. Podobnie dysfunkcyjne wybory dorosłości rozumiał Antoni Kępiński. Akcentował, że mogą one dotyczyć utralonych

przez wcześniejsze decyzje nawyków reagowania emocjonalnego, np. agresją, poczuciem winy lub krzywdy, unikaniem trudu, które zbyt pochopnie traktujemy jako niezależne od nas cechy osobowości i w związku z tym, zwalniamy się z odpowiedzialności za nie [3].

Decyzje sprzyjające zmianie terapeutycznej

Doszukiwanie się wczesnych decyzji pacjenta w każdej jego zautomatyzowanej destrukcyjnej lub/i autodestrukcyjnej reakcji niekoniecznie ma sens terapeutyczny. Zgodnie z regułą „od powierzchni ku głębokości” analizę decyzji pacjenta można bezpośrednio rozpocząć od decyzji związanych z podejmowaniem psychoterapii i samymi sesjami. Dlaczego pacjent zdecydował się na psychoterapię teraz, a nie wcześniej? Dlaczego wybrał tego terapeute, a nie innego? Jeśli wcześniej uczestniczył w terapii, dlaczego wtedy się zdecydował i czemu przerwał lub zakończył? Czy decyzja o psychoterapii jest jego samodzielną decyzją, czy komuś innemu na tym zależało? Kwestią decyzji pacjenta oczywiście pozostaje to, o czym na sesji mówi, a o czym nie; kiedy i czy w ogóle mówi; jak relacjonuje pewne treści, a jak inne; czy przychodzi na sesję punktualnie, czy i jak dużo się spóźnia; czy podejmuje kroki w kierunku zmiany, czy tylko je deklaruje itp. Od skupienia się na decyzjach pacjenta w przebiegu sesji łatwiej przejść do analizy decyzji dotyczących funkcjonowania w codzienności i relacjach poza sesjami, a potem do kontekstów, motywów, uzasadnień tych decyzji na obecnym i wcześniejszych etapach życia.

Sądzimy, iż wszelkie decyzje pacjenta (potencjalnie zdolnego do utrzymania sojuszu roboczego), które prowadzą do zmiany terapeutycznej lub ją utrudniają, można sprowadzić do dwóch głównych typów: decyzji dotyczących szukania lub unikania prawdy o sobie i własnym życiu oraz podejmowania lub odmowy odpowiedzialności za jego różne aspekty. Niniejsza teza, osadzona w myśleniu o człowieku jako osobie korzystającej z rozumu i wolnej woli, a więc zdolnej do podejmowania świadomych, wolnych decyzji (także w warunkach psychoterapii) jest spójna z obecnymi w literaturze przedmiotu poglądami na temat znaczenia prawdy i odpowiedzialności w procesie terapeutycznym. Zigmunt Freud [22, s. 185] wspominał, iż „postawa analityczna opiera się na umiłowaniu prawdy”. W bardziej współczesnych opracowaniach można spotkać ujęcie psychoterapii jako rozmowy ukierunkowanej na odkrywanie prawdy [23] lub poszukiwanie prawdy o własnym życiu [24] oraz z traktowaniem prawdy jako czynnika leczącego w różnych nurtach psychoterapii [25].

O terapeutycznej roli odpowiedzialności w psychoterapii pisali zwłaszcza psychoterapeuci egzystencjalni, m.in. Rollo May [26] i Irving D. Yalom [15], ale też zorientowany poznawczo-behawioralnie James C. Overholser, który podkreślał, że zbyt duży nacisk na czynniki biologiczne lub deprywacje środowiskowe w wyjaśnianiu zaburzeń może osłabiać poczucie odpowiedzialności za zmianę terapeutyczną. Jego zdaniem psychoterapeuci winni w większym stopniu koncentrować uwagę pacjentów na „osobistej odpowiedzialności za zmianę, rozwój i dojrzewanie” [27, s. 369].

Zmaganie się pacjentów ze zmianą terapeutyczną to, w pewnej mierze, zmaganie z decyzjami o unikaniu prawdy o sobie i odpowiedzialności za tę zmianę, przysłoniętymi przez rozmaite mechanizmy i strategie obronne. Na usługach decyzji unikania prawdy o sobie,

w tym o motywach własnego postępowania, mogą działać psychologiczne mechanizmy obliczone na podtrzymywanie samooceny lub/i uniknięcie dezorganizujących emocji [por. 28]. Na przykład mechanizm wyparcia, do którego istoty należy „celowe zapomnienie lub ignorowanie” [28, s. 135] bolesnych bądź niewygodnych dla „Ja” treści lub mechanizm racjonalizacji, dzięki któremu niechlubne postępowanie da się uzasadnić dobrymi powodami [28]. Z kolei decyzjom odmowy przyjęcia odpowiedzialności zdają się służyć głównie strategię delegowania jej na kogoś innego (np. przyjmowania roli ofiary/osoby bezradnej) oraz mechanizmy ulegania impulsom (gwałtownym reakcjom, zachciankom) lub kompulsjom (dyktatowi wewnętrznych żądań nie doświadczanych jako własne) [15].

Twierdząc, że mechanizmy obronne działają na usługach decyzji unikania prawdy i odpowiedzialności, nie sądzimy bynajmniej, że mechanizmy te, z założenia używane w sposób nieświadomy i zautomatyzowany, są bezpośrednim wynikiem aktów decyzyjnych. Kwestią decyzji może być zgoda na podtrzymanie dotychczasowych zautomatyzowanych sposobów reagowania, pomimo świadomości ich negatywnych konsekwencji dla zdrowia i bliskich relacji, lub podejmowanie prób wycofywania tych reakcji na rzecz bardziej konstruktywnych. Nawet głęboko nieświadome mechanizmy obronne, takie jak np. identyfikacja projekcyjna, mogą być — z pomocą terapeuty — poddane refleksji w czasie uspokojenia emocji [por. 28]. Pacjent może starać się pogłębić i wykorzystywać nowe rozumienie siebie i relacji, podejmując liczne, z czasem bardziej udane, próby zmiany sposobów reagowania. Ale mocą swoich decyzji może też taką możliwość ignorować, rezygnując z prób wyleczenia lub je odraczając.

Jak wcześniej sugerowaliśmy, pacjent, dzięki terapii uwzględniającej osobowy wymiar jego funkcjonowania, zyskuje stopniowo świadomość nie tylko zaburzających mechanizmów lub nawyków, ale też szczylin decyzyjnych, czyli możliwości i sytuacji, w których nie musi poddawać się tym nawykom oraz może podejmować decyzje korektywne. Wbrew teorii ironicznym procesów kontroli Davida M. Wegnera [10], napinanie woli w celu przeciwdziałania niepożądanym zautomatyzowanym reakcjom, niekoniecznie prowadzi do ich paradoksalnego nasilenia (wskutek obciążania umysłu świadomymi i bardziej energochłonnymi procesami, zwiększającymi dostępność procesów subświadomych związanych z porażką). Sam Wegner, we wcześniejszych pracach, wyjaśniał, że wielokrotne powtarzanie wysiłkowych czynności umysłu, polegających na świadomej kontroli, z czasem prowadzi do ich automatyzacji (i nabycia nowych nawyków), stają się więc one mniej energochłonne i bardziej skuteczne [10].

Należy dodać, że bez opierania się na zdolności pacjenta do podejmowania świadomych wysiłków woli nie byłoby możliwe zbudowanie sojuszu terapeutycznego, w tym przestrzeganie — pomimo ciężkich chwil — kontraktu terapeutycznego. Co więcej, rozpoznawanie i odwoływanie się do tej zdrowszej części pacjenta (świadomej, refleksyjnej, decyzyjnej) zyskuje na znaczeniu w procesie terapii, zwłaszcza w leczeniu cięższych, wydawałoby się obezwładniających wolną wolę, zaburzeń [29].

Na czym polega specyfika przełomowych dla zmiany terapeutycznej decyzji pacjenta? Pod pewnym względem decyzje prowadzące do wyzdrowienia nie różnią od tych, które doprowadziły do rozwoju zaburzenia. Otóż jedne i drugie zwykle podejmowane są w sytuacji wewnętrznego kryzysu, wymagającego jakiejś radykalnej zmiany, rozwiązania. O ile jednak decyzje wcześniejsze, pierwotnie adaptacyjne, zorientowane były na awaryjne,

substytutowe zaspokajanie dziecięcych, mniej dojrzałych potrzeb lub/i uniknięcie bólu ich frustracji, o tyle późniejsze, związane już z próbą wyleczenia, służą przezwyciężeniu kryzysu wynikającego z utrwalenia się nawyków będących pochodną decyzji wcześniejszych. Wskutek terapii, pacjent wyostża świadomość używania niedojrzałych nawyków i mechanizmów, stojących za nimi decyzji oraz możliwości ich zmiany, co przyczynia się do spiętrzenia kryzysu. Pacjent bowiem coraz lepiej zdaje sobie sprawę nie tylko z bezradności obecnego położenia, ale też z tego, że ma w nim swój udział. Lepiej rozumiejąc motywy swojego postępowania i odpowiedzialność za szkody wyrządzone sobie i innym, stoi przed koniecznością kluczowego wyboru. Może wciąż unikać prawdy o własnym postępowaniu i nie podejmować zań odpowiedzialności (np. schować się za rolę osoby bezradnej, której jednak nie da się pomóc), ale może też tej prawdy nie ignorować i podjąć ryzyko zmiany. Innym słowy, może też dojrzeć.

Ciekawą ilustrację takiego sposobu myślenia o przełomowych dla zdrowia decyzjach stanowi, opisana przez Neville'a Symingtona, historia mężczyzny z przeszłością recydywisty, uzależnionego od alkoholu i narkotyków, żonatego, mającego dwójkę dzieci. Gdy po wcześniejszych nieudanych próbach wyrwania się z uzależnienia trafił do szpitala psychiatrycznego na oddział dla alkoholików, złamał jego regulamin, opuszczając teren szpitala i pijąc alkohol. Wiedział, że nie będzie mógł już być przyjęty z powrotem na oddział. Nie mógł też pojechać do siebie, ponieważ żona go wyrzuciła z domu. Wrócił więc pod szpital, usiadł w ulewnym deszczu na ławce i stwierdził: „»Mogę zrobić dwie rzeczy: rzucić butelką w szpitalne okno albo zabić się«. W tym właśnie momencie rozchmurzyło się niebo, a w głowie mężczyzny nieoczekiwanie pojawiła się myśl: »Albo mogę postanowić, że wyzdrowieję«. Czuł, że owo doświadczenie zainicjowało w nim powrót do równowagi psychicznej” [30, s. 125–126]. Symington interpretuje, że nieoczekiwana myśl „albo mogę postanowić, że wyzdrowieję”, która się pojawiła, jakby w reakcji na roz pogodzone niebo, faktycznie była wytworem już wcześniej rozpoczętego procesu. Kluczowymi jego składnikami było przemożne pragnienie powrotu do zdrowia oraz dobitne zdanie sobie sprawy z własnego położenia, czyli świadomość sięgnięcia dna. Świadomy rezultat tego procesu, toczącego się w dużej mierze poniżej progu świadomości, Symington określa mianem autentycznego wyboru. Do takiego wyboru nie doszło podczas wcześniejszych prób zaprzestania picia, w tym powtarzania sobie „Nie będę pił, nie będę pił” [30, s. 126].

Uzupełniając interpretację Symingtona, można sądzić, że poprzednie próby wyleczenia były nieskuteczne, dlatego że mężczyzna, pomimo chęci albo nawet deklarowania decyzji o zmianie, w istocie wtedy jeszcze takiej decyzji nie podjął. Harold Greenwald powiedziałby, że podjął decyzję alternatywną o braku zmiany lub odroczeniu decyzji o zmianie, która przynosiła mu określone, konkurencyjne wobec zdrowia, korzyści splecione z dziecięcymi pragnieniami [2]. Być może dopiero znalezienie się w sytuacji bez wyjścia, w której nie był możliwy ani powrót do szpitala, ani do domu i żony, stało się katalizatorem zmiany. Nie można też wykluczyć interpretacji, zgodnie z którą mężczyzna intencjonalnie próbował sięgnąć dna, w jakimś sensie zastawiając na siebie pułapkę, z której nie da się uciec (bo już nie będzie dokąd) i skorzystać z podpórki wspierających jego niedojrzałe roszczenia. By już nie mieć wyjścia i mocą swojej decyzji, w końcu się odbić. Swoistą próbą zastawienia na siebie pułapki konfrontującej z niedojrzałymi nawykami, bywa decyzja o podjęciu terapii, która niekoniecznie łączy się z decyzją o zmianie. Taka decyzja, podobnie jak jej

przeciwna („jednak nie da się mi pomóc”), może skryształizować się dopiero w trakcie procesu psychoterapii.

Na styku decyzji pacjenta i terapeuty

Zmiany terapeutycznej nie da się zawczasu przewidzieć, ponieważ nie zależy ona tylko od ciężkości zaburzenia, jego mechanizmów, ale, jak staraliśmy się to pokazać, również od decyzji pacjenta dotyczących szukania prawdy o swoim życiu i podejmowania odpowiedzialności za zmiany w nim prowadzące ku wyzdrowieniu i psychicznej dojrzałości. Analogicznie, na powodzenie terapii mają wpływ nie tylko umiejętności terapeuty, ale także stojące za nimi decyzje związane z szukaniem prawdy o życiu pacjenta i podejmowaniu odpowiedzialności za pomoc w pracy nad jego zmianą.

Gdy terapeuta traktuje pacjenta uczciwie i odpowiedzialnie, stara się dociec, co się z nim dzieje, na czym polega jego problem oraz poświęca tyle czasu na myślenie i szukanie rozwiązań, ile go rzeczywiście potrzeba — robi właściwie wszystko to, czego oczekuje się na terapii również od pacjenta. W ten sposób nie tylko modeluje oczekiwany tryb współpracy, ale, niejako między wierszami pełnienia swojej roli zawodowej, daje pacjentowi do zrozumienia, że mu na nim i jego dobru zależy. Pacjent ma zwykle na swoim koncie doświadczenia przeciwne, stąd nieraz mu trudno w to uwierzyć, a dużo łatwiej zdewaluować [31], sądząc, że terapeuta w jakiś sposób udaje zgodnie z wymogami roli zawodowej (choć konwencja ról terapeuta-pacjent, podobnie jak rodzic-dziecko, mąż-żona, pracodawca-pracownik, umożliwia bezpieczeństwo i zaufanie w relacji właśnie dlatego, że granic tych ról się nie przekracza).

Przeżycie pacjenta, że może być przyzwoicie, zwyczajnie po ludzku, potraktowany; że terapeuta, właśnie w ramach pełnienia roli zawodowej, chce mu bez wyręczenia pomóc w stanięciu na własne nogi, i robi to najlepiej jak umie, może mieć charakter korektywno-rozwojowy m.in. z dwóch istotnych powodów. Po pierwsze, dlatego że podważa zbyt jednostronne przeświadczenie pacjenta o tym, kim jest człowiek, a przynajmniej ludzie, którzy mu w życiu się przytrafiają, tzn., że są raczej obojętni, że nie można im ufać, że źle o nim myślą, lub że im nie zależy na nim. Po drugie, dlatego że podważa sens nawyków składania odpowiedzialności za zły los i niepowodzenia osobiste na inne osoby, niekoniecznie żyjące. Tak rozumiane przeżycie relacji z terapeutą tworzy okazję do podjęcia kluczowych dla zdrowienia decyzji, bez których samo nie stałoby się ani korektywne, ani rozwojowe. Decyzje te (tak jak życiowe decyzje terapeuty, stojące za decyzjami podejmowanymi w trakcie terapii) w swej istocie mają wymiar antropologiczno-moralny. Pacjent może (nie musi!) zaakceptować bardziej złożoną prawdę o człowieku, mówiącą o tym, że jest w nim nie tylko zło, ale i dobro; może też (nie musi!) zmierzyć się z własną odpowiedzialnością za czynienie jednego i drugiego w relacjach międzyludzkich.

Korektywno-rozwojowe znaczenie przeżycia relacji terapeutycznej rozpiętej na decyzjach terapeuty i pacjenta zilustrujemy na przykładzie zwrotnego momentu w terapii nastolatka prowadzonej przez Janusza Galli [6]. Oryginalnie przypadek został opracowany w kategoriach psychoanalitycznych, my skupimy się jednak na kluczowym dla postępu terapii splocie decyzji pacjenta i terapeuty, zarysowując wcześniej kliniczne tło ich wspólnej pracy.

Chłopiec w wieku 14 lat został zgłoszony na terapię przez ojca z powodu olbrzymich trudności komunikacyjnych w domu i szkole. Pomimo licznych badań oraz prób terapii, nie udało się nawet ustalić źródeł problemu. Trudności chłopca były na tyle poważne i trwałe, że groziło mu powtarzanie klasy i rezygnacja z leczenia. Chłopiec przez pierwszy rok terapii, tak jak w codzienności, przede wszystkim milczał. Gdy terapeuta zwracał się do niego — spuszczał głowę, a gdy dłużej nie mówił — zasypiał. Terapeuta próbował interpretować jego milczenie na wiele sposobów, aż w końcu sam zaczął walczyć z permanentną sennością, zubożeniem i zniechęceniem. Ku jego zdziwieniu chłopiec nie przerywał „beziproduktywnej” terapii i pilnował terminów, przychodząc do poradni zawsze dziesięć minut przed rozpoczęciem sesji.

Gdy terapeuta zdał sobie sprawę, że swoimi interpretacjami próbuje obronić się przed kompletną niemocą, stanem wewnętrznego zamrożenia emocji, myśli, który dzieli ze swoim pacjentem, zdecydował, że przestanie z nim walczyć. „Rodziło się pytanie: kto ma podzielić z nim los dryfowania na tej psychicznej lodowej krze, z której nie mógł się sam wydostać [...]. Kiedy to zrozumiałem, poddałem się temu stanowi, nie stawiając mu oporu, pozwalając Z. [pacjentowi — przyp. autorów] »mówić« do mnie w ten »mrozący sposób«. Paradoksalnie, odczucie zmrożenia, bez jakiejś sensownej myśli, zmniejszyło się, stało się bardziej znośne” [6, s. 9]. Można sądzić, że ta osobista decyzja terapeuty, aby od bólu psychicznego pacjenta się nie odgradzać i jego biedę nieść razem z nim po to, by mu pomóc, była kluczowa. Otworzyła drogę ku następnym, te zaś pozwoliły pacjentowi podjąć własną przełomową decyzję.

Właśnie wtedy terapeuta podjął kolejną decyzję, że podzieli się swoimi wątpliwościami dotyczącymi terapii z koleżanką z poradni, która zasugerowała, by podjął z pacjentem jakąś wspólną aktywność, np. grę planszową. Wahał się, ale poszedł za jej sugestią, licząc, że może dzięki formie zabawowej pacjent przyjmie jego propozycję zmiany formy komunikacji na bardziej dostępną językowo. Tak też się stało: „Z pewnym ociąganiem Z. postanowił jednak zagrać ze mną w warcaby. Następane lata zajęło nam »budowanie« tej nowej formy komunikacji, aż pojawił się moment, w którym zamrożone wnętrze pacjenta ożyło”. Pacjent bardzo się wciągnął we wspólną grę; zawzięcie chciał wygrywać, wyrzucał z siebie komendy, krótkie zdania, aby popędzić terapeutę, a gdy ten przegrywał, z tryumfem komentował jego błędy. Kiedy dostrzegł, że terapeuta jest w stanie wytrzymać kolejne partie, własne przegrane i jego tryumfy, okazywał mu współczucie, ale też częściej używał rozbudowanych wypowiedzi, mówiąc o swojej rodzinie, polityce, szkole. Z czasem jego kłopoty z komunikacją szkolną, z rówieśnikami istotnie się zmniejszyły, on zaś, ku zaskoczeniu otoczenia, w okresie klasyfikacji szkolnej poprawił wszystkie oceny i zdał do następnej klasy technikum [6].

Spróbujmy wyłuskać wspólny rdzeń decyzji terapeuty i pacjenta prowadzących do zdrowienia tego drugiego. Otóż obaj zgodzili się na poważnie zaangażować w relację ze sobą. Każdemu, na swój sposób, na tej relacji rzeczywiście zaczęło zależeć. Zaangażowanie chłopca przejawiało się w determinacji w przychodzeniu na pozornie nieskuteczną terapię, podczas której mógł obarczać terapeutę ciężarem nierozwiązywalnego problemu. Zaangażowanie terapeuty (zmęczonego terapią, ale też ujętego dbałością pacjenta o jej zewnętrzne ramy), polegało na wytrzymaniu tego brzemienia, a następnie, na rezygnacji z prób uniknięcia go na rzecz przyjęcia i współdzielenia z chłopcem. Co ciekawe, dopiero

wtedy, gdy terapeuta przestał odgradzać się od nakładanego przez chłopca ciężaru (przez co, związany z nim ból psychiczny stał się nawet bardziej znośny), sam zdecydował się dzielić ciężar swojej bezradności z koleżanką z poradni, co w rezultacie miało duże znaczenie dla powodzenia terapii.

Przypuszczamy, że w głęboko wewnętrznej zgodzie na współdzielenie z pacjentem jego, wnoszonej na terapię, biedy, trudu, ciężaru, bólu psychicznego musi być coś niezwykle otwierającego na relację z nim i generalnie też na inne relacje. Być może, w tej tak bardzo ludzkiej postawie kryje się nośnik skuteczności strategii i technik terapeutycznych, który warto w pierwszej kolejności eksplorować w pracy superwizyjnej. Czy terapeuta dostrzega ciężar psychiczny, którym chce obarczyć go pacjent? Czy na tyle zależy mu na pacjencie, aby ten ciężar przyjąć i nieść razem z nim przez kolejne sesje? Czy, wreszcie, superwizor ma taką zgodę wobec superwizanta i jego naznaczonych lękiem lub wstydem obciążających przeżyć?

Wnioski

Zarówno decyzje jako świadome i wolne akty osoby ludzkiej, jak i wpływ na nie decyzji innych osób, pozostają tajemnicą wymykającą się przewidywaniom, na którym zależało-by badaczom korzystającym z metodologii nauk przyrodniczych. Sądzymy, że zjawiska i procesy podmiotowe w psychoterapii, w tym dotyczące decyzji pacjenta i terapeuty, mogą być bardziej adekwatnie wyjaśniane z użyciem metodologii nauk humanistycznych. Zwłaszcza w przypadku badań nad psychoterapią, skrojoną przecież niepowtarzalnie na miarę każdego pacjenta, chodzi nie tyle o odkrywanie prawidłowości ludzkiego działania, ile o interpretację jego źródeł, użyteczną w przypadku kumulowania studiów przypadku. Czyż kliniczne studia przypadku nie przypominają niekiedy studiów historycznych (dlaczego doszło do pewnych zdarzeń) lub literackich (dlaczego bohater utworu postąpił w taki, a nie inny sposób)?

Ujęcie procesu terapii jako historii splatających się ze sobą kluczowych decyzji pacjenta i terapeuty nie stanowi zupełnie odmiennej opcji dla wyjaśnień oferowanych przez różne modalności terapeutyczne. To raczej ich antropologiczne uzupełnienie o perspektywę kondycji ludzkiej, a zwłaszcza o jej aspekt napięcia między wolną wolą a różnymi nawykami, automatyzmami, nawykami i mechanizmami psychologicznymi. Uwzględnianie wyborów jako aktów wolnej woli w refleksji nad procesem terapeutycznym, zmniejsza ryzyko wyjaśnień redukcjonistycznych oraz, naszym zdaniem, porządkuje i obiektywizuje tę refleksję.

Akty wyboru, w odróżnieniu od działania mechanizmów psychologicznych, są nie-stopniowalne. Możemy mówić tylko o dwóch głównych opcjach dotyczących określonego wyboru: podjęcie go lub nie podjęcie. Wybory odraczone, jeszcze nie skryształizowane (np. w związku z obowiązującą decyzją o jego niepodejmowaniu lub inną alternatywą), to decyzje wciąż nie podjęte. Uważamy, iż niezależnie od modalności, w jakiej pracuje terapeuta, wyczulenie uwagi na dawne i aktualne decyzje pacjenta (faktycznie podjęte i niepodjęte), rolę tych decyzji w podtrzymywaniu zaburzających mechanizmów psychologicznych/nawyków, może terapię przyspieszyć. Koncentracja na decyzjach może być

pomocna zwłaszcza w przypadku pacjentów wykazujących ambiwalentną postawę do zmiany terapeutycznej, skoncentrowanych na własnej krzywdzie, czerpiących korzyści wtórne z chorowania, jak również tych, którzy utknęli w błędnym kole kolejnych terapii.

Piśmiennictwo

1. Berne E. *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
2. Greenwald H. *Direct decision therapy*. San Diego, California: Edits; 1973.
3. Kępiński A. *Rytm życia*. Kraków–Wrocław: Wydawnictwo Literackie; 1983.
4. Szczukiewicz P, Szczukiewicz A. Logoterapia Viktora Frankla w psychoterapii i poradnictwie psychologicznym. *Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska [Paed-Psych]*. 2018; 31(2): 195–205.
5. Prochaska JO, Norcross JC. *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2006.
6. Galli J. O „decydującej chwili”. *Psychoter*. 2014; 4(171): 5–12.
7. <http://sjp.pwn.pl/sjp/decyzja;2554338.html>
8. <http://antonim.net/przeciwienstwo-slowa-wybor>
9. Mele A. Unconscious decisions and free will. *Philos. Psychol.* 2013; 26(6): 777–789.
10. Wegner DM. Ironic processes of mental control. *Psychol. Rev.* 1994; 101(1): 34–52.
11. Ingarden R. *Książeczka o człowieku*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 1998.
12. Herling-Grudziński G. *Caravaggio. Światło i cień*. Kraków – Warszawa: Instytut Książki; 2019.
13. Styron R. *Wybór Zofii*. Warszawa: Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza S.A.; 2001.
14. Frank JD, Frank JB. *Perswazja i uzdrawianie. Analiza porównawcza psychoterapii*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2005.
15. Yalom ID. *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 2008.
16. Stewart J, Joines V. *Analiza transakcyjna dzisiaj. Nowe wprowadzenie*. Poznań: Dom wydawniczy Rebis; 2021.
17. Oleś P. *O osobowości praktycznie wszystko*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006.
18. Matejczuk J. *Rozwój dziecka. Wiek przedszkolny*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych; 2014.
19. James W. *Psychologia. Kurs skrócony*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002.
20. Mikulincer PR, Shaver DP. Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motiv. Emot.* 2003; 27(2): 77–102.
21. Haidt J. *Prawy umysł*. Sopot: Smak Słowa; 2014.
22. Freud Z. *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1994.
23. Rosińska Z. Psychoterapia — graniczny przypadek hermeneutyki. *Przegląd Filozoficzny — Nowa Seria* 2000; 35(3): 48–59.
24. Kuncewicz DK. Pomoc psychologiczna jako poszukiwanie prawdy o własnym życiu. W: Brudek P, Mącik D, Kuncewicz DK, red. *Psychologia kliniczna. W trosce o godność człowieka*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL JP II; 2022, s. 185–195.
25. Mamcarz P. Prawda jako czynnik leczący w psychoterapii. *Sztuka Leczenia* 2013; (1–2): 41–50.

26. May R. *Miłość i wola*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1998.
27. Overholser JC. Contemporary psychotherapy: Promoting personal responsibility for therapeutic change. *J. Contemp. Psychother.* 2005; 35: 369–376.
28. McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańsk: GWP; 2017.
29. Appelbaum AH, Carr AC, Kernberg OF, Koenigsberg H, Selzer MA. *Psychodynamiczna terapia pacjentów borderline*. Gdańsk: GWP; 2007.
30. Symington N. *Narcyzm. Nowa teoria*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2013.
31. Gelso CJ, Hayes JA. *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: GWP; 2004.

Adres: dorota.kuncewicz@kul.pl

Agnieszka Nowakowska¹, Dorota Draczyńska², Marta Anczewska²

ANALIZA EGZYSTENCJALNA JAKO METODA PRACY Z PACJENTAMI Z DOŚWIADCZENIEM TRAUMY RELACYJNEJ

EXISTENTIAL ANALYSIS AS A METHOD OF INTERVENTION FOR PATIENTS EXPERIENCING RELATIONAL TRAUMA

¹Szpital Nowowiejski w Warszawie, Oddział Dzienny XX

²Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, I Klinika Psychiatryczna

Mimo wszystko powiedz życiu „tak”.

Viktor Frankl, O sensie życia¹.

cPTSD
relational trauma
existential analysis

Streszczenie

Analiza egzystencjalna jako podejście osobowo-fenomenologiczne wspiera poszukiwanie osobistych znaczeń i odpowiedzi na pytania dotyczące ludzkiej egzystencji. Uznając pełne osobliwości życie jednostki, prowadzi do odnajdywania odpowiedzi na cztery fundamentalne pytania: 1) „czy ja mogę tu być?”, 2) „czy ja lubię żyć”, 3) „czy ja mam prawo być takim, jakim jestem?” oraz 4) „po co żyję?”. Podstawę teoretyczną autorskiego treningu Akceptacja 4FM jako metody pracy grupowej z osobami hospitalizowanymi psychiatrycznie, z doświadczeniem traumy relacyjnej, spełniającymi kryteria rozpoznania cPTSD wg ICD-11 stanowią cztery fundamentalne motywacje. Trauma relacyjna ogranicza lub powoduje utratę naturalnych dyspozycji jednostki do bycia i działania, czucia i wchodzenia w relacje, pozostawania w harmonii ze sobą i światem zewnętrznym, a także nadawaniu celu i sensu życiu. Zakłóca procesy w obrębie wszystkich fundamentalnych motywacji (4FM). Natomiast relacja terapeutyczna uczy doświadczania własnego istnienia, rozumienia siebie, świata i innych w indywidualnym kontekście. Z głęboką troską o człowieka doświadczającego różnych trudności natury psychologicznej, umożliwia badanie złożonej rzeczywistości i poszukiwanie zgody na życie. Celem artykułu jest przegląd założeń analizy egzystencjalnej i czterech fundamentalnych motywacji Alfreda Längle, ucznia Frankla, stanowiących podstawę teoretyczną treningu Akceptacja 4FM.

Summary

Existential Analysis, as a personal-phenomenological approach, supports the search for personal meanings and answers to questions about human existence. Recognizing the uniqueness of an individual's

¹⁾ Viktor Frankl. O sensie życia. Czarna Owca, 2022.

life, it leads to finding one's own answers to four fundamental questions: 1) „can I be here?”, 2) „do I like to live?”, 3) „do I have the right to be the way I am?” and 4) “what do I live for?” The Four Fundamental Motivations constitute the theoretical basis of the original 4FM Acceptance Training as a method of group work with psychiatrically hospitalized people with experience of relational trauma who meet the criteria for the diagnosis of cPTSD according to ICD-11. Relational trauma limits or causes the loss of an individual's natural dispositions to be and act, feel and enter into relationships, remain in harmony with oneself and the outside world, and give purpose and meaning to life. It disrupts processes within all Fundamental Motivations (4FM). Hence, the therapeutic relation teaches one to experience one's own existence, understand oneself, the world and others in relation to the individual context. With deep concern for people experiencing various psychological difficulties, it enables the exploration of complex reality and the search for consent to life. The aim of the article is to review the assumptions of Existential Analysis and the four Fundamental Motivations of Alfred Längle, Frankl's student, which constitute the theoretical basis of the 4FM Acceptance Training.

Nurt egzystencjalny w psychoterapii

Psychoterapia egzystencjalna, uwzględniając czynniki terapeutyczne wspólne dla innych podejść, w sposób szczególny skupia się i respektuje znaczenie osobistych przekonań dotyczących wartości, jakimi w życiu kieruje się człowiek [1–3]. Ma swoje korzenie zarówno w filozofii, jak i w psychologii egzystencjalnej [3]. Odnosi się do obszarów konstytuujących człowieka, takich jak: 1) potrzeba sensu i celu; 2) zdolność do podejmowania decyzji, możliwość wyboru i potrzeba wolności; 3) świadomość swoich ograniczeń; 4) subiektywny świat przeżyć, możliwy do odkrywania drogą fenomenologiczną; 5) potrzeba wymiany wewnętrznej ze sobą i zewnętrznej, ze światem [4]. Zachęca do poszukiwania indywidualnych odpowiedzi oraz tam, gdzie jest to możliwe, wspiera odbudowywanie naturalnych dyspozycji jednostki i wykorzystanie jej osobowego potencjału. Celem pracy psychoterapeutycznej staje się subiektywny, fenomenologiczny przepląd doświadczenia jednostki, powiązany z doświadczeniem innych ludzi i ze światem. Psychoterapia egzystencjalna traktuje każdego człowieka jako odrębną, niepowtarzalną i złożoną egzystencję, w której każdy odpowiada za swoje życie. Skupia się na człowieku, wspierając go w akceptowaniu doświadczeń często przekraczających jego rozumienie. Uznaje, że przezwyciężając cierpienie egzystencjalne, człowiek może zmniejszyć nasilenie objawów psychopatologicznych lub im zapobiec [5].

W terapiach nurtu egzystencjalnego wyróżnia się cztery główne szkoły [4, 5]:

- Daseinsanalysis Binswängera, zapewniającą pacjentom permissywną relację terapeutyczną, w której mogą swobodnie wyrażać siebie i rozwijać większą otwartość na swój świat,
- logoterapię Frankla, mającą na celu pomoc pacjentom w ustaleniu znaczenia i celu ich życia, przy użyciu m.in. technik dydaktycznych, takich jak dialog sokratejski,
- brytyjską szkołę terapii egzystencjalnej, przyjmującą opisową, fenomenologiczną postawę, zachęcającą pacjentów do eksploracji swoich życiowych doświadczeń,
- podejście egzystencjalno-humanistyczne, opierające się na oddziaływaniach wspierających, wykorzystujące nurt psychodynamiczno-interpretacyjny, aby pomóc pacjentom w rozwoju i zaspokajaniu swoich potrzeb z odwołaniem się do takich pojęć, jak wolność, izolacja, brak sensu, śmiertelność.

W Polsce reprezentantem nurtu egzystencjalnego w psychiatrii był Antoni Kępiński, uznawany za twórcę psychiatrii aksjologicznej [6], która szacunek i miłość do drugiego człowieka traktuje jako powinność moralną. Postulował zasadę dialogiczności w relacjach międzyludzkich. Opowiadał się za poziomą płaszczyzną kontaktu terapeutycznego opartą o zasadę partnerskiej równości uczestników dialogu.

Kępiński wiele uwagi poświęcił wartościom i wartościowaniu, twierdząc, że choroba może zaburzać hierarchię wartości. Uważał, że terapia winna prowadzić do nowego przeżywania i rozumienia wartości przez pacjenta [6]. Wskazywał na znaczenie otwartości i przyjmowanie postawy fenomenologicznej: „wydaje się, że przede wszystkim terapeuta sam powinien być otwarty na wartości, otwarty na przyjęcie wszystkiego co się zdarzy [...]”. Rozpoczynając sesję psychoterapeutyczną, zarówno pacjent, jak i psychoterapeuta nie wiedzą, do czego ona doprowadzi” [7, str. 137]. Podobnie myślał Viktor Frankl, austriacki psychiatra i psychoterapeuta [1, 2], zaś Irvin Yalom [8] podkreślał, że większość doświadczonych psychoterapeutów, bez względu na przynależność do określonej szkoły terapii, stosuje oddziaływania egzystencjalne. Przykładem tego może być zmieniające perspektywę, uświadamianie pacjentom ich skończoności, „uruchamianie woli”, która pomaga w podejmowaniu decyzji, oraz faktu, że to, co łączy większość pacjentów, to cierpienie z powodu braku sensu w ich codziennym życiu.

Alfried Längle, przedstawiciel analizy egzystencjalnej, uczeń Frankla, postuluje poszukiwanie zgody na życie w dialogu ze swoim wewnętrznym światem, w którym wola sensu jest główną motywacją [1]. Zachęca do brania odpowiedzialności za swoje życie i w konsekwencji lepsze radzenie sobie z nim [1, 2, 9]. Wspiera człowieka w pełnym, zarówno poznawczym, jak i emocjonalnym doświadczaniu siebie i świata, w zgodzie z treściami, celami i wartościami naprawdę dla niego ważnymi [1].

Analiza egzystencjalna oraz logoterapia są metodami uznanymi przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, Amerykańskie Towarzystwo Medyczne oraz WHO. Europejskie Towarzystwo Psychoterapii w Wiedniu uznało naukową wartość i terapeutyczną zasadność logoterapii i analizy egzystencjalnej, przyznając akredytację Międzynarodowemu Stowarzyszeniu Analizy Egzystencjalnej i Logoterapii — GLE International, w ramach europejskiego certyfikatu psychoterapii [5, 10].

Perspektywa badawcza w psychoterapii egzystencjalnej

Orlinsky [11] uważa, że dominujący w badaniach paradygmat zawęża sposób widzenia fenomenu psychoterapii do tego stopnia, że obiektem leczenia staje się zaburzenie, a nie człowiek. Poprawa objawowa jako kryterium skutecznej psychoterapii nie uwzględnia złożoności psychicznego funkcjonowania człowieka, redukując go do rozpoznania i stwierdzenia nasilenia symptomatologii w wymiarze psychicznym i cielesnym, bez uwzględnienia wymiaru osobowego. Zdaniem innych autorów, powodem ograniczającym liczbę badań na temat psychoterapii egzystencjalnej jest różnorodność struktury stosowanych oddziaływań terapeutycznych [12] oraz trudności metodologiczne towarzyszące badaniom w tej dziedzinie [13, 14]. Potwierdza to obszerna metaanaliza [4] oceniająca skuteczność różnych form psychoterapii egzystencjalnych, począwszy od 1970 roku do 2014 roku.

W pierwszym etapie wyodrębniono 1046 doniesień. W dwóch kolejnych wyłączono z analizy te prace, w których brakowało opisu oddziaływań egzystencjalnych lub jakichkolwiek innych czy ich opisu, nie podano wyników lub z innych przyczyn metodologicznych. Ostatecznie do analizy obejmującej prace z czterdziestu czterech lat włączono 15 randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych (RCT) przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych ($n = 7$), w Kanadzie ($n = 4$), w Holandii ($n = 2$) i w Australii ($n = 2$). Autorzy [4] wskazują, że większość badań opisywała skuteczność terapii znaczeń (*meaning therapy*) lub terapii wspierająco-ekspresyjnej (*supportive-expressive*) u pacjentów blisko pięćdziesięcioletnich z rozpoznaniem choroby nowotworowej lub innych chorób somatycznych. Większe korzyści odnosili badani uczestniczący w grupowej terapii znaczeń, w porównaniu do udziału w procesie o charakterze wsparcia społecznego, znajdowania się na liście oczekujących lub otrzymywania terapii standardowej (TAU). Autorzy [4] wykazali, że uczestnicy grupowej terapii znaczeń w większym stopniu odnajdywali sens życia lub jego cel. Poziom doświadczanej psychopatologii zmniejszał się w sposób umiarkowany, a poczucie własnej skuteczności wzmacniało się. Terapie wspierająco-ekspresyjne i empiryczno-egzystencjalne (*experiential-existential*) w niewielkim, ale istotnym statystycznie stopniu redukowały psychopatologię w porównaniu z grupą kontrolną. W polskiej literaturze przedmiotu brak ustalonego tłumaczenia nazw wymienionych nurtów. Wydaje się zatem, że taki rodzaj oddziaływań nie jest praktykowany.

W przeglądzie literatury [15] autorzy wykazali, że psychoterapie w nurcie humanistycznym są skuteczne w przypadku problemów interpersonalnych, traumy relacyjnej, pomocne w depresji, psychozie, również u pacjentów z przewlekłymi schorzeniami i nawykowymi działaniami autodestrukcyjnymi. Dla zaburzeń lękowych wydają się mniej skuteczne niż CBT. Efekt terapeutyczny utrzymuje się do 18 miesięcy od zakończenia leczenia. Wykazano również [15] skuteczność procesu terapeutycznego w podejściu humanistycznym, ukierunkowanym na akceptację, uważność (*mindfulness*) oraz redukcję stresu, jednakże były to badania bez grupy kontrolnej. Planując oddziaływania terapeutyczne i badając ich skuteczność należy pamiętać, iż doświadczenia traumy relacyjnej często pozostawiają trwałe ślady, a wysiłki na rzecz przekształcenia jej w formę, która nie odnawia rany, trwają niekiedy całe życie.

Perspektywa badawcza w logoterapii

Opublikowana w 1959 roku praca Kocourka i współpracowników to pierwszy raport dotyczący logoterapii i analizy egzystencjalnej, opisujący studia przypadków i analizy statystyczne skuteczności analizy egzystencjalnej i logoterapii w poliklinice w Wiedniu [16]. Autorzy dokonali przeglądu piśmiennictwa z trzech obszarów badawczych: narzędzi operacjonalizujących teoretyczne podstawy logoterapii, wpływu poczucia sensu i celu życia na patogenezę zaburzeń oraz kliniczną skuteczność logoterapii. Badanie skuteczności 6-tygodniowej logo-autobiografii [17, 18] wykazało, że w grupie leczonej, w porównaniu z grupą kontrolną, ocena po leczeniu, jak i po czterech tygodniach, wykazała niższe nasilenie objawów depresyjnych i wyższe wyniki dotyczące celu życiowego. Podobnie skuteczność 10-tygodniowej grupowej logoterapii potwierdzono w randomizowanym badaniu *pre-*

-*post-follow-up* [19]. Logoterapia grupowa 12 sesji w ciągu 3 miesięcy w istotny sposób zmniejszyła dystres w grupie badanych kobiet w porównaniu z grupą kontrolną [20].

Analiza egzystencjalna Alfreda Längle

Trójwymiarowa koncepcja człowieka Frankla jest podwaliną rozumienia człowieka w analizie egzystencjalnej Alfreda Längle, ucznia i przyjaciela Viktora Frankla [1, 5]. Frankl postrzegał człowieka w kategoriach wolności, duchowości i odpowiedzialności. Do dwóch istniejących wymiarów: cielesnego i psychicznego, Frankl dołączył trzeci wymiar — osobowy, który odnosi się do sfery wolnych wyborów, przeżywania wartości i poczucia sensu życia. Wymiary „ustosunkowują się do siebie”, a nie „składają się” na człowieka [21]. W każdym z nich można doświadczać braków, przy jednoczesnym spełnieniu w pozostałych [21]. Analiza egzystencjalna jako psychoterapia fenomenologiczno- (tzn. kierowana wypowiedziami pacjenta, polegająca na zrozumieniu, a nie na wyjaśnianiu) -dialogowa (tzn. związana z wprowadzaniem pacjenta w aktywny kontakt z jego światem) skupia się na towarzyszeniu jednostce w osiąganiu przeżywania naznaczonego wolnością, dokonywaniu autentycznych wyborów i samodzielnym, odpowiedzialnym podejściu do własnego życia i świata. W jej centrum jest pojęcie egzystencji, która oznacza życie sensowne, ukształtowane w wolności i odpowiedzialności, w łączności ze światem, z którym pozostaje się we wzajemnych relacjach. Osią procesu terapeutycznego jest empatyczne uczestnictwo terapeuty, a centrum doświadczenia — emocje. W łączącym terapeutę i pacjenta dialogu podejmowana jest próba zrozumienia jego wewnętrznego świata. Analiza egzystencjalna ujmuje człowieka jako osobę nierozzerwalnie związaną ze swoją sytuacją życiową. Zakłada, że człowiek jest zrozumiały tylko poprzez swoje zależności i można go wyleczyć w nawiązaniu do jego międzyludzkich stosunków i odniesień do świata.

Praktyczne zadanie analizy egzystencjalnej to wyjaśnianie (rozjaśnienie) sytuacji życiowych jako ważnych i wartościowych możliwości, których realizację nazywa się egzystencją. Próba zrozumienia, jak doszło do kryzysu egzystencjalnego. Przyglądanie się, co ujawnia dana forma istnienia, formułująca się i reformująca w miejscu traumy. Ze specyficznego rozumienia egzystencjalnej rzeczywistości człowieka wynika możliwość innego spojrzenia na własne postawy wobec życia i dokonywane rozstrzygnięcia, stając się stopniowo zdolnym do kierowania się w życiu treściami, celami i wartościami, które są dla niego autentycznie ważne [1].

Diagnoza w analizie egzystencjalnej

Główne składowe diagnozy w analizie egzystencjalnej wg Alfreda Längle to: model strukturalny — cztery fundamentalne motywacje, model procesualny — personalna analiza egzystencjalna oraz rozumienie psychopatologii w oparciu o przyjęte systemy diagnostyczne — ICD/DSM [22]. Celem diagnozy jest proces dochodzenia do zrozumienia tego, co stanowi źródło cierpienia pacjenta [1]. Diagnoza zakłada współpracę z innymi specjalistami, łączy badanie podmiotowe z podejściem fenomenologicznym. Proces diagnostyczny jest cyrkularny i składa się z pięciu etapów. Porządek ich występowania jest elastyczny, czas

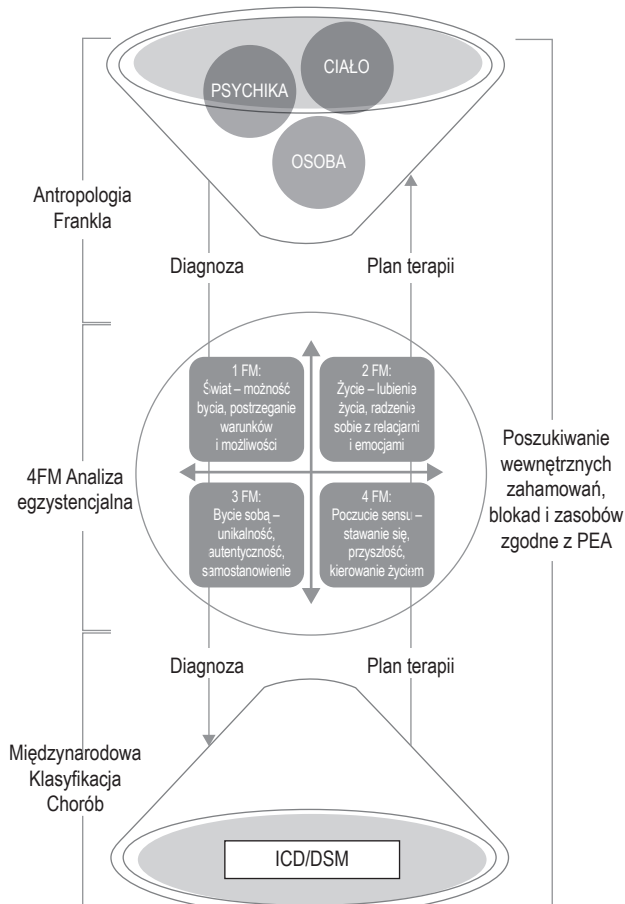
trwania obejmuje kilka sesji, a uzyskanie obrazu problemów pacjenta wymaga przejścia przez każdy z etapów przynajmniej raz. Proces diagnozy daje odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy analiza egzystencjalna jest w danym przypadku wskazaną metodą leczenia, czy wskazana jest także konsultacja psychiatryczna?
2. Czy wskazane jest zastosowanie elementów innych podejść terapeutycznych (terapii systemowej, terapii par, techniki logoterapii, pracy z ciałem, psychodramy etc.) i w którym momencie ewentualnie je włączyć?
3. Jakimi zasobami dysponuje pacjent (wewnętrznymi: zdolnościami poznawczymi, zdolnością do autorefleksji; zewnętrznymi: wsparciem rodziny, przyjaciół etc.) umożliwiającymi podjęcie terapii?
4. Jakie potencjalne trudności należy wziąć pod uwagę, jeśli chodzi o powodzenie pracy terapeutycznej, zarówno u pacjenta, jak i u terapeuty?
5. Jaki jest realistyczny cel, zakres i czas pracy?

Ważne jest, aby proces diagnozy oraz proces terapeutyczny uwzględniały holistyczne podejście do pacjenta. Psychoterapeuta powinien patrzeć na wymiary zdefiniowane przez Frankla, rozszerzać je o motywacje zdefiniowane przez analizę egzystencjalną i odnosić się do wielowymiarowej konceptualizacji problemów pacjenta zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami ICD/DSM. Konceptualizacja kształtuje się na etapie diagnozy i aktualizuje wraz z realizowanym planem terapii, a proces diagnozy i psychoterapii jest dynamiczny i pozostaje we wzajemnej zależności. Psychoterapeuta, zgodnie z personalną analizą egzystencjalną, winien poszukiwać i rozumieć wewnętrzne zahamowania, blokady i zasoby pacjenta oraz własne. Zbliżyć się do subiektywnego świata przeżyć pacjenta, aktualizować diagnozę i plan terapii, aby efektywnie przewidywać wyniki leczenia. Etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego stanowią zintegrowany system oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych, które są ze sobą w ciągłej wymianie i dialogu.

Ilustracją zintegrowanych oddziaływań diagnostyczno-terapeutycznych jest Schemat 1. Poszczególne etapy procesu diagnostyczno-terapeutycznego dotyczą:

1. Poszukiwania wewnętrznych zahamowań, blokad i zasobów pacjenta w wymiarze cielesnym, psychicznym i osobowym.
2. Poszukiwania wewnętrznych zahamowań, blokad i zasobów pacjenta w odniesieniu do 4 fundamentalnych motywacji (rozbudowa obszaru osobowego). Badanie otwartości na dialog (PEA) oraz występujących zakłóceń w przebiegu procesu przyjmowania, przetwarzania i reagowania, ujawniających się w relacji terapeutycznej.
3. Odnoszenia konceptualizacji (sposobu rozumienia zahamowań, blokad i zasobów) w nurcie egzystencjalnym do klasyfikacji ICD-11/DSM-V. Oceny nasilenia trudności lub psychopatologii wraz z rozumieniem genezy oraz przyczyn, dla których pacjent szuka pomocy — zrozumienie motywacji pacjenta do podjęcia leczenia.
4. Opracowania planu terapii.
5. Ciągłej aktualizacji konceptualizacji w procesie terapeutycznym, w oparciu o PEA oraz nabywania i/lub wzmacniania zasobów pacjenta w procesie terapii.



Rysunek 1. Schemat diagnostyczno-terapeutyczny (opracowanie własne, za zgodą autora, na podstawie [22])

Cztery fundamentalne motywacje (4FM)

Frankl uważał wolę sensu za najgłębszą motywację człowieka. Współczesna analiza egzystencjalna zwraca uwagę na jeszcze trzy podstawowe siły (motywy), które równie głęboko poruszają człowieka i stanowią warunki wstępne do poszukiwania sensu. Wszystkie razem tworzą cztery osobowo-egzystencjalne motywacje podstawowe, cztery fundamentalne motywacje (4FM). Pierwsze trzy motywacje (osobowe) odnoszą się do człowieka, natomiast czwarta (egzystencjalna) do jego życia. Każda związana jest z konkretnym podstawowym pytaniem egzystencjalnym. **P i e r s z e** dotyczy egzystencji, możliwości bycia. **D r u g i e** życia jako takiego, jego wartości. **T r z e c i e** pacjenta jako osoby, możliwości bycia sobą. **C z w a r t e** — poczucie sensu egzystencji [1]. Z fundamentalnymi motywacjami wiąże się pojęcie akceptacji, oznaczającej uznanie, ustosunkowanie się, przyjęcie rzeczywistości z jej

określonymi warunkami. W myśl założeń analizy egzystencjalnej, człowiek — niezależnie od sytuacji, w jakiej się znalazł — staje przed wyborem akceptacji rzeczywistości [23]. Ustosunkowując się do niej, daje swoją wewnętrzną zgodę, rozumianą jako uznanie danych warunków rzeczywistości (co nie musi oznaczać ich aprobaty, dotyczy przyjęcia rzeczywistości taką, jaka ona jest, bez iluzji i zniekształceń). Przy braku wewnętrznej zgody życie pełnią staje się niemożliwe, w rezultacie czego pojawić się mogą objawy zaburzeń psychicznych.

Pierwsza fundamentalna motywacja (1FM) odnosi się do możliwości istnienia w określonych warunkach rzeczywistości. Pytanie egzystencjalne leżące u podłoża tej motywacji brzmi: *jestem, ale czy mogę tutaj być?* Akceptując rzeczywistość wraz z doświadczeniami wyniesionymi z systemu rodzinnego, bolesnymi przeżyciami, błędami, porażkami, słabościami, krytyką, nieuniknionym cierpieniem — człowiek konfrontuje się z tym, co jest dane, buduje egzystencję w oparciu o prawdę, a nie iluzję. Tym, co wspiera możliwość bycia, jest poczucie bezpieczeństwa, dostatecznej ochrony i wsparcia. Efektem spełnionej pierwszej fundamentalnej motywacji jest poczucie mocy i możliwość działania. Zaburzenia w zakresie tej motywacji są najczęściej wynikiem niedostatecznego wsparcia ze strony rzeczywistości. Są to przeważnie zaburzenia lękowe oraz zaburzenia psychotyczne.

Druga fundamentalna motywacja (2FM) odnosi się do indywidualnego, emocjonalnego stosunku do życia. Poprzez budowanie emocjonalnej relacji odnajdywane są wartości, dla których człowiek chce żyć, które go poruszają. Pytanie egzystencjalne tej motywacji to: *żyję, ale czy lubię moje życie?* Aby móc lubić życie potrzebne są: bliskość, tworzenie relacji z sobą i z innymi oraz czas. Efektem spełnionej drugiej fundamentalnej motywacji jest poczucie połączenia ze swoim życiem, budowanie więzi. Kiedy człowiek doświadcza trudności w przeżywaniu wartości, odbiera życie jako jałowe i pozbawione treści. Zaburzeniem związanym z zablokowaniem zdolności przeżywania wartości życia jest depresja.

Trzecia fundamentalna motywacja (3FM) dotyczy przeżywania siebie samego jako indywidualności. Pytanie egzystencjalne tej motywacji brzmi: *jestem, ale czy mam prawo być takim, jakim jestem?* Odnosi się do odczuwania własnej wartości, czyli wewnętrznego przekonania, do bycia takimi, jakimi jesteśmy. Poczucie własnej wartości kształtuje się dwutorowo: z zewnątrz, dzięki innym ludziom poprzez doświadczenie bycia akceptowanym, uznawanym, widzianym, traktowanym serio i od wewnątrz przez siebie, poprzez uznawanie własnej odrębności i podejmowanie odpowiedzialności za siebie samego. Najbardziej typowymi zaburzeniami wiążącymi się z brakiem poczucia wewnętrznej autentyczności i indywidualności są zaburzenia osobowości.

Czwarta fundamentalna motywacja (4FM) odnosi się do sensu życia, własnej egzystencji, również w dalszej perspektywie, w przyszłości. Pytanie egzystencjalne tej motywacji brzmi: *jestem tu, ale po co?* Wola sensu stanowi uzupełnienie i łączy pozostałe motywacje. Dla odczuwania sensu potrzebne jest osobiste zaangażowanie, poczucie, że obszar, w którym się działa, ma wartość. Widzieć sens oznacza dostrzegać siebie, swoje przeżycia i działania w ich powiązaniu z wartościami. Człowiek doświadcza sensu, realizując zadania i wartości, przynależąc do większych struktur, rozwijając samego siebie, także poprzez religię. Te doświadczenia ułatwiają mu bycie w zgodzie z własnym światem i odnajdywanie w nim w każdej chwili życia indywidualnego sensu, możliwego do realizacji [2]. Kiedy człowiek odczuwa bezsens swojego życia albo nie może wyrazić

sensu w działaniu, wtedy egzystencja zostaje zablokowana. W ramach tej motywacji mogą występować zaburzenia związane z poprzednimi motywacjami, jednak najsilniej związane z wolą sensu są uzależnienia i samobójstwa.

Personalna analiza egzystencjalna (Personal Existential Analysis, PEA)

Modelem odnoszącym się do procesów zachodzących w psychoterapii i relacji między terapeutą a pacjentem jest personalna analiza egzystencjalna [9], która kładzie nacisk na zdolności do budowania dialogu. U jej podstaw leży fenomenologia i łączenie doświadczenia pacjenta z „tu i teraz” jego świata wewnętrznego i zewnętrznego. Personalna analiza egzystencjalna opiera się na teorii Frankla, ale metodologicznie wykracza poza logoterapię. Zakłada zwrot w kierunku wewnętrznego doświadczenia pacjenta, a zatem oddala się od obecnej w logoterapii koncentracji na zewnętrznym świecie powinności i możliwości [2, 9].

Metoda skupia się na dialogu, na fenomenie spotkania terapeuty i pacjenta, byciu w terażniejszości, w ciągłej wymianie zmierzającej do wzajemnego poznawania. Uczy otwartości na dialog, bada występujące zakłócenia w przebiegu procesu przyjmowania, przetwarzania i reagowania, ujawniające się w relacji terapeutycznej. W personalnej analizie egzystencjalnej wyróżnia się cztery etapy:

1. Fazę opisową: Co pacjent mówi? Jak to mówi? Dlaczego mówi? Dlaczego mówi to mnie? Dlaczego teraz? Jak ja to przyjmuję? Celem dokładnego zebrania opisu jest powstanie wrażenia.
2. Analizę fenomenologiczną wrażenia, połączenie z emocjami.
3. Analizę wewnętrznego ustosunkowania, odnajdywanie postawy wobec sytuacji.
4. Wyrażenie ustosunkowania do świata, wraz z wzięciem odpowiedzialności, podjęciem działania.

Rozumienie traumy w analizie egzystencjalnej

Trauma, ze względu na swój charakter, jest doświadczeniem wykraczającym poza zwykle doświadczenia człowieka [24, 25]. W przypadku traumy relacyjnej, wielokrotnie powtarzające się sytuacje przemocy czy zaniedbania czynią jednostkę bezradną, przerażoną. Pozbawiają zaufania do świata (1FM), ludzi (2FM), siebie (3FM). Odbierają sens istnieniu, rozbijają egzystencjalną spójność osadzoną w 4FM. Jedną z cech charakterystycznych doświadczenia traumy, poza paraliżującym doświadczeniem przerażenia, jest doświadczenie (percepcja) druzgocącej niezrozumiałości rzeczywistości, która nie ma sobie równych [26], gdyż narusza ontologiczny sens istnienia. Człowiek w obliczu traumy przeżywa wszechogarniającą utratę zaufania do siebie, ludzi i do świata, nie mając możliwości poznawczego ustosunkowania się do sytuacji. Trauma narusza egzystencję na wszystkich poziomach motywacji: zdolności do bycia (istnienia), poczucia sensu i wartości istnienia, zdolności do życia w związku, integralności osobowości — rujnuje obraz siebie i poczucie własnej wartości. Pozbawia wiary w przyszłość, w rozwój, w którym własne życie i działania mogłyby przynosić satysfakcję i być rozwijające. Osoba pozbawiona strukturalnych elementów egzystencji (fundamentalnych motywacji) traci dostęp do swoich osobistych

zasobów: postrzegania siebie (tworzenia granic jako podstawy dialogu), samooceny poprzez swobodne definiowanie siebie, poczucia własnej wartości.

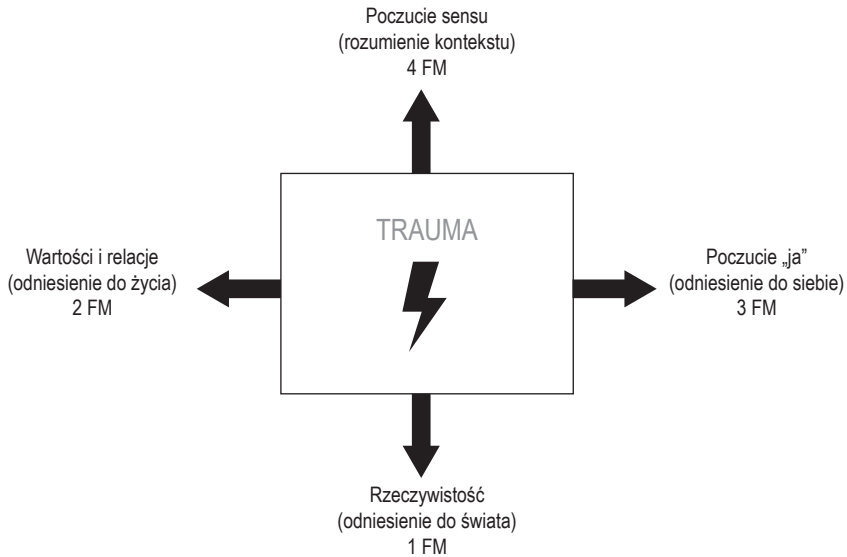
Doświadczenie traumy wprowadza w stan cierpienia, stały stan niebędący procesem, w którym doświadczenie pozostaje na zewnątrz bez możliwości zinternalizowania [26]. Egzystencja zostaje zablokowana: świat przestaje być bezpieczny, życie staje się nieatrakcyjne, obce, traci się dostęp do siebie, przyszłość nie jest konstruktywna, nie ma w niej sensownego stawania się i wzrastania [26]. Zaburzony zostaje autentyczny kontakt ze sobą, ludźmi, światem, naruszone podstawowe zaufanie. Osoba z doświadczeniem traumy złożonej znajduje się w stanie „przedłużającego się paraliżu przetwarzania”. Zamiast przetwarzania, wzbudzone są stare obrazy, które pojawiają się na tle pierwotnych emocji. Wkrótce zastępują uczucie pozbawionej emocji odrętwienia i pojawia się anhedonia. Aktywność zostaje przesunięta na poziom reakcji i dominuje zachowanie unikowe [26].

W świetle badań nad traumą relacyjną (rozpoznanie cPTSD wg ICD-11) osoby z tym doświadczeniem charakteryzują się deficytami w obszarze regulowania afektu. Ich przeżycia nie są dla nich w pełni zrozumiałe, nie mają kontroli nad ich nasileniem, mają trudności w adekwatnym przeżywaniu terażniejszości [27]. Rozumienie traumy relacyjnej jako „emocjonalnego zamrożenia” na skutek przemocy i/lub zaniedbania koresponduje z definicją patologii proponowaną przez analizę egzystencjalną i może wskazywać na brak wewnętrznej zgody na każdej z fundamentalnych motywacji Alfreda Längle: 1FM — wrogi, podejrzliwy stosunek do świata (odniesienie do świata), 2FM — wycofanie z kontaktów społecznych (odniesienie do życia), 3FM — poczucie pustki (odniesienie do siebie), 4FM — beznadzieja, przewlekły stan napięcia (nadawanie znaczenia, rozumienie kontekstu). Objawy zarówno PTSD, jak i cPTSD, według ICD-11, z perspektywy czterech fundamentalnych motywacji, korespondują z każdą z 4FM [24, 26]:

- 1FM — z osłabieniem możliwości bycia, poczucia swojej fizyczności — zaburzeniami snu, wzbudzeniem wegetatywnym, drżeniami, nadmierną reakcją motoryczną na nagłe bodźce, utratą wagi — naruszoną przestrzenią, brakiem ochrony i bezpieczeństwa, poczuciem zagrożenia — uderzeniem w fundamentalne zaufanie, wg ICD-11: ponownym doświadczaniem urazowego wydarzenia w terażniejszości, aktualnym poczuciem zagrożenia.
- 2FM — z zaburzeniami w wymianie emocjonalnej ze światem, brakiem połączenia z wartościami — „odrętwieniem emocjonalnym”, drażliwością, obniżeniem nastroju, trudnościami w regulowaniu emocji, poczuciem bycia zalewanym przez emocje związane z nawracającym przeżywaniem sytuacji/doświadczeń traumatycznych, unikaniem sytuacji/osób podobnych do urazowych, ciągłym przetwarzaniem wydarzeń traumatycznych — pojawiającymi się żywymi wspomnieniami lub snami, wg ICD-11: unikaniem, dysregulacją afektu, zaburzeniami w relacjach.
- 3FM — z zaburzeniami w obszarze siebie, obniżeniem poczucia własnej wartości, brakiem poczucia spójności — potrzebą trzymania urazowego doświadczenia niejako „z daleka od siebie” — co powoduje jeszcze większe oddalenie się od siebie, rozszczepienie — ja i trauma, wg ICD-11: negatywnym obrazem siebie.
- 4FM — z zaburzeniami w percepcji przyszłości, brakiem horyzontu, urwaniem „linii życia”, wizja świata, w którym wszystko co cenne, może zostać w dowol-

nym momencie zniszczone wg ICD-11: aktualnym poczuciem zagrożenia, upośledzeniem funkcjonowania dla PTSD oraz DSO.

Deficyty w obrębie wszystkich wymiarów istnienia (zobrazowane na rysunku nr 2), strukturalne osłabienie podstawowych motywacji i zatrzymanie egzystencjalnego spełnienia człowieka wyjaśniają współwystępowanie PTSD/cPTSD wg ICD-11 z lękiem, depresją, dysocjacją, somatyzacją i uzależnieniami [26, 30].



Rysunek 2: Trauma rozumiana jako masywne zakłócenia w obrębie 4FM (opracowanie własne, za zgodą autora, na podstawie [25])

Zakłócenia w obrębie 4FM mają odniesienie do pracy terapeutycznej. Wskazują na konkretne obszary pracy zgodnie z modelem strukturalnym analizy egzystencjalnej i fundamentalnych motywacji dotkniętych traumą. Określają kolejność etapów terapii:

- 1FM: rzeczywistość (odniesienie do świata) — praca nad akceptacją tego, co jest dane, restrukturyzacja założeń dotyczących rzeczywistości.
- 2FM: wartości i relacje (odniesienie do życia) — relacja z terapeutą i stopniowe włączanie emocji do relacji terapeutycznej, empatyczne towarzyszenie.
- 3FM: restrukturyzacja „ja” (odniesienie do siebie) — stopniowa praca nad odzyskiwaniem własnej historii, przetwarzanie doświadczeń traumatycznych i budowanie (restrukturyzacja) obrazu siebie jako osoby.
- 4FM: rozumienie kontekstu (nadawanie znaczenia) — restrukturyzacja, poszukiwanie sensu, nadawanie znaczenia, integracja doświadczeń i zasobów, a poprzez to wzrost potraumatyczny.

Terapia w modelu personalnej analizy egzystencjalnej umożliwia zatrzymanie i obserwację doświadczenia, przeżycie go w sposób bezpieczny. Osoby mogą stworzyć ciągłość doświadczenia i spójność wewnątrz siebie. Innymi słowy, personalna analiza egzystencjalna pozwala na powrót do siebie na poziomie emocjonalnym i poznawczym.

Założenia teoretyczne treningu Akceptacja 4FM

Trening Akceptacja 4FM odnosi się do każdej z fundamentalnych motywacji. W myśl założeń analizy egzystencjalnej psychopatologia jest definiowana jako sytuacja, w której osoba czuje się zablokowana lub powstrzymana przed próbami życia takiego, jakie uznaje za odpowiednie dla siebie [1, 9]. Zaplanowane oddziaływania terapeutyczne, uwzględniając ograniczenia czasowe procesu na oddziałach dziennych, skupiają się na uczeniu akceptacji rozumianej jako przyjmowanie rzeczywistości z określonymi jej warunkami na każdym z wymiarów. Trening Akceptacja 4FM zakłada wyposażenie pacjenta w narzędzia związane z budowaniem lub wzmacnianiem relacji z samym sobą oraz ze światem w dialogu wewnętrznym, uczenie i wspieranie akceptacji rzeczywistości, nadawanie sensu i celu życiu wraz z uznawaniem swojej biografii. Opiera się na multimodalnych oddziaływaniach w wymiarze psychicznym, cielesnym (uziemięcie egzystencjalne), osobowym oraz egzystencjalnym. Trening wskazuje na różnice między akceptacją a aprobatą oraz możliwe konsekwencje jednej i drugiej postawy. Uczy rozumienia indywidualnego świata oraz towarzyszenia sobie i innym w osiąganiu wolnego przeżywania, dokonywaniu wyborów i samodzielnym, odpowiedzialnym podejściu do własnego życia i świata.

Podsumowanie

Przedstawiony w niniejszym artykule sposób postrzegania człowieka uwzględnia holistyczne podejście zarówno w procesie diagnostycznym, jak i w planowaniu oddziaływań terapeutycznych. Zgodnie z klasyfikacją ICD-11 odnosi się do wymiarów, a nie kategorii poszczególnych zaburzeń psychicznych, pozwalając tym samym zbliżyć się do subiektywnego świata przeżyć pacjenta. Proponowany schemat diagnostyczno-terapeutyczny umożliwia prowadzenie pacjenta do poznania i akceptacji siebie, świata, ludzi w oparciu o zasadę partnerskiej równości uczestników dialogu. Ułatwia restrukturyzację znaczeń uszkodzonych przez traumę na każdej fundamentalnej motywacji. Pomaga w odkrywaniu indywidualnego sensu. Podkreśla dynamiczny przebieg diagnozy i psychoterapii, które pozostają we wzajemnej zależności i wymianie. Odnosi się do wielowymiarowej konceptualizacji zaburzeń osobowości wprowadzonych w ICD-11. Wskazuje nasilenie trudności w odniesieniu do istotnych obszarów funkcjonowania człowieka. Wspiera rozumienie pacjenta przez odnoszenie się do jego subiektywnego świata przeżyć i przekonań. Umożliwia wyposażanie go w narzędzia związane ze wzmacnianiem relacji z samym sobą, ze światem, wspieranie akceptacji rzeczywistości, nadawanie sensu i celu życiu wraz z uznaniem swojej historii życia — co jest kluczowe dla skutecznego leczenia cPTSD [2, 28]. Wprowadza funkcjonalne podejście, które jest bliskie temu, na co wskazuje Aho, w swoim zbiorze esejów na temat medycyny egzystencjalnej: „Ludzkiej egzystencji (Dasein) nie można

sprowadzić do pomiarów z badań krwi, kardiografów i stetoskopów. Egzystencja jest raczej sposobem bycia, afektywną, usytuowaną i ucieleśnioną czynnością — nie »czym?« ale »jacy?« — jako ludzie jesteśmy” [29, str. 12].

Analiza egzystencjalna bierze pod uwagę życie człowieka jako całość, wychodząc z założenia, że spełnienie egzystencji może być dokonane w sytuacji łączności i współdziałania wszystkich wymiarów człowieka. Podkreśla wagę oddziaływań zmierzających do wspierania człowieka w pełnym, zarówno poznawczym, jak i emocjonalnym doświadczaniu siebie i świata. Kładzie nacisk na takie dyspozycje jednostki, jak podejmowanie decyzji w zgodzie ze sobą oraz branie odpowiedzialności za swoje życie, co w konsekwencji umożliwi lepsze radzenie sobie z nim [1, 5]. Rozwija te zdolności, które zostały zablokowane w wyniku doświadczania traumy relacyjnej: możliwości życia pełnią życia (ujawniające się jako „zamrożenie” lub nadaktywność), poczucie sensu, akceptacja rzeczywistości (zamiast unikania, przeżywania uczucia zagrożenia), bycie sobą, akceptacja siebie, budowanie satysfakcjonujących relacji ze sobą i innymi [24]. Trening Akceptacja 4FM zakłada oddziaływania terapeutyczne wyposażające pacjentów w narzędzia inspirujące do lepszego rozumienia i akceptowania świata, życia, siebie, i ukierunkowuje ich na poszukiwania indywidualnego sensu.

Piśmiennictwo

1. Längle A. Analiza egzystencjalna — poszukiwanie zgody na życie. *Psychoterapia* 2003, 2(125): 33–46.
2. Längle A. Von der sinnzentrierten Behandlung zur existenzanalytischen Psychotherapie. Markierungen zum Unterschied von Logotherapie nach Frankl und der modernen Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 2022; 39(1): 73–78.
3. Opoczyńska M. Psychologia egzystencjalna a podstawowe zagadnienia psychoterapii. W: Opoczyńska M, red. *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 193–210.
4. Vos J, Craig M, Cooper M. Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2014; 83(1): 15–128.
5. Längle A. The history of logotherapy and existential analysis. W: van Deurzen E, Craig E, Längle A, Schneider KJ, Tantam D, du Plock S. *The Wiley world handbook of existential therapy*. John Wiley & Sons Ltd.; 2019, s. 309–323.
6. Jakubik A. Psychiatria aksjologiczna. W: Jakubik A. Antoni Kępiński — człowiek i dzieło. Warszawa: PZWL; 1981, s. 358–364.
7. Kokoszka A. Rozumieć, aby leczyć i „podnosić na duchu” Psychoterapia według Antoniego Kępińskiego. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1996, s. 137.
8. Yalom ID. *Psychoterapia egzystencjalna*. Warszawa: IPZ, 2008.
9. Längle A. Rozmowa terapeutyczna jako droga odkrywania samego siebie. *Psychoterapia* 2003; 11(24): 41–54.
10. European Association for Psychotherapy [Internet]. Logotherapy — European Association for Psychotherapy. Dostępny w: <https://www.europsyche.org/approaches/logotherapy/>
11. Orlinsky D. Comments on the state of psychotherapy research (as I see it). *IFP Newsletter* 2007; 1(7): 11–14.

12. Correia EA, Cooper M, Berdondini L, Correia K. Characteristic practices of existential psychotherapy: A worldwide survey of practitioners' perspectives. *Human. Psychol.* 2017; 45(3): 217–237.
13. Freire ES. Randomized controlled clinical trial in psychotherapy research: an epistemological controversy. *J. Human. Psychol.* 2006; 46(3): 323–335.
14. Rayner M, Vitali D. Existential therapy scores GOALS! Attitudes and possible solutions for the problem of measurement in existential psychotherapy. *Existential Analysis* 2014; 25(2): 296–313.
15. Angus L, Watson JC, Elliott R, Schneider K, Timulak L. Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychother. Res.* 2014; 25, 1–18. DOI: 10.1080/10503307.2014.989290.
16. Thir M, Batthyány A. The state of empirical research on logotherapy and existential analysis. W: Batthyány A, red. *Logotherapy and existential analysis. Proceedings of the Viktor Frankl Institute Vienna*, vol 1. Springer; 2016, s. 53–74.
17. Bernstein KS, Cho S, Cho S, Roh S. Logo-autobiography and its effectiveness on depressed Korean immigrant women: A replication study. *J. Nurs. Educ. Pract.* 2012; 3(6): 51–60.
18. Cho S, Bernstein KS, Roh S, Chen DC. Logo-autobiography and its effectiveness on depressed Korean immigrant women. *J. Transcult. Nurs.* 2013; 24(1): 33–42.
19. Robtamili S, Sohrabi F, Sharak MA, Talepasand S, Nokani M, Hasani M. (2015). The effect of group logotherapy on meaning in life and depression levels of Iran students. *Int. J. Adv. Couns.* 2015; 37: 54–52.
20. Mosalanejad L, Koolee AK. Looking at infertility treatment through the lens of the meaning of life: The effect of group logotherapy on psychological distress in infertile women. *Int. J. Fertility Sterility* 2013; 6(4): 224–231.
21. von Kirchbach G. General introduction to logotherapy and existential analysis. *Europ. Psychother.* 2003; 4(1): 33–46.
22. Längle A. The process of diagnosis in existential analysis. W: Bartuska H, Buchsbaumer M, Mehta G, Pawlowsky G, Wiesnagrotzki S, red. *Psychotherapeutic diagnosis. Guidelines for the new standard.* New York: Springer; 2008, s. 83–90.
23. Längle A. *Informacja ustna w trakcie seminarium szkoleniowego.* Warszawa, 2010.
24. Siwak-Kobayashi M. Psychoterapia egzystencjalna osób z zaburzeniami nerwicowymi i związanymi ze stresem. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. *Psychoterapia. Problemy pacjentów. Podręcznik akademicki.* Warszawa: Wydawnictwo Eneteia; 2011, s. 85–104.
25. Längle A. Trauma und Existenz. *Psychotherapie Forum* 2007; 15(3): 109–116.
26. Angermayr M. Existenztanalyse mit dem Körper — Ereignis und Anverwandlung. *Existenzielles Grounding als existenzanalytisch-körperpsychotherapeutischer Zugang.* *Existenzanalyse* 2002; 1: 4–13.
27. Maercker A, Cloitre M, Bachem R, Schlumpf YR, Khoury B, Hitchcock C, Bohus M. Complex post-traumatic stress disorder. *Lancet* 2022; 400(10345): 60–72. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00821-2. PMID: 35780794.
28. Cloitre M. The „one size fits all” approach to trauma treatment: should we be satisfied? *Eur. J. Psychotraumatol.* 2015 (19)6: 27344. DOI: 10.3402/ejpt.v6.27344.
29. Aho K. *Existential Medicine: Essays on Health and Illness*, W: Lanham, MD: Rowman & Littlefield International, (s. xii), 2018.
30. Vermetten E, Charney DS, Bremner JD. Posttraumatische Belastungsstörung. W: Helmchen H, Henn F, Lauter H, Sartorius N, red. *Psychiatrie der Gegenwart*, tom 6: Erlebens — und Verhaltensstörungen, Abhängigkeit und Suizid. Berlin: Springer; 2000; s. 59–136.

Adres: ddraczynska@ipin.edu.pl

Lech Kalita

**UTRZYMYWANIE SIĘ SZKODLIWYCH KONSEKWENCJI
DZIECIĘCEJ TRAUMY W ADOLESCENCJI I W DOROSŁYM
ŻYCIU: MECHANIZMY BIOLOGICZNE, SKUTKI
PSYCHOLOGICZNE, PRZYKŁADY KLINICZNE**

**PERSISTENCE OF HARMFUL CONSEQUENCES OF CHILDHOOD
TRAUMA IN ADOLESCENCE AND ADULT LIFE:
BIOLOGICAL MECHANISMS, PSYCHOLOGICAL EFFECTS, CLINICAL EXAMPLES**

Praktyka prywatna

**resiliency
childhood trauma
trauma psychotherapy**

Streszczenie

W niniejszym artykule krótko przedstawię biologiczne mechanizmy oddziaływania traumy psychicznej na mózg dziecka, odnosząc się zwłaszcza do rozwojowych konsekwencji występujących w adolescencji i dorosłości. W odwołaniu do nakreślonego tła neurobiologicznego opiszę wiele problemów psychologicznych: trudności relacyjnych, behawioralnych i emocjonalnych, a także zaburzeń i chorób psychicznych związanych z biologicznymi konsekwencjami traumy. Przytoczę wyniki badań ilościowych prowadzonych w grupach wystarczająco dużych, by uzasadnić pogląd o prawidłowościach występujących w zakresie konsekwencji traumy dziecięcej w adolescencji i dorosłości. Zilustruję główne tezy artykułu za pomocą dwóch przykładów klinicznych — krótkich opisów pochodzących z własnej praktyki psychoterapeutycznej i superwizyjnej. Przykłady kliniczne dotyczą psychoterapii oraz innych oddziaływań prowadzonych na przestrzeni kilkunastu lat, co pozwoli obserwować, jak trauma oddziaływała na losy dziecięcych pacjentów w miarę ich dojrzewania i wchodzenia w dorosłość, ze szczególnym uwzględnieniem roli wczesnych urazów środowiskowych i okresów nasilonego stresu wpisanych w rozwój. Na koniec zaproponuję dwa wnioski dotyczące praktycznej użyteczności rozumienia opisanych prawidłowości oraz uwzględnienia ich w budowaniu koncepcji potraumatycznej rezyliencji.

Summary

In this article, I will briefly present the biological mechanisms of the impact of psychological trauma on the child's brain, referring especially to the developmental consequences occurring in adolescence and adulthood. I will then describe a range of relational, behavioral and emotional problems, as well as mental disorders and illnesses related to the biological consequences of trauma. I will cite the results of quantitative research conducted in groups large enough to justify the view of regularities in the consequences of childhood trauma in adolescence and adulthood. I will illustrate the main theses

of the article using two clinical examples from my own psychotherapeutic and supervisory practice conducted over several years, which allowed me to observe how trauma influenced the fate of child patients as they matured and entered adulthood. Finally, I will propose two conclusions regarding the practical usefulness of understanding the described regularities and taking them into account in building the concept of post-traumatic resilience.

Biologiczne mechanizmy traumy

Mechanizm oddziaływania traumy na rozwijający się organizm oraz konsekwencje dla późniejszego rozwoju emocjonalnego, poznawczego i społecznego wyczerpująco opisali De Bellis i Zisk [1].

Jednym z najważniejszych obszarów wczesnego oddziaływania traumy na organizm jest tzw. oś HPA (od pierwszych liter: hypothalamic-pituitary-adrenal axis), czyli układ podwzgórza, przysadki mózgowej i nadnerczy. Jest to sieć złożonych, dwukierunkowych zależności w zakresie regulacji hormonalnej, odpowiadająca za reakcje na stres oraz adaptację do czynników środowiskowych. Oś HPA pełni kluczową rolę w przygotowywaniu organizmu do walki, ucieczki lub zastygnięcia w reakcji na zagrożenie. Bierze ona także istotny udział w regulacji nastroju i kształtowaniu emocji.

W uproszczonej wersji sposób działania osi HPA można opisać następująco: w odpowiedzi na bodziec stresowy dochodzi do wzmożonego działania kortykolibertyny (CRH, ang. corticotropin-releasing hormone), neurohormonu wydzielanego w podwzgórzu i stymulującego produkcję i wydzielanie hormonu adrenokortykotropowego (ACTH, ang. adrenocorticotropic hormone) w przednim płacie przysadki mózgowej. ACTH za pomocą układu krwionośnego trafia do komórek nadnerczy, pobudzając je do wzmożonej produkcji glikokortykosteroidów, w tym kortyzolu, znanego jako hormon stresu. Jedną z głównych funkcji kortyzolu jest zwiększenie stężenia glukozy we krwi w celu pobudzenia organizmu w odpowiedzi na zagrożenie. W komórkach nadnerczy i zakończeniach układu współczulnego dochodzi równolegle do wzmożonego wydzielania katecholamin, w tym epinefryny (nazywanej potocznie adrenaliną), odpowiedzialnych za mobilizację organizmu do wysiłku poprzez skurcz naczyń krwionośnych i przyspieszenie rytmu serca.

W okolicznościach nieprzekraczających możliwości adaptacyjnych układ HPA skutecznie mobilizuje organizm do okresowego wzmożonego wysiłku, po którym następuje powrót do mniej intensywnej aktywności. Jednak wskutek nadmiernego stresu działanie osi HPA pociąga za sobą konsekwencje szkodliwe dla funkcjonowania organizmu. Zbyt wysoki poziom glikokortykosteroidów i katecholamin prowadzi do utrzymywania organizmu w stanie chronicznego pobudzenia, co może skutkować zarówno nadmiernym uwrażliwieniem, jak i (wskutek działania negatywnego sprzężenia zwrotnego w układzie HPA) uniewrażliwieniem na bodźce zagrażające. Wykazano związki między niewłaściwą gospodarką kortyzolem i epinefryną a wieloma zaburzeniami psychicznymi, m.in. PTSD i depresją.

Rozregulowanie działalności osi HPA w odpowiedzi na traumę (czyli zagrażające bodźce przekraczające możliwości radzenia sobie jednostki) we wczesnym dzieciństwie przynosi konsekwencje dla rozwoju całego organizmu, zwłaszcza mózgu, co wiąże się z licznymi trudnościami emocjonalnymi, psychologicznymi i społecznymi, w wielu

wypadkach prowadzącymi do zaburzeń psychicznych. To, czy bodźce stresowe osiągną poziom traumatyczny, czyli przekraczający zdolność do zdrowej adaptacji, zależy od wielu uwarunkowań, zarówno indywidualnych, jak i środowiskowych: m.in. czynników genetycznych, dostępnego wsparcia społecznego oraz siły i charakteru samego urazu.

Sytuacja chronicznej traumy, utrzymująca się w dzieciństwie i adolescencji skutkuje (między innymi poprzez opisane wyżej rozregulowane działanie osi HPA) nieprawidłowym funkcjonowaniem i rozwojem wielu obszarów mózgu odpowiedzialnych za kontrolę nad zachowaniem, przetwarzanie afektu i zintegrowane przeżywanie obrazu siebie. Jedną z konsekwencji traumy jest wadliwa regulacja pracy grzbietowo-bocznej kory przedczołowej mózgu, odpowiadającej między innymi za tzw. funkcje wykonawcze, czyli procesy pozwalające kontrolować i regulować zachowanie oraz inicjować aktywność celową. Zakłócenia pracy tego obszaru mózgu, takie jak zaburzenia kontroli hamowania, dysfunkcje pamięci roboczej i planowania, skutkują obniżoną zdolnością do odraczania gratyfikacji, wzrostem agresji, impulsywności oraz zachowań antyspołecznych. Zakłócony przepływ dopaminy, serotoniny i oksytocyny wpływa nie tylko na przetwarzanie poznawcze, ale też na ogólną modulację strachu i przyjemności za pomocą m.in. receptorów zlokalizowanych w mózdzku. Konsekwencją tych wielopoziomowych zakłóceń są zaburzenia zachowania, zaburzenia więzi oraz zaburzenia nastroju (np. depresja).

Udział układu limbicznego (szczególnie ciała migdałowatego i układu nagrody) w reakcji na traumę został szeroko opisany. Pokróćce — ciało migdałowate pełni ważną rolę w przetwarzaniu informacji afektywnych ze względu na połączenia zarówno z częściami mózgu odpowiedzialnymi za funkcjonowanie poznawcze, jak i z autonomicznym układem nerwowym, czyli obszarem biologicznej reakcji organizmu na stres. Odgrywa także ważną rolę w przetwarzaniu informacji w sferze kontaktów międzyludzkich, o czym świadczy fakt, że objętość ciała migdałowatego u ludzi jest pozytywnie skorelowana z wielkością ich sieci społecznej [2]. Działanie układu limbicznego i ciała migdałowatego jest ściśle związane z funkcjonowaniem sieci HPA: są one stymulowane do pracy przez hormony nadnerczy. Wadliwa regulacja układu limbicznego i ciała migdałowatego może prowadzić do zaburzeń zachowania oraz utrudnionego funkcjonowania społecznego, a także — wskutek deregulacji układu nagrody — do anhedonii oraz nawykowej regulacji afektu za pomocą substancji, co grozi uzależnieniem. Istnieją także dane wskazujące na zakłócony rozwój komunikacji międzypółkulowej (za którą odpowiada między innymi ciało modzelowate) wskutek chronicznej traumy i rozregulowania działania osi HPA. Wśród konsekwencji zaburzonej komunikacji między półkulami wymienia się między innymi zaburzone dojrzewanie tak zwanej sieci stanu spoczynkowego (ang. default mode network, DMN), czyli — w dużym uproszczeniu — trybu funkcjonowania mózgu nieskoncentrowanego na realizacji zadań w środowisku. Wydaje się, że DMN odgrywa rolę w procesach samoświadomości, budowaniu reprezentacji siebie i tworzeniu narracji na własny temat, bowiem mało rozwinięta sieć stanu spoczynkowego (obserwowana u osób doświadczających traumy w dzieciństwie) wiąże się z negatywnymi myślami i autonarracjami, deficytami funkcjonowania społecznego oraz ze słabszym poczuciem integracji oraz nasilonym ryzykiem przeżywania objawów dysocjacyjnych.

Utrzymywanie się opisanej wyżej wielopoziomowej dysfunkcji rozwijającego się mózgu w okresie dzieciństwa i adolescencji może prowadzić do równoległego, wtórnego

pojawienia się w okresie dorastania kolejnych zaburzeń zdrowia psychicznego, na przykład zaburzeń nerwicowych, lękowych, depresyjnych, zaburzeń zachowania oraz nadużywania substancji, dodatkowo utrudniających prawidłowe funkcjonowanie mózgu i rozwój psychiki. Jednocześnie zaburzenia funkcjonowania osi HPA, mające źródło w dziecięcej traumie, prowadzić mogą do ogólnego słabszego stanu zdrowia fizycznego, utrzymującego się w dorosłym życiu: zaburzeń metabolizmu, ryzyka wystąpienia chorób autoimmunologicznych czy przedwczesnego starzenia się.

Opisane wyżej procesy biologiczne stanowią podstawę wielu zaburzeń objawiających się w dorosłości, a stanowiących konsekwencję traumy doznawanej w dzieciństwie. Okres dojrzewania to często czas, w którym owe konsekwencje krystalizują się w postaci wyraźnych problemów relacyjnych, problemów z zachowaniem oraz problemów emocjonalnych, które bądź to już w adolescencji, bądź dopiero w dorosłości osiągają nasilenie pozwalające na diagnozę zaburzeń i chorób psychicznych.

Problemy relacyjne w konsekwencji dziecięcej traumy

Wśród najczęściej pojawiających się relacyjnych problemów wynikających z przeżytych w dzieciństwie traum wymienić należy skłonność do samoizolacji oraz wykształcenie się pozabezpiecznych wzorców przywiązania.

Futa i współpracownicy [3] przyjrzeni się sposobom, w jakie dorosłe kobiety radzą sobie z trudnymi wspomnieniami z przeszłości. W grupie 196 badanych osoby, które doświadczyły w dzieciństwie traumy (przemocy seksualnej i/lub przemocy fizycznej) radziły sobie w dorosłym życiu ze wspomnieniami znacznie gorzej niż osoby bez historii traumy. Kobiety, które nie doznały w dzieciństwie traum, wyraźnie rzadziej dystansowały się od innych ludzi, częściej szukały wsparcia społecznego i bardziej potrafiły koncentrować się na pozytywnych stronach życia. Kobiety, które doznały traumatyzującej przemocy, usiływały uporać się z bolesnymi wspomnieniami przede wszystkim za pomocą strategii samoizolacji oraz samoobwiniania, które stanowiły ich podstawowy mechanizm radzenia sobie, natomiast znacznie rzadziej niż kobiety nieobciążone traumą decydowały się na skorzystanie ze wsparcia społecznego.

Erozkan [4] przeprowadził badanie w grupie 911 dorosłych osób (492 kobiet, 419 mężczyzn), koncentrując się na związkach między dziecięcą traumą a wzorcem przywiązania u osób dorosłych. Odwoływał się on do klasyfikacji Bartholomew i Horowitz [5], którzy w oparciu o prace Bowlby'ego, Ainsworth i Main [w: 6] wyróżnili cztery wzorce przywiązania u osób dorosłych: bezpieczny, ambiwalentny, unikający i lękowy. Osoby, które doświadczyły psychicznej, emocjonalnej i seksualnej przemocy, a także psychicznego i emocjonalnego zaniedbania częściej rozwijały wzorce lękowe, ambiwalentne i unikające. Badani, którzy nie doznali takich traum w dzieciństwie częściej rozwijali bezpieczny wzorec przywiązania. Unger i De Luca [7] uzyskały podobne wyniki w grupie 552 kobiet i 294 mężczyzn: według uzyskanych przez nie wyników przemoc fizyczna w dzieciństwie badanych wiązała się z unikającymi i lękowymi wzorcami przywiązania. W badaniu Erozkana [4] miarą traumy najbardziej bezpośrednio korespondującym z pozabezpiecznymi wzorcami przywiązania okazało się zaniedbanie emocjonalne, współwystępujące z każdą inną formą nadużycia i przemocy.

Larsen i współpracownicy [8] prowadzili badania w grupie 338 kobiet i 296 mężczyzn, z których część korzystała z pomocy wskutek doznanych w dzieciństwie traum. Przyglądali się między innymi jakości związków romantycznych tworzonych przez osoby badane. Wyniki wskazały, iż osoby badane, które w dzieciństwie doznały przemocy fizycznej i/lub seksualnej, funkcjonują gorzej w relacjach jako dorośli. W porównaniu z badanymi niemającymi historii dziecięcej traumy brakowało im umiejętności społecznych, doświadczali oni większych trudności w budowaniu więzi, wybierali bardziej problematycznych partnerów romantycznych oraz częściej przeżywali wstyd w relacjach. Autorzy badania zwrócili uwagę, iż trudności relacyjne dotyczyły w jednakowej mierze mężczyzn i kobiet, a także podkreślili, iż skłonność do wchodzenia w związki z problematycznymi partnerami naraża osoby z historią traumy dziecięcej na ponowne przeżywanie trudnych sytuacji w dorosłości.

Zespół pod przewodnictwem Doby [9] w badaniu obejmującym 456 młodych ludzi wykazał, że w nasileniu związków między traumą dziecięcą a objawami PTSD w adolescencji i wczesnej dorosłości pośredniczą strategie regulacji emocji — nie tylko realizowane samodzielnie, ale także strategie regulacji emocji w relacjach interpersonalnych. Najważniejsze nieadaptacyjne strategie interpersonalne związane są z deficytami mentalizacji i polegają na silnej emocjonalnej pobudliwości oraz na skłonności do unikania związków uczuciowych.

Można zauważyć, iż zjawiskiem powtarzającym się w cytowanych wynikach badań jest tendencja do wycofywania się z głębokich relacji międzyludzkich przy jednoczesnej wrażliwości na przeżywanie negatywnych uczuć w tych relacjach. Trauma doznana w dzieciństwie kładzie się zatem wyraźnym cieniem na możliwości budowania bezpiecznych związków oraz na zdolności do przeżywania spokoju i stabilności w nawiązywanych relacjach.

Problemy behawioralne w konsekwencji dziecięcej traumy

Do problemów behawioralnych stanowiących najpowszechniejsze konsekwencje dziecięcych traum zaliczyć można skłonność do zachowań autoagresywnych, szkodliwe używanie substancji wraz z ryzykiem uzależnienia oraz próby samobójcze.

Serafini i współpracownicy [10] dokonali systematycznego przeglądu wyników współczesnych badań poświęconych związkowi między przemocą doznawaną w dzieciństwie a niesamobójczymi zachowaniami autoagresywnymi osób dorosłych. Łączna liczba osób badanych objętych owym systematycznym przeglądem wyniosła ponad 22 tysiące badanych w próbach kohortowych, ponad 1,7 tysiąca badanych w próbach longitudinalnych oraz ponad 60 tysięcy badanych w próbach retrospektywnych. Wyniki przeglądu jednoznacznie wskazują, iż istnieje wyraźny związek między przemocą doznawaną w dzieciństwie a niesamobójczymi zachowaniami autoagresywnymi w dorosłości, a także podejmowaniem w dorosłości prób samobójczych. Wśród czynników pośredniczących w owym silnym związku wskazuje się na rolę samokrytycyzmu, nasilenie objawów PTSD, niską samoocenę oraz objawy dysocjacyjne. Szczególnie silny związek występował między niesamobójczymi aktami autoagresji a doświadczeniem przemocy seksualnej. Badacze zwrócili uwagę także na różnice związane z płcią: wśród osób doświadczających przemo-

cy w dzieciństwie kobiety częściej niż mężczyźni dokonywały aktów autoagresji i prób samobójczych w dorosłości.

Podobne wnioski sformułował zespół pod przewodnictwem Brown [11], który przyjrzał się związkom dziecięcej traumy i autoagresji w dorosłości w reprezentatywnej próbie społeczeństwa niemieckiego (badanie objęło 2498 osób). Wśród osób badanych 3% podejmowało akty autoagresji, zaś 30% zgłaszało doświadczenie przemocy w dzieciństwie. W grupie osób podejmujących akty autoagresji 72% badanych doświadczyło przemocy w postaci emocjonalnego zaniedbania, co stanowiło najsilniejszy związek (silniejszy niż w przypadku aktów autoagresji i przemocy fizycznej i seksualnej).

Bahk i współpracownicy [12] przyglądali się szczegółowej drodze do formowania myśli samobójczych przez dorosłe osoby, które doświadczyły traumy w dzieciństwie. W zaprojektowanym przez nich badaniu uczestniczyło 211 osób. Wyniki wskazały, iż najsilniejszy bezpośredni związek występuje między przemocą seksualną doznaną w dzieciństwie a myślami samobójczymi w dorosłości. Inne formy przemocy fizycznej oraz przemocy emocjonalnej wiązały się z ideami samobójczymi za pośrednictwem najważniejszego, podstawowego mediatora, jakim było nasilenie lęku. Wyjątek stanowiły osoby, które doświadczały traumatyzującego zaniedbania emocjonalnego — w ich przypadku rolę podstawowego mediatora odgrywało postrzegane wsparcie społeczne.

Felitti i współpracownicy [13] wprowadzili pojęcie „negatywnych doświadczeń w dzieciństwie” (ang. adverse childhood experiences, ACE), wraz ze skalą pomiarową pozwalającą szacować ich ilościowe natężenie. W kolejnych latach badacze wykazywali, iż wyższe wyniki na skali ACE współwystępują z wyższym ryzykiem chorób, niskiej jakości życia, przedwczesnej śmierci i niebezpiecznych zachowań (zob. np. [14]). Zespół pod kierownictwem Dube [15] przebadał ponad 8600 osób, przyglądając się związkowi między traumatycznymi wydarzeniami w dzieciństwie a szkodliwymi wzorcami korzystania z substancji psychoaktywnych. Każde negatywne doświadczenie w dzieciństwie zwiększało od 2 do 4 razy ryzyko szkodliwego używania oraz uzależnienia od substancji. Taka prawidłowość utrzymywała się stabilnie we wszystkich grupach wiekowych — zarówno u nastolatków, jak i u osób dorosłych, prowadząc badaczy do sformułowania wniosku, iż ACE odpowiadają za przynajmniej połowę, a może nawet dwie trzecie przypadków problematycznego używania substancji.

Wyniki uzyskane przez Rogersa i współpracowników [16] sugerują, iż liczba negatywnych doświadczeń w dzieciństwie jest bardzo dobrym predyktorem problematycznego używania substancji: większa liczba ACE różnicuje młodzież pod kątem ilości i częstotliwości zażywanych substancji w tak krótkim okresie obserwacji jak nawet 30 dni. Wszyscy wymienieni badacze zwracają uwagę, iż szkodliwemu używaniu substancji i uzależnieniom towarzyszy podwyższone ryzyko wystąpienia kolejnych negatywnych doświadczeń życiowych, nasilających trudności powstałe w okresie dzieciństwa.

Problemy emocjonalne w konsekwencji dziecięcej traumy

Obok wielu problemów relacyjnych i behawioralnych doświadczenie dziecięcej traumy skutkuje skłonnością do usztywnionego przeżywania negatywnych afektów, zwłaszcza przeżycia bezradności i niskiego poczucia własnej wartości.

Courtney i współpracownicy [17] przyglądali się afektywnym przeżyciom adoloscen-tów, którzy doświadczyli w dzieciństwie traumatyzujących zdarzeń. Badanie prowadzono w grupie 92 osób zgłaszających objawy depresyjne. Courtney wykazała, iż poczucie bezradności stanowiło najsilniejszy czynnik pośredniczący między doświadczeniem przemo-cy emocjonalnej w dzieciństwie a silnymi objawami depresji w adolescencji. Wyniki swoich badań osadziła w prawidłowości stwierdzonej przez zespół Alloy w wyczerpującym przeglądzie danych empirycznych [18]: przemoc doświadczona w dzieciństwie koreluje z zaburzeniami nastroju w dorosłości przy silnym udziale zniekształceń poznawczych.

Lamis i współpracownicy [19] podjęli próbę jeszcze bardziej szczegółowego badania związków między przemocą doznaną w dzieciństwie a poczuciem bezradności w dzieciń-stwie, koncentrując się na czynnikach nasilających lub łagodzących ów związek. Prowa-dząc badania w grupie 121 kobiet podejmujących próby samobójcze i doświadczających przemo-cy w dorosłości ze strony partnerów zespół Lamisa zauważył, iż powiązanie między wcześniejszą przemocą doznaną w dzieciństwie a dorosłym poczuciem bezradności jest tym silniejsze, im niższe jest poczucie egzystencjalnego sensu oraz własnej wartości. Można zatem sądzić, iż problemy afektywne osób z doświadczeniem traumy dziecięcej zająbiają się i wzajemnie nasilają, gdyż jedną z podstawowych konsekwencji traumatycznych do-swiadczeń w dzieciństwie jest właśnie niskie poczucie własnej wartości.

Briere i Runtz w doniosłej, powszechnie cytowanej pracy [20] poświęconej objawom psychopatologicznym u dorosłych osób, które doświadczyły zaniedbań w dzieciństwie, wskazują związek między dziecięcą traumą psychologiczną (zaniedbaniem emocjonalnym) a niską samooceną jako współzależność najsilniejszą i najbardziej jednoznaczną spośród wszystkich badanych zmiennych (wśród innych silnych związków wymieniają połączenie między przemocą fizyczną doznaną w dzieciństwie i agresją wobec innych oraz między przemocą seksualną doznaną w dzieciństwie i ryzykownymi zachowaniami seksualnymi). Karakus [21] wykazał, iż ów silny związek występuje już w adolescencji. Jego badania objęły grupę 915 uczniów tureckich szkół średnich. Analiza wyników wskazała na silny, stabilny i powtarzalny związek traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa (wśród nich także wyizolowanego czynnika zaniedbań emocjonalnych) z niskim poczuciem własnej wartości. Zależność ta ma naturę liniową — im bardziej nasiloną traumą dziecięcą, tym niższe poczucie własnej wartości.

Zaburzenia i choroby psychiczne osób dorosłych związane z dziecięcą traumą

Opisane wyżej problemy relacyjne, behawioralne i emocjonalne mogą osiągnąć nasile-nie, w którym diagnozuje się określone jednostki psychopatologiczne: choroby i zaburzenia psychiczne. Psychopatologia najczęściej wiązana z konsekwencjami traumy dziecięcej (i zawierająca w sobie opisane wyżej komponenty relacyjne, behawioralne i afektywne) to zaburzenia nastroju (depresja i anhedonia), zaburzenia dysocjacyjne oraz zaburzenia osobowości typu borderline.

Związki dziecięcej traumy z depresją w dorosłym życiu wskazywali w przytaczanych wyżej publikacjach m.in. Briere i Runtz [20] czy Petruccelli i in. [14]. Współcześnie badacze są zainteresowani raczej doprecyzowaniem szczegółów tego związku niż po-

twierdzeniem jego istnienia. Przykładem takiej konstrukcji badania są dociekania Negele i współpracowników [22] zbudowane wokół poszukiwań powiązań między szczególnie uporczywymi, chronicznymi zaburzeniami depresyjnymi a traumą doznaną w dzieciństwie. W badanej przez nich grupie 350 pacjentów leczących się wskutek chronicznej depresji aż 75% badanych zgłaszało istotne traumatyczne zdarzenia z dzieciństwa, zaś 37% doznało traum wielokrotnych. Co więcej, osoby doznające większej liczby traumatycznych doświadczeń doświadczały wyraźnie większego nasilenia objawów depresyjnych (liczba traum stanowiła jedyny czynnik jednoznacznie związany z nasileniem objawów pacjentów cierpiących na chroniczne depresje — ani rodzaj traumy, ani płeć osób badanych nie różnicowały nasilenia objawów).

Ciekawe wnioski dotyczące związków dziecięcej traumy z depresją u dorosłych płyną z zestawienia wyników uzyskanych w dwóch niezależnych badaniach: zespołów Aunoli [23] oraz Rakowa [24]. Ten ostatni analizował związki między depresją rodzica a zaburzeniami internalizacyjnymi dziecka, szczególną uwagę zwracając na rolę wywoływania poczucia winy w dzieciach. Badana przezeń grupa liczyła 129 dzieci (w 102 rodzinach). Zachowania rodziców, polegające na wzbudzeniu poczucia winy u dzieci, istotnie okazały się czynnikiem pośredniczącym w rozwinięciu zaburzeń internalizacyjnych u dzieci, przy czym wykazano spójność między obserwowalnymi zachowaniami rodziców a zgłaszanymi przez dzieci subiektywnymi przeżyciami.

Zespół Aunoli [23] przyglądał się interakcjom w 152 fińskich rodzinach w zakresie okazywanej przez rodziców czułości i kontroli — oraz związku tych zachowań ze złością i niepokojem dzieci. Nadmierne nasilenie kontroli prowadziło do nasilenia złości i niepokojem, zaś czułość okazywana w codziennych interakcjach nie miała wpływu na poziom złości i niepokojem. Zestawiając uzyskane przez te dwa zespoły wyniki można sądzić, iż zaniedbania emocjonalne polegające na wzbudzaniu poczucia winy i nadmierne surowej kontroli rodzicielskiej prowadzą do zaburzeń internalizacyjnych uniemożliwiających zdrowe przeżywanie i ekspresję niepokojem i złości — co stanowiłoby przekonujące wyjaśnienie udokumentowanego związku między zaburzeniami internalizacyjnymi w dzieciństwie a depresją i zaburzeniami lękowymi w dorosłości (np. [25]).

Związki między traumatycznymi doświadczeniami z dzieciństwa a zaburzeniami dysocjacyjnymi stanowią obszar intensywnych dociekań badaczy, między innymi doniosłych prac van der Kolka [26, 27]. Autor ten tłumaczy biologiczne tło mechanizmów dysocjacji, polegających na niemożności wyrażenia przytłaczających doznań i emocji słowami ani włączenia ich w poznawczy, oparty na werbalnej autonarracji obraz siebie i własnych doświadczeń, co prowadzi do subiektywnego wrażenia poodrywania owych fragmentów od reszty psychologicznego życia.

W bogatej literaturze poświęconej tym zagadnieniom podkreślić można rolę badań skupionych na rozłożonych w czasie związkach między traumatycznymi przeżyciami w dzieciństwie a dysocjacją w dorosłości. Lyons-Ruth i współpracownicy [28] uwypuklają w tym kontekście kluczową rolę relacji rodzice–dziecko jako czynnika kształtującego przywiązanie, a tym samym pośredniczącego między traumą doznaną w dzieciństwie a zaburzeniami dysocjacyjnymi w dorosłym życiu. Lyons-Ruth wskazuje, iż bezpieczne wzorce przywiązania między dzieckiem a rodzicami mogą skutecznie chronić je przed dysocjacyjnymi konsekwencjami traumy, jeśli jej źródłem były czynniki zewnętrzne bądź

relacje z innymi osobami niż rodzice. Najbardziej szkodliwe są zatem sytuacje, w których dziecko doznaje traumy ze strony rodzica (zwłaszcza gdy krzywdzą oboje rodzice bądź dziecko jest wychowywane tylko przez nadużywającego rodzica): trauma zarówno pierwotnie zakłóca funkcjonowanie dziecka w teraźniejszości (dzieciństwie), jak i może prowadzić do utrwalenia pozabezpiecznych wzorców przywiązania, co wtórnie naraża dziecko na zaburzenia dysocjacyjne w przyszłości (dorosłości).

Kong i współpracownicy [29] przyjrzeni się bardziej szczegółowo pośredniczącej roli relacji przywiązania w kształtowaniu się zależności między traumą w dzieciństwie a dysocjacją w dzieciństwie. Wyodrębniając poszczególne rodzaje przemocy i poszczególne afekty w relacji przywiązania wykazali oni, iż przemoc emocjonalna, przemoc fizyczna i zaniedbania opiekuńcze w dzieciństwie tym mocniej skutkują dysocjacją w dorosłym życiu, im większe jest natężenie lęku w relacji przywiązania, natomiast w przypadku nadużytych seksualnie w dzieciństwie — dysocjacja w dorosłym życiu jest tym silniejsza, im więcej lęku i unikania występuje w relacji przywiązania.

Szczególne połączenie opisanych relacyjnych, emocjonalnych i behawioralnych problemów w trwały styl przeżywania siebie przyjmuje postać zaburzenia osobowości typu borderline. Jednym z przełomowych punktów w systematycznym badaniu związków między zaburzeniem osobowości typu borderline a historią dziecięcej traumy była praca opublikowana ponad 30 lat temu przez badaczy, którzy w kolejnych dekadach umocnili swą pozycję wiodących ekspertów w tej dziedzinie wiedzy: Herman, Perry'ego i van der Kolka [30]. Przyglądając się niewielkiej próbie pacjentów (N = 21) autorzy wykazali silne związki między psychopatologią typu borderline a zgłaszanymi historiami dziecięcych traum: przy czym im więcej zdarzeń traumatycznych wystąpiło w historii dzieciństwa, tym bardziej natężenie psychopatologii przesunęło się od cech borderline w kierunku pełnoobjawowego zaburzenia osobowości. Niewystarczająca pod względem metodologicznym, ale doniosła z perspektywy klinicznej publikacja dostarczyła bodźca dla ogromnej liczby projektów badawczych poświęconych związkom między dziecięcą traumą a zaburzeniem borderline.

Bozzatello i in. [31] zaproponowali systematyczny przegląd badań prowadzonych w tej dziedzinie w ostatnich 20 latach. Ostatecznie ich analiza objęła 171 publikacji powstałych po 1 stycznia 2000 roku. Wnioski z przeprowadzonego przeglądu potwierdzają zarówno kliniczne intuicje Herman, Perry'ego i van der Kolka [30], jak i pozostają spójne z pozostałymi wynikami przytoczonymi w niniejszej pracy. Bozzatello na podstawie aktualnie dostępnych danych empirycznych stwierdza, iż interakcja czynników temperamentalnych, środowiskowych i genetycznych może skutkować rozwinięciem zaburzeń osobowości typu borderline już w bardzo młodym wieku. Dostępne dane sugerują, iż przemoc, zaniedbanie i dręczenie w dzieciństwie, a także wrodzona, temperamentalna agresja i skłonność do negatywnego afektu wchodzi w interakcje z dysfunkcyjnym środowiskiem rodzinnym oraz strukturalnymi i funkcjonalnymi aberracjami mózgu i polimorfizmem genów: wszystko to znacznie podnosi ryzyko rozwinięcia się zaburzenia borderline. Skutki traumy dziecięcej są zatem poważniejsze, jeśli zachodzą one w dysfunkcyjnych rodzinach i na tle wrodzonych cech temperamentalnych i/lub polimorfizmu genów.

Przykłady kliniczne

W celu praktycznej ilustracji oddziaływania dziecięcej traumy na dalsze etapy rozwoju, adolescencji i dorosłość, przedstawię krótko losy dwóch osób, których rozwój na przestrzeni ponad 10 lat miałem sposobność obserwować w różnych zawodowych kontekstach. Zaznaczam przy tym, iż przedstawione sytuacje kliniczne nie stanowią próby dostarczenia dodatkowej argumentacji dla przedstawionych w artykule tez, a ich celem jest jedynie ilustracja opisanych wyżej prawidłowości. Skrócowa forma prezentacji nie pozwala uznać niniejszych treści za pełnoprawne opisy przypadków, zaś brak jednolitej metodologii prezentacji pracy klinicznej sprawia, iż przedstawione historie traktować należy wyłącznie anegdotycznie, czyli jako wskazanie pojedynczych, pochodzących z doświadczenia autora przykładów, w których odnaleźć można występowanie zjawisk empirycznie wykazanych przez cytowanych badaczy. Sądzę jednak, iż warto sięgnąć także do tej warstwy dociekań, by za pomocą zdolności do empatii i współodczuwania nadać pełniejsze znaczenie zgromadzonym danym.

Pacjenta, którego nazwę Janek, poznałem w 2007 roku w publicznym ośrodku świadczącym pomoc psychologiczną dzieciom z rodzin alkoholowych, gdzie wówczas pracowałem. Janek miał wówczas 15 lat. Przez 2 lata korzystał z psychoterapii indywidualnej w ośrodku, następnie zaś przez 3 kolejne — w następnym miejscu, w którym pracowałem. Zakończyliśmy regularną pracę, gdy miał 20 lat, po czym realizowaliśmy kolejne, krótkoterminowe, kilkumiesięczne kontrakty terapeutyczne, gdy Janek miał 22, 25 oraz 27 lat.

Dzieciństwo Janka było obciążone przynajmniej czterema negatywnymi doświadczeniami (ACE), chronicznie traumatyzującymi chłopca. Ojciec pacjenta był głęboko uzależniony od alkoholu. Co więcej, stosował przemoc psychiczną i fizyczną wobec członków rodziny — przede wszystkim żony, ale zdarzało mu się także bić dzieci, w tym Janka. Chłopak czuł, że matka nie jest dla niego dostępna emocjonalnie, bowiem koncentrowała się niemal wyłącznie na konflikcie z mężem, często posługując się Jankiem jako sojusznikiem. Wskutek alkoholizmu ojca rodzina borykała się także z różnymi problemami natury finansowej i socjalnej.

Rozpoczynając psychoterapię Janek zgłaszał przede wszystkim bardzo niskie poczucie własnej wartości, skłonność do wycofywania się z relacji z rówieśnikami, osamotnienie, a także silny lęk przed własną złością — uczuciem, które w jego przeżyciu niebezpiecznie zbliżało go do ojca. Głównym wątkiem pięcioletniej indywidualnej pracy terapeutycznej z Jankiem było rozwijanie jego umiejętności wchodzenia w relacje. Potrzebował on wsparcia, by nabrać zaufania do własnych relacyjnych kompetencji oraz by docenić własną zdolność do miłości. Jednym z trudniejszych wyzwań w tym zakresie było łagodzenie poczucia winy wpisanego w miłość do ojca (rodzina pragnęła, by Janek nienawdził ojca). W końcowej fazie pierwszego kontraktu terapeutycznego, gdy Janek był już pełnoletni, ciężar pracy przesunął się na potrzebę integracji własnej popędowości (agresji, ambicji, potrzeb rywalizacyjnych, impulsów seksualnych) z dorosłym obrazem siebie.

Kolejne powroty Janka do krótkoterminowych kontraktów wiązały się z kolejnymi powtórzeniami problemów relacyjnych. Bodźcem do pierwszego powrotu był poważny kryzys w związku, wynikający z nieumiejętności otwartego mówienia o swoich potrzebach. Impulsem do drugiego powrotu były powtarzające się epizody głębokiego przygnębienia,

wynikające z poczucia braku egzystencjalnego sensu i braku poczucia wartości pomimo uzyskiwania zewnętrznych osiągnięć — zdobywania wykształcenia, utrzymywania związku, samodzielnego życia, pracy zarobkowej. Ostatni nasz kontakt terapeutyczny był motywowany kolejnym kryzysem związanym z narodzinami syna Janka. Napięcie emocjonalne i obciążenia organizacyjne wpisane w życie rodzinne i w ojcostwo sprawiły, iż Janek zaczął coraz częściej rozładowywać niepokój za pomocą marihuany, co kojarzyło mu się z alkoholizmem ojca i wywoływało fale potężnego poczucia winy.

W oparciu o ten skrótowy opis można zauważyć, iż Janek na przestrzeni lat podejmował wytrwałe próby budowania zdrowych relacji i konstruktywnego życia, które w momentach nasilonego stresu, związanego z naturalnymi procesami rozwoju (budowaniem związków, usamodzielnianiem się czy zakładaniem rodziny) załamywały się i prowadziły do ponownego nasilenia problemów psychicznych. Można przypuszczać, iż biologiczne zmiany, do których doszło w organizmie chłopca wskutek dziecięcych traum, nadal oddziałują na jego życie, podatne jedynie w umiarkowanej mierze na zmianę za pomocą psychoterapii. Po stronie sukcesów terapeutycznych wskazać można natomiast fakt, iż pacjent był w stanie włączyć się w realizację ważnych ról życiowych oraz sięgać skutecznie po adekwatną pomoc w sytuacji normatywnych kryzysów.

Dziewczynka, którą nazwę Anią, pozostawała pod opieką superwizowanej przeze mnie instytucji socjoterapeutycznej od 11. do 18. roku życia, a nasze losy skrzyżowały się ponownie — przy okazji superwizji innej instytucji — gdy Ania miała 22 lata. Od 14. do 17. roku życia Ania korzystała z indywidualnej psychoterapii, a dzięki umocowaniu pomocy w ramach jednej instytucji superwizowany przeze mnie zespół pedagogów i psychologów miał dostęp do ogólnych wniosków z przebiegu jej terapii.

Oboje rodzice Ani byli uzależnieni od alkoholu, a ich związek rozpadł się, gdy dziewczynka miała 6 lat. Przez całe dzieciństwo Ania doświadczała przemocy zarówno ze strony matki, z którą mieszkała, jak i ze strony jej kolejnych partnerów. Gdy Ania miała 8 lat jeden z partnerów matki nadużył ją seksualnie, co uruchomiło proces interwencji zakończony umieszczeniem dziewczynki w spokrewnionej rodzinie zastępczej. Zarówno w mieszkaniu matki, jak i w rodzinie zastępczej panowały ubogie warunki socjoekonomiczne. W powyższej całkowicie skrótovej historii dzieciństwa wskazać można przynajmniej siedem negatywnych doświadczeń (ACE), składających się na jej dziecięcą traumę.

Wychowawcy realizujący pracę socjoterapeutyczną z Anią usiłowali wspierać ją w wielu kłopotach. Ania była impulsywna, zdarzały się jej wybuchy agresji, mimo że była lubiana w grupie, nie nawiązywała głębszych przyjaźni, a inne dzieci często traktowała manipulacyjnie. Mimo wysokiej inteligencji nie była zainteresowana nauką, co prowadziło do kłopotów edukacyjnych. Jednocześnie Ania budziła dużo sympatii i współczucia w wychowawcach, którzy przez lata podejmowali wiele wrażliwych i pomocnych interwencji socjoterapeutycznych. Przede wszystkim pracowali z nią nad umiejętnością dostrzegania własnych zasobów, starali się także zwiększać jej poziom empatii poprzez pogłębianie relacji z grupą. Równoległe uczyli Anię konsekwencji poprzez stawianie wyraźnych granic jej opozycyjnym zachowaniom.

W późniejszej adolescencji Ania zaczęła podejmować zachowania ryzykowne i destrukcyjne: sięgała regularnie po papierosy i alkohol, zdarzały się jej kradzieże w sklepie, ubierała się w sposób odbierany przez inne dzieci jako wulgarny. W psychoterapii indywi-

dualnej, z której wówczas korzystała, terapeutka starała się wspierać Anię w opanowywaniu owych zachowań, rozwijając w niej poczucie odpowiedzialności za siebie samą oraz włączając elementy edukacji seksualnej, zwłaszcza w zakresie ryzykownych zachowań. Kiedy Ania zaczęła zbliżać się do pełnoletniości, oferowano jej pomoc w usamodzielnieniu, co wiązało się z wymogiem kontynuowania edukacji oraz współpracy ze specjalistami, jednak Ania nie podjęła tej oferty i niemal od razu po ukończeniu 18. roku życia przestała korzystać ze wsparcia instytucjonalnego.

Cztery lata później, w innej instytucji, gdzie prowadziłem superwizję pracy zespołu zajmującego się przemocą domową, jedna z psycholożek opowiedziała o skomplikowanej sytuacji, z którą się zetknęła. Młoda kobieta, matka 2-letniej dziewczynki, poszukiwała schronienia w hostelu w związku z przemocą doznawaną ze strony uzależnionego od alkoholu partnera starszego o ponad 20 lat. Prezentowała się pracownikom owego zespołu jako osoba roszczeniowa, manipulacyjna, nieadekwatna w zachowaniu i mało opiekuńcza wobec dziecka, podejrzewali oni również, iż sama także nadużywa alkoholu. Współczucie i chęć pomocy budziła jednoznacznie już tylko jej zaniedbana córka. W trakcie rozmowy zdałem sobie nagle sprawę, że omawiamy sytuację doskonale znanej mi Ani, która przez cztery lata samodzielnego życia zdążyła wpaść w poważne kłopoty, które prawdopodobnie staną się udziałem także kolejnego pokolenia.

W świetle opisanych wyżej zjawisk można sądzić, iż biologiczne uwarunkowania przy jednoczesnym przytłaczającym ciężarze wielokrotnej, głębokiej traumy dziecięcej i braku wspierającego środowiska domowego nie pozwoliły na trwałą pozytywną zmianę negatywnych wzorców. Pomimo wysiłków specjalistów zaangażowanych w pomoc dziewczynce, stres wpisany w momenty przejścia w kolejne etapy rozwoju: adolescencję, a następnie wczesną dorosłość, popychał Anię ku kolejnym destrukcyjnym rozwiązaniom, przysparzającym jej jeszcze większych kłopotów.

Poddając refleksji różnicę w losach Ani i Janka zwrócić można uwagę nie tylko na odmienną intensywność traum doznanych w dzieciństwie (o ile subiektywnej intensywności traum nie sposób porównać, o tyle wnioski z badań nad ACE pozwalają sformułować taką tezę), ale też prawdopodobny wpływ różnic w zakresie indywidualnych czynników ochronnych. Sikorska [32] na podstawie przeglądu współczesnych koncepcji wskazuje, iż istotne czynniki chroniące to między innymi zaufanie do ludzi i zdolność do emocjonalnej bliskości, a także sprawność procesów poznawczych, autonomia, wewnętrzne poczucie kontroli i dobre kompetencje społeczne. Wydaje się, że cechą szczególnie silnie różnicującą tę dwójkę młodych ludzi była zdolność do emocjonalnej bliskości, ocalona w przypadku Janka, a deficytowa u Ani. Dzięki tej cesze Janek mógł angażować się w ważne, głębokie i wspierające relacje: między innymi intensywną relacją terapeutyczną oraz głęboką, wieloletnią relacją romantyczną ze swoją partnerką. Ania nie potrafiła przeżywać swojej psychoterapii jako ważnej i znaczącej. Mimo że terapię podjęła dobrowolnie, korzystając jedynie z sugestii wychowawczyni (nie była przymuszana do udziału w psychoterapii i mogła w każdej chwili zrezygnować), według terapeutki sesje były powierzchowne, a Ania nigdy nie zdecydowała się otwarcie mówić o swoich głębszych uczuciach czy refleksjach.

Wnioski

Opisałem powyżej biologiczne konsekwencje traum doznanych w dzieciństwie oraz to, w jaki sposób owe biologiczne zmiany mogą rzutować na rozwój mózgu i organizmu w adolescencji oraz ich funkcjonowanie w dorosłości. Przedstawiłem również kilka wniosków z badań psychologicznych, potwierdzających, iż traumy doznane w dzieciństwie kładą się cieniem na całym późniejszym życiu, prowadząc do licznych problemów, zaburzeń oraz chorób. Za pomocą dwóch ilustracji klinicznych usiłowałem statystyczny obraz płynący z badań ilościowych przełożyć także na język praktyki kontaktu z ludzkim cierpieniem. Podsumuję swoje rozważania nad tymi tematami, wprowadzając dwa wnioski.

P o p i e r w s z e, lepsze zrozumienie biologicznych mechanizmów konsekwencji dziecięcej traumy oraz psychologicznych trudności z nich wynikających może przysłużyć się specjalistom usiłującym znaleźć odpowiedni sposób rozumienia dorosłych pacjentów, którzy poszukują psychoterapii, nie skarżąc się na dziecięce traumy, lecz na ich dorosłe konsekwencje. W przypadku części osób cierpiących wskutek m.in. zaburzeń osobowości typu borderline, pogrążonych w chronicznej depresji, izolujących się społecznie lub regulujących nastrój za pomocą samouszkodzeń lub substancji odurzających podstawą ich kłopotów są trudne doświadczenia z dzieciństwa, mimo iż w ich własnej narracji zdarzenia te mogą nie mieć już znaczenia. Jeśli połączenie obrazu klinicznego z danymi z wywiadu pozwoli uzasadnić taką hipotezę, klinicyści mogą skorzystać z bogatego zasobu współczesnych narzędzi pracy z konsekwencjami traumy (np. [27]). Warto podkreślić, iż nie oznacza to konieczności wnikliwego odślaniania bolesnych doświadczeń dziecięcej traumy i szczegółowego omawiania tych wspomnień z pacjentem, kluczowe jest raczej uwzględnienie wpływu owej przeszłości na terażniejszość i próba wypracowania sposobów radzenia sobie ze skutkami traumy mniej kosztownych niż te, które dotychczas umożliwiały przetrwanie. Inaczej mówiąc: celem terapii traumy nie jest opowiedzenie o tym, co się wydarzyło, lecz stworzenie nowej, leczącej opowieści [33].

P o d r u g i e, świadomość potężnego, niszczącego wpływu dziecięcej traumy na mózg oraz na umysł i emocje dziecka, adolescenta i dorosłego może pomóc nam odpowiednio kalibrować ambicje terapeutyczne oraz z szacunkiem odnosić się do sytuacji, w których ciężar konsekwencji dziecięcych traum okazuje się przeważać nad wysiłkami podejmowanymi w celu uzyskania zdrowia psychicznego. Koncepcja rezyliencji jako zjawiska z istotną rolą czynników indywidualnych [34] czy zyskująca na popularności idea kształtowania czy rozwijania rezyliencji na zasadzie ćwiczenia umiejętności [35, 36] ma oczywiście zalety, ale w przypadku osób szczególnie mocno obciążonych ciężarem traum i przeciwnościami losu może prowadzić do jeszcze głębszej stygmatyzacji, poczucia porażki i wstydu po obydwu stronach relacji pomagania: jeśli przy wielu wysiłkach nie udaje się wydobyć z konsekwencji traumy, to być może ktoś (pacjent? terapeuta?) robi „coś nie tak”, jest „niedobrym pacjentem” lub „niedobrym terapeutą”? Taki rodzaj samostygmatyzacji opisują np. Corrigan, Larson i Rüschi [37]. Wydaje się, że alternatywną koncepcją, bardziej spójną z perspektywą przedstawioną w niniejszym artykule, jest postrzeganie rezyliencji jako zjawiska wynikającego z bardzo złożonego, dwukierunkowego oddziaływania czynników ryzyka i czynników chroniących, co proponuje np. Ungar [38, 39]. Taki punkt widzenia zakłada, że rezyliencja osadzona jest nie

tylko w cechach indywidualnych i interakcjach społecznych, ale też w kontekście społeczno-kulturowym, odpowiadającym zarówno za sieć dostępnych form pomocy, jak i za warunki umożliwiające sięganie po tę pomoc. Czynniki ryzyka oraz czynniki chroniące mają zatem zawsze łączoną naturę biologiczną, psychologiczną, społeczną i środowisko-wo-kulturową, a rezyliencja jest nie tylko zdolnością jednostki do odnalezienia owych zasobów, ale także stanem środowiska (rodziny, społeczeństwa, kultury) tworzącego i oferującego w przystępny sposób owe zasoby [39]. Takie ujęcie pozwala zauważyć, iż w wielu sytuacjach utrzymywania się destrukcyjnych konsekwencji dziecięcej traumy w dorosłym życiu (jak w opisanych przykładach) porażka nie wynika z niedostatków indywidualnej rezyliencji czy z nieskuteczności specjalistów świadczących pomoc, lecz z nieustannego oddziaływania wieloczynnikowej, dwukierunkowej dynamiki między czynnikami ryzyka a czynnikami chroniącymi.

Postęp w zakresie badań nad mózgiem wnosi wiele optymizmu co do możliwości rekonsolidacji pamięci oraz zdolności naprawczych układu nerwowego. Niniejsza praca nie jest próbą nihilistycznego przekreślenia owego optymizmu, lecz próbą uzupełnienia dodającej otuchy narracji o możliwym wzroście potraumatycznym o perspektywę bardziej bolesną, ale również prawdziwą; podkreślającą, iż w niektórych sytuacjach — szczególnie jeśli na osobę z doświadczeniem traumy dziecięcej napiera złożony rodzinno-społeczno-kulturowy układ oddziaływań wspierających oraz sił retraumatyzujących, zwłaszcza z przewagą tych drugich — możliwości wpływu terapeutycznego bywają ograniczone. W moim głębokim przekonaniu warto z wytrwałością podejmować owe wysiłki pomimo umiarkowanych nadziei na poprawę.

Piśmiennictwo

1. De Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 23(2): 185–222. DOI: 10.1016/j.chc.2014.01.002.
2. Bickart KC, Wright CI, Dautoff RJ, Dickerson BC, Barrett LF. Amygdala volume and social network size in humans. *Nat. Neurosci.* 2011; 14(2):163–164. DOI: 10.1038/nn.2724.
3. Futa KT, Nash CL, Hansen DJ, Garbin CP. Adult survivors of childhood abuse: An analysis of coping mechanisms used for stressful childhood memories and current stressors. *J. Fam. Violence* 2003, 18 (4). 10.1023/A:1024068314963.
4. Erozkán A. The link between types of attachment and childhood trauma. *Univ. J. Educ. Res.* 2016; 4(5): 1071–1079. DOI: 10.13189/ujer.2016.040517.
5. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1991; 61(2): 226–244. DOI: 10.1037/0022-3514.61.2.226.
6. Wallin DJ. *Przywiązanie w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
7. Unger JAM, De Luca RV. The relationship between childhood physical abuse and adult attachment styles. *J. Fam. Viol.* 2014; 29: 223–234. DOI: 10.1007/s10896-014-9588-3.
8. Larsen CD, Sandberg JG, Harper JM, Bean R. The effects of childhood abuse on relationship quality: gender differences and clinical implications. *Fam. Relat.* 2011; 60: 435–445. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2011.00661.x.

9. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino JL. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse Negl.* 2022;132: 145–186. DOI: 10.1016/j.chiabu.2022.105815.
10. Serafini G, Canepa G, Adavastro G, Nebbia J, Belvederi Murri M i wsp. The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review. *Front. Psychiatry* 2017; 8: 149. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00149.
11. Brown RC, Heines S, Witt A, Braehler E, Fegert JM i wsp. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC Psychiatry* 2018;18(1): 181. DOI: 10.1186/s12888-018-1754-3.
12. Bahk YC, Jang SK, Choi KH, Lee SH. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investig.* 2017; 14: 37. DOI: 10.4306/pi.2017.14.1.37.
13. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM i wsp. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am. J. Prev. Med.* 1998; 14(4): 245–258.
14. Petruccelli K, Davis J, Berman T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2019; 97: 104127. DOI: 10.1016/j.chiabu.2019.104127.
15. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003;111(3): 564–572. DOI: 10.1542/peds.111.3.564.
16. Rogers CJ, Forster M, Grigsby TJ, Albers L, Morales C, Unger JB. The impact of childhood trauma on substance use trajectories from adolescence to adulthood: Findings from a longitudinal Hispanic cohort study. *Child Abuse Negl.* 2021; 120: 105200. DOI: 10.1016/j.chiabu.2021.105200.
17. Courtney EA, Kushwaha M, Johnson JG. Childhood emotional abuse and risk for hopelessness and depressive symptoms during adolescence. *J. Emot. Abuse* 2008; 8(3): 281–298.
18. Alloy LB, Abramson LY, Smith JM, Gibb BE, Neeren AM. Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 2006; 9: 23–64.
19. Lamis DA, Wilson CK, Shahane AA, Kaslow NJ. Mediators of the childhood emotional abuse–hopelessness association in African American women. *Child Abuse Negl.* 2014; 38(8): 1341–1350. DOI: 10.1016/j.chiabu.2013.11.006.
20. Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Negl.* 1990; 14(3): 357–364. DOI: 10.1016/0145-2134(90)90007-g.
21. Karakus O. Relation between childhood abuse and self-esteem in adolescence. *Int. J. Hum. Sci.* 2012; 9: 753–763.
22. Negele A, Kaufhold J, Kallenbach L, Leuzinger-Bohleber M. Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depress. Res. Treat.* 2015: 650804. DOI: 10.1155/2015/650804.
23. Aunola K, Tolvanen A, Viljaranta J, Nurmi JE. Psychological control in daily parent-child interactions increases children’s negative emotions. *J. Fam. Psychol.* 2013; 27(3): 453–462. DOI: 10.1037/a0032891.
24. Rakow A, Forehand R, Haker K, McKee LG, Champion JE i wsp. Use of parental guilt induction among depressed parents. *J. Fam. Psychol.* 2011; 25(1): 147–151. DOI: 10.1037/a0022110.
25. Tandon M, Cardeli E, Luby J. Internalizing disorders in early childhood: a review of depressive and anxiety disorders. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 2009; 18(3): 593–610. DOI: 10.1016/j.chc.2009.03.004.

26. van der Kolk BA, Fisler R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *J. Trauma Stress*. 1995; 8(4): 505–525. DOI: 10.1007/BF02102887. PMID: 8564271.
27. van der Kolk B. *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Warszawa: Czarna Owca; 2018.
28. Lyons-Ruth K, Dutra L, Schuder MR, Bianchi I. From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences? *Psychiatr. Clin. North Am*. 2006; 29(1): 63–86. DOI: 10.1016/j.psc.2005.10.011.
29. Kong SS, Kang DR, Oh MJ, Kim NH. Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *J. Trauma Dissociation* 2018; 19(2): 214–231. DOI: 10.1080/15299732.2017.1329772.
30. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146(4): 490–495. DOI:10.1176/ajp.146.4.490.
31. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P, Bellino S. Borderline personality disorder: risk factors and early detection. *Diagnostics (Basel)*. 2021; 11(11): 2142. DOI: 10.3390/diagnostics11112142.
32. Sikorska, I. Dziecięca trauma: psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju. *Sztuka Leczenia* 2014; 29(3–4): 55–70.
33. Meichenbaum D. *Roadmap to resilience: a guide for military, trauma victims, and their families*. Clearwater (FL): Institute Press; 2012.
34. Westphal M, Bonanno GA. Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology* 2007; 56: 417–427. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x.
35. Schiraldi GR. *Siła rezyliencji. Jak poradzić sobie ze stresem, traumą i przeciwnościami losu?* Sopot: GWP; 2019.
36. Hanson R. *Rezyliencja. Jak ukształtować fundament spokoju, siły i szczęścia*. Sopot: GWP; 2020.
37. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the „why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009; 8(2): 75–81. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x.
38. Ungar M. Resilience across cultures. *Br. J. Soc. Work*. 2008; 38(2): 218–235. DOI: 10.1093/bjsw/bcl343.
39. Ungar M. Social ecologies and their contribution to resilience. W: Ungar M, red. *The social ecology of resilience: A handbook of theory and practice*. Springer; 2012, str. 13–32. DOI: 10.1007/978-1-4614-0586-3_2.

Adres: l.kalita@psyche.med.pl

Radosław Stupak¹, Lucy Johnstone²

POWER THREAT MEANING FRAMEWORK — KRÓTKI OPIS PODSTAWOWYCH ZAŁOŻEŃ I KONTEKSTU

POWER THREAT MEANING FRAMEWORK – A BRIEF DESCRIPTION OF THE BASIC ASSUMPTIONS AND CONTEXT

¹Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

² Visiting Professor, London South Bank University

**Power Threat Meaning Framework
medicalization
diagnosis**

Streszczenie

Artykuł krótko przedstawia podstawowe założenia niekategorialnego podejścia do diagnozy, jakim jest Power Threat Meaning Framework (Rama Władza Zagrożenie Znaczenie, RWZZ) opublikowany w 2018 r. przez British Psychological Society. Kolejno omawiane są władza, zagrożenie, znaczenie oraz ogólne prawidłowości odpowiedzi na zagrożenia, tak jak ujmowane są w tej propozycji. Krótko opisane są również podstawowe założenia teoretyczne i inspiracje wpływające na treść RWZZ, czerpiącej z wielu tradycji filozoficznych, socjologicznych, psychologicznych, psychiatrycznych i psychoterapeutycznych, oferując spójną integrującą je perspektywę. RWZZ przedstawiona jest także w szerszym kontekście współczesnych kontrowersji dotyczących dominujących systemów diagnozy nozologicznej i negatywnych konsekwencji reifikacji konstruktów diagnostycznych oraz ograniczeń, faworyzującego w praktyce poziom biologiczny, modelu biopsychospołecznego w psychiatrii i psychoterapii. W podsumowaniu krótko przedstawiona jest także krytyka RWZZ. RWZZ oferuje podejście, które może znaleźć zastosowanie w praktyce klinicznej i badaniach naukowych, umożliwiające szersze uwzględnienie i odniesienie się do kwestii ekonomicznych, społecznych i kulturowych w procesie pomagania cierpiącym osobom. Może także zapobiegać nadmiernej medykalizacji indywidualnych i społecznych problemów.

Summary

The article briefly presents the basic principles of a non-categorical approach to diagnosis, the Power Threat Meaning Framework (PTMF), published in 2018 by the British Psychological Society. It discusses Power, Threat, Meaning, and general patterns of threat responses, as they are conceptualized in this framework. The article also provides a brief description of the theoretical foundations and inspirations influencing the content of the PTMF. The PTMF draws from various philosophical, sociological, psychological, psychiatric, and psychotherapeutic traditions, offering a coherent integrating perspective. The PTMF is also presented in the broader context of contemporary controversies regarding the dominant systems of nosological diagnosis and the negative consequences of the reification of diagnostic constructs and the limitations of the biopsychosocial model in psychiatry

and psychotherapy, which in practice favours the biological level. In the conclusion, the article also briefly presents criticism of the PTMF. The PTMF offers an approach that can be applied in clinical practice and scientific research, allowing for a broader consideration of economic, social, and cultural issues in the process of supporting people in distress. The PTMF can help prevent the excessive medicalization of individual and social problems.

Wstęp

Nozologiczne modele klasyfikacji zaburzeń psychicznych, takie jak International Classification of Diseases (ICD) i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) są współcześnie szeroko krytykowane z wielu różnych perspektyw teoretycznych, zarówno w kontekście praktyki klinicznej, jak i badawczej [1]. Wyróżnić można kilka różnych, choć powiązanych ze sobą, poziomów, na których owe krytyki się koncentrują. Karter [2] wyróżnia poziom makro (epistemologiczne i ontologiczne problemy związane z empirycznym i konceptualnym statusem diagnoz), egzo (szeroko pojęte strukturalne i społeczno-kulturowe aspekty diagnoz szczególnie w kontekście neoliberalizmu i neokolonializmu), mezo (konkretne społeczne i instytucjonalne kontrowersje związane z wpływem różnych instytucji, np. koncernów farmaceutycznych na konstruowanie diagnoz), mikro (szczegółowe kwestie historyczno-naukowe dotyczące np. technicznych kwestii procesu opracowywania nowych wersji DSM lub ICD) oraz poziom indywidualny (potencjalnie szkodliwy wpływ diagnoz na jednostkę, jak np. kwestie stygmatyzacji, autostygmatyzacji, samospełniającej się przepowiedni czy efektu nocebo).

Zwraca się także uwagę na niską rzetelność diagnoz, która prowadzi do problemów badawczych (np. w kontekście poszukiwania biologicznych korelatów czy określania skuteczności interwencji) [1]. Istotnym problemem jest także wysoka heterogeniczność diagnoz oraz nakładanie się na siebie poszczególnych kategorii, zawierających wiele podobnych objawów, co może też być związane z tzw. współwystępowaniem [3].

Spotkać można się z różnymi propozycjami wyjścia poza impas i brak postępu badawczego i klinicznego, do którego prowadzi opieranie się na kategoriach ICD lub DSM [4]. Poza próbami rozwijania podejścia kategorialnego i tworzenia coraz bardziej szczegółowych kategorii, które, w założeniu, ostatecznie miałyby trafić w realnie istniejące oddzielne biologiczne przypadłości, dyskutowane jest również podejście dymensionalne (wiąże się ono jednak m.in. z problemem ustalenia granicy pomiędzy normalną wariancją a poziomem, który miałby już świadczyć o zaburzeniu; podejście to może też prowadzić do potencjalnej patologizacji coraz szerszej gamy zachowań jako znajdujących się w „spektrum” [5, 6]).

Poza tym wymienić należy (1) promowany przez National Institute of Mental Health projekt Research Domain Criteria (RDoC), którego istotą jest w zasadzie próba budowy nowych kategorii, ale wychodząca od danych biologicznych, zamiast szukania korelatów dla arbitralnie utworzonych wcześniej diagnoz; (2) Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiToP), w którym nowy model miałby zostać zbudowany na podstawie danych o przede wszystkim behawioralnym charakterze, uporządkowanych następnie hierarchicznie (od najbardziej ogólnych kategorii do coraz bardziej szczegółowych) i dymensionalnie, zgodnie z obserwowalnymi zależnościami pomiędzy różnego rodzaju problemami; (3) czy

też propozycje psychodynamiczne, takie jak Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM) i Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD) [7].

Kendler [5], prominentny psychiatra, jako jedną z głównych propozycji wymienia także podejście, które łączy z brytyjskim psychologiem Richardem Bentall'em. W podejściu tym chodzi o skupienie się na konkretnych skargach pacjentów, a więc na osobach, zamiast na diagnozach. Większe znaczenie zyskiwać miałyby perspektywa pierwszoosobowa oraz indywidualne sensory, znaczenia i historie. Oznacza to także wyjście poza kategoriaalne czy dymensjonalne modele, którym problemy konkretnych ludzi niekoniecznie odpowiadają.

Częściowo zbliżone podejście, skupione na indywidualnych historiach zanurzonych w kontekście społecznym i wykraczające poza myślenie kategoriaalne, choć wywodzące się częściowo z psychologicznych konceptualizacji [8] i w większym stopniu odchodzące od perspektywy medycznej, prezentuje Power Threat Meaning Framework [9] (PTMF). O ile nam wiadomo, nie istnieje jeszcze przyjęte w polskiej literaturze tłumaczenie, będziemy posługiwać się pojęciami odpowiednio: władza, zagrożenie, znaczenie, rama. Celem niniejszego artykułu jest przede wszystkim krótkie przedstawienie podstawowych założeń i rozwiązań tej propozycji.

Power Threat Meaning Framework (Rama Władza Zagrożenie Znaczenie)

Rama Władza Zagrożenie Znaczenie (RWZZ) została opracowana przez grupę roboczą złożoną z psychologów i pacjentów, dzięki wsparciu finansowemu Działu Psychologii Klinicznej British Psychological Society (BPS) i opublikowana przez BPS w 2018 r., choć nie jest oficjalnym modelem stosowanym przez to towarzystwo [10]. W założeniu, RWZZ jest przede wszystkim próbą wyjścia poza postrzeganie konstruktów diagnostycznych jako reifikowanych bytów (co jest częstą konsekwencją opierania się w praktyce badawczej i klinicznej na kategoriach z DSM lub ICD, a prowadzić może do wielu negatywnych konsekwencji kulturowych i społecznych, jak również dla pacjentów i procesu terapii [1, 4]) oraz twórczego przekroczenia modelu biopsychospołecznego, który wydaje się faworyzować poziom biologiczny konceptualizacji i interwencje farmakologiczne [9].

RWZZ można określić jako próbę odpowiedzi na pytanie o to, jak odnieść się do „problemów życiowych” (*problems in living*) (w terminologii interpersonalnej psychiatrii Harry’ego Stack Sullivana) inaczej niż używając psychiatrycznych systemów diagnostycznych [11]. W jaki sposób najlepiej konceptualizować zachowania i doświadczenia, które mogą wiązać się z cierpieniem i niepokojem jednostki lub niepokoić innych? Za podstawowe założenie przyjmuje się tutaj, że to, co można nazwać symptomem psychiatrycznym jest zrozumiałą odpowiedzią na często bardzo niesprzyjające okoliczności. Odpowiedzi te, zarówno ewolucyjnie, jak i społecznie uwarunkowane, mają funkcje ochronne i pokazują ludzką sprawczość i kreatywność, zdarza się jednak, że prowadzą do pogłębienia i utrwalenia cierpienia [9].

Johnstone i Boyle [12], wiodące autorki RWZZ, opisują podstawowe problemy dominującego podejścia, które nazywają „problemem wszystkiego” (*„everything’s” problem*). Mianowicie, 1. „wszystko powoduje wszystko”: rośnie liczba dowodów na negatywny wpływ wielu zjawisk społecznych i relacyjnych na zdrowie psychiczne, podczas gdy próby

znalezienia pierwotnych i specyficznych czynników biologicznych wciąż kończą się niepowodzeniem; 2. „wszyscy doświadczyli wszystkiego”: co więcej, nie da się wyizolować konkretnych „czynników ryzyka” dla poszczególnych zaburzeń, ludzie podlegają wielu z nich równocześnie, a występowanie niekorzystnych okoliczności znacznie zwiększa ryzyko występowania kolejnych negatywnych czynników, np. ubóstwo przyczynia się do występowania wielu innych zagrożeń; 3. „wszyscy cierpią na wszystko”: w kontekście diagnoz nozologicznych można to określić jako „współwystępowanie” lub „współchorobowość” — w praktyce bardzo rzadko ma się do czynienia z diagnostycznymi „typami idealnymi”, ludzie zmagają się z bardzo wieloma problemami równocześnie, takimi jak lęk, poczucie bezradności czy braku nadziei, niskie poczucie własnej wartości, problemy w relacjach, nietypowe przekonania, samouszkodzenia czy związanymi z kontrolowaniem jedzenia; obraz kliniczny zaś często zmienia się w czasie leczenia, co sprawia, że ludzie otrzymują kolejne diagnozy; 4. „wszystko »leczy« wszystko”: ani leki, pomimo przyjętych nazw sugerujących specyficzność działania (jak np. leki przeciwdepresyjne, które mogą być stosowane m.in. w zaburzeniach osobowości czy obsesyjno-kompulsywnych, czy leki przeciwpsychotyczne, zalecane też w depresji, zaburzeniu afektywno-dwubiegunowym, zaburzeniach lękowych, bezsenności itd.), ani terapie, nie oddziałują specyficznie na konkretne „jednostki chorobowe”; podobnie, różne psychoterapie mają generalnie porównywalną skuteczność, niezależnie od diagnozy i konkretnych technik.

Johnstone i Boyle konkludują: „Podsumowując, wszystkie typy niekorzystnych wydarzeń i okoliczności wydają się zwiększać ryzyko wszystkich typów problemów ze zdrowiem psychicznym (jak również zachowań kryminalnych i problemów ze zdrowiem fizycznym). Wydaje się to być mediowane, pozytywnie lub negatywnie, przez wszystkie typy przywiązania, wszystkie rodzaje wsparcia społecznego, wszystkie rodzaje mechanizmów biologicznych i całą różnorodność stylów poznawczych i emocjonalnych” [12, s. 6, tłum. własne].

W ramach medycznego podejścia koncentrującego się na diagnozach jest to istotny problem stawiający pod znakiem zapytania podstawowe założenia takiego systemu.

W odpowiedzi na te krótko zarysowane tutaj wyzwania oraz inne problemy, RWZZ proponuje radykalnie odmienne podejście, integrujące wiele, nawet pozornie bardzo odległych, ujęć teoretycznych. Wymienić można: radykalny behawioryzm, podejście poznawcze, interpretacyjne i hermeneutyczne, konstruktywistyczne, społeczny konstrukcjonizm, krytyczny realizm, filozofię procesu, podejście systemowe, perspektywy odwołujące się do duchowości, perspektywy sprawiedliwości społecznej i wyzwolenia/emancypacji, nowe ruchy społeczne (np. ocalonych z psychiatrii (*psychiatric survivors*)), feministyczne, rdzennej psychologii i narracyjne. Razem tworzą bogaty zestaw idei, teorii i rozwiązań, które mogą znaleźć zastosowanie w praktyce, która nie unikałaby kontekstu społecznego, kulturowego, a nawet politycznego, problemów, z którymi mierzą się ludzie [11].

Podstawowe zasady i założenia

Podstawowym założeniem RWZZ jest skupienie się na ludziach ujętych jako ucieleśnione podmioty w społecznych i relacyjnych kontekstach. Przyjmuje się, że „anormalne” zachowania i doświadczenia istnieją na kontinuum z „normalnymi” i można je podobnie

wyjaśniać i interpretować. Chociaż związki między aktualnymi okolicznościami, historią życia, systemami przekonań i uwarunkowaniami cielesnymi osoby a zachowaniem nie zawsze są proste i oczywiste, to jeśli nie ma silnych dowodów, które mogłyby przeczyć takiemu podejściu, zachowanie należy rozumieć jako zrozumiałą odpowiedź na sytuację. Chodziłoby więc raczej o myślenie w kategoriach „trudnych sytuacji”, w których znaleźli się ludzie, niż „zaburzeń”, które rzekomo „posiadają” [9, 14].

Przyczynowość w kontekście ludzkiego zachowania i doświadczenia ujmuje się w RWZZ probabilistycznie. Wpływy przyczynowe operują w sposób warunkowy i synergistyczny, tzn. nie można mówić o prostej przyczynowości w rodzaju: A (np. poziom serotoniny) powoduje B (np. depresję). W rzeczywistości, wiele różnych czynników o różnym charakterze wpływa na siebie wzajemnie, wzmacniając, osłabiając czy nawet odwracając kierunek zależności, o których można by myśleć jako o przyczynowo-skutkowych. Przyjmuje się więc, że choć doświadczenie i ekspresja cierpienia są umożliwiane i mediowane przez czynniki biologiczne, to nie można mówić o ich prostym biologicznym powodowaniu, szczególnie że również owe biologiczne czynniki warunkowane są czynnikami ekonomicznymi, społecznymi i kulturowymi (niejako w sprzężeniu zwrotnym). Ujmowanie i wyjaśnianie „zaburzeń” jako istniejących niezależnie, poza tym szerszym kontekstem (mimo że to ten kontekst je konstruuje) oraz wyłącznie „powodowanych” lub „wywoływanych” przez takie lub inne zewnętrzne czynniki (jak często ma to miejsce w modelu biopsychosocjalnym) jest w związku z tym niemożliwe [15]. Takie oddzielne i reifikowane zaburzenia, na które jakiś czynnik mógłby bezpośrednio wpływać lub je powodować, nie istnieją — a przynajmniej nie udało się ich zidentyfikować na poziomie biologicznym i niewiele wskazuje na to, że uda się to zrobić w przyszłości, opierając się na kategoriach DSM lub ICD [1, 16].

Choć różnorakie koncepcje próbujące konstruować i wyjaśniać ludzkie cierpienie nie mogą realizować pozytywistycznej wizji nauki oderwanej od wartości, to nie oznacza to też, że użyteczna wiedza jest całkowicie nieosiągalna — trzeba jednak zdawać sobie sprawę z tego, że oddzielenie „faktów” od „wartości” jest w tym kontekście problematyczne. Jest to szczególnie widoczne w odniesieniu do kwestii międzykulturowych, w których do czynienia możemy mieć z nieuprawnionym narzucaniem zachodnich konceptualizacji „zaburzeń” (traktowanych jako globalne, jakby odpowiadały obiektywnej rzeczywistości) innym kulturom. W obszarze zdrowia psychicznego konieczne jest więc uwzględnienie szerokiej gamy różnych metod badawczych (np. jakościowych), które mogą te zjawiska ujawniać oraz umożliwić uwzględnienie procesów konstruowania sensów i znaczeń i ich specyfikę w ramach różnych kultur [17].

Władza

Podstawowym pojęciem w proponowanym podejściu jest władza. Wśród inspiracji teoretycznych wpływających na rozumienie tego terminu można byłoby tu, obok przede wszystkim Foucaulta, wymienić takich autorów, jak Bourdieu, Lukes, czy Smail [15]. Nie jest to jednak radykalny konstrukcjonizm społeczny, RWZZ bliższa jest raczej krytycznemu realizmowi w ujęciu np. Bhaskara [18].

Władza dotyczy więc m.in. kontroli znaczeń, języka, stereotypów, polityk czy też konkretnych praktycznych rozwiązań, które, poprzez różne instytucje (jak np. szkoły, media, korporacje, gildie zawodowe i in.), wpływają na postrzeganie rzeczywistości i kreują podmiotowość (np. zgodnie z wymogami neoliberalnej ekonomii [19]). Tak ujęta władza decyduje także o akceptowalnych sposobach przejawiania się podmiotowości, a wyklucza inne. Władza ideologiczna, której część stanowią także dyskursy (wraz z materialnymi instytucjami) psychiatrii, psychologii i psychoterapii, mogą ostatecznie przekładać się też na bardzo bezpośrednie przejawy przemocy i kontroli zachowania (jak np. w przypadku stosowania przymusu i leczenia bez zgody), co według RWZZ należałoby do obszaru władzy przez siłę lub władzy przez przymus [15].

Innymi rodzajami, poziomami, typami czy też przejawami władzy są: władza biologiczna i ucieleśniona (np. związana z posiadaniem lub brakiem społecznie wysoko cenionych cech), władza prawna (dotycząca konkretnych rozwiązań prawnych regulujących różne aspekty życia i zachowania), władza ekonomiczna i materialna (związana np. z dostępem do różnego rodzaju usług, dóbr, schronienia itp.), władza interpersonalna (przykładem może być np. groźba wycofania wsparcia emocjonalnego w bliskich relacjach), a także władza związana z kapitałem społecznym i kulturowym.

Te różne przejawy władzy ujmowane są więc w RWZZ jako wzajemnie blisko powiązane i nakładające się na siebie. I tak np. władza ekonomiczna i materialna wraz z kapitałem społecznym i kulturowym mogą przekładać się na możliwość kreowania znaczeń w obrębie władzy ideologicznej i konkretne rozwiązania prawne w ramach władzy prawnej. Władza oddziałuje więc za pośrednictwem struktur i organizacji społecznych, zawodowych, mediów, edukacji, nauki, relacji społecznych i rodzinnych.

W kontekście cierpienia psychicznego i niepokojącego zachowania władza oddziałuje także, tworząc kulturowe narracje na ich temat (takie jak np. systemy diagnostyczne), które stają się normami, którym podporządkowują się ludzie oraz kreuje społecznie akceptowalne sposoby reagowania na cierpienie. Należy też zauważyć, że władza może mieć zarówno pozytywne, korzystne społecznie, aspekty, jak i charakter negatywny, przemocowy i szkodliwy. Te negatywne aspekty władzy mogą przejawiać się przede wszystkim w kontekście kreowanych przez nią zagrożeń dla realizacji ludzkich potrzeb [15].

Zagrożenie i potrzeby

Negatywny wpływ zagrożenia, wynikającego w dużej mierze z różnorodnych bezpośrednich i pośrednich przejawów władzy, ma w RWZZ związek przede wszystkim z utrudnieniem realizacji podstawowych ludzkich potrzeb. W RWZZ przyjmuje się, że są to m.in.: potrzeby bezpieczeństwa, bliskiego przywiązania do opiekunów (w przypadku dzieci), pozytywnych relacji w ramach związków, rodzin, przyjaźni i wspólnot, posiadania wpływu na ważne aspekty życia, w tym na ciało i emocje, zaspokojenia podstawowych potrzeb fizycznych i materialnych dla siebie i bliskich, sprawiedliwości i uczciwości, bycia cenionym i skutecznym w różnych rolach społecznych, zaangażowania w sensowne działania, poczucia nadziei, sensu i celu w życiu [9].

Można tutaj dostrzec echa wielu różnych koncepcji, np. humanistycznych, dotyczących potrzeb [20]. Zaspokojenie potrzeb ujmowane jest jako warunek zapewnienia potomstwu

odpowiednich warunków do rozwoju fizycznego, emocjonalnego i społecznego. Zagrożenia wobec realizacji potrzeb u rodziców mogą oddziaływać na dzieci, utrudniając im rozwój umożliwiający zaspokajanie swoich potrzeb i prowadząc do transgeneracyjnej traumy (nierzadko pogłębianej jeszcze przez nieskuteczne systemy pomocy) [9].

Zagrożenia mogą być więc związane z szeroko ujętymi trudnymi doświadczeniami w dzieciństwie, takimi jak np. przemoc fizyczna, seksualna lub zaniedbanie, mogą dotyczyć płci (np. w kontekście nierównowagi władzy pomiędzy kobietami i mężczyznami), „rasy”, pochodzenia etnicznego czy wreszcie klasy społecznej i ubóstwa [15]. Dotyczą więc środowiska, ciała, wartości, znaczeń, związków, relacji, emocji, jak również kwestii społecznych, ekonomicznych i materialnych. W RWZZ podkreśla się, że zrozumienie oddziaływania tych zjawisk na jednostki jest niemożliwe bez osadzenia ich w szerszym kontekście kulturowym — kontekście indywidualnych i kulturowych znaczeń [21].

Znaczenie

Znaczenie jest trzecim podstawowym elementem RWZZ i wątkiem przewijającym się przez pozostałe z nich. Samo pojęcie „znaczenia” można rozumieć na wiele różnych sposobów. Istnieje bogata filozoficzna i lingwistyczna tradycja zmagająca się z tym problemem. Także na gruncie psychologii, kognitywistyki czy neuronauk próbuje się prowadzić badania i konstruować teorie dotyczące problemu języka i nadawania przez ludzi znaczeń, w tradycjach nawet tak różnych jak radykalny behawioryzm czy psychoanaliza lacanowska.

Medlock [22] wyróżnia przynajmniej kilka głównych sposobów ujmowania „znaczenia znaczenia”, wywodzących się z różnych pozycji epistemologicznych i ontologicznych lub nawet duchowych (np. buddyzm). Cromby [23], w kontekście RWZZ, organizuje je według podstawowych wątków i treści: 1. jednostkowe znaczenie (związane z wyrażaniem siebie, wartościami, celami), 2. wyższe wartości i kontekst duchowy (egzystencjalne i duchowe kwestie, dobre życia, tajemnica, transcendencja i przekraczanie siebie, brak absolutnego i obiektywnego znaczenia), 3. połączenie, wspólnota, współzależność (z self, tożsamością, środowiskiem, współpracownikami, przyjaciółmi itp.), 4. wielowymiarowość (biologiczna, jednostkowa, relacyjna, socjolingwistyczna, kulturowa w kontekście wyłaniania się znaczeń z różnych wymiarów i poziomów).

Ogólnie, można by następnie mówić o „znaczeniu” rozumianym bardziej jako „sens życia” (które są bliżej punktów 1 i 2) i o znaczeniach rozumianych bardziej w kontekście codziennych czynności i interakcji, wyłaniających się także w podstawowych prozaicznych sytuacjach (bliższe punktom 3 i 4). RWZZ zainteresowana jest oboma tymi poziomami.

Dostrzec można tutaj wpływy filozofii procesu, konstrukcjonizmu czy też fenomenologii. Podobnie jak u Merleau-Ponty’ego znaczenie ma charakter ucieleśniony, a zgodnie z konstrukcjonizmem Shottera może wręcz wykraczać poza abstrakcyjne systemy znaków, jak język, i osadzone jest w konkretnych praktykach, czynnościach oraz materialnych, instytucjonalnych i kulturowych kontekstach. Jako wciąż obecne tło współtworzą one znaczenie konkretnych aktów mówienia, słuchania czy też innych gestów i zachowań. Akcent z samego języka przesuwa się więc w kierunku znaczenia w czynnościach mówienia i słuchania w sytuacjach kształtowanych również przez Władzę [23].

Koncentracja na znaczeniu przywodzić musi też na myśl pojęcie narracji. Narracje, w uproszczony sposób, ująć można na różnych poziomach: 1. indywidualnym (narracje tworzone przez ludzi na swój temat, także te dotyczące ich cierpienia i problematycznych zachowań), 2. kulturowym (narracje kształtujące wartości i znaczenia wpływające na postrzeganie oraz doświadczanie świata i siebie, np. dotyczące norm społecznych i norm „zdrowia psychicznego”), 3. metateoretycznym (których RWZZ może być jednym z przykładów, dotyczącym np. uwarunkowań strukturalnych, które wpływają na kształt narracji kulturowych) [11].

W kontekście psychoterapii, w zależności od teoretycznego zaplecza i konkretnej koncepcji, narracje bywają rozumiane na różne sposoby. Ujęcie narracji w RWZZ bliższe wydaje się być np. koncepcjom Hermansa lub White’a niż np. Adamsa. Wydaje się więc, że narracje traktowane są tutaj raczej jako rozproszone, plastyczne i zmienne oraz unika się ich wartościowania (np. jako narracje patologiczne vs niepatologiczne). Narracje mogą być wyrażane za pomocą różnych środków, nie dotyczą więc wyłącznie języka i mogą mieć charakter niechronologiczny i nielinearny [24].

Narracji wytworzonych w procesie terapii nie traktuje się jako uprzywilejowanych. Terapeutyczne (jeśli chodzi o funkcję) narracje powstawać mogą w wielu różnych społecznych i interpersonalnych oraz relacyjnych kontekstach, a więc przyjmować także formy poezji, piosenki, muzyki, sztuki i specyficznych dla kultur legend i przekonań. W RWZZ podkreśla się sprawczość ludzi, jeśli chodzi o kreowanie własnych narracji, z drugiej jednak strony, próbuje się uniknąć „magicznego woluntaryzmu”, o którym pisał wspomniany wcześniej Smail [25], czyli uproszczonego przekonania, że „wystarczy zmienić myślenie”. Narracje, podobnie jak znaczenia, nie istnieją bowiem w próżni oderwanej od ekonomicznej, materialnej i cielesnej rzeczywistości. Jak ujmuje to Johnston [26, s. 68], tożsamość to „kim możesz powiedzieć, że jesteś, zgodnie z tym, kim mówią, że możesz być”. Może to np. oznaczać, że osoba, której postawiono diagnozę schizofrenii, a więc „osoba ze schizofrenią”, nie może już zostać „osobą bez schizofrenii”, jeśli przyjmujemy narrację o dożywotniej i chronicznej naturze takiej diagnozy — nie wszystko można więc „pomyśleć”, powiedzieć, a tym bardziej wcielić w życie.

Odpowiedzi na zagrożenie

Problematyczne zachowania, lub w terminologii psychiatrycznej „symptomy”, mogą pełnić różne funkcje, np. regulacji przytłaczających uczuć, poszukiwania przywiązania, utrzymywania poczucia kontroli, unikania zagrożenia, zachowania poczucia tożsamości i własnej wartości, czy też umożliwiać przynależność do grupy społecznej lub rówieśniczej. Mogą odzwierciedlać zarówno wpływ przedrefleksyjnych (nieświadomych, nieuwarunkowanych lub w niewielkim stopniu uwarunkowanych językowo lub kulturowo, ale także podlegającym wpływowi uczenia) reakcji (np. reakcje walki, ucieczki, zamrożenia czy też podwyższonej czujności), jak i zachowań podlegającym refleksyjnemu wpływowi [15].

Odpowiedzi na zagrożenia mogą przy tym pełnić wiele różnych funkcji (np. nietypowe przekonania mogą nie tylko nadawać życiu znaczenie, ale i mieć związek z poczuciem własnej wartości), a i poszczególne funkcje realizowane mogą być przez różne zacho-

wania (np. poczuciu kontroli mogą służyć także zachowania rytualne lub stosowanie przemocy). Głodzenie się może być związane z potrzebą kontroli. Brak zaufania może chronić przed porzuceniem i utratą więzi, a funkcją bezsenności może być ochrona przed niebezpieczeństwem [21].

Wpływ władzy objawia się w tym kontekście zarówno na poziomie kreowania zagrożeń dla realizacji potrzeb (np. ze względu na warunki pracy czy działalność różnego rodzaju instytucji), jak i na poziomie kształtowania możliwych odpowiedzi na te zagrożenia (np. reklamy mogą zachęcać do regulowania napięcia za pomocą używek), tworząc uwarunkowaną kulturowo „pulę symptomów”. Może to np. częściowo wyjaśniać, dlaczego pewne formy wyrażania cierpienia stają się mniej lub bardziej powszechne w czasie. Np. „kampanie zwiększające świadomość zaburzeń”, mogą równocześnie zwiększać dostępność poznawczą określonych problematycznych zachowań. Znaczne różnice historyczne i różnice pomiędzy kulturami w występowaniu określonych problemów mogą wynikać ze zmieniającej się „puli symptomów” [15].

Ogólne prawidłowości w RWZZ

W RWZZ zamiast „zaburzeń”, które ludzie mieliby „mieć”, proponuje się pewne „ogólne prawidłowości” (*general patterns*) opisujące oparte na znaczeniach odpowiedzi na Władzę, przyjmowane, świadomie lub nie, w odniesieniu do zagrożeń określonych potrzeb. Te prawidłowości i odpowiedzi kształtowane są przez znaczenia, nie przez biologię, mogą więc zmieniać się w czasie i w zależności od kultur [21].

U różnych osób prawidłowości te mogą prezentować się odmiennie, proponowane wzorce należy więc traktować raczej jako wstępne wskazówki umożliwiające wspólne budowanie z pacjentem indywidualnej narracji, niż gotowe rozwiązania. Jako oparte na empirycznych obserwacjach, mogą one także stanowić podstawę do dalszych badań naukowych [9].

Praktyka i RWZZ

Najprościej rzecz ujmując, RWZZ proponuje zastąpienie kluczowego dla medycyzacji pytania „co z tobą nie tak?” (a więc np. „jakie posiadasz zaburzenie?”), pytaniem: „co ci się przydarzyło?”. Nie należy tego, oczywiście, rozumieć dosłownie. Nie wynika z tego, że takie konkretne sformułowanie powinno paść ze strony klinicysty — obrazuje ono tylko pewne przesunięcie ontologiczne i epistemologiczne, o które miałyby chodzić [27].

„Co ci się przydarzyło?” odnosi się więc do konieczności uwzględniania poziomu analizy związanego z Władzą, ujęcie problemów pacjenta zarówno pod kątem indywidualnej historii, możliwych ważnych i/lub niekorzystnych wydarzeń, które mogły na nie oddziaływać, jak i umieszczenia ich w szerszym kontekście społecznym i kulturowym.

Kolejna kluczowa kwestia, bezpośrednio wypływająca z poprzedniej: „jak to na ciebie wpłynęło?”, to namysł nad poziomem Zagrożeń. Pytanie „jak to rozumiesz?” lub „jaki nadałeś temu sens?” odsyłałoby zaś do analizy na poziomie Znaczeń. „Co musiałeś zrobić, żeby przetrwać?” oznaczałoby odniesienie się do odpowiedzi na zagrożenia, a więc konkretnych zachowań, myśli i uczuć, np. strategii radzenia sobie [9].

Pytania „jakie są twoje silne strony?” (a więc próba odniesienia się do zasobów władzy, z których mógłby skorzystać pacjent, aby poprawić swoją sytuację i stan, takich jak np. umiejętności, wsparcie społeczne, wiedza) i „jaka jest twoja historia?” (a więc poziom osobistej narracji i próba połączenia wszystkich wątków) mogą być szczególnie pomocne w kontekście klinicznym. Należy tutaj jednak podkreślić, że wymienione poziomy analizy odnoszą się do wszystkich ludzi, nie tylko do tych szukających profesjonalnego wsparcia [21].

W celu, którym jest stworzenie korzystniejszej narracji, widać punkty zbieżne np. z podejściem Otwartego Dialogu. RWZZ czerpie jednak z wielu podejść i tradycji, dlatego też bardzo różne podejścia terapeutyczne, od tych bliżej radykalnego behawioryzmu (jak np. terapia akceptacji i zaangażowania, ang. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)) przez psychoanalityczne i psychodynamiczne po terapie egzystencjalne czy też fenomenologiczne i humanistyczne, mogą z powodzeniem posługiwać się takim niekategorialnym podejściem do diagnozy [28].

Przypadek Ewy, przedstawiony przez Rostworowską i Opoczyńską [29, 30], może tutaj posłużyć za krótki przykład zbliżonego do RWZZ praktycznego podejścia. Zachowania pacjentki, ujęte początkowo jako po prostu „objawy schizofrenii” (zgodnie z diagnozą, co odpowiadałoby myśleniu „co z tobą nie tak?”), jawiły się początkowo jako pozbawione sensu i wyłącznie „psychopatologiczne”. Uwzględnienie osobistej historii młodej kobiety, w kontekście systemu rodzinnego i reakcji na samobójczą śmierć brata (pytanie „co ci się przydarzyło?” i pozostałe kwestie, a więc odniesienie się do poziomów władzy, zagrożenia, znaczeń, odpowiedzi na zagrożenia i ich funkcji) sprawiło, że można było potraktować problematyczne zachowania także jako adekwatne, normalne, sensowne reakcje na tragiczne wydarzenia. W trakcie terapii udało się także zwrócić uwagę na silne strony (zasoby władzy) pacjentki, umożliwiając wykorzystanie ich do podjęcia korzystnych realnych działań i stworzyć bardziej sprzyjającą rozwojowi i zdrowieniu narrację. Jak piszą Rostworowska i Opoczyńska: „Rozmowy przestały być rozmowami na temat objawów choroby, ich różnicowania i wglądu. Stały się natomiast rozmowami na temat ich funkcji, celu, sensu w kontekście historii rodzinnej. [...] W następstwie zmiany rozumienia siebie pacjentka mogła wspólnie z terapeutą zastanawiać się nad swoimi planami na przyszłość. Zaczęła zadawać sobie pytanie, czy jest potrzebna rodzicom? Czy nie powinna powrócić do domu rodzinnego, kontynuować naukę w pobliżu miejsca zamieszkania i wspierać swą obecnością rodziców? W efekcie rozmów z terapeutą, w czasie których zadawała sobie podobne pytania, zdecydowała się na powrót do rodzinnego domu i podjęcie nauki w pobliżu miejsca zamieszkania. Być może decyzja ta stała się możliwa dlatego, że Ewa nie myślała o sobie w kategoriach chorej na schizofrenię, ale w kategoriach osoby, która zмага się z życiem i śmiercią: z doświadczeniami utraty, żałoby, samotności i lęku o najbliższych” [30, s. 30].

Dzięki takiemu przeformułowaniu problemu, pacjentka ukończyła szkołę, podjęła pracę i nie była więcej hospitalizowana [29, 30]. W ramach RWZZ początkowa konceptualizacja jej problemów jako wynikających z reifikowanego konstruktu schizofrenii mogłaby jednak zostać całkowicie pominięta czy wręcz ujmowano by ją jako wprowadzenie zbędnej przeszkody, którą należy następnie pokonać.

Z podobnym opisem mamy do czynienia na stronie Fundacji Polskiego Instytutu Otwartego Dialogu: „Widziałam, jak »psychotyki«, który jest wysłuchiwany, którego słowa nie

są »urojeniami«, lecz mają konkretne znaczenie dla jego rodziny, konkretne, bo związane z jego i ich historią, może z tej choroby wyjść, może ją zrozumieć, poznać, i przyjąć jako kolejne doświadczenie, a nie jako »zachorowanie« naznaczające go na całe życie, robiące z niego chronika” [31].

Przytoczone przykłady nie oznaczają, oczywiście, że RWZZ odnosi się wyłącznie do problemów diagnozowanych jako psychoza czy też schizofrenia i nazywanych chorobami lub też do osób ujmowanych jako „chore psychicznie”. Obrazują przy tym jednak jedno z założeń RWZZ, zgodnie z którym pozornie „anormalne” i niemożliwe do zrozumienia doświadczenia i zachowania traktuje się jako zrozumiałe odpowiedzi na okoliczności, historię życiową i ich znaczenie/sens, oraz że taka konceptualizacja oraz odpowiadająca jej interwencja mogą być pomocne i skuteczne.

Podsumowanie

Podobnie jak inne propozycje, RWZZ otrzymała zarówno przychylne, jak i negatywne komentarze i opinie. Z jednej strony, spotkała się z szerokim pozytywnym odzewem w Wielkiej Brytanii, w tym np. na szpitalnych oddziałach zamkniętych oraz została przetłumaczona na kilka języków europejskich, m.in. hiszpański, włoski i norweski. Z drugiej, część środowiska psychiatrycznego nazywa RWZZ „ideologicznym atakiem na psychiatrię” — choć sam ten zarzut wydaje się ideologiczny i nie ma charakteru naukowego. Część badaczy i praktyków twierdzi także, że RWZZ nie wnosi wiele nowego lub że jest wręcz gorsza i mniej praktyczna od diagnoz DSM i ICD. Niektórzy zarzucają RWZZ, że zastępuje jedną dominującą narrację — inną [32], trudno jednak uznać, że stanowi to wystarczający argument za utrzymaniem tej obecnej.

Niektórzy pacjenci mówią o uldze, którą przynosi im diagnoza nozologiczna. Wydaje się jednak, że poczucie uznania ich cierpienia, uwagę, współczucie czy pewnego rodzaju wyjaśnienie i nazwanie problemów, nadzieję na skuteczną pomoc oraz uzyskanie świadomości, że inni ludzie mierzą się z podobnymi wyzwaniem, które prawdopodobnie za ten efekt odpowiadają, zapewnić można także w inny sposób, opierający się właśnie, np. na RWZZ. McWilliams twierdzi, że diagnozy nozologiczne to mapy, które mogą być pomocne dla początkujących terapeutów, jednak reifikacja owych map sprawia, że zasłaniają one rzeczywiste terytorium i w efekcie mogą bardziej szkodzić niż pomagać [33].

Niektórzy wskazują, że diagnozy ICD lub DSM są niezbędne ze względu na ich funkcje czysto administracyjne i biurokratyczne, związane np. z finansowaniem świadczeń. Jest to jednak wyłącznie cecha organizacji systemu finansowania, który można zaprojektować inaczej, nie zaś kwestia samej teorii i praktyki klinicznej. Ponadto, diagnozy nie stanowią ani warunku wystarczającego, ani koniecznego dla otrzymania pomocy psychiatrycznej [34]. Z podobną sytuacją mamy do czynienia, np. w przypadku świadczeń socjalnych — diagnoza nozologiczna jest jedynie wstępem do głębszej analizy przypadku i decyzji znacznie poza samą diagnozę wykraczającej.

RWZZ zarzuca się także, że narzuca myślenie w kategoriach traumy, co miałyby rzekomo wynikać z pytania „co ci się przydarzyło?”, czy nawet, że samo takie pytanie może być wtórnie traumatyzujące. Faktycznie, RWZZ wyjątkowo dobrze współgra z po-

dejskami zorientowanymi na traumę [35] jednak, jak już wspomnieliśmy, nie należy tych przykładowych pytań stawiać ani rozumieć dosłownie. Chodzi raczej o przekierowanie uwagi z poszukiwania zepsutej „rzeczy” (diagnozy), którą mielibyśmy „naprawić” na dynamiczne, wielorako uwarunkowane, procesy wpływające na różne sposoby na jednostkowe cierpienie, które przejawia się w indywidualny sposób; na wydobycie historii, narracji, znaczeń i ich konkretnych okoliczności. Może to dotyczyć lub nie dotyczyć doświadczeń typowo ujmowanych jako „traumy”.

Może się wydawać, że opisana wyżej praktyka jest częsta w psychoterapii i poradnictwie (choć jej powszechność może też zależeć od konkretnej modalności), odbiega jednak zdecydowanie od praktyki diagnozy psychiatrycznej, gdzie, nawet jeśli w idealnej sytuacji mamy do czynienia z uwzględnieniem szerszego kontekstu i tego typu pytań, to ostatecznie mają one służyć wyodrębnieniu „symptomów” z listy i dopasowaniu ich do reifikowanego konstruktów zaburzenia, dla którego stanowią one wtedy co najwyżej czynnik wyzwalający lub podtrzymujący. RWZZ proponuje pewnego rodzaju wstępne wzorce lub prawidłowości różnych odpowiedzi na zagrożenie, ale jest to raczej tylko hermeneutyczna wskazówka, która może wspomóc tworzenie narracji — nie zaś czynnik o charakterze zmiennej ukrytej determinujący zachowanie, tak jak ma to miejsce w wypadku diagnoz nozologicznych [4]. Warto także dodać, że, jak wskazują badania, wielu psychoterapeutów krytycznie odnosi się do diagnoz DSM i ICD — co może rodzić pytania o etyczność posługiwania się w praktyce terapeutycznej kategoriami (narzędziami), o których trafności nie jest się przekonany [36]. Wiedza o istniejących alternatywach wobec takich diagnoz związana jest też zwykle z poparciem dla ich stosowania i rozwijania [7].

RWZZ jest także kompatybilna z zaproponowanym przez Moncrieff „modelem działania skoncentrowanym na leku” („*drug-centred*” *model of drug action*), w przeciwieństwie do „modelu działania skoncentrowanego na chorobie” („*disease-centred*” *model of drug action*). W ramach tego pierwszego podejścia uznaje się, że psychoaktywne właściwości niektórych substancji mogą być w pewnych okolicznościach pomocne (powodując np. uspokojenie, pobudzenie, spłycenie emocji), co nie jest jednak związane z diagnozami i powiązany z nimi rzekomymi biologicznymi nieprawidłowościami, na które leki miałyby oddziaływać, ale wynika z charakteru samych substancji [37, 38].

W odróżnieniu od modelu biopsychospołecznego, w RWZZ nie zakłada się patologii i nie faworyzuje poziomu biologicznego. Trójczęściowy model może być użyteczną heurystyką, ale w rzeczywistości rozgraniczenie między poziomami biologicznym, psychologicznym i społecznym jest umowne. RWZZ mocniej akcentuje też sprawczość i zdolność do tworzenia i wyrażania znaczeń, które nadają jednostkowemu doświadczeniu unikalny charakter. Pomimo że większość interwencji w systemach opieki zdrowotnej nakierowanych jest na jednostkę, RWZZ znacznie większy nacisk kładzie na kontekst społeczny i relacyjny ludzkich problemów. Chodzi więc o ujęcie sytuacji pacjenta w odniesieniu do pojęć Władzy, Zagrożenia i Znaczenia jako pryzmatu dostarczającego ramę interpretacji zgłaszanych skarg i wypracowanie rozwiązań dla nich. W RWZZ chodzi raczej o „ludzi z problemami” niż „pacjentów z chorobami”.

Piśmiennictwo

1. Campolonghi S, Orrù L. Psychiatry as a medical discipline: Epistemological and theoretical issues. *J. Theor. Philos. Psychol.* 2023. DOI: 10.1037/teo0000256.
2. Karter JM. An ecological model for conceptual competence in psychiatric diagnosis. *J. Humanist. Psychol.* 2019. DOI: 10.1177/0022167819852488.
3. Watson D, Levin-Aspenson HF, Waszczuk MA, Conway CC, Dalgleish T, Dretsch MN i wsp. Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry* 2022; (21): 26–54. DOI: 10.1002/wps.20943.
4. Hayes SC, Hofmann SG, red. *Ponad DSM. Ku alternatywnej, opartej na procesach diagnozie i terapii zaburzeń psychicznych.* Gdańsk: GWP; 2022.
5. Kendler KS. Potential lessons for DSM from contemporary philosophy of science. *JAMA Psychiatry* 2022; 79: 99. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.3559.
6. Pérez-Álvarez M, García-Montes JM. Toward a change of paradigm in psychosis: a contextual phenomenological approach. W: Díaz-Garrido JA, Zúñiga R, Laffite H, Morris E, red. *Psychological interventions for psychosis.* Springer International Publishing; 2023, s. 1–22. DOI: 10.1007/978-3-031-27003-1_1.
7. Raskin JD, Maynard D, Gayle MC. Psychologist attitudes toward DSM-5 and its alternatives. *Prof. Psychol. Res. Pr.* 2022; 53: 553–63. DOI: 10.1037/pro0000480.
8. Johnstone L. Psychological formulation as an alternative to psychiatric diagnosis. *J. Humanist. Psychol.* 2018; 58: 30–46. DOI: 10.1177/0022167817722230.
9. Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P i wsp. The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society; 2018. DOI: 10.53841/bpsrep.2018.inf299b.
10. British Psychological Society [Internet]. Power Threat Meaning Framework. <https://www.bps.org.uk/member-networks/division-clinical-psychology/power-threat-meaning-framework> [dostęp 16.10.2023].
11. Harper DJ. Framing, filtering, and hermeneutical injustice in the public conversation about mental health. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 68–82. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773360.
12. Johnstone L, Boyle M. The Power Threat Meaning Framework: an alternative non-diagnostic conceptual system. *J. Hum. Psychol.* 2018: 002216781879328. DOI: 10.1177/0022167818793289.
13. Cromby J. Meaning in the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 41–53. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773355.
14. Bergström T. From treatment of mental disorders to the treatment of difficult life situations: A hypothesis and rationale. *Med. Hypotheses* 2023; 176: 111099. DOI: 10.1016/j.mehy.2023.111099.
15. Boyle M. Power in the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 27–40. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773357.
16. Stupak R. Model biomedyczny w psychopatologii. Krytyczny szkic historyczny, współczesny kontekst i problemy etyczne. *Diametros* 2020; 66: 34–5. DOI: 10.33392/diam.
17. Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P i wsp. The Power Threat Meaning Framework: Overview. Leicester: British Psychological Society; 2018. DOI: 10.53841/bpsrep.2018.inf299a.
18. Pilgrim D. A critical realist reflection on the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 83–95. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773359.

19. Teo T. Homo neoliberalus: From personality to forms of subjectivity. *Theory & Psychology* 2018; 28: 581–599. DOI: 10.1177/0959354318794899.
20. Oleś P. Wprowadzenie do psychologii osobowości. Wydanie nowe. Warszawa: Scholar; 2022.
21. Johnstone L. General patterns in the Power Threat Meaning Framework – principles and practice. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 16–26. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773358.
22. Medlock G. Seeking consensual understanding of personal meaning: reflections on the Meaning Summit at First Congress on the Construction of Personal Meaning. *J. Constr. Psychol.* 2017; 30: 1–13. DOI: 10.1080/10720537.2015.1119079.
23. Cromby J. Meaning in the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 41–53. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773355.
24. Vassilieva J. Narrative psychology. London: Palgrave Macmillan UK; 2016. DOI: 10.1057/978-1-137-49195-4.
25. Smail D. Power, interest and psychology: Elements of a social materialist understanding of distress. Ross-on-Wye: PCCS Books; 2005.
26. Johnston J. Lesbian nation: the feminist solution. New York: Simon and Schuster; 1973.
27. Harper DJ, Cromby J. From ‘what’s wrong with you?’ to ‘what’s happened to you?’: an introduction to the special issue on the Power Threat Meaning Framework. *J. Constr. Psychol.* 2022; 35: 1–6. DOI: 10.1080/10720537.2020.1773362.
28. Díaz-Garrido JA, Zúñiga R, Laffite H, Morris E, red. Psychological interventions for psychosis: towards a paradigm shift. Springer International Publishing; 2023. DOI: 10.1007/978-3-031-27003-1.
29. Rostworowska M, Opoczyńska M. From monologue towards therapeutic dialogue. Some remarks about systemic family consultations in a psychiatric in-patient ward. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2009; 2: 29–34.
30. Rostworowska M, Opoczyńska M. Od monologu do dialogu terapeutycznego. O roli systemowych konsultacji rodzinnych na oddziale psychiatrycznym. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42(1): 25–32.
31. Polski Instytut Otwartego Dialogu [Internet]. Czy można leczyć psychozę bez leków? Doświadczenia pracy z rodziną i siecią społeczną w nurcie Otwartego Dialogu. 2019. <https://otwartydialog.pl/event/czy-mozna-leczyc-psychoze-bez-lekow-doswiadczenia-pracy-z-rodzina-i-sieciami-spoeczna-w-nurcie-otwartego-dialogu/> [dostęp 8.10.2023].
32. Morgan A. Power, Threat, Meaning Framework: a philosophical critique. *Philos. Psychiatr. Psycho.* 2023; 30: 53–67. DOI: 10.1353/ppp.2023.0011.
33. McWilliams N. Diagnosis and its discontents: reflections on our current dilemma. *Psychoanal. Inq.* 2021; 41: 565–579. DOI: 10.1080/07351690.2021.1983395.
34. Allsopp K, Kinderman P. The use of diagnoses in mental health service eligibility and exclusion criteria. *J. Ment. Health* 2021; 30: 97–103. DOI: 10.1080/09638237.2019.1677875.
35. Read J, Harper D, Tucker I, Kennedy A. Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *Int. J. Mental Health Nurs.* 2018; 27: 7–19. DOI: 10.1111/inm.12369.
36. Raskin JD, Gayle MC. DSM-5: Do psychologists really want an alternative? *J. Hum. Psychol.* 2016; 56: 439–456. DOI: 10.1177/0022167815577897.
37. Moncrieff J. The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment. London: Palgrave Macmillan; 2007.
38. Boyle M, Johnstone L. Alternatives to psychiatric diagnosis. *The Lancet Psychiatry* 2014; 1: 409–411. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)70359-1.

KOMUNIKATY JESIEŃ 2023

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-psychiatria.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

17 lutego 2024 r. w Warszawie odbędzie się, w ramach XXXIII Dni Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii, Konferencja Psychoanalityczna pt.: „**Macierzyńska i ojcowska modalność w pracy analitycznej. Ujęcie współczesne**”.

Informacje i zapisy: <https://ipp.waw.pl/konferencja-psychoanalityczna-xxxiii-dni-ipp-macierzynska-i-ojcowska-modalnosc-w-pracy-analitycznej-ujecie-wspolczesne-17-02-2024-r-warszawa/>

16 marca 2024 r. w Krakowie i online odbędzie się konferencja organizowana przez Fundację Rozwoju Terapii Rodzin Na Szlaku pt.: „**Koterapia w terapii par i rodzin**”.

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

Kwartalnik „Psychoterapia” objął wydarzenie swoim patronatem medialnym.

W dniach 18–19 marca 2024 r. w Poznaniu odbędzie się V Konferencja Edukacyjno-Szkoleniowa „**Psychoterapia młodych cz. 3**”, organizowana przez Katedrę i Zakład Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

Informacje i zapisy: <http://www.psychoterapia2024.bok-ump.pl/>

W dniach 6–7 kwietnia 2024 r. w Krakowie odbędzie się Konferencja Naukowa pt.: „**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: <https://kfrp.pl/konferencje/>

Kwartalnik „Psychoterapia” objął wydarzenie swoim patronatem medialnym.

W dniach 6–7 kwietnia 2024 r. w Warszawie odbędzie się konferencja z okazji X-lecia istnienia Szkoły Psychoterapii Dzieci i Młodzieży pt.: „**Nowe myśli, nowa praktyka w psychoterapii dzieci i młodzieży**”.

Informacje i zapisy: <https://www.spdim.edu.pl/konferencja/>

W dniach 12–13 kwietnia 2024 r. w Katowicach i online odbędzie się kongres „**Połączenia. Więź i samotność w psychozie**”, organizowany przez Polskie Towarzystwo na rzecz Psychologicznego i Społecznego Podejścia do Psychoz oraz Forum Psychoterapii Psychoz. Partnerem akademickim kongresu będzie Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją przy Akademii Ignatianum w Krakowie.

Informacje i zapisy: <https://terapiapsychoz2024.pl/>

25 kwietnia 2024 r. w Zielonej Górze odbędzie się Ogólnopolska Konferencja Psychologii Klinicznej Dzieci i Młodzieży pt.: „**Od diagnozy klinicznej do psychoterapii**”.

Informacje i zapisy: <https://klinikna-dzieci.uz.zgora.pl/>

W dniach 17–19 maja 2024 r. w Bystrej k. Bielska-Białej odbędzie się międzynarodowa, anglojęzyczna konferencja psychodramy, organizowana przez Polski Instytut Psychodramy i Federation of European Psychodrama Training Organisations pt.: „**From Chaos to Harmony**”.

Informacje i zapisy: <https://psychodrama.pl/2024/01/21/from-chaos-to-harmony/>

W dniach 17–19 maja 2024 r. w Warszawie i online odbędzie się Międzynarodowa Konferencja Naukowa pt.: „**Szyta na miarę. Terapia poznawczo-behawioralna**”. Wydarzenie jest organizowane przez Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. prof. Zdzisława Bizonia, które w tym roku obchodzi jubileusz 25-lecia.

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

18 maja 2024 r. w Warszawie odbędzie się konferencja organizowana przez Polskie Towarzystwo Psychoanalityczne pt.: „**Lęk przed dorosłością, lęk przed życiem**”.

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

W dniach 12–15 czerwca 2024 r. w Krakowie w Audytorium Maximum odbędzie się Międzynarodowa Konferencja XXII World Congress of Medical and Clinical Hypnosis, organizowana przez Fundację Polskiego Instytutu Ericksonowskiego oraz The International Society of Hypnosis i Klinikę Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego pt.: **„Cooperation in hypnosis. Challenges and benefits”**.

Informacje i zapisy: <https://www.hypnosis2021.com.pl/>

W dniach 14–16 czerwca 2024 r. w Warszawie odbędzie się V Międzynarodowa Konferencja organizowana przez Polskie Stowarzyszenie Integracji Psychoterapii pt.: **„Relacja, która leczy”**.

Informacje i zapisy: <https://conference.psip.org.pl/>

15 czerwca 2024 r. w Warszawie odbędzie się XX Konferencja Naukowa Instytutu Analizy Grupowej „Rasztów” pt.: **„Czy gramy w jednej orkiestrze? Między dysonansem i harmonią”**.

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

W dniach 21–23 czerwca 2024 r. w Poznaniu odbędzie się międzynarodowa konferencja z okazji XX-lecia Pracowni HUMANI pt. **„Psychoterapia dzisiaj — człowiek, pacjent, mentalizacja, zaufanie. Jak rozwija się psychoterapia i jak pomaga zdrowieć?”**.

Informacje i zapisy: <https://konferencja.humani.pl/o-konferencji-humani-psychoterapia/>

W dniach 27–29 września 2024 r. w Warszawie (Hotel Novotel Centrum) odbędzie się Międzynarodowa Konferencja Czterech Sekcji EFPP: Psychoterapii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży, Par i Rodzin oraz Psychoterapii Grupowej pt.: **„A different World? Psychoanalytic Psychotherapy and Relatedness in Stormy Times”**.

Informacje i zapisy: <https://efpp-conference2024.com/>

W dniach 10–12 października 2024 r. w Katowicach odbędzie się Kongres ESTD pt.: **„Od diagnozy do leczenia: rozpoznawanie traumy złożonej i dysocjacji”**.

Informacje i zapisy: <https://e-psyche.eu/konferencja-katowice/>

W dniach 25–27 października 2024 r. w Katowicach, w Międzynarodowym Centrum Kongresowym, odbędzie się Konferencja Trzech Sekcji. Wydarzenie skupi się wokół tematu **„Ciało w psychoterapii”**.

Informacje: <https://sekcjanaukowapsychoterapii.org/>

**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 ężak,
mgr Roma Ulasińska, 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 ężak 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/>

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

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

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

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

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

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

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

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



KOTERAPIA W TERAPII PAR I RODZIN

Kraków, 16 marca 2024 / online
Centrum Dydaktyczno-Kongresowe CM UJ,
ul. Łazarza 16, I piętro, aula A

Fundacja Rozwoju Terapii Rodzin Na Szlaku zaprasza na doroczną konferencję z obszaru terapii par i rodzin.

W tym roku zapraszamy 16 marca na konferencję poświęconą pracy w koterapii.

Widzimy zalety i trudności tej metody. Czy warto? A jeśli tak, to jak to robić?

Powiedzą o tym zaproszeni prelegenci:

Ryszard Chłopek z Ośrodka Terapii Rodzin i Par w Gliwicach.

Magdalena Zielińska i **Roman Pracki** z Fundacji Terapii Rodzin Na Szlaku.

W trzecim wystąpieniu prof. **Bogdan de Barbaro** przeprowadzi rozmowę z przedstawicielami różnych ośrodków, gdzie pracuje się w koterapii. Będą tu orędownicy i sceptycy pracy w koterapii: **Małgorzata Osiełczak-Stawinoga**, **Hanna Pinkowska-Zielińska** i **Piotr Kasprzak**.

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

cena 35 zł (w tym 5% VAT)



9 770239 141720 7