KWARTALNIK NR 1 (208) 2024

# PSYCHOTERAPIA

Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne

Uniwersytet Jagielloński
w Krakowie
Collegium Medicum

SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

# PSYCHOTERAPIA

NR 1 (208) 2024

Impact Factor — 0,2
Liczba punktów MNiSW — 40

**Spis treści**

**Od Redakcji** ..... 3

**Homo ludens**
Jacek Bomba, Wanda Szaszkiewicz ..... 5

**Praktyki terapeutyczne w przypadku anorgazmii u kobiet — perspektywa poznawczo-behawioralna**
Alicja Kozakiewicz ..... 13

**Trening Zastępowania Agresji (ART) i jego efektywność w świetle powrotności sprawców przestępstw agresywnych do przestępstwa**
Anna Więcek-Durańska, Piotr Cześnik, Olga Pielacha, Maria Tomaszewska, Urszula Rucińska, Sylwia Wojciechowska, Olga Szczepankowska ..... 25

**Kwestionariusz Poczucia Doznawania i Stosowania Przemocy w związkach intymnych (KPDiSP)**
Dorota Dyjakon, Beata Rajba ..... 43

**Kodeks etyczny psychoterapeutów** ..... 55

**Komunikaty** ..... 63

**Procedura publikowania w „Psychoterapii”** ..... 67

KRAKÓW — WIOSNA 2024

**KOMITET REDAKCYJNY**

| | |
|---|---|
| **Redaktor** | Mariusz Furgał |
| **Zastępca redaktora** | Kazimierz Bierzyński |
| **Zespół redakcyjny** | Stanisław Maj, Łukasz Müldner-Nieckowski, Joanna Sadzawicka-Olczak, 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<br>Katedra Psychiatrii<br>Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum<br>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**

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

http://www.psychoterapia.ptp.pl
www.sekcjanaukowapsychoterapii.org
e-mail: biuro@krwptp.pl

Nakład 90 egzemplarzy

Uprzejmie informujemy, że wpłat za prenumeratę oraz zamówione pojedyncze zeszyty „Psychoterapii" należy dokonywać na konto:
PKO BP I/O Kraków 42 1020 2892 0000 5302 0015 4849
Cena pojedynczego numeru w roku 2024 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

Szanowne Czytelniczki i Czytelnicy!

W Państwa ręce trafia pierwszy w tym roku numer kwartalnika „Psychoterapia". Artykuły w nim zawarte dostarczają naukowego opracowania tematów szeroko eksploatowanych w kulturze masowej, którymi są: zabawa, seks, agresja i przemoc.

Począwszy od rozmowy Wandy Szaszkiewicz i Jacka Bomby pod wymownym tytułem „Homo ludens", poprzez artykuł Alicji Kozakiewicz pt. „Praktyki terapeutyczne w przypadku anorgazmii kobiet — perspektywa poznawczo-behawioralna", następnie artykuł Anny Więcek-Durańskiej, Piotra Cześnika i in. zatytułowany „Trening Zastępowania Agresji (ART) i jego efektywność w świetle powrotności sprawców przestępstw agresywnych do przestępstwa", a na artykule Doroty Dyjakon i Beaty Rajby, który przedstawia „Kwestionariusz Poczucia Doznawania i Stosowania Przemocy w związkach intymnych (KPDiSP) skończywszy, autorki i autorzy dzielą się z nami swoimi przemyśleniami, badaniami i doświadczeniem praktycznym w konfrontacji z popędowością człowieka. Tym aspektem natury ludzkiej, bez którego nie sposób wyobrazić sobie spełnionego, satysfakcjonującego życia, a w związku z tym niejednokrotnie stanowiącego oś problemów naszych pacjentów.

Wanda Szaszkiewicz i Jacek Bomba zastanawiają się nad rolą zdolności do zabawy w rozwoju i podtrzymaniu zdrowia psychicznego. W tej rozmowie pojawiają się takie tropy, jak Johan Huizinga, Donald Winnicott, Jean Baudrillard i wiele innych, dzięki którym możemy pogłębić refleksję zainspirowaną przez Rozmówców. A mierzą się oni z takimi pytaniami, jak to, czym jest dobra zabawa? Czy zabawa jako rozrywka i odreagowanie jest czymś przeciwstawnym zabawie jako kreatywności? Jaka jest funkcja zabawy u dzieci, a jaka u dorosłych? Czy są one różne? I, finalnie, jak zabawa jest wykorzystywana w służbie psychoterapii?

Co ciekawe, korzyści wynikające z rozwoju zdolności do zabawy, na które wskazują Jacek Bomba i Wanda Szaszkiewicz, są bardzo podobne do tych, które mają być efektem procedur terapeutycznych stosowanych wobec sprawców przestępstw agresywnych czy leczenia anorgazmii u kobiet.

Można dostrzec pewną analogię pomiędzy funkcją terapeutyczną zabawy w terapii dzieci — którą Wanda Szaszkiewicz określa jako uwolnienie od napięć, emocji, blokad; nauczenia się różnych sposobów wyrażania uczuć i rozwiązywania osobistych problemów; a także używania funkcji projekcyjnych zabawy do lepszej komunikacji — a umiejętnościami społecznymi, które są celem Treningu Zastępowania Agresji (ART).

Anna Więcek-Durańska, Piotr Cześnik i in. przedstawiają rezultaty badania, w którym wzięli udział osadzeni w więzieniu za popełnienie przestępstw agresywnych. Waga oddziaływań przeciwdziałającym powrotowi do przestępstwa wydaje się bezdyskusyjna. Autorzy opisują metodę, w ramach której uczestnicy programu mogą nabyć dziesięć z pięćdziesięciu umiejętności prospołecznych, stanowiących alternatywę wobec agresji. Wśród tych umiejętności znajdują się i wykonywanie poleceń, i właśnie wyrażanie swoich uczuć, a także obrona swoich praw, radzenie sobie z presją grupy czy podejmowanie decyzji. Szczegółowo i rzetelnie przeprowadzone i opisane w artykule badanie dostarczyło

obiecujących wyników: spadek poziomu odczuwanego gniewu, wrogości wobec siebie i innych, gotowości do agresji fizycznej i werbalnej — w okresie krótkoterminowym po udziale w programie, a także uzyskanie pozytywnej oceny kryminologicznej opartej na zaobserwowaniu u osadzonych kompetencji umożliwiających przystosowanie się do społeczeństwa bez powrotności do przestępstwa — w okresie długoterminowym.

Ponownie odwołam się do rozmowy Wandy Szaszkiewicz i Jacka Bomby. Pojawia się w niej myśl, że cechami pierwotnej dziecięcej zabawy są bezinteresowność, bezproduktywność i silne napięcie, zaangażowanie emocjonalne. Wydaje się, że echem tych właśnie cech są efekty terapeutycznych praktyk w przypadku anorgazmii opisanych przez Alicję Kozakiewicz. Oczywiście efektem wymienionym przez autorkę nie jest bezinteresowność czy bezproduktywność, lecz większe prawdopodobieństwo wystąpienia orgazmu podczas masturbacji i/lub stosunku, ale już przyglądając się bliżej przedstawionym komponentom stosowanej terapii można pokusić się o taką syntezę. Ukierunkowana masturbacja, koncentracja na doznaniach i systematyczna desensytyzacja to procedury terapeutyczne przedstawione w artykule, które pozwalają na pojawienie się przyjemności seksualnej u pacjentek, łącząc różne jej źródła: poczucie autonomii i kontroli w czasie masturbacji z obopólną satysfakcją i bliskością w czasie stosunku; zwiększenie uważności na doznania zmysłowe przy jednoczesnym zrelaksowaniu się, obniżeniu lęku i rezygnacji z presji na efekt. Pozostałe elementy terapii, opisane przez Alicję Kozakiewcz, takie jak edukacja seksualna, restrukturyzacja poznawcza, trening komunikacji i ćwiczenia Kegla stanowią podstawę poprawy funkcjonowania seksualnego u kobiet z anorgazmią.

Artykuł Doroty Dyjakon i Beaty Rajby to niezbędne dopełnienie narzędzi diagnostycznych psychoterapeuty. Autorki podjęły się skonstruowania i walidacji kwestionariusza, który uwzględniałby zarówno poczucie doznawania, jak i stosowania przemocy w związkach intymnych. Celnie wskazują, że w cyklu przemocy nieraz trudno jest rozpoznać, kto jej doznaje, a kto stosuje, w tym również sami partnerzy mają pomieszanie i trudności z nazwaniem swojego doświadczenia. Bez popadania w symetryzm udało im się wyjść z pułapki tej opozycyjności pojęć i opracować rzetelne narzędzie do zastosowania zarówno przez specjalistów, interwentów, psychoterapeutów i szeroko pojętych pracowników pomocy społecznej, jak i przez samych pacjentów do analizy własnych doznań i zachowań partnera.

Last but not least, chcemy gorąco podziękować Wandzie Szaszkiewicz za wieloletnią współpracę z czasopismem „Psychoterapia". Wraz z Państwem mogliśmy korzystać z Jej wnikliwości, otwartości myślenia oraz zaangażowania, dzięki którym powstawały kolejne sylwetki psychoterapeutów. Ma to szczególne znaczenie w tworzeniu naszego wspólnego środowiska, choć oczywiście zasadniczą wagę w jego budowaniu ma Jej praca bezpośrednio z pacjentami, rodzinami w Oddziale Klinicznym Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, a także psychologami, adeptami psychoterapii w ramach szkoleń i superwizji.

Dziękujemy Jej również za rozmowę publikowaną w tym numerze, a Państwu życzymy owocnej lektury!

**Joanna Sadzawicka-Olczak**

PSYCHOTERAPIA 1 (208) 2024
STRONY: 5–12
DOI: 10.12740/PT/192927

# HOMO LUDENS

**Jacek Bomba:** Czy powinienem czuć się zaskoczony, że interesuje Cię zabawa, a właściwie wartość zabawy dla zdrowia psychicznego?

**Wanda Szaszkiewicz:** Absolutnie nie! Bardziej zaskakujące jest to, że dopiero teraz o tym rozmawiamy, bo przecież zabawa towarzyszy nam od dzieciństwa, a na starość umila życie. Może po prostu czyni je znośnym i dlatego jest jeszcze bardziej potrzebna. Oczywiście jej forma się zmienia, ale na przykład w snach nadal możemy fikać koziołki, mimo słabszej formy. Jest też niedoceniana i dlatego chciałam o niej porozmawiać.

**J.B.**: To może zacznijmy od powodów niedoceniania zabawy, bo trudno stwierdzić, że nie uważa się zabawy za podstawowy wyraz aktywności dziecka. Psychologia rozwojowa traktuje ją za bazowy sposób poznawania świata przez dziecko. Dostrzega w niebawieniu się i braku przyjemności w zabawie objawy poważnych zaburzeń rozwoju.

Anhedonia była wpierw opisywana jak objaw schizofrenii dziecięcej, a potem — depresji u dzieci. Johan Huizinga[1] wysunął koncepcję, że bawienie się jest niezbywalną cechą człowieczeństwa. Więc dlaczego jest niedoceniana? Czy kultura, w której żyjemy, postrzega ją jako zdrożność? Może to wynik kontrolowania dostępu do przyjemności przez tych, którzy sprawują władzę?

**W.Sz.:** Rzeczywiście, zabawa była opisywana przez uczonych jako ważny element życia pełniący poważne funkcje. Oprócz Johana Huizingi, który w książce „Homo ludens" wykłada, że zabawa ma moc tworzenia kultury i to zarówno wysokiej, jak i niskiej, o funkcji zabawy bardzo interesująco i afirmująco pisali Donald Winnicott i Zygmunt Freud, także socjologowie: James E. Combs czy Jean Baudrillard, a u nas m.in. Anna Brzezińska. Z drugiej strony pamiętam słowa starej harcerskiej piosenki: „Przestańcie się już bawić i czas swój marnotrawić, niech każdy z was się szczerze do pracy swej zabierze", które były wyrazem społecznego nacisku na wartość pracy i zajęć „pożytecznych". Niby teraz lepiej rozumiemy sens zabawy, ale wydaje mi się — nie wiem, czy się zgodzisz — że ludzie mniej i inaczej się bawią niż dawniej, w czasach naszego dzieciństwa, a nawet młodości. I znowu powraca nakaz z tej piosenki skierowany zarówno do dzieci, które obowiązuje coraz więcej dodatkowych zajęć, jak również do ich rodziców, pracujących w kilku firmach równocześnie. Może to, co mówię brzmi jak dziaderskie narzekanie w stylu „nasze czasy były lepsze", ale często młodzi narzekają, że w dzisiejszych czasach nie mają szans na zabawę.

**J.B.:** Sądzisz zatem, że zmiany zachodzą w czasie, a ich kierunek cię niepokoi. Widzisz w tym wpływ kultury przedkładającej pracę nad zabawę. Ale i rozwój technologii wypierającej zabawy towarzyskie biernym gapieniem się w ekran?

---

[1)] Johan Huizinga 1872–1945 — holenderski historyk i językoznawca; specjalizował się w historii i teorii kultury

**W.Sz.:** Wszelkie zmiany, w tym również te dotyczące sposobów zabawy, zachodzą w czasie, ale zależą od zjawisk i procesów społecznych specyficznych dla tego czasu. Przykładem może być to, jak w Polsce w czasach ponurej komuny rozwinęły się formy świetnej, kabaretowej rozrywki. Oglądaliśmy w telewizji Kabaret Starszych Panów oraz Olgi Lipińskiej „Właśnie leci kabarecik", chodziliśmy do Piwnicy pod Baranami, a także sami tworzyliśmy teksty zabawnych fraszek i piosenek rozładowujących napięcie i beznadziejność tych czasów. Ten cienki, pełen aluzji humor pozwalał przetrwać ponure czasy, dawał namiastkę wolności. Co do technologii, rzeczywiście paradoksalnie staje się tak, że jej rozwój, zamiast podnosić poziom rozrywki, obniża ją i czyni nas biernymi odbiorcami niezbyt mądrych filmików. Rzeczywiście, bardzo mnie to niepokoi, bo dotyczy nawet bardziej osób dorosłych niż dzieci. Wydaje mi się, że dzieci obronią dobrą zabawę we wszystkich jej przejawach, o ile nie za wcześnie dostaną do rąk urządzenia elektroniczne, które odbiorą im inwencję związaną z innymi formami zabawy. Pamiętam swoje dzieci, które po szkole wraz z grupą na osiedlu wymyślały różne gry i zabawy, głównie ruchowe. Obserwowałam to towarzystwo i muszę powiedzieć, że teraz oni wszyscy wykazują się dobrymi kompetencjami społecznymi, a więzi między nimi przetrwały do dziś, gdy mają już własne dzieci. Wszystkie te dzieciaki miały dużo swobody i bujną wyobraźnię w podejmowanych akcjach. Kopały piłkę i bawiły się w chowanego, ale też urządzały teatr na osiedlu czy rewię własnych piosenek pod naszymi oknami. Z czasem, już w pracy, spotykałam dzieci, które nie potrafiły się bawić. Ich terapia polegała między innymi na zabawie z nimi. Przez wiele lat pracowałeś w psychiatrycznym oddziale młodzieżowym. Jakie masz myśli na ten temat. Czego nie powinno się zaniedbać w kwestii zabawy w wychowaniu dzieci, a także w ich terapii? Co jest najważniejsze w zabawie z dziećmi i młodzieżą?

**J.B.:** Dzieci, adolescenci i dorośli mają przecież indywidualne cechy. Najważniejsze, niezależnie od etapu rozwoju — bo jestem zwolennikiem tezy Erica Eriksona o rozwoju przez całe życie — jest dostrzeganie indywidualności dziecka i dostosowanie postępowania do niej. Podobnie jak ty sądzę, że ważna jest wolność, której granice są wyznaczone przez osiągnięte kompetencje. Maria Orwid wyrażała to aforyzmem: „tyle wolności, ile odpowiedzialności dziecko potrafi udźwignąć, plus odrobina". Zabawa powinna być bezpieczna. Już nie wypuszcza się raczkujących dzieci na obejście, na którym mogą bezpiecznie bawić się z kurami, bo nie ma takich bezpiecznych obejść. Teraz dla maluchów ważniejsza jest bliskość i pomieszczanie zagrożeń, bo cywilizacja przynosi ich coraz więcej, od samochodów w obejściu poczynając. Dzieci bawią się w grupie dopiero w wieku przedszkolnym, a podejmują zabawy tematyczne w wieku szkolnym.

Te nabywane w rozwoju kompetencje należy też uwzględniać w psychoterapii. Każdy pacjent Anny Freud, a leczyła małe dzieci, miał w jej gabinecie swoje pudełko z zabawkami. Adolescent zaś chętniej weźmie udział w zabawie — ćwiczeniu umiejętności społecznych lub psychodramie.

Zwróciłaś uwagę na zmiany rodzaju rozrywki w Polsce od drugiej połowy ubiegłego wieku. Piotr Skrzynecki, Jeremi Przybora, Jerzy Wasowski i Olga Lipińska tworzyli wysublimowaną rozrywkę skierowaną do inteligencji. Twórcy Piwnicy — wiemy to z osobistego doświadczenia — sami się przy tym bawili. Takich twórców było więcej. Nadal są. Ale dominuje rozrywka masowa w nowym wydaniu. Koncerty rozrywkowe dla tłumu widzów. Nie ma na nich miejsca na indywidualne przeżycie. To tak, jakby przeważała

regresja do czwartego roku życia, kiedy przyjemność płynie z doświadczenia obecności innych. Przypomina mi się pytanie o znaczenie, jaką odgrywa kontrola nad dostępem do przyjemności sprawowana przez panujących. Mówi się, że Rzymem rządzili cesarze za pomocą chleba i igrzysk. Jaki sens ma promowanie kreatywnej zabawy wobec wygody zajęcia dziecka bajką w tablecie i zalewu igrzysk dla dorosłych?

**W.Sz.:** W dzisiejszych czasach konsumpcji właśnie promowanie kreatywnej zabawy ma duży sens, bo tak się dzieje, że zabawa traci swoją dawną cechę indywidualnej swobody, tylko jest konsumentowi podsuwana w gotowej postaci. Dowiadujemy się co więcej, że człowiek ma prawo do zabawy, tak jak do odpoczynku i urlopu, ale przecież samodzielne korzystanie z zabawy jest czymś innym niż narzucony jej sposób. Przeczytałam w artykule Joanny M. Byrskiej, pt. „Zabawa jako wartość”[2], że według Baudrillarda[3] dzisiejsze społeczeństwo wymaga porad ekspertów we wszystkich obszarach życia. Doradzają oni, jak się bawić, układając tematy i schematy dobrej zabawy oraz podając jej miejsce i czas. Zabawa spontaniczna, nieprzygotowana przez specjalistów nie ma odpowiedniej wartości w tym świecie. Z drugiej strony Combs[4] zauważa, że żyjemy w świecie nadmiaru dóbr. Człowiek ma z nich korzystać najlepiej szybko, ze śmiechem wydając zarobione pieniądze i bawiąc się bez opamiętania. Ale w co się bawić? Od tego są eksperci i albo oni, albo reklamy, nam to podpowiedzą. Jak widać socjologowie kultury nie mają złudzeń, że zabawa ma dla świata konsumpcji dużą wartość, a im bardziej masowa i głośna, tym atrakcyjniejsza dla mas, czyli taka jaka właśnie ma szanse na przetrwanie. A my się tu martwimy! A poważnie mówiąc, właśnie z tego powodu się martwimy, że zabawa przestaje być frajdą niosącą radość, przyjemność, oswajanie lęków i dającą poczucie przynależności, lecz staje się wyznacznikiem statusu społecznego. I to jest moja odpowiedź na Twoje ostatnie pytanie o sens promowania kreatywnej zabawy w sytuacji, gdy ludzie wybierają aktywności mniej wartościowe. Jak temu zaradzić? Czy w ogóle jest to możliwe?

**J.B.:** Nie potrafię odpowiedzieć na tak postawione pytanie. Zawsze warto podejmować działania, nawet kiedy cele wydają się nieosiągalne. Warto przy tym pamiętać, że prócz cesarzy są jeszcze religie, które w zabawie dostrzegają zagrożenie dla ducha.

**W.Sz.:** Przyjmę to jednak jako optymistyczną odpowiedź, skoro uważasz, że zawsze warto działać, nawet wtedy, gdy cel wydaje się nieosiągalny. Rozumiem, że chodzi o działanie w słusznej sprawie, czyli tej, o której rozmawiamy: żeby ludzie nie zatracili zdolności do kreatywnej, rozwijającej zabawy. Wydaje się, że pomimo wielu zagrożeń nie zatracili. Nawet gdy chodzi o różne religie, jak pisze Huizinga w „Homo ludens”, w ich prapoczątkach (nazywa to okresem archaicznej sakralności ludycznej) ofiary i misteria odbywały się „pod postacią najczystszej zabawy”. Z tego w naszej kulturze zostały jasełka. Autor cytuje także Platona, który, zastanawiając się, jak można żyć najlepiej, odpowiedział „bawiąc się i weseląc, to jest składając ofiary bogom i wielbiąc ich śpiewem i tańcem”. Z czasem, jak wiemy, religia chrześcijańska określiła dokładnie, jak wolno się bawić, aby to było Bogu miłe. W Biblii jest wiele wskazówek, które, przetłumaczone przez duchownych

---

2) Joanna Mysona Byrska: „Zabawa jako wartość? Kultura i Wartości”, 2018; (1): 53–67.

3) Jean Baudrillard, francuski socjolog i filozof kultury, był radykalnym krytykiem konsumpcjonizmu i globalizacji kultury.

4) James E. Combs, amerykański politolog, autor książki „Świat zabaw. Narodziny nowego wieku ludycznego”.

na język praktyki, w dużej mierze ograniczyły swobodną, kreatywną zabawę. Gdyż ich zdaniem zabawa i rozrywka to dary Boga dane po to, abyśmy mogli zbliżyć się tylko do niego. Poskutkowało to niestety oddalaniem się ludzi myślących inaczej od tych, którzy uznają powyższe zasady. W czasach współczesnych z kolei poskutkowało to wśród osób wierzących falą poczucia winy, która jak tsunami dokonała zniszczeń w postaci różnych objawów jak lęki i inne. W samym Kościele jednak powoli dochodzi na przykład do złagodzenia praktykowania postu piątkowego, podczas którego nie wolno było uczestniczyć w zabawach, czyli także w niektórych spotkaniach towarzyskich. A są one jak wiadomo miejscem zabawy i swawoli, których ludzie bardzo potrzebują. W uzasadnionych przypadkach Kościół zgadza się na to uczestnictwo. Teraz zastanawiam się, dlaczego — a było to dawno temu — w naszym domu wybraliśmy na dzień spotkań towarzyskich czwartek, nie piątek. Powód racjonalny był taki, żeby mieć wolny weekend na wypady rodzinne. Ale może podświadomie nie chcieliśmy naruszać tabu? Mam nadzieję, że dzisiejsze pokolenie uwalnia się z tej opresji.

**J.B.:** Wiele religii dostrzega wartość radości w czczeniu bóstwa. Oznaczałoby to, łącznie z różnicami w podejściu filozofów do zabawy, że hipoteza o zaniku umiejętności zabawy u współczesnych nam jest słabiutka. Co więcej, chyba sfalsyfikowana, skoro zawsze byli ci, którzy dostrzegali wartość zabawy, i tacy, którzy widzieli w niej zło. Sprawę komplikuje wspomniany tekst piosenki harcerskiej o marnotrawieniu czasu w zabawie. A przecież harcerstwo było i jest zabawą! Zresztą wakacje *all inclusive* w tropikach albo kolacja w trzygwiazdkowej restauracji, to też zabawa, prawda? Ale o ile harcerstwo jest zabawą przygotowującą do dorosłości, która przecież następuje nieuchronnie, to kolacja w *Tour d'Argent* nie przygotowuje do bycia bogaczem.

Gdzie jest granica zabawy, której nie wspierałabyś?

**W.Sz.:** Rzeczywiście trudno zweryfikować hipotezę o zanikaniu w dzisiejszych czasach umiejętności zabawy, tak bardzo złożone jest to zagadnienie. Zgodzę się, że lepiej skupić się na Twoim pytaniu o to, jakich zabaw, rozrywek nie popieramy i dlaczego. Gdzie są granice akceptacji? Być może będą ich dwa rodzaje — te uniwersalne, podtrzymujące wartości kulturowe i te subiektywne, wynikające z naszych własnych upodobań. Do tych pierwszych zaliczyłabym zapewnienie bezpieczeństwa innym i sobie samemu nawet w sytuacji, gdy nas ponosi i zachowujemy się regresywnie, wtedy, gdy tego potrzebujemy. Pamiętam, że gdy w Norwegii chłopcy z radości po zdanej maturze wrzucili stary samochód do fiordu, ich rodzice tłumaczyli, że trzeba im wybaczyć tę erupcję szczęścia, bo po weekendzie już wszystko się zmieni, pójdą do pracy, będą dorośli! Dotyczy to też kontroli ilości alkoholu na imprezach „z okazji", a tym bardziej narkotyków, których użycie dla rozrywki świadczy właśnie o braku umiejętności zabawy. Użycie agresji „dla rozrywki" też uchodzi za naganne, ale wiemy dobrze, że się zdarza. Do tej wyliczanki zaliczam też złośliwości słowne, których autorzy uważają, że są one przejawem ich inteligencji. Nie znoszę też wulgaryzmów, które mają śmieszyć.

Inną ważną cechą dobrej zabawy powinien być taki jej poziom, który sprawia, że nie ogłupia ludzi. Ale ten wymóg już jest trudniejszy do zdefiniowania i przenosi nas w obszar estetyki, dobrego smaku, wrażliwości na piękno i bardziej indywidualnych wyborów. Uważam jednak, że rozwijanie powyższych cech w dzieciństwie i młodości jest niezbędne, żeby człowiek mógł w przyszłości dobrze i mądrze się bawić. Zaczyna się

od opowiadania dowcipów: Teraz są to częściej dowcipy rysunkowe lub filmiki. Sztuką jest, żeby te tak zwane głupie kawały były równocześnie śmieszne, a więc pełniły funkcję rozrywki, a więc nie były takie głupie! Wtedy możemy powiedzieć, że są dobre. A jako takie są potrzebne.

**J.B.:** Uściślijmy zatem, o co bardziej chodzi w zabawie: o rozrywkę czy kreatywność. Żeby było miło i wesoło czy żeby powstało coś, czego wcześniej nie było, bo o to chodzi w kreatywności?

**W.Sz.:** Oczywiście o obie sprawy. Trudno mi je rozdzielić. Dobra zabawa powinna być kreatywna. Z drugiej strony ludzi często bawią sytuacje, w których — jak piszesz — jest miło i wesoło, ale niewiele z tego zostaje poza odreagowaniem i odpoczynkiem. Myślę, że ratunkiem tutaj może być sztuka. Istnieje nawet program edukacyjny „Zabawa sztuką", adresowany do środowisk szkolnych, kładący nacisk na aspekt twórczy zabawy. Ponoć cieszy się on dużą popularnością: ma już czwartą edycję. Terapia sztuką, zwana arteterapią, jest z powodzeniem stosowana w terapii, a także nauczana na studiach i kursach. Obejmuje różne dziedziny, jak plastyczną, teatralną, muzyczną, literacką. Z pewnością na jej temat masz różne przemyślenia, którymi się możesz podzielić?

**J.B.:** Nigdy nie łączyłem zabawy z twórczością artystyczną, co nie znaczy, że twórcza praca artysty albo psychoterapeuty nie może być źródłem przyjemności. Trapi mnie, że twoje zdanie „dobra zabawa powinna być kreatywna" wydaje mi się nieuzasadnione. Dzieci świetnie się bawią, skacząc po chodnikach i przestrzegając zasad gry w klasy. A kreatywność królowej zmieniającej co chwilę zasady gry w krokieta nikomu nie dawała przyjemności. O co więc chodzi z tą kreatywnością? O „badanie granic sztuki" czy tworzenie, czy o umowność, bo wszystko jest na niby. Dzisiaj jesteś królewną, a jutro policjantem. Co nie przeszkodzi ci pójść rano do szkoły.

**W.Sz.:** Wcale nie uważam działań królowej z „Alicji w krainie czarów" za kreatywne. Pamiętasz, że nakazała, aby ławnicy najpierw ogłosili wyrok, a potem się nad nim zastanowili? Czytając tę książkę angielskiego duchownego, ponoć kontrowersyjnej postaci, możemy zastanowić się nad sensem działań różnych królewskich autorytetów. Kreatywne będzie, jak będziemy potrafili być krytyczni. I jak nawet z tego, co jest na niby wydobędziemy sens. Może i tak jest, że dobra zabawa nie zawsze jest kreatywna, ale lepiej, żeby taka była, bo wtedy prowadzi do nowych rozwiązań, odkryć. Osoby, które ją wymyślają lub w niej uczestniczą, nieważne, czy są to dzieci czy dorośli, stają się twórcze, myślą nieszablonowo, są bardziej niezależne. Dlatego uważam, że aby zabawa miała walor[5] rozwoju, powinna być twórcza. Z kolei wśród kilku zasad ułatwiających twórcze myślenie, a więc i rozwój człowieka, Edward Nęcka wymienia też zabawę.

**J.B.:** Wspominaliśmy o tym, jak zabawy sprzyjają rozwojowi dzieci, ale mniej mówiliśmy o wykorzystywaniu zabawy w psychoterapii.

**W. Sz.:** Istotnie, a jest to jeden z ważniejszych wątków, które warto poruszyć. Tak jak wspominałeś, zabawa w różnych fazach życia człowieka odgrywa odmienną rolę. Jej funkcja terapeutyczna sprowadza się przede wszystkim do uwolnienia się od dręczących dziecko, ale też dorosłego, napięć, emocji, blokad, a z drugiej strony nauczenia się róż-

---

5) Lew Siemionowicz Wygotski (1896–1934), rosyjski psycholog i pedagog, twórca teorii rozwoju wyższych funkcji psychicznych u dzieci

nych sposobów wyrażania swoich uczuć i rozwiązywania osobistych problemów. To jest ta funkcja korekcyjna, którą wykorzystują terapeuci dzieci. Ważne jest, aby oni też umieli się bawić! Właśnie w zabawie, a więc w sytuacji „na niby", dziecko ma okazję do zrealizowania rzeczy niemożliwych w codziennym życiu. Dzieje się to w sytuacji bezpiecznej, dziecko może się uwolnić od zalegających w nim emocji, np. ukrywanego lęku, tłumionej złości i nie jest za to karane. Stosowanie zabawy w terapii jest niezwykle korzystne wobec dzieci doznających przemocy. Zabawa ma też funkcję projekcyjną, dzięki której dorosły może lepiej poznać dziecko, jego problemy, co stymuluje rozwój dziecka. Ilustruje to myśl L.S. Wygotskiego „Dziecko nie bawi się dlatego, że jest dzieckiem, ale bawi się dlatego, by stać się dorosłym". Obserwowałam bawiące się dzieci zarówno własne, jak również te uczestniczące w terapii. Tym, co zmieniało się z czasem, gdy dorastały, było to, że ich zabawa stawała się coraz bardziej intencjonalna, świadomie kierowana przez dzieci, potem młodzież. Była z czasem mniej impulsywna czy spontaniczna, za to coraz bardziej refleksyjna, a także uznająca zewnętrzne reguły czy role. Myślę jednak, że te cechy pierwotnej dziecięcej zabawy, jak jej bezinteresowność, bezproduktywność, silne, niekiedy pełne napięcia zaangażowanie emocjonalne, nigdy nie powinny znikać. Wtedy będzie mieć ona właściwości terapeutyczne, korektywne. Nawet dla osób dorosłych. Przypominam sobie różne towarzyskie sytuacje, które dzięki dobrej zabawie bardzo umilały życie, zbliżały ludzi.

**J.B.:** Czy dobrze rozumiem, że na pierwszym miejscu stawiasz katarktyczny efekt zabawy w psychoterapii, na drugim odsłonięcie treści zakrytych, dopiero dalej opracowanie problemu?

**W.Sz.:** Uważam, że są one równie ważne, chociaż wiemy, że może zaistnieć tylko pierwszy element, nie dojdzie do drugiego, a co dopiero do trzeciego: opracowania problemu. A chyba dopiero dzięki tej trzeciej fazie może dojść do tego, o czym pisał Winnicott w kontekście zabawy czy działalności artystycznej, a mianowicie do wzmocnienia integracji osobowości. Jak widać zabawa może pełnić ważną rolę w psychoterapii, podobnie jak ważne ma znaczenie w życiu człowieka. Kiedyś interesowałam się problemem wypalenia zawodowego psychoterapeutów i rozmawiając z nimi, zauważyłam, że te osoby, które się lubią bawić, mają poczucie humoru, mniej się skarżą na zmęczenie pracą. Z pewnością są inne czynniki chroniące przed wypaleniem, ale umiejętne korzystanie z zabawy ma duże znaczenie.

**J.B.:** Przez wypalenie rozumiesz zaburzenie psychiczne występujące u ludzi pracujących w stałym obciążeniu emocjonalnym stanowiącym przewlekły stres? Kiedy reformowaliśmy program nauczania psychologii lekarskiej przywiązywaliśmy wagę do dbania o zapobieganie patologicznym następstwom stresu pracy lekarza. Chyba ucząc psychoterapii nie dbamy o to wystarczająco. Tak zwana praca własna i terapia treningowa może nie wystarczą. Trzeba by uczyć przyszłych psychoterapeutów twórczej zabawy, żeby zapobiegali negatywnym następstwom tej trudnej pracy?

**W.Sz.:** Właśnie o to chodzi! Pamiętam studentów I roku medycyny, którzy mieli psychologiczne zajęcia adaptacyjne, a byli bardzo zestresowani wszystkimi zajęciami, gdyż niezaliczenie ich groziło usunięciem z uczelni. Trudno było jakoś opanować czy opracować ten stres, żeby im pomóc. Niechętnie angażowali się w scenki, podczas których mieli ćwiczyć pierwszy kontakt z pacjentem. Byli skupieni na sobie. Wspierali się jak mogli w omawianiu sytuacji stresowych, ale właściwie oczekiwali, żeby zdjąć z nich

to napięcie i pozytywnie nastawić do zajęć. Pamiętam zajęcia, podczas których opowiadaliśmy dowcipy. Przyszli medycy mieli wyobrażać sobie swoich prowadzących zajęcia w różnych śmiesznych sytuacjach, na przykład groźnego i surowego profesora w stroju Adama. Oczywiście poza odreagowaniem, miało to funkcję pracy własnej z autorytetem. Ale śmiechu było co niemiara! Dlatego, gdy pytasz, czy powinniśmy uczyć przyszłych lekarzy czy psychoterapeutów twórczej zabawy, chciałabym odpowiedzieć: tak! Tylko jak to zrobić?

**J.B.:** Masz więc nowe zadanie. Zacznij od warsztatu na sympozjum.

**W.Sz.:** O nie! Nie zbywaj mnie proszę takim lakonicznym zaleceniem. Porozmawiajmy może jeszcze o samych zabawach, ich rodzajach, ich treści. O tym, które z nich są twórcze, które pomagają w życiu zarówno pacjentom, jak ich terapeutom. Wzbogacają je i ułatwiają wiele spraw, pomagają przetrwać sytuacje kryzysowe. Czy mógłbyś powiedzieć, jakie zabawy tobie służyły i w czym się przydawały? Najlepiej zacznij od dzieciństwa.

**J.B.:** Wolałbym, żebyś nie oddaliła mojej sugestii jak Iga Świątek piłki. Nawet nie wiem, jak się nazywa takie odbicie. Nie chcę wspominać ani dzieciństwa, ani dramatów życiowych. Wolałbym rozmawiać o tym, co sprawia nam trudność w angażowaniu się w słuszne sprawy.

**W.Sz.:** Dowiedziałam się, że taka piłka, której nie możesz odebrać, nazywa się smecz. Oboje posyłamy sobie takie piłki, nie podejmując wątku drugiego gracza. Jednak, ponieważ nie gramy, tylko rozmawiamy, możemy wrócić do pominiętego wątku, czyli na przykład twojej propozycji uczenia młodych terapeutów zabawy. Czy jest ono trudne? Wymagałoby pomysłu, a nawet programu, jak je realizować. I przekonania ludzi, że zabawa jest ważną umiejętnością czy nastawieniem do życia, na którym warto się skupić. Myślę tu o wszystkich: tych, co uczą, a także tych, którzy są nauczani. Taki warsztat na sympozjum byłby kroplą w morzu potrzeb. Nie wiem też, czy potrafiłabym go poprowadzić. W niektórych nurtach psychoterapii są elementy zabawy, jak na przykład w warsztacie kreatywnego działania prowadzonym kiedyś przez Wojtka Eichelbergera. Ale mnie chyba chodzi bardziej o zmianę w mentalności ludzi niosących pomoc, żeby nie zaniedbywali zabawy w terapii oraz żeby dbali pod tym względem o swoich pacjentów, którzy ją odsunęli. Może jednak to jest trudne zadanie i dlatego unikamy angażowania się w przekazanie tej umiejętności młodszym kolegom. Zawsze dobry jest własny przykład i dlatego pytałam cię, jak się bawiłeś. Również dlatego, że reprezentujesz środowisko, które ma opinię takiego, które w trudnych czasach umiało się dobrze bawić. Pamiętam imprezy kliniczne, podczas których działy się rzeczy, które inni, młodzi, też wspominają jako fantastyczne, niepowtarzalne! Dzisiaj nie ma takich spotkań. Powiesz może, że są inne, równie atrakcyjne dla kolegów z pracy. To czemu oni narzekają, że duch wspólnej zabawy gdzieś odleciał? Może trochę tu chodzi o brak wspólnoty mającej mniejszą wartość w dzisiejszym świecie?

**J.B.:** Od lat staram się zainteresować profesjonalistów zdrowia psychicznego bajkami, legendami i mitami, wskazując wiele możliwości ich interpretowania. Publikuję anegdoty z życia Katedry Psychiatrii, a wszystko ubarwiam zachętą do przyjemności w gotowaniu i jedzeniu.

**W.Sz.:** Rzeczywiście w tej kwestii trudno ci coś zarzucić. Z przyjemnością poznajemy twoje mniej lub bardziej poważne zabawy słowne oraz inne utwory, nie mówiąc o zajadaniu się daniami twojego pomysłu. Bardziej mi chodziło o to, abyś mi pomógł odkryć — co

zresztą dzieje się w tej rozmowie — dlaczego jednym ludziom łatwiej jest się bawić, a innym dużo trudniej. A po drugie, co zrobić, aby tę różnicę chociaż trochę wyrównać „w górę". Zawsze mnie to nurtowało i może dlatego cię tak gnębię w tej rozmowie. Staram się sobie przypomnieć sytuacje ze swojego życia, które mnie zachęcały do zabawy, na przykład zakładania kabaretu w szkole. Wyobrażam też sobie ciebie w harcerstwie, które z pewnością przyczyniło się do zdobycia różnych sprawności, potem rozwijanych. Właśnie chodzi mi o dotarcie do momentu powstania potrzeby zabawy już w wieku szkolnym i utrzymania się jej później, gdyż z pewnością mieliśmy z tego korzyści. I do tej pory mamy — na przykład ty z pisania, ja z czytania limeryków.

**J.B.:** W ostatnich latach w psychiatrii z upodobaniem używa się terminu neuroróżnorodność, który niby znaczy, że ludzie mają cechy odmienne i różnią się jedno od drugiego. Ale przedrostek neuro — wskazuje, że ta różnorodność ludzi wiąże się z odmiennościami ich mózgów. Nie wynika z tego terminu jednoznacznie, czy różnice grupują się w typy, czy typy stworzyła nauka, żeby łatwiej poruszać się w tej różnorodności. W spektrum różnic są i te odnoszące się do zabawy, poczucia humoru, potrzeby tworzenia, no i lenistwa. A psychologia dostarczyła koncepcji dysfunkcji układu motywacji i idei prokrastynacji. Wydaje mi się, że nie istnieje jeden sposób promowania zabawy w wychowaniu dzieci, prewencji zaburzeń psychicznych i ich leczeniu. Warto jednak dbać o jej pozycję, żeby władza i merkantylizm nie zepchnęły jej na margines.

**W.Sz.:** Czyli, podsumowując naszą rozmowę, powinniśmy podkreślić dbałość o wartościową zabawę jako element prewencji zaburzeń psychicznych. Nadajemy temu zagadnieniu poważne znaczenie i możemy, a nawet powinniśmy, je upowszechniać. Mam nadzieję, że trochę się nam to udało w naszej rozmowie. Czy chciałbyś jeszcze coś do niej dodać, co by mogło wzmocnić nasz przekaz?

**J.B.:** Udało ci się zakwestionować zasadność napomnienia o marnotrawieniu czasu w zabawie. Zabawa nie jest stratą czasu, a praca, do której zachęcają słowa piosenki, nie polega tylko na produkowaniu rzeczy. Mit Syzyfa to opowieść o pracy żmudnej, bez przyjemności i bez widomego efektu, a wykonywanej za karę. Wplecenie w pracę elementów zabawy nadaje jej inny wymiar, wymiar wolności. Nie swawoli, tylko wolności.

**W.Sz.:** Właśnie! Bardzo dziękuję Ci za rozmowę, bo była ona prawdziwą dla mnie przyjemnością.

**J.B.:** Ja też dziękuję. Jak widać fikanie koziołków to nie jedyny sposób bawienia się.

PSYCHOTERAPIA 1 (208) 2024
STRONY: 13–24
DOI: 10.12740/PT/191819

Alicja Kozakiewicz

# PRAKTYKI TERAPEUTYCZNE W PRZYPADKU ANORGAZMII U KOBIET — PERSPEKTYWA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

## Therapeutic practices for female anorgasmia — a cognitive-behavioral perspective

Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski

**anorgasmia**
**orgasm**
**cognitive-behavioral therapy**

**Streszczenie**

*Orgazm jako składowa doświadczenia seksualnego stanowi szczytowy element satysfakcji seksualnej zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Obserwuje się znaczną dysproporcję w zakresie osiągania orgazmu między płciami, z reguły na niekorzyść kobiet. Zrozumienie czynników determinujących orgazm u kobiet ma zasadnicze znaczenie dla promowania równości płci w dziedzinie seksualności. Anorgazmia, rozumiana jako brak lub opóźnienie w doświadczeniu orgazmu, jest częstym zjawiskiem wśród kobiet i stanowi istotny problem zdrowotny, który wymaga szczególnej uwagi i skutecznej interwencji terapeutycznej. W najnowszej klasyfikacji ICD-11 trudności z osiągnięciem orgazmu opisywane są w rozróżnieniu na pierwotną, jak i wtórną anorgazmię. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) wykazuje skuteczność w leczeniu anorgazmii poprzez techniki, takie jak masturbacja ukierunkowana, koncentracja na doznaniach, systematyczna desensytyzacja, edukacja seksualna, restrukturyzacja poznawcza, trening komunikacji seksualnej. Ponadto w leczeniu anorgazmii znaczącą rolę odgrywa fizjoterapia uroginekologiczna. Skuteczność tych metod terapeutycznych przejawia się poprawą zdolności kobiet do przeżywania orgazmu, zwiększenia satysfakcji seksualnej oraz zmniejszenia poziomu lęku. Poprawa komunikacji seksualnej w relacji partnerskiej może również przyczynić się do częstszego osiągania orgazmu przez kobiety. Terapia poznawczo-behawioralna wydaje się skutecznym podejściem do leczenia anorgazmii u kobiet. Wdrażanie tych strategii może prowadzić do zwiększenia satysfakcji seksualnej oraz poprawy jakości życia seksualnego kobiet.*

**Summary**

Orgasm, as a component of the sexual experience, is a key element of sexual satisfaction in both men and women. Despite this universal function, there is a significant gender disparity in achieving orgasm, generally to the disadvantage of women. Understanding the determinants of orgasm in women is crucial to promoting gender equality in sexuality. Anorgasmia, defined as the absence or delay in the experience of orgasm, is common among women and is a significant health problem that requires special attention and efficacious therapeutic intervention. In the latest ICD-11 classification, difficulties in achieving orgasm are differentiated into both primary and secondary anorgasmia. Cognitive-behavioral therapy (CBT) has demonstrated efficacy in treating anorgasmia

through techniques such as directed masturbation, sensation focus, systematic desensitization, sex education, cognitive restructuring and sexual communication training. Additionally, urogynecological physiotherapy has a significant role in the treatment of anorgasmia. The efficacy of these therapeutic modalities can be attributed to enhancements in women's capacity to achieve orgasm, augmented sexual gratification, and diminished anxiety. Enhancing sexual communication within a partner relationship can also facilitate women's ability to reach orgasm with greater frequency. Cognitive-behavioral therapy appears to be an efficacious approach to treating anorgasmia in women. The implementation of these strategies is associated with increased sexual satisfaction and improved quality of sexual life for women.

## Wstęp

Orgazm to nagłe, mimowolne uwolnienie napięcia seksualnego, które może, ale nie musi, obejmować skurcze mięśni dna miednicy, intensywną przyjemność, uczucie spełnienia, wzmożone doznania emocjonalne, zwiększoną wrażliwość narządów płciowych lub inne wyraźne zmiany następujące zwykle po wysokim podnieceniu seksualnym [1, 2]. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety uznają osiągnięcie orgazmu za istotny element satysfakcji seksualnej [3], jednakże — jak wykazały badania — mężczyźni częściej osiągają orgazm podczas stosunku niż kobiety [4]. Warto podkreślić jednak, że ejakulacja i orgazm u mężczyzn to dwa odrębne procesy fizjologiczne, które mogą, ale nie muszą, zachodzić jednocześnie. Ejakulacja jest fizjologicznym procesem wytrysku nasienia, natomiast orgazm to subiektywne doświadczenie intensywnej przyjemności.

Stwierdzono istnienie znaczącej dysproporcji w doświadczaniu orgazmu pomiędzy płciami: kobiety heteroseksualne (65%) oraz lesbijki (86%) doświadczają go rzadziej niż mężczyźni heteroseksualni (95%) [5]. W świetle tych wyników lepsze zrozumienie czynników determinujących osiągnięcie orgazmu u kobiet stanowi istotny krok w kierunku działań nad poprawą równości płci, zgodnie z deklaracją Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego [6].

Dysfunkcja seksualna jest problemem zdrowotnym, a zaburzenia orgazmu są jedną z najczęstszych dolegliwości seksualnych zgłaszanych przez kobiety [7]. W literaturze wskazuje się nawet, że trudności z orgazmem stanowią drugą najczęstszą formę dysfunkcji seksualnych u kobiet, zaraz po trudnościach związanych z pożądaniem seksualnym [8]. Precyzyjne wskaźniki rozpowszechnienia trudności z osiągnięciem orgazmu są trudne do ustalenia z uwagi na zróżnicowanie metodologiczne stosowane w badaniach oraz zmienność kryteriów diagnostycznych. Ponadto należy uwzględnić, że tylko część kobiet odczuwa znaczący dyskomfort związany z brakiem możliwości osiągnięcia orgazmu, co uniemożliwia spełnienie klinicznych kryteriów diagnostycznych.

Badania wykazują, że większa częstotliwość kobiecych orgazmów ma pozytywne skutki: kobiety, które doświadczają ich częściej, z reguły zgłaszają wyższy poziom satysfakcji seksualnej i zadowolenia z relacji partnerskiej [9]. Ponadto w społeczeństwach, które otwarcie promują i akceptują przyjemność seksualną kobiet, częściej zdobywają one wiedzę na temat czynników ułatwiających osiągnięcie orgazmu. Dodatkowo mogą być bardziej skłonne do otwartego wyrażania swoich doświadczeń seksualnych, w przeciwieństwie do kobiet żyjących w obszarach kulturowych, gdzie bagatelizuje się lub wręcz neguje kobiecą przyjemność seksualną, co może prowadzić do znacznego zaniżenia raportowanych wskaź-

ników osiągnięcia orgazmu. Ponadto nauka asertywności seksualnej może przyczynić się do zwiększenia częstotliwości osiągania orgazmu oraz poprawy satysfakcji seksualnej [10].

Głównym celem niniejszej pracy jest prezentacja praktyk terapeutycznych w radzeniu sobie z anorgazmią u kobiet z perspektywy podejścia poznawczo-behawioralnego.

## Zrozumienie anorgazmii w kontekście nowej klasyfikacji ICD-11

Anorgazmia jest definiowana jako uporczywe lub nawracające trudności, polegające na braku osiągnięcia orgazmu, pomimo wystarczającej stymulacji seksualnej, co skutkuje cierpieniem jednostki [11]. Klasyfikacja ICD-10 skupiała się głównie na obiektywnych miarach satysfakcji seksualnej oraz definiowaniu normatywnego funkcjonowania seksualnego u kobiet. Jednakże według danych współczesnej wiedzy satysfakcja seksualna u kobiet wynika z interakcji między fizycznym podnieceniem, subiektywnymi emocjami oraz czynnikami psychospołecznymi. Zatem istotne jest uwzględnienie tych elementów we współczesnych systemach klasyfikacyjnych [12].

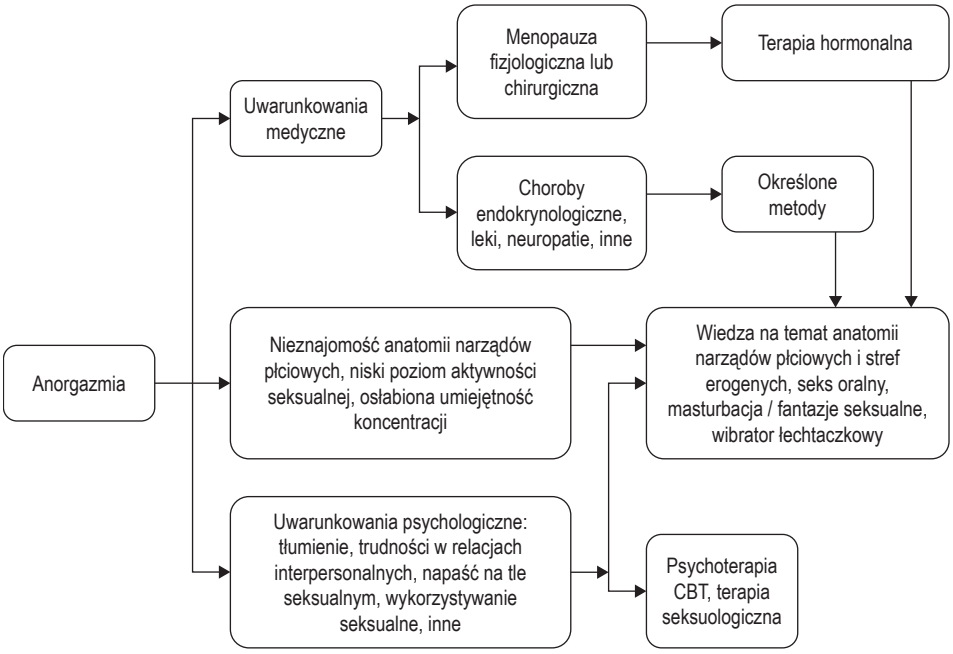
W ICD-11 trudności związane z orgazmem znajdują się w dziale HA02 i odnoszą się do trudności dotyczących subiektywnego przeżywania orgazmu. Kategoria ICD-11 dysfunkcji orgazmu jest neutralna pod względem płci i może być stosowana zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Według proponowanych kryteriów dysfunkcje seksualne muszą występować przez kilka miesięcy i powodować znaczne cierpienie. ICD-11 wykorzystuje również określenia dla trwających całe życie i nabytych, sytuacyjnych i uogólnionych dysfunkcji seksualnych [13].

W ramach diagnozy różnicowej należy wziąć pod uwagę pierwotną anorgazmię, której objawem jest brak historii doświadczenia orgazmu u aktywnie seksualnych kobiet. W anorgazmii pierwotnej znaczącą rolę odgrywają napięcie oraz nadmierna kontrola. Wysoki poziom neurotyczności oddziałuje na odczuwanie negatywnych emocji, takich jak lęk, stres czy niepokój, co wpływa na zdolność do odprężenia się. Ponadto osoby o perfekcjonistycznym rysie osobowości mogą stawiać sobie i swojemu partnerowi wygórowane oczekiwania dotyczące życia seksualnego, co może prowadzić do frustracji i presji [14]. Nadmierna kontrola własnych zachowań seksualnych, wynikająca z wewnętrznych lub zewnętrznych, zinternalizowanych norm i oczekiwań, może prowadzić do zahamowań seksualnych, które utrudniają osiągnięcie orgazmu.

W grupie doznającej wtórnej anorgazmii znajdują się kobiety, które wcześniej osiągały orgazm, lecz utraciły tę zdolność z powodu czynników fizjologicznych i/lub psychologicznych. W takich sytuacjach mogą wyrażać wewnętrzne uczucie zahamowania, awersji wobec swojego ciała oraz przejawiać opór wobec zbliżenia z partnerem, być może w wyniku przeżycia traumatycznego lub doświadczenia przemocy seksualnej [15]. Ponadto anorgazmia wtórna może wiązać się z czynnikami psychologicznymi, takimi jak nieświadome emocje wobec partnera, konflikty w relacji oraz negatywne doświadczenia związane z relacjami rodzinnymi. Istniejące konflikty lub nieporozumienia między partnerami mogą powodować napięcie i stres oraz brak intymności emocjonalnej.

W przypadku kobiet skarżących się na dolegliwości związane z opóźnionymi orgazmami lub ich brakiem, konieczne jest zebranie szczegółowego wywiadu medycznego

i psychospołecznego [16]. Różnicowanie kliniczne jest kluczowe dla pełnego zrozumienia i skutecznego zastosowania interwencji. Poniżej przedstawiono algorytm postępowania w przypadku anorgazmii u kobiet opracowany przez Larę i in. [17].




Rycina 1. **Strategie interwencji w przypadku anorgazmii u kobiet — propozycja algorytmu terapeutycznego**

## Metody pracy poznawczo-behawioralnej

Psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) może pomóc kobietom z dysfunkcjami seksualnymi zidentyfikować, które czynniki nasilają, a które ograniczają aktywność seksualną, a także zrestrukturyzować nieprzystosowawcze myśli na temat ich seksualności i zmniejszyć tendencję do unikania pewnych zachowań seksualnych [18, 19]. W przypadku zaburzeń orgazmu u kobiet, głównym celem CBT jest poprawa zdolności pacjentek do przeżywania orgazmu, zwiększenie ich satysfakcji seksualnej i zmniejszenie wysokiego poziomu lęku często związanego z tą dysfunkcją. CBT koncentruje się na promowaniu zmian w postawach i zachowaniach kobiet poprzez ćwiczenia i techniki, takie jak trening umiejętności komunikacyjnych, edukacja seksualna, ukierunkowana masturbacja, restrukturyzacja poznawcza, koncentracja na doznaniach i systematyczna desensytyzacja. Komponentem uzupełniającym terapię jest także fizjoterapia uroginekologiczna. Wskazuje się, że CBT skutecznie oddziałuje na doświadczanie orgazmu [20].

W tabeli 1 opisano cele oraz efekty terapii poznawczo-behawioralnej w przypadku leczenia zaburzeń orgazmu. Ponadto każdy z przedstawionych komponentów został omówiony poniżej.

**Tabela 1. Zaburzenia orgazmu w perspektywie poznawczo-behawioralnej**

| Dysfunkcja | Cele CBT | Komponenty terapii | Efekty CBT |
|---|---|---|---|
| Zaburzenia orgazmu | Wspieranie zmian w postawach i myśleniu<br>Zmniejszanie niepokoju<br>Zwiększanie zdolności do osiągania orgazmu i satysfakcji seksualnej | Masturbacja ukierunkowana<br>Koncentracja na doznaniach<br>Systematyczna desensytyzacja<br>Edukacja seksualna<br>Restrukturyzacja poznawcza<br>Trening komunikacji<br>Fizjoterapia uroginekologiczna | Większe prawdopodobieństwo doświadczenia orgazmu podczas masturbacji i/lub stosunku. |

## Masturbacja ukierunkowana

Badania pokazują, że większość kobiet zgłasza orgazm podczas masturbacji [21], która zazwyczaj obejmuje różne rodzaje stymulacji łechtaczki. Dlatego przy ocenie czynników sytuacyjnych związanych z doświadczaniem orgazmu podczas stosunku seksualnego u kobiet ważne jest, aby sformułować pytania o jednoczesną stymulację łechtaczki. Kobiety zgłaszały częstotliwość orgazmu podczas stosunku obejmującego jednoczesną stymulację łechtaczki w 51%–60% przypadków w porównaniu z orgazmem w 21%–30% przypadków bez jednoczesnej stymulacji łechtaczki. Jednoczesna stymulacja łechtaczki i penetracja waginalna wiążą się z większym prawdopodobieństwem osiągnięcia orgazmu [22].

Masturbacja ukierunkowana stanowi technikę poznawczo-behawioralną bazującą na zasadach uważności, która obejmuje stopniową ekspozycję na stymulację narządów płciowych w celu usprawnienia świadomości sygnałów seksualnych. Obejmuje serię ćwiczeń w domu, które rozpoczynają się od wizualnej i dotykowej eksploracji całego ciała i zmierzają w kierunku zwiększonej stymulacji narządów płciowych z opcjonalnym użyciem wibratora. Ma na celu zmniejszenie poziomu lęku oraz obserwację, identyfikację i kwestionowanie nieprzynoszących korzyści postaw i przekonań na temat seksualności, przy jednoczesnym stosowaniu metod poprawiających pobudzenie seksualne, takich jak fantazje erotyczne lub materiały pornograficzne [23].

W badaniach przeglądowych stwierdzono skuteczność terapii masturbacją ukierunkowaną, gdzie w zależności od badania od 50% do 100% kobiet z pierwotnym zaburzeniem orgazmu osiągnęło go podczas masturbacji, a od 33% do 85% podczas stosunku seksualnego. Wyniki zwykle utrzymywały się lub poprawiały podczas obserwacji [24]. Kiedy kobiety eksplorują sfery, które dostarczają im przyjemności, mogą dostosowywać swoje zachowania podczas stosunku seksualnego, co zwiększa możliwości osiągnięcia orgazmu. Badania wskazują, że kobiety angażujące się w praktykę masturbacji przejawiają mniejsze zahamowanie i mają zwiększoną częstość osiągania orgazmu podczas aktu seksualnego z partnerem [25].

Mimo że masturbacja i seks partnerski mają wspólne elementy, czynniki przyczyniające się do przyjemności seksualnej z nich czerpanych różnią się od siebie. Przyjemność z masturbacji charakteryzuje się poczuciem autonomii i kontroli, podczas gdy doznania seksualne z partnerem związane są z wzajemną przyjemnością, satysfakcją partnera oraz bliskością [26]. Ponadto zwiększenie zgodności między masturbacją a partnerskimi czynnościami seksualnymi może prowadzić do lepszego pobudzenia oraz mniejszych trudności z orgazmem [25].

Warto jednak zwrócić uwagę na badania, które sugerują, że kobiety nie osiągały częstszych orgazmów poprzez praktykowanie masturbacji lub eksperymentowanie z różnymi partnerami w ciągu swojego życia. Kluczem do ich częstszych orgazmów były czynniki psychiczne i relacyjne. Te czynniki i zdolności obejmowały między innymi pożądanie seksualne, samoocenę seksualną i otwartość komunikacji seksualnej z partnerami. Ponadto pozytywnymi determinantami były zdolność do koncentracji i odpowiednie techniki seksualne partnera. Relacje, w których kobiety doświadczały dobrostanu emocjonalnego, korzystnie wpływały na osiąganie orgazmów [10]. Co ważne, satysfakcja z relacji i orgazm często działają jako dwukierunkowa pętla sprzężenia zwrotnego, przy czym pary, które wykazują wyższy poziom satysfakcji, częściej angażują się w akty intymne, ułatwiające orgazm, a orgazm ułatwia poczucie intymności i satysfakcji [11].

## Koncentracja na doznaniach

Koncentracja na doznaniach (ang. *sensate focus*) jest techniką behawioralną opartą na uważności, mającą na celu zmniejszenie niepokoju i zwiększenie uwagi na doznania fizyczne podczas aktywności partnerskiej [27]. Jest to metoda, która koncentruje się na świadomości i komunikacji na temat wrażliwych obszarów seksualnych dla każdego z partnerów. W ramach terapii par partnerzy badają nieseksualne obszary swoich ciał, jednocześnie aktywnie powstrzymując się od angażowania się w jakąkolwiek aktywność seksualną. Następnie para może dotykać seksualnych obszarów swoich ciał bez oczekiwania na stosunek seksualny.

Według kontrolowanych badań porównawczych, stosowanie skupienia na doznaniach jako dodatku do ukierunkowanej masturbacji jest bardziej skuteczne w leczeniu zaburzeń orgazmu niż sama ukierunkowana masturbacja [28, 29]. Ponadto, koncentracja na doznaniach została przetestowana jako element leczenia zaburzeń orgazmu, szczególnie w przypadku sytuacyjnych zaburzeń w sytuacjach partnerskich [24].

## Systematyczna desensytyzacja

Systematyczna desensytyzacja jest terapią opartą na ekspozycji na określone lęki. Osoba cierpiąca z powodu lęku tworzy hierarchię sytuacji lękowych i wystawia się na każde z tych doświadczeń, rozpoczynając od tych najmniej stresujących, stopniowo przechodząc do bardziej stresujących, aż do momentu, w którym odczuwany lęk znika lub jest minimalny w sytuacjach, które wcześniej wywoływały silne obawy [30].

Hierarchia lękowych doświadczeń związanych z seksualnością może obejmować wiele etapów, począwszy od mniej stresujących do bardziej wymagających, takich jak taniec

z partnerem w pełnym ubraniu, krótki pocałunek, długotrwały pocałunek, aż po bardziej intymne działania, takie jak rozebranie się przez partnera. Systematyczna desensytyzacja została przetestowana pod kątem zmniejszania lęku oraz zwiększania przyjemności i orgazmu w sytuacjach seksualnych [31]. Jednakże, mając na uwadze jej ograniczoną skuteczność w terapii zaburzeń orgazmu, odradza się stosowanie jej jako podstawowej metody terapeutycznej [23].

### Edukacja seksualna

Edukacja seksualna to kompleksowy proces, w ramach którego jednostki zdobywają niezbędne informacje i nabywają wiedzę dotyczącą różnych aspektów seksualności oraz formują swoje postawy, system przekonań i wartości. Ten proces ma istotny wpływ na zdrowy rozwój seksualny, jakość relacji interpersonalnych, postrzeganie własnego ciała, kształtowanie ról płciowych oraz utrzymanie zdrowia psychicznego. Niedostateczne lub nieprawidłowe informacje na temat seksualności zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń seksualnych [32].

Niewątpliwie psychoedukacja odgrywa kluczową rolę w procesie leczenia anorgazmii i powinna być integralnym elementem pracy terapeutycznej. Istotna pozostaje edukacja na temat budowy i fizjologii kobiecego układu płciowego i obalająca mity seksualne, koncentrująca się na demaskowaniu fałszywych przekonań i stereotypów, które mogą negatywnie wpływać na zdrowie seksualne i psychiczne kobiet. Co więcej, kompleksowa edukacja seksualna powinna być dostępna w ramach programów zdrowotnych dla dorosłych.

Dostarczenie odpowiedniej wiedzy na temat seksualności oraz technik poprawiających zdolność do osiągania orgazmu może pomóc pacjentkom zrozumieć i przezwyciężyć ewentualne przeszkody w osiągnięciu satysfakcjonującego życia seksualnego. Badania, takie jak te przeprowadzone przez Jankovicha i Millera [33] oraz Kilmanna i in. [34], sugerują, że nawet krótkie sesje edukacji seksualnej mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania seksualnego u kobiet z zaburzeniami orgazmu.

### Restrukturyzacja negatywnych myśli związanych z seksem

Psychoterapia poznawczo-behawioralna wywiera znaczący wpływ na regulację emocji jednostki poprzez identyfikację oraz analizę nieprawidłowych wzorców zachowania. Ta metoda umożliwia jednostce restrukturyzację myślenia opartego na zachowaniu, co skutkuje bardziej realistycznym i logicznym podejściem do sytuacji, a także redukcją negatywnych zachowań [35]. Badania wskazują, że cztery tygodnie po interwencji poznawczo-behawioralnej zaobserwowano istotny wzrost średnich wyników funkcji seksualnych w grupie interwencyjnej, sugerując, że konsultacja poznawczo-behawioralna może mieć istotny wpływ na poziom tych funkcji [36]. Także w zakresie treningu asertywności seksualnej kobiety z anorgazmią zgłaszały lepsze funkcjonowanie po interwencjach poznawczo-behawioralnych [37].

Model ABC stworzony przez Alberta Ellisa jest modelem, który stanowi podstawę pracy terapeutów poznawczo-behawioralnych. Służy on do zrozumienia problemów pacjenta,

gdzie A oznacza wydarzenie aktywizujące, B to przekonania, a C to konsekwencje, w tym emocje, objawy fizyczne i zachowania. Według tego modelu różne sytuacje, czyli wydarzenia aktywizujące są jedynie pretekstem do aktywacji myśli, które odzwierciedlają bardziej utrwalone przekonania danej osoby na temat siebie, innych ludzi czy świata oraz reguł nim rządzących [38]. W przypadku zaburzeń orgazmu model ten przedstawia się następująco:

1) Wydarzenie aktywizujące (A): Partner proponuje nową technikę podczas aktywności seksualnej.
2) Przekonania (B): Kobieta może pomyśleć: „Nie potrafię zaspokoić partnera", „Moje potrzeby seksualne są dziwne", „Nie jestem wystarczająco dobra w łóżku".
3) Konsekwencje (C): Te myśli mogą prowadzić do poczucia niewystarczalności, niepewności siebie oraz obniżonego nastroju, co może dalej utrudniać osiągnięcie orgazmu i podtrzymywać problem anorgazmii.

Według Barlowa [39] osoby z dysfunkcjami seksualnymi różnią się od osób funkcjonujących seksualnie pod względem afektu doświadczanego podczas czynności seksualnych, wykazując większą tendencję do doświadczania bardziej negatywnego afektu. Rodzaj reakcji afektywnej doświadczanej przez jednostki w odpowiedzi na bodźce seksualne wpływa przyczynowo na skupienie uwagi i wzorzec aktywacji fizjologicznej poprzez utrudnianie własnego funkcjonowania seksualnego (w przypadku negatywnego afektu) lub wspieranie go (w przypadku afektu pozytywnego).

Obecność myśli o niepowodzeniu oraz brak myśli erotycznych podczas aktywności seksualnej istotnie negatywnie koreluje z osiągnięciem orgazmu u kobiet, podczas gdy pozytywne myśli podczas tej aktywności pozwalają istotnie przewidzieć kobiecy orgazm [40]. Co więcej, w badaniu, które koncentrowało się w szczególności na trudnościach z orgazmem u kobiet, stwierdzono, że myśli o wykorzystywaniu seksualnym (tj. myśli o byciu nadużywaną, lekceważoną, a nawet gwałconą przez partnera seksualnego), myśli o niepowodzeniu i braku zaangażowania (tj. myśli o niezdolności do uzyskania sprawności seksualnej i braku motywacji do angażowania się w aktywność seksualną), brak okazywania uczuć przez partnera (tj. myśli o braku troski i czułości ze strony partnera podczas aktywności seksualnej), bierność seksualna i kontrola (tj. myśli odzwierciedlające ideę, że kobiety muszą czekać na pierwszy krok mężczyzny, aby nie być postrzegane jako lekkomyślne i aby zapobiec ewentualnej krzywdzie emocjonalnej) oraz brak myśli erotycznych istotnie wskazywały na trudności z orgazmem u kobiet [41].

## Trening komunikacji seksualnej par

Trening umiejętności komunikacyjnych może mieć pozytywny wpływ na postawy seksualne i może być preferowaną opcją terapeutyczną w celu zmniejszenia problemów seksualnych par [42]. Można sądzić, że problemy seksualne utrudniają komunikację. Jednak bywa też odwrotnie — pary, które mają trudności z otwartym mówieniem o swoich obawach, zarówno seksualnych, jak i nieseksualnych, mogą być bardziej narażone na wystąpienie problemów seksualnych. Tak czy inaczej, jest prawdopodobne, że zarówno dysfunkcje seksualne, jak i satysfakcja seksualna są bezpośrednio zależne od komunikacji [43].

Badania wykazały, że lepsza komunikacja seksualna jest powiązana z poprawą funkcjonowania seksualnego, szczególnie w kontekście pożądania seksualnego u kobiet. Komunikacja seksualna w związku, choć istotna w zakresie orgazmu u obu płci, wydaje się mieć szczególne znaczenie dla kobiet z trudnościami seksualnymi [44]. Otwarta rozmowa o doświadczeniach, oczekiwaniach i obawach może prowadzić do wspólnego poszukiwania strategii zaradczych lub modyfikacji zachowań seksualnych, które mogą pomóc w osiągnięciu orgazmu. Komunikacja może pomóc w normalizacji doświadczeń związanych z anorgazmią, redukując poczucie izolacji i wstydu związanego z tym zaburzeniem. Wsparcie emocjonalne, zrozumienie i wspólne poszukiwanie rozwiązań są w tym aspekcie kluczowe.

Dostępne dowody konsekwentnie wskazują, że otwarta komunikacja kobiet z partnerami na temat seksualnych preferencji i trudności wiąże się z częstszym osiąganiem orgazmów przez kobiety [45]. Wyniki badań sugerują, że kobiety czerpią korzyści zarówno z terapii seksualnej, jak i terapii skoncentrowanej na komunikacji. Niemniej jednak, niektóre badania naukowe dowodzą, że w pracy z parami terapia seksualna prowadziła do szybszych rezultatów niż terapia komunikacyjna oraz przynosiła lepsze efekty w zakresie samooceny kobiet [46].

## Rola fizjoterapii uroginekologicznej

Chociaż czynniki społeczne i psychologiczne odgrywają ważną rolę w problemach seksualnych kobiet, rola czynników fizycznych, takich jak czynniki układu naczyniowego, neurologicznego i mięśniowego w funkcjonowaniu seksualnym kobiet jest niezaprzeczalna [47]. W badaniach populacji polskiej wykazano, że 80% badanych znało lokalizację mięśni dna miednicy, a 73% ich funkcje. Tylko połowa kobiet kiedykolwiek je ćwiczyła, najczęściej poprzez wywoływanie skurczów. Kobiety ćwiczące mięśnie dna miednicy częściej osiągały orgazm i miały wyższą satysfakcję z życia seksualnego w porównaniu z tymi, które ich nie ćwiczyły [48]. Warto zaznaczyć, że ćwiczenia pod kontrolą fizjoterapeuty uroginekologicznego są skuteczniejsze od tych wykonywanych zupełnie samodzielnie przez pacjentki w domu [49]. Obecnie zaleca się skorzystanie z fizjoterapii uroginekologicznej, która umożliwia ocenę napięcia mięśni i dostosowanie odpowiednich ćwiczeń, ponieważ istnieją sytuacje, w których wykonywanie tych ćwiczeń może być przeciwwskazane lub wymagać szczególnej ostrożności. Ponadto, fizjoterapia uroginekologiczna, oprócz terapii zaburzeń, pełni również funkcję profilaktyczną. Profilaktyka ta obejmuje m.in. naukę prawidłowych nawyków toaletowych, właściwej postawy ciała oraz bezpiecznego dźwigania.

## Wnioski

Orgazm jest istotnym składnikiem satysfakcji seksualnej zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, jednak istnieje znacząca dysproporcja między płciami w jego doświadczaniu podczas stosunku. Różnorodność dysfunkcji seksualnych stanowi wyzwanie w ustaleniu protokołów leczenia. Dla oceny skuteczności poszczególnych technik potrzebne jest przeprowadzenie konkretnych badań dotyczących poszczególnych zaburzeń. Spośród różnych

zaburzeń, zaburzenia orgazmu i zaburzenia bólowe są najszerzej badanymi zaburzeniami i tymi, w których terapia seksualna wydaje się mieć najlepsze wyniki [50]. Podejście poznawczo-behawioralne wydaje się obiecującym podejściem w radzeniu sobie z anorgazmią u kobiet. Techniki, takie jak ukierunkowana masturbacja, koncentracja na doznaniach, systematyczna desensytyzacja, edukacja seksualna, restrukturyzacja negatywnych myśli związanych z seksem oraz trening komunikacji seksualnej mogą być skutecznymi narzędziami terapeutycznymi. Badania wykazały, że te metody prowadzą do poprawy funkcjonowania seksualnego i zwiększenia częstotliwości osiągania orgazmu u kobiet.

## Piśmiennictwo


1. Nagoski E. Come as you are: the surprising new science that will transform your sex life. New York: Simon & Schuster; 2015.
2. Mah K, Binik YM. Do all orgasms feel alike? Evaluating a two-dimensional model of the orgasm experience across gender and sexual context. J. Sex. Res. 2002; 39(2): 104–113.
3. Laan E, Rellini AH. Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. Sex Relatsh. Ther. 2011; 26(4): 329–341.
4. Kontula O. Between sexual desire and reality: the evolution of sex in Finland. Popul. Res. Inst. D49/2009. Helsinki: The Family Federation of Finland; 2009.
5. Frederick DA, John HKSt, Garcia JR, Lloyd EA. Differences in orgasm frequency among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual men and women in a U.S. national sample. Arch. Sex Behav. 2018; 47(1): 273–288.
6. World Association for Sexual Health. Declaration of sexual rights. 2014 https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014_b.pdf [dostęp: 4.05.2024]
7. Williams N, Leiblum SR. Treatment of orgasmic dysfunction in women. GLOWM. Published online 2008.
8. Mitchell KR, Jones KG, Wellings K i wsp. Estimating the prevalence of sexual function problems: the impact of morbidity criteria. J. Sex Res. 2016; 53(8): 955–967.
9. Kontula O, Miettinen A. Determinants of female sexual orgasms. Socioaffect. Neurosci. Psychol. 2016, 6: 31624. DOI: 10.3402/snp.v6.31624.
10. Lentz AM, Zaikman Y. The Big „O": Sociocultural influences on orgasm frequency and sexual satisfaction in women. Sexuality & Culture. 2021; 25(3): 1096–1123.
11. Jenkins LC, Mulhall JP. Delayed orgasm and anorgasmia. Fertility and Sterility. 2015; 104(5): 1082–1088.
12. Parameshwaran S, Chandra PS. The new avatar of female sexual dysfunction in ICD-11 — will it herald a better future? J. Psychosexual Health 2019; 1(2): 111–113.
13. Parish SJ, Cottler-Casanova S, Clayton AH, McCabe MP, Coleman E, Reed GM. The evolution of the female sexual disorder/dysfunction definitions, nomenclature, and classifications: a review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. Sexual Medicine Reviews 2021; 9(1): 36–56.
14. Grauvogl A, Pelzer B, Radder V, van Lankveld J. Associations between personality disorder characteristics, psychological symptoms, and sexual functioning in young women. J. Sexual Med. 2018, 15(2), 192–200. DOI: 10.1016/j.jsxm.2017.11.222.

15. Stuparu C. Female orgasm disorder. Anorgasmia. Int. J. Adv. Stud. Sexology 2020; 2(2).
16. Krakowsky Y, Grober ED. A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. CUAJ 2018; 12(6): 211–216.
17. Lara Lads, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2017; 39(04): 184–194.
18. Emanu JC, Avildsen I, Nelson CJ. Evidence-based psychotherapy: the state of the science and practice. W: David D, Lynn SJ, Montgomery GH, red. Evidence-based psychotherapy: the state of the science and practice. John Wiley & Sons, Inc; 2018: 253–270.
19. Mestre-Bach G, Blycker GR, Potenza MN. Behavioral therapies for treating female sexual dysfunctions: a state-of-the-art review. JCM 2022; 11(10): 2794.
20. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C i wsp. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. J. Sex. Med. 2016; 13(4): 538–571.
21. Brewer G, Hendrie CA. Evidence to suggest that copulatory vocalizations in women are not a reflexive consequence of orgasm. Arch. Sex. Behav. 2011; 40(3): 559–564.
22. Bischof-Campbell A, Hilpert P, Burri A, Bischof K. Body movement is associated with orgasm during vaginal intercourse in women. J. Sex. Res. 2019; 56(3): 356–366.
23. Laan E, Rellini AH, Barnes T. Standard operating procedures for female orgasmic disorder: consensus of the International Society for Sexual Medicine. J. Sex. Med. 2013; 10(1): 74–82.
24. Marchand E. Psychological and behavioral treatment of female orgasmic disorder. Sex. Med. Rev. 2021; 9(2): 194–211.
25. Rowland DL, Hevesi K, Conway GR, Kolba TN. Relationship between masturbation and partnered sex in women: does the former facilitate, inhibit, or not affect the latter? J. Sex. Med. 2020; 17(1): 37–47.
26. Rowland D, Donarski A, Graves V, Caldwell C, Hevesi B, Hevesi K. The experience of orgasmic pleasure during partnered and masturbatory sex in women with and without orgasmic difficulty. J. Sex. Marital Ther. 2019; 45(6): 550–561.
27. Weiner L, Avery-Clark C. Sensate focus: clarifying the Masters and Johnson's model. Sex. Relat. Ther. 2014; 29(3): 307–319.
28. Heiman JR, Meston CM. Evaluating sexual dysfunction in women: clinical obstetrics and gynecology. 1997; 40(3): 616–629.
29. Meston CM, Stanton AM. Female orgasmic disorder. https://labs.la.utexas.edu/mestonlab/female-orgasmic-disorder/ [dostęp 4.05.2024].
30. Obler M. Systematic desensitization in sexual disorders. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 1973; 4(2): 93–101.
31. Nahmias LC, Duarte A, Alcina J. Female orgasmic disorder. W: Shackelford TK, red. Encyclopedia of sexual psychology and behavior. Springer International Publishing; 2023: 1–7.
32. Mahmodi G, Hassanzadeh R, Heidari G. The effect of sex education on family health on Mazandran medical university students. Intern. Med. Today 2007; 13(2): 64–70.
33. Jankovich R, Miller PR. Response of women with primary orgasmic dysfunction to audiovisual education. J. Sex. Marital Ther. 1978; 4(1):16–19.
34. Kilmann PR, Mills KH, Bella B i wsp. The effects of sex education on women with secondary orgasmic dysfunction. J. Sex. Marital Ther. 1983; 9(1): 79–87.
35. Mirzaee F, Ahmadi A, Zangiabadi Z, Mirzaee M. The effectiveness of psycho-educational and cognitive-behavioral counseling on female sexual dysfunction. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2020; 42(06): 333–339.

36. Babakhani N, Taravati M, Masoumi Z, Garousian M, Faradmal J, Shayan A. The effect of cognitive-behavioral consultation on sexual function among women: a randomized clinical trial. J. Caring Sci. 2018; 7(2): 83–88.
37. Chizary M, Seyyedzadeh Aghdam N, Ranjbaran M. The effect of assertiveness-focused cognitive-behavioral group therapy on women's orgasm: a randomized clinical trial. Int. J. Womens Health Reprod. Sci. 2023; 11(2): 82–88.
38. Ellis A. The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). J. Rational-Emot. Cognitive-Behav. Ther. 1991; 9(3): 139–172.
39. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. J. Consult. Clin. Psychol. 1986; 54(2): 140–148.
40. Tavares IM, Laan ETM, Nobre PJ. Cognitive-affective dimensions of female orgasm: the role of automatic thoughts and affect during sexual activity. J. Sex. Med. 2017; 14(6): 818–828.
41. Cuntim M, Nobre P. The role of cognitive distraction on female orgasm. Sexologies 2011; 20(4): 212–214.
42. Ghaffari A, Feizollahe Vahid A. Comparing the effectiveness of sexual skills training and communication skills training on the sexual attitudes of married women. Res. Dev. Med. Educ. 2020; 9(1): 3–3.
43. Reese JB, Porter LS, Regan KR i wsp. A randomized pilot trial of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer. Psycho-Oncology 2014; 23(9): 1005–1013.
44. Mallory AB, Stanton AM, Handy AB. Couples' sexual communication and dimensions of sexual function: a meta-analysis. J. Sex. Res. 2019; 56(7): 882–898.
45. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. Ann. Rev. Sex. Res. 2004;15: 173–257.
46. Everaerd W, Dekker J: A comparison of sex therapy and communication therapy: Couples complaining of orgasmic dysfunction. J. Sex. Marital Ther. 1981; 7(4): 278–289.
47. Zimmer-Gembeck MJ. Young females' sexual self-efficacy: associations with personal autonomy and the couple relationship. Sex. Health. 2013; 10(3): 204–210.
48. Kocur D. Wiedza kobiet na temat mięśni dna miednicy. Seksuologia Polska 2016; 14(1): 31–38.
49. Nayyab I, Ghous M, Rehman SSU i wsp. The effects of an exercise programme for core muscle strengthening in patients with low back pain after Caesarian-section: A single blind randomized ontrolled trial. J. Pak. Med. Assoc. 2021; 71(5): 1319–1325. DOI: 10.47391/JPMA.596.
50. Pereira V, Arias-Carrión O, Machado S, Nardi A, Silva A. Sex therapy for female sexual dysfunction. Int. Arch. Med. 2013; 6(1): 37.

Adres email: a.kozakiewicz@inz.uz.zgora.pl

PSYCHOTERAPIA 1 (208) 2024
STRONY: 25–42
DOI: 10.12740/PT/189640

Anna Więcek-Durańska[1], Piotr Cześnik[2], Olga Pielacha[2], Maria Tomaszewska[2], Urszula Rucińska[2], Sylwia Wojciechowska[2], Olga Szczepankowska[2]

# TRENING ZASTĘPOWANIA AGRESJI (ART) I JEGO EFEKTYWNOŚĆ W ŚWIETLE POWROTNOŚCI SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW AGRESYWNYCH DO PRZESTĘPSTWA

## Aggression Replacement Training (ART) and its effectiveness in the perspective of the return of perpetrators of aggressive crimes to crime

[1]Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Instytut Psychologii

[2]Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie,
Koło Naukowe Psychologii Sądowej LexPsyche APS,

**Aggression Replacement Training**
**recidivism**
**effectiveness of Corrective Interventions**

**Streszczenie**

***Cel pracy:*** *Głównym celem badawczym prezentowanego badania było ukazanie efektywności prowadzonych w zakładach karnych oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób skazanych za przestępstwa agresywne.*
***Metoda:*** *Badanie eksperymentalne. Losowo wyodrębniono dwie grupy badawcze (eksperymentalną i kontrolną). Uczestnicy zakwalifikowani do grupy eksperymentalnej uczestniczyli w programie korekcyjno-edukacyjnym przeznaczonym dla sprawców przestępstw agresywnych. Uczestnicy badania przyporządkowani do grupy kontrolnej w podobnym programie nie uczestniczyli. W sumie do programu Trening Zastępowania Agresji (ART) przystąpiły 142 osoby do grupy eksperymentalnej oraz 156 do kontrolnej. Przed rozpoczęciem programu oraz po jego zakończeniu uczestnicy badania uzupełnili zestaw kwestionariuszy psychologicznych służących do pomiaru agresji. Analizom poddano również informacje z akt penitencjarnych z pobytu w placówce. Po pięciu latach od opuszczenia zakładu karnego przez ostatniego uczestnika badania przeprowadzono kolejne analizy powrotności do zakładu karnego.*
***Wyniki:*** *Trening Zastępowania Agresji (ART) wydaje się ważnym i efektywnym sposobem oddziaływania wobec sprawców przestępstw agresywnych. W badaniu na populacji więziennej uzyskał on pozytywne wyniki w perspektywie krótkoterminowej, a więc w odniesieniu do czasu, w którym realizowany był program i tuż po jego zakończeniu.*
***Wnioski:*** *1. U skazanych objętych Treningiem Zastępowania Agresji (ART) po przebytym oddziaływaniu obserwowano niższy poziom odczuwanego gniewu oraz mniejszy poziom gotowości do zachowań agresywnych fizycznych i agresji werbalnej. 2. Skazani po treningu wykazywali również niższy poziom wrogości wobec innych osób. 3. Ponadto u skazanych objętych oddziaływaniem*

*zaobserwowano zmianę w funkcjonowaniu podczas odbywania kary pozbawienia wolności, co skutkowało zmniejszeniem się ilości kar dyscyplinarnych stosowanych na terenie zakładu karnego.*

**Summary**

**Objectives:** The main research objective of the presented study was to show the effectiveness of corrective and educational interventions carried out in prisons for persons convicted of aggressive crimes.
**Methods:** Experimental study. Two research groups were randomly identified (experimental and control). Participants qualified for the experimental group participated in a correctional program for perpetrators of violent crimes. Study participants assigned to the control group did not participate in a similar program. In total, 142 people joined the Aggression Replacement Training (ART) in the experimental group and 156 in the control group. Before the start of the program and after its completion, the study participants completed a set of psychological questionnaires used to measure aggression, and information from penitentiary records was also analysed. Five years after leaving prison, further analyses of reoffending were conducted.
**Results:** Aggression Replacement Training seems to be an important and effective way of influencing perpetrators of aggressive crimes. In the study on the prison population, it obtained positive results in the short term perspective, i.e. in relation to the time during which the program was implemented and immediately after its completion.
**Conclusions:** 1. Convicts participating in the Aggression Replacement Training were observed to have a lower level of anger and a lower level of readiness for physical and verbal aggression. 2. Convicts also showed lower levels of hostility towards other people after training. 3. In addition, a change in functioning during imprisonment was observed among the convicts affected by the impact, which resulted in a decrease in the number of disciplinary penalties applied in the prison.

## Wprowadzenie

Przestępczość jest zjawiskiem ważnym społecznie, stanowi bowiem zagrożenie dla porządku prawnego. W zależności od charakteru czynu narusza dobra osobiste jednostki w sferze fizycznej lub/i psychicznej. Dlatego istotne i aktualne jest pytanie dotyczące reakcji społecznej i sposobów oddziaływania, nie tylko w aspekcie represji czy karania sprawców, ale też zapobiegania ich powrotności do przestępstwa, co za tym idzie — ochrony potencjalnych osób pokrzywdzonych przed tego typu czynami.

W artykule przedstawiono wyniki wieloletnich badań nad efektywnością programu korekcyjno-edukacyjnego Treningu Zastępowania Agresji (ART) oraz powrotności skazanych do przestępstwa. Starano się przedstawić nie tylko czynniki wpływające na efektywność oddziaływania, ale i różne wymiary efektywności zarówno te związane z bezpośrednią miarą, jaką jest przestępczość w warunkach recydywy, jak i jakościowymi zmianami obserwowanymi u skazanych po przebyciu treningu nakierowanego na redukcję agresji i złości.

## Podstawy teoretyczne Treningu Zastępowania Agresji (ART)

Program Aggression Replacement Training (ART) jest jednym z pierwszych programów wielomodalnych skierowanych na zmianę: myślenia, emocji i zachowania człowieka [1]. Jest to program interwencyjny oparty na podejściu poznawczo-behawioralnym, mający na celu ograniczenie agresywnego zachowania człowieka (i tym samym mogący przyczyniać

się do zmniejszania powrotnej przestępczości) opracowany dla młodzieży w wieku od 10 do 17 lat przez Goldsteina, Glicka i Gibbsa w Instytucie Badań nad Agresją Uniwersytetu w Syracuse w Stanach Zjednoczonych [2]. Program składa się z trzech modułów skierowanych na wyuczenie umiejętności społecznych, kontrolę oraz ograniczenie gniewu i agresji, a także rozwój moralnego wnioskowania. Podstawę teoretyczną programu stanowi społeczna teoria uczenia Bandury [za: 3]. Program ART składa się z trzech zintegrowanych ze sobą modułów: z treningu umiejętności społecznych, treningu kontroli złości oraz wnioskowania moralnego [1, 4].

Pierwszy moduł Treningu Zastępowania Agresji — trening umiejętności społecznych — stanowi behawioralny komponent programu. Kładzie przede wszystkim nacisk na uczenie się nowych umiejętności prospołecznych, które pokazują, jak można zachować się w sposób inny niż agresywny. W ramach treningu wyodrębnia się 50 najważniejszych umiejętności prospołecznych kluczowych dla uzyskania zmiany zachowań, ponieważ mogą one stanowić alternatywę wobec agresji oraz pomagać w zapobieganiu jej występowania [5]. Umiejętności te zostały podzielone na sześć grup według zakresu ich obejmowania oraz poziomu zaawansowania uczestników [6].

Tabela 1. **Rodzaje umiejętności społecznych**

| Grupa umiejętności | Nazwa umiejętności | |
|---|---|---|
| Podstawowe umiejętności społeczne | Słuchanie<br>Rozpoczynanie rozmowy<br>Prowadzenie rozmowy<br>Zadawanie pytań | Mówienie dziękuję<br>Przedstawianie się<br>Przedstawianie innej osoby<br>Mówienie komplementów |
| Zaawansowane umiejętności społeczne | Proszenie o pomoc<br>Przyłączanie się<br>Udzielanie wskazówek<br>Przekonywanie innych | Wykonywanie poleceń<br>Przepraszanie |
| Umiejętności emocjonalne | Poznawanie swoich uczuć<br>Wyrażanie swoich uczuć<br>Rozumienie czyichś uczuć<br>Radzenie sobie z czyimś gniewem | Wyrażanie sympatii (miłości)<br>Radzenie sobie ze strachem<br>Nagradzanie siebie |
| Umiejętności alternatywne wobec agresji | Prośba o pozwolenie<br>Dzielenie się<br>Pomaganie innym<br>Negocjowanie | Praktykowanie samokontroli<br>Obrona swoich praw<br>Reagowanie na zaczepki<br>Unikanie kłopotów z innymi ludźmi |

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

| | | |
|---|---|---|
| Umiejętności kontroli stresu | Skarżenie się<br>Odpowiadanie na skargę<br>Zachowanie się podczas gry<br>Przezwyciężanie zakłopotania (wstydu)<br>Radzenie sobie z pominięciem<br>Przygotowanie do trudnej rozmowy | Ujęcie się za kolegą (przyjacielem)<br>Odpowiedź na namawianie<br>Reagowanie na niepowodzenia<br>Radzenie sobie ze sprzecznymi komunikatami<br>Radzenie sobie z oskarżeniem<br>Radzenie sobie z presją grupy |
| Umiejętności planowania | Decydowanie o zrobieniu czegoś<br>Znajdowanie przyczyny problemu<br>Wyznaczanie celu<br>Określanie swoich możliwości<br>Koncentrowanie się na zadaniu | Zbieranie informacji<br>Szeregowanie problemów według ważności<br>Podejmowanie decyzji |

Źródło: opracowanie własne na podstawie Glick i Gibbs [7] oraz Morawski [8]

Grupy umiejętności ułożone są hierarchicznie od podstawowych do bardziej złożonych. Podstawowe umiejętności społeczne stanowią pewną bazę, gdyż opanowanie ich umożliwia rozwijanie następnych bardziej zaawansowanych [9]. Podkreślić należy, że prowadząc trening z osobami dorosłymi pomija się pierwszą grupę, a rozpoczyna od drugiej.

Druga grupa — zaawansowane umiejętności prospołeczne — wymaga od uczestnika więcej uwagi i zaangażowania, gdyż obejmuje trenowanie umiejętności z udziałem innej osoby lub grupy osób, trzecia natomiast dotyczy umiejętności, w których następuje zaangażowanie emocjonalne. Uczestnik uczy się rozpoznawać swoje uczucia, wyrażać je, ale — co również istotne — uczy się nagradzać siebie w sytuacjach, w których na to zasłużył po to, aby dostarczyć sobie pozytywnych wzmocnień i utrwalać pozytywne wzorce swoich zachowań. Czwarta grupa to umiejętności alternatywne wobec agresji. Są to umiejętności, które po opanowaniu przez uczestnika mają posłużyć jako zasób, stanowiąc alternatywę zachowania agresywnego [10]. Kwestia ta jest o tyle istotna, że — jak wskazuje się w literaturze — ludzie zachowują się w sposób agresywny, gdyż nie posiadają wiedzy i kompetencji dotyczących tego, jak można się zachować w inny sposób umożliwiający osiągnięcie celu. Zachowanie agresywne bywa również maską, która pozwala ukryć prawdziwe emocje związane z pominięciem, reakcją na niepowodzenie czy radzeniem sobie ze strachem, czy z gniewem innych osób [11]. Piąta grupa umiejętności jest jeszcze bardziej złożona, gdyż wymaga się od jednostki interakcji z innymi ludźmi, jak również świadomości środowiska społecznego i otoczenia, w którym funkcjonuje jednostka. Ostatnia grupa umiejętności najbardziej złożonych i zaawansowanych obejmuje te związane z planowaniem oraz — jak podkreślają Glick oraz Gibbs [7] — odzwierciedla ona proces podejmowania decyzji i wymaga trenowania przez dłuższy czas, jak również zaangażowania bardziej skomplikowanych procesów poznawczych.

Ze względu na ograniczony czas, w jakim odbywają się treningi ART, najczęściej są to sesje treningowe trwające 10 tygodni. Nie jest możliwe przećwiczenie wszystkich

pięćdziesięciu umiejętności prospołecznych, dlatego konieczny jest wybór 10 z nich [12, 13]. Dopuszczalny jest wybór konkretnych umiejętności zarówno przez uczestników, jak i trenerów. Proponuje się, aby uczestnicy sesji treningowych mieli wpływ na wybór umiejętności, gdyż to oni sami najlepiej wiedzą, które z nich stwarzają im najwięcej problemów. Aby pomóc trenującym w weryfikacji umiejętności społecznych przysparzających trudności proponuje się, aby uczestnicy wypełnili Kwestionariusz Umiejętności Społecznych. Narzędzie to zostało opracowane przez autorów programu właśnie w celu autodiagnozy obszarów funkcjonowania społecznego, w których występują deficyty [14].

Uczenie umiejętności odbywa się poprzez wykorzystanie i systematyczne stosowanie czterech procedur: modelowania, grania ról, udzielania informacji zwrotnej oraz transferu umiejętności [15]. Zmiana zachowania w kierunku pożądanym odbywa się w sposób ściśle zaprogramowany i jednoznaczny [8]. Pierwszą procedurą stosowaną w uzyskiwaniu takiego właśnie celu jest modelowanie, czyli pokazywanie przez trenera wzorcowego sposobu zachowania składającego się na daną umiejętność. Modelowanie prawidłowego zachowania umożliwia uczestnikom uczenie się poprzez obserwację modela, jak również przez naśladowanie prawidłowego sposobu zachowania polegającego na odgrywaniu ról prawidłowych społecznych zachowań [12]. Istotnym elementem modelowania jest również pozytywne zakończenie każdej scenki oraz wzmocnienie modelu przez udzielenie uczestnikom pozytywnych werbalnych wzmocnień [7]. Dlatego tak ważnym elementem tej części treningu jest informacja zwrotna dla trenujących na temat wykonanego zadania — zarówno od trenerów, jak i od grupy. Informacja zwrotna odnosi się do tego, jak dobrze uczestnik wykonał daną umiejętność oraz czy zastosował prezentowane wcześniej modelowe kroki umiejętności [16]. Komunikat zwrotny powinien być pozytywny tak dalece jak tylko to możliwe, ponieważ — jak podkreślają Glick i Gibbs — wzmacnia on chęci członków grupy do jak najlepszego wykonywania wszystkich kroków prowadzących do opanowania danej umiejętności. Informacja zwrotna powinna być udzielona zaraz po odegraniu przez trenującego scenki, ponieważ tylko wtedy może przynieść zamierzony efekt w postaci pozytywnego wzmocnienia modelowanej umiejętności prospołecznej [17].

W Treningu Zastępowania Agresji (ART) istotnym elementem jest transfer, czyli przeniesienie wiedzy i umiejętności zdobytych przez uczestnika w warunkach szkoleniowych do realnego życia poza salę treningową. Dlatego też trenerzy ART po każdej sesji zalecają wykonanie pracy domowej polegającej na zastosowaniu nowo poznanej umiejętności społecznej w miejscu innym niż sala treningowa. Z wykonanej pracy każdy uczestnik wypełnia raport, w którym opisuje najpierw, jakie są kroki trenowanej umiejętności, z kim i gdzie umiejętność zostanie wypróbowana oraz, po wypróbowaniu umiejętności, co się wydarzyło, kiedy poznana umiejętność została wykorzystana, które elementy umiejętności zostały zastosowane oraz jak dobrze uczestnik poradził sobie z zadaniem. Zazwyczaj na jednej sesji treningowej uczestnicy uczą się jednej umiejętności społecznej.

Ważnym elementem pracy związanej z wdrażaniem treningu w codziennym życiu jest przygotowanie środowiska, w którym przebywa osoba agresywna pod względem wspierania i wzmacniania umiejętności wypracowanych podczas sesji treningowych. W idealnych warunkach wskazane byłoby, aby w podobnym szkoleniu uczestniczyły osoby z najbliższego otoczenia trenującego, np. rodzice, opiekunowie, rodzeństwo, ale również personel instytucji, w której przebywa uczestnik (np. zakład karny czy szkoła, jeżeli mówimy

o agresywnej młodzieży). Przeszkolenie innych uczestników życia społecznego stwarza większą szansę na to, że osobie trenującej się powiedzie.

Trening kontroli złości jest modułem, który kładzie nacisk na afektywny komponent ART. Oznacza to, że uczestnicy uczą się sposobów hamowania swojej złości po to, aby dać sobie czas na przemyślenie i wybór prawidłowego sposobu reakcji. Jak się podkreśla w literaturze złość jest naturalną ludzką emocją towarzyszącą każdemu człowiekowi na różnych etapach jego życia. W niektórych sytuacjach może mieć ona pozytywny wpływ, np. poprzez pobudzenie może pozytywnie oddziaływać na procesy motywacyjne i mobilizować do wysiłku.

Kluczowe jest jednak to, że w niektórych przypadkach odczuwana złość prowadzić może do agresji, zarówno bezpośredniej, jak i pośredniej. Dlatego właśnie podstawowym celem tej części treningu jest nauczenie uczestników sposobów hamowania złości, jak również rozpoznawania sygnałów (zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych) wywołujących emocje negatywne. Ta część treningu opiera się na doświadczeniach uczestników odnoszących się do sytuacji ze swojego życia, w której byli rozzłoszczeni czy wręcz zachowali się w sposób agresywny. Uczą się identyfikować i rozpoznawać sygnały płynące ze środowiska zewnętrznego (wyzwalacze zewnętrzne) oraz pochodzące z własnych sądów i opinii (wyzwalacze wewnętrzne), które powodują lub sygnalizują ich agresywne reakcje. Wyzwalacze zewnętrzne to wydarzenia, rzeczy lub sytuacje, w których ludzie odczuwają pewien dyskomfort, reagują złością lub odczuwają silny stres. Reakcje te mogą mieć charakter zarówno werbalny (np. obrzucenie innej osoby wyzwiskami, plotkowanie czy rozpowszechnianie nieprawdziwych informacji na jej temat), jak i niewerbalny (np. popchnięcie, kopnięcie, klepnięcie). Wyzwalacze wewnętrzne natomiast to „mowa wewnętrzna" człowieka — jest ona niezwykle ważna, gdyż może wzmacniać bądź tłumić powstający gniew. Wewnętrzne wyzwalacze w połączeniu z wyzwalaczami zewnętrznymi prowadzić mogą do podwyższenia poziomu pobudzenia i do zachowania agresywnego. Dlatego też ważnym aspektem modułu jest identyfikowanie sygnałów fizycznych płynących z ciała (uczucie gorąca, suchość w gardle, przyśpieszony oddech itp.), które pozwalają osobie na zorientowanie się, że następną reakcją, jaka się pojawi, będzie złość i zachowanie agresywne.

Aby nauczyć uczestników skutecznej kontroli złości, trenerzy stosują kombinację modelowania odgrywania ról i informacji zwrotnej. Uczestnicy uczą się używania tzw. reduktorów złości, czyli technik mających na celu obniżenie napięcia emocjonalnego oraz odczuwanej złości. Może to być np. liczenie głębokie, oddychanie, wyobrażenie sobie spokojnego, przyjemnego miejsca, słuchanie relaksacyjnej muzyki czy przeanalizowanie konsekwencji danego zachowania. Jak się podkreśla w literaturze sugeruje się początkowo stosowanie podstawowych sposobów kontroli złości, lecz wraz z upływem czasu i nabywaniem kompetencji wprowadzane są bardziej skomplikowane techniki dopasowane do potrzeb indywidualnych uczestnika. Ważnym aspektem modułu kontroli złości jest nauczenie uczestników stosowania monitów służących jako pomoc w rozładowaniu narastającego napięcia. Monity są mową wewnętrzną, która dzięki autoinstrukcjom typu: „tylko spokojnie", „nie denerwuj się", „poradzisz sobie" pozwala osobie uzyskać poczucie kontroli nad sytuacją i wyhamować w porę zachowanie agresywne. Podczas sesji trenujący uczeni są dokonywania oceny konsekwencji danego zachowania. Jest to szczególnie

istotne w pracy z grupą młodzieży czy też z impulsywnymi osobami dorosłymi. Jak się wskazuje w literaturze, osoby takie często nie zdają sobie sprawy z tego, jakie korzyści mogą odnieść z kontroli złości i jakie ponoszą straty nie kontrolując jej. Rolą trenera jest więc wskazanie uczestnikom takich korzyści, a najlepiej doprowadzenie do sytuacji, w której to sam uczestnik je dostrzeże [8].

Również ważnym aspektem, na który trenerzy zwracają uwagę, jest dokonywanie samooceny przez uczestnika oraz uczenie nagradzania siebie za skuteczne czy też prawidłowe zachowanie w sytuacji, w której zazwyczaj dochodziło do wybuchu złości. Nagradzanie siebie może mieć charakter myśli samonagradzających, np. „dobrze sobie z tym poradziłem" czy „jestem z siebie dumny" lub też pewnych czynności, np. pójścia do kina, kupna jakiegoś drobiazgu lub pochwalenia się osobie bliskiej osiągnięciami w tej dziedzinie.

Wnioskowanie moralne jest trzecim modułem Treningu Zastępowania Agresji (ART). Pierwsze dwa moduły pozwalają uczestnikom nauczyć się sposobów zachowania się w sytuacjach, które zazwyczaj powodują u nich agresję oraz sposobów reagowania i konstruktywnego radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Trzeci natomiast, według autorów programu, pomaga podnieść u uczestników poziom wiedzy na temat uczciwości i sprawiedliwości społecznej oraz ich świadomość [7]. Osoby biorące udział w treningu poprzez dyskutowanie na tematy trudne z punktu widzenia moralnego uczą się innego spojrzenia na świat, poznają też perspektywę drugiego człowieka, jego punkt odniesienia i rozumienia tej samej sytuacji. Dzięki temu zdaniem autorów uczestnicy w dłuższej perspektywie podnoszą swój poziom uczciwości oraz bardziej liczą się z prawami i potrzebami innych ludzi [18].

Podkreślenia wymaga informacja, że w polskiej adaptacji modułu wnioskowania moralnego uczestnicy pracują na dylematach moralnych opartych na teorii rozwoju moralnego Kolberga uzupełnionych o poziom zerowy przez Damona. W wersji amerykańskiej natomiast nastąpiła zmiana. Goldstein i Gibbs zmodyfikowali techniki ART poprzez pracę na dylematach społecznych. Podstawowa różnica pomiędzy dylematem społecznym a moralnym polega na tym, że dylemat społeczny powstaje w sytuacji, której rozwiązanie powoduje korzyści indywidualnie, ale jest złe społecznie *versus* jest dobre społecznie, ale powoduje straty indywidualnie. Dylematy moralne natomiast powstają w sytuacjach, w których każde rozwiązanie powoduje stratę dla dokonującego wyboru. W sesjach dotyczących podejmowania decyzji społecznych podstawowym celem jest nakłonienie uczestnika do przyjęcia w danej sytuacji perspektywy drugiego człowieka natomiast podczas sesji wnioskowania moralnego celem jest nauczenie kroków podejmowania decyzji oraz przeżycie jej, co oznacza, że uczestnik musi poczuć na sobie konsekwencje wyboru. Podstawową różnicą jest również to, że w sesjach podejmowania decyzji społecznych występuje element oceny ze strony trenera oraz innych uczestników. W sesjach wnioskowania moralnego ocena zewnętrzna jest wręcz niedozwolona [18].

Moduł wnioskowania moralnego rozpoczyna ćwiczenie na odkrywanie wartości uczestnika. Ma ono na celu uświadomienie osobom trenującym, co jest dla nich w życiu ważne, jakie są naczelne wartości, którymi się kierują, szczególnie podczas podejmowania trudnych decyzji. Następnie grupa omawia dylematy moralne. Najczęściej podczas treningów korzysta się z dylematów zaproponowanych przez autorów, lecz jest możliwość włączenia zaproponowanych przez siebie sytuacji. Podczas dyskusji na temat dylematu moralnego ważne jest, aby uczestnicy poruszali się w obrębie zaproponowanych przez autorów polskiej

adaptacji pięciu kroków zwanych w skrócie ANIMA (A — alternatywy, N — następstwa, I — interesariusze, M — motywy, A — afekty). Jak podkreślają autorzy, procedura sesji wnioskowania moralnego jest bardziej elastyczna niż poprzednie moduły, gdyż dopuszcza dowolną kolejność realizowanych kroków. Ważne jest jednak, aby wszystkie one zostały przez uczestnika zastosowane. Istotne jest również, aby rozważając dany dylemat moralny, uczestnicy zwrócili uwagę na inne możliwości rozwiązania danej sytuacji, na konsekwencje każdej z wybranych przez uczestnika opcji oraz na to, kto jeszcze jest uwikłany w daną sytuację, jakie ma motywy, wybierając dane rozwiązanie sytuacji, czym się kierują oraz jak będą się czuli z podjętą przez nich decyzją [19].

## Metoda badania

Głównym celem badawczym prezentowanego badania było ukazanie efektywności oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych wobec osób skazanych za przestępstwa agresywne prowadzonych w zakładach karnych. Efektywność mierzona była m.in. poprzez aspekt powrotności do przestępstwa, w tym przypadku ponownego skazania i odbywania kary bezwzględnego pozbawienia wolności. Brano pod uwagę zarówno charakter czynu, za który osoba badana została skazana, jak i czas, jaki upłynął od chwili opuszczenia zakładu karnego i powtórnego znalezienia się w nim.

W 2014 roku w wybranych zakładach karnych wylosowano na podstawie zestawienia przygotowanego przez Centralny Zarząd Służby Więziennej skazanych z art.156§1–3 kk, art.157§1–5 kk, art.158§1–3 kk, art. 159 kk, art. 280§ 1–2 kk, art. 281 kk oraz art. 282 kk przebywających wtedy w zakładzie karnym. Losowo wyodrębniono dwie grupy badawcze (eksperymentalną i kontrolną). Uczestnicy zakwalifikowani do grupy eksperymentalnej uczestniczyli w programie korekcyjno-edukacyjnym przeznaczonym dla sprawców przestępstw agresywnych. Uczestnicy badania przyporządkowani do grupy kontrolnej nie uczestniczyli w podobnym programie. W sumie do programu Treningu Zastępowania Agresji (ART) przystąpiły 142 osoby do grupy eksperymentalnej oraz 156 do kontrolnej.

Przed rozpoczęciem programu oraz po jego zakończeniu uczestnicy badania uzupełnili zestaw kwestionariuszy psychologicznych służących do pomiaru agresji. Były to: Kwestionariusz Agresji Bussa i Perry'ego (AQBP) — wersja AQBP'07 (Buss-Perry Aggression Questionnaire Scale — 1992) — w tłumaczeniu i adaptacji Lucyny Kirwill za zgodą Bussa oraz polska adaptacja Kwestionariusza Samooceny STAXI-2 do badania stanu cechy ekspresji i kontroli złości [20]. Wykorzystane w badaniu narzędzia uzyskały zadowalającą rzetelność: α Cronbacha obliczone dla całej grupy wynosiło od 0,74 do 0,95 dla STAXI-2 i α Cronbacha 0,89 dla Kwestionariusza Agresji Bussa i Perry'ego. W ramach prowadzonych badań zbierane były i analizowane wytwory działania powstałe podczas prowadzonych programów; były to m.in.: indeksy złości i kwestionariusze umiejętności społecznych. Analizom poddano również informacje z akt penitencjarnych uczestników z ich pobytu w placówce.

Po pięciu latach od opuszczenia zakładu karnego przez ostatniego uczestnika badania przeprowadzono kolejne analizy. Na podstawie informacji zawartych w aktach penitencjarnych oraz analizy danych dotyczących pobytów w zakładach karnych obliczono

wskaźnik powrotności do zakładu karnego. Punktem wyjścia realizowanego projektu była hipoteza, że osoby, które uczestniczyły w programie korekcyjno-edukacyjnym dla sprawców przestępstw agresywnych po opuszczeniu zakładu karnego rzadziej będą popełniały przestępstwa związane z agresją i przemocą, a co za tym idzie — rzadziej będą ponownie trafiały do placówek penitencjarnych.

## Charakterystyka badanej populacji

W celu poznania potencjalnych różnic między grupami dokonano pogłębionych analiz. Grupy nie różniły się między sobą stanem cywilnym. Ponad połowa uczestników badania była stanu wolnego w chwili odbywania kary (w grupie kontrolnej — 60,2%; w eksperymentalnej — 57,9%) co czwarty badany żył w konkubinacie (grupa kontrolna — 28,5%; eksperymentalna — 28,1%). Żonatych było odpowiednio 6,5% i 7% w grupie kontrolnej i eksperymentalnej, a rozwiedzionych — 5% i 7%.

Analiza testem chi-kwadrat wykazała istotną różnicę między grupą kontrolną i eksperymentalną w poziomie wykształcenia skazanych ($\chi 2 = 17{,}47$; $p = 0{,}04$; $V = 0{,}27$). Badani w obu grupach najczęściej mieli wykształcenie podstawowe, lecz częściej w grupie eksperymentalnej (55,3%) niż w kontrolnej (47,2%). Następne w częstotliwości było wykształcenie zasadnicze zawodowe: również miało je więcej osób z grupy eksperymentalnej (36,8%) niż z kontrolnej (30,1%). Najmniej badanych w obu grupach miało wykształcenie podstawowe niepełne (16% w kontrolnej; 0,9% w eksperymentalnej) i wyższe (0,9% w grupie eksperymentalnej, brak osób w grupie kontrolnej). W grupie kontrolnej znajdowały się osoby, które w czasie pobytu w zakładzie karnym zdobyły wykształcenie zasadniczo zawodowe (24%), a także jedna osoba, która zdobyła wykształcenie średnie techniczne.

W obu grupach znaczną część badanych ponad 80% stanowiły osoby zdrowe fizycznie i psychicznie (kontrolna — 83,7%; eksperymentalna — 83,3%). Przewlekle chorzy stanowili 8,9% badanych w grupie kontrolnej, a w eksperymentalnej — 6,1%. W obu grupach była jedna osoba niepełnosprawna ruchowo. Osoby z zaburzeniami psychicznymi stanowiły 33% grupy kontrolnej i 18% grupy eksperymentalnej. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim stanowiły 0,8% grupy kontrolnej natomiast w grupie eksperymentalnej — 3,5%. Jedna osoba w grupie eksperymentalnej miała stwierdzone zaburzenie psychiczne, a także była przewlekle chora fizycznie.

Co czwarty uczestnik badania (kontrolna — 26,8%; eksperymentalna — 25,4%) był skierowany w zakładzie karnym na leczenie związane z uzależnieniem od substancji takich jak alkohol, narkotyki lub innych substancji psychotropowych.

## Wyniki

Ewaluacja programów czy oddziaływań terapeutycznych stwarza dużo trudności, gdyż uchwycenie pewnych zmian i powiązanie ich z prowadzonym oddziaływaniem jest niezwykle skomplikowane i czasochłonne. Aby dokonać ewaluacji Treningu Zastępowania Agresji (ART) opracowano wiele wskaźników służących jego ocenie. Podkreślić bowiem należy, że brak jest jednego obiektywnego narzędzia, które mierzyłoby, czy dany program

korekcyjny lub terapeutyczny jest skuteczny. Zauważyć również należy, że funkcjonowanie człowieka jest wielowymiarowe — obejmuje zarówno jego środowisko zewnętrzne (rodzinę, szkołę, pracę itp.), jak i wewnętrzne (procesy myślowe, spostrzeganie, motywację czy przekonania). Dlatego też przede wszystkim chciano odpowiedzieć na tak zasadnicze pytania, jak:

— Czy program działa, a jeżeli tak, to w jakim zakresie?

— Czy wobec wszystkich uczestników działa w takim samym stopniu?

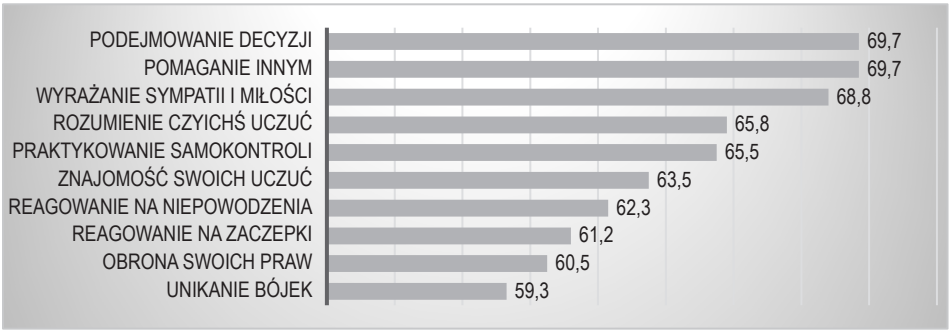
— Jeżeli natomiast nie działa, to dlaczego tak się dzieje?

Aby móc odpowiedzieć na te i na wiele innych pytań poddano analizie poszczególne części Treningu Zastępowania Agresji, które odpowiadają za zmianę na odrębnych płaszczyznach funkcjonowania człowieka. Uznano, że aby mógł poprawnie funkcjonować cały program, następować musi zmiana w obrębie jego części składowych. Na tej podstawie opracowano wskaźniki odnoszące się do poszczególnych modułów będących integralnymi częściami składowymi programu. Opracowano również wskaźniki będące miarą całościowego funkcjonowania treningu.

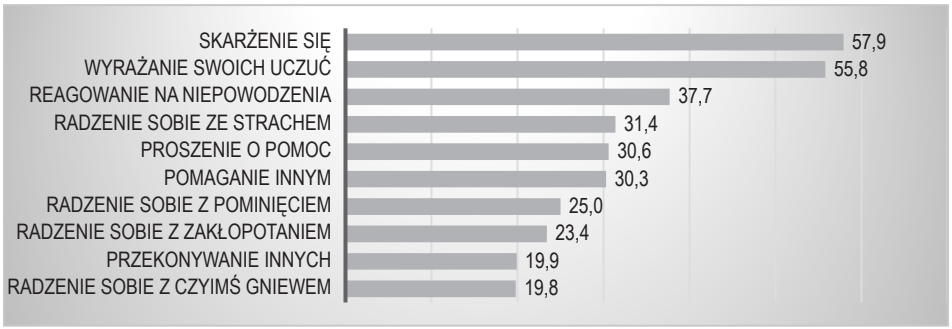
Trening umiejętności społecznych jest pierwszym modułem Treningu Zastępowania Agresji (ART). Podkreśla się, że umiejętności te odgrywają kluczową rolę w uzyskaniu zmiany zachowania. Uczestnicy uczą się i trenują umiejętności, które pozwolą im zastąpić dotychczasowe zachowania agresywne. Ze względu na fakt, że wszyscy uczestnicy programu przebywali w zakładzie karnym w związku z popełnionymi przestępstwami agresywnymi założyć można, że wszyscy oni wykazywali deficyty właśnie pod względem kontroli i ekspresji emocji.

Pierwszym wskaźnikiem ewaluacyjnym były umiejętności społeczne. Moduł umiejętności prospołecznych stanowi podstawę dalszej pracy trenujących i trenerów. Ważne jest więc, aby uczestnicy nabyli pewne umiejętności, które pozwolą im w sposób praktyczny eliminować zachowania agresywne i zastępować je zachowaniami pożądanymi (społecznymi). Dlatego też na początku pierwszego modułu uczestnicy wypełniali kwestionariusz umiejętności społecznych pozwalający zorientować się, jakie umiejętności wykorzystywane są przez nich najczęściej, a które najrzadziej.

Jako najczęściej wykorzystywane umiejętności uczestnicy programu w zdecydowanej większości — prawie 70% — wskazywali na umiejętność podejmowania decyzji, pomagania innym oraz wyrażania sympatii i miłości. Również istotne znaczenie w badanej grupie miały umiejętności rozumienia zarówno swoich, jak i czyichś uczuć, praktykowania samokontroli czy reagowania na niepowodzenia. Na zbliżonym poziomie (w granicach 60%) utrzymywał się wybór umiejętności unikania bójek, obrony swoich praw czy reagowania na zaczepki.




Wykres 1. **Umiejętności prospołeczne używane często lub zawsze**




Wykres 2. **Umiejętności prospołeczne nieużywane nigdy lub używane rzadko**

W grupie eksperymentalnej ART uczestnicy uzupełniali również indeksy złości na początku programu i po jego zakończeniu. Zaobserwowano, że istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem złości przed treningiem a poziomem złości po treningu. Obliczono również współczynnik korelacji dotyczący zmiany poziomu złości po zakończeniu programu. W tym wypadku korelacja Pearsona wynosiła $r = 0{,}556$; $p < 0{,}001$ co sugeruje, że istnieje ujemny związek między indeksem złości a zmianą, która zaszła w obrębie złości podczas treningu. Osoby, które uzyskały w preteście wyższy wynik w skali złości (IZ) charakteryzowały się niższym wskaźnikiem zmiany w obrębie złości po przebytym treningu. Jest to silna korelacja.

Na podstawie analizy zgromadzonego materiału testowego (STAXI-2 oraz Kwestionariusz Agresji Bussa) stwierdzono, że istnieją pewne różnice na poziomie średnich wyników w poszczególnych wymiarach struktury agresji. Wyniki analiz dla agresji fizycznej $t(134) = 1{,}258$; $p = 0{,}211$; agresji werbalnej $t(134) = 0{,}995$; $p = 0{,}322$; gniewu $t(134) = 0{,}722$; $p = 0{,}472$; wrogość $t(134) = 1{,}590$; $p = 0{,}114$. Pomimo że różnice te okazały się nieistotne, statystycznie warto je zasygnalizować. Okazało się bowiem, że osoby poddane Treningowi Zastępowania Agresji (ART) uzyskiwały średnio niższe wyniki na skalach agresji fizycznej, agresji werbalnej oraz wrogości. Można więc przypuszczać, że wynik ten wskazuje na

działanie programu, gdyż uczestnicy dzięki nabytym umiejętnościom społecznym oraz technikom regulacji i kontroli agresji mogli zapanować nad zachowaniami agresywnymi. Zastanawia jedynie wynik uzyskany w odniesieniu do skali gniewu, który wskazuje, że po przebytym treningu jest on wyższy. Tłumaczyć można to pogłębieniem procesów samoświadomości, poszerzeniem wiedzy dotyczącej sytuacji, w której znajduje się skazany oraz przyjęciem chociażby częściowym za nią odpowiedzialności.

Tabela 2. **Statystyki opisowe Kwestionariusza Agresji Bussa i Perry'ego**

| | Agresja fizyczna | | Agresja werbalna | | Gniew | | Wrogość | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | pretest | posttest | pretest | posttest | pretest | posttest | pretest | posttest |
| Średnia | 2158 | 2098 | 1429 | 1388 | 1545 | 1583 | 2101 | 1996 |
| Mediana | 21 | 19 | 15 | 14 | 14 | 15 | 20 | 19 |
| Odchylenie standardowe | 721 | 722 | 392 | 361 | 572 | 561 | 643 | 602 |

Także wyniki uzyskane z wykorzystaniem kwestionariusza STAXI–2, służącego do pomiaru gniewu jako stanu oraz gniewu jako cechy, jak również wskaźników jego ekspresji i kontroli wskazują na pewne różnice. Warto dokonać rozróżnienia gniewu jako chwilowego przemijającego stanu emocjonalnego oraz gniewu rozumianego jako utrzymująca się trwała cecha osobowości wyrażona gotowością do reagowania gniewem i agresją w pewnych sytuacjach [20]. Gniew jako stan jest pojęciem kategorialnym — może być zmierzony różnego rodzaju skalami. Jest złożonym przeżyciem, którego dominującą cechą jest stan emocjonalny. Gniew rozumiany jako cecha dotyczy natomiast pewnego wymiaru osobowości [21].

Rezultaty uzyskane z wykorzystaniem kwestionariusza STAXI–2 wskazują, że osoby poddane Treningowi Zastępowania Agresji uzyskiwały niższe wyniki po przebytym treningu zarówno w skali gniewu jako stanu, jak i gniewu jako cechy. Zwrócić należy szczególnie uwagę na skalę ekspresji i kontroli złości. Uzyskane wyniki świadczą bowiem o tym, że osoby po przebytym treningu potrafią bardziej kontrolować swoje agresywne zachowania — zarówno kierowane na zewnątrz wobec innych osób (czy na przedmioty), jak i te kierowane do wewnątrz polegające na wewnętrznym doświadczaniu złości.

Nie wszystkie uzyskane wyniki dotyczące podskal okazały się istotne statystycznie. U skazanych uczestniczących w programie korekcyjno-edukacyjnym nakierowanym na kontrolę agresji i złości zaobserwowano istotne różnice pod względem ogólnego wskaźnika ekspresji złości $t(132) = 2{,}741$; $p = 0{,}007$; d Cohena = 0,238. Przed programem poziom ekspresji złości wynosił $M = 33{,}8$, a po programie $M = 30{,}28$. W tym przypadku możemy mówić o średniej wielkości efektu. Analizy dotyczące zmian w poziomie gniewu nie były istotne statystycznie (gniew jako stan $t(134) = 1{,}452$; $p = 0{,}149$; gniew jako cecha $t(134) = 1{,}190$; $p = 0{,}236$).

Poniżej zaprezentowano statystyki opisowe poszczególnych skal i podskal kwestionariusza STAXI-2.

Tabela 3. **Statystyki opisowe STAXI–2**

| | | Średnia | | Mediana | | Odchylenie standardowe | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | pretest | posttest | pretest | posttest | pretest | posttest |
| Skala — gniew jako stan | | 2023 | 1933 | 18 | 16 | 613 | 586 |
| | Odczuwanie złości | 708 | 667 | 6 | 5 | 229 | 223 |
| | Ochota wyrażania złości słownie | 715 | 671 | 5 | 5 | 293 | 239 |
| | Ochota wyrażania złości fizycznie | 600 | 594 | 5 | 5 | 182 | 176 |
| Skala — gniew jako cecha | | 1911 | 1856 | 18 | 18 | 559 | 579 |
| | Złość jako cecha temperamentu | 718 | 690 | 7 | 7 | 233 | 241 |
| | Złość jako sposób reakcji | 871 | 844 | 8 | 8 | 274 | 272 |
| Skala — ekspresja i kontrola złości | | | | | | | |
| | Złość kierowana na zewnątrz | 1718 | 1662 | 16 | 16 | 478 | 481 |
| | Złość kierowana do wewnątrz | 1728 | 1677 | 17 | 16 | 439 | 408 |
| | Kontrola zewnętrznej ekspresji złości | 2445 | 2529 | 25 | 25 | 543 | 522 |
| | Kontrola wewnętrznej ekspresji złości | 2420 | 2581 | 25 | 26 | 561 | 496 |
| Ogólny wskaźnik ekspresji złości | | 3380 | 3028 | 33 | 29 | 1459 | 1369 |

Innym ważnym wskaźnikiem efektywności treningu zastępowania agresji jest sposób zachowania się i funkcjonowania skazanych zaraz po przebytym oddziaływaniu. Wskazuje on bowiem na efektywność krótkoterminową. Spośród 142 skazanych z grupy eksperymentalnej 41 osób nie było karanych dyscyplinarnie w czasie pobytu w zakładzie karnym, co stanowi około 30%. Natomiast zdecydowana większość — 101 osób (71%) kary takie otrzymywała. Spośród 101 osób karanych dyscyplinarnie przed przystąpieniem do programu 89% nie zostało później ukaranych. Po programie nastąpiła wyraźna zmiana co do liczb i rodzajów czynów, za które osadzeni byli karani dyscyplinarnie. Prawie połowa (48,5%) nie otrzymała kar dyscyplinarnych, a prawie 1/3 została ukarana tylko raz — co w sumie stanowi 3/4 analizowanej zbiorowości.

Czyny, za które skazani zostali ukarani, polegały między innymi na stosowaniu agresji fizycznej lub słownej (głównie między współosadzonymi), na agresji pośredniej, jak np. niszczenie mienia oraz na innych niedozwolonych zachowaniach (np. kontakty z innymi osadzonymi, użycie bądź posiadanie substancji psychoaktywnych). Warto przy tym podkreślić, że nastąpiła zmiana rodzaju czynów, za które skazani byli karani. Przed programem większość czynów (66%) miała charakter agresji bezpośredniej, 3,3% agresji pośredniej, a 30,7% nie polegało na agresji. Natomiast po programie zmniejszyła się wyraźnie (do 45%) proporcja czynów określonych jako agresja bezpośrednia, nieco zwiększyła się

agresja pośrednia (58%), a także uległy zwiększeniu (49,2%) inne czyny niezawierające elementu agresji. W literaturze podkreśla się pozytywne znaczenie ograniczenia u osób poddawanych programom psychokorekcyjnym najbardziej niebezpiecznej z form agresji, jaką jest agresja fizyczna.

Dla potwierdzenia uzyskanych wyników przeprowadzono szczegółowe analizy statystyczne. Do obliczeń użyto testu nieparametrycznego Wilcoxona ze względu na to, że rozkład odpowiedzi nie był parametryczny. Analizy testem tym potwierdziły, że istnieją istotne różnice między liczbą kar po treningu a liczbą kar przed treningiem ($Z = 6,28$; $p < 0,001$; $r = 0,44$). Po odbyciu treningu ART u 78 osób liczba kar była mniejsza, u 16 zwiększyła się, natomiast u 7 pozostała bez zmian. Oznacza to, że prawdopodobnie trening zastępowania agresji zmniejsza liczbę zachowań agresywnych. Siła wpływu przebytego treningu na liczbę zachowań agresywnych była umiarkowana.

Tabela 4. **Statystyki opisowe kar dyscyplinarnych stosowanych wobec skazanych**

| N = 101 | Liczba kar ogółem | Liczba kar przed programem | Liczba kar po programie |
|---|---|---|---|
| Średnia | 483 | 369 | 114 |
| Mediana | 300 | 200 | 100 |
| Odchylenie standardowe | 5089 | 4424 | 192 |

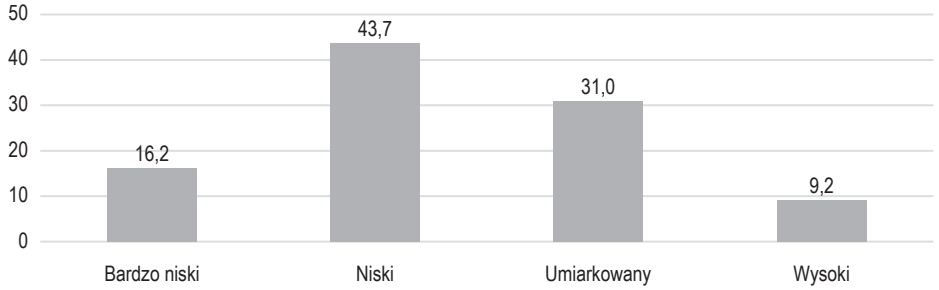
W celu całościowego pomiaru efektywności oddziaływań wyodrębniono trzy wskaźniki reprezentujące stopień opanowania materiału z każdego modułu. Na tej podstawie zbudowany został jeden wskaźnik będący (testowaną) miarą efektywności programu. W jego skład weszły: pozytywna zmiana w częstości stosowania umiejętności społecznych (co najmniej w połowie umiejętności), zakończenie kontroli złości zastosowaniem umiejętności społecznej oraz umiejętność zastosowania kroków ANIMA. Za każdy wskaźnik uczestnicy mogli uzyskać po jednym punkcie, co powodowało, że możliwa rozpiętość odpowiedzi mieściła się w granicach od 0 do 3 punktów.

Na podstawie tak zbudowanego wskaźnika otrzymano dane, które pozwoliły na wyodrębnienie czterech grup ze względu na stopień opanowania lub przyswojenia materiału prezentowanego na Treningu Zastępowania Agresji.

Osoby, które nie otrzymały ani jednego punktu, w bardzo słabym zakresie przyswoiły sobie przekazywane im informacje. Ukończyły trening, lecz w wykonywanych przez siebie pracach i testach nie wykazały żadnych postępów lub postępy te były bardzo małe. U osób tych nie zaszła zmiana w częstości stosowania umiejętności społecznych, trening kontroli złości nie kończył się zastosowaniem umiejętności społecznej, brak było również podstaw do stwierdzenia, że opanowały one kroki wnioskowania moralnego.

Najliczniejszą grupę (obejmującą niemalże połowę przypadków) tworzyli ci, którzy ukończyli trening, lecz najczęściej nie opanowali w pełni umiejętności społecznych oraz konstruktywnego zastępowania agresji poprzez zastosowanie jednej z wyuczonych umiejętności prospołecznych. Również znaczny odsetek stanowili ci uczestnicy (niemal 1/3), którzy dość dobrze opanowali dwa z trzech modułów treningu. Są to więc osoby, u których zaobserwować można pozytywny proces zmiany, lecz, co należy podkreślić, wymagające dalszej pracy, wsparcia oraz podtrzymania treningów.

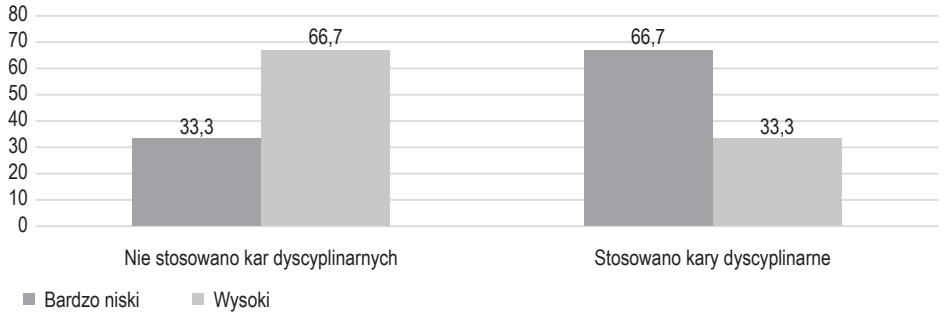
Czwartą grupę — najmniej liczną — stanowiły osoby, które radziły sobie z wykorzystywaniem umiejętności prospołecznych w codziennym życiu, znały i potrafiły stosować techniki reagowania na gniew i zastępowania go innymi konstruktywnymi metodami. Potrafiły również rozważać sytuacje problemowe na różnych poziomach wnioskowania moralnego z wykorzystaniem kroków przewidzianych przez trening. Można przypuszczać, że osoby te będą lepiej radziły sobie z sytuacjami trudnymi w życiu codziennym, w tym na wolności po opuszczeniu zakładu karnego. Poniżej na wykresie zaprezentowano szczegółowy rozkład odpowiedzi.




Wykres 3. **Ogólny wskaźnik efektywności programu (w odsetkach)**

Jak wcześniej wspomniano, analiza uzyskanych rozkładów wskaźnika efektywności programu w postaci kar dyscyplinarnych stosowanych wobec osadzonych na terenie placówki penitencjarnej wskazuje, że wobec osób po przebytym Treningu Zastępowania Agresji kary dyscyplinarne stosowano rzadziej. Analiza przeprowadzona testem *t-Studenta* dla prób niezależnych wykazała istotne statystycznie różnice między grupami w ilości zdobytych nagród ($t$ (197,18) = – 4,415; $p$ < 0,001). Grupa poddana odziaływaniu terapeutycznemu otrzymywała więcej nagród ($M$ = 19,82; $SD$ = 19,01) w porównaniu z grupą kontrolną (M = 10,53; SD = 12,91).

Ponadto okazało się, że wobec osób, które charakteryzowały się bardzo słabym poziomem opanowania materiału treningu, kary dyscyplinarne stosowano dwukrotnie częściej niż wobec osób, które charakteryzował wysoki wskaźnik.




Wykres 4. **Korelacja wskaźnika efektywności programu z karami dyscyplinarnymi w ZK (w odsetkach)**

W celu sprawdzenia efektywności Treningów Zastępowania Agresji wzięto pod uwagę także stosunek osadzonego do popełnionego przestępstwa mierzonego na przestrzeni całego pobytu w zakładzie karnym. Analiza wykazała istotnie statystycznie różnice (*chi* (3) = 29,58; $p < 0{,}001$; *phi* = 0,353). Stały krytyczny stosunek do popełnionego przestępstwa częściej był obserwowany u skazanych z grupy eksperymentalnej (57,9%) niż w grupie kontrolnej (29,3%). Paradoksalnie jednak zmianę ze stosunku bezkrytycznego na krytyczny obserwowano częściej w grupie kontrolnej (37,4%) niż w grupie eksperymentalnej (18,4%).

W perspektywie długoterminowej w postaci powrotności do przestępstwa zaobserwowano również obiecujący wynik. Okazało się, że możemy mówić o wyniku w granicy tendencji statystycznej w odniesieniu do związku uczestnictwa w programie korekcyjno-edukacyjnym a powrotności do przestępstwa. Osoby, które uczestniczyły w Treningu Zastępowania Agresji (ART) w perspektywie pięcioletniej rzadziej wracały do zakładu karnego. Podkreślić jednak należy, że jest to wynik nieistotny statystycznie w granicach tendencji statystycznej, wymagający dalszych szczegółowych analiz i porównań.

## Wnioski

Trening Zastępowania Agresji (ART) wydaje się ważnym i efektywnym sposobem oddziaływania wobec sprawców przestępstw agresywnych. W badaniu na populacji więziennej uzyskał on pozytywne wyniki w perspektywie krótkoterminowej, a więc w odniesieniu do czasu, w którym realizowany był program i tuż po jego zakończeniu. Jak już wspomniano bowiem, skazani uczestniczący w treningu ART po jego ukończeniu zdecydowanie rzadziej byli karani dyscyplinarnie na terenie placówki penitencjarnej. Zaobserwowano również zasadniczą zmianę w rodzaju i ekspresji wykazywanych przez nich zachowań agresywnych. Przed programem skazani byli częściej karani za zachowania będące najczęściej bezpośrednią fizyczną agresją skierowaną wobec współosadzonych lub personelu zakładu karnego, natomiast po programie liczba takich zachowań zdecydowanie się obniżyła. Po przebytym Treningu Zastępowania Agresji dominowały raczej zachowania będące przejawem agresji pośredniej, takie jak agresja werbalna.

Również w perspektywie długoterminowej widać pewne różnice w zakresie powrotności do przestępstwa, lecz aspekt ten wymaga dalszych badań i metaanaliz.

Najważniejsze wnioski, które należy podkreślić to:

1. U skazanych objętych Treningiem Zastępowania Agresji (ART) po przebytym oddziaływaniu obserwowano niższy poziom odczuwanego gniewu oraz mniejszą gotowość do zachowań agresywnych fizycznych i agresji werbalnej.
2. Skazani po treningu wykazywali również niższy poziom wrogości wobec innych osób.
3. Ponadto u skazanych objętych oddziaływaniem zaobserwowano zmianę w funkcjonowaniu podczas odbywania kary pozbawienia wolności, co skutkowało zmniejszeniem się liczby kar dyscyplinarnych stosowanych na terenie zakładu karnego.
4. Grupa eksperymentalna znacznie częściej otrzymywała pozytywną ostateczną prognozę kryminologiczną, a u osadzonych obserwowano kompetencje umożliwiające ponowne przystosowanie się do społeczeństwa bez powrotności do popełnionego przestępstwa w przyszłości.

## Piśmiennictwo


1. Morawska EJ, Morawski JZ. Psychoterapia wykluczonych społecznie. Źródła treningu zastępowania agresji (ART). Przegląd Więziennictwa Polskiego 2016; (91): 91–116.
2. Goldstein AP, Glick B, Gibbs JC, Bartz E. ART: program zastępowania agresji. Warszawa: Instytut Amity; 2004.
3. Fronczak A. Agresja dzieci w świetle teorii społeczno-poznawczej. Resocjalizacja Polska 2017; 13(1): 73–85.
4. Czarnecka-Dzialuk B, Drapała K, Ostaszewski P, Więcek-Durańska A, Wójcik D. W poszukiwaniu skutecznych reakcji na przestępczość. Programy korekcyjno-edukacyjne. Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2017. DOI: 10.7366/9788373838901.
5. Pawliczuk W, Łobodda K, Nowińska A. Trening Zastępowania Agresji: opis metody, jej skuteczność oraz zastosowanie w praktyce oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2015; 1(15): 33–37.
6. Tajak-Bobek A. O potrzebie trenowania umiejętności prospołecznych sposobów radzenia sobie z agresją oraz wnioskowania moralnego. Trening zastępowania agresji w odpowiedzi na narrację osadzonych za przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece. Edukacja Ustawiczna Dorosłych 2020; 111(4): 99–113.
7. Glick B, Gibbs JC. Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth. Research Press; 2010.
8. Morawski J. Trening Zastępowania Agresji (ART®) w zakładach karnych. Podręcznik. Warszawa; Sowa; 2007
9. Morawski J. Trening zastępowania agresji. Problemy Alkoholizmu 2001; (4), s. 21–25.
10. Morawska E, Morawski J. Trening Zastępowania Agresji w szkołach i placówkach systemu oświaty. Warszawa: Instytut Amity; 2004, s. 1–26.
11. Majcherczyk A. Organizacja i wyniki wdrożenia Treningu Zastępowania Agresji (ART) do praktyki penitencjarnej polskiego więziennictwa. Przegląd Więziennictwa Polskiego 2008; (60): 139–167.

12. Potempska E, Kołodziejczyk A. Trening Zastępowania Agresji. Część I. Remedium 2001; (12): 6–7.
13. Goldstein AP, Nensén R, Daleflod B, Kalt M, red. Nowe perspektywy Treningu Zastępowania Agresji: praktyka, badania naukowe i wdrożenia. Warszawa: Instytut Amity; 2015.
14. Morawski J. Ewaluacja Treningu Zastępowania Agresji (ART). Problemy Alkoholizmu 2005; 2-3, s. 21-25.
15. Hollin C. Trening Zastępowania Agresji: kontekst poznawczo-behawioralny. W: Goldstain A, Nansen R, Daleflod B, Kalt M, red. Nowe perspektywy Treningu Zastępowania Agresji. Praktyka badania naukowe i wdrożenia. Warszawa: Instytut Amity; 2005, s. 3–20.
16. Jaworska A. Leksykon resocjalizacji. Oficyna Wydawnicza Impuls; 2012.
17. Padewska P. Zachowania agresywne a funkcje wykonawcze w oparciu o założenia teoretyczne programu interwencyjnego ART. Praca magisterska, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie (2018).
18. Jasiński K. Zastosowanie treningu zastępowania agresji Amity Art® wobec recydywistów penitencjarnych. Eruditio et Ars 2023; 6(1): 209–226.
19. Kołodziejczyk J. Agresja i przemoc w szkole. Konstruowanie programu przeciwdziałania agresji i przemocy w szkole. Kraków: Wydawnictwo Sophia; 2004.
20. Bąk W. Pomiar stanu cechy ekspresji i kontroli złości. Polska adaptacja kwestionariusza STAXI-2. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Polskie Forum Psychologiczne 2016; 21(1): 93–122.
21. Vagg, Peter R.; Spielberger, Charles D. State trait anger expression inventory interpretive report (STAXI-2: IR). Psychol. Assess. Resour. Inc, 1979, 6.1, s. 1–12.

Adres email: a.wiecekduranska@gmail.com

PSYCHOTERAPIA 1 (208) 2024
STRONY: 43–53
DOI: 10.12740/PT/189174

Dorota Dyjakon[1], Beata Rajba[2]

# KWESTIONARIUSZ POCZUCIA DOZNAWANIA I STOSOWANIA PRZEMOCY W ZWIĄZKACH INTYMNYCH (KPDISP)

## The Questionnaire for Experiencing and Using Violence in Intimate Relationships

[1]Uniwersytet Dolnośląski DSW, Wrocław
[2]Wyższa Szkoła Kształcenia Zawodowego, Wrocław

**violence in intimate relationship**
**feeling of experiencing violence**
**feeling of using violence**

**Streszczenie**

***Cel pracy:*** *Celem skonstruowania i walidacji Kwestionariusza Poczucia Doznawania i Stosowania Przemocy w związkach intymnych (KPDiSP) jest pomoc w diagnozie i wzbogacenie kompetencji psychoterapeutów pracujących z osobami doświadczającymi trudności w związkach intymnych.*
***Metoda:*** *Kwestionariusz składa się z ośmiu twierdzeń dotyczących poczucia doznawania i stosowania przemocy. Ustosunkowując się do kolejnych twierdzeń w pięciostopniowej skali, osoba może określić poziom doznawania, ale także i stosowania przemocy. KPDiSP pozwala mierzyć poziom doświadczania i stosowania przemocy w czterech podstawowych wymiarach — emocjonalnym, seksualnym, ekonomicznym i fizycznym.*
***Wyniki:*** *Na podstawie całości przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że kwestionariusz cechuje dobra rzetelność. KPDiSP może być używany przez terapeutów zarówno jako narzędzie służące ocenie natężenia doznawania i stosowania przemocy, ale także przez pacjentów jako materiał do analizy własnych doznań oraz zachowań partnera, pomagając im zdobyć świadomość trudności, a czasem i zagrożeń w związkach intymnych.*
***Wnioski:*** *Zaletą tego kwestionariusza jest także krótka forma ułatwiająca terapeutom i pacjentom szybkie zapoznanie się z treścią.*

**Summary**

**Objectives:** A questionnaire for experiencing and using violence in intimate relationships, namely, the KPDiSP, was constructed and validated to help in the diagnosis and enrich the competencies of psychotherapists working with people experiencing difficulties in intimate relationships.
**Methods:** The questionnaire consists of eight statements regarding the feeling of experiencing and using violence. By responding to these statements on a five-point scale, a person can determine the level of experiencing as well as using violence. The KPDiSP measures the level of experiencing and using violence in four basic dimensions: emotional, sexual, economic, and physical.
**Results:** Based on all analyses performed, the questionnaire has good reliability. The KPDiSP can be used as a tool for assessing the intensity of experiencing and using violence and analyzing one's

experiences and perceived partner's behavior. Thus, it helps patients gain awareness of the difficulties and threats in an intimate relationship.
**Conclusions:** Another advantage of this questionnaire is its short form, enabling therapists and patients to familiarize with the content easily.

## Wprowadzenie

Przemoc w związkach intymnych została rozpoznana i uznana za poważny problem pod koniec lat 70. XX wieku [1–3]. Konsekwencje doznawania i stosowania przemocy ponoszą zarówno partnerzy, jak i inne bliskie osoby, w szczególności dzieci [4]. Będąc świadkami przemocy stają się także osobami doznającymi przemocy [5]. W polskim prawodawstwie od 2005 roku przemoc w związkach intymnych jest uznawana za element przemocy w rodzinie. Definiowana jest jako zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie przeciw członkowi rodziny, naruszające prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienie i szkody. W znowelizowanej w 2023 roku ustawie z 2005 roku [5], dokonano zmiany terminu *przemoc w rodzinie* na uwzględniający więcej aspektów chroniących osoby pokrzywdzone *przemoc domową*. Praktycy zajmujący się udzielaniem pomocy psychologicznej zarówno indywidualnym osobom, jak i parom, często spotykają się z osobami doznającymi i stosującymi przemoc. Klienci zgłaszając się po pomoc do psychoterapeutów wskazują na złe samopoczucie zarówno fizyczne, jak i psychiczne oraz trudności w komunikacji z partnerem. W wielu przypadkach nie ujawniają, że ma to związek z doznawaniem przemocy ze strony partnera lub partnerki, ponieważ wielu sytuacji nie rozpoznają jako przemocowych. W innych przypadkach przemilczanie aktów przemocy wynika z obawy, żeby nie okazać się nielojalnym wobec partnera. Jest to przekonanie bardzo charakterystyczne dla relacji przemocowej.

Oto kilka przykładów pochodzących z praktyki: kobieta ok. 35 lat, która chciała rozpocząć terapię z powodu obniżonego nastroju i odczuwanego lęku, których to objawów nie łączyła z trudną sytuacją w relacji z partnerem, na pytania terapeuty dotyczące sytuacji życiowej odpowiadając, że wszystko jest w porządku. Wychodząc z gabinetu zauważyła ulotki dotyczące przemocy domowej. Wzięła jedną i na kolejnej sesji zapytała terapeutę o kilka szczegółów związanych z przemocą psychiczną. W czasie kolejnych spotkań odkrywała wiele różnych form przemocy, jakich doświadczała ze strony partnera. Uzasadniała również, że nie chciała o nich mówić, bo też i z jej strony było wiele zachowań krzywdzących partnera.

Inaczej przedstawiała swój problem para, która zgłosiła się na terapię z powodu trudności w komunikacji w życiu codziennym. W czasie diagnozy ujawniono, że przyczyną ich trudności jest stosowanie przemocy psychicznej, ekonomicznej i seksualnej ze strony mężczyzny. Pomocne okazało się odniesienie do kwestionariusza „Czy doznajesz przemocy domowej?", opracowanego przez Niebieską Linię.

Innym przykładem jest sytuacja mężczyzny, który zgłosił się na terapię, ponieważ miał założoną Niebieską Kartę. Chciał przyjrzeć się swoim zachowaniom (o które oskarżała go żona) i zrozumieć je. Dokonując analizy sytuacji i badając motywy swoich zachowań, mężczyzna ten stawał się coraz bardziej świadomy tego, że jego reakcje są motywowane obroną. Zachowania żony zaczął określać jako inicjowaną przez nią przemoc.

Powyższe przykłady stanowią znaczącą egzemplifikację sytuacji, z jakimi spotykają się psychologowie i terapeuci w swojej praktyce. Jednakże jak wynika z doświadczeń oraz literatury odnoszącej się do tematu przemocy, niełatwo jest rozpoznać, kto wprowadza zagrożenie, a kto jest osobą zagrożoną [6, 7]. Pojawia się zatem potrzeba rozwijania kompetencji w zakresie rozpoznawania, kto i w jakim stopniu jest odpowiedzialny za stosowanie przemocy.

W literaturze wyróżnia się cztery typy przemocy w związkach intymnych [8, 9]. Pierwszym z nich jest przemoc określana jako terror i jest to najbardziej rozpoznawany typ przemocy. Drugi natomiast typ przemocy to przemoc obronna i odwetowa, również związana z doświadczaniem terroru w związku. Trzeci typ to przemoc w narastającym konflikcie, przeważnie utożsamiana z napięciem okołorozwodowym, a czwarty rodzaj to przemoc po rozstaniu. Jednakże dokonanie diagnozy typu relacji nie jest tak oczywiste w praktyce. Często, jak dowodzą badania, obie strony mają poczucie krzywdzenia i bycia krzywdzonym [10, 11]. Jako wieloletni praktycy podjęliśmy się skonstruowania kwestionariusza, który uwzględnia perspektywy osób doznających przemocy, ale także ją stosujących, dlatego proponowane narzędzie uwzględnia takie kategorie psychologiczne, jak poczucie doznawania i stosowania przemocy. Uznaliśmy, że kwestionariusz odnoszący się do poczucia bycia krzywdzonym i krzywdzenia może pomóc zarówno psychoterapeutom w dokonaniu właściwej diagnozy, jak i pacjentom w odkrywaniu i uświadamianiu sobie własnych problemów z doświadczaniem i używaniem przemocy.

## Narzędzia badania przemocy

Kwestionariusze badające przemoc najczęściej opierają się na jej kwantyfikacji [12], również na przestrzeni życia [13] lub na badaniu jej emocjonalnych skutków [14]. Są konstruowane z myślą o przewidywaniu jej wystąpienia w specyficznych warunkach, niezwiązanych z przemocą domową, ale na przykład na oddziałach psychiatrycznych [15]. Jednak, jak wskazuje walidacja angielskiej wersji skali Wrogość Bussa-Durkee ich moc predykcyjna jest niska, a nawet żadna [16]. W najlepszym przypadku pozwala po części przewidzieć wystąpienie aktów przemocy w grupie o psychopatycznych cechach osobowości i historii przemocy [17].

Istniejące skale rozdzielają też zjawiska sprawstwa i doświadczania przemocy i są adresowane albo do ofiar [na przykład: *Composite Abuse Scale (CAS), Women's Experiences with Battering scale (WEB), Physical and Psychological Violence Victimization (PPVV), Intimate Violence and Traumatic Affect Scale (VITA)],* albo do sprawców [*przykładowo PErpetrator RaPid Scale (PERPS), Propensity for Abusiveness Scale (PAS), Quantification of Violence Scale (QOVS*)]. Dotyczy to również skal istniejących na rynku polskim, których właściwości psychometryczne najczęściej nie są określone, a które w trosce o aspekt utylitarny skupiają się na rozpoznawaniu nasilenia zjawiska (wspomniany wyżej kwestionariusz Niebieskiej Linii) i predykcji zagrożeń (Kwestionariusz oceny ryzyka Safelifes, Kwestionariusz szacowania ryzyka).

Wiele skal obejmuje tylko jeden rodzaj przemocy, przykładowo przemoc fizyczną i seksualną (*Abusive Behavior Inventory, Measure of Wife Abuse, Partner Abuse Scale:*

*Physical PASPH, Sexual Experiences Survey SES*), przemoc psychiczną (*Index of Psychological Abuse, Multidimensional Measure of Emotional Abuse*) czy stalking (*Stalking and Harassment Behaviour Scale HARRAS, Obsessive Relational Intrusion scale ORI*). Żadne narzędzia nie ujmują jednak i nie kwantyfikują przemocy w związku jako czegoś, czego partnerzy doświadczają, a jednocześnie stosują.

## Procedura walidacji

Kwestionariusz został zaprojektowany tak, by dotyczył najczęstszych rodzajów przemocy (fizycznej, psychicznej, ekonomicznej i seksualnej) oraz badał natężenie ich stosowania i doświadczania. Indeks mglistości Guninga, czyli współczynnik klarowności, jasności i zrozumiałości poszczególnych pozycji testowych, wyliczany na podstawie długości zdania i liczby słów trudnych (zawierających 3 lub więcej sylab) jest niski. Aby upewnić się, że pozycje testowe są zrozumiałe i poprawnie interpretowane, przeprowadzono również na 26 studentach studium *think aloud*, polegające na tym, że badani czytali każdą pozycję testową i opisywali, co według nich ona oznacza. Również to badanie wykazało, że pozycje testowe są zrozumiałe. Do badania zakwalifikowano osoby rozpoczynające terapię ze względu na trudności przeżywane w związku intymnym, zaś samo badanie odbywało się w gabinetach psychologicznych.

Kwestionariusz składa się z ośmiu twierdzeń określających poczucie doznawania przemocy (stwierdzenie 1–4) oraz poczucie stosowania przemocy (stwierdzenie 5–8). Każde stwierdzenie podlega subiektywnej ocenie w skali od 1 do 5, gdzie 1 — oznacza „nie mam poczucia, że tak jest"; 5 — oznacza: „bardzo wyraźnie czuję, że tak jest".

## Próba

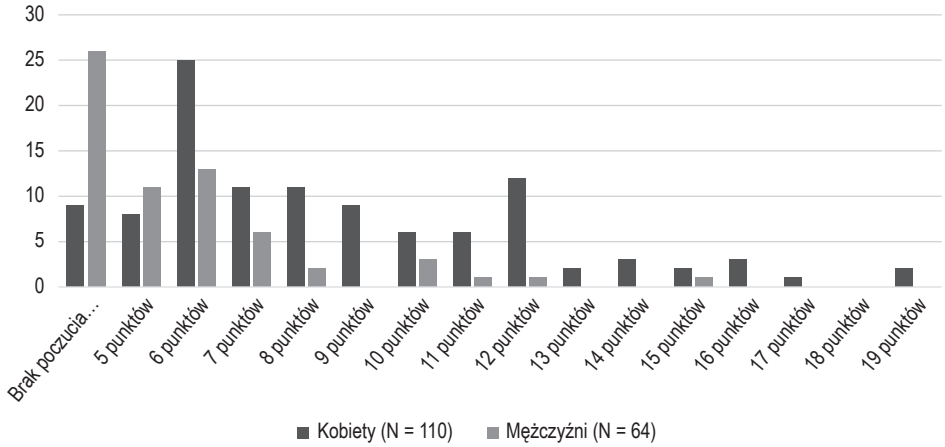
Zalecana liczba osób badanych to około 15 na każdą z pozycji testowych. Zebranie takiej grupy badanych jest jednak trudne ze względu na jej specyfikę — kwestionariusz przeznaczony jest do badania poczucia doświadczania przemocy i poczucia używania przemocy, a żeby uniknąć przekłamań walidacji dokonano na grupie osób, które rozpoczęły terapię ze względu na trudności doświadczane w związku intymnym. Ostatecznie w badaniu uczestniczyły 174 osoby, w tym 110 kobiet i 64 mężczyzn. Średni wiek respondentów wynosił 40 lat (SD = 10,70, min. 20, maks. 69 lat). 110 osób było w związku małżeńskim, a 64 w związkach konsensualnych. Średni czas trwania związku wynosił 13 lat (min. 17, maks. 45, SD 10,36). Dane demograficzne przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. **Dane demograficzne**

| Płeć | Liczba badanych | Procent |
|---|---|---|
| Kobiety | 110 | 63,2 |
| Mężczyźni | 64 | 36,8 |
| Razem: | 174 | 100 |
| | | |

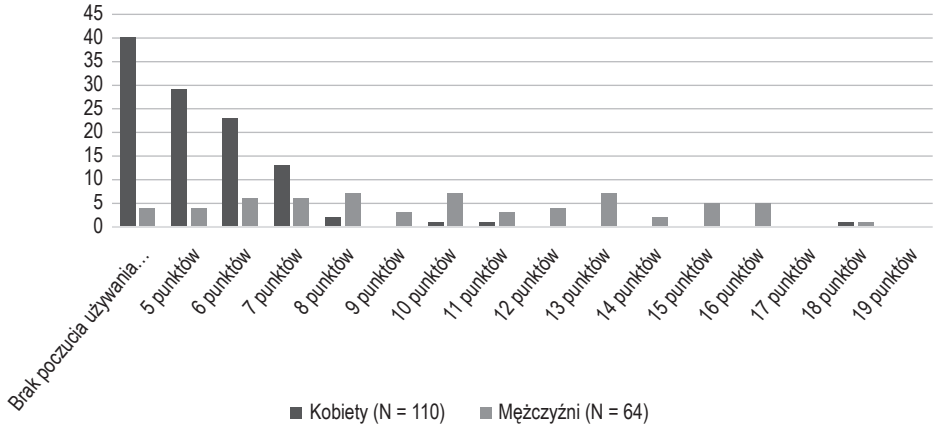
| Typ relacji: | Liczba badanych | | Procent | |
|---|---|---|---|---|
| Małżeństwo | 110 | | 63,2 | |
| Konkubinat | 64 | | 36,8 | |
| | | | | |
| Wiek | Min. | Maks. | M | SD |
| | 20 lat | 69 lat | 39,89 | 10,7 |
| | | | | |
| Czas trwania związku | Min. | Maks. | M | SD |
| | 2 mies. | 45 lat | 13,67 lat | 10,36 |

Poniżej przedstawiono rozkład wyników w grupie respondentów w zależności od poczucia doświadczania przemocy lub jej stosowania.




Wykres 1. **Rozkład poziomu poczucia doświadczania przemocy przez kobiety i mężczyzn**

W przypadku poczucia stosowania przemocy proporcje były odwrotne — kobiety zaznaczały wyniki niżej, a mężczyźni wyżej.




Wykres 2. **Rozkład nasilenia poczucia stosowania przemocy kobiet i mężczyzn**

Osoby, które doświadczyły przemocy i osoby, które stosowały przemoc, deklarowały zarówno natężenie poczucia doznania przemocy, jak i poczucia stosowania przemocy. Zdecydowanie więcej mężczyzn niż kobiet określiło się jako stosujących przemoc. Wśród respondentów 40 kobiet i 4 mężczyzn określiło się jednoznacznie jako osoby, które jedynie doświadczyły przemocy, natomiast 9 kobiet i 26 mężczyzn określiło się jako osoby wyłącznie stosujące przemoc. Większość respondentów (61 kobiet i 34 mężczyzn) zaliczała siebie do obu grup: osób, które doświadczyły przemocy i tych, które ją stosowały. Rozkład wyników wskazywał jednak, że przeważająca liczba mężczyzn w zakresie poczucia doświadczania przemocy uzyskała wyniki niskie. Odwrotnie było u kobiet, których większość uzyskała wyższe wyniki w zakresie poczucia doświadczania przemocy. W przypadku poczucia stosowania przemocy proporcje były odwrotne — kobiety oceniły natężenie nisko, a mężczyźni wyżej.

## Właściwości psychometryczne narzędzia

Z powodu ograniczonej próby pierwszym krokiem było sprawdzenie jej adekwatności. Zarówno test sferyczności Bartletta (chi kwadrat = 459,11; df = 28; $p < 0,001$), jak i test Kaisera–Meyera–Olkina (K-M-O = 0,809) wskazują na adekwatność analizowania macierzy pod kątem istnienia czynników wspólnych, a tym samym na adekwatnie dobraną próbę.

Następnie wykonana została analiza mocy dyskryminacyjnej pozycji kwestionariusza. Wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2. **Analiza mocy dyskryminacyjnej pozycji kwestionariusza**

| | Po wyodrębnieniu |
|---|---|
| Poz. 1 Doświadczanie przemocy emocjonalnej | 0,659 |
| Poz. 2 Doświadczanie przemocy seksualnej | 0,645 |

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

| | |
|---|---|
| Poz. 3 Doświadczanie przemocy ekonomicznej | 0,810 |
| Poz. 4 Doświadczanie przemocy fizycznej | 0,837 |
| Poz. 5 Stosowanie przemocy emocjonalnej | 0,609 |
| Poz. 6 Stosowanie przemocy seksualnej | 0,752 |
| Poz. 7 Stosowanie przemocy ekonomicznej | 0,698 |
| Poz. 8 Stosowanie przemocy fizycznej | 0,636 |

Moc dyskryminacyjna wszystkich analizowanych pozycji jest zadowalająca: korelacja twierdzeń z wynikiem ogólnym wyniosła od 0,636 dla pozycji 8 do 0,837 w wypadku pozycji 4. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla całego kwestionariusza wyniósł 0,358. Należy jednak pamiętać, że nie ma on struktury homogenicznej, gdyż składa się z dwóch podskal, które w odpowiedziach badanych częściowo się wykluczają. Badani o wysokiej punktacji na skali doświadczania przemocy mieli niskie wyniki na skali stosowania przemocy i na odwrót. Współczynniki rzetelności alfa Cronbacha dla podskal wyniosły 0,74 dla skali doświadczania przemocy i 0,82 dla skali stosowania przemocy, co świadczy o bardzo dobrej homogeniczności podskal tego relatywnie krótkiego kwestionariusza. Tłumaczyły one łącznie 62,1% wariancji odpowiedzi.

W celu określenia trafności i zweryfikowania struktury wewnętrznej skali wykonano analizę metodą głównych składowych z uwolnioną ilością czynników i rotacją ortogonalną (Varimax). Zarówno kryterium Kaisera, jak i test osypiska wskazywały na możliwość wyodrębnienia dwóch czynników. Ładunki czynnikowe powyżej 0,4 zostały uznane za warunek konieczny do uznania przynależności stwierdzenia do danego czynnika, przy wartościach niższych niż 0,4 na każdym z pozostałych czynników. Tym sposobem wyodrębnione zostały dwa czynniki, pokrywające się z wynikającym z założeń kwestionariusza podziałem na doświadczanie i stosowanie przemocy. Wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. **Macierz rotowanych składowych**

| Składowa | 1 | 2 |
|---|---|---|
| Poz. 1 Doświadczanie przemocy emocjonalnej | | 0,763 |
| Poz. 2 Doświadczanie przemocy seksualnej | | 0,765 |
| Poz. 3 Doświadczanie przemocy ekonomicznej | | 0,704 |
| Poz. 4 Doświadczanie przemocy fizycznej | | 0,725 |
| Poz. 5 Stosowanie przemocy emocjonalnej | 0,742 | |
| Poz. 6 Stosowanie przemocy seksualnej | 0,840 | |
| Poz. 7 Stosowanie przemocy ekonomicznej | 0,813 | |
| Poz. 8 Stosowanie przemocy fizycznej | 0,797 | |

Metoda wyodrębniania czynników — głównych składowych. Metoda rotacji — Varimax z normalizacją Kaisera. Rotacja osiągnęła zbieżność w 3 iteracjach.

W skład czynnika pierwszego, oznaczającego stosowanie przemocy, weszły twierdzenia 5–8. W czynniku drugim (doświadczanie przemocy) znalazły się pozycje 1–4. Testy

Kołmogorowa-Smirnowa wskazały, że rozkład wyników obu skal różni się istotnie od rozkładu normalnego.

## Wnioski

Celem badań była walidacja kwestionariusza KPDiSP, pozwalającego mierzyć poziom doświadczania i stosowania przemocy w czterech podstawowych wymiarach — emocjonalnym, seksualnym, ekonomicznym i fizycznym. Na podstawie całości przeprowadzonych analiz stwierdzono, że kwestionariusz cechuje się dobrą rzetelnością. Aktualnie można zarekomendować używanie skali ze świadomością jej ograniczeń wynikających z faktu, że nie przeprowadzono powtórnego badania, które pozwoliłoby określić współczynnik stabilności bezwzględnej narzędzia, a także nie zestawiono go z innymi narzędziami, które pozwoliłyby na wykazanie jego trafności. Planowane badania na większej grupie osób pozwolą na dalszą weryfikację właściwości narzędzia. Na obecnym etapie analiz uzyskane wyniki powinno się traktować jako wspierające, a nie rozstrzygające.

Kwestionariusz może być używany zarówno jako narzędzie służące ocenie natężenia doznawania i stosowania przemocy, ale także jako materiał do analizy własnych doznań oraz zachowań partnera. W procesie psychoterapii lub w jej części diagnostycznej pomocne są krótkie narzędzia, które pomagają pacjentom zdobyć świadomość i określić własne doznania oraz nazwać zachowania partnera.

## Piśmiennictwo

1. Dobash RE, Dobash R. Violence against wives. New York: Free Press/Macmillan; 1979.
2. Walker L. The battered women. New York: Harper & Row; 1979.
3. Straus M, Gelles R, Steinmetz S. Behind closed doors: violence in the American family. New York: Anchor; 1981.
4. Browne KD, Dixon L. Związki między przemocą małżeńską i krzywdzeniem dzieci, a terapia sprawców przemocy domowej. Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka 2003; 2(4): 6–22.
5. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie — polska ustawa uchwalona przez Sejm RP, regulująca kwestię przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Obecnie znowelizowana jako Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Dziennik Ustaw RP, Warszawa 21 marca 2023 poz. 535.
6. Mielnik S. Mężczyzna jako ofiara przemocy domowej. Przeciw przemocy domowej. Ręce są do przytulania. Konferencja zorganizowana w Warszawie 22 lutego 2010; Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, 129–212.
7. Flynn A, Graham K. „Why did it happen?" A review and conceptual framework for research on perpetrators' and victims' explanations for intimate partner violence. Aggression and Violent Behavior 2010; 15(3): 239–251.
8. Johnson MP. Conflict and control: Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. Violence against Women 2006; 12(11): 1003–1018.
9. Kelly JB, Johnson MP. Differentiation among types of intimate partner violence: Research update and implications for interventions. Family Court Review 2008; 46(3): 476–499.

10. Melton HC, Sillito CL. The role of gender in officially reported intimate partner abuse. J. Interpers. Violence 2012; 27(6): 1090–1111.
11. Jaffe AE, Steel AL, DiLillo D, Messman-Moore TL, Gratz KL. Characterizing sexual violence in intimate relationships: an examination of blame attributions and rape acknowledgment. J. Interpers. Violence 2021; 36(1–2): 469–490.
12. Tyrer P, Cooper S, Herbert E, Duggan C, Crawford M, Joyce E i wsp. the quantification of violence scale: A simple method of recording significant violence. Int. J. Social Psychiatry 2007; 53(6): 485–497.
13. Scott-Storey K, O'Donnell S, Wuest J, MacIntosh J, Merritt-Gray M. Cumulative lifetime violence severity scale: Development and initial testing among men. BMC Public Health 2020; (20): 1–14.
14. Valdez-Santiago R, Híjar-Medina MC, de Snyder VNS, Rivera-Rivera L, Avila-Burgos L, Rojas R. Violence scale and severity index: a methodological proposal for measuring violence by the partner in Mexican women. Salud Publica de Mexico 2006; 48(S2): 221–231.
15. Moursel G, Çetinkaya Duman Z, Almvik R. Assessing the risk of violence in a psychiatric clinic: the Brøset Violence Checklist (BVC) Turkish version — validity and reliability study. Persp. Psychiatric Care 2019; 55(2): 225–232.
16. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am. J. Psychiatry 1986; 143(1): 35–39.
17. Lewis K, Olver ME, Wong SC. The Violence Risk Scale: Predictive validity and linking changes in risk with violent recidivism in a sample of high-risk offenders with psychopathic traits. Assessment 2013; 20(2): 150–164.

Adres e-mail: dorota.dyjakon@dsw.edu.pl

# Aneks

## Kwestionariusz Poczucia Doznawania i Stosowania Przemocy w związkach intymnych (KPDiSP)

(opr. D. Dyjakon, 2020)

Przeczytaj każde stwierdzenie i określ na skali od 1 do 5, w jakim stopniu czujesz, że jest ono zgodne z twoim subiektywnym doświadczeniem w relacji z partnerką/em.

1 — oznacza nie mam poczucia, że tak jest; 5 — oznacza bardzo wyraźnie czuję, że tak jest.

1. W moim związku czuję się ofiarą przemocy emocjonalnej/psychicznej ze strony partnera/ki (wyzywanie, obrażanie, napaść słowna, poniżanie, drwienie, groźby odejścia na zawsze, grożenie samobójstwem, straszenie, że zrobi coś moim bliskim, okłamywanie).
2. W moim związku czuję się ofiarą przemocy seksualnej ze strony partnera/ki (zmuszanie do robienia czegoś na co nie mam ochoty, wymuszanie seksu, nadmierna zazdrość, powtarzające się zdrady).
3. W moim związku czuję się ofiarą przemocy ekonomicznej ze strony partnera/ki (nadmierna kontrola finansów, ograniczanie dostępu do wspólnych dóbr materialnych).
4. W moim związku czuję się ofiarą przemocy fizycznej ze strony partnera/ki (popychanie, szczypanie, ciągnięcie za włosy, zbyt silne ściskanie, rzucanie przedmiotami, pozbawianie swobody wbrew woli, bicie, policzkowanie).
5. W moim związku czuję, że krzywdzę partnerkę/partnera — emocjonalnie/psychicznie (wyzywanie, obrażanie, napaść słowna, poniżanie, drwienie, groźby odejścia na zawsze, grożenie samobójstwem, straszenie, że zrobię coś jej/jego bliskim, okłamywanie).
6. W moim związku czuję, że krzywdzę partnerkę/partnera — seksualnie (zmuszanie do robienia czegoś, na co partner/ka nie ma ochoty, nadmierna zazdrość, zmuszanie do seksu, powtarzające się zdrady).
7. W moim związku czuję, że krzywdzę partnerkę/partnera — ekonomicznie (nadmierna kontrola finansów, ograniczanie dostępu do wspólnych dóbr materialnych).
8. W moim związku czuję, że krzywdzę partnerkę/partnera — fizycznie (popychanie, szczypanie, ciągnięcie za włosy, zbyt silne ściskanie, rzucanie przedmiotami, pozbawianie swobody wbrew woli, bicie, policzkowanie).

## Interpretacja

Poczucie doznawania przemocy — stwierdzenie 1, 2, 3, 4.

W każdym stwierdzeniu oznaczenie przez osobę punktów od 2 do 3 — należy przeanalizować sytuacje, które odpowiadają tym odczuciom.

W każdym stwierdzeniu oznaczenie przez osobę punktów od 4 do 5 — wskazuje na doświadczanie poważnych problemów w relacji z partnerem i należy dokładniej zdiagnozować w kierunku doznawania przemocy.

Poczucie stosowania przemocy — stwierdzenie 5, 6, 7, 8.

W każdym stwierdzeniu oznaczenie przez osobę punktów od 2 do 3 — należy przeanalizować sytuacje, które odpowiadają tym odczuciom.

W każdym stwierdzeniu oznaczenie przez osobę punktów od 4 do 5 — wskazuje na poważne problemy w relacji z partnerką/partnerem i należy dokonać dokładniej diagnozy w kierunku stosowania przemocy.

Adres e-mail: dorota.dyjakon@dsw.edu.pl

**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 września 2024 r.**

**Miejsce:** siedziba Muzeum Śląskiego w Katowicach.

Całość wydarzenia (warsztat przedkonferencyjny i konferencja) obejmuje daty:

**25–29 września 2024 r.**

Więcej informacji na stronie:

**www.ja-ty-my.com**

# KODEKS ETYCZNY PSYCHOTERAPEUTÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

## przyjęty przez Nadzwyczajne Walne Zebranie Członków Sekcji Naukowej Psychoterapii oraz Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

## 17.10.2015 r. w Krakowie

## PREAMBUŁA

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

## ZASADY

1. **Profesjonalne kompetencje psychoterapeuty**

   1.1. Psychoterapeuta nie powinien samodzielnie prowadzić psychoterapii przed uzyskaniem Certyfikatu Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

   1.2. Psychoterapeuta może podejmować terapię tylko w zakresie, w którym posiada kompetencje uzyskane w procesie szkolenia i doświadczenia klinicznego.

   1.3. Niedopuszczalne jest stosowanie, bez zachowania szczególnego namysłu oraz dbałości o dobro pacjenta, jakichkolwiek technik bądź procedur, które mogą mieć charakter niekonwencjonalny, spektakularny bądź eksperymentalny.

   1.4. Psychoterapeuta jest zobowiązany do przestrzegania wysokich standardów w zakresie kompetencji zawodowych.

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

1.6. Psychoterapeuta jest zobowiązany regularnie korzystać z superwizji.

2. **Odpowiedzialność**

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

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

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

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

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

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

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

3. **Standardy moralne i prawne**

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

3.2. Psychoterapeuta jest obowiązany przestrzegać zasad wynikających z Deklaracji praw człowieka.

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

## ZASADY SZCZEGÓŁOWE

### 4. Tajemnica leczenia

4.1. Na terapeucie spoczywa obowiązek zapewnienia tajemnicy spotkania psychoterapeutycznego. Niedozwolone jest udzielanie jakichkolwiek informacji dotyczących faktu uczestnictwa i przebiegu terapii bez uprzedniej zgody osoby w niej uczestniczącej, a także ujawnianie czegokolwiek, co może przynieść szkodę pacjentowi, nawet za jego zgodą. Nie dotyczy to wymiany niezbędnych informacji między osobami biorącymi udział w procesie leczenia ani szczególnej sytuacji opisanej w punkcie 1.6.

4.2. Włączenie w proces psychoterapii osób szkolących się oraz wykorzystanie dokumentacji pacjenta (w tym zapisu audio i wideo), wymaga uprzedniej pisemnej zgody osoby pozostającej w terapii. Osoba ta może w każdym momencie wycofać swoją zgodę bez ponoszenia żadnych konsekwencji.

4.3. Prezentowanie materiału z sesji psychoterapii w publikacjach, wystąpieniach publicznych czy ekspertyzach, a także wykorzystywanie materiału z terapii dla celów badawczych i dydaktycznych (publikacji, prelekcji, superwizji, wykładów), jeśli stwarza możliwość identyfikacji pacjenta, wymaga jego uprzedniej zgody.

4.4. Członkowie grupy psychoterapeutycznej powinni składać oświadczenia zobowiązujące do zachowania tajemnicy z przebiegu sesji grupowych.

4.5. Psychoterapeuta ma obowiązek prowadzenia dokumentacji z diagnozy i sesji terapeutycznych oraz odpowiada za właściwe jej zabezpieczenie.

4.6. Tajemnica psychoterapii może być ujawniona wyłącznie wtedy, kiedy przemawia za tym konieczność ochrony dobra wyższego rzędu (np. w przypadku istotnego zagrożenia zdrowia lub życia osoby uczestniczącej w terapii lub innych osób) i to tylko wobec instytucji do tego upoważnionych.

4.7. Przepisy poprzedzające stosuje się także do psychoterapii osób niepełnoletnich, jednakże psychoterapeuta ma prawo poinformować rodziców lub opiekunów o problemach niepełnoletniego i wynikających z tego zaleceniach. Należy jednak każdorazowo rozważyć, w jakiej mierze w interesie osoby niepełnoletniej leży ujawnienie jej spraw wobec rodziców bądź opiekunów. Interes takiej osoby niepełnoletniej ma pierwszeństwo przed prawami rodziców lub opiekunów, jednakże rodzice lub opiekunowie dziecka muszą być poinformowani o objęciu niepełnoletniego opieką terapeutyczną i wyrazić na nią zgodę.

4.8. Prawo do tajemnicy procesu terapii rodzinnej i pary jest ważniejsze od prawa poszczególnych pacjentów do informacji i zaświadczeń o terapii. Wydawanie

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

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

5. **Konflikt interesów**

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

6. **Relacje psychoterapeuty z pacjentem**

6.1. Zależność osoby pozostającej w procesie psychoterapii nie może być wykorzystana w żaden sposób, emocjonalnie, materialnie ani poprzez naruszenie wolności i godności osobistej.

6.2. Nawiązywanie bliskości erotycznej, a tym bardziej seksualnej z osobami pozostającymi w terapii jest zabronione, jako niedopuszczalne przekroczenie relacji psychoterapeuty z osobą pozostającą w terapii.

6.3. Podejmowanie się i prowadzenie psychoterapii wobec osoby, z którą pozostaje się w bliskiej relacji (prywatnej lub zawodowej) jest niewskazane.

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

7.1. Psychoterapeuta, w najlepiej pojętym interesie pacjenta, jest zobowiązany utrzymywać jasne i niekonfliktowe relacje z profesjonalistami, którzy współuczestniczą w leczeniu pacjenta.

7.2. Psychoterapeuta jest zobowiązany do skierowania pacjenta do innego profesjonalisty, jeżeli jest to potrzebne w procesie diagnozy i psychoterapii.

7.3. Psychoterapeuta posiadający wiedzę o naruszeniu zasad etycznych przez innego psychoterapeutę, powinien w pierwszej kolejności przekazać mu swoją opinię i wskazać właściwe postępowanie, a jeżeli to okaże się nieskuteczne, podjąć działania zapobiegające wyrządzaniu szkody pacjentowi i powiadomić o tym odpowiednie władze Towarzystwa.

7.4. Jeżeli psychoterapeuta wie o naruszeniu prawa, godzącym w interesy osób pozostających w psychoterapii, popełnionym przez innego psychoterapeutę, powinien czuć się zobowiązany do zgłoszenia tego faktu odpowiednim instytucjom prawnym.

7.5. Źródło wiedzy o naruszeniu prawa objęte jest bezwzględną tajemnicą.

7.6. W wystąpieniach publicznych psychoterapeuta winien uwzględniać aktualną naukową wiedzę na temat omawianych problemów związanych z psychoterapią.

7.7. Psychoterapeuta nie może brać udziału w reklamowaniu lub w ogłoszeniach komercyjnych doradzających zakup, lub zastosowanie produktu czy usługi

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

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

8. **Prawa psychoterapeuty**

8.1. Psychoterapeuta ma prawo odmówić prowadzenia psychoterapii, gdy uznaje, że nie jest w stanie podjąć się rzetelnej terapii.

8.2. Psychoterapeuta ma prawo dbać o swoją dobrą kondycję psychiczną i fizyczną, jeśli nie pozostaje to w sprzeczności z wymogami procesu psychoterapii.

8.3. Psychoterapeuta ma prawo do obrony przed nieprawdziwymi zarzutami, wykorzystując do tego obowiązujące procedury prawne i regulaminowe.

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

9.1. W terapii rodzin i par psychoterapeuta działa, realizując przede wszystkim dobro pary lub rodziny jako całości, nie zaniedbując przy tym interesów poszczególnych osób.

9.2. Terapia rodziny i pary może być podjęta jedynie w takim zakresie, na jaki wyrażą zgodę wszyscy uczestnicy terapii.

9.3. Psychoterapeuta rodziny i par jest zobowiązany uszanować systemy wartości uczestników terapii. W razie konfliktu wartości pomiędzy uczestnikami terapii nie powinien opowiadać się po żadnej ze stron. Zasada neutralności nie dotyczy sytuacji przemocy w rodzinie lub parze.

9.4. W razie wystąpienia przemocy pomiędzy uczestnikami terapii, psychoterapeuta jest zobowiązany do podjęcia działań mających na celu ochronę osoby będącej ofiarą przemocy, nawet gdyby to wymagało opowiedzenia się po jednej ze stron będących w konflikcie systemów wartości.

9.5. Jeśli przemoc w rodzinie lub parze powoduje fizyczne zagrożenia dla którejkolwiek z osób i nie ulega zmianie w procesie terapii, psychoterapeuta jest zobowiązany do podjęcia stosownych kroków przewidzianych prawem.

9.6. Jeżeli jedna z osób uczestniczących w terapii rodziny czy pary wymaga psychoterapii indywidualnej, psychoterapeuta jest obowiązany rozważyć skierowanie jej do innego psychoterapeuty.

9.7. Kontrakt, który psychoterapeuta zawiera na terapię pary, nie może być przerwany i zamieniony na psychoterapię indywidualną jednego z uczestników wspólnej terapii.

9.8. Psychoterapeuta pary nie powinien bez szczególnej rozwagi, jednocześnie podejmować się prowadzić psychoterapii tych samych osób w psychoterapii indywidualnej lub grupowej.

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

10. **Superwizja** (Rozdział przyjęty przez Nadzwyczajne Walne Zebranie Członków Sekcji Naukowej Psychoterapii oraz Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z dnia 04.04.2023 r.).

10.1. Rozdział dotyczy zarówno superwizorów, jak i superwizantów, mając na względzie odrębność i wzajemną nieprzekładalność relacji superwizyjnej i terapeutycznej. Obowiązuje każdego członka Sekcji będącego w relacji superwizyjnej. Ma również zastosowanie do superwizowania kandydatów na superwizorów.

10.2. Proces superwizji objęty jest tajemnicą. Dotyczy to również ewentualnej dokumentacji. Terapeuta (superwizant) zobowiązany jest do poinformowania pacjenta o możliwości superwizowania terapii. Ujawnienie faktu i osoby superwizora następuje w odpowiedzi na pytanie ze strony pacjenta. Superwizant powinien dbać o aktualność udostępnianej informacji nt. swojej superwizji.

10.3. Superwizant ma prawo do swobodnego wyboru superwizora oraz do uzyskania informacji o jego kompetencjach zawodowych.

10.4. Jeśli zachodzi jakakolwiek zbieżność relacji, to powinna być ze szczególną rozwagą omówiona pod kątem ewentualnego szkodliwego wpływu na proces superwizyjny, w celu podjęcia decyzji co do rozpoczęcia tego procesu (dotyczy np.: relacji zależności zawodowej, zależności szkoleniowej, znajomości towarzyskich i innych). Szczególnie nie zaleca się łączenia roli terapeuty i superwizora wobec tej samej osoby. Na superwizorze pełniącym funkcję egzaminatora ciąży obowiązek zapewnienia swojej bezstronności. Jeśli uczestniczy w komisji egzaminacyjnej, powinien działać na rzecz bezstronności całej komisji.

10.5. Relacja superwizyjna zobowiązuje superwizora do szczególnej uważności na etyczne aspekty zachowania terapeuty. W sytuacjach ewentualnych naruszeń obowiązuje go ogólna zasada: najpierw omówić, potem zgłosić. Na superwizorze spoczywa obowiązek zachowania najwyższych standardów etyczności relacji superwizyjnej.

10.6. Superwizor ma prawo odmówić podjęcia się lub kontynuowania prowadzenia superwizji.

10.7. Superwizant ma prawo do uzyskania poświadczenia procesu superwizji. Superwizor ma prawo nie uznać superwizji z przyczyn merytorycznych.

10.8. Superwizor rekomendujący powinien uwzględniać, że udzielenie rekomendacji ma prowadzić do samodzielności profesjonalnej osoby, którą promuje. Superwizor, wydając rekomendację stwierdzającą, że superwizant ma umiejętności do samodzielnego prowadzenia psychoterapii, powinien być świadomy ciążącej na nim odpowiedzialności i dołożyć wszelkich starań, by rozwiać pojawiające się na drodze do tej konkluzji wątpliwości.

10.9. W związku z tą odpowiedzialnością, ze względu na dobro pacjentów, superwizor ma obowiązek użyć wszelkich odpowiednich środków prowadzących do tego celu, łącznie z zaleceniem przedłużenia procesu superwizyjnego, poszerzenia czy pogłębienia terapii własnej, czy uzupełnienia wiedzy.

10.10. Superwizor ma prawo odmówić rekomendacji, a poświadczając liczbę godzin odbytej superwizji powinien wyrazić swoją opinię na tym samym zaświadczeniu.

10.11. W trakcie superwizji szkoleniowej superwizant powinien poinformować superwizora o wszystkich wcześniejszych procesach superwizyjnych, ich rezultatach i wnioskach z nich płynących, a szczególnie o odmowie rekomendacji.

10.12. Podejmując się superwizji w instytucji, superwizor jest zobowiązany do przestrzegania zasad procesu superwizyjnego.

10.13. Prowadzenie superwizji w ramach umowy z instytucją nie może ograniczać zasad settingu superwizyjnego w tym w szczególności zachowania tajemnicy procesu superwizyjnego i swobody wyboru superwizora. Wskazane jest też aby superwizor, z tego względu, wsparł ewentualną odmowę superwizowania się u niego.

10.14. Superwizor powinien dbać, żeby informacje podawane przez instytucje nt. superwizji prowadzonych przez niego były rzetelne, pełne i aktualne.

10.15. W superwizji grupowej tajemnica obowiązuje wszystkich. Superwizant ma obowiązek zgłoszenia w superwizji grupowej sytuacji, której tematem jest terapia osoby, z którą ma relację pozaterapeutyczną albo inną relację terapeutyczną. Decyzja o ewentualnym opuszczeniu sesji powinna być podjęta po omówieniu.

10.16. Wskazane jest, żeby superwizor poddawał środowiskowej refleksji prowadzone przez siebie superwizje.

**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 Fiłonowicz, Piotr Olejnik**

Wszystkie informacje oraz formularz zgłoszenia znajdują się pod linkiem:
https://konferencja.ptppd.pl

## KOMUNIKATY WIOSNA 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://kliniczna-dzieci.uz.zgora.pl/

W dniach 11–12 maja 2024 r. odbędzie się **Wiosenny Panel Seksuologiczny**, piąta konferencja seksuologiczno-psychoterapeutyczna organizowana po raz czwarty w formule wiosennego panelu dyskusyjnego online. Informacje i zapisy: https://konferencjaseksuologiczna.pl/.
**Kwartalnik „Psychoterapia" objął wydarzenie swoim patronatem medialnym.**

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 24–25 maja 2024 r. w Warszawie odbędzie się II Konferencja Naukowa Terapii Rodzin pt.: **„Gdzie jest terapia rodzin? Rodziny i zespoły"**. Prelekcje i warsztaty będą się odbywały w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej przy ul. Szczęśliwickiej 40 w Warszawie.
Informacje i zapisy: http://terapiarodzin2024.pl/

W dniach 10–11 czerwca 2024 r. w Warszawie w Pałacu Kultury i Nauki odbędzie się **IV Kongres Zdrowia Psychicznego pt.: Razem ku zdrowiu psychicznemu — wspólny cel, wspólne dobro!**, organizowany przez Fundację eFkropka i Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej www.stowarzyszenierozwoju.eu.
Informacje i zapisy https://kongreszp.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. Challanges 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 6–7 września 2024 r. odbędzie się w Krakowie II edycja konferencji naukowo-szkoleniowej Psychiatria i psychoterapia nastolatków i młodych dorosłych **„Tożsamość i niepewność — procesy przejścia w rodzinie, terapii i leczenie”**.
Informacje i zapisy: https://tozsamosciniepewnosc.conrego.app/

**Redakcja „Psychoterapii” objęła patronatem medialnym** X Konferencję Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej pt.: **„Leczenie zaburzeń osobowości — agresja w relacji terapeutycznej”**, która odbędzie się w dniach 7–8 września 2024 r. w Krakowie.
Informacje i zapisy: https://konferencja.ptppd.pl/.

7 września 2024 r. w Krakowie odbędzie się XX Konferencja OLZON Szpitala Klinicznego im. Babińskiego pt. **„Leczenie traumy złożonej. Modyfikacje technik pracy”**.
Informacje i zapisy: https://olzon2024.pl/

W dniach 12–13 września 2024 r. w Krakowie odbędą się **warsztaty z Profesorem Peterem Roberem** pt.: Osoba psychoterapeuty w procesie psychoterapeutycznym: jego doświadczenia i (roz)mowa wewnętrzna. Regulacja emocji psychoterapeuty podczas sesji z rodziną.
Informacje i zapisy: www.fundacjakontekst.pl

W dniach 27–29 września 2024 r. w Katowicach odbędzie się konferencja z okazji 25-lecia Katowickiego Instytutu Psychoterapii pt.: **„Wzrastanie w relacji Ja, Ty, My”**. Informacje i zapisy: https://www.ja-ty-my.com/.
**Kwartalnik „Psychoterapia” objął wydarzenie swoim patronatem medialnym.**

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 diffrent 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/
**Kwartalnik „Psychoterapia” objął wydarzenie swoim patronatem medialnym.**

W dniach 7–9 listopada 2024 r. w Krakowie w Auditorium Maximum odbędzie się XXIX Konferencja Szkoleniowo-Naukowa w formie stacjonarnej z cyklu **„Farmakoterapia, psychoterapia i rehabilitacja zaburzeń afektywnych”**.
Informacje i zapisy: https://konf-krakow-psychiatria.pl/.

**Szanowni Państwo,**

serdecznie zapraszamy na **Konferencję Trzech Sekcji**, kolejną z cyklu tzw. Trójkonferencji organizowanych przez trzy Sekcje Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. W tym roku organizacją wydarzenia zajmuje się **Sekcja Naukowa Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.**

**Konferencja Trzech Sekcji odbędzie się w Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach w terminie 25–27 października 2024 roku. Tematem tegorocznej konferencji jest „Ciało w psychoterapii”.**

Choć ciało jest w psychoterapii stale obecne fizycznie, to rzadko znajduje się w centrum uwagi. Dychotomia ciało-psychika skłania nas do odsuwania spraw ciała na bok. Staje się ono tłem, na którym wypatrujemy „istotniejszych” zjawisk psychicznych. Tym razem chcemy to odwrócić — postawić ciało w centrum uwagi psychoterapeutów i przypomnieć, że bez niego nie ma psychoterapii.

Zapraszamy do patrzenia na ciało z różnych stron z nadzieją na twórczą syntezę wielu spojrzeń. Liczymy na zobaczenie w nim ważnego partnera w przymierzu terapeutycznym. Z jednej strony ciało jawi się jako obszar kształtowania tożsamości i miejsce spotkania wewnętrznego świata psychiki z zewnętrznym światem społecznym. Z innej wygląda jak pryzmat określający nasz sposób percepcji i narzędzie umożliwiające nam działanie. Z jeszcze innej — widziane z pomocą urządzeń do neuroobrazowania — bezcenne źródło informacji, które pomaga weryfikować psychoterapeutyczne teorie.

Takich spojrzeń może być bardzo wiele i mamy nadzieję, że ten wielowymiarowy obraz cielesności pacjentów i terapeutów, pozwoli nam lepiej współpracować z ciałem w szukaniu pomocy dla ducha.

Zachęcamy do śledzenia aktualności na naszej stronie trojkonferencja2024.pl oraz na Facebooku Sekcji facebook.com/SNPPTP.

Mamy nadzieję na Państwa obecność podczas tego ważnego dla środowiska psychoterapeutów wydarzenia.

**Zarząd SNP PTP**

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.psychoterapiaptp.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 ustrukturowane. 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. skróconytytułpracy_podst_14.10.2017, skróconytytułpracy_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 (konsekutywnie).
- 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 systemu).
- 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.
- Pomiędzy 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. Niedotrzymanie terminu może być uznane za rezygnację z publikacji.
- Zakwalifikowanie pracy do druku następuje po otrzymaniu pliku zawierającego zmiany sugerowane przez recenzentów, spełniającego wszystkie wymogi merytoryczne i formalne.

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

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

- Za jakość tłumaczenia, tak językową, jak merytoryczną, odpowiedzialność ponosi autor. Tłumaczenie powinno zawierać pojęcia zgodne z powszechnie występującymi określeniami w literaturze naukowej, ze szczególną dbałością o spójność pojęć występujących w różnych podejściach.

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

# 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 Osielczak-Stawinoga**, **Hanna Pinkowska-Zielińska** i **Piotr Kasprzak**.

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

**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 Szwajca, mgr Katarzyna Ślęzak, 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 Chrząstowskiego, 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 Czabała** 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 Ślęzak** 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/

cena 35 zł (w tym 5% VAT)

9 770239 417207