

KWARTALNIK NR 4 (207) 2023

PSYCHOTERAPIA



Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne



Uniwersytet Jagielloński
w Krakowie
Collegium Medicum

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

PSYCHOTERAPIA

NR 4 (207) 2023

Impact Factor — 0,2
Liczba punktów MNiSW — 40

Spis treści

Od Redakcji	3
Współczesna hipnoza kliniczna	
Katarzyna Zaborska, Krzysztof Klajs	5
Psychoterapia osób z niepełnosprawnością intelektualną: rys historyczny	
Jan Kornaj	9
Psychoterapia analityczna w leczeniu pacjentów chorych onkologicznie.	
Studium przypadku	
Magdalena Olczyk	25
Spożytkowanie zasobów pacjenta w terapii ericksonowskiej	
Katarzyna Szymańska	37
Polscy psychoterapeuci i ich pokoleniowe postawy wobec superwizji	
Kamil Galiński, Jacek Gierus	51
Komunikaty	65
Procedura publikowania w „Psychoterapii”	69

KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor	Mariusz Furgał
Zastępca redaktora	Kazimierz Bierzyński
Zespół redakcyjny	Szymon Chrzastowski, 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 wpłaty 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,
przekazujemy Wam najnowszy numer „Psychoterapii”, zamykający kolejny rok wydawniczy.

W artykule „Współczesna hipnoza kliniczna” Katarzyna Zaborska i Krzysztof Klajs porządkują obarczony wieloma uprzedzeniami, mitami i wpływem popularnych przekazów, temat zastosowania hipnozy w psychoterapii. Artykuł jest interesujący z punktu widzenia wszystkich psychoterapeutów, także tych, którzy nie stosują tej techniki, albo nie mieli z nią bliższej styczności. Autorzy nakreślają tło historyczne zagadnienia hipnozy klinicznej i wskazują, jak bardzo jej temat, co nie jest oczywiste, osadzony jest we współczesnej psychoterapii.

Jan Kornaj porusza zagadnienie rzadko publicznie podejmowane w psychoterapii, będące często poza uwagą psychoterapeutów, a pokazujące możliwości myślenia o psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną. W chronologicznym porządku zbiera treści publikacji w tej dziedzinie. Wydobywa w ten sposób temat nieco wykluczony z głównego nurtu debaty psychoterapeutycznej, a znaczący dla potrzebujących pacjentów. Pomaga wyrobić sobie pogląd na możliwości i ograniczenia tak mało znanego pola praktyki psychoterapeutycznej. Życie psychiczne człowieka nie ogranicza się jedynie do procesów świadomej analizy i interpretacji świata. Potrzeby terapeutyczne osób z niepełnosprawnością intelektualną często są pomijane, umniejszane, tak jakby życie psychiczne człowieka skupiało się głównie na procesach świadomej analizy, sprawności operacyjnej i operacji logicznych. Artykuł jest znaczącym wkładem w zmagania z procesami wykluczania społecznego.

Dwa artykuły w bieżącym numerze zawierają opisy przypadków. Uważamy, że takich opisów wciąż jest za mało w polskich publikacjach. Przy okazji chcielibyśmy zachęcić Czytelników do większej odwagi w publikowaniu i dzieleniu się publicznie analizą swojej pracy w tej formie, chociaż jest ona wymagająca i wymaga trzymania się pewnych standardów^[1].

Magdalena Olczyk prezentuje pracę z pacjentem onkologicznym. Nie poprzestając na opisie ciekawego procesu klinicznego, obszernie zaznajamia nas z tematyką i konceptualizacją teoretyczną takiej pracy, co z pewnością będzie użyteczne dla każdego terapeuty pracującego z osobami poważnie chorymi somatycznie. Te dwa powody: tematyka psychoterapii w chorobach somatycznych, a także konstruktywny przykład możliwości opisu własnej pracy, są pretekstem, dla którego zachęcam każdego Czytelnika do zapoznania się z tym artykułem.

Drugi opis przypadku zawarty jest w artykule Katarzyny Szymańskiej pod tytułem „Spożytkowanie zasobów pacjenta w terapii eriksonowskiej”. Pokazuje on nie tylko

^[1] Janusz B, Czapkiewicz K, Wolska M, Bierzyński K, Müldner-Nieckowski Ł, Furgał M. Zasady konstrukcji klinicznego studium przypadku w psychoterapii. *Psychoter.* 2019; 191(4): 41–56.

ciekawą koncepcję myślenia o polu działania psychoterapeuty, jakim są zasoby pacjenta, ale także powiązania myślenia w podejściu eriksonowskim z innymi podejściami psychoterapeutycznymi. Artykuł, zawierający wątki teoretyczne, jest dobrze napisanym studium przypadków. Mam nadzieję, że obok artykułu Magdaleny Olczyk będzie on kolejną zachętą do prezentowania warsztatu własnej pracy, umieszczonego w kontekście koncepcji klinicznej. Praca daje dobry wgląd w technikę pracy terapeutów eriksonowskich i będzie bardzo ciekawa nie tylko dla tej grupy zawodowej, ale także dla wszystkich zainteresowanych poszerzeniem swojego warsztatu albo zrozumieniem metod pracy kolegów.

W czasie intensywnego rozwoju praktyki superwizyjnej w psychoterapii i wciąż niedostatecznej liczby publikacji na ten temat, cennym artykułem jest praca Kamila Galińskiego i Jacka Gierusa, obrazująca zmiany w tej dziedzinie na przestrzeni pokoleń. Tekst ma charakter empiryczny i jakkolwiek odnosi się do zmian, prezentowane w niej wyniki wskazują na to, że przekonania o różnych potrzebach superwizyjnych w zależności od wieku i doświadczenia terapeuty, mają raczej charakter stereotypowy, a potrzeby są bardziej uniwersalne, niżby to z tych stereotypów mogło wynikać. Niezależnie od interesujących wyników badania, praca porządkuje myślenie o procesie superwizji i nazywa różne, zrozumiałe dotąd głównie intuicyjnie, aspekty tego procesu.

Na koniec tego wstępu chciałbym zapoznać Czytelników ze zmianami w zespole redakcyjnym, a jednocześnie pożegnać odchodzącą z zespołu Bernadettę Janusz, która przez siedem lat wspierała nas, szczególnie w obszarze popularyzacji i oceny jakościowych badań w psychoterapii, w których jest wybitną ekspertką. Podjęcie przez Nią nowych obowiązków uniemożliwi stałą pracę w zespole redakcyjnym, ale będzie nadal z nami współpracować. Jednocześnie mam przyjemność powitać Joannę Sadzawicką-Olczak, która obok będącej z nami od roku Magdaleny Zielińskiej, wnosi do „Psychoterapii” nowe myśli i nową energię.

Mariusz Furgal

Katarzyna Zaborska¹, Krzysztof Klajs²,

WSPÓŁCZESNA HIPNOZA KLINICZNA

¹Institut Psychologii, Wydział Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Łódzki

²Polski Instytut Ericksonowski, Filia w Łodzi

W świecie refleksji medycznych i psychologicznych obserwuje się wiele wątpliwości dotyczących natury i zastosowania hipnozy. Część klinicystów postrzega niestety hipnozę przez pryzmat filmów i opowieści literackich, przedstawiających ją w sposób odległy od obecnego stanu wiedzy. W poniższym liście autorzy przybliżają współczesne rozumienie tego terminu.

Hipnoza kliniczna jest pełnym siły narzędziem, jakie w wielu przypadkach pomaga pacjentom. Definiuje się ją jako stan zogniskowanej uwagi. Następuje w niej proces zawężonej świadomości, skupiającej się wokół przekazywanej idei. Hippolyte Bernheim (1837–1919), uważany za jednego z prekursorów hipnoterapii, postrzegał stan hipnozy jako proces „przekształcania otrzymanej idei w czyn” [1, str. 34]. Podczas gdy w normalnych warunkach umysł kwestionuje otrzymane sugestie, stan hipnozy sprawia, że przyjmujemy je bezwarunkowo „przekształcenie myśli w działanie, czucie, ruch lub wyobrażenie dokonuje się tak szybko i aktywnie, że nie ma czasu, by zadziałał zakaz intelektualny” [1, str. 34–35].

Wyróżnia się dwa główne nurty zastosowania hipnozy klinicznej. Pierwszy to psycho-terapia, drugi to spożytkowanie stanów hipnotycznych w różnych obszarach medycyny, w których potrzebne są krótkie i skuteczne interwencje, dotyczące redukcji lęku i doznań bólowych.

Te dwa kierunki terapeutycznego użycia hipnozy mają swoje korzenie w historii. Jako metoda leczenia zaburzeń psychicznych hipnoza była stosowana w terapiiистерии. Za prekursora tego podejścia możemy uznać francuskiego psychiatrę Jeana Charcota (1826–1893), który pracował w paryskiej klinice neurologicznej. Jego pacjenci doświadczali różnorodnych objawów somatycznych, mieli problemy ze wzrokiem, tracili świadomość czy wykazywali luki pamięci [2]. Znane medycynie wcześniej środki — interwencje farmakologiczne lub chirurgiczne — nie działały, tymczasem Charcot osiągał lecznicze efekty za pomocą zupełnie niezrozumiałej wtedy metody — leczył słowem. Jego sukcesy przyciągnęły uwagę i zainteresowanie wielu wybitnych postaci, w tym takich uczonych i klinicystów, jak Pierre Janet (1859–1947) i Zygmunta Freuda (1856–1939).

Freud, zafascynowany potencjałem hipnozy, dostrzegł w niej narzędzie umożliwiające głębsze zrozumienie ludzkiego umysłu. Pojechał do Francji na pół roku uczyć się hipnozy w klinice w Paryżu. Z dzisiejszej perspektywy jest oczywiste, że przy stosowaniu hipnozy sześć miesięcy to czas zbyt krótki, aby nauczyć się tego sposobu pracy. Do tego konieczna jest superwizja. Odnosząc się do prac Freuda można jednak zauważyć,

że wczesne doświadczenia z hipnozą wpłynęły na kształtowanie się nowatorskiej wtedy teorii psychodynamicznej, co odmieniło sposób postrzegania ludzkiej psychiki i leczenia zaburzeń psychicznych.

Drugi nurt, pozapsychiatryczny, rozwijał się jako interwencje do pracy z bólem. Pionierem w tej dziedzinie był szkocki chirurg wojskowy James Esdaile (1808–1859), który korzystał z hipnozy do znieczulenia w tysiącach operacji chirurgicznych, w tym w ponad 300 dużych zabiegach, takich jak amputacje kończyn, usunięcie wrzodów czy guzów. Zgodnie z jego relacjami, bez użycia hipnozy 50% operacji kończyło się śmiertelnym wstrząsem chirurgicznym lub infekcją, a po jej wprowadzeniu wskaźnik ten spadał do 5%. Esdaile opracował własną metodę indukcji hipnotycznej jako skuteczną formę interwencji redukującej ból i stres [3]. Późniejsze odkrycie eteru spowodowało odejście od stosowania hipnozy na szeroką skalę. Miał on liczne zalety w porównaniu z hipnozą, przede wszystkim jego działanie było zrozumiałe dla świata medycznego, a znieczulanie eterem było łatwe w zastosowaniu i możliwe do szybkiego nauczenia się.

W medycynie hipnoza kliniczna jest ceniona za swoje zastosowanie w wielu dziedzinach, zwłaszcza kiedy niezbędne są krótkie i skuteczne interwencje, głównie w zakresie redukcji lęku. W leczeniu bólu z powodzeniem wykorzystuje się farmakoterapię, ale istnieją sytuacje, gdzie stosowanie leków znieczulających niesie istotne ryzyko, wtedy sugestie hipnotyczne są korzystną alternatywą. Hipnoza jest również istotna w kontekstach leczniczych, w których zaufanie do prowadzącego lekarza i długotrwała relacja z nim są kluczowe dla powodzenia procesu leczenia [4]. Można tu wymienić takie dziedziny, jak kardiologię, diabetologię, pediatrię, rehabilitację czy stomatologię.

Wśród wielu postaci, które miały znaczący wpływ na rozwój terapeutycznego zastosowania hipnozy, wyjątkowe miejsce zajmuje Milton H. Erickson (1901–1980). Nie tylko ponownie odkrył on hipnozę, oddając się badaniom nad jej klinicznym zastosowaniem, ale również stworzył nową szkołę terapii, która integruje hipnozę w cały proces terapeutyczny — od diagnozy, opierającej się na zjawiskach transowych, po określenie celów i strategii leczenia pacjenta [5]. Podejście Ericksona bazuje na zorientowaniu na przyszłość, poszukiwaniu dostępu do zasobów i podkreślanii kreatywnej roli pozytywnych aspektów nieświadomości [6].

Hipnoza w tym podejściu koncentruje się na kierowaniu i zawężaniu uwagi pacjenta do elementów istotnych dla procesu leczenia, odciągając ją od tych nieistotnych. Terapeuta pomaga pacjentowi skupić uwagę na zasobach i siłach prozdrowotnych ukrytych w nieświadomości. Zakłada się, że pacjent ma w swoim doświadczeniu i wiedzy wszystkie umiejętności pozwalające na przekroczenie wyzwania. Zadaniem terapeuty jest pomoc w odszukaniu dostępu do zasobów. Droga do zdrowia może być pokonywana szybciej i skuteczniej, gdyż może omijać bariery i ograniczenia stwarzane przez świadomy umysł [7].

Istnieje obszerna literatura potwierdzająca skuteczność hipnozy klinicznej. Badania wskazują, że jest ona z powodzeniem stosowana w terapii rodzin, a także w specyficznych zaburzeniach psychosomatycznych, takich jak zespół jelita drażliwego, dermatozy, zaburzenia snu, bóle głowy i migreny. Uzyskano również pozytywne wyniki świadczące o zdecydowanym przyspieszeniu procesu terapeutycznego po włączeniu sugestii hipnotycznych, niezależnie od zgłaszanych na początku przez pacjentów objawów. Skuteczność hipnozy potwierdzono również w badaniach dotyczących leczenia depresji, traumy i stresu pourazowego [8].

Specjaliści z dziedziny hipnozy klinicznej są zrzeszeni w stowarzyszeniach krajowych oraz międzynarodowych, takich jak American, Asian, European i International Society of Hypnosis — ta ostatnia obchodzi swoje 50-lecie. Powyższe organizacje skupiają zarówno badaczy, jak i klinicystów, stanowiąc od lat platformę dla szerokiej wymiany wiedzy i doświadczeń.

Należy podkreślić, że tak jak w psychoterapii osoba, która stosuje hipnozę powinna być psychoterapeutą, tak osoba stosująca tę metodę w innym nurcie leczenia powinna być specjalistą z tego nurtu. Kodeks etyczny Międzynarodowego Stowarzyszenia Hipnozy w pierwszym punkcie stwierdza, że „wszyscy członkowie ISH są profesjonalistami w swoich dziedzinach i w swoim stosowaniu hipnozy, powinni ściśle przestrzegać norm wymaganych od nich przez własny zawód” [9].

Mamy nadzieję, że list skutecznie wprowadza czytelników w przestrzeń rozumienia współczesnej hipnozy klinicznej i ukazuje różnorodność jej zastosowań, zarówno w obrębie psychoterapii, jak również w szerszym kontekście medycznym. Wiedza ta od dawna wspiera na całym świecie zarówno specjalistów w ich praktyce, jak i pacjentów w procesie leczenia. Liczymy, że hipnoza kliniczna, w świetle przedstawionych tu informacji, okaże się również w Polsce częściej wykorzystywanym narzędziem.

Piśmiennictwo

1. Rossi E. Hipnoterapia. Gdańsk: GWP; 1995.
2. Pervin LA. Psychologia osobowości. Gdańsk: GWP; 2002, s. 19–45.
3. Mason AA. Hypnosis for the relief of pain. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1956; 49: 481–486.
4. Pulos L. Mesmerism revisited: The effectiveness of Esdaile’s techniques in the production of deep hypnosis and total body hypnoanaesthesia. *Am. J. Clin. Hypn.* 1980; 22(4): 206–211.
5. Kłajns K. Poznawanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej. Poznań: Zysk i S-ka; 2017.
6. Geary B, Zeig ZK. *The handbook of Ericksonian psychotherapy*. Phoenix, Arizona: The Milton H. Erickson Foundation Press; 2001.
7. Yapko MD. *Trancework*. New York: Routledge; 2019.
8. Kansy M, Zaborska K. Skuteczność psychoterapii. Sekcja Naukowa Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [Internet]. Bez daty [dostęp 20 lutego 2024]. Dostępny w: <https://sekcjanaukowapsychoterapii.org/skutecznosc-psychoterapii/>
9. (<https://www.ishypnosis.org/administration/code-of-ethics/>) [dostęp: 30 kwietnia 2024].

Adres: inspiracja@gmail.com

Serdecznie zapraszamy na konferencję
„WZRASTANIE W RELACJI JA, TY, MY”

z okazji 25-lecia Katowickiego Instytutu Psychoterapii

Konferencja odbędzie się w dniach:

27—29 września 2024 roku w Katowicach

i będzie wyjątkowym wydarzeniem, gromadzącym wiele wybitnych osobistości z dziedziny psychiatrii i psychoterapii.

- ❖ **Prof. Bogdan de Barbaro,**
- ❖ **Prof. Jan Czesław Czabała,**
- ❖ **Lek. spec. psychiatrii Ewa Dobiała,**
- ❖ **Dr hab. Grzegorz Iniewicz prof. UJ,**
- ❖ **Dr n. med. Sławomir Jakima,**
- ❖ **Dr n. społ. Bogusława Piasecka,**
- ❖ **Dr n. med. Lidia Popek,**
- ❖ **Ks. dr Jacek Prusak,**
- ❖ **Kathryn Rossi Ph.D.**

Konferencję poprzedza warsztat

„Życie wolne od strachu. Hipnoza terapeutyczna odkryta na nowo”

prowadzony przez Kathryn Rossi — światowej sławy psychoterapeutkę, nauczycielkę, autorkę i współautorkę wielu publikacji z dziedziny psychoterapii, hipnozy klinicznej i neurobiologii.

Warsztat odbędzie się w dniach:

25—26.09.2024 r.

Miejsce: siedziba Muzeum Śląskiego w Katowicach.

Całość wydarzenia (warsztat przedkonferencyjny i konferencja) obejmuje daty:

25—29.09.2024 r.

Więcej informacji na stronie:

www.ja-ty-my.com

Jan Kornaj

PSYCHOTERAPIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ: RYS HISTORYCZNY

PSYCHOTHERAPY WITH PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: A HISTORICAL PERSPECTIVE

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

intellectual disability
history
history of psychotherapy

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest rekonstrukcja historii psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną. Artykuł jest przeglądem literatury dotyczącej psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną. Przedstawia w kolejności chronologicznej wybrane treści zawarte w najważniejszych tekstach dotyczących tej dziedziny praktyki psychoterapeutycznej.

Jako pioniera w psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną uznaje się psychoanalityka Leona Pierce'a Clarka i jego pisma z początku lat trzydziestych. Równocześnie już w roku 1928 polski psychiatra Gustaw Bychowski apelował o włączenie pacjentów z NI w obręb oddziaływania psychoterapii. W latach siedemdziesiątych podjęte zostały pierwsze próby wykorzystania technik behawioralnych w terapii osób z NI oraz poprawy metodologii badań skuteczności psychoterapii. W odniesieniu do psychoterapii osób z NI rozwijane były oryginalne psychoterapeutyczne podejścia, takie jak pre-terapia Prouty'ego czy symboliczna terapia interakcyjna Caton. W latach osiemdziesiątych postęp rozwoju koncepcji psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną w nurcie psychoanalitycznym następował dzięki pracy grupy warsztatowej londyńskiej kliniki Tavistock. Od lat dziewięćdziesiątych Nigel Beail rozwija metodologię badań efektywności psychoterapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej z osobami z NI i publikuje wyniki swoich badań. W XXI wieku pojawiają się wciąż nowe doniesienia dotyczące skuteczności psychoterapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej, a także systemowej, jak również przeglądy literatury i metaanalizy.

Większość prac dotyczących psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną odnosi się do ubogiej literatury na ten temat i ignorancji psychoterapeutycznego mainstreamu. Mimo że wciąż przybywa opracowań teoretycznych oraz badań dotyczących skuteczności psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną, wciąż jest to temat marginalizowany przez główny nurt praktyki psychoterapeutycznej.

Summary

The aim of this article is to reconstruct the history of psychotherapy for people with intellectual disabilities.

The article is a review of the literature on psychotherapy with people with intellectual disabilities. In chronological order, it presents selected content from the most important texts relating to this area of psychotherapeutic practice.

Leon Pierce Clark's writings from the early 1930s are considered a pioneer in the field of psychotherapy with people with intellectual disabilities, but already in 1928, Polish psychiatrist Gustaw Bychowski appealed for including those patients in psychotherapy. In the 1970s, the first attempts were made to use behavioral techniques in the therapy of people with intellectual disabilities. Concerning the psychotherapy of people with intellectual disabilities, original psychotherapeutic approaches were developed, such as Prouty's pre-therapy or Caton's symbolic interaction therapy. In the 1980s, progress in the development of the concept of psychotherapy for people with intellectual disabilities in psychoanalysis was made thanks to the work of the workshop group of the London Tavistock Clinic. Since the 1990s, Nigel Beail has been developing a methodology for researching the effectiveness of psychodynamic psychotherapy with people with intellectual disabilities. Nowadays, there are still new reports being published on the effectiveness of psychodynamic, cognitive-behavioral, and systemic psychotherapy, as well as literature reviews and meta-analyses.

Most works on the psychotherapy of people with intellectual disabilities refer to the poor literature on this subject and the ignorance of the psychotherapeutic mainstream. Despite an increasing number of theoretical studies and research on the effectiveness of psychotherapy for people with intellectual disabilities, it is still a topic marginalized by mainstream psychotherapeutic practice.

Wstęp

Klasyfikacja ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) definiuje niepełnosprawność (*disability*) jako „szeroki termin obejmujący wszelkie upośledzenia funkcjonowania, limitowanie aktywności i ograniczenia uczestniczenia” [1, s. 3]. Według najnowszej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, „zaburzenia rozwoju intelektualnego” (*disorders of intellectual development*) w podziale na lekkie, umiarkowane, znaczne i głębokie, znajdują się w grupie „zaburzeń neurorozwojowych” (*neurodevelopmental disorders*) i definiowane są jako „grupa zróżnicowanych etiologicznie schorzeń mających swój początek w okresie rozwojowym, charakteryzujących się funkcjonowaniem intelektualnym i zachowaniami adaptacyjnymi znacznie poniżej średniej, wynoszącymi około dwa lub więcej odchyień standardowych poniżej średniej [...] na podstawie odpowiednio znormalizowanych, indywidualnie przeprowadzanych wystandaryzowanych testów” [2, <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#605267007>]. Stanisław Kowalik, akcentując złożony układ oddziaływań psychospołecznych pomiędzy osobą z niepełnosprawnością a jej środowiskiem, definiuje niepełnosprawność jako „będącą wynikiem uszkodzenia organizmu [...] względnie trwałą dyspozycję człowieka, która może stać się źródłem wielu problemów życiowych” [3, s. 91–92] zastrzegając, że „dyspozycja ta charakteryzuje człowieka posiadającego określone uszkodzenie organizmu w taki sam sposób jak inne jego właściwości: płeć, wzrost, waga, wykształcenie, stan cywilny itp. Nie jest to więc właściwość patologiczna, ale raczej pewna osobliwość, która w sposób istotny ukierunkowuje życie człowieka” [3, s. 92].

Zaburzenia psychiczne w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną występują częściej niż w populacji ogólnej [4]. Według Niemiec-Elanany [4, s. 192] „iloraz inteli-

¹⁾ Wszystkie cytaty z języka angielskiego zostały przetłumaczone przez autora niniejszego artykułu.

gencji poniżej 70 powoduje 3–4 razy większe ryzyko ujawnienia się i pojawienia zaburzeń psychicznych w porównaniu z populacją ogólną”. Mimo dużej liczby badań wskazujących na to, że w leczeniu większości zaburzeń psychicznych najefektywniejsze jest sprzężenie farmakoterapii i psychoterapii [5], w Polsce temat psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną ze sprzężonymi zaburzeniami psychicznymi jest rzadko podejmowany. Tymczasem istnieje obszerna literatura dotycząca stosowania psychoterapii w populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz badania dotyczące jej skuteczności, a idea zastosowania psychoterapii w tej grupie potrzebujących sięga przełomu lat dwudziestych i trzydziestych XX wieku.

Celem niniejszego artykułu jest rekonstrukcja historii psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną (dalej NI).

Rys historyczny rozwoju psychoterapii osób z niepełnosprawnością intelektualną

Pierwsza połowa XX wieku

Przyglądając się dziejom psychoterapii osób z NI trzeba pamiętać, że na przestrzeni lat zmieniała się nie tyle praktyka psychoterapeutycznej pomocy im, ale same definicje pojęć niepełnosprawności [6] i psychoterapii [7]. Badanie ewolucji tych pojęć przekracza zakres niniejszego opracowania.

Jeden z nielicznych opisów historii psychoterapii osób z NI jest autorstwa Davida O’Driscolla [8]. Koncentruje się on jednak tylko na podejściach psychodynamicznych. Niniejszy artykuł ma ambicje uzupełnić pracę O’Driscolla również o inne podejścia terapeutyczne. Autor ten dopatruje się początków zainteresowania psychoterapeutyczną pomocą osobom, nazywanym wtedy upośledzonymi umysłowo (*feeble-minded*), w dwóch pracach amerykańskiego psychiatry i psychoanalityka Leona Pierce’a Clarka z 1933 roku: „The need for a better understanding of the emotional life of the feeble-minded” oraz „The nature and treatment of amentia: psychoanalysis and mental arrest in relation to the science of intelligence” [8, s. 9–10]. Clark miał podejmować próby psychoterapii psychoanalitycznej z osobami upośledzonymi umysłowo, mimo panującego w psychoanalitycznym środowisku pesymizmu w stosunku do pracy z takimi pacjentami. Prace Clarka, według O’Driscolla, były ważne z dwóch powodów: „Po pierwsze, Clark zasugerował, że każdy pacjent z zaburzeniem psychicznym doświadcza życia emocjonalnego, które samo w sobie jest warte eksplorowania. Wierzył również, że jeśli tacy pacjenci otrzymają pomoc, mogą funkcjonować poza zamkniętymi instytucjami. Po drugie, Clark był pierwszym psychoanalitykiem, który próbował nawiązać dialog z innymi specjalistami z tego obszaru i jako taki może być widziany jako pionier dzisiejszej praktyki interdyscyplinarnej” [8, s. 9].

Jeszcze przed pracami Clarka, w 1928 roku, polski psychiatra i psychoanalityk Gustaw Bychowski opublikował artykuł pod tytułem „Psychoterapia osobników mało inteligentnych” [9]. Bychowski ubolewał nad brakiem zainteresowania pomocą psychoterapeutyczną osobom, które według Freuda nie kwalifikowały się do leczenia psychoanalitycznego. Bychowski podkreślał wagę tego zagadnienia, które jego zdaniem w kręgach lekarskich wzbudzało niedostateczne zainteresowanie oraz zwrócił uwagę na problem niedostoso-

wania metod psychoterapeutycznych do pomocy tej grupie pacjentów. Zalecenia, które proponował polski psychiatra, oparte na sugestii, perswazji, które nazwał „metodami psychoterapii niepsychoanalitycznej”, mogą wydawać się dziś groteskowe i dziwne, ale trzeba mieć na uwadze, że sam Bychowski nie był do nich przekonany — proponował je, kierując się zasadą, że lepiej starać się pomóc ludziom pomijanym, niż tej próby nie podjąć.

W 1934 roku Leona Chidester opublikowała artykuł, w którym dowodziła, że upośledzenie umysłowe (*mental retardation*) może w niektórych przypadkach upośledzonych dzieci być konsekwencją zaburzeń endokrynologicznych, które z kolei bywają objawem nerwicy [10]. Logika Chidester była następująca: jeśli dzięki psychoanalizie uda się wyleczyć z nerwicy, znikną tym samym zaburzenia endokrynologiczne, a więc objawy upośledzenia umysłowego również powinny ustąpić. Artykuł Chidester jest bogaty w rozważania dotyczące zaburzeń emocjonalnych u dzieci z NI oraz psychoz dziecięcych i ich relacji do upośledzenia, zawiera również odniesienia do podejść Melanie Klein i Anny Freud w psychoanalizie dzieci. Dwa lata później Leona Chidester opublikowała razem z Karlem Menningerem artykuł dotyczący aplikacji metod psychoanalitycznych do badania i terapii upośledzenia umysłowego [11].

W 1948 roku Milton Cotzin ogłosił raport z terapii grupowej dziewięciu chłopców o IQ w przedziale 50–79 [12]. Według niego wyniki były pozytywne i zachęcające do korzystania z tej formy psychoterapii w tej grupie pacjentów.

Druga połowa XX wieku

W 1953 roku Theodora Abel opublikowała krótki artykuł „Resistances and difficulties in psychotherapy of mental retardates”, w którym omówiła zwyczajowe przekonania dotyczące podejmowania psychoterapii z osobami z NI: po pierwsze, że są one niezdolne do zrozumienia interpretacji terapeuty, i po drugie, że praca z nimi jest zbyt czasochłonna i nieefektywna [13]. Abel podaje następującą receptę: „po stronie terapeuty musi istnieć prawdziwe przekonanie, że klient jest wart starania [...], w przeciwnym razie nie wytworzy się efektywna interpersonalna relacja. Po drugie, cele terapii powinny być prostsze i skromniejsze niż cele pracy z bardziej inteligentnymi osobami” [13, s. 108].

W 1965 roku Albin i Dinitz przeprowadzili pierwsze badanie skuteczności psychoterapii z osobami z NI [14]. Była to terapia wspierająca, skoncentrowana na kliencie. 73 chłopców z problemami emocjonalnymi z NI poddano oddziaływaniom terapeutycznym i porównano z 37 „dobrze przystosowanymi” (*well-adjusted*) chłopcami. W badaniu nie wykorzystano grupy kontrolnej. Terapia przebiegała indywidualnie lub w małych grupach przez rok, pojedyncza sesja trwała 30 minut. Nie odnotowano istotnej statystycznie poprawy funkcjonowania. Anne Hurley zauważa, że brak grupy kontrolnej, słabo zdefiniowany program terapii i brak ustalonych celów, przesądza o ograniczonej użyteczności tego badania [15].

W tym samym roku Manny Sternlicht, dyskutując z dominującym poglądem, że do psychoterapii kwalifikują się tylko osoby z określonym stopniem rozwoju zdolności werbalnych i intelektualnych, zaprezentował kilka technik pozwalających na pracę psychoterapeutyczną nawet w obliczu upośledzenia tych zdolności [16]. Do takich technik, pozwalających nawiązać relację i zyskać wgląd w trudności pacjentów z NI, Sternlicht

zaliczył: techniki projekcyjne, malowanie/rysowanie, muzykoterapię, terapię tańcem, terapię opartą na relacji, terapię wspierającą, polegającą na tym, że pacjent „nieświadomie identyfikuje się z terapeutą i inkorporuje go jako nowy obraz Ja” [16, s. 86], dyrektywne poradnictwo, polegające na edukacji i sugerowaniu rozwiązań, terapię społeczną, terapię zabawą, psychodramę, terapię grupową, konsultacje z członkami rodziny.

Również w roku 1965 psychoanalityczka lacanowska Maud Mannoni, pracująca w Paryżu jako psycholożka dziecięca, opublikowała pracę „Challenge to mental retardation”. Interesowała się sposobem nawiązywania relacji przez osoby upośledzone intelektualnie. Nie negując organicznego podłoża niepełnosprawności, uważała, że psychologiczne aspekty funkcjonowania osób nią dotkniętych są niedostatecznie rozumiane [8]. W 1972 roku opublikowała pracę „The backward child and her mother” [17].

W artykule opublikowanym w 1966 roku, George Lott zaprezentował wyważone i dość krytyczne podejście do możliwości psychoterapii z osobami z NI: „O ile psychoterapia może być zalecana, należy pamiętać, że przeciwwskazaniem jest możliwość, że upośledzony może powtarzać bardzo trudne zachowania. Prawdę mówiąc, leczenie pośrednie, specjalne treningi i metody edukacyjne mogą odgrywać większą rolę niż psychoterapia w ich drodze do szczęścia” [18, s. 232].

W 1973 Saribenne Stone i Phillipa Coughlan przeanalizowały przebieg procesu psychoterapii z osobami z NI pod kątem czterech zmiennych: kontrolowania tematu w diadzie terapeuta-klient, skupienia na problemie w diadzie terapeuta-klient, funkcji terapeuty i afektu klienta [19]. Transkrypty sesji od drugiej do dziewiątej były oceniane przez niezależnych sędziów. Wyniki pokazały, że pomiędzy drugą a dziewiątą sesją wzrastało natężenie zachowań niezwiązanych z problemem i wzrastała ekspresja terapeuty, a afekt klienta malał. Autorki badania zinterpretowały te wyniki początkowym zadowoleniem z uzyskania uwagi klienta i późniejszym oporem, kiedy rozpoczęła się praca nad właściwym problemem.

W roku 1976 Garry Prouty opublikował artykuł dotyczący metody pracy z pre-ekspresyjnymi pacjentami z podwójną diagnozą psychozy i niepełnosprawności intelektualnej, którą nazwał pre-terapią (*pre-therapy*) [20]. Prouty zidentyfikował trzy obszary, które zwyczajowo przyjmuje się jako warunki wstępne do podjęcia psychoterapii: „1) Istnieje dostatecznie zorganizowany stan Ja, czyli zdolność do identyfikowania Ja jako bazy własnego doświadczenia, 2) Klient jest zdolny zlokalizować i odczuwać afekt, 3) Klient jest zdolny do komunikacji” [20, s. 290]. Prouty zauważył, że dokładnie z tymi obszarami osoby z NI i psychozą sobie nie radzą, zatem psychoterapeuta powinien znaleźć sposób, by tymi problemami się zająć. Jako potencjalne przyczyny psychoz sprzężonych z NI, Prouty identyfikuje potencjalne defekty organiczne, ale również traumę psychospołeczną czy też zaniedbanie emocjonalne. By wspomóc kontakt z rzeczywistością i własnym Ja w pracy z tymi osobami, Prouty zaproponował dwie techniki: odzwierciedlenia sytuacyjne (*situational reflections*) oraz odzwierciedlenia cielesne (*body reflections*). Odzwierciedlenia sytuacyjne to wzmacnianie poczucia rzeczywistości klienta poprzez wypowiedanie zwyczajnych obserwacji na temat otoczenia fizycznego, wyglądu czy zachowania pacjenta lub terapeuty: „Gorąco dziś”, „biurko stoi pomiędzy nami”, „pokój jest duży”, „oboje jesteśmy dziś milczący”, „bawisz się długopisem” [20, s. 290]. Odzwierciedlenia cielesne dotyczą komentowania tego, co dzieje się z ciałem pacjenta: „stoisz wyprostowany”, „podpierasz

się rękoma”, „stopy zwisają ci z fotela”, „machasz palcami w powietrzu” [20, s. 291]. Jeśli klient nie reaguje na komunikaty werbalne, można odzwierciedlać własnym ciałem, to co klient ucieleśnia. Rozwój w drugim obszarze problemowym, czyli dotyczącym lokalizowania i odczuwania afektu, według Prouty’ego, terapeuta może rozwijać dwiema metodami: odzwierciedlaniem ekspresji mimicznej (*reflection of facial expression*) lub odzwierciedlaniem słowo za słowo (*word for word reflections*). Pierwsza dotyczy wiązania obserwowanej ekspresji emocji klienta z emocją, którą ta ekspresja wyraża — to umożliwia nadawanie sensu stanom wewnętrznym i podłączanie ich do ekspresji cielesnej. Druga dotyczy próby nawiązania komunikacji werbalnej — należy wyłapywać i powtarzać na głos te wyrazy w niezrozumiałej wypowiedzi, które są zrozumiałe lub te wyrazy, które, mimo że niezrozumiałe, niosą za sobą ładunek afektywny.

Jako naczelną zasadę psychoterapii z psychotycznymi klientami z NI, Prouty wprowadza „zasadę powtarzalności” (*reiterative principle*), która mówi o tym, że należy cierpliwie i powoli powtarzać sekwencje cielesnych, sytuacyjnych, ekspresyjnych i słownych odzwierciedleń [20, s. 293]. Dotyczy to tych odzwierciedleń, które wywarły na kliencie jakieś wrażenie. Jak podsumowuje Prouty: „aktywność powtarzalna polega na cierpliwym, trwającym tygodnie, powtarzaniu i ponownym dzieleniu tego samego pre-ekspresyjnego lub ekspresyjnego miejsca” [20, s. 293].

W latach siedemdziesiątych rozpoczęto próby pomocy osobom z NI za pomocą różnych technik terapii behawioralnej. W 1973 roku Michael Guralnick opublikował raport z terapii 21-letniego mężczyzny z zespołem Downa i akrofobią, wobec którego zastosował systematyczną desensytyzację wyobraźniową, wizualizację oraz systematyczną desensytyzację *in vivo* i kształtowanie behawioralne [21]. Connie Peck w 1977 roku opublikowała raport z zastosowania procedury systematycznej desensytyzacji w terapii lęku u czterech osób z NI. Do badania zakwalifikowano 20 uczestników z fobią szczurów lub wysokości, które podzielono na pięć grup (do każdej przydzielono 4 osoby): poddaną systematycznej desensytyzacji opartej na modelowaniu, poddaną zastępczej desensytyzacji z wykorzystaniem relaksacji i sekwencji wideo, poddaną standardowej systematycznej desensytyzacji; grupę kontrolną poddaną treningowi stresu; grupę nie poddaną żadnym oddziaływaniom [22]. Odnotowano trend ku obniżeniu symptomów lęku w grupie poddanej desensytyzacji opartej na modelowaniu, ale ze względu na małą liczebność grupy wyniki mają ograniczoną wartość.

Richard Silvestri opublikował raport dotyczący efektów terapii implozywnej w grupie umiarkowanie upośledzonej intelektualnie [23]. Przydzielono osiem osób do trzech grup: poddaną terapii, poddaną pseudoterapii/placebo, nie poddaną terapii. Odnotowano pozytywne wyniki w grupie poddawanej terapii implozywnej we wszystkich z badanych obszarów.

W roku 1980 w londyńskiej klinice Tavistock, psychoanalityk Neville Symington powołał do życia grupę warsztatową dyskutującą problemy psychoterapii osób z NI [24]. W 1981 roku opublikował swój pierwszy artykuł na ten temat. Artykuł jest streszczeniem dwuletniego procesu psychoterapii psychoanalitycznej 33-letniego mężczyzny, którego IQ oceniono na 59 [25]. Symington zauważył znaczną poprawę funkcjonowania psychologicznego i intelektualnego swojego pacjenta Harry’ego po dwóch latach psychoterapii. Doszedł do wniosku, że, nie negując organicznego podłoża większości przypadków upośledzenia intelektualnego, zwykle jest ono dodatkowo zaniżone w wyniku stereotypowej postawy

opiekunów, nieuwzględniającej możliwości poprawy funkcjonowania intelektualnego i prowadzącej do emocjonalnego zaniedbania: „Coraz bardziej utwierdzam się w przekonaniu, że nieuzasadniona rozpacz osób zajmujących się pomocą osobom upośledzonym umysłowo jest dla pacjenta o wiele większym utrudnieniem niż wada organiczna. Wzrost neurologiczny można stymulować i z pewnością nie jest on statyczny. Statyczne pozostają oczekiwania ludzi, że zmiany nie mogą nastąpić” [25, s. 199].

Takie stereotypowe postawy wobec osób z upośledzeniem umysłowym, uzasadniające niechęć wobec pracy z nimi, zidentyfikował również w środowisku psychoterapeutów. Jego zdaniem „dzieje się tak dlatego, że jesteśmy opóźnieni w niektórych obszarach naszego funkcjonowania umysłowego. [...] Kiedy leczymy pacjenta, który nie jest normalny, aż nazbyt boleśnie przypomina nam się o naszym własnym upośledzeniu umysłowym. To zrozumiałe, że wolimy sobie o tym nie przypominać” [25, s. 199].

W 1980 roku opublikowano zredagowaną przez Szymanskiiego i Tanguaya monografię, w której dwa rozdziały poświęcono psychoterapii z osobami z NI: Szymanski opisał kwestie związane z psychoterapią indywidualną [26], a Szymanski i Rosefsky z psychoterapią grupową [27]. Szymanski zidentyfikował trzy kryteria oceny potencjału odniesienia korzyści z psychoterapii osób z NI: obecność zaburzeń psychicznych, w których czynniki psychologiczne odgrywają rolę etiologiczną i/lub pogarszającą stan, potencjał do nawiązania odpowiedniej relacji z terapeutą i do pewnego stopnia komunikacji; szansa, że zmniejszenie objawów poprawi zdolność pacjenta do wykorzystania swojego potencjału poznawczego [26].

W 1982 roku Johnny Matson opublikował artykuł dotyczący behawioralnych terapii depresji u osób z NI [28]. Cztery osoby z upośledzeniem od lekkiego do umiarkowanego poddano terapii behawioralnej na podstawie zidentyfikowanych problemów w następujących obszarach: liczby wypowiedzianych słów, skarg somatycznych, drażliwości, pielęgnacji, negatywnej samooceny, spłaszczonego afektu, kontaktu wzrokowego i opóźnienia mowy. Oddziaływania obejmowały: informowanie, udzielanie informacji zwrotnych i wzmacnianie pożądanых zachowań. Matson odnotował znaczącą poprawę u wszystkich czterech osób. Dwa lata później Matson odniósł się do ogólnych kwestii dotyczących psychoterapii osób z NI [29]. Opublikował również prace dotyczące terapii fobii [30], zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych [31] oraz zaburzeń psychosomatycznych [32] u osób z NI.

W 1983 roku Susan Godschalx na przykładzie przypadku Marka opisała kwestię formułowania celów psychoterapii osób z NI oraz zadania psychoterapeuty na wczesnych etapach terapii [33]. O ile cele terapii powinny być formułowane w odniesieniu do specyficznych problemów pacjenta, zadania terapeuty Godschalx sformułowała w sposób ogólny — do nich należą: budowanie zaufania, równoważenie elastyczności i dyrektywności, komunikowanie empatii, rozumienie przeciwprzeniesienia.

W 1986 roku Chrissoula Stavrakaki i Jack Klein przeanalizowali istniejącą literaturę różnych modalności psychoterapii osób z NI, dochodząc do wniosku, że: „o potrzebie psychoterapii osób upośledzonych umysłowo świadczy wysokie rozpowszechnienie zaburzeń emocjonalnych w tej grupie. Psychoterapię można prowadzić na tych samych ogólnych zasadach, co w przypadku osób pełnosprawnych, z modyfikacjami w zakresie poziomu umiejętności poznawczych i językowych” [34, s. 741].

W tym samym roku Anne Hurley i Frank Hurley przedstawili wytyczne dotyczące przeprowadzania wstępnego wywiadu kwalifikującego osoby z NI do psychoterapii.

Ich zdaniem celem wstępnego wywiadu jest: dokonanie odpowiedniego wprowadzenia i przedstawienia, identyfikacja problemów, ocena poziomu funkcji poznawczych klienta i jego edukacja [35]. Podkreślili również wagę nawiązania przymierza terapeutycznego, w czym mogą pomóc następujące techniki: nadawanie pozytywnego tonu emocjonalnego, aktywne słuchanie, nazywanie uczuć, interpretowanie.

Również w roku 1986 Valerie Sinason opublikowała artykuł, w którym przedstawiła koncepcję wtórnego upośledzenia (*secondary handicap*) i związku upośledzenia umysłowego z traumą [36]. Sinason zaproponowała rozróżnienie na upośledzenie pierwotne (*primary handicap*) i wtórne (*secondary handicap*). Upośledzenie pierwotne to wszystkie trudności wynikające z czynników natury organicznej. Upośledzenie wtórne natomiast powodowane jest różnymi czynnikami natury psychologicznej, które nakładają się na upośledzenie pierwotne i je zaostrzają. Sinason rozróżniła trzy kategorie upośledzenia wtórnego: lekkie upośledzenie wtórne (*mild secondary handicap*), które dotyczy osób, wyolbrzymiających trudności wynikające z upośledzenia pierwotnego, by dostosować się do wymagań i przekonań na ich temat świata zewnętrznego, upośledzenie oportunistyczne (*opportunist handicap*), dotyczące osób rozwijających w związku z upośledzeniem dysfunkcje osobowości związane z uwalnianiem popędów destrukcyjnych, upośledzenie jako obrona przed traumą (*handicap as a defence against trauma*), dotyczące osób, których upośledzenie służy ochronie przed świadomą konfrontacją z niemożliwym do zniesienia wspomnieniem traumy.

W roku 1988 Julie Caton zaprezentowała autorskie podejście psychoterapeutyczne dostosowane do potrzeb osób z NI: symboliczną terapię interakcyjną (*symbolic interactional therapy*: SIT) [37]. Podejście to opiera się na nawiązywaniu niezagrażającej, dostosowanej do wieku, komunikacji z osobami z NI za pomocą symboli, za które służą zabawki, i interakcji dokonującej się w zabawie. Za główne cele symbolicznej terapii interakcyjnej Caton uważa: umożliwienie klientowi zbadania wewnętrznych konfliktów, fantazji lub sytuacji z prawdziwego życia bez negatywnych konsekwencji oraz odkrycia sposobu, w jaki klient postrzega rzeczywiste lub wyimaginowane interakcje oraz jego/jej uczucia względem nich.

W 1989 roku Anne Hurley opublikowała przegląd badań dotyczących psychoterapii osób z NI, a jej wniosek dotyczący stanu wiedzy w tym obszarze brzmiał następująco: „Istnieje ogromna potrzeba badań nad psychoterapią osób upośledzonych umysłowo, aby stworzyć solidniejszą bazę wiedzy wspierającą rosnące zastosowania technik klinicznych w tej populacji” [38, s. 272]. Autorka ta zauważała konieczność badań zarówno nad skutecznością psychoterapii osób z NI, jak i nad procesem.

W latach osiemdziesiątych ukazały się również dwie ważne, kompleksowe monografie dotyczące diagnozy, terapii i pomocy instytucjonalnej osobom z NI: w 1988 dzieło pod tytułem „Mental retardation and mental health: Classification, diagnosis, treatment, services” pod redakcją Starka, Menolascino, Albarelliego i Graya [39] oraz w 1989 praca pod tytułem „Mental retardation and mental illness: Assessment, treatment, and service for the dually-diagnosed” pod redakcją Fletchera i Menolascino [40].

W roku 1992 opublikowana została monografia pod redakcją Alexisa Waitmana i Suzanne Conboy-Hill prezentująca różnorodne psychoterapeutyczne podejścia do pracy z osobami z NI [41]. W jednym z rozdziałów John Stokes i Valerie Sinason rozwijają obserwacje Symingtona i koncepcje Sinason [24]. Rozpoczynają od naświetlenia rozwojowego ła

dla upośledzenia, którym są pierwotne i w dominującym stopniu nieświadome reakcje opiekunów na wieść o upośledzeniu ich dziecka, w postaci uczuć winy, utraty i żałoby. Z tymi uczuciami muszą poradzić sobie zarówno opiekunowie, jak i osoby z NI, aby móc dokonać separacji. Osoba z NI trawiona jest często przez nieświadomą zawiść wobec „normalnych” członków rodziny. Jeśli te uczucia nie zostaną rozpoznane i przepracowane, prowadzi to do trudności w separacji. Dodatkowo często spotykane w historii osób z NI przypadki zaniedbania emocjonalnego czy przemocy i wykorzystania seksualnego, mogą nasilać objawy upośledzenia, ponieważ są one nieświadomie wykorzystywane do obrony przed traumą. Jest to swego rodzaju atak na myślący umysł, podobnie jak psychoza w teorii Wilfrieda Biona. Stokes i Sinason posługują się zresztą analogią do bionowskiej koncepcji psychotycznej-niepsychotycznej części umysłu, mówiąc o upośledzonej i nieupośledzonej części umysłu pacjenta.

Psychoterapia psychoanalityczna osób z NI ma na celu zrozumienie i objęcie zainteresowaniem nieświadomych czynników wpływających na nasilenie upośledzenia [24]. W dalszej części monografii, Neville Symington eksploruje reakcje przeciwprzeniesieniowe w pracy psychoterapeutycznej z osobami z NI [42]. W szczerym wyznaniu opowiada o doświadczeniach zespołu warsztatowego z kliniki Tavistock, w którym zidentyfikowano, że każdy z terapeutów żywi wobec pacjentów z NI głęboką nieświadomą pogardę. W reakcji na nią, zdaniem Symingtona, rodzi się poczucie winy, które każe wyręczać osoby z NI i utrudnia proces terapii.

Rosalind Bates opisuje proces psychoterapii jako składający się z następujących kroków: selekcji, ustalania celów, definiowania i opisu problemu, przełamywania oporu, wzbudzania świadomości, pokonywania trudności językowych, ważenia kosztów problemu i poszukiwania rozwiązań, wykorzystywania wyobraźni [43]. Prócz pracy z wyobraźnią Bates radzi również korzystanie z takich technik, jak: dyrektywne sugestie (*directive suggestions*) czy nauczanie na temat uczuć.

Joanna Beazley-Richards opisuje pracę z osobami z NI, korzystając z Analizy Transakcyjnej [44]. Sheila Hollins zaprezentowała możliwości prowadzenia grupowej terapii analitycznej z osobami z NI [45]. Na początku adresuje stereotyp, że psychoterapia psychoanalityczna zakłada niezbędną zdolność do wglądu intelektualnego:

„Panuje błędne przekonanie, że psychoterapia psychoanalityczna jest przede wszystkim działaniem intelektualnym, podczas gdy w rzeczywistości jest to działanie afektywne. Innymi słowy, jest to proces, który angażuje emocjonalnie terapeutę i klienta. Głównym zadaniem terapeuty jest nawiązanie więzi emocjonalnej, którą można następnie wykorzystać terapeutycznie. Głównym wymaganiem od kandydatów do psychoterapii jest umiejętność nawiązania kontaktu emocjonalnego” [45, s. 139].

Hollins, podkreślając społeczne i instytucjonalne korzyści z proponowania psychoterapii grupowej osobom z NI, zauważa jednocześnie, że specjaliści pracujący w ten sposób muszą, po pierwsze, uwzględniać specyfikę rozwojową konkretnej osoby z NI oraz czynniki związane z kontekstem rodzinnym i społecznym, oraz, po drugie, być uważni diagnostycznie w przypadkach podwójnej diagnozy, rozróżniać trudności powodowane niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniem psychicznym oraz ich wzajemne oddziaływanie.

W roku 1994 Christine Nezu i Arthur Nezu opublikowali przegląd literatury dotyczący psychoterapii psychodynamicznej, behawioralnej i grupowej z osobami z NI i towarzyszącą psychopatologią w warunkach ambulatoryjnych [46]. Ich wnioski są następujące:

„Pomimo faktu, że osoby z upośledzeniem umysłowym częściej niż osoby pełnosprawne doświadczają pełnego zakresu zaburzeń psychicznych i pilnie potrzebują opieki ambulatoryjnej, literatura dotycząca ich terapii nie odpowiada na zapotrzebowanie [...]. Podejścia behawioralne, zwłaszcza te obejmujące strategie oparte na społecznym uczeniu się i interwencje poznawczo-behawioralne, są wyraźnie prekursorami w dostarczaniu badań o udokumentowanej skuteczności [...]. Interwencje oparte na podejściach psychodynamicznych i psychoterapii grupowej, chociaż oferują teoretycznie uzasadnione przesłanki, cierpią na poważne luki empiryczne dotyczące ich skuteczności. Jest to niefortunne, ponieważ terapie te mogą stanowić skuteczną alternatywę terapeutyczną dla osób z niepełnosprawnością poznawczą i należy je odpowiednio ocenić” [46, s. 38].

Skuteczność psychoterapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej w pracy z osobami z NI bada brytyjski terapeuta Nigel Beail od drugiej połowy lat dziewięćdziesiątych. W 1996 roku, wraz z Sharon Warden, Beail zaprezentował wstępne rezultaty zastosowania psychoterapii psychodynamicznej w grupie 10 osób z NI [47]. Psychoterapia psychodynamiczna jest tu zdefiniowana jako korzystająca z pojęć przeniesienia i przeciwprzeniesienia w celu zrozumienia wewnętrznego świata pacjenta oraz posługująca się interpretacją jako najczęstszym rodzajem interwencji. Badano wejściowe natężenia symptomów klinicznych oraz ich zmianę w wyniku psychoterapii za pomocą kwestionariuszy SCL-90R oraz General Severity Index. Zbadano także wpływ psychoterapii na poczucie własnej wartości (*self-esteem*) za pomocą Rosenberg Self-Esteem Scale. Odnotowano znaczącą statystycznie redukcję objawów oraz wzrost poczucia własnej wartości [47].

W innym badaniu Beail przebadał wpływ psychoterapii psychoanalitycznej, prowadzonej z częstotliwością jednej sesji w tygodniu, na problemowe zachowania u 25 mężczyzn [48]. Takimi zachowaniami problemowymi, które zidentyfikowano u poszczególnych pacjentów były: agresja w kierunku ludzi, agresja w kierunku rzeczy, agresja w kierunku rzeczy i kradzieże, brudzenie się, uporczywe wypytywanie. Program ukończyło 20 pacjentów, u których zaobserwowano zanik problemowych zachowań, a poprawa utrzymała się przez 6 miesięcy po terapii [48].

W 1998 roku Hurley, Tomasulo i Pfadt opublikowali artykuł, w którym zaproponowali wiele adaptacji (*adaptations*) standardowej psychoterapii, które należy przeprowadzić w pracy z osobami z NI [49]. Autorzy zaproponowali następujące adaptacje [49, s. 368]:

1. Uproszczenie (*simplification*): redukcja poziomu skomplikowania technik, rozbięcie interwencji na mniejsze fragmenty, krótszy czas trwania sesji.
2. Język (*language*): dostosowanie poziomu językowego, uproszczenie słownictwa, używanie krótkich zdań i prostych słów.
3. Aktywności (*activities*): wzbogacanie typowych technik o elementy aktywności, takich jak rysowanie czy zadania domowe.
4. Poziom rozwojowy (*developmental level*): branie pod uwagę poziomu rozwojowego w doborze technik i prezentacji materiału, używanie gier, ocena poziomu rozwoju społecznego.

5. Metody dyrektywne (*directive methods*): bycie bardziej dyrektywnym niż standardowo, zarysowanie dla pacjenta celów terapii, ocena progresu, dawanie dodatkowych wskazówek wizualnych.
6. Metody elastyczne (*flexible methods*): elastyczność w dostosowywaniu technik.
7. Zaangażowanie opiekunów (*involve care givers*): wykorzystanie rodziny i pracowników opieki do pomocy w zmianie, wyznaczanie rodziny lub pracowników opieki do pomocy w zadaniach domowych.
8. Przeniesienie/przeciwprzeniesienie: stawianie solidnych granic i częste korzystanie z superwizji, ponieważ przywiązanie nawiązuje się szybciej i jest silniejsze, a reakcje terapeuty często przypominają reakcje rodzicielskie.
9. Niepełnosprawność/rehabilitacja: adresowanie bezpośrednio kwestii związanych z niepełnosprawnością i wspieranie pozytywnej samooceny.

Również w 1998 roku Biza Stenferd Kroese wyznaczyła trzy warunki podjęcia psychoterapii poznawczo-behawioralnej z osobami z NI: „(1) klient jest zdolny do udzielania rzetelnych informacji na temat siebie, (2) ocenia się wiedzę klienta i jego rozumienie abstrakcyjnych konceptów, a terapeuta jest przygotowany do przyjęcia roli dydaktyka, jeśli to rozumienie jest niewłaściwe, i (3) samoregulacja jest wzmacniana” [50, s. 320].

XXI wiek

Wciąż publikowane są nowe badania dotyczące skuteczności psychoterapii psychodynamicznej [51–53] i poznawczo-behawioralnej [54–56], a także metaanalizy [57–59] i przeglądy literatury [60, 61]. Pojawiają się również artykuły dotyczące pracy z osobami z NI w innych niż psychodynamiczne i poznawczo-behawioralne podejściach terapeutycznych, np. w psychoterapii systemowej [62–64]. Większość badań potwierdza skuteczność psychoterapii osób z NI, jednocześnie krytycy zauważają niedostatki metodologiczne i znaczący niedobór randomizowanych badań kontrolowanych.

W 2002 roku Mark Linington w tytule swojego artykułu zadał prowokacyjne pytanie: „Czyje upośledzenie?” („*Whose handicap?*”) [65]. Linington uważa, że psychoterapia, która zamyka się na cierpienie, jest w istocie upośledzona:

„Dla wielu osób z niepełnosprawnością intelektualną dostęp do psychoterapii jest wzbraniany. Często są widziani jako nienadający się do pomocy, która polega na reprezentacji werbalnej i wglądzie. Ale tutaj to właśnie psychoterapia jest upośledzona. Ponieważ to sama psychoterapia podważa własne zdolności, by zrozumieć i odpowiedzieć na daną podmiotowość. Być może jednak psychoterapia nie musi być postrzegana jako tak ograniczona. I psychoterapia, i psychoterapeuci mogliby być bardziej dostępni” [65, s. 413].

W artykule, pisanym z perspektywy psychoanalizy intersubiektywnej, Linington [65, s. 411] prezentuje swoje rozumienie tego, czym jest psychoterapia osób z NI: „Sądzę, że psychoterapia polega na wspólnym doświadczeniu upośledzenia, doświadczeniu zanegowanego Ja wspólnie z innym. Ludzkie upośledzenia, zakorzenione w nich jako niepewność i trauma związana z najwcześniejszymi relacjami, znajdują bezpieczne miejsce do zaistnienia w relacji terapeutycznej”.

W Wielkiej Brytanii podjęte zostały już kroki, aby zagadnienie psychoterapii osób z NI włączyć w obręb instytucjonalnego zainteresowania podmiotów szkolących psycho-terapeutów. Royal College of Psychiatrists, główna organizacja zrzeszająca psychiatrów i odpowiadająca za ich edukację w Wielkiej Brytanii, opublikowała w 2004 roku raport dotyczący psychoterapii osób z NI, w którym rekomenduje się psychoterapię jako formę pomocy i wyznacza kilka instytucjonalnych kontekstów dla takich usług: sektor wolontariatu, środowiskowy zespół ds. niepełnosprawności intelektualnej, świadczenie w specjalistycznej placówce psycho-terapeutycznej, szpitalniana poradnia psychiatryczna dla osób niepełnosprawnych intelektualnie [66].

W 2009 roku opublikowana została monografia *Intellectual disability, trauma and psychotherapy* pod redakcją Tamsina Cottisa przedstawiająca wiele aspektów psychoterapii osób z NI, w większości osadzonej w nurcie psychoanalitycznym [67].

Podsumowanie

Zdaniem Davida O’Driscolla „historia terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną może być określona, w najlepszym wypadku jako zwyczajne zaniedbanie” [8, s. 22]. Rzeczywiście, w większości prac dotyczących tego zagadnienia pojawia się komentarz na temat ubogiej literatury i ignorancji psycho-terapeutycznego mainstreamu, a niektórzy badacze, zwłaszcza orientacji psychoanalitycznej, starali się wyjaśniać ten fakt nieświadomym uprzedzeniem czy nawet pogardą wobec osób z NI.

Pierwsze prace, w pierwszej połowie XX wieku, dotyczyły wykorzystania psychoanalizy w terapii osób z NI i opierały się na studiach przypadków. Jako pioniera w tej dziedzinie uznaje się Leona Pierce’a Clarka i jego pisma z początku lat trzydziestych, ale już w roku 1928 polski psychiatra Gustaw Bychowski apelował o włączenie pacjentów z NI w obręb oddziaływania psychoterapii. W latach siedemdziesiątych podjęte zostały pierwsze próby wykorzystania technik behawioralnych w terapii osób z NI oraz poprawy metodologii badań skuteczności psychoterapii. W odniesieniu do psychoterapii osób z NI rozwijane były oryginalne psycho-terapeutyczne podejścia, takie jak pre-terapia Prouty’ego czy symboliczna terapia interakcyjna Caton. W latach osiemdziesiątych postęp rozwoju koncepcji psychoterapii osób z NI w nurcie psychoanalitycznym następował dzięki pracy grupy warsztatowej londyńskiej Kliniki Tavistock i pismom Neville’a Symingtona, Valerie Sinason czy Johna Stokesa. Od lat dziewięćdziesiątych Nigel Beail rozwija metodologię badań efektywności psychoterapii psychodynamicznej i psychoanalitycznej z osobami z NI i publikuje wyniki swoich badań. W XXI wieku pojawiają się wciąż nowe doniesienia dotyczące skuteczności psychoterapii psychodynamicznej, poznawczo-behawioralnej, ale także systemowej, jak również przeglądy literatury i metaanalizy. Jak się jednak wydaje to wciąż za mało, by zyskać uwagę psycho-terapeutycznego mainstreamu.

Piśmiennictwo

1. International Classification of Functioning, Disability, and Health: ICF. Genewa: World Health Organization; 2001.
2. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.), 2019. <https://icd.who.int/>
3. Kowalik S. Psychologia rehabilitacji. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2007.
4. Niemiec-Elanany S. Niepełnosprawność intelektualna a zaburzenia psychiczne. *Niepełnosprawność* 2017; 25: 192–201.
5. Cierpiałkowska L. Psychopatologia. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2008.
6. Bobińska K, Gałecki P. Rys historyczny, terminologia, definicja, nozologia, kryteria rozpoznawania niepełnosprawności intelektualnej. W: Bobińska K, Pietras T, Gałecki P, red. *Niepełnosprawność intelektualna — etiopatogeneza, epidemiologia, diagnoza, terapia*. Wrocław: Continuo; 2012, s. 21–40.
7. Aleksandrowicz JW. „Psychoterapia” czy „psychoterapie”? *Psychoter.* 2004; 2(129): 17–30.
8. O’Driscoll D. Psychotherapy and intellectual disability: A historical view. W: Cottis T. *Intellectual disability, trauma and psychotherapy*. Routledge; 2009.
9. Bychowski G. W sprawie psychoterapii osobników mało inteligentnych. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie* 1928; 5(24): 553–555.
10. Chidester L. Therapeutic results with mentally retarded children. *Am. J. Orthopsychiatry* 1934; 4(4): 464–472.
11. Chidester L, Menninger KA. The application of psychoanalytic methods to the study of mental retardation. *Am. J. Orthopsychiatry* 1936; 6(4): 616–625.
12. Cotzin M. Group psychotherapy with mentally defective problem boys. *Am. J. Ment. Deficiency* 1948; 53: 268–283.
13. Abel TM. Resistances and difficulties in psychotherapy of mental retardates. *J. Clin. Psychol.* 1953; 9(2): 107–109.
14. Albini JL, Dinitz S. Psychotherapy with disturbed and defective children: An evaluation of changes in behavior and attitudes. *Am. J. Mental Deficiency* 1965; 69(4): 560–567.
15. Hurley AD. Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: a review and call for research. *Res. Develop. Disabilities* 1989; 10(3): 261–275.
16. Sternlicht M. Psychotherapeutic techniques useful with the mentally retarded: A review and critique. *Psychiatr. Q.* 1965; 39: 84–90.
17. Mannoni M. *The backward child and his mother*. Random House; 1972.
18. Lott GM. Psychotherapy of the mentally retarded: Values and cautions. *JAMA* 1966; 196(3): 229–232.
19. Stone S, Coughlan PM. Four process variables in counseling with mentally retarded clients. *Am. J. Mental Deficiency* 1973; 77(4): 408–414.
20. Prouty G. Pre-therapy — A method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients. *Psychol. Psychother.* 1976; 13: 290–294.
21. Guralnick MJ. Behavior therapy with an acrophobic mentally retarded young adult. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 1973; 4: 263–265.
22. Peck CL. Desensitization for the treatment of fear in the high-level adult retardate. *Behav. Res. Ther.* 1977; 15: 137–148.
23. Silvestri R. Implosive therapy treatment of emotionally disturbed retardates. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1977; 45: 14–22.

24. Stokes J, Sinason V. Secondary mental handicap as a defence. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 46–58.
25. Symington N. The psychotherapy of a subnormal patient. *Brit. J. Med. Psychol.* 1981; 54(2): 187–199.
26. Szymanski LS. Individual psychotherapy with retarded persons. W: Szymanski LS, Tanquay PE, red. *Emotional disorders of mentally retarded persons: Assessment, treatment, and consultation*. Baltimore, MD: University Park Press; 1980, s. 131–148.
27. Szymanski LS, Rosefsky QB. Group psychotherapy with retarded persons. W: Szymanski LS, Tanquay PE, red. *Emotional disorders of mentally retarded persons: Assessment, treatment, and consultation*. Baltimore, MD: University Park Press; 1980, s. 173–194.
28. Matson JL. The treatment of behavioral characteristics of depression in the mentally retarded. *Behav. Ther.* 1982; 13: 209–218.
29. Matson JL. Psychotherapy with persons who are mentally retarded. *Ment. Retardation* 1984; 22: 170–175.
30. Matson JL. A controlled-outcome study of phobias in mentally retarded adults. *Behav. Res. Ther.* 1981; 19: 101–108.
31. Matson JL. Treating obsessive-compulsive behavior in mentally retarded adults. *Behav. Modification* 1982; 6: 551–567.
32. Matson JL. Behavioral treatment of psychosomatic complaints in the mentally retarded. *Am. J. Ment. Deficiency* 1984; 88: 639–646.
33. Godschalx SM. Mark: Psychotherapy with a developmentally disabled adult. *Image: J. Nurs. Scholarsh.* 1983; 5(1): 12–15.
34. Stavrakaki C, Klein J. Psychotherapies with the mentally retarded. *Psychiatric Clinics of North America* 1986; 9: 733–743.
35. Hurley AD, Hurley FJ. Counseling and psychotherapy with mentally retarded clients: I. The initial interview. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews* 1986; 5: 22–26.
36. Sinason V. Secondary mental handicap and its relationship to trauma. *Psychoanal. Psychother.* 1986; 2(2): 131–154.
37. Caton JB. Symbolic interaction therapy: A treatment intervention for mentally retarded adults. *Psychiatric Aspects of Mental Retardation Reviews* 1988; 7: 7–12.
38. Hurley AD. Individual psychotherapy with mentally retarded individuals: a review and call for research. *Res. Develop. Disabilities* 1989; 10(3): 261–275.
39. Stark JA, Menolascino FJ, Albarelli MH, Gray VC, red. *Mental retardation and mental health: Classification, diagnosis, treatment, services*. New York: Springer-Verlag; 1988.
40. Fletcher RJ, Menolascino FJ, red. *Mental retardation and mental illness: Assessment, treatment, and service for the dually diagnosed*. Lexington, MA: Lexington Books; 1989.
41. Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992.
42. Symington N. Countertransference with mentally handicapped clients. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 132–138.
43. Bates R. Psychotherapy with people with learning difficulties. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 81–98.
44. Beazley-Richards J. Transactional analysis as a theory of interpersonal behaviour and as a psychotherapeutic model. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 99–116.
45. Hollins S. Group analytic therapy for people with a mental handicap. W: Waitman A, Conboy-Hill S, red. *Psychotherapy and mental handicap*. Sage Publications; 1992, s. 139–149.

46. Nezu CM, Nezu AM. Outpatient psychotherapy for adults with mental retardation and concomitant psychopathology: Research and clinical imperatives. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1994; 62(1): 34–42.
47. Beail N, Warden S. Evaluation of a psychodynamic psychotherapy service for adults with intellectual disabilities: rationale, design and preliminary outcome data. *J. Applied Res. Intel. Disab.* 1996; 9(3): 223–228.
48. Beail N. Psychoanalytic psychotherapy with men with intellectual disabilities: A preliminary outcome study. *Brit. J. Med. Psychol.* 1998; 71(1): 1–11.
49. Hurley AD, Tomasulo DJ, Pfadt AG. Individual and group psychotherapy approaches for persons with mental retardation and developmental disabilities. *J. Develop. Physical Disab.* 1998; 10: 365–386.
50. Kroese BS. Cognitive-behavioural therapy for people with learning disabilities. *Behav. Cogn. Psychother.* 1998; 26(4): 315–322.
51. Beail N, Warden S, Morsley K, Newman D. Naturalistic evaluation of the effectiveness of psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual disabilities. *J. Applied Res. Intellect. Disab.* 2005; 18(3): 245–251.
52. Jackson T, Beail N. The practice of individual psychodynamic psychotherapy with people who have intellectual disabilities. *Psychoanal. Psychother.* 2013; 27(2): 108–123.
53. Shepherd C, Beail N. A systematic review of the effectiveness of psychoanalysis, psychoanalytic and psychodynamic psychotherapy with adults with intellectual and developmental disabilities: Progress and challenges. *Psychoanal. Psychother* 2017; 31(1): 94–117.
54. Hartley SL, Esbensen AJ, Shalev R, Vincent LB, Mihaila I, Bussanich P. Cognitive behavioral therapy for depressed adults with mild intellectual disability: a pilot study. *J. Applied Res. Intel. Disab.* 2015; 8(2): 72–97.
55. Hronis A, Roberts R, Roberts L, Kneebone I. Fearless Me!©: A feasibility case series of cognitive behavioral therapy for adolescents with intellectual disability. *J. Clin. Psychol.* 2019; 75(6): 919–932.
56. Sturmey P. Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: A selective review and critique. *Clin. Psychol. Psychother. Int. J. Theory Pract.* 2004; 11(4): 222–232.
57. Prout TH, Browning BK. Psychotherapy with persons with intellectual disabilities: a review of effectiveness research. *Adv. Ment. Health Intellect. Disab.* 2011; 5(5): 53–59.
58. Vereenoghe L, Langdon PE. Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Res. Developm. Disab.* 2013; 34(11): 4085–4102.
59. Willner P. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *J. Intel. Disab. Res.* 2005; 49(1): 73–85.
60. McInnis EE. Critical literature review: effectiveness of individual psychodynamic psychotherapy for adults with intellectual disabilities. *Adv. Ment. Health Intellect. Disab.* 2016; 10(4): 233–247.
61. Whitehouse RM, Tudway JA, Look R, Kroese BS. Adapting individual psychotherapy for adults with intellectual disabilities: A comparative review of the cognitive-behavioural and psychodynamic literature. *J. Appl. Res. Intelct. Disab.* 2006; 19(1): 55–65.
62. Baum S, Lyngaard H, red. *Intellectual disabilities: a systemic approach.* Routledge; 2018.
63. Haydon-Laurelut M, Nunkoosing K. ‘I want to be listened to’: systemic psychotherapy with a man with intellectual disabilities and his paid supporters. *J. Fam. Ther.* 2010; 32(1): 73–86.
64. Pote H, Mazon T, Clegg J, King S. Vulnerability and protection talk: Systemic therapy process with people with intellectual disability. *J. Intel. Developm. Disab.* 2011; 36(2): 105–117.

65. Linington M. 'Whose handicap?' Psychotherapy with people with learning disabilities. *Brit. J. Psychother.* 2002; 18(3): 409–414.
66. Cottis T. Life support or intensive care? Endings and outcomes in psychotherapy for people with intellectual disabilities. W: Cottis T, red. *Intellectual disability, trauma and psychotherapy.* Routledge; 2009, s. 189–204.
67. Cottis T, red. *Intellectual disability, trauma and psychotherapy.* Routledge; 2009.

Adres: kornajjan@gmail.com

Magdalena Olczyk

PSYCHOTERAPIA ANALITYCZNA W LECZENIU PACJENTÓW CHORYCH ONKOLOGICZNIE. STUDIUM PRZYPADKU

ANALYTICAL PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF ONCOLOGICAL PATIENTS. A CASE STUDY

Gabinet prywatny

Pamięć o tym, że wkrótce umrę, stanowi dla mnie najważniejszą pomoc przy dokonywaniu poważnych życiowych wyborów. Ponieważ prawie wszystko — oczekiwania otoczenia, cała duma i cały strach przed wstydem lub porażką — wszystkie te rzeczy bledną w obliczu śmierci, pozostawiając tylko to, co jest naprawdę ważne. Pamięć o tym, że umrzesz, to najlepszy znany mi sposób na uniknięcie pułapki myślenia, że masz cokolwiek do stracenia. Jesteś już całkiem nagi. Nie ma zatem żadnego powodu, by nie podążyć za głosem serca.

Walter Isaacson, *Steve Jobs*, Insignis Media, Kraków 2011–2013, s. 554.

**analytical psychotherapy
oncological patient
case study**

Streszczenie

W Polsce psychoterapia psychoanalityczna jest stosunkowo rzadko proponowana pacjentom cierpiącym na choroby onkologiczne. Istnieje wiele czynników wpływających na ten stan rzeczy, w tym ograniczenia czasowe leczenia terapeutycznego w systemie ochrony zdrowia, większa dostępność innych form pomocy oraz specyfika pracy z osobami chorującymi somatycznie. Dostępna literatura polska i zagraniczna zarówno na temat psychoanalitycznego podejścia do pacjentów z chorobami somatycznymi, jak również skupiająca się na pracy psychoanalitycznej z pacjentami onkologicznymi, jest ograniczona. Psychoterapia psychoanalityczna może być jednym z narzędzi, które pomogą pacjentom radzić sobie z trudnościami, z jakimi stoją w obliczu choroby, ale też pozwala na lepsze i bardziej świadome życie po chorobie. Celem artykułu jest zaprezentowanie wybranych obszarów pracy terapeutycznej z pacjentem onkologicznym na przykładzie klinicznym. W artykule przedstawiono, w jaki sposób terapia skupiająca się na eksploracji nieświadomości pacjentów może wpłynąć na proces leczenia. Zwrócono uwagę na zaprzeczony w obliczu choroby lęk przed śmiercią.

Summary

In Poland psychoanalytic psychotherapy is offered to cancer patients relatively rarely. Factors contributing to this situation involve time constraints in providing therapeutic procedures in the health care system, wider access to other forms of support and characteristics of work with people suffering from somatic disorders. Literature referring to the psychoanalytic approach towards the patients with somatic disorders and psychoanalytic therapy for oncology patients is limited in Poland and worldwide. Psychoanalytic psychotherapy may not only serve as a tool helping patients to cope with the difficulties that they face fighting the disease but also enables them to live a better and more mindful life afterwards. The aim of the article is to present selected areas of therapeutic work conducted in a sample cancer patient undergoing clinical treatment. The article shows the way in which therapy focused on the exploration of patients' unconsciousness may influence the clinical treatment process.

Wprowadzenie

Choroby onkologiczne stanowią obecnie jedno z największych wyzwań zdrowotnych w Polsce i na całym świecie. Według Światowej Organizacji Zdrowia [1] nowotwory złośliwe są jedną z najczęstszych przyczyn śmierci. Diagnoza nowotworu to moment, który nie tylko wstrząsa życiem pacjenta, ale także jego rodziną oraz otoczeniem społecznym. Stanowi punkt zwrotny, który często prowadzi do głębokiego kryzysu emocjonalnego i psychicznego [2]. Wydaje się pewne, że doświadczenie choroby wywołuje u większości ludzi najgłębsze lęki o własne życie, a zagrożenie śmiercią bywa w tej sytuacji realne. Pojęcie śmierci zapisuje się w świecie wewnętrznym każdego człowieka w postaci psychotycznej katastrofy, dlatego jest to trudny obszar do konceptualizacji, zaś pacjent ma ograniczoną tolerancję tej tematyki. W skrajnej postaci lęk przed śmiercią może przywoływać to samo bezimienne przerażenie, które ogarnia pacjentów psychotycznych w momentach utraty psychicznej spójności [3].

Można postawić pytanie, co dzieje się z pacjentem, jeśli nigdy nie dochodzi u niego do świadomej konfrontacji z lękami egzystencjalnymi lub — inaczej ujmując — co dzieje się z pacjentem, jeśli kruchość istnienia pozostaje w cieniu zaprzeczenia i wyparcia. Stawiam hipotezę, że u pacjentów chorujących onkologicznie, u których na żadnym etapie leczenia nie wybrzmiewa lęk przed śmiercią, rozpoczyna się ciche poddanie się śmierci prowadzące do wycofania popędu życia i nierzadko rozegrania autodestrukcji w działaniu.

Lęk przed śmiercią i mechanizmy obronne

Freud [4] wyodrębnił pięć głównych rodzajów lęków, w tym lęk przed unicestwieniem, który jest szczególnie istotny w kontekście pracy z pacjentami chorymi onkologicznie. Winnicott twierdził, że choroba reaktywuje pierwotne przerażenie przed rozpadem self, które jest bliskie odczuciu nicości [3]. Lęk w ujęciu analitycznym jest reakcją na niebezpieczeństwo i na zakłócenia spowodowane wzrostem ładunku popędowego (zewnętrznego lub wewnętrznego pobudzenia), który nie może być przetworzony psychicznie oraz przekształcony w libido, co obciąża aparat psychiczny [5]. Ten pierwotny, ekonomiczny wymiar lęku jest bliski pojęciu traumy i wydaje się trafnie ukazywać sytuację pacjentów onkologicznych w sytuacji, kiedy ilość i intensywność ich emocji staje się dla nich samych przytłaczająca, a jednocześnie trudna do zrozumienia lub zaakceptowania [6].

Do podstawowych działań ego należy obrona przed lękiem [7]. Niektóre mechanizmy obronne mogą być przystosowawcze, pomocne i mobilizujące w procesie leczenia onkologicznego, a niektóre mogą działać destrukcyjnie [8]. Wczesne wykrycie nieprzystosowawczego funkcjonowania obronnego może sprzyjać odpowiedniej interwencji psychoterapeutycznej i zapobiegać pogorszeniu się choroby.

Istnieje wiele badań na temat stosowania mechanizmów obronnych przez pacjentów chorych onkologicznie. W jednym z nich wykazano, że dojrzałe mechanizmy obronne są ujemnie skorelowane z depresją, podczas gdy w przypadku mechanizmów bardziej niedojrzałych [9] jest odwrotnie. Ponadto prymitywne mechanizmy obronne korelują dodatnio w sposób znaczący z niższym poziomem jakości życia u pacjentów z rakiem [10]. Istnieją również dowody, że stosowanie dojrzałych mechanizmów obronnych u pacjentek z rakiem piersi wiązało się ze znacznie wyższym prawdopodobieństwem ich przeżycia [11].

Jednym z najczęstszych mechanizmów obronnych obserwowanych u pacjentów z chorobą nowotworową jest zaprzeczanie. Mechanizm ten jest często pierwszą reakcją pacjentów na wiadomość o nowotworze. Chorzy ci wydają się radzić sobie dobrze, odrzucając lub umniejszając znaczenie przekazywanych im informacji, a w niektórych przypadkach nawet zaprzeczając wiedzy o diagnozie. Może to być powodem opóźnienia w poszukiwaniu leczenia i gorszego przestrzegania zaleceń medycznych [12]. I choć zaobserwowano, że świadomość śmierci u osób z zaawansowaną chorobą może współistnieć z silną wolą życia [13], istnieją badania mówiące o tym, że zaprzeczenie może mieć również wymiar adaptacyjny. Jak wykazano, ta forma obrony ego jest związana z lepszym zdrowiem fizycznym i psychicznym, koreluje z pozytywną jakością życia, a także z niższym poziomem lęku i mniejszą liczbą dodatkowych wizyt ambulatoryjnych [12]. Autorzy zwracają jednak uwagę, że wyniki te uzyskano na podstawie samoopisu pacjentów. Ponieważ mechanizm zaprzeczania pozwala choremu na niedostrzeganie pewnego aspektu rzeczywistości, indywidualne postrzeganie choroby może powodować jedynie pozorny wzrost jakości życia. U pacjentów z rakiem stawianie czoła nieprzyjemnym uczuciom, a nie unikanie ich, jak obserwują inni badacze, wiąże się z lepszym samopoczuciem [14]. Pacjenci, którzy tłumią traumatyczne doświadczenie diagnozy, czują się gorzej somatycznie, a wypartej traumie spowodowanej informacją o zachorowaniu mogą towarzyszyć również objawy konwersyjne, które prowadzą do większego upośledzenia sprawności fizycznej [15]. Zaobserwowano, że konfrontacja ze śmiercią w sposób akceptujący, w przeciwieństwie do stosowania mechanizmów obronnych opartych na unikaniu, wydaje się związana z niższym poziomem lęku i niepokoju egzystencjalnego, podczas gdy zaprzeczanie i unikanie są związane z niedostosowaniem psychicznym i utratą sensu życia [16].

W pracy z pacjentami onkologicznymi każdy mechanizm obronny powinniśmy rozpatrywać pod kątem jego adaptacyjnej funkcji z uwzględnieniem etapu leczenia i zaawansowania choroby. Regresja u nieuleczalnie chorych jest pomocna klinicznie i można do niej zachęcać, podczas gdy regresja u pacjentów w remisji może być konfrontowana i kwestionowana. Podobnie rozszczepienie i zaprzeczenie w sytuacji leczenia osoby bliskiej śmierci pozwala na tworzenie fantazji o nieśmiertelności poprzez rozdzielenie ja psychicznego od ja cielesnego, co pomaga radzić sobie z przerażeniem. Wspieranie mechanizmów zaprzeczenia śmierci i rozszczepienia w tej szczególnej sytuacji bardziej służy pacjentowi i stoi w obronie jakości życia [17].

U chorych onkologicznie, nawet tych dobrze rokujących, jest wiele sytuacji wywołujących lęk lub przerażenie. Każde badanie laboratoryjne niesie ze sobą obawy przed potencjalnym zagrożeniem oraz wytrąca chorego z równowagi emocjonalnej, dopóki nie potwierdzi się brak nowych zmian czy zmniejszenie guza [18]. Nawet wtedy, gdy leczenie przebiega zgodnie z planem i ma pomyślne rokowania, pacjenci mierzą się ze skutkami ubocznymi procedur medycznych i leczenia oraz z niepewnością o przyszłość. Obezwładniający lęk może wystąpić lub nasilić się pod wpływem aktywnego leczenia (chemioterapii, radioterapii, hormonoterapii i immunoterapii). Nierzadko choremu towarzyszy w tym okresie ból, zmęczenie i zaburzenia snu. Ból ciała jest doświadczeniem psychosomatycznym, odczuwanym subiektywnie i wieloobszarowo [19]. A to, w jaki sposób pacjenci go odczuwają, może być związane z reprezentacją cielesną self.

Obraz ciała i self cielesne

W rozważaniach na temat pracy terapeutycznej z osobami chorującymi onkologicznie, nie da się pominąć aspektu ciała. Alessandra Lemma [20] kieruje się przekonaniem, że posiadanie ciała kształtuje umysł. Swoją tezę opiera na cytacie z Freuda: „Ego ma przede wszystkim charakter cielesny, jest ono nie tylko istotą powierzchniową, lecz wręcz projekcją powierzchni ciała” [20, str. 35] Oznacza to, że najbardziej pierwotną formą reprezentacji siebie jest reprezentacja cielesna. Obraz ciała powstaje dzięki działaniu mechanizmów projekcyjnych i introjekcyjnych. Ma funkcję obsady libidinalnej i jest zapośredniczone przez relacje z obiektem. Self cielesne zapewnia bazę do budowania tożsamości. Jednocześnie mechanizm ten działa w przeciwnym kierunku, tzn. tożsamość ulega zmianie pod wpływem zmian cielesnych.

Obraz ciała kształtuje się na przestrzeni życia. Sposób traktowania ciała, jak również reakcje na zmiany w ciele, które są nieodłącznym elementem choroby onkologicznej, mogą odzwierciedlać zatem jakość najwcześniejszych identyfikacji i relacji z obiektami. Ciało nie jest w stanie oszukiwać i na dłuższą metę przypomina o ludzkiej śmiertelności. Ślady po operacjach są widoczne w lustrze, a konsekwencje w postaci pogorszenia funkcjonowania dotkniętych chorobą i leczeniem narządów jest odczuwane na co dzień. To, jak człowiek radzi sobie z tymi zmianami, może zależeć od różnych elementów wewnątrzpsychicznych między innymi od proporcji popędu życia i popędu śmierci.

Popęd życia vs popęd śmierci, los vs popęd przeznaczenia

Melania Klein [21] uznała, że stałym elementem życia psychicznego jest walka popędu życia i śmierci, a lęk przed unicestwieniem jest pod spodem wszelkich lęków. W swoich rozważaniach zwróciła uwagę na trzy podstawowe założenia, które odnoszą się do życia psychicznego każdego człowieka: o wszechobecności nieświadomej fantazji, o wrodzonej zdolności niemowlęcia do nawiązywania relacji z obiektami oraz o dualności instynktów życia i śmierci. Na tej podstawie wyodrębniła dwie elementarne struktury psychiczne, które pojawiają się we wczesnym dzieciństwie i utrzymują przez całe życie: pozycja paranooidalno-schizoidalna oraz pozycja depresyjna. Każda z tych pozycji oddaje pewną postawę psychiczną i zawiera charakterystyczne dla siebie lęki, mechanizmy obronne oraz rodzaje

relacji z obiektem. W przeciwieństwie do Freuda, Klein wierzyła w istnienie reprezentacji śmierci i zrównywała ją z reprezentacją złych i prześladowających obiektów. Uważała, że strach przed śmiercią nasila się, gdy przeżywany jest jako atak wrogich obiektów, albo gdy dominuje lęk depresyjny zakłócający odbiór dobrych obiektów wewnętrznych. U niektórych pacjentów w trakcie leczenia w szczególnych momentach popęd śmierci zaczyna dominować nad popędem życia.

Christopher Bollas [22] podstawił pojęcie idiomu w miejsce popędów. Choć nie wyklucza, że popędy somatyczne cały czas działają na umysł, a id domaga się wyrażenia, to jednak zakłada, że ponad popędami stoi idiom naszej osobowości, niepowtarzalny byt, unikalny potencjał osobowościowy. Wprowadził pomocne rozróżnienie losu od popędu przeznaczenia, które wydaje się ważne w rozumieniu pacjentów onkologicznych. Osoby, które czują się skazane na swój los, nie mają poczucia wpływu na bieg wydarzeń własnego życia. Teraźniejszość wydaje im się zbyt przytłaczająca, a zatem nie ma w nich pragnienia przyszłości. Wersje przyszłości podlegają wyparciu, podobnie jak bolesne doświadczenia z przeszłości. Natomiast osoby mające poczucie przeznaczenia wypełniają warunki wewnętrznego idiomu za pośrednictwem obiektów i doświadczeń, a ich wizje przyszłości stanowią różne drogi potencjałów.

Zdarza się, że osoby chorujące onkologicznie przestają mieć wizje własnej przyszłości, czują się przegrane i skazane na ciężki los. Mierzą się ze stratą części self i przeżywają żalobę po tym, co mogło być, a czego już nie będzie. Nierzadko pojawia się wtedy przeszywający ból i gniew, a leczenie może być odbierane nie w kategoriach wsparcia i pomocy, tylko jako rodzaj opresyjności.

Reakcje oraz sposoby radzenia sobie z chorobą są ponadto uwarunkowane takimi czynnikami, jak: typ osobowości, płeć, problemy psychiczne w przeszłości, obecna sytuacja życiowa, indywidualne rozumienie choroby, wiedza o rokowaniu i metodach leczenia, przeszłe doświadczenia z chorobą onkologiczną [23]. Niezależnie od tego, który czynnik przeważa, dla wielu pacjentów moment otrzymania diagnozy jest momentem szczególnie trudnym, który może powodować chęć zgłoszenia się po pomoc, wsparcie lub psychoterapię.

Kluczową tezę w podejściu psychoanalitycznym jest uznanie, że przeżycia traumatyczne na pewno obudzą przytłumione cierpienia i konflikty z dzieciństwa. Często okazuje się, że zrozumienie teraźniejszości pacjenta bez odwoływania się do jego przeszłości może przynieść jedynie chwilowe wyciszenie skutków traumy [6].

Metoda

Zastosowanie psychoterapii zorientowanej analitycznie miało na celu zbadanie wewnętrznych struktur aparatu psychicznego pacjenta oraz rozpoznanie jego pierwotnych obiektów wewnętrznych i przeszłych doświadczeń życiowych w celu ustalenia wpływu choroby onkologicznej na zaburzenia adaptacyjne pacjenta oraz wpływu wczesnych doświadczeń i deficytów na sposób przeżywania choroby. Celem studium przypadku jest ukazanie procesu przejścia od zaprzeczenia lękowi przed śmiercią i stopniowego wycofywania popędu życia ku odzyskiwaniu sprawczości i chęci do życia.

Procedura badawcza

Pacjent był konsultowany w poradni psychoonkologii, a następnie uczęszczał tam na psychoterapię raz w tygodniu przez ponad rok. W okresie aktywnego leczenia (radio-terapia) z powodu złego samopoczucia psychofizycznego pacjenta sesje odbywały się telefonicznie. Po roku od zakończenia terapii, po otrzymaniu kolejnej diagnozy pacjent zgłosił się do gabinetu prywatnego w celu kontynuowania terapii. Psychoterapia odbywała się 2–3 razy w tygodniu i trwała 4 lata. Zarówno leczenie na oddziałach szpitalnych, jak i systematyczne sesje terapeutyczne tworzyły powierzchnię projekcyjną dla reprezentacji obiektów rodzicielskich i wzbudzały proces przeniesienia, który był poddawany analizie. Przed konsultacjami zapoznano się z historią choroby pacjenta, a następnie poszerzano materiał kliniczny na sesjach analitycznych.

Tabela 1. Źródła i zmienne wykorzystane w procedurze terapeutycznej

Źródła	Zmienne
Dane z dokumentacji medycznej pacjenta dostępne w rejestrze szpitalnym z hospitalizacji, poradni onkologicznej oraz poradni zdrowia psychicznego.	Rozpoznanie, rokowania, podjęte działania medyczne, opinia personelu medycznego, opinia psychiatry, stosowana farmakoterapia zlecona przez lekarza onkologa i lekarza psychiatrę.
Dane z psychoterapii indywidualnej. Analiza nieświadomych fantazji, wewnętrznych relacji z obiektami, przymusu powtarzania, mechanizmów obronnych przeniesienia, przeciwprzeniesienia.	Mysli, fantazje, uczucia, przekonania.

Pacjent — Pan B.

Okoliczności podjęcia terapii

Pan B. to mężczyzna 45-letni skierowany do psychoterapii przez lekarza onkologa celem uzyskania pomocy w stanach depresyjnych wynikających z choroby. Sam pacjent w odmienny sposób określał zakres swoich problemów. Właściwie nie wiedział, czego może potrzebować od psychoterapeuty. Jedyne, czego chciał, to szybko poprawić swój status materialny i odzyskać sprawność ciała: „Gdyby nie fakt, że straciłem znaczną część pieniędzy na leczenie, nie miałbym po co przychodzić do terapeuty”, „Moja depresja wiąże się jedynie z tym, że muszę obniżyć standard swojego życia”.

Ponad rok przed zgłoszeniem pan B. był leczony na nowotwór prostaty. Leczenie to przyniosło remisję zmian. Kiedy pacjent otrzymał kolejną diagnozę — nowotworu jelita grubego o miernym rokowaniu — popadł w depresję, cierpiał na napady złości, przygnębienia oraz zaburzenia snu. Psychiatra rozpoznał u pacjenta zaburzenia adaptacyjne (F43.2).

Dane z obserwacji i wywiadu

W trakcie pierwszej konsultacji można było zauważyć, że pan B. jest mężczyzną bardzo dbającym o obraz swojego ciała (wygląd i siłę). Był starannie i modnie ubrany tak,

aby strój podkreślał jego wyrzeźbione mięśnie. Przedstawił się jako osoba, która utraciła znaczną część swojego statusu życiowego i materialnego w wyniku walki z nowotworami. Choć nadal dobrze funkcjonował zawodowo, koncentrował się głównie na sprawach finansowych. Umieszczając znaczący ładunek emocjonalny w dobrach materialnych oraz pogorszonej sprawności fizycznej, odwracał uwagę od lęków związanych z chorobą. Relacjonował zabiegi medyczne i ich cielesne konsekwencje w odcięciu od emocji, a także w przekonaniu, że to tylko „chwilowe problemy”. W proces terapeutyczny pacjent był aktywnie zaangażowany.

Pan B. pochodził z ubogiej rodziny. Był jedynym dzieckiem bardzo młodych rodziców, którzy nie poświęcali mu zbyt wiele czasu. Pracowali ciężko, a pacjent pozostawał często sam lub był oddawany pod opiekę sąsiadom. Ponadto, między dziadkami a rodzicami pacjenta istniał konflikt, który doprowadził do rozpadu rodziny, gdy miał on zaledwie 8 lat. Rodzice rozeszli się, ojciec wyjechał za granicę i widywał syna sporadycznie. Zarówno ojca, jak i matkę pacjent przeżywał jako niezainteresowanych jego losami we wczesnym dzieciństwie. W odczuciu pacjenta związek rodziców rozpadł się z powodu trudności finansowych, a także niegotowości rodzicielskiej. Zgodnie z przekazem rodzinnym pacjent ulokował poczucie własnej wartości w pieniądzu i dobrach materialnych. Chcąc zapobiec kolejnym rozpadom w nieświadomej identyfikacji, pacjent żył przez całe dorosłe życie skupiony na wzbogacaniu się, jakby to miało uratować go przed rozpadem psychicznym. Szybko nauczył się przedsiębiorczości i zaradności, a także wypełnił lukę po deficytach związanych z bliskością, wiążąc się z licznymi kobietami.

W trakcie terapii

W toku pierwszego roku terapii pan B. zrozumiał, że w relacjach damsko-męskich powtarzał wzorce podobne do tych związanych z rodzicami. Wiązał się z kobietami na wzór matki, potrzebującymi pomocy (zwłaszcza materialnej). Wchodził w rolę wybawcy i bohatera, aby później przeżywać ogromne rozczarowanie i poczucie wykorzystania. Z żalem opowiadał o tym, jak bardzo inwestował w związki z kobietami, „oddawał im wszystko”, a po jakimś czasie okazywało się, że one są z nim „tylko dla pieniędzy”. Zrównywał pieniądze i seks z poczuciem miłości i bezpieczeństwa i w sposób dewaluujący wypowiadał się o płci przeciwnej, uważając, że „kobiety łatwo da się kupić”. Terapeutkę również próbował obdarowywać prezentami i był bardzo rozczarowany oraz zawiedziony tym, że ich nie przyjmuje. Bańka, jaką pacjent otoczył się, aby utrzymać fałszywe self, być może utrzymywałyby się nadal, gdyby nie fakt, że w wyniku radioterapii po leczeniu raka prostaty stracił potencję. Od tej pory nie był w stanie znieść narcystycznego upokorzenia z powodu utraty sprawności tak ważnego organu — penisa. W tamtym momencie pacjent nie wiedział, czy utrata jest czasowa czy stała. Poczucie wszechmocy, chroniące go przed bólem, rozpaczą i kruchością, a które zapewniał sobie seksem i pieniędzmi, nagle utracił. I to spowodowało załamanie psychiczne.

Sesja X

W trakcie kolejnego roku terapii, po przerwie wakacyjnej pacjent pojawił się na sesji zrozpaczony i zły. Jego suczka (yorkshire terier) zachorowała i była bliska śmierci. „Jak pani mogła mnie tak zostawić? Moja Y umiera, a pani wyjechała. Ja się angażuję, a pani ma czas wyjeżdżać na wakacje!” — krzyczał pacjent. Poczucie opuszczenia przez terapeutkę aktywowało uczucia opuszczenia przez ważne obiekty w jego życiu, zarówno przez rodziców, jak i przez kobiety, z którymi się wiązał. Spowodowało to regres do poziomu omnipotentnej kontroli i rozpaczliwą próbę ratowania psa za wszelką cenę. „Nie mogę pozwolić jej (succe) umrzeć” — powtarzał. Był przekonany, że może uratować zwierzę, wbrew opinii weterynarzy. Leczenie farmakologiczne nie pomagało psu, guzy nie były operacyjne. Pan B. jednak nie mógł pogodzić się z utratą towarzyszkę życia i nie pozwalał na jej uśpienie. Wydawał bezskutecznie sporą część pieniędzy na bioenergoterapeutów, szamanów, behawiorystów. „Nie mogę pozwolić, żeby leżała tam sama w zimnej ziemi”. Wszelkie próby interpretacji ze strony terapeutki, dotyczące niechęci pacjenta do zobaczenia rzeczywistości taką, jaka jest, były przez niego odbierane jako „stanie przeciwko niemu”. Omawianie sytuacji życiowej i wcześniejszych strat, a także empatyzowanie z nim w trudnej sytuacji nie przynosiło pacjentowi ukojenia. W przeciwprzeniesieniu terapeutka odczuwała unieruchamiającą bezsilność, która była w opozycji do maniakałnych działań pana B. mających na celu ratowanie życia suczki. Czowała, że pacjent się od niej oddala, nie przyjmuje interpretacji, a także nasunęła się jej myśl, że pacjent wkrótce zakończy terapię, bo „umrze z rozpacz”. Zaczęła zastanawiać się: Dlaczego właściwie pacjent miałby umrzeć? Pomyślała, że pan B. od dawna nie wspominał o swoim leczeniu i zdrowiu, za to bardzo dokładnie opisywał leczenie psa i intensywnie je przeżywał. W końcu zapytała: „Jest pan od tygodni pogrążony w rozpacz i lęku przed utratą suczki. Usiłuje pan ratować życie towarzyszkę za wszelką cenę. Zastanawiam się, czy z podobnym zaangażowaniem próbuje pan uratować również swoje życie?”.

„Moje życie? Czym ono będzie bez mojej Y” — powiedział pacjent, a następnie ujawnił, że miał wyznaczony termin operacji usunięcia nowotworu jelita, ale zdecydował się zrezygnować z dalszego leczenia. Było to jeszcze zanim okazało się, że nie ma już ratunku dla psa. Podczas gdy pragnienie życia pacjent umieścił w zwierzęciu, on sam na jakimś poziomie chciał umrzeć. „Postanowiłem nie poddać się operacji. Nie chce mi się znowu być w szpitalu i przechodzić kolejnej gehenny”. Następnie opisał sen: „Uciekałem przed zionącą ogniem hieną z trzema głowami, gdy zorientowałem się, że jedynym ratunkiem jest skoczyć w przepaść. A następnie skoczyłem i dłuuuugo spadałem”. Sen ten mógł reprezentować agresywne i wyparte części pana B., pacjent jednak skojarzył hienę z rakiem, który go „goni”, ma trzy głowy — trzy rodzaje nowotworów. Dalsza analiza wykazała, że na nieświadomym poziomie dążył do śmierci. Przez cały dotychczasowy proces terapii pacjent nie mówił o lęku przed śmiercią, negował też myśli samobójcze. Siły destrukcyjne jednak pchały go w mroczną przepaść.

Kontynuacja terapii

Gdy pan B. zdał sobie sprawę, że odmawiając leczenia, traci życie, można było rozmawiać nie tylko o lęku przed życiem z niepełnosprawnością i deficytami w obrębie cielesności, ale także o tym, co dla niego oznacza śmierć. Na jednej z kolejnych sesji pacjent powiedział: „Śmierć kojarzy mi się z pustką, nicością i przesywającym zimnem”. Następnie skojarzył ten obraz ze wspomnieniem z dzieciństwa, w którym jako mały chłopiec czekał długo i samotnie na rodziców. „Było to mieszkanie na parterze, ciemno i zimno jak w piwnicy. Nie pamiętam uczuć. Ale pamiętam, że jak w końcu matka wróciła, to przestraszyła się, że przemarzłem na sople lodu. Byłem chyba tak znieruchomiał, że pomimo zimna nie przyszło mi do głowy, aby się ubrać. A może wcale nie czułem nawet zimna. Siedziałem w bezruchu na podłodze i wpatrywałem się w drzwi. Wydawało mi się, że trwa to wieczność”.

Pacjent rozumiał, że od najwcześniejszych lat nauczył się odcinać od uczuć i zdał sobie sprawę z tego, że zarówno w opisaney sytuacji, jak i w wielu innych przytaczanych później doświadczał paraliżującego lęku przed śmiercią, a nawet czuł, że jakieś części w nim wtedy umierały. Głęboko wyparte uczucia budziły się stopniowo wraz z trwaniem analizy i bliskim doświadczeniem realnej śmierci. Był przerażony myślą o tym, że w czasie umierania „nic od niego nie zależy”, że „śmierć przychodzi, kiedy chce”, jak ta matka, na którą czekał i której obecności nie mógł przewidzieć. Natomiast proces umierania widział, jak „najgorszy rozrywający zimnem ból”. W pewien sposób pacjent chciał przejąć nad śmiercią kontrolę, odmawiając leczenia. Z innej strony, postępując w ten sposób atakował siebie, zintrojektowane obiekty wewnętrzne, swoje życie. Zrozumienie własnych nieświadomych motywów pomogło pacjentowi zintegrować ukryte i niechciane części i zdecydować się na kontynuowanie leczenia onkologicznego.

Kiedy pacjent zaczął rozmawiać o wyobrażeniach i uczuciach na temat kończenia życia, zaczął również doświadczać głębokiego smutku wynikającego z poczucia, że nic po nim nie zostanie, „bo nie ma żadnych spektakularnych sukcesów, nie ma rodziny ani dzieci”.

Przepracowywanie tematyki umierania i śmierci oraz omawianie różnych strat ułatwiło przejście do kolejnego etapu leczenia, którego celem stało się wzmocnienie pragnienia życia poprzez mobilizację zdrowych narcystycznych kateksji. Stopniowo ułatwiały one odzyskiwanie poczucia własnej sprawczości i przyjemności z życia. Pacjent zaczął czerpać większą satysfakcję z relacji z ludźmi oraz zaangażował się w nowe aktywności. Poszukiwał nowego znaczenia i sensu dla dotychczasowego życia, ale też zaczął tworzyć nowe wizje i nowe wyobrażenia przyszłości. Zaczął też lepiej znosić oczekiwanie i niepewność wpisane w proces leczenia onkologicznego.

Wnioski

Lęk odczuwany w obliczu zagrożenia śmiercią, jeśli nie jest obezwładniający, dowodzi obecności w człowieku takich sił, które umożliwiają dostrzeganie wartości życia. Lęk przed śmiercią pozwala zatem komunikować chęć uzyskania pomocy, ale też poprawia jakość życia [18]. Teoria Biona [8] o pomieszczającym–pomieszczanym pomaga wyjaśnić, jak ludzie mogą nadawać znaczenie doświadczeniom emocjonalnym i myśleć o nich poprzez

rozwój aparatu umysłowego, który jest budowany w najwcześniejszym niemowlęctwie lub w czasie terapii. Proces przekształcania trudnych do zniesienia przez pacjenta doznań, komunikowanych poprzez identyfikację projekcyjną w coś, o czym można myśleć i co można tolerować, był widoczny w pracy z panem B. Identyfikacja projekcyjna w tym ujęciu odpowiada nieświadomej fantazji, w której aspekty jaźni znajdują się w innych obiektach [24]. Stan umysłu pana B. zarówno na początku terapii, jak i na późniejszych jej etapach, był zdominowany przez procesy rozszczepienia i projekcji charakterystyczne dla pozycji schizoidalno-paranoidalnej [22]. Lękowi prześladowczemu towarzyszyła frustracja i złość na lekarzy, opiekę medyczną, służbę zdrowia i — jak w opisanym przykładzie — na terapeutkę. Życie wewnętrzne chorego zaludniały wrogie obiekty, a licznym projekjom towarzyszyło poczucie pustki. Omawianie historii życia pacjenta i jego wcześniejszych zranień nie przynosiło efektu, a pacjent nie mógł wejść w pozycję depresyjną do momentu, w którym została rozpoznana identyfikacja projekcyjna. Dzięki uznaniu przez terapeutkę jej komunikacyjnej i ewakuacyjnej funkcji, można było omawiać z pacjentem uczucia związane z poddaniem się śmierci. Interpretacja rozszczepionych uczuć i projekcji w zwierzę pomogła pacjentowi szerzej zauważyć bolesną rzeczywistość i powrócić do myślenia o sobie. Zaprzeczenie własnej śmiertelności, które na pewnym etapie służyło do radzenia sobie z uczuciami przerażenia kształtem własnego życia w obliczu choroby, na dalszym etapie było destrukcyjne i wymagało interwencji terapeutycznej. Co było zgodne ze słowami Strakera [17], że mechanizmy obronne powinny być oceniane pod kątem ich adaptacyjnej funkcji. Gdy strach przed śmiercią był omawiany stał się mniej toksyczny i przerażający. Pacjent mógł przyjąć z powrotem do siebie części „ku życiu” i dzięki temu zdecydował się kontynuować leczenie onkologiczne. Pojawiło się miejsce na uczucia związane z żałobą po psie, ale też po utraconych częściach self i dotychczasowym życiu.

Podsumowanie

Tematyka śmiertelności i umierania jest wpisana w pracę z osobami chorującymi onkologicznie. Pojawia się w pracy z pacjentem na poziomie świadomym lub nieświadomym, w formie bezpośredniej lub — tak jak w przykładzie — w zakamuflowany sposób. Dzieje się tak nie dlatego, że choroba onkologiczna jest uważana za chorobę śmiertelną, ale dlatego, że w obliczu choroby uaktywniają się najgłębsze i najbardziej pierwotne lęki. Konfrontacja z tymi lękami wpływa natomiast świadomie lub nie na myśli i uczucia terapeuty oraz na sposób jego pracy. Czasami możemy być w zмовie z pacjentami, wycofując się z bezpośredniej rozmowy o śmierci, jak sugerował Freud, uznając, że pacjenci wierzą we własną nieśmiertelność. Jednak wydaje się szczególnie ważne, aby pacjenci stojący w obliczu śmierci rzeczywistej lub wyobraźniowej, bliskiej lub odległej, mogli o niej rozmawiać w odpowiednim dla siebie momencie. Inaczej gorę może wziąć rezygnacja i wycofanie z życia.

Terapia analityczna pana B. była trwającym cztery lata procesem, który przyniósł znaczącą transformację w funkcjonowaniu pacjenta. W ciągu tego czasu chory musiał stawić czoła głębokim lękom związanym z życiem i śmiertelnością. Nauczył się funkcjonować z własną niepełnosprawnością, chorobą i niepewnością o przyszłość. Znalazł inne

aktywności przynoszące mu radość i satysfakcję. Przeszedł od stanu głębokiej depresji i poczucia bezradności, i przerażenia do akceptacji swojej sytuacji życiowej. Stopniowo wypracowywał bardziej dojrzałe mechanizmy radzenia sobie od zaprzeczenia, omnipotentnej kontroli i rozszczepienia.

Charakter choroby onkologicznej, z uwzględnieniem jej poszczególnych faz oraz ich zmienności, w tym remisji, nawrotów, fazy terminalnej wymaga od terapeuty elastycznego podejścia. Psychoterapia psychoanalityczna okresowo może ustępować miejsca interwencji kryzysowej lub terapii wspierającej [17]. Jednak samo ograniczenie pracy z pacjentem do terapii wspierającej mogłoby nie przynieść tak daleko idących zmian. Przegląd literatury wskazuje, że diagnoza choroby onkologicznej stawia pacjentów w obliczu skomplikowanych wyzwań emocjonalnych. Skala reakcji uczuciowych może być przytłaczająca, a sposób radzenia sobie z nimi jest silnie uwarunkowany indywidualnymi cechami osobowości i wcześniejszymi doświadczeniami życiowymi. Terapia psychoanalityczna dostarcza narzędzi i perspektyw, które pomagają zrozumieć i wspierać pacjentów w procesie radzenia sobie z traumatycznymi przeżyciami i często obezwładniającym lękiem.

Piśmiennictwo

1. <https://www.who.int/>
2. Kosowicz M. Psychoonkologia — wybrane aspekty psychologiczne funkcjonowania w chorobie nowotworowej. W: Meder J, red. Podstawy onkologii klinicznej. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 2011, s. 237–244.
3. De Masi F. Kres istnienia. Psychoanalityczne rozważania o przemijalności. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2020.
4. Freud S. Histeria i lęk. Warszawa: KR; 2001.
5. Rappoport de Aisemberg E. Psychosomatics: the role of the unconscious phantasy. W: Aisenstein M, Rappoport de Aisemberg E, red. Psychosomatics today: a psychoanalytic perspective. London: Taylor & Francis Ltd; 2022, s. 104.
6. Garland C. Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2013.
7. Roth P. Pozycja paranoidalno-schizoidalna. W: Bronstein C, red. Teoria kleinowska: Perspektywa współczesna. Warszawa: Instytut Studiów Psychoanalitycznych im. Hanny Segal; 2015, s. 63–78.
8. Segal B. Psychoanalytic work on a teenage cancer ward. Psycho-analytic psychotherapy in South Africa 2013; 21(2): 105–122.
9. Marrazzo GL, Sideli L, Rizzo, Marinaro AM, Mulè A, Marrazzo A, La Cascia C, La Barbera D. Quality of life, alexithymia, and defence mechanisms in patients affected by breast cancer across different stages of illness. J. Psychopath. 2016; 22: 141–148.
10. Talepasand S. relationship between defense mechanisms and the quality of life in women with breast cancer. Int. J. Cancer Manag. 2018; e11116.
11. Weber R, Ehrenthal JC, Brock-Midding E, Halbach S, Würstlein R, Kowalski C, Ernstmann N. Defense mechanisms and repressive coping among male breast cancer patients. Front. Psychiatry 2021; 718076.
12. Di Giuseppe M, Ciacchini R, Micheloni T, Bertolucci I, Marchi L. Defense mechanisms in cancer patients: a systematic review. J. Psychosom. Res. 2018; 115: 76–86.

13. Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, Jones J, Shepherd FA, Moore M, Fruh M, Donner A, Gagliese L. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J. Pain Symptom Manag.* 2007; 33(6): 661–675.
14. Cordova MJ, Giese-Davis J, Golant M, Kronnenwetter C, Chang V, McFarlin S, Spiegel D. Mood disturbance in community cancer support groups: The role of emotional suppression and fighting spirit. *J. Psychosom. Res.* 2003; 55: 461–467.
15. Paika V, Almyroudi A, Tomenson B, Creed F, Kampletsas E.O, Sifaka V, Gkika S, Mavreas V, Pavlidis N, Hyphantis T. Personality variables are associated with colorectal cancer patients' quality of life independent of psychological distress and disease severity. *Psychooncol.* 2010; 19: 73–282.
16. Carreno DF, Eisenbeck N. Existential insights in cancer: meaning in life adaptability. *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 2022; 58(4): 461.
17. Straker N. Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J. Psychother. Pract. Res.* 1998; 7(1):1–9.
18. Straker N, Aronson J. MD. Facing cancer and the fear of death: A psychoanalytic perspective on treatment. Lanham, MD: Jason Aronson; 2013.
19. Walden-Gałuszko K. *Psychoonkologia w praktyce klinicznej.* Warszawa: PZWL; 2011.
20. Lemma A. *Ciało w umyśle. Rozważania o ciele w psychoanalizie i w programach telewizyjnych.* Warszawa: Ingenium; 2016.
21. Klein M. *Pisma. Zawiść i wdzięczność oraz inne prace z lat 1946–1963, tom III.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021.
22. Bollas Ch. *Siły przeznaczenia. Psychoanaliza a idiom ludzki.* Warszawa: Oficyna Ingenium; 2020.
23. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of psychooncology.* New York: Oxford University Press; 1989.
24. Bronstein C. *Psychosomatics: the role of unconscious phantasy.* W: Aisenstein M, Rappoport de Aisemberg E, red. *Psychosomatics today: a psychoanalytic perspective.* London: Taylor & Francis Ltd.; 2022, s. 68.

Adres: magda.olczyk1234@gmail.com

Katarzyna Szymańska

SPOŻYTKOWANIE ZASOBÓW PACJENTA W TERAPII ERICKSONOWSKIEJ

UTILIZATION OF PATIENT RESOURCES IN ERICKSONIAN THERAPY

Polski Instytut Ericksonowski

**Ericksonian hypnotherapy
resources in psychotherapy
strategy of utilization**

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie praktyki spożytkowania zasobów pacjenta jako podstawowej strategii w terapii ericksonowskiej. W pierwszej części artykułu pokazano sposoby rozumienia pojęcia zasobów w podejściu ericksonowskim, a także wykorzystywanie idei zasobów w innych szkołach terapeutycznych. W kolejnej jego części opisana została strategia spożytkowania na przykładzie przypadku krótkoterminowej terapii indywidualnej, obrazującego jej zastosowanie w praktyce. Pacjentem był 45-letni mężczyzna, cierpiący na zaburzenia adaptacyjne. Terapeutka stosowała hipnozę kliniczną uruchamiającą dostęp do potencjału i zasobów pacjenta. Wzbudzała ona stan hipnotyczny, kierując uwagę pacjenta do jego wnętrza tak, aby sam dokonywał poszukiwań, generował wspomnienia i wypełniał je własną treścią. Hipnotyczne metody komunikacji pozwoliły na wzmocnienie zdrowej części pacjenta obejmującej jego świadomą identyfikację z energią życiową i integrację wewnętrznie zdysocjowanych aspektów. Pacjent znalazł własne rozwiązanie problemu gwarantujące wyjście z katalepsji w kierunku ruchu rozwojowego.

W opisanym procesie terapii potwierdzone zostało doświadczenie autorki, że zmiana osiągnięta w indywidualnej pracy z pacjentem generuje ruch i transformację w jego systemie społecznym.

Summary

This article aims at presenting the rules for utilizing patient resources as a key strategy in Ericksonian psychotherapy. The concept of resource utilization under the Ericksonian approach and as defined by other schools of psychotherapy is outlined in the first part. Next, the strategy of resource utilization is explained and an individual short-term therapy case study, illustrating its practical application, is presented. The patient discussed in the case study was a 45-year-old man with adjustment disorders. Clinical hypnosis was used by the author to activate the patient's access to his inner potential and resources. Through the use of hypnotic communication methods, the healthy parts of the patient's personality were strengthened, including his ability to consciously identify his vital energy and integrate his internal, dissociated aspects. The patient discovered his own solution to the problem, gaining the opportunity to free himself from catalepsy and to proceed on a path of development. The described therapy process confirmed the author's experience that change achieved in individual work with the patient creates movement and transformation in his social system.

Wprowadzenie

Terapia ericksonowska jest zorientowana na rozwój [1]. Uwzględnia ona cykl życia człowieka — to, że życie jest procesem ciągłej zmiany, wymagającym adaptacji do nowych warunków i realizowania zadań rozwojowych na kolejnych etapach. Często pacjent przychodzi na terapię, ponieważ utknął i nie może wzrastać dalej: objawy zatrzymują go na wcześniejszym niż wiek metrykalny etapie rozwoju. Proces w terapii jest podporządkowany pytaniu: jak zainicjować zmiany, które doprowadzą do odzyskania zdrowia, lepszego życia i dobrostanu, i umożliwią pacjentowi przejście na kolejny etap rozwoju.

Terapeuta jest aktywny, bierze odpowiedzialność za proces zmian i prowadzi pacjenta w obranym kierunku, do celu. Od pierwszego spotkania terapeuta zasiewa ideę zmiany, kierując się głębokim przekonaniem, że zmiana jest możliwa w każdym wieku i okolicznościach. Terapeuta swoim zachowaniem i sugestiami, w oparciu o własną wewnętrzną, optymistyczną wizję świata, buduje nadzieję i kreuje pozytywne oczekiwanie w pacjencie, że terapia przyniesie pożądaną rezultaty [2].

Terapeuta poszukuje sposobów, dzięki którym może lepiej skorzystać z zasobów własnych i pacjenta, tak aby terapia była lżejsza i przeprowadzona w możliwie najkrótszym, czasie. Uwaga terapeuty jest nieustannie kierowana w stronę konkretnych zasobów. Istotą tego podejścia jest odkrywanie nowych możliwości i budzenie potencjału ukrytego w nieświadomości pacjenta [3].

W kolejnych krokach procesu terapeutycznego specjalista koncentruje uwagę pacjenta na rozwiązaniu problemu oraz szuka obszaru, w którym pacjent już je znalazł — pytając, kiedy pacjent czuje się dobrze; kto lub co dawało pacjentowi wsparcie; jakie trudności pokonał on w życiu; w jakich sferach jest wolny od problemu i co pomaga mu radzić sobie w chwili obecnej. Fundament ericksonowskiej filozofii leczenia stanowi szacunek dla umiejętności znajdowania przez pacjenta najlepszych dla siebie rozwiązań [4]. M.H. Erickson, z racji własnych doświadczeń związanych ze zmaganiem się z uciążliwością choroby, spowodowanej dwoma atakami polio, szczególną wartość przypisywał koncentrowaniu się na konstruktywnych i wspierających proces zdrowienia aspektach funkcjonowania człowieka. Dlatego jego terapię przenika postawa radości i afirmacji życia.

Pojęcie zasobów

Pojęcie „zasoby” zostało wprowadzone do psychoterapii na początku lat siedemdziesiątych XX wieku przez Milтона H. Ericksona, który wyraźnie posłużył się wtedy ideą zasobów i ich spożytkowania jako podstawowego czynnika leczącego w psychoterapii [5, 6]. W podejściu ericksonowskim pojęcie zasobów rozumiane jest w wieloraki sposób.

Stephen Gilligan podaje, że „zasobami jest wszystko, co pomaga dotrzeć do tego, co może być wspierające, co pomaga dotrzeć do źródeł wsparcia — doświadczenie troski czy miłości ze strony innych osób. Odwołuje się do samego znaczenia słowa: zasób (*resource*), które oznacza cokolwiek, co pozwala ci dotrzeć z powrotem do twojego źródła” [5, s. 348]. Według tego autora, pracując nad rozpoznaniem zasobów, terapeuta może rozpytywać pacjenta o osoby, które go wspierały i kochały (osoby żyjące lub nieżyjące, przyjaciele — realni bądź wyobrażeni, przodkowie, istoty duchowe, członkowie rodziny

czy nauczyciele), a także o sposoby odnajdywania poczucia wewnętrznego bezpieczeństwa lub kontaktu ze sobą samym lub wyobrażenia odnośnie do wszystkiego, co pomoże mu osiągnąć cele i terapeutyczną zmianę [5].

Klajs rozumie zasoby jako zestaw cech czy doświadczeń pacjenta, na których terapeuta będzie budował swoje interwencje i strategię terapeutyczną. Zgodnie z tą ideą za zasób uznaje się każde wewnętrzne doświadczenie pacjenta, które wydobyte i przypomniane na sesji, może doprowadzić do uelastycznienia jego zachowania (zwiększenia możliwości wyboru) w procesie terapii. „Mogą to być zdarzenia z odległej przeszłości, intensywne marzenia, pragnienia odnoszące się do przyszłości, poruszające doznania emocjonalne, wcześniejsze rozwiązania, doświadczenia powrotu do zdrowia lub zanikania objawu. Do zasobów należą też sytuacje wyjątkowe, te części doświadczenia pacjenta, jakie stanowią tło do problemu” [4, s. 288].

Zasoby mogą być odnalezione przez terapeutę w:

- indywidualnych jednostkach,
- systemie/systemach,
- w relacji terapeutycznej [5].

Za zasób indywidualny uważa się wszystkie doświadczenia z obecnego życia czy z przeszłości, do których pacjent odwołuje się na sesji, uznając je za ważne i wartościowe. Mogą to być własne cechy fizyczne (np. sprawność, uroda) czy psychiczne (wytrwałość, śmiałość, wiara w siebie), które pacjent sam ocenia pozytywnie i które w sobie ceni. Zasobem są wszystkie umiejętności pacjenta nabyte w procesie uczenia, w tym (niezmiernie cenne) są umiejętności społeczne. Za zasób uważa się obszar aktywności pacjenta wolny od objawów, ale też obszar tej aktywności, która pozwala osiągać sukcesy, realizować zamiłowania i pasje, spełniać się w bliskich związkach z ludźmi. Do zasobów należy doświadczenie pokonywania trudności, przezwyciężania kryzysów, wychodzenia z choroby i powrotu do zdrowia [5].

Dla Ericksona ważna była indywidualność i zasoby związane z unikalnością człowieka. „Pamiętaj, że jesteś kimś wyjątkowym. Jedyne, co musisz zrobić, to pozwolić innym zobaczyć, że taki jesteś” — mówił swoim uczniom [1, s. 17].

Zasoby systemowe to różnorodne aspekty funkcjonowania rodziny lub innego systemu społecznego pacjenta (np. szkoły, pracy), do których się odnosi terapeuta w terapii indywidualnej lub rodzinnej. Można wymienić przykładowo, że zasobem rodziny są dotychczasowe sposoby przezwyciężania kryzysów rozwojowych, status społeczny, potencjał emocjonalny, intelektualny, finansowy, wzorce odpowiedzialności i umiejętność dobrego pełnienia ról rodzinnych, trwałe, szczęśliwe związki małżeńskie, zestaw społecznych umiejętności i edukacja wyniesione z rodziny, poczucie emocjonalnej bliskości i możliwość otrzymania wsparcia w sytuacji trudnej oraz dziedzictwo kulturowe zawarte w przekazywanych z pokolenia na pokolenie narracjach, symbolach i systemie wartości.

W okresie pandemii okazało się, że niezmiernie ważnym zasobem systemowym, pozwalającym przetrwać sytuację zagrożenia życia, była sieć społecznego wsparcia pacjenta istniejąca poza systemem rodzinnym (przyjaciele, sąsiedzi, wolontariusze).

Jeśli chodzi o zasoby zawarte w relacji terapeutycznej jednym z ważnych zasobów jest zdolność pacjenta i terapeuty do współpracy. Terapeuta aktywnie szuka takich doświadczeń

w życiu pacjenta, które pozwolą mu później na zbudowanie relacji opartej na wspólnym dążeniu do określonego razem celu [4, 5].

Sposoby, w jakich pacjent doświadcza osoby terapeuty w trakcie sesji również mogą stanowić zasoby do spożytkowania w terapii.

Klajs podkreśla, że poszukiwanie przez terapeutę zasobów „zaraża” pacjenta przekonaniem o jego pełnowartościowości, przywraca mu siłę [4]. Kierując uwagę pacjenta na potencjał i możliwości, terapeuta przekazuje komunikat: „wierzę w ciebie”, „mam do ciebie zaufanie” (jest to korektywny przekaz dobrego rodzica). Przeglądając się w oczach terapeuty pacjent może uwewnętrznić pozytywny obiekt i zbudować zaufanie do siebie. W ten sposób doświadczenie terapii wzmacnia go, daje wiarę we własne możliwości, przywraca godność i poczucie sprawstwa. Samo w sobie staje się ono czynnikiem leczącym [4, s. 288].

Erickson szanował nieświadomość — zarówno pacjenta, jak i własną. Rozumiał ją jako magazyn mieszczący całość nabytych w ciągu życia doświadczeń i uważał ją za zasób (źródło kreatywności i potencjału). Erickson rozumiał także, że posługuje się ona często językiem symbolicznym. Wykorzystywał więc metaforę, analogie i symboliczne zadania jako cenne narzędzia w procesie terapeutycznym.

Działalność Ericksona wywarła istotny wpływ na rozwój nowych kierunków terapeutycznych opartych na założeniu, że terapia powinna koncentrować się na zasobach pacjenta, a nie na jego deficytach. Należy do nich m.in. nastawiona na rozwiązanie terapia krótkoterminowa [7, 8], programowanie neurolingwistyczne [9] i hipnoterapia [10, 13]. W wymienionych podejściach terapeuta jest skupiony na tym, jak znaleźć możliwości i zasoby w pacjencie, które pomogą mu zrealizować cele terapii lub jak te zasoby wspólnie budować.

Od czasów Ericksona idea zasobów stała się tak powszechnie znana i użyteczna, że znalazła zastosowanie w praktyce licznych szkół terapeutycznych. Najwyraźniej można to zaobserwować w obszarze psychoterapii pozytywnej, znajdującej swój fundament w psychologii pozytywnej (zainaugurowanej wykładem Martina Seligmana na forum Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1998 roku). Psychoterapia pozytywna zaleca koncentrowanie się na rozpoznawaniu i rozwijaniu ludzkich możliwości i zapewnianiu, tak sobie, jak i innym, dobrego życia [14]. W jej ramach powstały ważne dla rozumienia i działania w terapii koncepcje, takie jak salutogenetyczny model zdrowia, akcentujący procesualny charakter zdrowia oraz uzupełniający rozumienie zdrowia o jego aspekty pozytywne [15], czy teoria zachowania zasobów, objaśniająca reguły budowania i wykorzystywania różnorodnych źródeł własnej odporności na stres [16]. W pozytywnej psychoterapii nacisk położony jest na to, aby pacjent „mógł łatwiej i pełniej wykorzystać cnoty, które posiada, oraz aby rozwijał je w zgodzie z własną indywidualnością i warunkami, w jakich żyje” [14, s. 347]. Koncepcja rozwijania w terapii siły psychicznej pacjenta opiera się na założeniu o tzw. zachowanych zasobach, czyli zaobserwowanej w badaniach ludzi dotkniętych zdarzeniami traumatycznymi niepodatności na trudności życiowe. Terapeuta bada trzy rodzaje niepodatności na stres pacjenta: odporność (*resistance*), czyli stopień, w którym urazowe doświadczenia nie wpływają na jego aktualne funkcjonowanie, psychiczną sprężystość (*resilience*), polegającą na zdolności powracania do równowagi oraz przemianę (*reconfiguration*), której przykładem jest wzrost potraumatyczny [15].

Martin Seligman w swojej behawioralno-poznawczej koncepcji leczenia depresji zaproponował techniki zmiany stylu poznawczego, które sprzyjają rozwojowi optymistycznego stylu myślenia pacjenta. Wniósł on do praktyki terapii metody budowania nadziei jako niezbędnego atrybutu myślenia i zasobu umożliwiającego depresyjnemu pacjentowi odzyskanie zdrowia [17].

W podejściu somatopsychicznym SE, łączącym badania neuropsychologiczne z metodami terapeutycznymi skoncentrowanymi na ciele, wiele uwagi poświęca się odkrywaniu zasobów połączonych z odczuwaniem ciała. Jak zauważa Rothschild, pracując ze strauumatyzowanymi osobami należy „uwzględnić najlepsze i najbardziej uzdrawiające aspekty pamięci. Niemal wszyscy ludzie mają dobre wspomnienia. Często są one liczne i bogate w zasoby, które można kultywować i wykorzystywać w terażniejszości i które mogą być tak potężne, że będą stanowić antidotum na niepożądane skutki pamięci traumatycznej” [18, s. 170]. Autorka cytowanego wyżej fragmentu, powołując się na teorię markerów somatycznych Antonia Damasia, pisze dalej: „Pamięć jest powiązana z umysłem i ciałem poprzez markery somatyczne. Markery somatyczne dobrych wspomnień często są równie silne, jak te związane z urazem. Istnieją już metody leczenia traumy, które wykorzystują markery somatyczne pozytywnych wspomnień do minimalizacji stresu związanego z przepracowaniem pamięci traumy” [18, s. 171]. Należą do nich kotwice, stosowane także w NLP (Programowaniu Neurolingwistycznym) [9], oraz bezpieczne miejsce, wykorzystywane na przykład w EMDR (ang. *Eye Movement and Reprocessing*) [19].

Terapeuci TSE (Terapii Stanów Ego) zakładają, że osobowość złożona jest z części, które nazywają Stanami Ego. Wśród nich zasadniczą rolę w terapii odgrywają Stany Zasobowe, które pacjent rozwinął na drodze treningu i doświadczenia życiowego. Ich aktywizowanie jest niezbędnym elementem terapii prowadzącym do integracji zdysocjowanych części [20].

Terapia narracyjna polega na rekonstrukcji, a następnie przeformułowaniu historii życia, tak by lepiej pasowała do potrzeb, wartości i możliwości pacjenta. Zakłada się w niej, że ludzie posiadają liczne umiejętności i zasoby, które są w stanie wykorzystać w celu ograniczenia wpływu problemów na ich życie [21]. W systemowej terapii rodzin diagnozę zasobów rodziny i ich uwzględnianie w procesie uznaje się za niezbędny element terapii [22].

Spożytkowanie jako podstawowa strategia w terapii ericksonowskiej

Podstawową strategią podejścia ericksonowskiego jest spożytkowanie wszystkiego, co wnosi do terapii pacjent. Spożytkowanie to oznacza gotowość terapeuty do strategicznego reagowania na wszystko, co wiąże się z pacjentem lub środowiskiem, w jakim pacjent przebywa. Według Zeiga mieszczą się w tym „zarówno świadome i nieświadome wypowiedzi, wspomnienia, mocne strony, zdolności (lub słabości!), związki, awersje, emocje, właściwości systemu, środowiska i kultury pacjenta. Jeśli coś jest częścią życia pacjenta może się przydać w osiągnięciu celu terapeutycznego; jeśli pacjent wnosi to do terapii, być może jest to cenniejsze niż cokolwiek, co może zaproponować terapeuta” [23, s. 71].

Termin „spożytkowanie” (od angielskiego słowa *utilisation*) czasami bywa tłumaczony jako utylizacja. Podkreśla się wtedy, że terapeuta ericksonowski może wykorzystać do

pracy terapeutycznej nie tylko pozytywne doświadczenia pacjenta i jego zasoby, ale również te aspekty jego osoby, które powszechnie uważa się za szkodliwe, niepotrzebne czy niekorzystne, np. jękanie, niesprawność ruchową czy anatomiczne defekty [10].

J.K. Zeig przedstawia to w następujący sposób: „Strategia spożytkowania zakłada, że najlepsze techniki pochodzą nie od terapeuty, lecz od pacjenta. Niezależnie od tego, jaką technikę pacjent wykorzystuje, żeby wyprodukować objawy, terapeuta może zawsze użyć jej do promowania pożytecznego życia. Strategia spożytkowania głosi, że najlepiej jest nie naginać pacjenta do z góry obranej techniki; powinno się raczej dostosować terapię do indywidualnego przypadku” [24, s. 44].

Umiejętność wykorzystania strategii spożytkowania była u Ericksona legendarna. Najbardziej znany jest z tego, że wykorzystywał opór pacjenta wobec terapeuty do terapeutycznej zmiany, nie walcząc z nim, jeśli widział w nim wyraz symptomatycznego zachowania. Dążył raczej do tego, żeby wspierając pacjenta i dodając odwagi, uzyskać możliwość poprowadzenia pracy w określonym przez siebie kierunku [3].

Na bazie tego założenia Erickson wypracował nowatorskie, paradoksalne metody pracy z oporem: dostrajanie się i dawanie wyboru — kreowanie terapeutycznego podwójnego wiązania, przepisywanie objawu, wieloznaczne zadania. Wykorzystywał opór pacjenta do rozwiązania problemu lub do osiągnięcia indukcji transowej [6]. Jako terapeuta wykazywał się wielką elastycznością, przeciwstawiając się dominującym wtedy zasadom.

Erickson jako pierwszy odwiedzał domy oraz biura pacjentów towarzysząc im w miejscach, w których występowały u nich objawy. Wykorzystywał obiekty natury i otoczenie, w którym mieszkali, np. wysyłał pacjentów na wycieczkę do ogrodu botanicznego czy na górę Squaw Peak. Po raz pierwszy zastosował też humor w psychoterapii [23, 24].

Autorce artykułu przez wiele lat pracy z pacjentami nie zdarzyła się sytuacja, w której niemożliwe byłoby na sesji wydobyć zasobów. Nawet w przypadku osób trudnych, ciężko chorych i obciążonych wieloma urazami było możliwe (a nawet szczególnie wtedy konieczne) wydobywanie do świadomego przeżywania pozytywnych doświadczeń z ich życia. Autorka tekstu podziela przekonanie, że każdy człowiek posiada wszystko, co jest niezbędne, aby mógł płynnie przechodzić na kolejne etapy rozwoju i efektywnie radzić sobie z przeciwnościami losu oraz doświadczać zadowolenia w życiu. Sytuacje trudne i przynoszące cierpienie, przez które udało się pacjentowi przejść, mogą być dla niego źródłem siły. Można je zobaczyć w nowym kontekście, nadać przeżytemu cierpieniu własne znaczenie i sens.

Przypadek kliniczny

Przedstawię przypadek z własnej pracy, ilustrujący istotne i ważne, z powodu użyteczności ich zastosowania w praktyce, tezy terapii ericksonowskiej:

- a) Udrożnienie dostępu do zasobów pacjenta i ich rozbudowanie stanowi podstawowy i wystarczający czynnik leczący w terapii. Strategia wydobywania zasobów, konsekwentnie stosowana przez terapeutkę prawie na każdej sesji, uruchomiła proces korzystnej dla pacjenta zmiany. Wydobyte zasoby stały się motorem napędowym w procesie prowadzącym najpierw do kontaktu (asocjacji) pacjenta ze sobą samym, a w następnej zaś kolejności do ruchu rozwojowego (wyjścia z katalepsji), pozwalającego na zmianę w systemie.

- b) Hipnoza ericksonowska¹ jest szczególnie przydatną metodą docierania do zasobów. Była główną metodą zastosowaną w opisanym procesie. W hipnozie, jak twierdzi Rossi, terapeuta, ułatwiając pacjentowi proces wewnętrznych poszukiwań i przeobrażeń, jaki będzie mógł przebiegać nieskrępowany świadomymi ramami odniesienia i wyuczonymi ograniczeniami, doprowadza do sytuacji, że pacjent jest autorem zmiany — wywołuje własną uśpioną wiedzę, werbalizując idee, jakie były w nim obecne, choć nieaktywne (nieświadome), rozbudza własną zdolność do rozumienia siebie i kierowania swoim zachowaniem [10, 25]. W stanie transu hipnotycznego, polegającego na zezwoleniu nieświadomości pacjenta na twórczą aktywność i tworzenie swoich własnych rozwiązań, terapeuta nie dodaje nic nowego do pacjenta, a raczej pomaga mu przearanżować i bardziej konstruktywnie zutilizować przeszłe doświadczenie [10, s. 315].

Pacjent — P., pan lat 45, z zawodu informatyk, pracujący we własnej firmie, żonaty od 20 lat, ojciec trzech nastoletnich synów, zgłosił się z własnej inicjatywy na terapię z powodu — jak to określił — wypalenia zawodowego. Skarżył się na przeciążenie pracą, której poświęcał około dwunastu godzin dziennie. Praca, która niegdyś go cieszyła, nie dawała mu już satysfakcji. Tłumaczył, że przez ostatnich kilka lat pracuje, ponieważ musi utrzymać rodzinę, a także zaistnieć na rynku, więc nie może wyjść z firmy, dopóki wszystkiego „nie dopnie”. Sukces w pracy był dla pacjenta źródłem dobrego samopoczucia, wzmacniając jego poczucie wartości. Jednak potrzeba osiągnięć generowała również silny lęk przed niepowodzeniem. Pacjent odczuwał przemęczenie, pustkę uczuciową, brak energii psychicznej i fizycznej, brak sensu życia. Dodatkowo niepokoił go fakt, że zmieniły się jego relacje z żoną. Zarzucała mu ona, że nie ma czasu dla niej i rodziny, że oddalili się od siebie. Objawy napięcia nasiliły się w okresie ostatniego miesiąca przed zgłoszeniem się na terapię. Mężczyzna opowiedział o „szalonej awanturze z żoną”, kiedy postanowił pracować w niedzielę w firmie i odmówił wyjazdu z rodziną na wycieczkę. Od tego momentu zaczął doświadczać niepokoju, drżenia ciała, pocenia się, bezsenności oraz poczucia, że traci kontrolę nad organizmem. Nasiliły się też konflikty z dorastającymi synami, którzy domagali się większej wolności, opuścili się w nauce i coraz więcej czasu spędzali poza domem z kolegami.

Terapeutce przyszło na myśl, że synowie wnoszą do życia ojca te aspekty rozwoju okresu dojrzewania, jakich pacjent nie mógł swobodnie zrealizować, będąc w podobnym co oni wieku. Postawiła hipotezę, że na poziomie nieświadomym pacjent być może po to zgłasza się na terapię, aby dokonać reperacji własnego doświadczenia związanego z okresem dorastania, dążąc w kierunku separacji od wewnętrznych obiektów rodzicielskich (i ich przekazów dotyczących poświęcenia się pracy) oraz budowania własnej tożsamości. Dodatkowo terapeutka postawiła hipotezę systemową, że objawy służą temu, aby pacjent

¹⁾ Ericksonowska hipnoza — forma unikalnego i złożonego, lecz normalnego zachowania, które może być prawdopodobnie wywołane u wszystkich ludzi w odpowiednich warunkach. Pacjent funkcjonuje na szczególnym poziomie świadomości, który charakteryzuje stan podatności/wrażliwości i reagowania/odpowiadania, a w którym wewnętrzne uczenie się przez doświadczenie i zrozumienie może mieć wartość porównywalną lub nawet taką samą jak to zwykle zdobywane poprzez bodźce płynące z zewnętrznej rzeczywistości (definicja napisana dla Encyklopedii Britannica przez M.H. Ericksona i opublikowana w latach 1954–1973).

mógł zatrzymać się, zasocjować z uczuciami i własnymi potrzebami po to, aby dokonać zmiany w relacji małżeńskiej.

Pacjent wychował się w rodzinie inteligenckiej. Był jedynakiem. Jego rodzice pochodzili ze wsi, żyli w skrajnie trudnych warunkach. Matka pacjenta straciła ojca w wieku 12 lat. Jako jedyna z siedmiorga dzieci w rodzinie zdobyła wyższe wykształcenie i wyemigrowała do miasta. Ojciec pacjenta stracił swojego ojca w wieku 15 lat i jako najstarsze dziecko w rodzinie w okresie dorastania i młodości, pełnił role opiekuna matki i licznego rodzeństwa. Ożenił się stosunkowo późno, po 40. roku życia. Rodzice pacjenta koncentrowali się głównie na osiągnięciach szkolnych swojego syna — oczekiwali sukcesu, mieli wysokie aspiracje i surowe wymagania. W rodzinie panował kult ciężkiej pracy i dyscypliny.

Pacjent oczekiwał od terapii zmiany — chciał pozbyć się lęku przed porażką, uzyskać wewnętrzne rozluźnienie i spokój, który porównał do rozległej zielonej doliny w górach.

Na kolejnych sesjach dodał, iż w wyniku terapii chce żyć bardziej w zgodzie ze sobą, zaakceptować siebie w całości, mieć więcej czasu dla siebie, umieć przeżywać i wyrażać uczucia oraz mieć własne zdanie, a przestać spełniać oczekiwania innych ludzi.

Pacjent prezentował się jako uprzejmy, sumienny i poważny mężczyzna. Już przy pierwszym kontakcie terapeutka zauważyła silne usztywnienie i napięcie w postawie ciała, nastawienie na wykonywanie zadań i nadmierną odpowiedzialność w obszarze zawodowym. Terapeutkę poruszyło spotkanie z pacjentem, poczuła jego obciążenie, pod zewnętrzną formą spozstrzegala kruchość i emocjonalną wrażliwość. Zarówno wygląd, postawa ciała i sposób zachowania, jak i treści wypowiedzi pacjenta kierowały uwagę terapeutki na stronę zjawisk transowych [4, 5, 26]: nadmiernej dysocjacji umysłu od ciała, katalapsji polegającej na sztywnym odtwarzaniu (fiksacji) wzorców nadmiernej pracy; halucynacji pozytywnej przejawiającej się wytwarzaniem wyobrażeń porażki w przyszłości (generujących lęk przed niepowodzeniem) oraz halucynacji negatywnej — niedostrzeganiu własnych zasobów.

W oparciu o tę diagnozę [4, 5] terapeutka wyznaczyła kierunek terapii: wzmocnić zdolność pacjenta do odczuwania ciała (asocjacja); skierować jego uwagę do wewnątrz — na własne uczucia i potrzeby; uelastyczyć — rozszerzyć możliwość wyboru alternatywnych zachowań; urealnić obraz siebie samego tak, by mężczyzna mógł zobaczyć swoje możliwości oraz odzyskać dostęp do tej części siebie, która korzysta z przyjemności i odpoczynku.

Strategia terapeutki od samego początku terapii polegała na wytrwałym koncentrowaniu się na wydobywaniu zasobów, dopytywaniu pacjenta o te momenty, wydarzenia, miejsca i sytuacje w jego aktualnym życiu, które pozwalają mu na odczuwanie przyjemności. Okazało się, że wielką pasją pacjenta było nurkowanie (chodził systematycznie na basen) i muzykowanie (grał na saksofonie w domu). Przyjemność sprawiał mu ruch — jazda na rowerze. Terapeutka spożytkowała zasób pacjenta związany z przyjemnością nurkowania i już na pierwszym spotkaniu wprowadziła krótkie doświadczenia hipnozy koncentrującej uwagę pacjenta na doznaniach z ciała i rytmie oddechu. Powiedziała: „Będzie pan oddychał głęboko i odnajdzie pan własny rytm oddychania, swój własny sposób nabierania powietrza do płuc, ponieważ dobrze pan już wie, jak ważne jest oddychanie, kiedy się pływa”. W odpowiedzi na dyrektywne sugestie pacjent współpracował. Po wyjściu z transu powiedział, że był to dla niego przyjemny stan wewnętrzny podobny do tego, kiedy po basenie czuje zmęczenie ciała, głowa mu wypoczywa i nie musi o niczym myśleć. Dodał

jeszcze: „Gdybym mógł tego mieć więcej, byłoby bosko”. Dla terapeutki znaczyło to, że pacjent ma wykształconą zdolność wchodzenia w stan naturalistycznego transu² i że jego świadomość daje sygnał gotowości do odpuśczenia kontroli, a użycie hipnozy może być „królewską drogą” dotarcia do ukrytych zasobów.

Na kolejnym spotkaniu pacjent przyznał, iż jest tak zmęczony, że wolałby zamiast na sesję terapeutyczną pójść na basen. Terapeutka zachęciła go, by ponownie pozwolił sobie na nurkowanie w swojej wyobraźni i że może jednocześnie być w gabinecie na spotkaniu i nurkować na pływalni (lub w innym akwenu). W indukcji transu [4, 13] terapeutka ponownie odwołała się do doświadczeń pacjenta: „I wie pan, jak to jest, gdy się pływa ..., woda na powierzchni może być wzburzona, bywa niespokojnie..., a kiedy zanurzy się pan niżej... tam jest spokój... tam jest bogactwo życia... i te obrazy podwodnego świata zostają w pamięci... dźwięki są stłumione... a odczucie ciała wzmocnione... i może pan schodzić jeszcze głębiej... pozostawać tam tak długo, dopóki nie dostanie sygnału... aż przyjdzie chęć, aby się wynurzyć”. Pacjent wszedł głęboko w stan hipnotyczny. Powiedział później, że: długo po spotkaniu dochodził do siebie, i było to dla niego „zaskakujące doświadczenie”. Pacjent spontanicznie wszedł w regresję i przypomniał sobie pewną sytuację z dzieciństwa — jak na wakacjach nauczył się pływać. Surowy ojciec wymagał, by syn trenował z nim pływanie — najpierw na piasku, nad brzegiem jeziora. Pokazał pacjentowi, w jaki sposób ma wykonywać odpowiednie, imitujące pływanie, ruchy rękoma i nogami. W czasie urlopu ojciec był jednak zmuszony wyjechać na tydzień do pracy. Przykazał synowi, że ten ma systematycznie ćwiczyć pływanie „na sucho”, a kiedy on wróci to sprawdzi, jakie syn zrobił postępy. Pacjent wspominał na sesji: „Mnie, małemu chłopakowi nie chciało się ćwiczyć codziennie i samotnie nad brzegiem jeziora. Wolałem biegać z kolegami. Tak naprawdę nie ćwiczyłem ani razu. A kiedy ojciec wrócił kazał mi wejść do jeziora i pokazać to, czego się nauczyłem. Nie wiem, czy to ze strachu przed ojcem, czy też z innego powodu, wszedłem do jeziora i popłynąłem. Ojciec mnie pochwalił, a ja pływałem już potem swobodnie”. Opowiadając tę historię pan P. śmiał się, zaś terapeutka (śmiejąc się razem z nim), odnosiła wrażenie, że cieszy się jakaś nieświadoma jego część — część, będąca małym dzieckiem, któremu udało się sprostać zadaniu i bez większego wysiłku zadowolić ojca. Następne spotkania, polegające na zanurzaniu się w stan hipnotyczny, przynosiły kolejne, przyjemne wspomnienia z przeszłości: obrazy ze wsi, stary drewniany dom dziadka; wakacyjne spacerowanie ze wspierającym stryjem na pola pełne kwitnącego rzepaku; miodowy zapach i kolor ciepłego lata. A później czasy studenckie, okres narzeczeński, gdy z przyszłą żoną wyjeżdża w góry, wędrują po Tatrach, są młodzie i beztroscy. Wreszcie muzykowanie z synami, kiedy on gra na saksofonie.

W tej części artykułu opiszę fragmenty sesji z pacjentem, która przyniosła zmiany będące punktem zwrotnym w dalszym procesie terapii. Podczas tej sesji terapeutka posłużyła się techniką Ernesta Rossiego „Magiczne dłonie”.³

²⁾ Trans naturalistyczny — wzbudzany samoistnie przez podmiot w ciągu dnia lub w toku komunikacji z drugim człowiekiem, odmienny stan świadomości związany ze wzrostem reagowania na idee i wrażenia. Według hipnoterapeutów ericksonowskich wzbudzenie tego stanu jest możliwe u każdego człowieka i nie wymaga stosowania standardowej indukcji [25].

³⁾ Opis techniki znajduje się w książce E. Rossiego i K. Rossi [27].

Ernest Rossi, znany uczeń i współpracownik Milтона Ericksona, opracował pionierskie metody komunikacji między psychiką i ciałem [10, 25]. Technika „Magiczne dłonie”, pozwalająca na wzbudzenie procesu zmiany w zjawiskach transowych dysocjacja–asocjacja i katelepsja–ruch, była szczególnie przydatna do osiągnięcia zakładanych w terapii celów.

Praca przebiegała w trzech etapach. Na każdym z nich pacjent najpierw zanurzał się w stan hipnozy (wchodził w głębszy kontakt z wnętrzem), a następnie reorientował na zewnątrz (wychodził z transu do świadomej rozmowy z terapeutką). Hipnoza frakcjonowana, polegająca na fragmentowaniu doświadczenia — wchodzeniu i wychodzeniu ze stanu hipnotycznego, pozwala na pogłębienie procesu. Za każdym kolejnym wejściem w stan transu pacjent poszukuje informacji na głębszym poziomie nieświadomości [25].

Pacjent rozpoczął sesję relacjonując, że od ostatniego spotkania miał udany czas — dużo spotkań towarzyskich i wyjście z żoną na koncert. Zauważył, że może się rozluźnić i wtedy, jak powiedział, „rzeczy się dzieją same, bez wysiłku”. Dodał następnie: „Chciałbym zmniejszyć tego wewnętrznego kontrolera, który jest we mnie. Kontroler może się odsunąć. Chciałbym korzystać z ciekawości i swobody w życiu, chciałbym być bardziej spontaniczny”.

I etap pracy

Terapeutka zachęciła pacjenta do skontaktowania się z własnym doświadczeniem, w którym kontrolował sytuację i wyobrażenia swojej części kontrolującej pod postacią symbolu. Pacjent wykreował obraz — postać młodego mężczyzny, czujnego strażaka, który pełni służbę i czeka na wezwanie. Strażak miał mocno dopasowany kombinezon ochronny, hełm wyposażony w czujniki alarmowe, trzymał w ręku gaśnicę.

Mężczyzna skomentował ten obraz w następujący sposób: „No ten strażak to ma uznanie, że dba o bezpieczeństwo, ale kombinezon nie pozwala mu na oddychanie. I to jest przesada, aby tak ciągle być gotowym do akcji”. Terapeutka poprosiła więc, aby pacjent przypomniał sobie doświadczenie, kiedy zachował się spontanicznie i wyobraził sobie swoją część spontaniczną pod postacią symbolu. Pacjent powiedział, że widzi obraz małego chłopca, który biegnąc po łące, goni fruującego motyla.

II etap pracy

Terapeutka zasugerowała pacjentowi, aby uniół swoje ręce (odwrócone wnętrzem dłoni do góry) i odnalazł na jednej dłoni miejsce położenia symbolu części kontrolującej; a na drugiej dłoni miejsce, na którym umieści symbol części spontanicznej. Pacjent wybrał prawą dłoń dla części spontanicznej (umieścił na niej obraz chłopca goniącego motyle), a lewą dla części kontrolującej (umieścił tam obraz strażaka). Terapeutka, obserwując współpracujące i potwierdzające stan hipnotyczny reakcje pacjenta, poprowadziła dalej proces: „Jeżeli pana nieświadomość będzie chciała dzisiaj poszukiwać rozwiązania problemu, wtedy pana ręce zaczną się poruszać drobnymi, mimowolnymi ruchami. A jeżeli nieświadomość uzna, że chce dzisiaj zająć się innym ważnym tematem, to pana ręce pozostaną nieruchome. Cokolwiek się zdarzy, czy ręce będą się poruszać, czy też pozostaną w spoczynku, to jest w porządku. Może pan zaufać ukrytej wiedzy i pozwalać, aby

ten proces dział się zupełnie automatycznie, bez udziału woli”. Pacjent pozostawał przez dłuższy czas w milczeniu z zamkniętymi oczami. Dłonie zmieniały pozycje, rozchylały się na boki, lewa opadła na dół, prawa poruszała palcami, aż zacisnęła się pięść. Wreszcie zmienił pozycje ciała, złożył dłonie razem, przeciągnął się i otworzył oczy. „Bardzo dobry stan odpoczynku. Fajne rozluźnienie” — powiedział. „Przypomniałem sobie takie zdarzenie, jak miałem może 13–14 lat. Pojechałem z rodzicami na camping nad mazurskie jezioro. Rodzice rozstawiali namiot. Był upał, po czym przysła ciemna chmura i wiatr. Groziło, że będzie burza. Powinienem być im wtedy pomagać przy tym namiocie, ale byłem tak ciekawy tego jeziora, że pobiegłem na brzeg, nie zważając na krzyki rodziców. Zrzuciłem ubranie, wskoczyłem na główkę od razu do wody i popłynąłem. No może było to nawet trochę niebezpieczne, bo nie znałem dna tego jeziora, ale było tak przyjemnie w tej chłodnej wodzie, więc korzystałem z kąpieli”.

III etap pracy

Terapeutka zachęciła pacjenta, aby skontaktował się ponownie z obrazami obydwu symboli — części kontrolującej i spontanicznej. „Niech pan popatrzy na nich, na tego strażaka i na tego młodego chłopaka. Może oni będą mogli wymienić się swoimi rzeczami, cechami czy umiejętnościami. Może każdy będzie mógł dać drugiemu to, czego tamten nie posiada. Wyposażyć go w to, czym ten drugi nie dysponuje”.

Pacjent zamknął ponownie oczy i przez dłuższy czas pozostawał w kontakcie ze sobą. Kiedy powrócił do rozmowy z terapeutką, opowiedział, co pojawiło się w jego wyobraźni: „Strażak podarował chłopcu tarczę ochronną, która potem zamieniła się w koło ratunkowe, na którym mógł w czasie niebezpieczeństwa pływać. Chłopiec z kolei użyczył strażakowi swojego nagiego torsu, tak że ten mógł rozpiąć kombinezon ochronny i swobodnie oddychać. Następnie koło ratunkowe chłopca zamieniło się w deskorolkę. Chłopiec położył się na niej i jechał, jechał. Pęd i prędkość były coraz większe, aż deskorolce wyrósł żagiel i zaczęli unosić się w powietrzu. Chłopiec jednak wiedział, że pojazd może w każdej chwili zamienić się w koło ratunkowe”. Na koniec sesji pan P. powiedział, że czuje się wypoczęty i ożywiony, ale też zaskoczony własną zdolnością tworzenia tak fantazyjnych i zabawnych wyobrażeń.

W wyniku tej pracy pacjent dotarł do zasobowych wspomnień z dzieciństwa, co pozwoliło mu w następnej kolejności przeprowadzić transformację problemowego zachowania oraz integrację pozostających w konflikcie części w bardziej adaptacyjną całość.

Po trzech miesiącach indywidualna funkcja objawów zaczęła stopniowo tracić znaczenie. Pan P. poczuł się zdrowy i pełen energii przyszedł, aby zakończyć terapię. Uznał, że zmiana, jakiej doświadczył na poziomie osobistym, jest wystarczająca. Dodał również, iż w trakcie spotkań uświadomił sobie, że chciałby bardziej zbliżyć się do żony. Zdecydował się na rozmowę z nią, w trakcie której uzgodnili, że udadzą się wspólnie na terapię.

W tej sytuacji, zgodnie z zasadą terapii krótkoterminowej, że mała zmiana czyni dużą zmianę, terapeutka uznała terapię za zakończoną. Uważała, że osiągnięte w terapii efekty były wystarczające, aby uruchomić u pacjenta dalsze zmiany.

Refleksje końcowe

Rozpoznanie i wydobywanie zasobów pozwoliło terapeutce na opracowanie strategii pracy, której celem było znalezienie ich zastosowań w procesie terapeutycznej zmiany. Kierowała się ona założeniem, że wydobywane w tym procesie zasoby nie są rozwijane w oderwaniu od objawów psychopatologicznych. Konstrukttywne elementy życia psychicznego nie stanowią autonomicznej części umysłu, która umożliwia „osiągnięcie czegoś” niezależnie od zaburzenia. Są one raczej aktywnymi mechanizmami wpływającymi na cały system psychiczny w kierunku poprawy jego działania. Pełne terapeutyczne spożytkowanie tych mechanizmów wymaga użycia ich jako czynnika wewnętrznego torującego zmiany w tym, co działa nieprawidłowo. Wyjaśnienie tego, w jaki sposób to, co zdrowe, zmienia na lepsze to, co zaburzone, wymaga jednak dalszych badań.

W opisanym procesie terapii istotny był fakt, że terapeutka, pamiętając o tendencji pacjenta do kierowania uwagi na zewnątrz i spełniania oczekiwań innych, zaproponowała hipnozę opartą o strategię wydobywania własnych przeżyć pacjenta. Wzbudzała ona stan hipnotyczny, kierując uwagę pacjenta do wnętrza w taki sposób, aby sam podejmował poszukiwania, generował wspomnienia i wypełniał trans osobistym materiałem (własną treścią). Hipnoza była tu efektywną metodą terapii, umożliwiającą wydobywanie i spożytkowanie tego, co pacjent nabył w ciągu całego swojego życia, co zostało zapamiętane w jego wewnętrznym doświadczeniu. Erickson świadomy był tego, że zmiana jednostki może prowadzić do modyfikacji jej systemu społecznego [2]. W opisanym powyżej procesie terapii potwierdzenie znalazło doświadczenie autorki stanowiące, że zmiana osiągnięta w indywidualnej pracy z pacjentem generuje ruch i transformację w całym jego systemie społecznym. Najbliższe otoczenie zareagowało na modyfikujący kontekst społeczny życia rodzinnego nowy sposób bycia pacjenta w relacji z bliskimi. Zmiana ta pociągała kolejną zmianę, tym razem w relacji małżeńskiej, pozwalającą na przygotowanie się do dalszego etapu rozwoju systemu, jakim były separacja i odejście dzieci z domu.

Piśmiennictwo

1. Haley J. Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1995.
2. Tryjarska B. Terapia Milтона H. Ericksona — główne idee. W: Lis-Turlejska M, red. Nowe zjawiska w psychoterapii. Warszawa; Agencja Wydawnicza Jacek Santorski&Co; 1991.
3. Klajns K, Olszewska J. Zasoby znajdziesz w sobie. Warsztat na temat psychoterapii Milтона H. Ericksona. W: Lis-Turlejska M, red. Nowe zjawiska w psychoterapii. Warszawa; Agencja Wydawnicza Jacek Santorski&Co; 1991.
4. Klajns K, Lipman L: Terapia ericksonowska. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wyd. Psych. i Kultury Eneteia; 2011.
5. Klajns K. Poznawanie pacjenta w psychoterapii ericksonowskiej. Poznań; Zysk i S-ka; 2017.
6. Short D, Erickson BA, Erickson-Klein R. Hope and resiliency. Understanding the psychotherapeutic strategies of Milton H. Erickson. Williston VT: Crown House Publishing; 2005.

7. Shazer S, Dolan Y. More than miracles. The state of the art of solutions focused brief therapy. New York: Haworth Press; 2007.
8. Jong P, Berg Insoo K. Rozmowy o rozwiązaniach: podręcznik dla trenerów. Kraków: Wyd. Księgarnia Akademicka; 2007.
9. Hufejt-Łukasik M, Peczek B. Neurolingwistyczna psychoterapia. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnicwo Psychologii i Kultury Eneteia; 2011.
10. Rossi E.L. Dialog z naszymi genami. Neuronauka hipnozy terapeutycznej i psychoterapii. Zakopane: Jan Dyba Research Group; 2020
11. Signer-Fischer S. Hypnotherapie effizient und kreativ. Bewahrte Rezepte für die tägliche Praxis. Heidelberg: Carl-Auger; 2019.
12. Dolan Y. An Ericksonian perspective on the treatment of sexual abuse. W: Zeig JK, red. Ericksonian methods: the essence of the story. New York Bruner/Mazel; 1994.
13. Yapko M.D. Trancework. An introduction to the practice of clinical hypnosis. Fifth Edition. New York and London: Routledge Taylor&Francis Group; 2019.
14. Trzebińska E. Pozytywna psychoterapia. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki t. 6. Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia; 2011.
15. Trzebińska E. Psychologia pozytywna. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne; 2008.
16. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. Gdańsk: GWP; 2006.
17. Seligman ME. Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie. Poznań: Media Rodzina; 1992.
18. Rothschild B. Ciało pamięta. Rewolucja w terapii traumy. t. 2. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2021.
19. Shapiro F. Zostawić przeszłość w przeszłości. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii EMDR; 2017.
20. Emmerson G. Resource therapy. The complete guide with case examples and transcripts. Victoria, Australia: Old Golden Point Press; 2014.
21. Chmielnicka-Kuter E. Metody psychoterapii w podejściu narracyjnym i dialogowym. W: Grzesiuk L, Suszek H, red. Psychoterapia. Szkoły i metody. Podręcznik akademicki t. 6; Warszawa: Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia; 2011.
22. Chrzastowski S. Nie tylko schemat. Praktyka systemowej terapii rodzin. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2014.
23. Zeig J, Munion WM, Milton H. Erickson. Gdańsk: GWP; 2005.
24. Zeig JK. Spotkania z Ericksonem. Gdańsk: GWP; 1997.
25. Rossi E, Erickson-Klein R, Rossi KL, red. The collected works of M.H. Erickson M.D.: Hypnotherapy: an exploratory casebook. Phoenix, AZ: The M.H. Erickson Foundation Press; 2014.
26. Geary B. Assessment in Ericksonian hypnosis and psychotherapy. W: Geary B, Zeig JK, red. The handbook of Ericksonian psychotherapy. Pheonix, Arizona: The Milton H. Erickson Foundation Press; 2001.
27. Rossi EL, Rossi KL. Kreowanie nowej świadomości. Psychospołeczna genomika samostwarzania. Zakopane: Jan Dyba Research Group; 2016.

LISTA RECENZENTÓW 2023

Jacek Bomba
Andrzej Cechnicki
Wojciech Drath
Mieczysław Dudek
Bernadetta Janusz
Miroslawa Jawor
Krzysztof Kotrys
Katarzyna Pragnący
Katarzyna Schier
Bartłomiej Taurogiński
Anna Trzcieniecka-Green
Anna Baran
Czesław Czabala
Bartłomiej Dobroczyński
Małgorzata Dragan
Mariusz Furgal
Katarzyna Gdowska
Anna Pastuszek-Draxler
Ewa Bujoczek
Małgorzata Opoczyńska-Morasiewicz
Małgorzata Osielczak-Stawinoga
Stanisław Sądowski
Joanna Sądawicka-Olczak
Wojciech Sowa
Elżbieta Trubilowicz
Rafał Antkowiak
Dorota Danielewicz
Jolanta Grabowska-Markowska
Marta Jurczyk
Aleksandra Siódmak

Kamil Galiński¹, Jacek Gierus¹

POLSCY PSYCHOTERAPEUCI I ICH POKOLENIOWE POSTAWY WOBEC SUPERWIZJI

POLISH PSYCHOTHERAPISTS AND THEIR GENERATIONAL ATTITUDES TOWARDS SUPERVISION

¹ Praktyka prywatna

generations of Polish psychotherapists
needs in supervision

Streszczenie

Cel pracy: Badanie miało na celu zebranie danych demograficznych opisujących populację polskich psychoterapeutów pracujących w różnych modalnościach oraz zbadanie ich potrzeb w superwizji. Dodatkowo artykuł podejmuje problematykę różnic międzypokoleniowych pomiędzy psychoterapeutami na podstawie teorii pokoleniowych.

Metoda: Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiej ankiety, dystrybuowanej online w 2022 r. (N = 257). Ankieta składała się z 34 pytań dotyczących potrzeb w superwizji, w tym 4 pytań całkowicie otwartych i jednego zadania specjalnego.

Wyniki: Analizy zebranych danych sugerują, że superwizja cieszy się wysokim zainteresowaniem wśród polskich profesjonalistów (98% badanych korzysta z superwizji, z czego 61% korzysta z niej w trybie online lub mieszanym). Wykryto istotne różnice pomiędzy starszymi a młodszymi psychoterapeutami ($\chi^2 = 14,682$; $p = 0,023$) pod względem spostrzeganych różnic między superwizją online i superwizją na żywo. Nie wykryto istotnych różnic pomiędzy poszczególnymi pokoleniami w spostrzeganiu superwizji w innych badanych wymiarach. Analiza rang wykazała, że najważniejszą potrzebą w superwizji jest: uważność superwizora ułatwiająca uporządkowanie procesu terapeutycznego.

Wnioski: Uzyskano liczne wyniki opisujące populację polskich psychoterapeutów. Stwierdzono brak istotnych różnic pokoleniowych w formie korzystania z superwizji. Teorie pokoleniowe nie wykazują w tym obszarze użyteczności i na podstawie zebranych danych można je traktować jako stereotypowe. Hierarchia potrzeb superwizantów zdaje się nie odbiegać znacząco od poprzedniego polskiego badania opisującego tę tematykę. Autorzy uszeregowali potrzeby w superwizji według ich ważności i zaproponowali „odwrotną piramidę potrzeb” w superwizji.

Summary

Objectives: The aim of the study was to collect demographic data describing the population of Polish psychotherapists of various modalities and to examine their needs in supervision. In addition, the article discusses the issue of intergenerational differences between psychotherapists based on generational theories.

Methods: The study was conducted using a proprietary survey, distributed online in 2022 (N = 257). The questionnaire consisted of 34 questions, including 4 open-ended questions and one special task, which concerned the needs of supervision.

Results: Analyses suggest that supervision is highly popular among Polish professionals (98% of respondents use supervision), of which 61% use it online or in a mixed mode. Significant differences were found between older and younger psychotherapists (Chi-square = 14.682; $p = 0.023$) in terms of perceived differences between online and live supervision. No significant differences were found between individual generations in the perception of supervision in other dimensions studied. The analysis of ranks showed that the most important need in supervision is the supervisor's attentiveness facilitating the ordering of the therapeutic process.

Conclusions: Numerous results describing the population of Polish psychotherapists were obtained. It was found that there were no significant generational differences in the use of supervision. Generational theories are unlikely to be useful in this area and, based on the data collected, can be treated as stereotypical. The hierarchy of needs of supervisors does not differ significantly from the previous Polish study describing this subject. The authors ranked the needs in supervision according to their importance and proposed an "inverted pyramid of needs" in supervision.

Wstęp

Superwizja psychoterapii, mimo że istnieje od początku rozwoju samej psychoterapii, nie doczekała się w Polsce całościowego opracowania ani teoretycznego, ani statystycznego. Mimo to w ostatnim czasie zaobserwować można pewien wzrost liczby publikacji empirycznych dotyczących superwizji [1, 2] oraz takich, które prezentują przykłady pracy superwizorskiej. W publikacjach krajowych i zagranicznych badacze przyglądają się głównie dwóm aspektom superwizji: (1) relacji superwizyjnej oraz (2) potrzebom w superwizji.

Zainspirowani dyskusją na temat kształtu szkolenia psychoterapeutycznego w Polsce oraz brakiem aktualnych danych ilościowych, postanowiliśmy stworzyć ankietę, za pomocą której można by podjąć próbę opisu populacji polskich psychoterapeutów oraz ich postaw wobec superwizji. Dodatkowe pytanie badawcze dotyczyło różnic pokoleniowych pomiędzy psychoterapeutami. „Pokolenie” rozumiemy w niniejszej pracy jako grupę członków społeczeństwa, która urodziła się mniej więcej w tym samym czasie [3]. W okresie intensywnych przemian cywilizacyjnych, polegających głównie na odkrywaniu możliwości kontaktowania się online oraz fascynacji możliwościami AI, zasadne staje się pytanie, czy młodsze pokolenia inaczej spoglądają na superwizję niż starsze. Jak korzystają z superwizji? Czy psychoterapię i superwizję czeka „banicja” w świecie wirtualnym?

W 1991 roku William Strauss i Neil Howe zaprezentowali w swojej książce pt. *Generations. The history of America's future, 1584 to 2069* [4] teorię pokoleniową, w ramach której podzielono społeczeństwo na generacje (pokolenia), nadając im następujące etykiety: baby boomers (wiek: 58–76), pokolenie X (wiek: 42–57), pokolenie Y lub millenials (wiek 28–41) i pokolenie Z (wiek 12–27). Książka ta od czasu opublikowania została zacytowana w literaturze naukowej 4795 razy [5]. Być może właśnie z tego powodu w przestrzeni publicystycznej istnieje wiele odwołań do pokoleń X, Y, Z.

Pomimo popularności w popkulturze teoria pokoleń spotyka się też z krytyką. Niektóre publikacje zarzucają jej niską użyteczność i wskazują na brak dowodów dotyczących faktycznych różnic między zdefiniowanymi przez autorów pokoleniami. Wskazują wręcz, że tzw. generacjonalizm jest tylko przekonaniem, iż członkowie różnych pokoleń mają jakieś unikalne cechy [6].

W 2015 roku Jacek Bomba i Kazimierz Bierzyński [7] w badaniu sondażowym zajęli się potrzebami odnoszącymi się do superwizji. Autorzy skonkludowali, że superwizor powinien: (1) kierować swoją uwagą na porządkowanie procesu terapeutycznego, (2) wspomagać rozumienie emocjonalnego wymiaru psychoterapii, (3) dawać terapeutę poczucie oparcia oraz (4) ułatwiać korzystanie z osobistych możliwości. Nie bez znaczenia jest także (5) konceptualizacja diagnozy psychoterapeutycznej oraz (6) osadzenie w opinii i kontrolnej funkcji superwizora.

Powyższe wnioski stwarzają pokusę replikacji badań po 7 latach oraz uzupełnienia o perspektywę teorii pokoleniowej. Podstawowe pytania badawcze to: (1) jaka jest struktura demograficzna polskich psychoterapeutów? (2) jakie potrzeby superwizyjne zgłaszają polscy psychoterapeuci? (3) w jaki sposób potrzeby superwizyjne zależne są od przynależności pokoleniowej i etapu kariery? Wzięliśmy pod uwagę polską ścieżkę kształcenia: (1) terapeuta w trakcie czteroletniego szkolenia z psychoterapii, (2) po szkoleniu z psychoterapii z dyplomem ukończenia szkoły (bez certyfikatu), (3) z certyfikatem psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychologicznego lub Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz (4) superwizor aplikant i (5) superwizor.

Postanowiliśmy też postawić pytanie o potrzeby superwizyjne, ale sformułować je w ankiecie w inny sposób: prosząc respondentów o uszeregowanie potrzeb według własnych preferencji. Wydaje się, że tak postawione pytanie stwarza nieco inny kontekst (hierarchiczny) dla odpowiadania i uzyskane w ten sposób wyniki mogą zbudować nowy kontekst interpretacyjny.

Metoda

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą autorskiej ankiety, która składała się z 34 pytań, w tym z 4 pytań całkowicie otwartych. Podzielona była na 6 sekcji: pytania o zgodę na udział w badaniu (1 pytanie), dane socjodemograficzne (9 pytań), pytania dotyczące różnych aspektów udziału w superwizji (19 pytań), 4 pytania otwarte i jedno zadanie specjalne oraz podziękowanie. Ankieta rozpowszechniona została drogą elektroniczną, za pośrednictwem i z pomocą Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, a także przez media społecznościowe (Facebook) i popularne komunikatory (WhatsApp). Badanie przeprowadzono między 20 sierpnia a 7 września 2022 roku. Odpowiedzi dotyczące superwizji były udzielane na skali nominalnej dychotomicznej (T/N) albo zawierającej wiele etykiet jakościowych.

Tabela 1. Konstrukcja ankiety badania: sekcja, pytanie, forma pytania

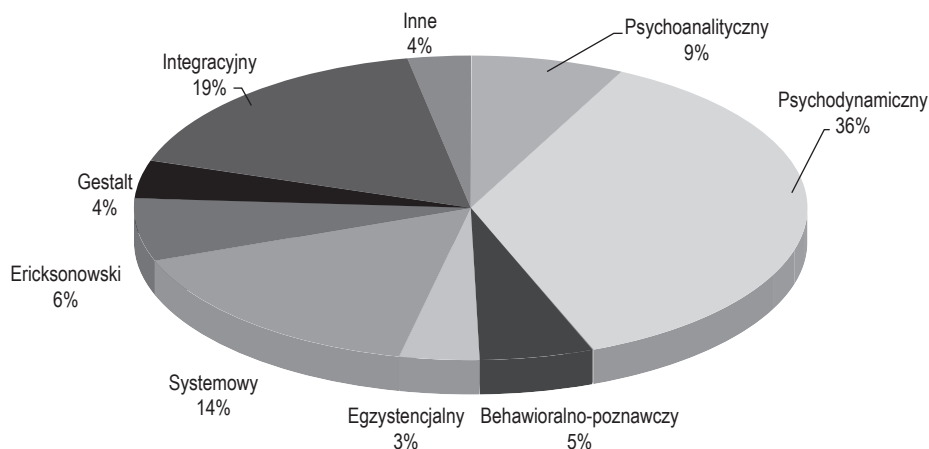
Sekcja	Pytanie	Forma pytania
I.	1. Wyrażam dobrowolną zgodę na udział w ankiecie i oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią. Rozumiem, że mogę wycofać się z uczestniczenia w ankiecie w każdym momencie. Badanie jest anonimowe.	Zamknięte
II.	2. Płeć 3. Wiek w latach 4. Miejsce wykonywania pracy 5. Jakie jest Pana/Pani wykształcenie? 6. Staż pracy w roli psychoterapeuty w latach 7. W jakim nurcie psychoterapii Pan/Pani pracuje? 8. Z jakimi pacjentami/klientami Pan/Pani pracuje? 9. W jakiej formie Pan/Pani prowadzi psychoterapię? 10. Na jakim etapie swojej kariery zawodowej Pan/Pani jest?	Zamknięte Otwarte Zamknięte Półotwarte Zamknięte Półotwarte Zamknięte Zamknięte Zamknięte Półotwarte
III.	11. Czy obecnie Pan/Pani uczestniczy w superwizji? 12. Z jakiej superwizji Pan/Pani korzysta obecnie? 13. W jakiej formie odbywa się Pana/Pani superwizja? 14. Czy dostrzega Pan/Pani różnice pomiędzy superwizją prowadzoną online a na żywo? 15. Jakie dostrzega Pan/Pani różnice pomiędzy superwizją prowadzoną online a na żywo?	Zamknięte Zamknięte Zamknięte Zamknięte Otwarte
IV.	16. Czy w głównym miejscu pracy ma Pan/Pani zapewniony dostęp do superwizji? 17. Gdzie najczęściej Pan/Pani korzysta z superwizji? 18. W jakim nurcie pracuje Pana/Pani superwizor? 19. Czy korzystał Pan/Pani z superwizji u superwizora aplikanta? 20. Ile godzin superwizji ma Pan/Pani w miesiącu? 21. Jaka według Pana/Pani jest przybliżona łączna liczba godzin superwizji w swojej dotychczasowej pracy zawodowej? 22. Czy ma Pan/Pani jakieś negatywne doświadczenia w superwizji (przerwanie procesu, rozczarowanie prowadzeniem itp.) 23. Ile płaci Pan/Pani obecnie za 1 godzinę superwizji? 24. Proszę o podanie liczby superwizorów, u których miał/-a Pan/Pani superwizję na przestrzeni swojej kariery zawodowej? 25. W jaki sposób znalazł/-a Pan/Pani swojego obecnego superwizora? 26. Jak ocenia Pan/Pani ogólny dostęp do superwizji? 27. Jak ocenia Pan/Pani przydatność superwizji w procesie psychoterapii? 28. Jak ocenia Pan/Pani wpływ superwizji na proces wprowadzania zmian w sposobie swojej pracy? 29. Jak ocenia Pan/Pani kompetencje swojego obecnego superwizora?	Zamknięte Zamknięte Półotwarte Zamknięte Półotwarte Otwarte Półotwarte Zamknięte Otwarte Półotwarte Zamknięte Zamknięte Zamknięte Zamknięte Zamknięte

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

V.	30. Co jest dla Pana/Pani najważniejsze w superwizji? 31. Czego Pan/Pani nie lubi w superwizji? 32. Jakie cechy wg Pana/Pani powinien mieć superwizor? 33. Czego najbardziej oczekuje Pan/Pani od swojego superwizora?	Otwarte Otwarte Otwarte Otwarte
VI.	34. Zadanie specjalne: Czego oczekuje Pan/Pani od swojego superwizora? Uporządkuj te stwierdzenia, zakładając, że numer 1 jest najważniejszą cechą, a nr 8 najmniej istotną. Skorzystaj ze strzałek porządkujących.	Zamknięte

Wśród N = 257 osób, które wzięły udział w badaniu, wystąpiła istotna dysproporcja liczebności kobiet (N = 208) i mężczyzn (N = 49). Wiek badanych osób wahał się między 26. a 70. rokiem życia (M = 44,39). Z uwagi na braki danych w niektórych statystykach obecna jest próba N = 255 osób. W badaniu wzięło udział 25 osób z pokolenia baby boomers, 133 osoby z pokolenia X, 96 osób z pokolenia millenials (Y) i 1 osoba z pokolenia Z.

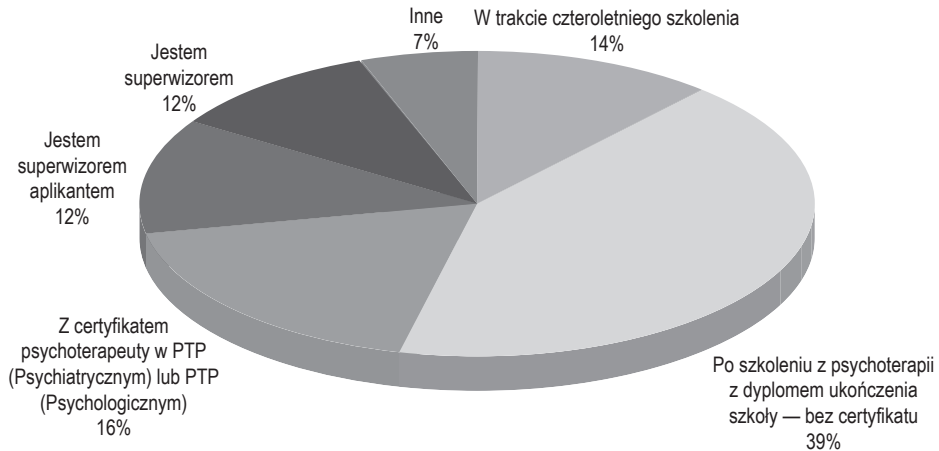
99% psychoterapeutów wykonywało pracę w miastach, w tym aż 78% w mieście powyżej 150 tys. mieszkańców. 77% badanych miało wykształcenie psychologiczne, 5% stanowili lekarze psychiatrzy, zaś po 9% — pedagodzy i (łącznie) inne zawody, tj. teolog, filozof, filolog, socjolog, pedagog specjalny, dziennikarz, chemik itp. Najliczniejsza pod względem stażu grupa psychoterapeutów to osoby z doświadczeniem 6–15 lat praktyki. W badanej próbie występowała nadreprezentacja specjalistów pracujących w nurtach psychologii głębi, co można wytłumaczyć tendencją psychoterapeutów poznawczo-behawioralnych do organizowania się w osobnych stowarzyszeniach.



Ryc. 1. Struktura badanej próby pod względem nurtów reprezentowanych przez badane osoby

Spośród wszystkich badanych osób, 253 prowadzi psychoterapię osób dorosłych, 100 osób — terapię młodzieży, zaś 41 — terapię dzieci. 256 osób zajmuje się psychote-

rapia indywidualną, 97 osób terapią par, 67 terapią grupową, a 59 osób — rodzinną. Pod względem etapu kariery badana próba pozornie charakteryzowała się istotną przewagą psychoterapeutów tylko z dyplomem ukończenia szkoły psychoterapii, lecz bez certyfikatu psychoterapeuty, jednak 24% osób z badanej próby to superwizorzy i superwizorzy aplikanci. 40% osób uzyskało co najmniej certyfikat psychoterapeuty, grupa ta obejmuje też superwizorów.



Ryc. 2. Procent psychoterapeutów na poszczególnych etapach kariery w badanej próbie

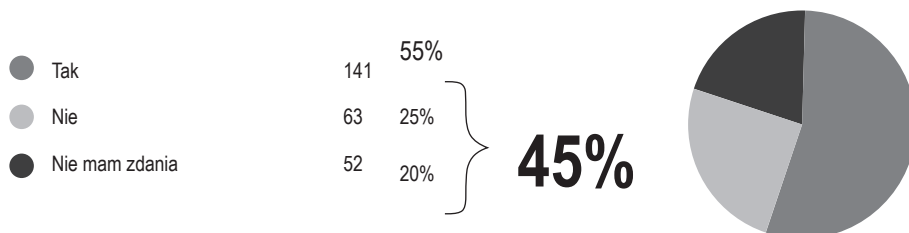
Wynik ten powinien skłaniać do refleksji na temat kryteriów niezbędnych do uzyskania certyfikatu oraz jego wagi w środowisku psychoterapeutycznym.

Wyniki

Korzystanie z superwizji w badanej próbie

Uczestnictwo w superwizji potwierdziło 98% ($N = 252$) badanych. Spośród nich 77,8% osób pozostawało pod superwizją indywidualną, 68,8% pod superwizją grupową, 30,3% korzystało z superwizji koleżeńskiej, 26,8% z porady koleżeńskiej, a 2% nie korzystało z żadnej z powyższych form wsparcia superwizyjnego. Jeśli chodzi o formę superwizji, dominował tryb mieszany: online i na żywo (61%). Mniejszy (26%) odsetek badanych psychoterapeutów korzystał z superwizji wyłącznie na żywo, natomiast niewielu korzystało z superwizji tylko online (13%). Tylko nieco więcej niż połowa badanych dostrzega różnicę między korzystaniem z superwizji online i na żywo (Ryc. 3).

Osoby, które dostrzegają różnicę pomiędzy poszczególnymi formami superwizji udzielały odpowiedzi opisowych, których przykłady przytoczono w Ramce 1.



Ryc. 3. Spostrzeżenie różnic między superwizją online i superwizją na żywo

Ramka 1. Przykładowe wypowiedzi badanych w kwestii różnic jakościowych między formami superwizji

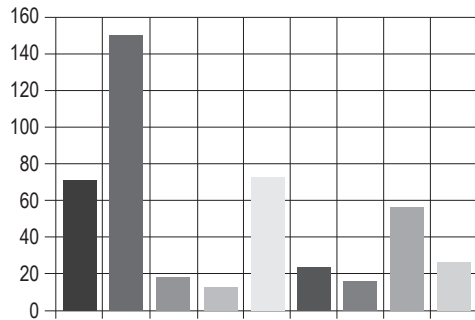
- „Superwizja prowadzona na żywo pozwala na większe zaangażowanie w proces, zmniejsza liczbę dystraktorów. [...] Pozwala lepiej czuć i myśleć o pacjentach swoich i kolegów/koleżanek”.
- „Lepszy kontakt interpersonalny (mowa niewerbalna ciała)”.
- „Brak rozmów w kulisach, brak bezpośredniej interakcji, konieczność wysokiego skupienia, co dla mnie jest trudne w formie online”.
- „Będąc w superwizji na żywo czuję więź z grupą i większą przynależność do niej”.
- „Online wygodniejsza, ale kontakt face to face daje dodatkowy materiał”.

Jeśli chodzi o miejsca korzystania z superwizji i jej finansowania, 64% badanych ma zapewnioną superwizję w głównym miejscu pracy, jednak i tak 75% psychoterapeutów poszukuje superwizora samodzielnie i opłaca go z własnych środków. W 11% przypadków superwizję zapewnia niepubliczny ośrodek, w 8% szkoła psychoterapii, w 6% — miejsce pracy (publiczna placówka). Nurt pracy superwizora deklarowany przez badane osoby wydaje się adekwatny do nurtów psychoterapii deklarowanych przez osoby biorące udział w ankiecie tzn. tożsamy z preferowaną modalnością psychoterapeuty (Ryc. 4).

33% badanych osób ma doświadczenie superwizji prowadzonej przez superwizora aplikanta. Zapytani o szacunkową liczbę odbytych godzin superwizji, badani w większości mieli trudność w jej określeniu. Wskazywali jednak na znaczną ich liczbę oraz długoletnie procesy superwizyjne. Z odpowiedzi, które zawierały konkretne dane liczbowe wyliczono średnią, która wyniosła $M = 408$ godzin. Największa grupa spośród badanej próby ($N = 136$) deklarowała miesięcznie między 4 a 6 godzin superwizji. Jeśli chodzi o cenę superwizji, najliczniejsza grupa ($N = 166$) to osoby płacące kwoty w granicach 150–250 zł za godzinę. W badanej próbie osoby badane miały już doświadczenia konsultacji u kilku superwizorów ($M = 5,64$), a obecnego superwizora znalazły najczęściej przez osobiste kontakty lub szkołę psychoterapii (Ryc. 5.)

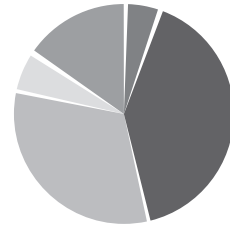
Spośród badanych osób 41% ($N = 105$) nie miała żadnych negatywnych doświadczeń z superwizją, 29% ($N = 75$) miała pojedyncze negatywne doświadczenie, zaś 25% ($N = 65$) kilka negatywnych doświadczeń.

● Psychoanalityczny	72
● Psychodynamiczny	150
● Behawioralno-poznawczy	19
● Egzystencjalny	13
● Systemowy	73
● Ericksonowski	24
● Gestalt	16
● Integracyjny	56
● Inne	26



Ryc. 4. Struktura badanej próby pod względem nurtu reprezentowanego przez superwizorów osób badanych

● Internet	14	5%
● Poprzez bezpośrednie polecenie...	105	33%
● Poprzez szkołę psychoterapii	82	32%
● Poprzez listę superwizorów	14	14%
● Inne	41	16%



Ryc. 5. Sposób znalezienia obecnego superwizora

Potrzeby superwizantów

Na jakościowe pytania o potrzeby osób superwizowanych odpowiedziało (w zależności od pytania) 231–242 osoby. Wyniki obrazuje Tabela 2.

Tabela 2. Potrzeby osób superwizowanych — synteza odpowiedzi na pytania opisowe

Co jest dla Pana/Pani najważniejsze w superwizji?	Wsparcie, pogłębienie rozumienia psychoterapii, szacunek, inna perspektywa, zaufanie i bezpieczeństwo, poszerzenie wiedzy
Czego Pan/Pani nie lubi w superwizji?	Krytyki, oceny, sztywności, wywyższania się, narzucania jedyne go słusznego punktu widzenia, spisywania sesji, braku zaangażowania superwizora, dyrektywności
Jakie cechy wg Pana/Pani powinien mieć superwizor?	Wiedzę, życzliwość, otwartość, kompetencje, cierpliwość, gotowość do uczenia, mówienie wprost, wyrozumiałość
Czego najbardziej oczekuje Pan/Pani od swojego superwizora?	Życzliwości, neutralności światopoglądowej wiedzy/mądrości, kompetencji, większego doświadczenia, empatii, szczerości oraz pokory

Potrzeby uszeregowane też zostały przez osoby badane w zadaniu specjalnym (Sekcja VI, pyt. 34. Czego oczekuje Pan/Pani od swojego superwizora?) w porządku od najbardziej do najmniej istotnej. Najistotniejsze okazały się:

1. Uwaga i uważność ułatwiająca uporządkowanie procesu terapeutycznego.
2. Pomoc w rozumieniu własnych emocji.
3. Oparcie i rozumienie własnych trudności.
4. Pomoc w wykorzystaniu własnych możliwości (rozwoju).

Przynależność pokoleniowa i etap kariery a wybrane aspekty
praktyki terapeutycznej i superwizji

Dla większej przejrzystości tekstu zaprezentowane zostaną wyniki tylko tych zestawień zmiennych, które wykazały się statystyczną istotnością lub takie, które z punktu widzenia postawionych pytań mogą być poznawczo cenne. Pozostałe pominięto, ale zostały one udostępnione redakcji kwartalnika „Psychoterapia”.

Analiza tabel krzyżowych z testami chi-kwadrat Pearsona wykazała, że w badanej próbie statystycznie istotne różnice międzypokoleniowe pod względem: (1) formy superwizji, (2) liczby godzin superwizji, (3) sposobu znalezienia superwizora czy (4) oczekiwań pod względem superwizora nie występują. Ponadto analiza wykazała istotne różnice międzypokoleniowe (chi-kwadrat = 14,682; $p = 0,023$) pod względem spostrzegania różnic pomiędzy superwizją online i superwizją na żywo. Im starsze pokolenie tym większa względna liczba badanych dostrzegała wspomnianą różnicę (patrz Tabela 2). Należy jednak zwrócić uwagę na niemal zerową reprezentację pokolenia Z.

Tabela 3. Liczności pokoleń vs. spostrzegane różnice pomiędzy superwizją online i na żywo

		Pokolenie			
		Pokolenie Z (12–27)	Millenials (Y) (28–41)	Pokolenie X (42–57)	Pokolenie baby boomers (58–76)
Czy dostrzega Pan(i) różnicę pomiędzy superwizją prowadzoną online i na żywo?	Tak	0	44	77	20
	Nie	0	27	31	4
	Nie mam zdania	1	25	25	1
Ogółem		1	96	133	25

Z kolei osoby badane będące na różnych etapach kariery różniły się pod względem:

1. Odsetka badanych korzystających z superwizji indywidualnej (chi-kwadrat = 24,587; $p = 0,0001$). Podczas gdy proporcja osób niekorzystających z superwizji do korzystających z niej na większości etapów kariery oscyluje między $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{3}$, wszyscy superwizorzy aplikanci i połowa superwizorów certyfikowanych korzysta z tej formy superwizji.
2. Odsetka badanych korzystających z *peer group supervision* (chi-kwadrat = 13,012; $p = 0,023$). Szczególnie wyróżniają się grupy: (1) psychoterapeutów z ukończonym szkoleniem, ale bez certyfikatu (38%) i (2) certyfikowanych superwizorów (56,6%). Można jednak sądzić, że powody korzystania z tej formy superwizji są w tych grupach różne.
3. Oczekiwań od superwizora. Test Kruskalla-Wallisa ($p < 0,05$) wskazał na występowanie istotnych różnic pod względem poziomu poszczególnych oczekiwań kierowanych do superwizora przez osoby na poszczególnych etapach kariery. Wyniki bardziej

szczegółowych analiz wskazały, że różnica dotyczy zmiennej „Oparcie i rozumienie moich trudności” (chi-kwadrat = 9,571; $p = 0,048$). Analiza poziomu średnich rang przyznawanych przez poszczególne grupy sugeruje, że im bardziej zaawansowany etap kariery, tym wyższa ranga nadawana w ramach tego oczekiwania.

Omówienie wyników

Struktura badanej próby

Uzyskane dane wskazują, że wśród psychoterapeutów liczebnie dominują kobiety i jest to potwierdzone również w innych badaniach: proporcje pomiędzy kobietami a mężczyznami psychoterapeutami z reguły wahają się pomiędzy 4:1 a 5:1 [1, 2]. Dysproporcję tę często tłumaczy się postrzeganiem zawodu psychoterapeuty głównie jako skorelowanego z cechami stereotypowo kobiecymi, jak np. wrażliwość, wysoka empatia, wsparcie itp. Wraz z rozwojem kariery zawodowej, dysproporcja pomiędzy płciami maleje. Nie ma jak dotąd danych dotyczących przyczyn tego zjawiska, lecz można przypuszczać, że czynniki wyjaśniające są podobne jak w przypadku luki płacowej: godziny pracy mogą być mniej korzystne dla kobiet z uwagi na inne obowiązki, (2) kobiety częściej zajmują się młodszymi lub starszymi członkami rodziny [8].

Większość psychoterapeutów prowadzi swoją praktykę w mieście powyżej 150 tys. mieszkańców, co pozwala stwierdzić, że psychoterapia dostępna jest głównie w większych miastach i tam też następuje jej największy rozwój.

Najlicniejsza grupa pod względem stażu to psychoterapeuci pracujący 6–15 lat w zawodzie, jednak w badaniu uzyskaliśmy nadreprezentację „dojrzałych psychoterapeutów”, co związane jest prawdopodobnie z dystrybucją ankiety oraz prawdopodobnym większym zainteresowaniem tematem ankiety szczególnie wśród starszych psychoterapeutów i supervisorów. Wśród badanych terapeutów dominował nurt psychodynamiczny, co jest reprezentatywne dla starszych towarzystw zrzeszających psychoterapeutów, czyli Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Większość z nas pracuje z dorosłymi, a około 1/3 z dziećmi i młodzieżą, co wydaje się świadczyć o zwiększonym zainteresowaniu udzielaniem pomocy psychoterapeutycznej tej grupie wiekowej. Terapia indywidualna jest nadal formą dominującą, zaś druga pod względem popularności jest terapia par.

Przynależność do pokolenia

Badanie potwierdziło, że teorie pokoleniowe nie są użytecznym konstruktem w kontekstach istotnych dla psychoterapeutów, co jest także krytykowane w literaturze przedmiotu [6]. Nie wykryto znaczących (istotnych statystycznie) różnic międzypokoleniowych pod względem: formy korzystania z superwizji, liczby godzin superwizji, sposobu poszukiwania superwizora czy oczekiwań względem superwizora. Jedyną wykrytą różnicą międzypokoleniową jest dostrzeganie różnicy jakościowej między superwizją online a superwizją na żywo. Wśród młodszych pokoleń mniej osób widzi różnicę pomiędzy nimi. Pokolenie starsze częściej tę różnicę

dostrzega, co łatwo można wytłumaczyć różnicą w doświadczeniu z rzeczywistością online, która dla młodszych pokoleń wydaje się już uniwersalna i równorzędna. Czy zatem w przyszłości uznamy, że superwizja na żywo i superwizja online są równorzędnymi procesami?

Etap kariery zawodowej

Wykryto istotne różnice pod względem formy korzystania z superwizji pomiędzy grupami podzielonymi z uwagi na zaawansowanie kariery. Najczęściej korzystano z superwizji indywidualnej. Wszyscy superwizorzy aplikanci korzystali z tej formy superwizji. Grupę certyfikowanych superwizorów wyróżnia natomiast korzystanie z *peer group supervision*, co rozumieć można jako dojrzałą umiejętność szukania dla siebie wsparcia i zrozumienia wśród grupy rówieśniczej i zawodowej.

Wykryto różnice w podziale na etapy kariery zawodowej a dostrzeganiem różnic między superwizją online a na żywo. Osoby z bardziej zaawansowaną karierą generalnie częściej dostrzegają tę różnicę (podobny wynik widoczny jest przy podziale na pokolenia).

Ujawniono jeszcze różnicę wobec oczekiwań od superwizora: im dalszy etap kariery zawodowej, tym ważniejsza staje się potrzeba oparcia i rozumienia trudności.

Nie wykryto różnic pomiędzy grupami pod względem liczby godzin superwizji. Nieprawdą zatem jest, że psychoterapeuci na początku swojej kariery zawodowej różnią się od doświadczonych psychoterapeutów w zapotrzebowaniu na superwizję. Z badania wynika, że liczba godzin superwizji nie jest istotnie różna na poszczególnych etapach kariery zawodowej.

Preferencje i potrzeby psychoterapeutów w superwizji

Niemal wszyscy badani terapeuci mają potrzebę uczestniczenia w superwizji, najczęściej indywidualnej, w drugiej kolejności grupowej. Psychoterapeuci, prawdopodobnie z uwagi na rzeczywistość postpandemiczną oraz ułatwienia związane z kontaktem online preferują formę superwizji mieszanej (na żywo i online). Ponad połowa z nas dostrzega różnice pomiędzy tymi formami.

Więcej niż połowa badanych ma zapewnioną superwizję w miejscu pracy, co wskazywałoby na upowszechnianie się procesu superwizji w instytucjach. Mimo to większość psychoterapeutów superwizuje się prywatnie. Z analizy wynika, że najczęściej jesteśmy lojalni wobec własnego nurtu i uczestniczymy w superwizji u superwizora reprezentującego naszą modalność. Jednakże, kiedy pojawia się niezgodność modalności psychoterapeuty i superwizora (np. psychoterapeuta CBT), to szukamy superwizora z nurtów psychologii głębi. Co ciekawe, odwrotny wektor poszukiwań, tj. psychoterapeuta analityk, a superwizor reprezentujący CBT, nie jest obserwowany.

Okolo 1/3 badanych skorzystało z superwizji u superwizora aplikanta, co prawdopodobnie jest podyktowane formalnymi ograniczeniami związanymi z brakiem certyfikatu superwizora, liczbą godzin zaliczanych do certyfikatu psychoterapeuty itp. Najwięcej osób ma od 4 do 6 godz. superwizji w miesiącu, co stanowi dość optymistyczny wynik. Przybliżona, łączna liczba godzin superwizji w dotychczasowej pracy zawodowej wyniosła 408 godz.

Niestety aż 55% badanych miało minimum jedno i więcej negatywnych doświadczeń z superwizji. Z danych uzyskanych od respondentów wynika, że w ciągu swojej kariery

średnio będą oni mieli kontakt z ok. 5,64 superwizorami, co zestawiając z poprzednim wynikiem powinno skłaniać do namysłu nad odpowiedzialnością, którą ponosi superwizor.

Superwizora najczęściej szukamy, kierując się bezpośrednim poleceniem. Superwizję postrzegamy jako dość dostępną w naszym kraju, wysoko cenimy kompetencje superwizorów, przydatność w psychoterapii oraz widzimy jej wpływ na proces wprowadzania zmian w psychoterapii.

Na podstawie wyników uzyskanych w zadaniu specjalnym stworzono odwróconą piramidę potrzeb w superwizji (Ryc. 6), która obrazuje potrzeby superwizantów w porządku od najbardziej do najmniej istotnej. Na miejscu pierwszym znajduje się potrzeba uważności ułatwiającej uporządkowanie procesu, co pokrywa się z sondą J. Bomby i K. Bierzyńskiego [7]. Ciekawy jest fakt, że największą potrzebą superwizantów w obu badaniach jest właśnie uważność superwizora, która ma uporządkować im proces terapeutyczny.

Na miejscu drugim znalazło się: oparcie i rozumienie trudności psychoterapeuty, a na miejscu trzecim pokierowanie w pracy z pacjentem. Triadę tę można uznać za najważniejsze potrzeby w procesie superwizyjnym, a stosowanie jej w pracy superwizorskiej powinno być zgodne z oczekiwaniami wyrażonymi przez psychoterapeutów.

Co ciekawe, najmniej oczekiwane w superwizji są w kolejności: ocena pracy potrzebna do awansu (zaświadczenia) i krytyka błędów (wynik identyczny jak w sondzie z 2015 r.). Zrozumiałym jest fakt, że potrzeba oceny w superwizji nie jest bardzo pożądana przez superwizantów, ale wynik ten można również rozumieć jako spowodowany wysoką wrażliwością na krytykę, ponieważ sam proces superwizyjny zawiera w sobie element ewaluacji więc i oceny, która jest niezbędna podczas rozwoju kariery zawodowej. Jest to związane chociażby z odpowiedzialnością spoczywającą na superwizorze rekomendującym.



Ryc. 6. Odwrócona piramida potrzeb w superwizji

Być może też podczas badania doszło do nasilenia autocenzury albo nawet zaprzeczania motywacjom związanym z zaświadczeniami z superwizji.

Nasze badanie nie jest wolne od pewnych ograniczeń. Pomimo prób dotarcia do psychoterapeutów CBT w badanej próbie było ich niewiele, co utrudnia uogólnianie wyników na tę grupę. Tematyka ankiety była też od początku jawna, co mogło spowodować, że psychoterapeuci unikający superwizji nie wzięli w niej udziału. Z konieczności niewielka jest reprezentacja pokolenia Z, co zachęca to powtórzenia badania w perspektywie kilku lat.

Wnioski

Badanie przeprowadzone w 2022 roku: „Superwizja psychoterapii — ankieta dla psychoterapeutów”, zaowocowało interesującymi wnioskami o polskiej psychoterapii i superwizji.

Po pierwsze z analizy wynika, że superwizja cieszy się ogromnym zainteresowaniem w gronie profesjonalistów.

Po drugie nie istnieją znaczące różnice pomiędzy poszczególnymi pokoleniami (generacjami) w spostrzeganiu superwizji. Brak jest istotnych różnic pokoleniowych w formie korzystania z superwizji. Teorie pokoleniowe raczej nie wykazują w tym temacie użyteczności i można je traktować jako stereotypowe.

Po trzecie sklasyfikowano potrzeby w superwizji. Z badania wynika, że najważniejsze z nich to w kolejności: uważność ułatwiająca uporządkowanie procesu terapeutycznego, oparcie i rozumienie trudności superwizanta oraz potrzeba pokierowania w pracy z pacjentem. Po czwarte można wnioskować, że nastąpiło upowszechnienie superwizji online, jednakże to starsi psychoterapeuci częściej widzą różnicę pomiędzy superwizją online a superwizją na żywo.

Piśmiennictwo

1. Suszek H, Grzesiuk L, Styła R. Kto i w jaki sposób prowadzi psychoterapię w Polsce. *Psychiatria* 2015; 14(2):90–100.
2. Frąckowiak-Sochańska M, Hermanowski M. Psychoterapeuci i psychoterapeutki w czasie pandemii. Raport z badań. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2020.
3. Scott J. *A dictionary of sociology*, 4th ed. Oxford: OUP Oxford; 2014.
4. Strauss W, Howe N. *Generations. The history of America's future, 1584 to 2069*. New York: Harper Perennial; 1992.
5. Google Scholar, dostęp: 1.01.2024 r.
6. Constanza DP, Rudolph CW, Zacher H. Are generations a useful concept? *Acta Psychologica* 2023; 241:104059.
7. Bomba J, Bierzyński K. Potrzeby i zasady stosowania superwizji psychoterapii. *Psychoter.* 2015; 173(2): 5–14.
8. International Labour Organization. *Understanding the gender pay gap* [Internet]. Geneva: International Labour Organization; 2019. dostęp: <https://www.ilo.org/employers>

**X KONFERENCJA
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHOTERAPII
PSYCHODYNAMICZNEJ
LECZENIE ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI — AGRESJA
W RELACJI TERAPEUTYCZNEJ**

**7-8 WRZEŚNIA 2024 — KRAKÓW — UL. ORZECHOWA 11
— HOTEL METROPOLO BY GOLDEN TULIP**

Za merytoryczne przygotowanie konferencji odpowiada

Rada Programowa w składzie:

Maria Bazan — Zarząd Główny PTPPd,

Janusz Kitrasiewicz, Zuzanna Korga i Maciej Wilk

— Rada Programowa PTPPd.

Komitet organizacyjny pod przewodnictwem **Bożeny Gramatyki**

w składzie: **Katarzyna Gwóźdź, Paulina Mikulaścik-Wąsacz,**

Henryk Nowacki, Danuta Pisarek, Magdalena Wojciechowska.

Celem konferencji jest wymiana wiedzy, doświadczeń wynikających z teorii połączonej z praktyką kliniczną psychoterapeutów psychodynamicznych pracujących z osobami cierpiącymi z powodu zaburzeń osobowości oraz refleksja nad procesem odzwierciedlania się agresji w relacji terapeutycznej, sposobem, w jaki na nią wpływa i skąd pochodzi. Posługując się podejściem strukturalnym do zaburzeń osobowości można zaobserwować, że na różnych poziomach zaburzeń osobowości agresja manifestuje się w różnorodny sposób.

Wiedza o tej różnorodności agresji z uwzględnieniem poziomu psychopatologii niewątpliwie wpływa na rozumienie pacjentów, diagnozę poziomu zaburzeń, prognozy terapeutyczne oraz leczenie.

Podczas konferencji swoją wiedzą podzielą się:

**Frank Elton Yeomans, M.D., Ph.D., Otto Kernberg, M.D., F.A.P.A.,
Janusz Kitrasiewicz, Paweł Glita, Hubert Stöcker, Joanna Gurańska,
dr Wojciech Pol, Wojciech Filonowicz, Piotr Olejnik**

Wszystkie informacje oraz formularz zgłoszenia znajdują się pod linkiem:

<https://konferencja.ptppd.pl>

KOMUNIKATY ZIMA 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 anioly**”.

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

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

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

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

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

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

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

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



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