

KWARTALNIK NR 2 (209) 2024

PSYCHOTERAPIA



Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne



Uniwersytet Jagielloński
w Krakowie
Collegium Medicum

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

PSYCHOTERAPIA

NR 2 (209) 2024

Impact Factor — 0,2
Liczba punktów MNiSW — 40

Spis treści

Od Redakcji	3
Z cyklu „Sylwetki psychoterapeutów”: „O nieustającej ciekawości ludzi, ciągłych próbach integracji i pewnej tęsknocie” Z Krzysztofem Kotrysem rozmawia Robert Maliński.....	5
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne na tle orientacji seksualnej w procesie psychoterapii poznawczo-behawioralnej — studium przypadku Sylwia Michałowska.....	25
Style prowadzenia superwizji grupowej Joanna Sadzawicka-Olczak.....	45
Widmo zespołu Aspergera w psychoterapii rodzic–niemowlę. Opis przypadku Agnieszka Kałwa	55
Komunikaty	67
Procedura publikowania w „Psychoterapii”	71

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 Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum e-mail: redakcjapsychoterapii@gmail.com
Rada Programowa	Bogdan de Barbaro, Sonia Beloch, Jacek Bomba, Warren Colman, Jan Czesław Czabała, Dominika Dudek, Patricia de Hoogh-Rowntree, Barbara Józefik, Andrzej Kokoszka, Marta Makara-Studzińska, Irena Namysłowska, Anssi Peräkylä, Katarzyna Prot-Klinger, Krzysztof Rutkowski, Laszlo Zichy

Wydawca

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

Przygotowaliśmy dla Państwa kolejny zeszyt naszego kwartalnika „Psychoterapia”, a w nim porcję wiedzy, mamy nadzieję, że nie tylko pobudzającej do wielu refleksji, ale przede wszystkim pomocnej do określania się w roli psychoterapeutów.

Ilustracją harmonijnie toczącego się rozwoju w wielu wymiarach życia, a zwłaszcza rozwoju jako psychoterapeuty, jest rozmowa z Krzysztofem Kotrysem, którą odbył Robert Maliński. Krzysztof Kotrys, psychiatra, psychoterapeuta, superwizor procesów psychoterapii, nauczyciel psychoterapii oraz członek komisji egzaminujących kandydatów na psychoterapeutów SNP PTP jest osobą powszechnie znaną i cenioną. Prezentacja jego sylwetki poprzedzona jest znamionym podtytułem: „O nieustającej ciekawości ludzi, ciągłych próbach integracji i pewnej tęsknocie”. Ta wartko tocząca się rozmowa skłania do pomyślenia także o sobie, o swoim rozwoju i dbałości o wszystkie aspekty naszych ról, w tym także roli psychoterapeuty.

Sylwia Michałowska w artykule „Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne na tle orientacji seksualnej w procesie psychoterapii poznawczo-behawioralnej — studium przypadku” prezentuje proces psychoterapii opartej na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji. Opisuje zastosowane techniki terapeutyczne oraz to, jakie uzyskano dzięki nim efekty.

Joanna Sadzawicka-Olczak w pracy: „Style prowadzenia superwizji grupowej” skupia się na wyeksponowaniu zagadnienia dotyczącego takiego fenomenu, jak styl prowadzącego grupę w zestawieniu z jej dynamiką i charakterystyką i jak prowadzi on do ukształtowania się specyficznego typu superwizji grupowej. W artykule przeczytamy o różnych poglądach na superwizję psychodynamiczną i grup funkcjonujących w perspektywie analitycznej. Poznamy podstawowe założenia będące bazą dla funkcjonowania takich grup. Prześledzenie tych zagadnień sprzyja dbałości o efektywny i kreatywny proces superwizji.

Kolejny artykuł autorstwa Agnieszki Kałwy: „Widmo zespołu Aspergera w psychoterapii rodzic–niemowlę. Opis przypadku” to praca przedstawiająca specyfikę psychoanalitycznej psychoterapii tej diady. Szczególnie cenna praca, bo zapotrzebowanie na tego typu pomoc jest obfite, a dopiero od niedawna jest możliwość otrzymania jej w Polsce, jak choćby w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii, w szpitalu w Józefowie, na Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci. Przy tej okazji pragnę podkreślić zasługi Pani Dr Lidii Popek dla rozwoju tego nurtu.

Na koniec informujemy Państwa o kolejnej zmianie w składzie zespołu redakcyjnego. Żegnamy Szymona Chrzastowskiego i dziękujemy mu za lata współpracy.

W imieniu Zespołu Redakcyjnego zapraszam do lektury zaprezentowanych artykułów, a także do nadsyłania swoich prac do publikacji w naszym kwartalniku.

Kazimierz Bierzyński

**Z CYKLU „SYLWETKI PSYCHOTERAPEUTÓW”
„O NIEUSTAJĄCEJ CIEKAWOŚCI LUDZI, CIĄGLYCH
PRÓBACH INTEGRACJI I PEWNEJ TĘSKNOCIE”**

**Z KRZYSZTOFEM KOTRYSEM, PSYCHIATRĄ, PSYCHOTERAPEUTĄ,
SUPERWIZOREM PSYCHOTERAPII, NAUCZYCIELEM PSYCHOTERAPII
I EGZAMINATOREM CERTYFIKUJĄCYM SEKCJI NAUKOWEJ PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO,
ROZMAWIA ROBERT MALIŃSKI**

Robert Maliński: Udało się nam wreszcie spotkać w niedzielę po pracy. Przynajmniej tak zrozumiałem, że właśnie, Krzyśku, skończyłeś pracować.

Krzysztof Kotrys: Zgadza się, jestem po pracy. Tak się niestety składa, że duża część mojej aktywności szkoleniowej i superwizyjnej odbywa się w weekendy. Psychoterapeuci na ogół są bardzo zajęci w tygodniu, więc nie ma innego wyjścia. Dzisiaj miałem spotkanie seminaryjno–superwizyjne w małym zespole. Nawet mieliśmy taką refleksję „co my tu robimy w niedzielę przy tak pięknej pogodzie”? Ostatecznie ustaliliśmy, że „było warto”, ale to może takie pocieszenie się? Najwięcej weekendów spędzam w Śląskiej Szkole Psychoterapii w Gliwicach, tam głównie prowadzę moją pracę szkoleniową. Są też inne miejsca: Katowicki Instytut Psychoterapii Marii Marquardt, kurs psychoterapii Romana Ciesielskiego we Wrocławiu, kurs psychoterapii w szpitalu Babińskiego w Krakowie (gdzie po wielu latach kończę w tym roku współpracę) prowadzony przez Ewę Niezgodę. A w tygodniu mam pacjentów, superwizje indywidualne i grupowe.

R.M.: Jesteś aktywny, jak słyszę, superwizyjnie i seminaryjnie, a także psychoterapeutycznie.

K.K.: Moja aktywność składa się z trzech, mniej więcej równych części: pacjentów w gabinecie (gdzie występuję w zamiennej roli psychoterapeuty i psychiatry), superwizji i aktywności szkoleniowych na kursach psychoterapii, warsztatów, seminariów, wykładów. Nie jestem pewien, czego jest więcej.

R.M.: Jesteśmy w trakcie reformy psychiatrii dorosłych i psychiatrii dzieci i młodzieży, i — wreszcie — psychoterapii nie tylko dorosłych, ale też dzieci i młodzieży. Myślę, że będziemy o tym rozmawiać, bo to ważny temat dla całego środowiska, również dla pacjentów. Na początku chciałbym jednak, abyś opowiedział, jak do tego doszło, że zacząłeś studiować medycynę — żeby zostać psychiatrą trzeba najpierw być lekarzem. Czy wynikało to z tradycji lekarskiej twojej rodziny czy może coś tak szczególnie cię zaciekawiło, że zdecydowałeś się na medyczny kierunek studiów.

K.K.: W mojej rodzinie brak jest tradycji lekarskich. Miałem różne pomysły, w jakim kierunku pójść po maturze. Moja polonistka uważała, że powinienem studiować kulturoznawstwo, ale ja kierowałem się w stronę nauk ścisłych: chciałem zostać fizykiem, astronomem. Szybko jednak ten zamiar zweryfikowałem i poszedłem w kierunku większej

racjonalności. Astronomię wybił mi z głowy pewien profesor astronomii, który spotykał się z zafascynowanymi tą dziedziną uczniami szkół średnich. Na jednym ze spotkań powiedział do nas „słuchajcie to jest piękne, że wy się tym interesujecie, ale zadajcie sobie pytanie, czy astronomia śni się wam po nocach, bo jak wam się nie śni, to [ja] odradzam”.

R.M.: Czy to by znaczyło, że pytanie postawione przez tego profesora miało dla ciebie znaczenie ukierunkowująco/porządkujące?

K.K.: Tak, zapamiętałem je jako zadane w momencie, kiedy zdałem sobie sprawę, że astronomia jest moją fantazją i pragnieniem niekoniecznie odpowiadającym moim rzeczywistym możliwościom i dążeniom. Bardziej zapamiętałem te sny, o których powiedział profesor Eugeniusz Rybka. Sny mnie interesowały, ale żeby astronomia mi się śniła po nocach, to nie. Wtedy ta wzmianka o snach w ustach astronoma pomogła mi uświadomić sobie, że bardziej interesują mnie one właśnie. Pierwsze lektury Freuda o snach czytałem, z małym zrozumieniem co prawda, ale już wtedy były to dla mnie teksty ciekawe i fascynujące. Szybko też doszedłem do wniosku, że mój poziom matematycznej wiedzy, której wymaga astronomia czy nauki ścisłe, jak na przykład fizyka, nie jest taki, abym mógł się z nimi zmierzyć. Wybór medycyny, dość naiwny i młodzieńczo-idealistyczny, jak myślę o nim po latach, wynikał bardziej z pragnienia poznania człowieka, jego ciała i umysłu, przybliżenia się do jego fascynującej tajemnicy, niż z chęci pomagania. Ona przyszła później.

R.M.: Mówisz o ogólnym zaciekawieniu człowiekiem, nie tylko tą stroną mentalną, psychiczną czy emocjonalną.

K.K.: Studiując medycynę nie miałem sprecyzowanego wyboru specjalności. Studia były wymagające i też frustrujące. Był to dla mnie czas dorastania i osobistego rozwoju. Przypadał na okres przełomu Solidarności, potem stanu wojennego w Polsce. Gdy skończyłem medycynę (studiowałem w latach 1977–1983), to z powodu realiów musiałem od razu zacząć pracę, zarabiać na siebie, jakoś się organizować w życiu, w tamtych okolicznościach. Zacząłem specjalizację z neurologii. Przez rok pracowałem na oddziale neurologicznym, a potem, gdy zaczęła się moja przygoda z psychiatrią, to wycofałem się z tej neurologicznej ścieżki i otwarłem specjalizację z psychiatrii. Ale jeszcze wcześniej, wracając do okresu po studiach, odbyłem roczny staż, podczas którego pracowałem w poradni górniczej na Śląsku. Przez dobrych kilka lat. Bardzo dużo dyżurowałem w pogotowiu, w izbach przyjęć. Wtedy nie było jeszcze tzw. LEP-u, czyli lekarskiego egzaminu państwowego. Po ukończeniu stażu można było zarejestrować się i uzyskać prawo wykonywania zawodu. Po stażu otwarłem specjalizację neurologiczną, o której wspominałem, pracowałem w szpitalu, przychodni i zarabiałem na życie głównie w pogotowiu.

R.M.: Tak sobie myślę, że praca w pogotowiu to nielekki kawałek chleba. Nie zostałeś specjalistą medycyny ratunkowej.

K.K.: W tej chwili pogotowie ratunkowe, a właściwie zespół ratownictwa medycznego ma zupełnie inny status niż dawniej. Lekarze pojawiają się w nim znacznie rzadziej, główną rolę przejęli ratownicy medyczni. Wtedy w karetce jeździł lekarz, często niedoświadczony, sanitariusz i kierowca. To był zespół, który ratował ludzi.

R.M.: Duża odpowiedzialność...

K.K.: Tak, bardzo duża, trudne sytuacje, kiepskie warunki materialne, słaby sprzęt. Myślę o tamtych czasach z mieszanymi uczuciami. Jako stażyści byliśmy bezwzględnie

eksploatowani, nikt się nami nie opiekował, nie zastanawiał, jakie mamy realne kompetencje. Trzeba było się uczyć wszystkiego w praktyce, na własną rękę „z niewielką pomocą przyjaciół”. Trochę nauczyłem się o medycynie, więcej o ludziach i rzeczywistości, w jakiej żyliśmy.

R.M.: Chciałbym cię spytać o neurologię, skąd u ciebie zainteresowanie tą specjalnością medyczną. Mam kontakt z neurologami w codziennej pracy w szpitalu i widzę, że jest to dziedzina medycyny, która jest bardzo szczegółowa, wymagająca.

K.K.: Wybór neurologii wynikał głównie z zainteresowania mózgiem i jego funkcjonowaniem. Interesowałem się wtedy raczkującą terapią manualną będącą aktualnie w rękach rehabilitantów. Szybko się też przekonałem, że ówczesna neurologia była bardzo mało sprawcza w takim znaczeniu, że często wiele można było zdiagnozować, a niewiele wyleczyć. Wtedy mi się wydawało, że neurologia jest dziedziną głównie diagnostyczną. Dużo się można było dowiedzieć o mechanizmach, przyczynach zaburzeń, złagodzić pewne symptomy, ale do realnej pomocy pacjentowi było wtedy daleko. Można było przekazać go do neurochirurgów. Brakowało tej współczesnej części neurologii, jaką jest skuteczna farmakoterapia, terapia udarów czy interwencje naczyniowe. Metody obrazowania były dosyć proste i słabo dostępne.

R.M.: Rozumiem, że można było postawić diagnozę, ale prognostycznie niewiele zrobić dla pacjentów, co nie dawało poczucia wpływu, a być może powodowało uczucia bezsilności, bezradności.

K.K.: Diagnostyka neuroobrazowa dopiero się w Polsce rozwijała, było kilka tomografów na cały region, na termin czekało się jak na zbawienie.

R.M.: Dzisiaj te badania, mam na myśli tomografię komputerową czy rezonans magnetyczny, są badaniami podstawowymi, na przykład w sytuacji podejrzenia u dzieci, młodzieży czy dorosłych zaburzeń psychiatrycznych, szczególnie występujących nagle czy pierwszorazowo.

K.K.: Zgadzam się z tobą. Kilka razy przekonałem się, że w przypadku pierwszorazowych zaburzeń, zwłaszcza psychiatrycznych u młodych ludzi, ale też u dorosłych, taka diagnostyka neurologiczna powinna być rutynowa i obowiązkowa. W praktyce bywało z tym różnie. Zdarzyło mi się już jako psychiatrę leczyć pacjentkę, u której pierwsze objawy maniakalne, psychiatryczne okazały się — po upływie pewnego czasu — objawami guza mózgu, którego zresztą nie wykryła pierwsza tomografia, wyjątkowo akurat zrobiona. Są takie guzy mózgu, które wykrywa głównie rezonans. Nadal uważam, że pewną rutyną, z różnych powodów rzadko realizowaną, powinno być zdiagnozowanie pacjenta pod kątem neurologicznym. Do dzisiaj mam w pamięci obraz pacjenta, który podczas rutynowego badania psychiatrycznego zainspirował mnie do różnych psychologicznych wyjaśnień jego objawów. Byłem pewien, że rozumienie psychopatologii będzie kluczem do jego leczenia. Na szczęście pacjent był w trakcie szerszej diagnostyki i okazało się, że ma rozległe przerzuty nowotworowe, podczas gdy my, tj. nasz zespół, uważaliśmy niektóre z jego objawów za konwersyjne, czyli nerwicowe w klasycznym rozumieniu.

R.M.: Powracamy zatem do konwersji, a tym samym do psychoterapii, od której zacząłeś wkraczać w psychiatrię.

K.K.: Moja przygoda z psychiatrią zaczęła się dość nietypowo. Po mniej więcej roku pracy w oddziale neurologicznym zaciekało mnie ogłoszenie o naborze lekarza do od-

działu leczenia nerwic w Katowicach. Może była w tym potrzeba większej skuteczności, może powrót do wcześniejszych fascynacji snami, nie wiem. Już wtedy trochę się interesowałem literaturą psychoterapeutyczną. Poszedłem za tym ogłoszeniem do tego oddziału (był rok 1985) i wkroczyłem prosto w grupową psychoterapię. Z dużym entuzjazmem, bardzo małym doświadczeniem, a właściwie jego brakiem, który występował nie tylko u mnie, ale u nas wszystkich, którzy wtedy zaczynaliśmy. Mieliśmy bardzo rygorystyczne pomysły, zasady, które przywozili koledzy ze szkoleń psychoterapeutycznych. Nie mieliśmy realnej możliwości poddawania swojej pracy superwizji. Tak więc te początki w psychoterapii były bardzo niedojrzałe, do pewnego stopnia nieporadne, ale pamiętam, że podchodziliśmy do pacjentów z dużym entuzjazmem i zaangażowaniem. Organizowaliśmy w szpitalu zamknięte grupy psychoterapeutyczne. Nie wiem, jak nasi ówcześni pacjenci to wspominają, ale z mojego punktu widzenia, mimo że było tam sporo naszej naiwności i błędów, to był dobry czas. Niewiele rozumieliśmy, ale bardzo staraliśmy się rozumieć i chyba tym nadrabialiśmy niewiedzę.

R.M.: Wydaje mi się ważne to, o czym mówisz, mianowicie zaangażowanie, entuzjazm i wiara w pracy z pacjentem. Myślę, że choć popełniamy różne błędy w psychoterapii to pacjent jest w stanie nam je wybaczyć, gdy widzi nasze zaangażowanie, chęć pomocy, gdy dostrzeżga, że próbujemy naprawić swoje błędy w rozumieniu, natomiast pacjentowi trudno o dialog, gdy psychoterapeuta jest niezaangażowany czy niezainteresowany. Czy pamiętasz ten pierwszy zespół? Z kim pracowałeś z takim entuzjazmem i zaangażowaniem?

K.K.: Z dużą częścią osób kontakt mi się urwał. Pamiętam Gabrysię Baron, Grażynę Kołodziej, Ninę Pająk, Ewę Poinc-Betke, później dołączyła Teresa Wajand. Byliśmy w zdecydowanej opozycji do szefowej oddziału, która była neurologiem, ale akceptowała nasze poczynania.

R.M.: Jak długo pracowałeś w tym zespole?

K.K.: Ten okres „naiwnej i zaangażowanej” psychoterapii trwał około roku, do czasu, kiedy w szpitalu w Szopienicach pojawił się mój późniejszy szef, mentor i nauczyciel psychiatrii Krzysztof Czuma.

R.M.: Znana postać na Śląsku.

K.K.: Tak znana, już niestety nieżyjąca od 11 lat. Krzysztof Czuma przyszedł z kliniki w Lublińcu i zaczął tworzyć oddział psychiatryczny w Katowicach, który wydawał się czymś zupełnie nowym, innym w swoim podejściu do psychiatrii niż tradycyjne oddziały psychiatryczne, które zdarzyło mi się widzieć. Wniósł ze sobą powiew świeżości, nowego spojrzenia, odwagi i pewnej swobody. Myślę dzisiaj, że w tamtych realiach, kiedy dominowały duże, tradycyjne „azyle” psychiatryczne, był „rebeliantem” przesiąkniętym ideami antypsychiatrii, która wydawała się docierać do Polski opóźnioną falą w latach osiemdziesiątych, i to było fascynujące. Zaczytywaliśmy się w antypsychiatrycznej literaturze, ale jednocześnie studiowaliśmy DSM-III i uczyliśmy się współczesnej psychopatologii.

R.M.: Twoje wspomnienie przypomina mi podobne opisy z literatury dokumentującej powstanie ważnych ośrodków psychiatryczno-psychoterapeutycznych w Polsce, gdy Kazimierz Jankowski w Warszawie współtworzył Synapsis czy powstawał oddział kliniki psychiatrii dzieci i młodzieży tworzony przez Marię Orwid.

K.K.: Tak, to były czasy, gdzie funkcjonowały Ośrodki Higieny Psychiczej oferujące psychoterapię w formule zbliżonej do dzisiejszych oddziałów dziennych. Były inaczej

finansowane niż reszta psychiatrii i nawiązywały do idei Kazimierza Dąbrowskiego. Krzysztof Czuma pokazał mi jako pierwszy, jak rozmawiać z cierpiącym, często głęboko zaburzonym, psychotycznym pacjentem z uważnością i szacunkiem dla drugiego człowieka, otworzył mi oczy na psychiatrię i zacząłem coś więcej z niej rozumieć. Duże znaczenie miało dla mnie to, że od samego początku dr Czuma był postacią, która modelowała pewne podejście do pacjentów polegające na zajmowaniu się ich przeżyciami, kierowaniem się empatią i rozumieniem ich wewnętrznych doświadczeń, ale też uwzględnianiem ich potrzeb i realnej sytuacji życiowej. W tym sensie, chociaż Krzysztof Czuma nie był psychoterapeutą z formalnym wykształceniem (którego wtedy nie było), był moją pierwszą, być może najważniejszą, inspiracją do zajęcia się psychoterapią.

R.M.: Słyszę, że reprezentował sobą coś, co w szkole krakowskiej nazywa się etycznym podejściem do pacjenta, a co związane jest z ciekawością innego człowieka, szacunkiem, podmiotowym stosunkiem do drugiego często słabszego, cierpiącego, reprezentowanym i ucieleśnionym chyba najbardziej w osobie prof. Antoniego Kępińskiego.

K.K.: Tak, zgadzam się z tobą. Dr Czuma realnie, od początku wprowadził w oddziale psychiatrycznym system otwartych drzwi. Oddział nie był przez personel zamykany na klucz, ale wyjścia były regulowane, w dużej mierze przez samorząd pacjentów. Społeczność terapeutyczna i spotkania z pacjentami w grupie były czymś naturalnym, rozmawialiśmy swobodnie, razem śpiewaliśmy. Może dzisiaj to trochę idealizuję, ale wtedy uczyłem się i doświadczałem intensywnie. Myślę, że to nie do przecenienia. Początkowo byliśmy sami z szefem, ale później pojawiły się psycholożki: Irena Wytyczak (dzisiaj jest superwizorem psychoterapii) i Ewa Jędrychowska. Poza pracą w oddziale powstawały, dzięki niespokojnemu duchowi mojego szefa, kolejne inicjatywy: klub pacjenta powiązany z pododdziałem odwykowym i Stowarzyszenie Ad Vitam Dignam, które firmowało pierwszy na Śląsku hostel dla pacjentów psychotycznych, a potem, funkcjonujące do dzisiaj, Warsztaty Terapii Zajęciowej i Środowiskowy Dom Samopomocy.

R.M.: Co oznacza wyrażenie *ad vitam dignam*?

K.K.: Krzysztof Czuma wymyślił taką nazwę, szukając czegoś eleganckiego i ujmującego sens — tak powstało „Ku życiu godziwemu”, po łacinie *ad vitam dignam*.

R.M.: Rozumiem, że jest to stowarzyszenie wspomagające osoby po kryzysach psychicznych, podobne do stowarzyszenia prowadzonego przez prof. Andrzeja Cechnickiego i jego zespół w Krakowie rozwijający od lat idee psychiatrii środowiskowej. Czym dokładnie zajmowało i zajmuje się stowarzyszenie?

K.K.: Prowadzi warsztaty terapeutyczne i rehabilitacyjne, spotkania dla rodzin pacjentów po kryzysie, hostel, a aktualnie Warsztaty Terapii Zajęciowej i Środowiskowy Dom Samopomocy w Katowicach Janowie. Wracając jeszcze do tych kierunków, w których rozwijało się zainteresowanie doktora Czumi: mój szef podzielił swoje działania w psychiatrii na konkretne obszary. Jeden dotyczył terapii odwykowej. Obejmował pacjentów uzależnionych głównie od alkoholu, bo takie były czasy, ale też tzw. trzeźwych alkoholików angażujących się w terapię innych uzależnionych. Dr Czuma wraz z pacjentami, którzy się szybko zorganizowali przy oddziale, zainspirował utworzenie klubu abstynenta, do dzisiaj działającego, i szereg związanych z tym dodatkowych inicjatyw, konferencji.

W tamtym czasie terapia uzależnień (głównie od alkoholu — takie były kulturowe uwarunkowania i realia psychiatrii) zajmowała dużo miejsca w mojej głowie. Efektem

zainteresowania problematyką uzależnień było również to, że moim pierwszym prawdziwym szkoleniem psychoterapeutycznym było SPP, czyli Studium Pomocy Psychologicznej. Była to jedna z pierwszych edycji szkoły nieżyjącego już prof. Jerzego Mellibrudy. Odbyłem w niej pierwsze treningi interpersonalne, warsztaty terapeutyczne dotyczące głównie tematyki uzależnienia i tzw. terapii odwykowej, ale nie tylko. Ważne, ciekawe i rozwojowe doświadczenie. Ówczesni terapeuci, którzy zaangażowali się w Studium Pomocy Psychologicznej mieli, z jednej strony, zakorzenienie w minnesockich¹ (profesjonalnych, ale opartych na założeniach ruchu Anonimowych Alkoholików) programach, a z drugiej strony byli psychoterapeutami zainspirowanymi gestaltowskimi koncepcjami przywiezionymi ze staży w USA, co było nie tylko egzotyczne i nowe, ale bardzo inspirujące. Pamiętam tygodniowe, intensywne zjazdy o charakterze maratonów w ośrodku Niespodzianka w Śródborowie pod Warszawą, w którym byliśmy skoszarowani. Szkoliliśmy się przez tydzień od rana do późnego wieczoru i bez przerwy trenowaliśmy na sobie.

R.M.: Jak powiedziałeś o tych obszarach, w których dr Czuma działał i które razem z nim rozwijałeś, to od razu przychodzi mi na myśl Centrum Psychiatrii w Katowicach. Czy z tych idei ono powstało? Powiedz więcej o podziale działań w psychiatrii swojego szefa.

K.K.: Dr Czuma słusznie, jak na realia tamtego okresu, wychodził z założenia, że do oddziału psychiatrycznego trafiają pacjenci z trzech grup: psychotyczni, najczęściej z diagnozą schizofrenii, uzależnieni od alkoholu (z ostrymi objawami abstynencyjnymi i psychozami) i pozostali (z kręgu zaburzeń afektywnych, nerwicowych i reaktywnych). Każda z tych grup potrzebuje innego typu oddziaływań, w tym również psychoterapeutycznych. Wracając do tego podziału, o który pytałeś, to poza tą uzależnieniową częścią szef uznał, że statystycznie pacjenci z każdego kręgu będą stanowili mniej więcej jedną trzecią osób, które do nas trafiają. Drugą część stanowili pacjenci chorujący na schizofrenię, często chroniczni, nierzadko będący pacjentami tzw. obrotowych drzwi. W tym obszarze mieliśmy ciekawe doświadczenie związane z naszym subrejonem. Ówczesne oddziały psychiatryczne zobowiązywały się do obsługi pewnej części miasta, czyli subrejonu. Do naszego subrejonu należały Siemianowice Śląskie, a w Siemianowicach był dr Jacek Przyłudzki, który prowadził na ulicy Szkolnej Poradnię Zdrowia Psychicznego, do dzisiaj istniejącą. Tak więc była poradnia, był oddział dzienny, oddział stacjonarny, klub pacjenta — cały system. Ponieważ Jacek zaczął u nas dyżurować w oddziale, to mieliśmy coś, co można nazwać ówczesnym modelem Centrum Zdrowia Psychicznego z pełną opieką środowiskową. Dobrze znaliśmy naszych pacjentów, wspólnie omawialiśmy ich potrzeby, zastanawialiśmy się, na ile mogą brać udział w takich czy innych formach leczenia poza stacjonarnych, rehabilitacyjnych, psychoterapeutycznych itd. Mieliśmy dobrą współpracę i wymianę. Jacek Przyłudzki był psychiatrą, interesował się psychoterapią, którą dzisiaj można by nazwać transpersonalną.

Jeszcze, kończąc ten wątek psychoz, schizofrenii, wspomnę, że rozwijaliśmy różne koncepcje leczenia środowiskowego. Jednym z naszych osiągnięć było powołanie pierw-

¹⁾ Model Minnesocki polegał na połączeniu doświadczeń profesjonalistów i alkoholików trzeźwiejących przy pomocy wspólnoty Anonimowych Alkoholików zindywidualizowanym podejściem do leczenia z aktywnym udziałem rodziny pacjenta. Powstał z inicjatywy dwóch specjalistów psychologa i psychiatry na przełomie lat 40. i 50. XX wieku w stanowym szpitalu w Minnesocie w Stanach Zjednoczonych.

szego hostelu w Szopienicach dla pacjentów chorujących na schizofrenię. Od władz miasta na początku lat 90. udało nam się uzyskać budynek, który był nadzorowany przez nasz zespół. Potem, już po latach, powstał warsztat terapii zajęciowej, ale hostel był pierwszą strukturą środowiskową powiązaną z oddziałem.

R.M.: Mówisz o praktyce dobrej współpracy pomiędzy różnymi nie tylko ludźmi, ale też jednostkami, jak poradnia, oddział dzienny, stacjonarny, hostel. O wspólnych naradach w kontekście myślenia środowiskowego, snuciu refleksji, jak pomagać pacjentom, ale też o wątkach ciągłego poszukiwania wśród lekarzy i psychologów inspiracji, gdy wspominasz chociażby psychoterapię transpersonalną. To właściwie cały nurt, a można by powiedzieć, że w psychologii akademickiej dział psychologii i psychoterapii reprezentowany między innymi przez Stanisława Grofa, Timothy’ego Leary’ego, Kena Wilbera i innych, w Polsce kompetentnie opisywany między innymi przez prof. Bartłomieja Dobroczyńskiego.

Wracając do twoich wspomnień, ciekawi mnie, jak ten nurt, te inspiracje przejawiały się w waszej praktyce psychoterapeutycznej. Przecież leczenie psychoz to często szkoła akceptacji bezradności, ograniczoności i praca u podstaw w integrowaniu self pacjenta, bardzo trudna i wymagająca.

K.K.: Zespół Jacka Przyłudzkiego w Siemianowicach zainteresował się rebirthingiem Leonarda Orra, czyli ideą pracy z oddechem i wykorzystaniem hiperwentylacji dla uzyskania efektów terapeutycznych. Nie wiem, czy ta koncepcja ma dzisiaj swoich kontynuatorów, ale współcześni terapeuci reprezentujący nurt prenatalny nawiązują do tamtych technik i idei „przepracowania traumy narodzin”, sięgając jeszcze do okresu przed narodzinami. Podchodziliśmy do tych nowinek z pewnym dystansem, ale i zaciekawieniem. Potem pojawił się Gestalt, no i dalej nurt, którym się zajął Jacek, a o który ja się trochę otarłem, czyli Psychoterapia Zorientowana na Proces (POP) z Arnoldem Mindellem — jego twórcą, mocno inspirującym się Carlem Gustawem Jungiem. Odbiliśmy sporo wspólnych warsztatów w tym podejściu i spotkań.

R.M.: Teraz chyba wyraźniej widzę, że to był okres poszukiwania w psychoterapii i psychiatrii, rozumienia przyczyn różnych zaburzeń, prób wyjaśniania ich genezy czy szukania pewnych składowych mogących naświetlić obszar czynników predysponujących czy wywołujących zaburzenia psychiczne, jak na przykład psychozy, co było charakterystyczne nie tylko dla zachodniej myśli, ale też naszej rodzimej.

K.K.: Oczywiście, była w naszych poszukiwaniach potrzeba zrozumienia psychoz, ich mechanizmów psychologicznych i współdziałania czynników środowiskowych, komunikacyjnych, które w sposób dość przypadkowy trafiały do nas z Zachodu. Pragnienie, czasem dość naiwne, wyjścia poza utarte schematy. Byliśmy wtedy bardzo „antypsychiatryczni”, złąknieni pomysłów na inne niż klasyczne i akademickie wyjaśnienia. Pamiętam, że jak podczas któregoś dyżuru ubrałem się w tradycyjny biały fartuch lekarski, to moi koledzy zareagowali na mój strój takim zdziwieniem i ironicznymi komentarzami, że szybko zdjąłem ten fartuch. Zachęcaliśmy pacjentów, aby chodzili we własnych ubraniach, wychodzili z piżam, a też sami nie przebieraliśmy się w oznaczające osoby z personelu, lekarskie kitle. Szef chodził w takim trochę uniformie, właściwie kurtce, która go wyróżniała. Myślę teraz o tym z pewnym uśmiechem, przypominając sobie, że było dla nas powodem do dumy usłyszeć od rodzin pacjentów, że właściwie to się nie różnimy specjalnie od nich. Była w tym naszym podejściu zapewne maniera i może demonstracja, ale wspominam je z sentymentem.

Pewną inspiracją w tamtym okresie była też grupa osób, które spotkałem podczas stażu specjalizacyjnego w klinice w Tarnowskich Górach. Wtedy, w 1986 r. zaczęły się także moje szkolenia w Krakowie prowadzone jeszcze w systemie, który bardziej przypominałby dzisiejszą specjalizację z psychoterapii, organizowane przez Centrum Kształcenia Kadr Medycznych. Pamiętam swoje pobyty w ośrodku prof. Aleksandrowicza, też oddział C krakowskiej kliniki, staż w krakowskiej Klinice Nerwic. Tamtejsza grupa terapeutyczna pracowała wtedy w podejściu najbardziej przypominającym Gestalt połączony z elementami myślenia psychodynamicznego, które wprowadzał dr Piotr Drozdowski. Utkwiła mi w pamięci dr Danuta Fortuna, która przez jakiś czas pracowała u Wiktora Frankla w Wiedniu i zajmowała się podejściem logoterapeutycznym. To były ważne i ciekawe rozmowy i doświadczenia. To, co zapamiętałem ze swoich krakowskich doświadczeń, to wtorkowe spotkania, zwoływane co tydzień przez prof. Adama Szymusika w podziemiach kliniki. Stawiali się tam niemal wszyscy pracownicy kliniki i często zapraszani, zagraniczni goście, zwłaszcza zza, nieco już chwiejącej się, żelaznej kurtyny. To była okazja osobistego spotkania z ludźmi z odległego dla nas świata, co stanowiło powiew świeżości w czasach, kiedy publikacje na temat współczesnych nurtów psychoterapii były nieliczne i słabo dostępne.

R.M.: Właściwie można byłoby myśleć o części spotkań wtorkowych (tych poświęconych psychopatologii, psychoterapii i badaniom nad psychoterapią) za odpowiednik seminariów szkolenia psychoterapeutycznego.

K.K.: Tak, to była jedna z części mojego początku szkolenia w psychoterapii. Kolejna, równie ważna, to kurs terapii systemowej zorganizowany przez krakowski zespół Zakładu Terapii Rodzin u nas, czyli na terenie szpitala w Katowicach Szopienicach. Warsztaty i wykłady prowadziły takie postaci, jak prof. Maria Orwid, Barbara Józefik (dzisiaj również profesor), Małgorzata Wolska. Ważnym osobistym doświadczeniem była grupa genogramowa prowadzona przez Ryszarda Izdebskiego, która stanowiła dopełnienie mojej pracy nad własną problematyką i historią mojej rodziny. Ryszard był osobą otwartą i bezpośrednią, potrafiącą podsumowywać nasze przeżycia, uczucia i wspomnienia w sposób przekonujący, dosadny i bez ogródek, a jednocześnie zachowując dużo taktu, poczucia humoru i dystansu. Potrafił rozmawiać o naszych trudnych doświadczeniach, dając duże poczucie bezpieczeństwa. Charakteryzowało go mistrzostwo w pozytywnym przeformułowywaniu, a też otwartość na różne konteksty, uwikłania kulturowe. Z jednej strony traktowałem to doświadczenie genogramowe jako szkoleniowo-seminaryjne, ale też bardzo mocno terapeutyczne i wglądowe. Było intensywnie, emocjonująco, blisko psychoterapii grupowej, choć opartej o nasze genogramy. Grupę powtarzaliśmy po roku, podsumowując swoje refleksje i zmiany, jakie zaszły w życiu jej uczestników. Później w pracy w oddziale często korzystałem z podejścia strategiczno-systemowego i razem z psychologką Ireną Wytyczak organizowaliśmy serie spotkań rodzinnych, dających często zaskakująco pozytywne rezultaty w przypadku tzw. trudnych pacjentów.

R.M.: Jak cię słucham, Krzyśku, to przychodzi mi taka myśl, że było w tobie dużo otwartości na różne podejścia do rozumienia pacjentów i ich rodzin. Jak opowiadasz, to wspominasz znaczące szkoły psychoterapeutyczne, z których każda próbowała coś wnieść do rozumienia cierpienia człowieka, jego problemów.

K.K.: Dla mnie różnorodność była punktem wyjścia, ale nie wiem... Dzisiaj bym chyba nie polecał takiej drogi psychoterapeucie, który rozpoczyna swoje kształcenie. Oczywiście

ważne jest zdobycie ogólnego doświadczenia dotyczącego na przykład psychiatrii, psychopatologii. Nie wyobrażaliśmy sobie, że można się zawęzić do pracy w gabinecie i myślenia w jednej modalności. Wciąż sięgaliśmy do różnych źródeł. Pamiętaj, że nie było wtedy w Polsce szkół psychoanalitycznych zorientowanych na jedno podejście. Pierwsze instytuty psychoanalityczne zaczęły powstawać dopiero pod koniec lat dziewięćdziesiątych. Pierwszy zjazd Towarzystwa Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej, w którym uczestniczyłem, odbył się pod Warszawą na początku 2000 roku. Byłem tym bardzo zainteresowany, ale trudno było mi się zidentyfikować bez reszty z jedną szkołą. Myślę, że z jednej strony to zasób, taki romantyzm tamtych czasów, z drugiej jednak pewne ograniczenie, że nie szkoliliśmy się od początku w jakimś jednym wybranym nurcie. Uważam, że w psychoterapii polskiej skupionej w tamtym czasie wokół dużych ośrodków — krakowskiego czy warszawskiego — panowała atmosfera pewnej niedopełnionej tęsknoty za psychoanalizą, którą każdy trochę znał, trochę uprawiał, a może bardziej wydawało mu się, że ją uprawiał. W gruncie rzeczy bardzo niewielu miało jakieś realne doświadczenia, które dzisiaj uważa się za podstawę szkolenia psychoanalityków. Przecież nikt nie miał za sobą treningu analitycznego. W tamtym czasie na przełomie lat 80. i 90. w Polsce nie było psychoanalityków. Chyba Kasia Walewska była jedną z pierwszych psychoanalityczek w Polsce wyszkolonych za granicą, ale to już było znacznie później. Mieliśmy przed sobą pewne idee psychodynamiczne, które, jak sam wiesz, budował i głosił z dużą energią prof. Jerzy Aleksandrowicz, z podejściem, które dzisiaj jest chyba najbliższe krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej. Nie wiem, czy Jurek by się z moją opinią zgodził, ale na pewno podjąłby z tą tezą prowokującą dyskusję. W tamtych realiach wyjazd na Zachód był poważnym wyzwaniem, chociażby finansowym, niewielu mogło sobie na taką podróż pozwolić. Na szczęście mieliśmy naszych mistrzów, jak wspomniany Jerzy Aleksandrowicz, Maria Orwid, Jacek Bomba, Stefan Leder, Małgorzata Siwak-Kobayashi, Irena Namysłowska, od których mogliśmy się uczyć.

Myśląc o ważnych osobach, muszę powiedzieć o Kazimierzu Bierzyńskim, który był moim superwizorem rekomendującym do certyfikatu psychoterapeuty w 1993 r. Od niego uczyłem się podstaw myślenia i dialogu psychodynamicznego. Dużo mu zawdzięczam, jego wnikliwości, dyscyplinie i zdolności do formułowania interpretacji i pobudzających do myślenia interwencji. Kaziu był superwizorem bardzo wspierającym, ale też wymagającym własnej inwencji i autonomii w nazywaniu trudnych do uświadamiania treści i obszarów. Dużo się od niego nauczyłem.

R.M.: Czy mówisz o wnikliwości, czy bardziej o uważności?

K.K.: O jednym i o drugim. Głównym nurtem mojego wykształcenia psychoanalitycznego było podejście psychodynamiczne, ale miałem też przygodę szkoleniową związaną z nurtem, który nazywa się Voice Dialogue. Autorom tego podejścia bardzo zależało, aby nie tłumaczyć tego sformułowania na języki narodowe. Mieliśmy trenera terapeutę, z którym jako zespół utrzymywaliśmy kontakt, Gerarda Fazera. Mieszkał w Danii, chociaż z pochodzenia był chyba Austriakiem. Przyjeżdżał do nas na warsztaty, a my przynajmniej raz odwiedziliśmy go całą grupą. To było kolejne, niezwykle doświadczenie. Voice Dialogue jest takim nurtem, który zawiera w sobie elementy podejścia jungowskiego, czerpie też z psychodramy. Być może współcześni psychodramatycy jak Jarek Gliszczynski powiedzieliby, że to trochę „zubożona” psychodrama. Nadal zdarza mi się korzystać z tego podejścia.

Był też taki okres, kiedy się interesowałem podejściem ericksonowskim i dobrze wspominam Krzysztofa Klajsa, u którego odbyłem trzystopniowe szkolenie z hipnozy. Ważne dla mnie, kontynuujące wątek „doświadczeniowy” w psychoterapii.

Po latach, kiedy byłem już superwizorem (otrzymałem certyfikat w 2002 r.), zaangażowałem się w szkolenie, może bardziej doświadczenie, psychoanalityczne. Zaczęło się chyba w 2007 i trwało przez kilka lat. Iwona Nidecka-Bator, a potem Marzena Kaim, psychoanalityczki szkoleniowe Polskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego, zdecydowały się prowadzić w Katowicach spotkania seminaryjno-superwizyjne z grupą psychoterapeutów niebędących psychoanalitykami. Część całodniowego spotkania (zgodnie z modelem i tradycją tego nurtu) zajmowały omówienia podstawowych tematów w psychoanalizie w ujęciu postkleinowskim (independents)² na podstawie artykułów i dostępnych publikacji, a druga część to superwizja pracy z pacjentami. Spotykaliśmy się raz w miesiącu i to było bardzo inspirujące. Dzięki temu wiele psychoanalitycznych pojęć, wcześniej rozumianych powierzchownie i teoretycznie, stało mi się bliskich i przekładalnych na język praktyki terapeutycznej. To ogromny zasób, z którego nadal korzystam i jestem wdzięczny paniom Iwonie i Marzenie za ich zaangażowanie, dzielenie się własnym doświadczeniem i otwartość na niepsychoanalitycznych psychoterapeutów.

R.M.: Myślę, że była w tobie duża otwartość, ale też fascynacja psychoterapią, różnymi jej nurtami. Rozumiem, że cały czas kontynuowałaś specjalizację z psychiatrii.

K.K.: Tak, ukończyłem specjalizację w 1990 roku i dalej pracowałem na psychiatrii już jako zastępca ordynatora, czyli mojego szefa. Nasz zespół lekarsko-psychologiczny się rozszerzył. Poznałem Anię Gąsiorek-Pakosz, Andrzeja Paluchewicza i Macieja Żerdzińskiego. Każde z nich to indywidualność. To były czasy, kiedy bardzo się interesowałem psychoterapią i zaczynałem ją uprawiać już w gabinecie, który przez prawie 10 lat dzieliłem z dr. Czumą na IX piętrze superjednostki w Katowicach. Pracowałem jednocześnie jako psychiatra i psychoterapeuta. To były też czasy, gdy nie wyobrażałem sobie życia bez psychiatrii ogólnej, czyli licznych niespodzianek, różnych nowych sytuacji, trudnych spraw, które przywozili pacjenci izby przyjęć. Często zagadek, prób zrozumienia tego, co się dzieje z pacjentem komunikującym się w sposób bardzo ograniczony. To była ciągła fascynacja i zaciekawienie. Widziałem, że nawet „proste” farmakologiczne leczenie może dawać spektakularne efekty. Wtedy też trochę rozumiałem, a trochę nie rozumiałem, jak duże znaczenie dla pacjentów w tych efektach leczniczych ma zdolność kontenerująca oddziału, czyli to, co Wilfred Bion opisywał jako ważny czynnik terapeutyczny. Pamiętam, że większym problemem było dla nas — mam na myśli personel — jak wypisać pacjenta, jak go zachęcić do opuszczenia oddziału, w którym czuł się bezpiecznie, niż jak go przyjąć wbrew jego woli.

R.M.: Rozumiem, że pacjenci wiązali się z wami tak jak można się związać z wystarczająco dobrym miejscem, parafrazując winnicottowskie pojęcie wystarczająco dobrego obiektu macierzyńskiego, którym w tej sytuacji był twój oddział. Tworzyliście środowisko stabilne, wspierające i rozwojowo kreatywne, co ma ogromną wartość dla pacjentów.

²⁾ Independents to grupa niezależnych psychoanalityków, która uformowała się w związku z konfliktem pomiędzy zwolennikami podejścia Melanii Klein versus podejścia Anny Freud. Grupa Independents uznawała wartość obu wyżej wymienionych podejść w rozumieniu zjawisk życia psychicznego. Do jej grona należeli między innymi Michael Balint, Donald Winnicott, Paula Heimann, Margaret Little, Ronald Fairbairn.

K.K.: Tak. Czuli się bezpiecznie i to ich stabilizowało. To środowisko oddziału, jakkolwiek czasami ubogie w wyposażenie, dawało możliwość osiągnięcia równowagi, choć często kruchej, często takiej, która po wyjściu ze szpitala była szybko naruszana przez rzeczywistość.

Wtedy znowu w moich myślach pojawił się wątek, który ukierunkował mnie z powrotem w stronę tego oddziału, który opuściłem na początku swojej drogi. Zacząłem się interesować depresjami i na początku myśl była prosta. Czy pacjenci z depresją, często ograniczani w ekspresji, cierpiący, źle znoszący różne sytuacje zamieszania w oddziale ogólnopsychiatrycznym, nie mogliby mieć jakiejś osobnej formy leczenia, zwłaszcza wzbogaconej o oddziaływanie psychoterapeutyczne. W ten sposób wynegocjowałem swoją pierwszą niezależność, jaką było utworzenie pododdziału leczenia depresji. Pomysł był dość nowy i, jak na nasze warunki, kontrowersyjny. Inspirowałem się ideą niemieckich Depressionstationen, ruchu, w który był zaangażowany nasz kolega pracujący w Niemczech nieżyjący już psychiatra Roman Szczęsny. Razem z Jackiem Przyłudzkim odwiedziliśmy go w latach osiemdziesiątych i później miałem okazję kilkakrotnie bywać w niemieckich ośrodkach w ramach organizowanych przez Andrzeja Cechnickiego spotkań Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

R.M.: Czym ci pacjenci cię zaintrygowali, czy coś w nich było takiego, co cię ujęło? Czy w tej chorobie coś cię ciekawiło, a może nie dawało spokoju? Słyszę w twojej wypowiedzi, że chciałeś dać im warunki leczenia inne niż wtedy dostępne, bardziej dostosowane do ich potrzeb.

K.K.: To, co było najbardziej interesujące dla mnie, to to, w jaki sposób można zrozumieć depresję, jej psychogenezę i tło rodzinne. Razem z kolegami i koleżankami byliśmy wtedy na fali myślenia systemowego i stworzyliśmy pododdział depresji obejmujący jedną grupę. Wtedy pracowałem z Magdą Pirożek-Ławniczek, koleżanką pasjonującą się różnymi wątkami psychoterapeutycznymi, która później wyjechała do pracy badawczej w firmie farmaceutycznej w Zurychu. Podchodziliśmy do historii naszych pacjentów w sposób bardzo uporządkowany, przyjmując perspektywę systemową, a potem poznawczą. Zachęcaliśmy ich do analizowania swoich depresyjnych kryzysów w przebiegu życia i z tego powstało wiele materiału do przemyśleń, klinicznej refleksji, być może badań i opracowań. Ostatecznie potem, pododdział depresji przekształcił się już w bardziej samodzielny Oddział Depresji i Zaburzeń Lękowych, trochę, żeby się oddzielić od tej wcześniejszej nerwicowej konotacji, czyli Oddziału Leczenia Nerwic. Dobrze czy źle, już nie wiem. Wtedy, pod koniec lat 90., powołaliśmy do życia, obok psychoterapeutycznej grupy depresyjnej, grupę psychodynamiczną dla pacjentów z nerwicami i zaburzeniami osobowości. Kiedy analizowaliśmy genogramy i historie życia tych pacjentów to okazało się, ku naszemu zaskoczeniu, że większość z nich miała w przeszłości incydenty hipomaniakalne albo maniakalne. Połowa z tych pacjentów, których uważaliśmy za depresyjnych, kwalifikowałaby się, w świetle powstających wówczas kryteriów spektrum zaburzeń dwubiegunowych, właśnie do tej kategorii. W 2000 r. utworzyliśmy nową grupę terapeutyczną dla pacjentów z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym. To był nowy pomysł, prawdopodobnie pierwszy w Polsce. Później miałem okazję poznać w Barcelonie zespół i system pracy prof. Eduardo Viety, który niezwykle harmonijnie łączył współczesne myślenie i badania biologiczne w dziedzinie zaburzeń afektywnych z oddziaływaniami psychospołecznymi i psychoterapeutycznymi.

R.M.: Dzięki solidnej pracy terapeutycznej — mam na myśli genogramy — i śledzeniu dróg życia pacjentów uzyskałeś, wraz z zespołem, istotne spostrzeżenia, jeżeli nie odkrycia, dotyczące opisu określonej symptomatologii, a także być może późniejszego leczenia. Czy doczekały się opublikowania?

K.K.: Mieliśmy kilka wystąpień na konferencjach, ale nie udało się nigdy rozwinąć wątków badawczych, zabrakło naukowych opiekunów i autorytetów, pewnie też czasu i determinacji, dominowała praktyka. To jest jedna z tych rzeczy, których dzisiaj trochę żałuję, może jeszcze będzie czas na pisanie?

Pamiętam, że kiedy próbowałem się rozeznawać w środowisku, czy odrębny oddział dla pacjentów depresyjnych powinien funkcjonować, to nie spotkałem się z entuzjazmem moich kolegów, którzy mówili „wiesz, to będzie bardzo smutne... nie dacie sobie rady przygniecie was... to trudne, nie do przerobienia”, ale okazało się, że tak wcale nie było. Było sporo konfliktów, agresji, napięć, czasem trudnych do rozładowania i przepracowania, ale też i radości.

R.M.: Pacjenci depresyjni są nie tylko smutni.

K.K.: O czym się bardzo dobrze przekonaliśmy. No, a po odkryciu tego aspektu dwubiegunowego, to pole jeszcze bardziej się rozszerzyło. Myślę, że stworzyliśmy jedną z pierwszych grup stacjonarnych dla pacjentów z zaburzeniami afektywnymi. Potem, gdy już zostałem szefem oddziału, wróciliśmy do nazwy oddziału zaburzeń afektywnych i nerwicowych, i do tej pory on się tak nazywa.

R.M.: Pamiętasz, w którym to było roku?

K.K.: Myślę, że tworzyliśmy go na początku lat dwutysięcznych. Panowała w nim atmosfera pełna zaangażowania i otwartości w zespole. To było niezwykle przyciągające. Przychodzący do nas z różnych stron stażyści często zostawali u nas na stałe. Niektórym zdarzało się pracować za darmo przez pół roku po to, żeby mieć szansę na zatrudnienie etatowe. Postacie, które pojawiały się w tamtym czasie w zespole i odegrały ważną rolę w jego kształtowaniu, to: Magda Klasik, Bartek Wrona, Teresa Wajand, Ola Zachariasiewicz de Abgaro (Niesler), Maja Zachariasiewicz de Abgaro (Kowalska), Małgosia Kalinowska, Ania Różycka.

R.M.: Udało Ci się stworzyć zespół z klimatem, przyciągający różne osoby. W którym dobrze się czuły, dobrze się im pracowało.

K.K.: No tak, chyba można tak powiedzieć o atmosferze pracy w tamtych czasach, w tamtym zespole, panującej nie tylko dzięki mojej osobie.

R.M.: Do kiedy szefowałeś oddziałowi?

K.K.: Do 2013 roku, kiedy podjąłem decyzję o odejściu.

R.M.: Chciałbym jeszcze powrócić do wątku szkolenia w psychoterapii. Właśnie dotarło do mnie, co powiedziałaś, iż zachęcałbyś terapeutów, żeby szkolili się w jednym podejściu i ostrożnie uzupełniali wykształcenie o inne podejścia. Jednocześnie, widzę u ciebie dużą ciekawość różnych podejść, różnych sposobów rozumienia pacjenta i jego psychopatologii przy zachowaniu wierności pewnej bazie, mam na myśli myślenie psychodynamiczne.

K.K.: Pamiętam, jak podczas rozmowy już po egzaminie superwizorskim w wykonaniu duetu Jacek Bomba i Kazimierz Bierzyński padło pytanie o orientację, która jest mi najbliższa i wtedy sobie uświadomiłem, że zgodnie z prawdą staję się coraz bardziej integracyjny. O ile mogę powiedzieć, że jestem zidentyfikowany z myśleniem psychodynamicznym,

to równocześnie jest mi bardzo bliska integracyjność zgodna z moim doświadczeniem rozwojowym jako psychoterapeuty. Trudno by mi było pozostać tylko w jednym nurcie czy jednym podejściu. Odbierałbym to jako ograniczenie.

R.M.: W swoim rozumieniu pracy klinicznej czerpiesz z różnych podejść psychoterapeutycznych. To raczej zasób, ale też pozwolę sobie powiedzieć o czymś, co odczuwam, słuchając tego, co mówisz. Pojawia się we mnie jakiś rodzaj tęsknoty, myśl o czymś przemijającym. Możesz pomóc mi to zidentyfikować?

K.K.: Wiesz, trochę mi smutno z powodu tego, co się stało pomiędzy psychiatrią i psychoterapią w ostatnich dwóch dekadach. Pamiętam, że w latach 80. i jeszcze 90. większość moich kolegów psychiatrów uważało psychoterapię za ważną, nawet konieczną część swojej pracy. Wśród młodych lekarzy częste było przekonanie, że uprawianie psychiatrii biologicznej bez elementu psychoterapeutycznego staje się zawężone i pozbawione głębi. Wiem, że dzisiaj zainteresowanie psychiatrów szkoleniem w psychoterapii jest znikome. Mamy na kursie psychoterapii pojedyncze osoby, które są lekarzami psychiatrami. W tamtych czasach 30, 40 lat temu to było naturalne, że psychiatra powinien odbyć szkolenie, nawet jeśli nie całościowe, to takie, aby miał pewną wiedzę pozwalającą rozumieć zaburzenia psychiczne w wymiarze psychologicznym, ale też większą samowiedzę i świadomość własnych psychologicznych uwarunkowań. Może dzisiaj trochę to idealizuję?

R.M.: Być może w tym, co mówisz, jest jakaś idealizacja. Może to część naszej ludzkiej natury, że gdy wspominamy minione lata, to je trochę upiększamy. Jednak chciałbym zapytać cię o wspomniane rozejście się psychiatrii i psychoterapii. Czy to jest proces długoterminowy. Co leży u jego podstaw, a co może być czynnikami podtrzymującymi ten stan?

K.K.: Myślę, że różne czynniki tkwią u podłoża tej sytuacji, a jednym z nich jest komercjalizacja. Psychiatra może bardzo dobrze finansowo funkcjonować, nie zawracając sobie głowy psychoterapią. Zapotrzebowanie na porady wciąż rośnie, chociaż z niepokojem słucham o „ultrakrótkich” konsultacjach trwających z górą kwadrans, podczas których padają poważne diagnozy i propozycje farmakoterapii. Szkolenie w psychoterapii jest wymagające, kosztowne i czasochłonne. Uprawianie psychoterapii przez psychiatrę niekoniecznie musi być ekonomicznie opłacalne. To mogą być niektóre przyczyny tego rozejścia, ale myślę, że głębszy czy bardziej podstawowy jego czynnik to dezintegracja, bądź — używając współczesnego języka z nurtów zajmujących się dysocjacją — fragmentacja społeczności lekarzy i psychologów zaangażowanych w problemy zdrowia psychicznego. Odnoszę wrażenie, że środowisko psychiatrów, zwłaszcza tych młodych, nie ma tendencji do integracji, nawet mógłbym powiedzieć, że jest kryzys w tej sprawie. W czasach, gdy robiłem specjalizację, integracja ta była naturalna i oczekiwana. Mieliśmy regularne spotkania psychiatrów z naszego regionu, podczas których toczyły się dyskusje, a lekarze przygotowujący się do specjalizacji wygłaszali swoje prace pogładowe, które potem zgłaszali do egzaminu. Czymś oczywistym, nawet wymaganym przez komisje egzaminacyjne, była przynależność do Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Dzisiaj niewielu młodych psychiatrów zapisuje się do towarzystwa, nie widząc w tym ani korzyści, ani głębszego sensu. Zdaje się, że znaczna część aktywnych członków PTP to w tej chwili osoby należące do Sekcji Naukowej Psychoterapii związane ze szkoleniem w psychoterapii i dążeniem do certyfikatu psychoterapeuty. To sytuacja dość kuriozalna, ale psychiatrzy, zwłaszcza młodzi, wydają się jej nie zauważać. Poważnym wyzwaniem

jest integracja środowiska osób zajmujących się zdrowiem psychicznym, psychoterapią i psychiatrią. Może uda się w jakiejś nowej formule?

R.M.: Gdy zaczęliśmy rozmawiać, to powiedziałeś, że wpadłeś w psychoterapię grupową na samym początku swojej pracy zawodowej. Myślę, że ten element potrzeby integracji środowiska, integracji grupy, np. lekarzy psychiatrów, ja dodałbym od siebie: i środowiska psychoterapeutów, jest w tobie obecny. Rozumiem, że bycie we wspólnocie, grupie to dla ciebie duża wartość. Dodam, że bardzo ważna też dla mnie.

K.K.: Jestem głęboko przekonany, że dojrzewanie psychoterapeuty wymaga identyfikacji z grupą. Myślę, że kształtowanie się tożsamości psychoterapeuty i psychiatry również powinno być dojrzewaniem w grupie innych profesjonalistów, kolegów i koleżanek, nie tylko autorytetów, ale tych mniej czy bardziej doświadczonych, z którymi wspólnie pracujemy, uczymy się i mierzymy z wyzwaniami współczesności. Psychoterapeuta powinien podlegać pewnej grupowej weryfikacji. To jest jedyny sposób na osiągnięcie profesjonalnej dojrzałości. Nie zapewnią tego krótkie staże w klinikach czy szpitalach. Widzę, jak specjaliści oddzielają się i pracują osobno sami w swoich gabinetach, gdzie mogliby mieć kontakty środowiskowe, ale faktycznie ich nie mają.

R.M.: Zastanawiam się nad tym, czy to może być proces kulturowy — następuje pewna atomizacja. Kiedy przyjmuję na superwizję terapeutów i pytam, gdzie pracują, to mówią, że w zespole, gdy pytam o ten zespół, kontekst ich pracy, żeby zobaczyć, jakie terapeuta/terapeutka ma wsparcie, na kogo może liczyć, to uświadamiam sobie, że często mówiąc o zespołach, mają na myśli kilka gabinetów, pomieszczeń, w których pracują inni koledzy, często nieznanymi im osobami.

K.K.: Zgadzam się. To często ludzie pracujący ze sobą za ścianą, ale rzadko kiedy mający wspólne ze sobą sprawy. Oczywiście są wyjątki i próby tworzenia środowisk i zespołów opartych o inne zasady niż te tradycyjne, oparte o instytucje.

R.M.: Mnie się wydaje, że mówisz o takiej zespołowości dotyczącej nie tylko dzielonej przestrzeni, ale też dzieleniu różnych doświadczeń. Taka zespołowość daje dużo wsparcia, zabezpiecza też przed przeciążeniem i przed czymś, o czym mało się mówi. Mam na myśli, że kontekst zespołowy zabezpiecza pacjenta przed psychoterapeutą, który może być nadużywający w relacji z pacjentem czy z powodu własnej niewyleczonej psychopatologii czy z powodu jakiegoś trudnego okresu, w którym się znajduje, a który go nadwyreża, przyczyn może być więcej

K.K.: Myślę, że postawa etyczna wypływa ze wspólnej środowiskowej postawy. Weryfikujemy się etycznie, kształtujemy swój warsztat i postawy wobec pacjentów w oparciu o grupę. W samotności możemy popełniać dużo błędów. To, o czym mówisz, co dotyczyłoby zespołów i ich organizowania, to bardzo ważny temat. Trzeba go koniecznie podjąć. Wśród kryteriów przystąpienia do egzaminu na certyfikat psychoterapeuty jest warunek albo posiadania specjalizacji, albo pięcioletniego okresu pracy w ośrodku/zespole prowadzącym psychoterapię. Moim zdaniem to jest niedoprecyzowane, ponieważ pochodzi z czasów, gdy zespoły były czymś naturalnie przypisanym oddziałom, ośrodkom państwowym skupionym wokół dużych instytucji. Dzisiaj ten wymóg się nie sprawdza. Sam dumny sztyl to już za mało. W szpitalach nie ma psychoterapii albo jest jej mało. Ona się rozwija w gabinetach. Znam zespoły (właśnie teraz prowadziłem warsztatowo-superwizyjne spotkanie), które próbują takie małe społeczności tworzyć.

R.M.: Rozumiem, że też próbują tworzyć standardy pracy psychoterapeutycznej.

K.K.: No właśnie. Może dobrze byłoby przedyskutować te standardy i zaproponować je tym, którzy próbują takie zespoły tworzyć. Rozumiem, że w tworzeniu zespołów jest sporo kreatywności, ryzyka i wysiłku, ale może ich twórcy powinni dostać wskazówki, co jest w budowaniu takich zespołów ważne i wartościowe. Jakie elementy powinny być niezbędne, jakie powinny zaistnieć, żeby wchodzący do takiego zespołu psychoterapeuta mógł korzystać z jego siły i zasobów.

R.M.: Jak wiele daje psychoterapeucie praca w dobrze zarządzanym zespole, chociażby intensyfikując proces uczenia się zawodu tym, którzy będą w takim zespole.

K.K.: Wydaje mi się, że temat pracy zespołowej tworzącej podstawy doświadczenia klinicznego jest trochę pomijany i upraszczany, a jednocześnie stanowi jeden z ważniejszych wymogów dla terapeuty starającego się o certyfikat psychoterapeuty w SNP PTP. Może warto poświęcić mu więcej uwagi, niekoniecznie wprowadzając wymogi czy regulacje. Może dać jakąś zachętę i w ten sposób tworzyć dla przyszłych psychoterapeutów realne możliwości budowania takich zespołów, tworzenia ich według stałych zasad, np. stałej superwizji, stałych zebrań klinicznych, wymiennego bądź stałego sposobu liderowania czy integrowania zespołu.

R.M.: Czy poza wartościami wokołozespołowymi, jeszcze na coś zwracasz uwagę w pracy psychoterapeutycznej i superwizyjnej, a jeżeli tak, to na co. Jakie obserwujesz zmiany na przestrzeni lat w tej materii?

K.K.: Bardzo dużo się zmieniło. Na początku wszyscy się uczyliśmy, dużo było spon-taniczności i nieustrukturyzowania. Ważną rolę na mojej drodze spełniła grupa superwizji pod superwizją powołana przez Jarka Gliszczyńskiego na początku lat dwutysięcznych. To doświadczenie do dzisiaj kontynuujemy. Długo by mówić o moich poglądach na temat tego, co jest ważne w grupach superwizyjnych czy indywidualnie w superwizji. Sporo inspiracji dają mi nie tylko moje własne doświadczenia, ale też praca z grupami superwizorów aplikantów, którą od ponad 8 lat prowadzimy wspólnie z Jarkiem. Współpraca z Jarkiem w ramach Śląskiej Szkoły Psychoterapii i Śląskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutów w Gliwicach to najważniejsza część mojej aktywności „pozagabinetowej” po 2013 r. To niepowtarzalna okazja do poznawania doświadczonych psychoterapeutów, z różnych części Polski, ich zmagani, poglądów, postaw wobec pacjentów i zespołów, z którymi pracują. My się starzejemy, ale pojawiają się następne pokolenia mądrych, kreatywnych i rozwijających się superwizorów. I wciąż mamy ze sobą coś wspólnego, i potrafimy się spotkać i porozumieć. To naprawdę niesamowite. Śląska Szkoła Psychoterapii to z kolei okazja do poznawania „rodzących się” i dorastających psychoterapeutów, ciekawych świata, zaangażowanych, osadzonych we współczesnych realiach zawodowych. Poruszającym przeżyciem jest obserwowanie, jak się zmieniają w trakcie czteroletniego szkolenia.

Wracając do wartości, o których powiedziałeś: ważne jest dla mnie, na ile osoba prowadząca terapię przejawia pewnego rodzaju zaangażowanie i zaciekawienie pacjentem, co wydaje się oczywiste, ale nie zawsze takie jest. Mam na myśli i zaangażowanie, i otwartość, w którym jest obecna empatia, ale też myślenie porządkujące i diagnostyczne, nawiązujące do spójnej teorii. Miewam frustrujące i wymagające pracy sytuacje, kiedy psychoterapeuci, nawet po dobrych szkoleniach mówią: „podążam za pacjentem, podążam za procesem” niewiele z tego rozumiejąc i opierając się na swoich ulotnych przecuciach,

domysłach. Oczywiście jest ważne, jakie psychoterapeuta ma fantazje, przeżycia, odczucia, ale dobrze, żeby mógł tę wiedzę odnieść do jakiegoś modelu, nawet zbudowanego z kilku różnych teorii, ale takiego, który by jego samego przekonywał, był względnie spójny i pozwalał zachować pewną konsekwencję w pracy. George Kelly powiedział, że „teoria psychologiczna nie ma wartości, jeżeli odnosi się tylko do innych ludzi, ważne, czy trafnie opisuje zachowanie samych psychologów”. Nawet jeżeli są to różne, przenikające się modele, np. psychodynamiczny, systemowy czy poznawczy. Istotne, aby mieć wystarczające rozeznanie w każdym z nich, aby modele te przekładały się na konkretne interwencje i leczenie trzymało się pewnej całości. Psychoterapeuta musi umieć korzystać z busoli — teoretycznej i emocjonalnej.

R.M.: Mówisz o wadze bycia nie tylko przy pacjencie, ale też ważności weryfikowania hipotez terapeutycznych, żebyśmy nie byli tylko jak kroplówka podana pacjentowi, ale jak ktoś, kto w jego wypowiedzi zwraca uwagę na różne sprawy, bada pacjenta, czasami go frustrując.

K.K.: Tak, cenię sobie superwizantów, którzy przychodzą ze swoimi otwarcie komunikowanymi emocjami, wrażeniami i fantazjami, ale zwracam też im uwagę, żeby na tym nie poprzestawali. Ważne jest łączenie odczuć, fantazji z konkretnym modelem wyjaśniającym, umieszczającym je w kontekście. Wtedy to ma sens.

W superwizji szczególnie znaczący jest też proces dojrzewania, czyli to, co superwizant i superwizor mogą powiedzieć o tym, jak się sami i ich relacja zmieniają w czasie superwizji. Na ile ich praca ewoluuje, nabiera jakości, na ile stają się bardziej skuteczni, lepiej rozpoznający problemy swoich pacjentów. Na ile psychoterapeuta korzysta z zasobów superwizora, ale też buduje swoją niezależność i autonomię. Sam nie zawsze czuję się „wystarczająco dobrym superwizorem”. Na ten temat mogą wypowiedzieć się pewnie tylko moi superwizanci.

R.M.: Jeżeli dobrze cię rozumiem, to przykładasz ucho i oko do procesu indywidualizacji superwizantów. Czy starasz się stwarzać im jakieś szczególne warunki?

K.K.: Ująłbym to tak. Według mnie istotne jest, na ile psychoterapeuta jest w stanie korzystać ze swoich doświadczeń wyniesionych z superwizji i psychoterapii własnej, ale i z własnego życia. Na ile jest w stanie odnosić je do różnych modeli teoretycznych, na ile jest w stanie z teoriami się identyfikować. Wreszcie, na ile jest w stanie rozumieć na podstawie swojego doświadczenia, co dzieje się z pacjentem. Myślę, że to, co mówię, nie jest specjalnie odkrywcze. Zachęcam superwizantów, żeby z takiej refleksji korzystali, dbając oczywiście o to, aby superwizja nie przekraczała pewnych granic, gdyż ten obszar ciągle podlega dyskusjom — gdzie w superwizji jest granica pomiędzy nieuprawnionymi psychoterapeutycznymi działaniami a tym, co jest swobodną refleksją superwizanta nad swoim doświadczeniem, skojarzeniami i refleksją. Zazwyczaj pytam na początku spotkania superwizyjnego, czy jest coś ważnego, osobistego, co powinienem jako superwizor wiedzieć. Czasami też pytam, czy superwizanci chcieliby się podzielić tym, co uważają, że odgrywa znaczącą rolę w ich pracy z pacjentami, co się w nich odzywa, rezonuje, pomaga albo przeszkadza im w pracy. Co uważają za powracający temat. Zachęcam psychoterapeutów, żeby o tym mówili. Dla mnie jest ważne, czy mój superwizant ma rodzinę, czy jest samotny, czy ma dzieci, czy ma jakieś aktualne czy przeszłe poważne przeżycia, które go ukształtowały. Nie widzę w tym przekroczenia. Oczywiście daję wolność w odpowiedzi,

nie poświęcam temu nadmiernie dużo uwagi. Myślę, że pewna swoboda w rozmawianiu o tym w sytuacji sojuszu superwizyjnego i zaufania jest bardzo cenna i ważna. Właśnie wtedy psychoterapeuta, rozmawiając już o konkretnej relacji z pacjentem, może się do tego odwołać, delegując coś do własnej terapii, jeżeli problem tego wymaga, a czasem po prostu zauważając coś, co ma znaczenie. To ważna umiejętność dostrzegania własnych reakcji filtrowanych przez swoje doświadczenia w kontakcie z pacjentem. Staram się pamiętać i przypominać, że reakcja przeciwprzeniesieniowa jest złożona z tego, co pochodzi od pacjenta, ale też z tego, co pochodzi z własnych doświadczeń terapeuty. Proporcje bywają różne, ale zawsze są te dwa elementy. Nie możemy żadnego z nich pominąć.

R.M.: Jeszcze bym cię spytał o te aktualne zmiany w psychiatrii i psychoterapii: jak je widzisz, czy może też jako część integrowania, łączenia środowiska?

K.K.: O samej psychiatrii może trudniej byłoby mi powiedzieć, bo nie pracuję już w szpitalu, ale mając kontakty z kolegami i koleżankami pracującymi w klinikach czy oddziałach szpitalnych, słuchając relacji pacjentów hospitalizowanych, muszę stwierdzić, że nie jestem optymistą. Mam wrażenie, że nie ma zbyt wielu oddziałów, o których kiedyś mi się marzyło, które pełniłyby kontenerującą funkcję dla osób wytraconych z równowagi psychicznej, czy to przez własną psychopatologię czy okoliczności życia. Często to są miejsca — myślę o oddziałach psychiatrycznych — które pomagają w gaszeniu ostrych kryzysów, gdzie dużo jest napięć i trudno osiągnąć jakiś poziom równowagi. Oczywiście zdarzają się takie dobrze pomieszczone miejsca, ale myślę, że jest ich coraz mniej i nie do końca potrafię wyjaśnić, co jest tego przyczyną. Życzyłbym szpitalom kierowania się zasadą Hipokratesa, że dobro pacjenta jest najwyższym prawem. Kibicuję programom pilotażowym centrów zdrowia psychicznego i wiem, że niektóre funkcjonują dobrze, chociaż wciąż nie są powszechne. Gdy rozmawiam z Andrzejem Kłodą, lekarzem i superwizorem pracującym w okolicy Śląska Cieszyńskiego, to słyszę ciekawe i dobre rzeczy o tych programach, jeśli chodzi o walory terapeutyczne, ale też o efekty ekonomiczne tego przedsięwzięcia. Myślę, że takich sukcesów jest niewiele. Nie widzę efektów dostępności różnych form: psychoterapii dla pacjentów na przykład: rodzinnej, indywidualnej, par, grupowej czy szybkiego przyjęcia pacjenta do szpitala w kryzysie. Rozmawiając z kolegami nie widzę rosnącej zdolności systemu opieki zdrowotnej do zachowania ciągłości wrażliwej opieki. Nie mam pomysłu, jak to zmienić, może nie jestem na tyle zorientowany w sytuacji, ale wydaje mi się, że coś szwankuje.

Kiedyś miałem okazję bywać w Niemczech i rozmawiać z kolegami psychiatrami i wydaje mi się, że tam dość dobrze było to zorganizowane. Niemieckie firmy ubezpieczeniowe potrafią kompetentnie podchodzić do tego, co robią szpitale, oddziały dzienne, psychiatrzy, chociaż pewnie nie w sposób doskonały. Być może potrzebne jest pobudzenie prywatnej przedsiębiorczości, ale też konsekwentne monitorowanie systemu przez instytucje ubezpieczeniowe. Tego mi u nas brakuje — rozumnego kontrolera, ale też wrażliwego, rozumiejącego rzeczywistość i potrzeby pacjentów.

R.M.: Takiego jak rodzic — czujny i uważny, ale i wymagający.

K.K.: Ze swojej perspektywy nie dostrzegam na razie takiej roli państwa czy jakiegos jego kompetentnego reprezentanta, ale może mam pecha. Jeżeli chodzi o psychoterapię, bo też o nią pytałeś, to myślę, że dobrze się stało, iż środowisko zintegrowało się wokół protestu. Pojawiło się wiele cennych działań, spotkań integrujących środowiska. Pokazały

się też różnice pomiędzy nimi. Na przykład odrębne od reszty stanowisko znacznej części terapeutów CBT, choć nie wszystkich. Trudno mi je zaakceptować, chociaż cenię i szanuję ten nurt w psychoterapii.

R.M.: Na czym według ciebie polega ta różnica, co ją podtrzymuje i czym może skutkować?

K.K.: Wydaje mi się, że dotyczy ona dwóch poziomów. Z jednej strony interesów natury ekonomicznej. Środowisko terapeutów poznawczych/behawioralnych ma swoje oparcie w instytucjach, takich jak na przykład SWPS czy duże uczelnie prywatne mające swoje interesy szkoleniowe. Chcą je realizować dość niezależnie i nie podlegać innym instancjom. Myślę, że to jest jeden aspekt różnic. Drugi ma charakter dość zasadniczy i dotyczy kwestii „kto jest bliższy prawdy” i czyja prawda jest bardziej możliwa do ewaluacji, udowodnienia, według standardów statystyczno-matematycznych. Tutaj rzeczywiście możemy się spotkać z takim myśleniem, z którego wynika, że dla danego zaburzenia udowodniony jest i trafny taki model terapii, a inny nie. I wtedy nie ma już dyskusji, bo nie ma na nią przestrzeni.

R.M.: Jeżeli to jest tak przedstawione, to faktycznie mówimy raczej o niedialogowości, a może nawet niechęci do dialogu. Podzielę się jednak z tobą pewną moją myślą. Przypominam sobie ostatnią superwizję jednego z zespołów, z którym się spotykam od dłuższego czasu, w którym pracuje kilka osób szkolących się w metodzie uważności czy rozwinięciu podejścia poznawczo-behawioralnego, tzw. trzeciej fali. Słuchając ich w trakcie superwizji, przyglądając się ich rozwojowi myślę, że być może część terapeutów, szczególnie młodych stażem czy zdobywających pierwsze doświadczenia, potrzebuje takiej pomocy, takiego ABC prowadzenia pacjenta. Co i jak zrobić w danym momencie w kontakcie z nim. Takiego rusztowania pomagającego radzić sobie z własnymi uczuciami czy emocjami pacjenta. Być może szkolenia poznawczo-behawioralne odpowiadają na te potrzeby terapeutów, muszących sobie radzić z bezradnością, niewiedzą, bezsilnością, pustką w kontakcie z pacjentem itp. Z drugiej strony współczesne rozwinięcia szkół poznawczo-behawioralnych coraz bardziej zbliżają się do podejścia psychodynamicznego, chociażby w modelu trybów, schematów Yunga, terapii dialektyczno-behawioralnej M. Linehan, ale nie tylko. Zastanawiam się, jak ty to widzisz, czy podobnie czy inaczej.

K.K.: Myślę, że te trzeciofalowe nurty CBT, jak np. ACT (Acceptance and Commitment Therapy — Terapia Akceptacji i Zaangażowania), odchodzą od klasycznych założeń A. Becka, chociaż akceptują podstawowy fundament i się do niego odwołują, korzystając jednak również z innych, opartych na badaniach, teorii i konceptualizacji. Od lat interesuję się podejściem poznawczo-behawioralnym i wielokrotnie zdarzało mi się prowadzić uzupełniające zajęcia z CBT w całonocnych kursach psychoterapii. Pamiętam, że tuż przed pandemią, jesienią 2019 roku, uczestniczyłem w dużym, światowym, kongresie CBT w Berlinie, odbywającym się co dwa lata w różnych miejscach. Zjechało kilka tysięcy terapeutów tego nurtu z różnych krajów i kontynentów. Przyznam, że trochę mnie nużyło, kiedy wchodziłem na kolejny wykład i widziałem z jednej strony analizy statystyczne, a z drugiej, mindfulness, mindfulness i... mindfulness. Kiedy jednak uczestniczyłem w warsztatach, spotykałem terapeutów wykraczających poza sztywne modele teoretyczne, wrażliwych na zjawiska relacyjne i różne potrzeby pacjentów. Przyznam, że też nie potrafię tak do końca zaakceptować modelu opartego na protokołach. Rozumiem go, wiem, jakie

daje ramy. Oferuje pewien spokój, kierunek i dyscyplinę pracy. Nie tak dawno odbyłem szkolenie w EMDR³ i ćwiczyłem związane z nim protokoły. Jest mi trudno pozostawać w relacji, jednocześnie rozumieć ją i przechodzić do zdyscyplinowanego protokołu, chociaż wierzę, że są terapeuci, którzy to potrafią. Obawiam się, że opierając się na schemacie można utracić coś, co jest i, moim zdaniem, powinno pozostać wspólne dla psychoterapii: empatię i swobodny przepływ myśli i uczuć pacjenta i terapeuty.

R.M.: Słyszę twój szacunek dla innych szkół delikatnie przeplatający się z pewną ironią czy nawet autoironią, ale też rozumiem, że nadal się szkolisz.

K.K.: Tak, wiele się ostatnio dowiedziałem i odkryłem w ramach szkoleń dotyczących współczesnych koncepcji traumy i zjawisk dysocjacyjnych. Myślę, że psychotraumatologia to pewien nowy, do pewnego stopnia odrębny, kierunek psychoterapii, odwołujący się bardziej do pierwotnych koncepcji Pierra Janeta niż do Zygmunta Freuda czy Aarona Becka. To inspiracja wynikająca z lektur, warsztatów, ale też pracy z pacjentami, którym bardzo wiele zawdzięczam.

R.M.: Pomimo że dużo dzisiaj mówimy o pracy, szkoleniach, inspiracjach, myślę, że skoro jest w tobie nadal entuzjazm i ciekawość innych, chęć dzielenia się swoim doświadczeniem, czego przykładem jest między innymi nasza rozmowa, to znaczy, że udało ci się uchronić przed nadmiernym zmęczeniem i wypaleniem, do którego, jak mniemam, może bardzo łatwo dojść w naszej profesji. Jesteś ciągle aktywny zawodowo. Co pomaga Ci zachować równowagę, jeżeli oczywiście ją odczuwasz. Czy to są pasje? Jak spędzasz wolny czas, czy przyjaciele lub może najbliższe osoby, twoja rodzina, działają tutaj ochronnie. Jakbyś mógł trochę o tej części swojego życia opowiedzieć.

K.K.: Praca wypełnia, niestety, większość mojego czasu, chociaż próbuję to, na razie z miernym efektem, zmieniać. Moja żona, która jest lekarką i zajmuje się głównie organizacją świadczeń zdrowotnych, jest również bardzo aktywna zawodowo, mimo że oboje wkroczyliśmy już formalnie w wiek emerytalny. Jej bliska obecność i energia są dla mnie podstawowym oparciem. Często ściąga mnie na ziemię i zawsze mogę liczyć na jej zdrowy rozsądek i pragmatyzm. Staram się poświęcać czas swojej rodzinie i przyjaciołom, chociaż w mojej sytuacji trzeba to starannie i z wyprzedzeniem zaplanować. Moja córka, która jest psycholożką mieszkającą w Katalonii, stosunkowo niedawno rozpoczęła swoją przygodę z psychoterapią i pracuje w kilku językach. Wymieniamy się doświadczeniami. Przebywanie w innym otoczeniu kulturowym i językowym zawsze mnie odświeża, dlatego pozwalam sobie na spontanicznie zaplanowane wyjazdy każdego roku.

Staram się spożytkować wolny czas aktywnie, choć moją największą pasją jest czytanie, nie tylko fachowej, literatury. Od kilku lat chętnie korzystam z audiobooków, które odsłuchuję podczas jazdy samochodem. Czas spędzony za kółkiem kojarzę z lekturami, bardzo różnymi, od literatury pięknej, historii do esejów filozoficznych. Uważam interpretację tekstów czytanych za osobną sztukę. Znajduję dla siebie w nich wytchnienie i nieodzowną w pracy inspirację. Uważam, że psychoterapeuta czy psychiatra powinien mieć kontakt ze światem i współczesnością nie tylko poprzez swoich pacjentów. Chętnie słucham muzyki,

³⁾ Skrót EMDR oznacza **Eye Movement Desensitization and Reprocessing** — Przetwarzanie i desensytyzacja za pomocą ruchu gałek ocznych. Jest to metoda terapii wynaleziona przez amerykańską psycholog Francine Shapiro do leczenia traumy i zespołu stresu pourazowego (PTSD).

głównie jazzu i klasyki, wypełniam nią często wolne chwile. Unikam, jak tylko mogę, mediów społecznościowych, choć przywiązanie do smartfona nie jest mi obce.

Staram się dbać o ciało i fizyczną kondycję, kiedy tylko jest to możliwe. Moja trenerka personalna od lat trzyma mnie przy życiu poprzez regularne treningi. Lubię jazdę na rowerze, pływanie, górskie wędrowki, chociaż często brakuje na nie miejsca w życiu.

Wypaleniu zapobiega chyba głównie kontakt z różnymi ludźmi, zwłaszcza z młodszego pokolenia, nadążanie za zmianami technologicznymi, zmieniającą się perspektywą postrzegania rzeczywistości.

Na podsumowanie pozwolę sobie na cytaty z mojego ulubionego Milana Kundery: „Myślicie, że przeszłość, ponieważ już się stała, jest ukończona i niezmienna? Ależ nie, jej odzienie uszyte jest z mieniającej się tafty i za każdym razem, gdy się na nią obejrzymy, widzimy ją w innych kolorach”.

R.M.: Dziękuję ci za rozmowę.

Sylwia Michałowska

ZABURZENIE OBSESYJNO-KOMPULSYJNE NA TLE ORIENTACJI SEKSUALNEJ W PROCESIE PSYCHOTERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ — STUDIUM PRZYPADKU

SEXUAL ORIENTATION OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN COGNITIVE-BEHAVIOURAL THERAPY — A CASE STUDY

Uniwersytet Szczeciński, Instytut Psychologii

**obsessive-compulsive disorder
cognitive-behavioural therapy
case study**

Streszczenie

Rozpoznanie zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego jest jedną z diagnoz, której obraz w przestrzeni publicznej jest mocno stereotypowy i pozostaje związany z obawami przed zarazkami i zakażeniem, któremu zapobiegać ma nadmiarowa higiena, unikanie i kompulsyjne mycie rąk. Czy w rzeczywistości pacjenci odwiedzający gabinety psychiatryczne i psychoterapeutyczne nie prezentują innego obrazu tego zaburzenia? Praktyka pokazuje, że spektrum objawów jest niezwykle szerokie, a ich dogłębne rozumienie pozwala na adekwatną diagnozę i zastosowanie skutecznych oddziaływań terapeutycznych, redukujących realne cierpienie pacjenta. Celem niniejszego doniesienia jest ukazanie zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu pacjentki z diagnozą zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego związanego z orientacją seksualną. Jako metodę przyjęto opis oraz konceptualizację przypadku 36-letniej pacjentki. Zaprezentowano proces psychoterapii opartej na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji. Opisano zastosowane techniki terapeutyczne oraz uzyskane dzięki nim efekty. Pomimo że konieczne są dalsze badania z udziałem wskazanej grupy pacjentów, warto zwrócić uwagę na możliwości i szanse, jakie daje zastosowanie metody, mającej gruntownie potwierdzoną skuteczność w leczeniu innych odmian zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Summary

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a diagnosis that is heavily stereotyped in the public sphere, often associated with fears of germs and contamination, which are countered by excessive hygiene, avoidance, and compulsive hand washing. However, do patients visiting psychiatric and psychotherapeutic offices present a different picture of this disorder in reality? Practice shows that the spectrum of symptoms is extremely broad, and a thorough understanding of these symptoms allows for an accurate diagnosis and the application of effective therapeutic interventions that reduce the patient's real suffering. The aim of this study is to demonstrate the application of cognitive-behavioural therapy (CBT) in treating a patient diagnosed with OCD related to sexual orientation. The method involved the description and conceptualisation of the case of a 36-year-old female patient and the process of psychotherapy based on exposure and response prevention. The therapeutic techniques used, and the

effects achieved through them are described. Although further research involving the indicated group of patients is necessary, attention should be drawn to the possibilities and opportunities offered by a method that has been thoroughly proven effective in treating other forms of OCD.

Wprowadzenie

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne w praktyce klinicznej

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (ang. obsessive-compulsive disorder, OCD) związane są z występowaniem trudnych, intruzywnych myśli, impulsów czy obrazów, ocenianych przez pacjenta jako niechciane, egodystoniczne, określanych jako obsesje [1]. Dążąc do redukcji lęku, niepokoju oraz napięcia związanego z treścią obsesji pacjent podejmuje działania, których celem jest ich neutralizacja, poprzez np. unikanie, upewnianie się co do określonych obsesyjnych wątpliwości powiązanych z zaburzeniem i sprawdzanie lub stosowanie rytuałów oraz schematów działania, nazywanych kompulsjami [1]. Mogą one przybierać postać jawnego zachowania, możliwego do zauważenia przez zewnętrznego obserwatora, jednak warto pamiętać także o występowaniu kompulsji mentalnych, realizowanych w umyśle chorego, niewidocznych w obserwacji. Są one przykładem strategii niejawnych, mających na celu radzenie sobie. Badania wskazują, że jedną z najbardziej powszechnych strategii niejawnych, typową dla pacjentów z OCD, jest tłumienie myśli [2]. Kiedy wskazane tłumienie kończy się niepowodzeniem pacjenci przyjmują za jego przyczynę czynniki wewnętrzne, np. są przekonani, że niewystarczająco się starali, aby powstrzymać obsesję [3, 4]. Badanie skupione na określeniu częstości występowania rytuałów mentalnych w próbie niemal tysiąca pacjentów z OCD wykazało ich obecność u ponad 50% uczestników, co sugeruje, że są one dość powszechne [5]. Analizy podłużne oceniające wpływ rytuałów mentalnych na nasilenie i przewlekłość OCD potwierdziły ich związek z większym nasileniem objawów klinicznych, gorszym funkcjonowaniem w momencie przyjęcia oraz przewlekłym przebiegiem choroby (leczenie trwało średnio o 1 rok dłużej, niż w przypadku pacjentów bez kompulsji mentalnych) [6]. Biorąc pod uwagę te wnioski niezwykle istotne wydaje się uwzględnianie w diagnozie występowania kompulsji mentalnych oraz wprowadzanie w terapii strategii ukierunkowanych na ich wygaszanie.

Według współczesnej wiedzy na temat etiologii OCD za przyczyny zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych należy uznać komponenty neurobiologiczne, w tym genetykę. Wskaźnik zgodności w przypadku występowania objawów zaburzenia u bliźniąt jednojajowych wynosi od 20% do 50% [7]. Prawdopodobieństwo wystąpienia OCD u osoby spokrewnionej z inną osobą zdiagnozowaną wynosi między 45% a 65% w przypadku dzieci i między 27%–45% u dorosłych [8]. Badacze wskazują także na znaczenie strukturalnych i czynnościowych anomalii mózgu w obszarze kory oczodołowo-czołowej, kory przedniego zakrętu obręczy czy prążkowiec [9]. W rozumieniu zaburzenia zwraca się uwagę również na możliwe deficyty serotoniny lub trudności w zakresie jej metabolizowania [10]. Obecnie nie dysponujemy jednak pełną wiedzą na temat przyczyn OCD.

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne może przybierać postać różnego typu. Zawsze jednak jego objawy stanowią przyczynę istotnego cierpienia pacjenta, nawet jeśli on sam ocenia ich treść jako irracjonalną lub mało prawdopodobną. Szczególną odmianą zaburzenia ob-

sesyjno-kompulsyjnego jest to, w którym objawy ogniskują się wokół orientacji seksualnej (ang. sexual orientation obsessive-compulsive disorder, SO-OCD). W obrazie zaburzenia obserwujemy wówczas u pacjentów obsesyjne, trudne do zniesienia myśli i wątpliwości dotyczące własnej orientacji seksualnej oraz kompulsyjne czynności (także mentalne) redukujące niepokój i dyskomfort. Intruzje dotyczące orientacji seksualnej są dla pacjentów z SO-OCD egodystoniczne, połączone z lękiem i niepokojem, a ich bezpośredni związek z zachowaniami kompulsywnymi i unikaniem odróżnia ten typ zaburzenia od procesu kwestionowania swojej seksualności. W repertuarze zachowań pojawia się m.in. unikanie przebywania w obecności konkretnych osób, sprawdzanie, czy w określonych relacjach intymnych występuje seksualne pobudzenie. Unikanie oraz wykonywanie rytuałów przejściowo redukują niepokój, wpisując się w klasyczny mechanizm utrwalania zaburzenia. Co ważne, u pacjentów z SO-OCD doświadczenie lęku nie jest związane z obawami dotyczącymi odrzucenia czy braku akceptacji ze strony bliskich [11], a sama uciążliwość myśli jest w dużej mierze powiązana z trudnością w tolerancji niepewności oraz lękiem przed popełnieniem błędu („a co, jeśli pomyliłem/pomyliłam się co do własnej orientacji?”), charakterystycznymi dla zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. W kontekście diagnostycznym odróżnienie to jest istotne z uwagi na fakt, że wiele osób z SO-OCD jest błędnie diagnozowanych jako „przeżywające kryzys tożsamości seksualnej” [12]. Dla specjalistów pomocne w diagnozie może być wykorzystywanie kwestionariuszy ukierunkowanych na ocenę objawów SO-OCD. Przykładem takiego narzędzia jest Skala Obsesyjno-Kompulsyjnej Orientacji Seksualnej [13] o dobrych właściwościach psychometrycznych dla wersji włoskiej. Niestety w Polsce nie przeprowadzono dotychczas walidacji tego kwestionariusza.

Poznawczo-behawioralne rozumienie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych

W modalności poznawczo-behawioralnej terapii, tworząc konceptualizację trudności pacjenta, odwołują się do modeli teoretycznych. Wyróżniamy wiele poznawczych modeli teoretycznych OCD. Należą do nich kolejno powstające: model Carra [14], McFall'a i Wollersheima [15], Salkovskisa [16], Rachmana [17], Wellsa [18] oraz model Van Oudheusdena i współpracowników [19].

Model Carra [14] stanowił pierwszą poznawczą próbę konceptualizacji pacjentów z OCD. Uwypuklał on przede wszystkim zagrażające interpretacje nadawane intruzywnym treściom poznawczym występujące w połączeniu z generalnym wysokim poczuciem zagrożenia. Według autora takie połączenie skutkuje przecenianiem prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych zdarzeń oraz negatywnych konsekwencji. Rozwinięcie modelu stanowią prace McFall'a i Wollersheima [15], w których zaznaczono, że charakterystyczne dla osób z OCD poczucie zagrożenia jest efektem pierwotnej oceny poznawczej, w której pacjent spostrzega dane zdarzenie jako zagrażające, a samego siebie jako osobę, która nie ma zasobów i zdolności do poradzenia sobie. Lęk u pacjentów z OCD narasta wskutek dokonanej oceny pierwotnej, podczas gdy ocena dotycząca możliwych konsekwencji prowadzi do kompulsji. Pacjent podejmuje działania kompulsyjne, aby zapobiec katastrofie, której się spodziewa.

Według modelu poznawczo-behawioralnego OCD zaproponowanego przez Salkovskisa [16] pacjenci z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym przyjmują wiele dysfunkcyjnych

założeń podtrzymujących objawy i koniecznych do uwzględnienia w procesie terapii. Należą do nich:

1. Przekonanie, że posiadanie konkretnych myśli jest tożsame z wykonywaniem działań zgodnych z tymi myślami (np. myślenie, że jest się homoseksualnym jest równoznaczne z byciem homoseksualnym).
2. Przekonanie, że nieskuteczność w zapobieganiu negatywnym zdarzeniom jest równoznaczna ze spowodowaniem ich (np. „jeśli nie zapobiegłam przytuleni mi przez osobę tej samej płci, jestem winna spowodowania tej sytuacji”).
3. Przekonanie, że inne czynniki nie łagodzą odpowiedzialności (np. „nawet jeśli poszłam w miejsce, w którym nigdy nie musiałam być sam na sam z osobą tej samej płci, ale jeden raz tak się wydarzyło, to jestem za to odpowiedzialna”).
4. Przekonanie, że niewykonanie rytuałów jest równoznaczne z próbą lub chęcią doprowadzenia do negatywnych wydarzeń (np. „jeśli nie powtórzyłam w myślach 3 razy słów »nie jestem lesbijką« to znaczy, że chcę nią być”).
5. Przekonanie, że można oraz należy kontrolować swoje myśli (np. „jeśli bardzo będę się starać, aby nie mieć myśli o byciu lesbijką, to nie będę ich mieć”).

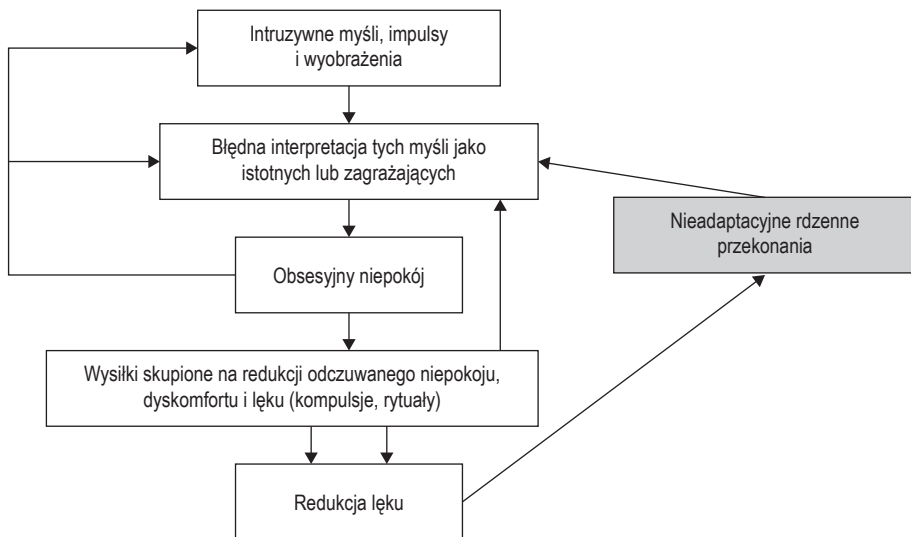
W kontekście zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego na tle orientacji seksualnej na uwagę zasługuje także model Rachmana [17], zgodnie z którym pacjenci cierpią, ponieważ dokonują fuzji myśli z działaniami, przyjmując, że myślenie o czymś jest równoznaczne z robieniem tego. Zgodnie z takim ujęciem, myślenie o własnej odmiennej orientacji seksualnej czy też pojawiające się w tym zakresie wątpliwości są identyfikowane jako potwierdzenie i usankcjonowanie przeżywanego obaw. Osoba przyjmuje wówczas, że jest innej orientacji niż dotychczas rozpoznana i praktykowana, a to powoduje cierpienie. Pacjent zwiększa więc wysiłki ukierunkowane na sprawdzenie, jaka jest jego faktyczna orientacja, poprzez np. oglądanie filmów pornograficznych i weryfikację, czy pojawia się u niego zainteresowanie nimi lub podniecenie. Możliwe jest także stosowanie unikania (np. próba zmniejszenia jakichkolwiek interakcji z osobami tej samej płci w przypadku obaw dotyczących orientacji homoseksualnej) lub poszukiwanie otuchy u innych (np. próba potwierdzania swojej seksualności poprzez zwiększanie liczby czy częstotliwości kontaktów seksualnych).

Należy wyraźnie zaznaczyć, że SO-OCD różni się od naturalnych, przejściowych czy rozwojowych wątpliwości oraz myśli na temat własnej seksualności i orientacji. Różnica ta związana jest przede wszystkim z brakiem seksualnego zainteresowania, które byłoby zgodne z obawami. W procesie diagnozy należy jednak zweryfikować, jaki jest charakter obaw pacjenta oraz identyfikować funkcje, jakie pełnią podejmowane zachowania neutralizujące. Warto zwrócić uwagę również na kryterium czasu. W zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym diagnostyczne nie jest samo pojawianie się epizodycznych myśli, ale nadawanie im istotnego znaczenia, dyskomfort związany z ich treścią oraz czas poświęcany analizie myśli i zachowaniom powiązanim z nimi (sprawdzanie, upewnianie, unikanie itd.). Zwykle SO-OCD dotyczy osób heteroseksualnych, które nie odczuwają pociągu do osób tej samej płci, jednak dręczą je obsesyjne myśli dotyczące tego, że być może jednak są homoseksualni (mimo że nic na to nie wskazuje) [20]. Warto zwrócić uwagę na to, czy cechy intruzywnych myśli i związane z nimi interpretacje są spójne z przedstawionymi

podstawami teoretycznymi. W przypadku, SO-OCD pacjent, u którego pojawiają się wątpliwości dotyczące orientacji seksualnej przecenia zagrożenie związane z tymi myślami, czuje się odpowiedzialny za ich pojawianie się oraz wykazuje nadmierną kontrolę myśli [21]. Nie jest to związane z wrogością czy nienawiścią do osób homoseksualnych [20]. Zgodnie z wnioskami z dotychczasowych badań pacjenci, którzy zmagają się z obawami co do własnej orientacji seksualnej, prezentują czarno-białe przekonania na temat seksualności, np. „heteroseksualna kobieta nigdy nie powinna czuć podniecenia w obecności innej kobiety”, co powoduje niepokój, kiedy te wysokie i sztywne standardy nie zostają spełnione i pojawia się przymus neutralizacji dyskomfortu [20].

Model teoretyczny Wellsa [18] uwzględnia metapoznawczy aspekt zaburzenia, czyli nadawanie znaczenia swoim intruzywnym myślom. Natomiast w modelu Van Oudheusdena i współpracowników [19] uwzględnić należy również związek pomiędzy poczuciem ograniczenia dobrowolności działań a przymusem wykonywania czynności.

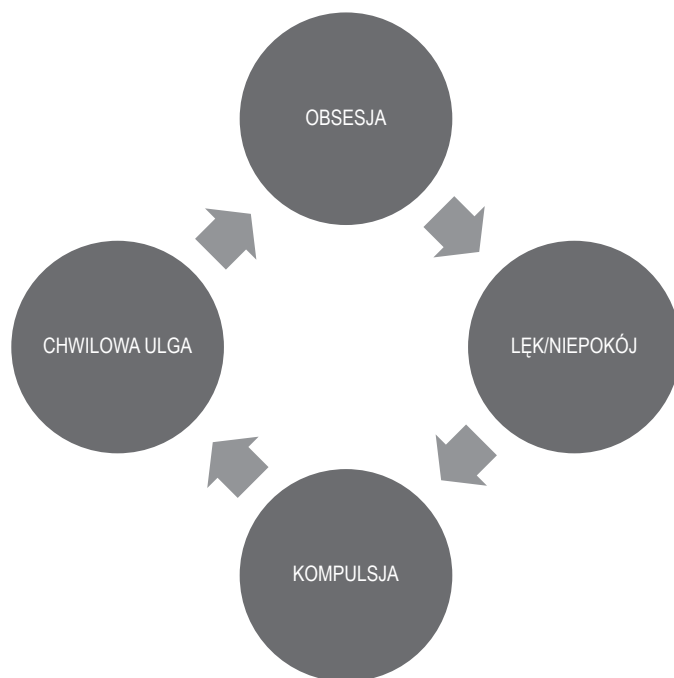
Co ważne, pojawianie się trudnych, intruzywnych myśli występuje w populacji dość powszechnie, dlatego współczesne modele teoretyczne skupiają się przede wszystkim na zagrażającej interpretacji i znaczeniu, jakie pacjenci z OCD nadają swoim myślom. Rozwijając objawy zaburzenia spostrzegają pojawiające się myśli czy wyobrażenia jako niezwykle znaczące lub niebezpieczne [22]. Syntezę elementów poznawczych i behawioralnych w konceptualizacji pacjentów z diagnozą OCD dobrze obrazuje poniższy model:



Rysunek 1. Poznawczo-behawioralny model OCD

Źródło: Opracowanie własne, na podstawie Abramowitz [23].

Zgodnie z zaprezentowanym modelem, przejściowa redukcja lęku i niepokoju potwierdza rdzenne i nieadaptacyjne przekonania pacjenta prowadząc do utrwalenia wzorca zachowań kompulsyjnych. Problem polega na tym, że przejściowe zmniejszenie dyskomfortu będące konsekwencją wykonywania kompulsji uniemożliwia pacjentowi nie tylko falsyfikację przekonań, ale także naukę tolerowania dyskomfortu [24–26], co przy kolejnym doświadczeniu obsesji wzmacnia przymus wykonania konkretnej czynności i utrwała mechanizm błędnego koła.



Rysunek 2. **Błędne koło OCD**

Źródło: Opracowanie własne

Biorąc pod uwagę opisany związek pomiędzy występowaniem obsesyjnych myśli i nadawaniem im istotnego znaczenia oraz podejmowaniem czynności kompulsyjnych nasilających obecność owych myśli, opracowano protokół terapeutyczny oparty na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji, wspomagający przerywanie błędnego koła i zmniejszenie objawów [27]. Istnieją liczne dowody empiryczne ukazujące skuteczność i zasadność stosowania tego podejścia w psychoterapii OCD, co potwierdzają rekomendacje instytucji takich, jak Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (ang. American Psychological Association, APA) [28] czy Narodowy Instytut Doskonałości Zdrowia i Opieki (ang. National Institute for Health and Care Excellence, NICE) [29]. Badania dotyczące

zastosowania indywidualnej psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu OCD wykazały, że metoda ta przyczynia się do redukcji objawów [30, 31]. Istotne znaczenie ma w tym procesie ekspozycja z powstrzymaniem reakcji, a rozwój nowoczesnych technologii i współczesne doniesienia z badań sugerują, że technika ta może być rozwijana i udoskonalana w przyszłości [32].

W niniejszej pracy zaprezentowano konceptualizację przypadku pacjentki z diagnozą SO-OCD oraz opis przeprowadzonej psychoterapii poznawczo-behawioralnej i uzyskanych efektów.

Opis i konceptualizacja przypadku

Pani X — informacje wstępne i historia życia

Pacjentka lat 36, wykształcenie wyższe, od 10 lat w związku, od 7 lat mężatka, po ślubie w obrządku katolickim. Matka 5-letniej dziewczynki. Aktywna zawodowo. Pochodzi z rodziny katolickiej, bardzo zaangażowanej w praktyki religijne, sama również regularnie uczestniczy w nabożeństwach, deklaruje wyznanie tożsame z wyznaniem rodziców. Rodzina pacjentki skupia dużą uwagę na tym, aby wieść życie zgodne z wartościami, takimi jak prawda, uczciwość, lojalność oraz skromność. Wskazane wartości mają równie istotne znaczenie dla pacjentki i stara się ona praktykować je w codziennym życiu. Pacjentka od zawsze była osobą bardzo sumienną, dla której poczucie odpowiedzialności stanowiło podstawę obrazu własnej osoby. Pani X już jako dziecko dbała o to, aby się nie spóźniać, przynosić dumę rodzicom, nie łamać zasad, otrzymywać dobre oceny z nauki oraz z zachowania. Za taką postawę była chwalona zarówno przez rodziców, jak i przez otoczenie rodziny. Pacjentka wszystkie obowiązki realizuje zawsze na czas i poświęca im dużo uwagi, nie toleruje w swojej pracy błędów, nawet jeśli wykonanie jakiegoś zadania wymaga od niej poświęcenia czasu wolnego. Czuje się także odpowiedzialna za funkcjonowanie całej rodziny — zawsze samodzielnie przygotowuje zdrowe posiłki, robiąc zakupy, czyta etykiety produktów, dokładnie zna harmonogram pracy męża, skrupulatnie planuje wspólne aktywności (sprawdza daty, godziny, połączenia komunikacyjne, robi rezerwacje, zawiera umowy ubezpieczeniowe itd.). Pani X ma młodszego o 6 lat brata, z którym utrzymuje cykliczne i serdeczne relacje.

Pacjentka urodziła się o czasie, z ciąży przebiegającej prawidłowo. Nie była nigdy hospitalizowana, diagnozowana psychiatrycznie ani leczona z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego. Członkowie rodziny nigdy nie leczyli się psychiatrycznie. Pani X nie potarzała klas, była dobrą i lubianą uczennicą. Ma przyjaciół jeszcze z czasów studiów. Swoje relacje rodzinne i towarzyskie opisuje jako dobre. Życie zawodowe i rodzinne stanowi dla pacjentki źródło satysfakcji i spełnienia. Pacjentka neguje obecność chorób somatycznych, deklaruje dobre zdrowie ogólne. W historii życia nie rozpoznano wydarzeń o potencjalnie traumatyzującym.

Diagnoza

Pacjentka zgłosiła się na konsultację psychoterapeutyczną z powodu doświadczania silnych i nieprzyjemnych myśli, powodujących obniżenie nastroju i związanych z przymusem unikania konkretnych okoliczności, sytuacji oraz zachowań. W momencie zgłoszenia objawy te występowały od około roku. Wskazane myśli oraz związane z nimi reakcje według szacunków pacjentki zajmowały około 2 godzin każdego dnia, z okresowo pojawiającymi się zaostrzeniami. Momentem wystąpienia objawów był czas, kiedy pacjentka poznała obecną narzeczoną swojego brata i spędzała z nią dużo czasu. Wówczas zaczęła dostrzegać, jak bardzo atrakcyjna jest jej przyszła szwagierka (pani Y), co wiązało się z występowaniem nagłych, intruzywnych myśli typu „dlaczego tak dużo myślę o jej wyglądzie?”, „dlaczego ona tak mi się podoba?”, „czy jestem lesbijką?”, „co, jeśli jestem homoseksualna?”. Myśli te pacjentka oceniała jako bardzo znaczące, a jednocześnie wiązały się one z doświadczeniem silnego niepokoju i dyskomfortu, który pani X starała się zmniejszać poprzez unikanie towarzystwa wskazanej kobiety, siadanie podczas spotkań rodzinnych jak najdalej od niej, wdawanie się w rozmowy z mężem, podczas których celowo opisywała wady wizualne i słabości charakteru przyszłej szwagierki oraz powtarzanie w myślach zdania „nie jestem lesbijką”, początkowo raz, a następnie od 3 do 9 razy. W konsekwencji przeprowadzonego wywiadu, w oparciu o kryteria klasyfikacji DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) rozpoznano u pacjentki zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne z następującymi objawami:

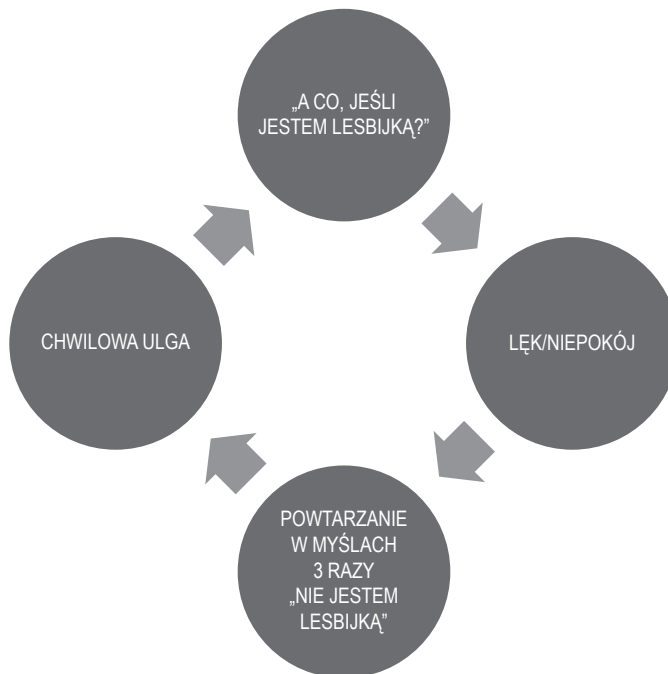
1. Występowaniem obsesyjnych, intruzywnych myśli dotyczących możliwości bycia osobą o orientacji homoseksualnej.
2. Występowaniem kompulsyjnych zachowań jawnych oraz ukrytych (mentalnych) mających na celu redukcję niepokoju, lęku i dyskomfortu, takich jak sprawdzanie, pocieszanie (w myślach) oraz unikanie.
3. Zaangażowaniem w skupienie na obsesyjnych myślach i kompulsyjnych czynnościach (analizowanie, sprawdzanie, unikanie, neutralizowanie, rytuały), pochłaniające od 2 do 4 godzin każdego dnia.
4. Doświadczaniem istotnego cierpienia związanego z obniżeniem nastroju, uczuciem smutku oraz wstydu, wpływającymi na codzienne funkcjonowanie pacjentki — rozkojarzenie, wycofanie z relacji z mężem, problemy ze snem.

Pani X wykazywała zadowolający wgląd dotyczący objawów. Przez większość czasu prezentowała świadomość irracjonalności swoich obaw oraz wysoką motywację do leczenia.

Model poznawczy podstawowego rozpoznania pacjentki

Uwzględniając modele teoretyczne opisywane w podejściu poznawczo-behawioralnym dokonano konceptualizacji przypadku. Przyjęto, zgodnie z modelem Salkovskisa [16] i Rachmana [17], że pacjentka interpretuje występowanie myśli natrętnych jako wskazówkę/dowód na to, że opisują one rzeczywistość (fuzja myśli i działania) oraz że będzie odpowiedzialna za możliwe jej negatywne konsekwencje (rozpad rodziny, zranienie męża, cierpienie córki, rozczarowanie rodziców), chyba że podejmie działanie,

które może temu zapobiec (będzie unikać kobiety budzącej zainteresowanie, umniejszy jej zalety czy też pocieszy/przekona samą siebie, że nie jest lesbijką, będzie sukcesywnie tłumić niepokojące myśli). Reakcje ukierunkowane na zmniejszenie poczucia odpowiedzialności i dyskomfortu podtrzymują przekonania pacjentki. Nawracanie natrętnych myśli staje się wówczas jeszcze bardziej prawdopodobne. Podejmowane przez panią X dążenie do neutralizowania myśli rozwija rytuały, czyli czynności, które redukują poczucie odpowiedzialności, co okresowo obniża niepokój. W rezultacie stosowania rytuałów częstotliwość myśli natrętnych nasila się, zwiększając konieczność stosowania zachowań neutralizujących. Prowadzi to do podtrzymywania objawów. Pacjentka zaczyna unikać sytuacji związanych z ryzykiem zainteresowania innymi kobietami, poszukuje zapewnień (że nie jest lesbijką) u bliskich lub próbuje wygaszać myśli intruzyjne. Konsekwencją jest podtrzymywanie objawów poprzez rozwijanie nowych rytuałów (np. pocieszanie się w myślach, zwiększanie liczby powtórzeń) i podniesienie poziomu niepokoju [33]. Pani X jako osoba wychowana w rodzinie, dla której wartości, takie jak prawda i uczciwość były wysoko cenione, dokonała internalizacji wskazanych wartości. W momencie pojawienia się trudnych, obsesyjnych myśli zostały one zinterpretowane jako niebezpieczne, ponieważ zagrażały stabilności obrazu siebie, w którym wskazane wartości są nie tylko wysoko cenione, ale także sumiennie praktykowane. W konsekwencji niepokój i dyskomfort



Rysunek 3. Treści pani X w błędnym kole OCD

Źródło: Opracowanie własne

związane z doświadczanymi myślami były oceniane przez panią X jako niemożliwe do zniesienia i kiedy podejmowane przez nią zachowania kompulsyjne zapewniały choćby przejściową ulgę, aktywności te utrwały się w mechanizmie błędnego koła. Dodatkowo, silne poczucie odpowiedzialności pacjentki motywowało ją do podejmowania działań, których celem było zapobieganie potencjalnemu nieszczęściu, jakim dla pani X byłoby potwierdzenie obsesyjnych obaw.

Rdzenne i pośredniczące przekonania pacjentki oraz strategie radzenia sobie

W rozwoju i utrwaleniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego u pani X istotną rolę odegrały przekonania oraz specyficzne treści poznawcze mające charakter zniekształceń. Wiodącym z nich jest myślenie dychotomiczne, odzwierciedlone w spostrzeganiu sytuacji w kategoriach skrajnych, np. jeden błąd przekreśla wszelkie starania. W treściach poznawczych pacjentki zidentyfikować można także myślenie magiczne, oparte na wierze, że pomiędzy przypadkowymi okolicznościami zachodzi logiczny związek przyczynowo-skutkowy, np. założenie, że jeśli 3 razy powtórzy w myślach „nie jestem lesbijką” to nią nie jest.

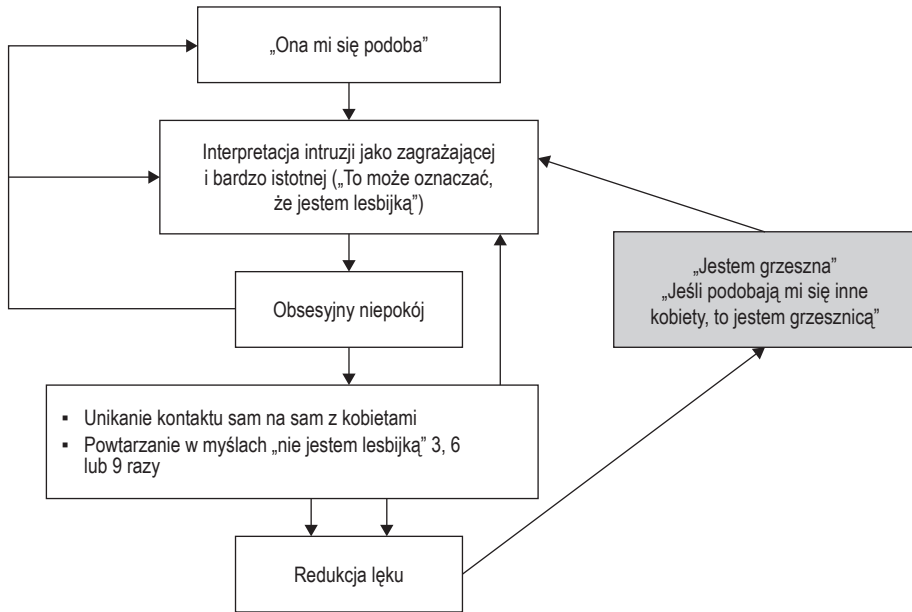
Konceptualizacja pacjentki, w której uwzględnić należy także przekonania rdzenne oraz pośredniczące poszerza rozumienie źródeł OCD oraz aspektów, które uwrażliwiły panią X na wystąpienie zaburzenia. Podstawowym, sztywnym przekonaniem pacjentki jest najpewniej przekonanie „jestem grzeszna”, którego źródło stanowią sztywne wzorce moralności i religijności połączone z poczuciem istotnej odpowiedzialności za szczęście i spełnienie nie tylko własne, ale także rodzinne. Myślenie o innej kobiecie w sposób grzeszny („podoba mi się”), zgodnie z modelem Rachmana [17], jest równoznaczne z popełnianiem grzesznych czynów (fuzja myśli z działaniem), co wiąże się z uczuciem napięcia i wymusza stosowanie neutralizacji w postaci unikania („nie rozmawiam z innymi kobietami »sam na sam«”) oraz rytuałów („powtarzam w myślach 3, 6 lub 9 razy »nie jestem lesbijką«”).

Tabela 1. Przekonania i strategie radzenia sobie pani X

Intruzja	Interpretacja	Przekonanie pośredniczące	Przekonanie rdzenne	Neutralizacja
Ona mi się podoba	Co ze mnie za żona, skoro myślę tak o drugiej kobiecie	Jeśli podobają mi się inne kobiety, to jestem grzesznicą	Jestem grzeszna	Unikanie: przestają rozmawiać z bratową Rytuał: powtarzam w myślach 3 razy „nie jestem lesbijką”

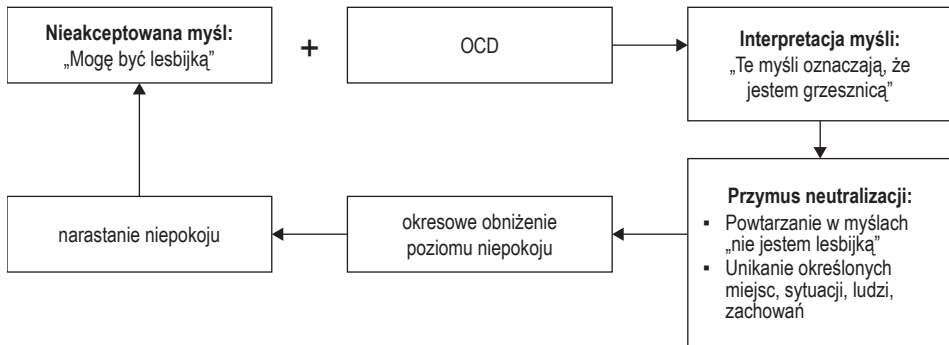
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Bryńska [33]

W obszarze przekonań dotyczących świata oraz innych ludzi wyodrębnić można takie treści poznawcze, jak: „Inni ludzie są wymagający i krytyczni”, „Świat jest pełen zepsucia”. Opisane powyżej aspekty z jednej strony uczyniły pacjentkę podatną na rozwój zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, z drugiej strony utrwalają mechanizm błędnego koła. Graficzne podsumowanie konceptualizacji pacjentki w modelach teoretycznych zaprezentowano na rysunku 4 oraz 5.



Rysunek 4. Treści poznawcze pacjentki w modelu teoretycznym Abramowitza

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Abramowitz, 2009 [23].



Rysunek 5. Treści poznawcze pacjentki w modelu teoretycznym Salkovskisa

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Salkovskis, 1985 [16]

Podsumowanie konceptualizacji obrazuje poniższy diagram.

Wczesne doświadczenia przyczyniające się do tworzenie przekonań rdzennych:			
Wysokie i sztywne standardy moralne rodziny			
Nagradzanie odpowiedzialności za siebie i innych			
Zinternalizowane znaczenie moralności i kontroli własnego zachowania			
Przekonanie kluczowe: „Jestem grzeszna”			
Przekonanie pośredniczące: „Jeśli podobają mi się inne kobiety, to jestem grzeszna”			
Sposób radzenia sobie z przekonaniem: Unikanie (kontaktu, relacji, swoich grzesznych myśli, zagrażających okoliczności)			
	Sytuacja: Przyszła bratowa próbuje przytulić pacjentkę		Sytuacja: pacjentka przypadkiem patrzy na prawie nagą kobietę w szatni sportowej
	Myśl: „Czy wyglądam na lesbijkę?”		Myśl: „Na pewno myślę, że jestem lesbijką”
	Emocja: lęk		Emocja: lęk, złość
	Zachowanie: Pacjentka szybko wychodzi do łazienki		Zachowanie: Pacjentka patrzy w ziemię, powtarza w myślach 3 razy „nie jestem lesbijką”

Źródło: opracowanie własne

Proces terapii

Pacjentka nie zdecydowała się na wdrożenie leczenia poprzez zastosowanie farmakoterapii, jednak zgodnie z zaleceniem odbyła konsultację psychiatryczną, w trakcie której potwierdzono postawioną diagnozę SO-OCD. W porozumieniu z panią X sformułowano cele terapeutyczne. Opracowano oraz przedstawiono pacjentce plan leczenia w oparciu o przyjęty protokół terapeutyczny, rekomendowany w leczeniu pacjentów z diagnozą OCD. Zastosowano protokół leczenia autorstwa Foa, Yadin i Lichner [34] oparty na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji. Przyjęty sposób pracy przewiduje stosowanie dwóch typów ekspozycji (czyli wystawiania się na doświadczanie dyskomfortu, którego pacjent się obawia): wyobrażeniową (realizowaną w umyśle, w postaci wyobrażeń) oraz *in vivo* (w życiu, realizowaną w rzeczywistości). Wskazane ekspozycje stanowią część sesji (realizowane są w gabinecie lub poza nim w ramach spotkania z terapeutą) oraz element tzw. prac osobistych, czyli zadań do wykonania przez pacjenta pomiędzy sesjami, które są wspólnie planowane, a następnie omawiane podczas spotkań. W trakcie wykonywania ekspozycji pacjent wypełnia formularze samoobserwacji, stanowiące rejestr praktyki wła-

snej oraz umożliwiające ocenę nasilenia objawów i monitorowanie skuteczności terapii. Ekspozycje realizowane są w oparciu o tzw. hierarchię, czyli uporządkowanie dotyczące np. zachowań związanych z OCD i koniecznych do redukcji wraz z oceną tzw. subiektywnych jednostek poczucia dyskomfortu (ang. The Subjective Units of Discomfort/ Distress Scale, SUDS). Odwołanie do SUDS pozwala oszacować, jak znaczącym wyzwaniem dla pacjenta jest powstrzymanie się od konkretnego zachowania czy też poczucie konieczności unikania określonej sytuacji. Im wyższy poziom SUDS, tym wyższy dyskomfort pacjenta we wskazanych okolicznościach.

Tabela 2. **Protokół leczenia OCD: ekspozycja z powstrzymaniem reakcji**

Sesja 1	Sesja 2	Sesja 3	Sesja 4	Sesje pośrednie	Sesja ostatnia
Wstępne informacje o charakterze objawów i historii zaburzenia	Omówienie formularza samoobserwacji	Omówienie formularzy samoobserwacji, wniosków z poradnika	Omówienie formularzy samoobserwacji	Ocena samoobserwacji i pracy osobistej, wnioski	Ocena postępów
Psychoedukacja, czym jest OCD	Zebranie szczegółowych informacji na temat objawów	Stworzenie hierarchii ekspozycji	Omówienie prac osobistych, wnioski	Prowadzenie ekspozycji in vivo oraz poznawcze ich omawianie	Przygotowanie do powrotu do codziennych zachowań
Przedstawienie uzasadnienia dla terapii i programu terapeutycznego	Ocena objawów według skali dyskomfortu i stworzenie hierarchii ekspozycji	Przeprowadzenie ekspozycji in vivo	Omówienie ekspozycji wyobraźniowej	Prowadzenie ekspozycji wyobraźniowych oraz poznawcze ich omawianie	Omówienie zapobiegania nawrotom. Zakończenie terapii
Wyjaśnienie, na czym polega samoobserwacja	Opracowanie programu terapii	Wskazówki dotyczące samodzielnego przeprowadzania ekspozycji	Przeprowadzenie ekspozycji in vivo	Ocena postępów	
	Zawarcie kontraktu terapeutycznego	Zapoznanie z zasadami powstrzymywania reakcji	Przekazanie wskazówek do samodzielnej ekspozycji	Prace osobiste — samoobserwacja, ekspozycje, ocena SUDS, psychoedukacja	
	Wyznaczenie pracy osobistej — samoobserwacja, przeczytanie poradnika	Praca osobista — ekspozycja in vivo z powstrzymaniem reakcji, przeczytanie o jej zasadach, formularz samoobserwacji	Praca osobista — ekspozycja in vivo i ocena poziomu niepokoju wg skali SUDS w formularzu, samoobserwacja		

Źródło: Zmodyfikowano na podstawie Foa, Yadin, Lichner [34]

W procesie terapii pani X stosowano zarówno ekspozycję wyobrażeniową, jak i *in vivo* w gabinecie, a także planowano ekspozycje możliwe do wykonania w ramach prac osobistych pacjentki pomiędzy sesjami. Z uwagi na specyfikę objawów konieczne było poszerzenie protokołu Foa [34] o techniki proponowane przez Hershfielda i Corboya [35] przeznaczone dla pacjentów z OCD na tle orientacji seksualnej. W związku z powyższym prowadzono ekspozycje wizualne, takie jak oglądanie przedmiotów wywołujących niepożądane myśli (np. zdjęcia pani Y) przy jednoczesnym powstrzymywaniu się od wykonywania mentalnych rytuałów. Realizowano także ekspozycje wyobrażeniowe, takie jak wyobrażenie coming outu czy poszukiwanie partnerki. Uzasadnienie dla wykorzystania ekspozycji wyobrażeniowych we wskazanych obszarach stanowiła specyfika obaw pacjentki. Stosowane ekspozycje przedstawiono w tabeli 3. Zgodnie ze wskazaniami Hershfielda i Corboya [35] ekspozycje wizualne, podobnie jak wyobrażeniowe, wspomagały konfrontację z wyzwalaczem oraz zapewniały pacjentce możliwość powstrzymywania się od kompulsji w ramach treningu w gabinecie i pomiędzy sesjami, z wysoką częstotliwością (praktyka ekspozycji z powstrzymaniem reakcji odbywała się codziennie).

Tabela 3. Ekspozycje stosowane w terapii pani X

Przykład ćwiczenia opartego na ekspozycji	Rodzaj ekspozycji
Doświadczenie reakcji bliskich na coming out pacjentki	Ekspozycja wyobrażeniowa
Przebieg pierwszej homoseksualnej randki	Ekspozycja wyobrażeniowa
Oglądanie zdjęć z wakacji pani Y	Ekspozycja wizualna
Oglądanie filmików z całującymi się kobietami	Ekspozycja wizualna
Rozmowa sam na sam z atrakcyjną kobietą	Ekspozycja sytuacyjna
Odwiedzenie baru popularnego wśród osób homoseksualnych	Ekspozycja sytuacyjna

Źródło: Opracowanie własne

W trakcie ekspozycji wykorzystywano powstrzymywanie mentalnych rytuałów poprzez poinstruowanie pacjentki na temat konieczności informowania terapeuty o momencie pojawienia się rytuału oraz blokowanie go z wykorzystaniem słowa „STOP”. Przeprowadzone ćwiczenia połączono z pracą poznawczą dotyczącą przekonań pani X, których celem było dokonanie restrukturyzacji w zakresie znaczenia nadawanego własnym myślom oraz katastroficznych przewidywań dotyczących powstrzymania się od kompulsji. Pacjentka obawiała się, że jeśli przestanie wykonywać czynności neutralizujące, to intensywność i częstotliwość jej myśli zwiększą się, przez co objawy zaostrzą się. Celem restrukturyzacji przekonań prowadzono ekspozycję wraz z omówieniem w oparciu o skonstruowaną na sesji hierarchię ekspozycji z oceną SUDS.

Tabela 4. Hierarchia ekspozycji pacjentki X

Sytuacja	Poziom SUDS
Dotyk pani Y	90
Siedzenie obok pani Y	85

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Bycie w damskiej szatni po zajęciach fitness	75
Rozmowa z panią Y przy mężu	70
Pocałunek męża	60
Widok homoseksualnych kobiet	55

Źródło: Opracowanie własne

W przebiegu procesu terapii tworzone liczne hierarchie ekspozycji i w oparciu o nie prowadzono ekspozycję wyobrażeniową oraz *in vivo* wraz z omówieniem. Pacjentka regularnie praktykowała ekspozycję z powstrzymaniem reakcji oraz przezwyciężała unikanie sytuacji budzących dyskomfort, np. przebywanie w damskiej szatni po zajęciach fitness. Wśród zastosowanych ekspozycji wyobrażeniowych znalazły się także wyobrażenie momentu, kiedy pacjentka informuje rodzinę, że jest homoseksualna, czy też przebieg pierwszej homoseksualnej randki. Ekspozycje realizowane były od niższych ku wyższym poziomom SUDS z zachowaniem uważności na doświadczenia pacjentki. W procesie terapii dokonywano ewaluacji jednostek SUDS, monitorując osiąganą zmianę, co zaprezentowano w tabeli 5.

Tabela 5. Ewaluacja jednostek SUDS w przebiegu terapii

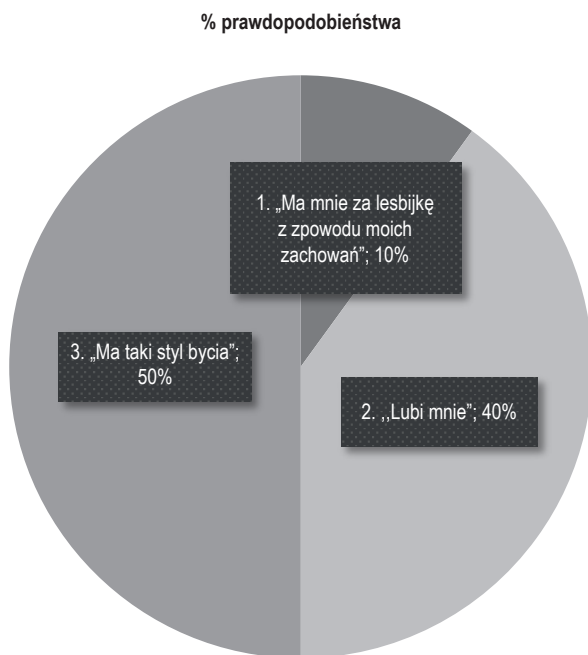
Przykład ekspozycji	SUDS na początku terapii	SUDS po 10. sesji	SUDS po 20. sesji	SUDS po 30. sesji
Oglądanie zdjęć z wakacji pani X	70	60	35	10
Oglądanie filmików z całującymi się kobietami	85	70	50	30
Przebywanie w damskiej szatni po zajęciach fitness	75	60	45	20
Wyobrażenie swojej homoseksualnej randki	60	55	40	20

Źródło: Opracowanie własne

Po przeprowadzeniu ekspozycji w trakcie sesji prowadzono rozmowę odwracającą uwagę w celu powstrzymania kompulsywnej reakcji neutralizującej. Cały czas monitorowano poziom SUDS. Jednocześnie pacjentka nagrywała ekspozycje wyobrażeniowe realizowane w trakcie sesji terapeutycznej i odsłuchiwała je pomiędzy spotkaniami w ramach pracy własnej. Stosowano techniki behawioralne wspomagające ekspozycję z powstrzymaniem reakcji [33], takie jak wyolbrzymianie (zwielokrotnianie obaw pacjentki werbalnie lub na piśmie) oraz blokowanie (głośne wypowiedanie „STOP” przy pojawieniu się rytuału mentalnego).

Zrealizowane ekspozycje *in vivo* obejmowały m.in. przebywanie w towarzystwie innych kobiet, także tych o zdeklarowanej orientacji homoseksualnej (w tym wyjście do baru dla lesbijek) czy spędzanie czasu z panią Y bez unikania kontaktu, w tym serdecznego, przyjacielskiego dotyku, takiego jak przytulenie. Dokonano restrukturyzacji

poznawczej dychotomicznych myśli, takich jak to, że „heteroseksualnej kobiecie nigdy nie spodoba się druga kobieta” czy to, że „jeśli będę spędzać czas z innymi kobietami chętnie i często to będzie stanowiło dowód, że jestem lesbijką”. Celem restrukturyzacji poznawczej wprowadzano m.in. psychoedukację opartą na modelu poznawczym, wykorzystywano techniki paradoksalne, np. tworzenie najczarniejszego, najtrudniejszego do zniesienia scenariusza zdarzeń, których obawiała się pacjentka [33]. Podejmowano pracę poznawczą w odniesieniu do myśli automatycznych poprzez dyskusję myśli, np. analizując argumenty potwierdzające prawdziwość danej myśli oraz argumenty zaprzeczające jej prawdziwości. W przypadkach, gdy myśli automatyczne pacjentki dotyczyły poczucia odpowiedzialności, realizowano technikę poznawczą opartą na poszukiwaniu alternatywnych możliwych przyczyn wskazanych okoliczności. Przykład takiej pracy poznawczej obrazuje wykres 1 i dotyczy sytuacji, w której pani Y przytuliła panią X na pożegnanie, co wiązało się z myślą automatyczną „Ma mnie za lesbijkę z powodu moich zachowań”. Wspólnie z pacjentką sporządzono listę możliwych alternatywnych przyczyn zachowania pani Y oraz oceniono, na ile procent prawdopodobne jest, że poszczególne z nich mogły stanowić powód jej reakcji.



Wykres 1. Możliwe przyczyny przytulenia pani X przez panią Y

Źródło: Opracowanie własne

W procesie terapii wykorzystano rozmaite oddziaływania — zarówno poznawcze, jak i behawioralne. Jednocześnie warto zwrócić uwagę na dość długi czas trwania terapii, będący efektem złożonych trudności i licznych ekspozycji dokonywanych na drodze zmiany — zarówno poznawczej (katastroficzne interpretacje, trudność w tolerancji niepewności, przekonania utrwalające zaburzenie), jak i behawioralnej (złożony zestaw czynności neutralizujących oraz rytuałów). Wyzwanie stanowiła także psychoedukacja męża pacjentki na temat specyfiki objawów, co było konieczne z uwagi na podejmowane przez nią codzienne praktyki ekspozycji z powstrzymaniem reakcji o różnym charakterze — wizualne, sytuacyjne i wyobrażeniowe.

Wnioski

W wyniku opisanej w niniejszej pracy terapii poznawczo-behawioralnej opartej na ekspozycji z powstrzymaniem reakcji, uzyskano redukcję objawów pacjentki oraz dokonano restrukturyzacji przekonań stanowiących źródło rozwoju zaburzenia. Cały proces terapeutyczny trwał 10 miesięcy i obejmował 38 sesji indywidualnych trwających każdorazowo 50 minut i realizowanych raz w tygodniu. W momencie zakończenia terapii pacjentka zgłaszała epizodycznie pojawiające się myśli obsesyjne, których czas trwania nie przekraczał łącznie 30 minut dziennie. Pani X zaprzestała stosowania zachowań neutralizujących. Opisany proces sugeruje wartość i znaczenie terapii ekspozycji z powstrzymaniem reakcji w leczeniu pacjentów z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym na tle orientacji seksualnej. Wartościowe wydaje się także wykorzystywanie nie tylko ekspozycji wyobrażeniowych oraz *in vivo*, ale także ekspozycji wizualnych opartych na obrazach, zdjęciach czy filmach. Dodatkowo, zaprezentowana praca ukazuje, że niekiedy konieczne są modyfikacje klasycznych protokołów terapeutycznych lub ich uzupełnienie o elementy mające znaczenie w kontekście trudności pacjenta (np. bardziej szczegółowa czy dłuższa psychoedukacja męża). Warto uwzględnić, że już w samym procesie diagnostycznym niezwykle ważne jest rozumienie mechanizmu powstawania zaburzenia oraz diagnoza różnicowa czy też odróżnienie naturalnych ludzkich obaw i lęków od objawów wpisujących się w kryteria klasyfikacji diagnostycznych. Jednocześnie trzeba pamiętać, że przedstawiona analiza dotyczy pojedynczego przypadku, a dotychczasowy stan badań naukowych nad wykorzystaniem ekspozycji z powstrzymaniem reakcji na grupie pacjentów z SO-OCD jest wciąż niewystarczający i wymaga dalszych pogłębionych analiz.

Piśmiennictwo

1. The National Institute of Mental Health (NIMH). Obsessive-compulsive disorder. www.nimh.nih.gov. 2023.
2. Belloch A, Carrió C, Cabedo E, García-Soriano G. Discovering what is hidden: The role of non-ritualized covert neutralizing strategies in obsessive-compulsive disorder. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2015; 49(Pt B): 180–187. DOI:10.1016/j.jbtep.2015.02.006.

3. Purdon C. Empirical investigations of thought suppression in OCD. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 2004; 35(2): 121–136. DOI: 10.1016/j.jbtep.2004.04.004.
4. Grisham JR, Williams AD. Cognitive control of obsessional thoughts. *Behav. Res. Ther.* 2009; 47(5): 395–402. DOI: 10.1016/j.brat.2009.01.014.
5. Ferrão JVB, do Rosário MC, Fontenelle LF, Ferrão YA. Prevalence and psychopathology features of mental rituals in patients with obsessive-compulsive disorder: A descriptive exploratory study of 1001 patients. *Clin. Psychol. Psychother.* 2023; 30(6): 1520–1533. DOI: 10.1002/cpp.2890.
6. Sibrava NJ, Boisseau CL, Mancebo MC, Eisen JL, Rasmussen SA. Prevalence and clinical characteristics of mental rituals in a longitudinal clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Depress. Anxiety.* 2011; 28(10): 892–898. DOI: 10.1002/da.20869.
7. Manley MRS. *Psychiatria. Praktyczny podręcznik kliniczny*. Wrocław: Elsevier, Urban & Partner; 2011.
8. Chacon P, Bernardes E, Faggian L, Batistuzzo M, Moriyama T, Miguel EC, Polanczyk GV. Obsessive-compulsive symptoms in children with first degree relatives diagnosed with obsessive-compulsive disorder. *Braz. J. Psychiatry* 2018; 40(4): 388–393.
9. Gałęcki P, Pilecki M, Rymaszewska J, Szulc A, Sidorowicz S, Wciórka J, red. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2018.
10. Sinopoli VM, Burton CL, Kronenberg S, Arnold PD. A review of the role of serotonin system genes in obsessive-compulsive disorder. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2017; 80: 372–381. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.05.029.
11. Petersen JM, Twohig MP. Sexual orientation intrusive thoughts and well-being: the mediating role of psychological inflexibility. *J. Cogn. Psychother.* 2023; 37(2): 142–155. DOI: 10.1891/JCP-2021-0005.
12. Glazier K, Swing M, McGinn LK. Half of obsessive-compulsive disorder cases misdiagnosed: vignette-based survey of primary care physicians. *J. Clin. Psychiatry* 2015; 76(6): e761–e767. DOI: 10.4088/JCP.14m09110.
13. Melli G, Moulding R, Gelli S, Chiorri C, Pinto A. Assessing sexual orientation-related obsessions and compulsions in Italian heterosexual individuals: development and validation of the Sexual Orientation Obsessive-Compulsive Scale (SO-OCS). *Behav. Ther.* 2016; 47(4): 431–443. DOI: 10.1016/j.beth.2016.03.004.
14. Carr AT. Compulsive neurosis: A review of literature. *Psychol. Bull.* 1974; (81): 311–318.
15. McFall ME, Wollersheim JP. Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cogn. Ther. Res.* 1979; (3): 333–348.
16. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther.* 1985; (23): 571–583.
17. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. *Behav. Res. Ther.* 1993; (31): 149–154.
18. Wells A. *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 2010.
19. Oudheusden van LJB, Draisma S, Salm van der S, Cath D, Oppen van P, Balkom van AJLM i wsp. Perceptions of free will in obsessive-compulsive disorder: A quantitative analysis. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 400.
20. Melli G, Gelli S, Moulding R, Stopani E, Pinto A. Specific and general cognitive predictors of sexual orientation-obsessive compulsive disorder. *J. Obsessive. Compuls. Relat. Disord.* 2018; 18(1): 39–45.
21. Izadi R, Asgari K, Neshatdust HT, Abedi MR. Assessment of obsessive beliefs in individuals with obsessive-compulsive disorder in comparison to healthy sample. *Int. J. Psychol. Beh. Sci.* 2012; (4): 81–85.

22. Frost RO, Steketee G (red.). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*. Amsterdam: Elsevier; 2002.
23. Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive compulsive disorder. *Lancet* 2009; (374): 491–499.
24. Rachman S, Hodgson R. *Obsessions and compulsions*. Englewood, NJ: Prentice-Hall; 1980.
25. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav. Res. Ther.* 1999; 37(Suppl 1): 33.
26. Williams MT, Wetterneck C, Tellawi G, Duque G. Domains of distress among people with sexual orientation obsessions. *Arch. Sex. Behav.* 2015; 44(3): 783–789. DOI: 10.1007/s10508-014-0421-0.
27. Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues. Clin. Neurosci.* 2010; (12): 199–207.
28. Koran L, Simpson H. Guideline Watch (March 2013): Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. W: *APA Practice Guidelines*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.; 2013, str. 5–53.
29. NICE. Obsessive-compulsive disorder: evidence update September 2013. NICE Clinical Guideline 31. 2013. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/evidence/evidence-update-194847085> [dostęp: 5 maja 2024].
30. Kathmann N, Jacobi T, Elsner B, Reuter B. Effectiveness of individual cognitive-behavioral therapy and predictors of outcome in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychother. Psychosom.* 2022; 91(2): 123–135. DOI: 10.1159/000520454.
31. Voderholzer U, Favreau M, Rubart A, Staniloiu A, Wahl-Kordon A, Zurowski B, Kathmann N. Therapie der Zwangsstörungen: Empfehlungen der revidierten S3-Leitlinie Zwangsstörungen. *Nervenarzt* 2022; 93(7): 678–687. DOI: 10.1007/s00115-022-01336-9.
32. Lohse L, Jelinek L, Moritz S, Blömer J, Bücker L, Miegel F. Efficacy of exposure and response prevention therapy in mixed reality for patients with obsessive-compulsive disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychol.* 2023; 11(1): 113. DOI: 10.1186/s40359-023-01116-3.
33. Bryńska A. *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Rozpoznanie, etiologia, terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2007.
34. Foa EB. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne. Terapia ekspozycji i powstrzymanie reakcji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2016.
35. Hershfield J, Corboy T. *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne. Poradnik z ćwiczeniami opartymi na uważności i terapii poznawczo-behawioralnej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2016.

Adres email: sylwiimichalowskiej@gmail.com

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

z okazji 25-lecia Katowickiego Instytutu Psychoterapii

Konferencja odbędzie się w dniach:

27–29 września 2024 roku w Katowicach

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

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

Konferencję poprzedza warsztat

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

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

Warsztat odbędzie się w dniach:

25–26 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

Joanna Sadzawicka-Olczak^{1,2}

STYLE PROWADZENIA SUPERWIZJI GRUPOWEJ

STYLES OF GROUP SUPERVISION

¹Szpital Kliniczny im. dr. J. Babińskiego w Krakowie, SP ZOZ Kraków

²Praktyka prywatna

**psychodynamic supervision
group analysis
supervisor working style**

Streszczenie

Psychoterapeuci zarówno w trakcie kształcenia, jak i po uzyskaniu kwalifikacji do wykonywania tego zawodu, dostrzegają konieczność poddawania swojej pracy superwizji. Szczególną i szeroko rozpowszechnioną praktyką jest superwizja grupowa. Celem artykułu jest pokazanie, jak styl prowadzącego grupę w zestawieniu z jej dynamiką i charakterystyką prowadzi do ukształtowania się specyficznego typu superwizji grupowej. W artykule przedstawiono poglądy na superwizję psychodynamiczną i funkcjonowanie grup z perspektywy analitycznej, poprzez odniesienie do podstawowych założeń sformułowanych przez Wilfreda Biona, dysfunkcji grup w ujęciu Morrisa Nitsuna i dysfunkcji superwizora w ujęciu Robina McGlashana. Zasadniczym punktem odniesienia jest jednak analiza grup superwizyjnych przeprowadzona przez Brigid Proctor i Francescę Inskipp, która pozwoliła im wyodrębnić i scharakteryzować trzy podstawowe typy takich grup: autorytarny, uczestniczący i współpracujący. Odrębnym typem jest grupa bez lidera, czyli grupa superwizji koleżeńskiej. Świadomość reguł, jakimi rządzą się określone grupy, pozwala zadbać o efektywny i kreatywny proces superwizji — zamiast dogmatycznie preferować dany styl pracy.

Summary

Both during the training of psychotherapists and after qualification for the profession, it is necessary to undergo supervision of one's work. Group supervision is a particular and widespread practice. The aim of this article is to show how the style of the group leader in combination with the dynamics and characteristics of the group leads to the formation of a specific type of group supervision. The article presents views on psychodynamic supervision and group functioning from an analytic perspective, by referring to the basic assumptions formulated by Wilfred Bion, group dysfunction as seen by Morris Nitsun and supervisor dysfunction as seen by Robin McGlashan. A crucial point of reference, however, is Brigid Proctor and Francesca Inskipp's analysis of supervision groups, which allowed them to distinguish and characterise three basic types of such groups: authoritative, participative and co – operative. A separate type is the leaderless group, the collegial supervision group. Awareness of the rules governing certain groups helps to ensure an effective and creative supervision process – instead of a dogmatic preference for a particular style of work.

Wprowadzenie

Dostrzeżenie wartości pracy w grupie — czy to psychoterapeutycznej, czy superwizyjnej — pochodzi z wydawałoby się oczywistej myśli, że bycie częścią grupy stanowi bazowe doświadczenie w życiu człowieka [1]. Z tego założenia wyszedł Wilfred Trotter, a później Bion oraz Foulkes, tworząc podwaliny pod analityczną psychoterapię grupową. To w grupie, poprzez grupę oraz wobec grupy dokonuje się rozwój jednostki ludzkiej.

„Trójkąt superwizyjny” wytyczony przez Newton [za: 2] jako relacja pomiędzy zarządzaniem, wsparciem a nauczaniem w superwizji stanowi jednocześnie obszar, w którym zachodzi rozwój psychoterapeuty. Warto może dodać, co Newton rozumie pod tak nazwanymi funkcjami superwizji. Mianowicie, w z a r z ą d z a n i u mieści się analiza dopasowania terapii do kontekstu psychoterapii i treści kontraktu, zachowanie etycznych zasad oraz prowadzenie sesji zgodnie ze standardami; w s p a r c i e oznacza zapewnienie możliwości omówienia emocji, potrzeb, problemów, objawów pojawiających się w kontakcie z pacjentem; n a u c z a n i e obejmuje zaś rozwijanie istniejących możliwości superwizanta, tworzenie jego własnego, unikalnego sposobu pracy terapeutycznej [za: 2]. W odniesieniu do sytuacji grupowej za wypełnienie tych zadań odpowiada zarówno superwizor, jak i grupa superwizyjna.

To „grupa wywołuje emocje, fantazje, pożądaną i obrony, które są rozgrywane w grupowej przestrzeni »tu i teraz«. Przepracowanie tych rekonstrukcji w grupie rozwija [jej] zdolność do wypełnienia jej zadania” [3, str. 205]. W tym wypadku, zadaniem grupy jest współtworzenie warunków do rozwoju jej członków jako kompetentnych psychoterapeutów.

Typologia grup superwizyjnych

Brigid Proctor proponuje użyteczną klasyfikację grup realizujących zadania superwizyjne [4]. Poprzez określenie specyfiki danej grupy można również określić styl jej prowadzenia, a przynajmniej zastanowić się nad dostosowaniem swojego stylu pracy do potrzeb i możliwości jej uczestników, podobnie jak w pracy psychoterapeutycznej. Nieunikniona wydaje się również refleksja nad własnymi ograniczeniami superwizora. Innymi słowy — na ile możliwe jest to dostosowanie superwizora do grupy biorąc pod uwagę jego specyfikę. Do tego zagadnienia odniosę się w dalszej części artykułu.

Proctor wraz z Francescą Inskipp wyróżniły trzy style prowadzenia grup superwizyjnych oraz czwarty typ grupy — grupę koleżeńską, a następnie zaadaptowały do swoich celów typologię grup psychoterapeutycznych stworzoną przez Erica Berne'a [5]:

1. grupa autorytarna — superwizja **w** grupie
2. grupa uczestnicząca — superwizja **z** grupą
3. grupa współpracująca — superwizja **przez** grupę
4. grupa koleżeńską.

W grupie autorytarnej superwizor jest odpowiedzialny za superwizowanie każdego jej członka po kolei. Mają oni swoje odpowiedzialności (np. przygotowanie materiału superwizyjnego), różne od odpowiedzialności superwizora, a ich najbardziej widoczną rolą jest obserwowanie i przysłuchiwanie się pracy superwizora. Można powiedzieć, że

jest to superwizja indywidualna na tle grupy. Umiejętności czy podejście superwizora do swojej roli nie różni się w tej sytuacji od pracy w superwizji indywidualnej, mimo kilku dodatkowych zadań, wynikających z faktu ekspozycji społecznej. Niezbędna jest świadomość superwizora lęku, wstydu i rywalizacji, jakie pojawiają się w sytuacji pracy grupowej. Wrażliwość na to, jak każdy uczestnik reaguje na informację zwrotną, jaki jest jego styl uczenia się, jak może być zachęcany do ujawniania kłopotliwych, zawstydzających myśli bądź uczuć, stanowi warunek dobrej superwizji zarówno w kontekście indywidualnym, jak i grupowym. Jednakże grupa pobudza regresywne stany. Zwłaszcza w formacie „autorytet — uczniowie” łatwo o odtworzenie swojego „skryptu”, np. roli znanej z rodziny, wiecznego nowicjusza, prymusa czy outsidera. Ponadto ten typ prowadzenia grupy sprzyja utrzymywaniu się bierności i nadmiernej zależności. „Autorytarny superwizor” zakłada, że zawarł sojusz roboczy z dorosłą częścią umysłu każdego uczestnika grupy, ale musi uwzględniać wpływ dziecięcych stanów oraz zachęcać do uruchamiania „rodzicielskiej” odpowiedzialności superwizantów za własną pracę.

Autorytarna grupa ma szansę dobrze pracować, gdy:

- cele są jasno określone
- uzgodniony jest podział ról i obowiązków
- skrupulatnie uwzględnia się oczekiwania i kontekst wszystkich zainteresowanych
- superwizor zna styl pracy każdego superwizanta, jego potrzeby edukacyjne oraz odniesienia koncepcyjne
- jest on dobrze osadzony we własnych przekonaniach i założeniach, co do „dobrych praktyk”
- jest zdolny do podejmowania wszelkich kierowniczych bądź administracyjnych zadań w określonym kontekście
- dysponuje badawczym i otwartym umysłem, który pozwala sprawdzać zarówno własne, jak i superwizanta założenia, co do tego, co rzeczywiście dzieje się w procesie terapeutycznym [4].

W grupie uczestniczącej superwizor staje przed wyzwaniem zmiany paradygmatu myślenia — w miejsce myślenia o jednostce w grupie powinno pojawić się myślenie o grupie jako pracującym systemie. To nie indywidualna psychopatologia lub zdolności, lecz grupa jako całość jest obiektem uwagi superwizora; role, jakie podejmują jej członkowie są istotne ze względu na efektywność pracy grupy nad bieżącymi zadaniami.

Superwizor w grupie uczestniczącej odpowiada za superwizowanie pracy jej członków oraz za kierowanie nią, ale także za zachęcanie i wspieranie superwizantów do podejmowania roli ko-superwizorów względem siebie nawzajem. Niezbędne wydaje się uzgodnienie z grupą jej uczestniczącego trybu. Superwizor odpowiada za wprowadzenie i wyjaśnienie, na czym ma polegać uczestnictwo członków grupy w jej pracy. Akcent jest tutaj położony na fakt, że nie są oni jedynie dodatkiem do eksperckiej pracy superwizora, lecz bogatym źródłem zasobów, które czynią grupę czymś więcej niż sumą jednostek [4]. Pomocne jest wyjaśnienie, kiedy i po co superwizor podejmuje bardziej kierowniczą rolę: jego zarządzanie strukturą pracy (czasem, sposobem przygotowania materiału), przerywanie wspólnego namysłu w celu dopytania, czy otrzymywany feedback jest użyteczny

dla superwizanta, sugerowanie podejmowania nowych ról czy zachęcanie do szczerych, otwartych wypowiedzi — wszystko to ma służyć ujawnianiu bogactwa grupy i zaangażowaniu go do zadań superwizyjnych.

Istotny jest tutaj balans pomiędzy gotowością członków grupy do takiego uczestnictwa a zachowaniem poczucia bezpieczeństwa poprzez oparcie o autorytet czy schowanie się w grupie. Do zadań superwizora w tym stylu prowadzenia grupy dołącza ów nieustanny ruch pomiędzy realizacją umówionej pracy (superwizowanie), utrzymaniem grupy (zawarcie i podtrzymanie sojuszu roboczego) oraz uważnością na indywidualny rozwój każdego członka grupy.

W grupie współpracującej paradygmat myślenia pozostaje taki sam jak w grupie uczestniczącej. W oczach superwizora członkowie grupy — wraz z ich indywidualnymi potrzebami, możliwościami oraz ograniczeniami — stanowią wystarczająco (lub nie) efektywną macierz. Niemniej na pierwszy rzut oka może być trudno odróżnić superwizora od pozostałych członków takiej grupy. Liderowanie jest podejmowane naprzemiennie przez superwizantów. To oni, na równi z superwizorem, zarządzają czasem i strukturą grupy. Jasno, czasem autorytarnie, określają swoje oczekiwania co do namysłu grupy nad prezentowanym materiałem. Wkład superwizora czasem wpływa znacząco na przebieg interakcji, a czasem niemal wcale się nie uwidacznia. Można powiedzieć, że superwizor nie przeszkadza pracować grupie. Pozostaje jednak uważnym obserwatorem procesu i to on jest odpowiedzialny za dbałość o niego, a także — mimo aktywności całej grupy — za etyczne i efektywne aspekty przedstawianej pracy terapeutycznej. Odpowiada za wskazanie nieodpowiednich praktyk, jeśli takie zaistnieją. To superwizor podejmuje odpowiedzialność za ewentualną utratę bezpieczeństwa w grupie i za badanie gotowości grupy do zrozumienia jej wpływu na zaistniałą sytuację. Jeśli nie może „zaufać procesowi”, a więc wtedy, gdy grupa przestaje pracować, utyka w tym, co Bion nazwał założeniami podstawowymi [6], wówczas musi być gotowy do podjęcia roli lidera. Innymi słowy, nie przeszkadza grupie pracować, ale widzi, co się dzieje i pomaga to grupie zrozumieć.

Jako czwarty typ grupy superwizyjnej, Proctor i Inskipp wyróżniają grupę *superwizyjną koleżeńską*. Trudno tu mówić o stylu prowadzenia takiej grupy, ponieważ z samej swej istoty definiuje się ona jako grupa bez lidera. Zasadniczo jest to grupa złożona z samych superwizorów, ponieważ każdy z jej członków jest dla pozostałych kompetentnym, godnym zaufania, kreatywnym i etycznie pracującym praktykiem [4]. Każdy uczestnik grupy jest odpowiedzialny za bycie takim właśnie superwizorem w grupie koleżeńskiej. Aby zapobiec przekształceniu grupy superwizyjnej koleżeńskiej w grupę wsparcia czy w grupę dyskusyjną, trzeba uwzględnić następujące wskazania:

- należy uzgodnić cel określony przez obszar zawodowy
- kształt i struktura grupy mogą być zmienne, ale muszą zawierać przestrzeń do refleksji dla każdego jej członka
- każdy uczestnik zgadza się, aby inni zwracali się do niego jako kompetentnego, godnego zaufania, kreatywnego i etycznego praktyka
- granice i konkrety odpowiedzialności należy określić w umowie wstępnej, a z czasem poddawać je rewizji — podobnie jak i wstępnie ustalone reguły zarządzania pracą superwizyjną

- grupa może zaprosić zewnętrznego obserwatora/konsultanta, aby pomógł podjąć refleksję nad jakością wspólnej pracy [4].

Czynniki wpływające na styl prowadzenia grup superwizyjnych

Mimo że wydaje się zasadne, aby styl prowadzenia grupy superwizyjnej wynikał ze swoistych cech danej grupy, to jednak w praktyce jest to raczej wypadkowa specyfiki pracy zarówno superwizora, jak i grupy. Postulat, aby istniał jakiś wystandardyzowany, powtarzalny, aplikowalny w określonych okolicznościach sposób pracy, w sytuacji, gdy praca ta dotyczy fenomenu ludzkiego umysłu [7], nie uwzględnia rzeczywistości ludzkiego doświadczenia. Tego, jak wspomniano, podstawowego doświadczenia, w którym ludzki umysł powstaje, rozwija się i bazuje na relacji z grupą. To nie jest spotkanie statycznych obiektów, ale raczej żywej, zmiennej fali, która jednocześnie powstaje i tworzy środowisko, które ją kształtuje. Spotyka się zatem superwizor, który jest ukształtowany przez swoje okoliczności wzrastania jako osoba i osadzony w swojej roli zawodowej — a jednak wciąż powstający, zmieniający się — oraz grupa. Grupa, która być może jest już ukształtowana (a mimo to, zmienna) przez swoje okoliczności wzrastania, a może to jeszcze nie jest grupa, a jedynie zbiór jednostek z indywidualnymi doświadczeniami grupowymi. Grupę możemy zdefiniować za Caroline Garland [8] jako zbiór jednostek zgromadzonych wokół określonego celu lub zadania; do jej powstania niezbędne jest również ustalenie granic — co i kto jest zawarte w tej grupie, a co i kto pozostaje na zewnątrz; musi zostać również określone terytorium tej grupy — fizyczna przestrzeń, ale też psychologiczna, związana z postawami, przekonaniami czy kulturą danej grupy; istotnym czynnikiem konstytuującym grupę jest czas jej trwania.

Pamiętając o tym, jak złożony jest to kontekst, można spróbować zarysować czynniki wpływające na styl prowadzenia grupy.

— Po stronie superwizora:

Proctor zwraca uwagę na zasadniczy wpływ teoretycznej orientacji superwizora, a także na jego doświadczenie osobiste w superwizji. Znaczenie mają jego doświadczenia jako superwizanta, ale także jego kolegów, mentorów oraz jego superwizantów. Istotne jest, jaki zna model pracy w grupie — z teorii i z praktyki, a także wszelkie doświadczenia grupowe i w roli superwizora, i w roli lidera, i członka grupy [4]. Z takiej, najogólniej mówiąc, mieszanki powstaje zaczyn stylu danego superwizora. Zakładamy, że stykając się z grupą, będzie on w stanie dostroić się do niej na tyle, aby doszło do zawarcia sojuszu roboczego.

— Po stronie grupy:

Czynniki, które decydują o tym, jakiego stylu prowadzenia grupa poszukuje to: po pierwsze, warunki settingu (jak często, jak długo, na jaki okres trwania danej grupy jej członkowie są w stanie się umówić, w jakiej liczbie, jakie koszty są w stanie ponieść); po drugie, wymogi stawiane przez instytucję, procedury certyfikacyjne itp. To one często decydują o warunkach settingu. Rozpoznanie,

kim jest „niewidzialna organizacja”¹⁾ znacznie ułatwia namysł nad tym, jaki rodzaj prowadzenia superwizji jest możliwy. Oczywistym dla wielu uczestników grup i superwizorów czynnikiem determinującym typ grupy jest wiek i staż pracy superwizantów. Zwykle spodziewamy się, że młodzi wiekiem i stażem superwizanci będą mieli duże potrzeby zależności, natomiast nieraz niedoszacowane są takie potrzeby u starszych psychoterapeutów.

Te dwa pola wpływów, nakładając się, tworzą okoliczności, w których powstają grupy superwizyjne określonego typu.

Czynniki zakłócające pracę grupy

Jeszcze raz wypada tu wspomnieć o założeniach podstawowych Biona. Wyodrębnił on dwa poziomy funkcjonowania grupy. Jeden nazwał poziomem grupy podstawowej, a drugi poziomem grupy pracującej. W swojej teorii grup zauważył, że choć grupy gromadzą się wokół jakiegoś wspólnego interesu, do wykonania jakiegoś zadania, to głównie realizują niejawną cel, jakim jest przetrwanie grupy *per se*. Na rzecz tego celu działają założenia podstawowe, czyli nieuświadamiane sobie przez grupę jako całość, nienazywane założenia, pochodzące z dominującego stanu emocjonalnego w grupie. Są to założenia milczące [6]. Bion wyodrębnił trzy takie założenia: założenie tworzenia par, założenie walka–ucieczka oraz założenie zależności [10]. Każde z nich działa nieustannie, ale to jedno, to drugie wysuwa się na plan pierwszy, w zależności od potrzeb emocjonalnych grupy. To przechodzenie od jednego założenia do drugiego określa dynamikę grupy, a momenty przejścia otwierają przestrzeń dla pracy, czyli wykonywanie zadania, wokół którego grupa się zebrała. Grupa pracująca powstaje w tych momentach przejścia dzięki współpracy, a nagrodą za pracę jest efektywniejsze radzenie sobie z rzeczywistością. Jeśli jednak grupa grzęźnie w stanie emocjonalnym, wymagającym ciągłego obsługiwanie jednego z trzech założeń, wówczas dominuje niemożność uczenia się na podstawie doświadczenia (Bion wręcz pisze o nienawiści wobec uczenia się [6]). Skoro, jak pisze Rudi Vermote, „zdrowie to efekt dynamicznej ekspresji i interakcji wszystkich trzech pól w jednostce, parze, grupie lub społeczeństwie” [9, str. 87], to czynnikiem zakłócającym pracę grupy będzie dominacja jednego z nich. Superwizor ze swojej strony może wzmagać nieefektywne funkcjonowanie grupy, gdy przywiera sztywno do określonego stylu liderowania, np. wtedy, gdy grupa zdominowana pragnieniem zależności od onnipotentnego obiektu spotyka autorytet przekonany o swej nieomyślności.

Poza siłami działającymi w grupie, należy się również przyjrzeć siłom wewnątrzpsychicznym, którym podlega superwizor, a które mogą zakłócać jego pracę w opisywanej roli. Brak własnej psychoterapii w procesie stawania się psychoterapeutą, a następnie superwizorem, wydaje się oczywistą przeszkodą, uniemożliwiającą rozpoznanie własnych

¹⁾ Mianem „niewidzialnej organizacji” Agnieszka Zemło nazywa kontekst instytucjonalny danej grupy superwizyjnej. W tym kontekście istnieją różne zależności, określony styl pracy, relacje interpersonalne, zasady i reguły, często nienazywane wprost. „Niewidzialny klient jako kontekst/organizacja rządzi się swoimi nieświadomymi prawami, które wpływają na pracowników, a potem na pacjentów” [9, str. 121].

ograniczeń. Dotyczy to zarówno prowadzenia superwizji indywidualnej, jak i grupowej. Jednak w obliczu ekspozycji społecznej, czyli pracy w/z i poprzez grupę, superwizor tak samo jak pozostali członkowie grupy podlega naporowi regresywnych stanów umysłu. Robin McGlashan [11] opisuje metaforycznie pięć typowych trudności, wynikających z impulsywnego czy raczej nieświadomego redukowania przez superwizora własnego napięcia, wynikającego z przytłoczenia odpowiedzialnością i lękiem. Symbolizują je postacie mityczne:

1. Nestor, król Pyros. Trudność polega na przyjmowaniu postawy obronnej — w lęku przed wrogimi reakcjami prezentowanie fałszywej skromności, co maskuje własną wrogość do autorytetów. Gadatliwość i uniżoność superwizora zamiast świadomości własnej wiedzy i dzielenia się doświadczeniem wiedzy superwizanta na manowce (a w każdym razie nie chroni przed nimi).
2. Eurysteusz, król Argos — to symbol zawistnego superwizora, pełnego niepewności co do własnych kompetencji, wskutek czego staje się on destrukcyjnie krytyczny, lekceważy wysiłki i stale podnosi wymagania bez dostosowania ich do aktualnych możliwości superwizantów.
3. Prokrustes, będący symbolicznym przedstawieniem superwizora, nieznoszącego indywidualnych różnic i usiłującego dopasować zarówno siebie, jak i innych do jakiejś idealnej matrycy. Odpowiedzią na indywidualne cechy superwizantów, postrzegane nie jako zasób, lecz jako niepowodzenie w skopiowaniu idealnego wzorca, są sztywność i dogmatyczność.
4. Atena to obraz superwizora, który używa swoich superwizantów do zrekompensowania sobie poczucia własnej nieadekwatności. Służą temu faworyzowanie ich i orędownie w ich sprawie. Quasi-rodzicielska zaborczość i ochrona prowadzą do zastępczych triumfów nad innymi.
5. Delficka wyrocznia — to pomieszanie autorytaryzmu z pustosłowiem. Superwizor pozostaje niejasny, unika zajmowania jednoznacznego stanowiska, zwłaszcza w atmosferze tajemniczości lub elitaryzmu, co blokuje superwizantom kwestionowanie jego postawy lub rozumienie materiału klinicznego.

Takie zakłócenia superwizora, jak skonceptualizował je McGlashan, w zestawieniu z podstawowymi założeniami działającymi w grupie, mogą zablokować nie tylko pracę w niej, ale i stanowić podwaliny do powstania antygrupy [12]. Opis dysfunkcyjnych rozegranych w grupie przekracza ramy tego opracowania, niemniej warto choć wspomnieć, za Nitsunem², żeby nie idealizować grupy jako takiej i żeby nie pomijać jej aspektów destrukcyjnych. Otwartość na te ciemne strony, podobnie jak świadomość własnych, daje szansę na ich transformację i wykorzystanie w służbie rozwojowej.

²) „Optymizm jest niezbędną częścią procesu terapeutycznego, istnieje jednak zagrożenie, że w nadmiarze może się on przyczynić do tworzenia przesadnie idealizowanego obrazu rzeczywistości. Optymizm musi również uwzględniać ciemną, niszczącą stronę ludzkich zachowań, inaczej niemożliwy staje się proces różnicowania, bez którego nie może nastąpić integracja” [12, str. 33]. I dalej, pisząc o spuściźnie Foulksa: „powstała optymistyczna i porywająca wizja grupy, nieuwzględniająca jednak zupełnie zakresu, w jakim grupa uruchamia agresywne i potencjalnie destrukcyjne impulsy i zagrożenia, niebezpieczne dla jej integralności, a nawet istnienia” [12, str. 255].

Podsumowanie

Napięcie pomiędzy autorytarnym stylem superwizowania a bardziej partnerskim, relacyjnym jest szeroko omawiane w dostępnej literaturze i dotyczy każdego rodzaju superwizji — indywidualnej i grupowej [13]. Obecnie, wraz z rozwojem psychoterapii, wzrostem dostępności do różnych źródeł i autorytetów oraz uświadomieniem sobie znaczenia intersubiektywności w relacjach międzyludzkich podkreśla się wagę objęcia refleksją również osobę superwizora oraz jego uwarunkowań. Zwłaszcza że styl prowadzenia superwizji, jak można stwierdzić na podstawie przedstawionej literatury [4], w głównej mierze wynika z preferencji superwizora. Jeśli potrafi on skorygować swoje wstępne założenia w toku pracy z daną grupą, wówczas możliwa staje się efektywna współpraca. Opisane trzy zasadnicze style prowadzenia grup superwizyjnych: autorytarny, uczestniczący oraz współpracujący obrazują przesunięcie akcentu w pracy superwizorskiej od prowadzenia indywidualnej superwizji na tle grupy, poprzez zaangażowanie wszystkich członków grupy do pracy wraz z superwizorem na rzecz osoby prezentującej materiał kliniczny, do superwizowania przypadku poprzez grupę z superwizorem w roli osoby monitorującej przebieg procesu grupowego. Istotna jest również zmiana perspektywy superwizora z koncentracji na indywidualnej problematyce — w podejściu autorytarnym, na rozumienie grupy jako systemu przekraczającego w swoim funkcjonowaniu sumę części, z których się składa — w podejściu uczestniczącym i współpracującym. Wybór konkretnego podejścia zachodzi w obrębie możliwości superwizora oraz specyfiki danej grupy. Jeśli uda się zestroić obie strony tej interakcji, wówczas możliwe jest utworzenie grupy pracującej w znaczeniu, jakie nadał jej Bion. Oznacza to, że grupa stale fluktuuje pomiędzy podstawowym założeniem zależności a założeniem walki — ucieczki i tworzeniem par, dzięki czemu powstaje przestrzeń do współpracy na rzecz radzenia sobie z rzeczywistością. W wypadku grupy superwizyjnej tą rzeczywistością jest rozwój jej członków w stronę kompetentnych psychoterapeutów.

Osobną kategorią są koleżeńskie grupy superwizyjne. Każdy uczestnik jest w niej superwizorem dla pozostałych osób, liderowanie przechodzi z rąk do rąk, każdy też odpowiada za dbałość o powracanie z kryzysów do poziomu grupy pracującej. Być może bazową przyczyną trudności w funkcjonowaniu takich grup jest z zasady niewidoczne, nieuświadomiane przez grupę oddziaływanie założeń podstawowych. Paradoks samoodniesienia, jak w słynnym paradoksie Epimenidesa³, można przerwać, odwołując się do zewnętrznego konsultanta. Takie spojrzenie z boku pozwoliłoby dostrzec, czy grupa nie jest zdominowana przez jedno z założeń i czy nie utraciła, w związku z tym, efektywności we wspomaganiu swoich członków jako kompetentnych i etycznych psychoterapeutów. Byłaby to właściwie superwizja grupy superwizyjnej...

Nie tylko praca w grupie koleżeńskiej może ulec zakłóceniu, ale i w każdej innej jest ona narażona na wpływ destrukcyjnych procesów, wynikających choćby z nieadekwatnej postawy superwizora, kiedy w większym stopniu realizuje on potrzebę odzyskania własnego poczucia bezpieczeństwa niż wspomaga psychoterapeutów w ich pracy. Siły destrukcyjne

³⁾ Epimenides z Krety mówi, że wszyscy Kreteńczycy to kłamcy, ale skoro i on jest Kreteńczykiem, to znaczy, że kłamie. Skoro jednak skłamał, zrównując Kreteńczyków z kłamcami, to mógł powiedzieć prawdę. Jeśli powiedział prawdę, mówiąc, że wszyscy Kreteńczycy to kłamcy, to będąc Kreteńczykiem musiał jednak skłamać... i tak można w nieskończoność na przemian udowodniać prawdziwość/kłamliwość Epimenidesa.

współistnieją z konstruktywnymi w każdej grupie. Ich nieuwzględnianie prowadzi do idealizowania grupy jako środowiska rozwoju, a w konsekwencji do impasu i powstania tzw. antygrupy. Pojęciem tym Morris Nitsun [12] próbuje opisać zbiór postaw i impulsów, które zagrażają integralności grupy i realizacji zadań, do których została powołana. Zaznacza, że nie jest to pojęcie jednorodne ani statyczne, a jego manifestacje przyjmują w każdej grupie swoiste formy. Zasadniczo jednak chodzi w nim o podkreślenie agresji skierowanej w stronę grupy, w odróżnieniu od agresji w grupie.

Choć praca Nitsuna dotyczy grup terapeutycznych, wydaje się, że warto z niej skorzystać również w odniesieniu do grup superwizyjnych, aby zachować uważność na przeplatanie się destrukcyjnych i konstruktywnych sił oraz na ich wspólny, twórczy potencjał.

Piśmiennictwo

1. Garland C. O grupach. Przewodnik po grupach. Przewodnik psychoanalitycznej terapii grupowej z ilustracjami klinicznymi, t. 2. Warszawa, Oficyna Ingenium; 2015.
2. Jelonekiewicz J. Co się dzieje w relacji superwizyjnej? *Psychoterapia* 4(187) 2018, s. 69–80.
3. Kalai S. Group supervision of individual therapy. *Sage Journals* 2007; 40(2): 204–215.
4. Proctor B. Group supervision: a guide to creative practice Los Angeles, London: Sage; 2008, s. 31–49.
5. Berne E. Principles of group treatment. New York: Oxford Univeristy Press; 1966.
6. Bion W. Doświadczenie w grupach i inne prace. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015; s. 98–115.
7. Wykowski J. Prof. Popiel o podwójnych standardach psychoterapeutów. „To tak, jakby usunąć ulotki do leków” rynekzdrowia.pl, 22.06.2024 [online] Dostępne w: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Prof-Popiel-o-podwojnych-standardach-psychoterapeutow-To-tak-jakby-usunac-ulotki-do-lekow,259902,14.html> [Dostęp 19.09.2024]
8. Garland C, red. O grupach. Psychoanalityczna terapia grupowa — teoria i praktyka. Tom 1, Warszawa, Oficyna Ingenium; 2015, s. 22.
9. Zemło A. „Niewidzialne organizacje” — znaczenie kontekstu procesu psychoterapii i superwizji. W: Skowrońska J, Ładej-Sobańska W, red. Superwizja psychoterapii. Podejście grupowo-analityczne. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN SA, 2023, s. 115–136.
10. Vermote R. Czytanie Biona. Warszawa: Oficyna Ingenium, 2021, s. 84–96.
11. McGlashan R. Proces indywiduacji superwizora. *Psychoterapia* 2007; 1(140): s. 37–49.
12. Nitsun M. Antygrupa. Siły destrukcyjne w grupie oraz ich twórczy potencjał. Poznań: Laboratorium Psychoedukacji & Pracownia Humani, 2015, s. 63–89.
13. Aleksandrowicz J.W. Superwizja w kształceniu psychoterapeutów. *Psychoterapia* 2020; 3(154)3: 23–30.

Adres e-mail: jost.olsa@gmail.com

**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 wiedzę podzielą się:

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

Wszystkie informacje oraz formularz zgłoszenia znajdują się pod linkiem:

<https://konferencja.ptppd.pl>

Agnieszka Kałwa

WIDMO ZESPOŁU ASPERGERA W PSYCHOTERAPII RODZIC–NIEMOWLĘ. OPIS PRZYPADKU.¹

THE SPECTER OF ASPERGER'S SYNDROME IN PARENT–INFANT PSYCHOTHERAPY. A CASE REPORT.

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii

**psychoanalytic Parent–Infant Psychotherapy
Asperger's syndrome**

Streszczenie

Psychoanalityczna psychoterapia rodzic–niemowlę (Parent–Infant Psychotherapy PIP) jest w Polsce oferowana od niedawna. Jej podstawę stanowią teorie psychoanalityczne, wzbogacone o dane ze współczesnych badań naukowych. Artykuł stanowi psychodynamiczną konceptualizację procesu psychoterapii PIP. Istotną rolę odgrywają w niej hipotezy terapeutki dotyczące świadomych i nieświadomych elementów składowych relacji między rodzicami i niemowlęciem oraz występujących w niej problemów. Na ich podstawie sformułowane są cele terapeutyczne oraz dobierane metody, jakimi można się posłużyć w ramach interwencji terapeutycznej. Hipotezy terapeutyczne obejmują przeciwprzeniesienie, obserwacje i interpretacje terapeutki. W artykule opisano proces psychoterapii PIP niemowlęcia i jego rodziców, która objęła 40 sesji. Rozpoczęła się, gdy dziecko miało 5 tygodni, a zakończyła się, gdy miało 17 miesięcy. Od początku ważny temat stanowiła kwestia diagnozy zespołu Aspergera. Odgrywała ona już istotną rolę w jego życiu w momencie rozpoczęcia terapii, choć zdaniem rodziców mogła zostać postawiona dziecku w przyszłości. Niniejsza praca opisuje, co stało się z widmem zespołu Aspergera w opisaney wyżej rodzinie w trakcie procesu terapii PIP.

Summary

Psychoanalytic Parent–Infant Psychotherapy (PIP) has recently been offered in Poland. It is based on psychoanalytic theories but also uses data from current scientific research. The article is a psychodynamic conceptualization of the PIP psychotherapy process. The therapist's hypotheses regarding the conscious and unconscious components of the relationship between parents and infant and the problems occurring therein play an important role. On their basis, therapeutic goals are formulated and methods that can be used as part of therapeutic intervention are selected. Therapeutic hypotheses include countertransference, observations and interpretations of the therapist. The article describes

¹⁾ Niniejsza praca powstała dzięki możliwości ambulatoryjnego prowadzenia psychoterapii rodzic–niemowlę w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii oraz w ramach współpracy z Polskim Stowarzyszeniem Zdrowia Psychicznego Niemowląt (Polish Association for Infant Mental Health).

the process of PIP psychotherapy for an infant and his parents, which included 40 sessions. It started when the child was 5 weeks old and ended when he was 17 months old. From the beginning, the issue of diagnosing Asperger's syndrome was an important topic. Although, according to the parents, this diagnosis could have been stated for the child in the future, it already played an important role in the child's life when the therapy began. This work describes what happened to the specter of Asperger's syndrome in the family described above, during the process of PIP therapy.

Diagnoza zespołu Aspergera i jej znaczenie w niniejszej pracy

Widmo to duch, zjawa, niematerialna istota lub złudzenie takiej istoty. Pojawia się nieoczekiwanie i równie nieoczekiwanie znika. Zestawienie tego słowa z pojęciem zespołu Aspergera może wydawać się zastanawiające. Zespół Aspergera jest zaburzeniem uwarunkowanym neurorozwojowo, a więc związanym z atypowym rozwojem i funkcjonowaniem ośrodkowego układu nerwowego. W obowiązującej w Europie klasyfikacji ICD-10 [1] należy do całościowych zaburzeń rozwojowych, wśród których rozróżniamy m.in. autyzm oraz jego łagodniejszą formę — zespół Aspergera. Neuroatypowość osób z tym zaburzeniem skutkuje pewną odmiennością w funkcjonowaniu od osób typowych. Przejawia się w:

1. Jakościowych zmianach we wzajemnych interakcjach społecznych: trudnościach w reakcji na uczucia innych ludzi, trudności w modulacji zachowania w zależności od społecznego kontekstu, słabszym integrowaniu społecznych, emocjonalnych i komunikacyjnych aspektów zachowania.
2. Jakościowych zaburzeniach komunikacji: problemach w społecznym wykorzystaniu posiadanych umiejętności językowych, problemach w podejmowaniu zabaw opartych o wyobraźnię i społeczne naśladowanie, synchronizacji i wzajemności w dialogu słownym, słabej zmienności ekspresji języka.
3. Ograniczonych, stereotypowych wzorcach zachowań, zainteresowań i aktywności kompulsywnych lub rytualnych czynności takich, jak: stereotypie, schematyczne zachowania, sztywne trzymanie się ustalonego porządku, opieranie się zmianom.

Niniejsza praca opisuje wyzwania, jakie wiązały się z problematyką zespołu Aspergera w psychoterapii rodzic–niemowlę (*Parent–Infant Psychotherapy PIP*). Całościowe zaburzenia rozwojowe rzadko są diagnozowane już u niemowląt. W przedstawionym przypadku najmłodszy uczestnik terapii nie miał takiej diagnozy. Mimo to, już w momencie rozpoczęcia terapii odgrywała ona istotne znaczenie w jego życiu.

Na czym polega psychoanalityczna psychoterapia rodzic–niemowlę (*Parent–Infant Psychotherapy PIP*)?

Relacja z wczesnymi opiekunami jest bardzo istotna, wpływająca na rozwój dziecka na poziomie emocjonalnym, fizjologicznym i neuronalnym. Kształtuje wzorce przywiązania, które pozostają obecne w całym życiu człowieka oddziałując na to, w jaki sposób będzie wchodził w bliskie związki z innymi. Zakłócenia w relacji z najbliższymi opiekunami mogą skutkować problemami w rozwoju dziecka już w pierwszych miesiącach

jego życia. Niemowlę nie zna jeszcze słów, ale reaguje emocjonalnie, potrafi wysyłać sygnały do swoich najbliższych opiekunów i jest szczególnie wrażliwe na ich reakcje. Badania związane z mikroanalizą komunikacji „twarzą w twarz” niemowląt i ich matek [2, 3] wskazują na to, że już u czteromiesięcznych dzieci możliwy jest do przewidzenia przyszły wzorzec przywiązania i interakcji z rodzicem. Współczesna psychoterapia PIP korzysta z ww. rezultatów badań naukowych, kształtując u terapeutów nie tylko zdolność wnikliwej obserwacji bieżących interakcji między rodzicami a niemowlęciem, ale również kładąc nacisk na interwencje dotyczące przede wszystkim tego, co dzieje się pomiędzy członkami rodziny w pokoju terapeutycznym.

Psychoterapia PIP jest w Polsce oferowana od niedawna. Rozpoczyna się w okresie niemowlęcym życia dziecka (0–12 miesięcy). Sesje PIP odbywają się jednocześnie z udziałem terapeuty, dziecka i jego matki lub obojga rodziców. Sposób prowadzenia terapii zapewnia dziecku upodmiotowienie, terapeuta podczas interwencji zwraca się werbalnie nie tylko do rodziców, ale i do dziecka. Jednocześnie pozostaje uwrażliwiony na wszelkie sygnały niewerbalne, również na informacje pochodzące z własnego ciała oraz odczuwane przez siebie emocje. Miejsce, w którym odbywa się psychoterapia powinno być dostosowane do potrzeb dziecka — z reguły stanowi je specjalnie przystosowany pokój, w którym dorośli siadają na dywanie, a dziecko ma możliwość swobodnego poruszania się i przemieszczania w swoim rytmie, w sposób adekwatny do aktualnych możliwości rozwojowych.

We wzajemnej relacji rodzic–niemowlę istotne znaczenie odgrywa to, jak dziecko jawi się w umyśle rodziców. Reprezentacje światów matki i ojca są nie tylko zbiorem ich doświadczeń z przeszłości, ale w sposób nieświadomy dotyczą także ich emocji, wyobrażeń, kształtowanych oczekiwań wobec dziecka [4]. PIP stosuje myśl analityczną do tego, aby uchwycić doświadczenie afektywne oraz reprezentację rodzica i dziecka w ich relacji. Doprowadza do tego, że na potrzeby dziecka odpowiada uważny umysł dorosłego, co zapewnia dziecku najlepszy rozwój i przywiązanie.

Matczyne zaabsorbowanie, matczyne niepowodzenie i matczyzna ambiwalencja

PIP odnosi się do koncepcji analitycznych, które zostały sformułowane w odniesieniu do relacji niemowlęcia z matką. Niemniej, współcześnie coraz częściej korzysta również z wiedzy na temat niedocenianej przez lata relacji dziecka z ojcem, pojawiającej się coraz częściej jako temat aktualnych badań [5]. Istotnym pojęciem jest pierwotne matczyne zaabsorbowanie i matczyne zapatrzenie (*primary maternal preoccupation and maternal reverie*). Koncepcja ta, sformułowana przez Biona [6, 7] opisuje stan umysłu matki, rozpoczynający się w okresie późnej ciąży, gdy niemowlę znajduje się już w centrum jej emocjonalnego zaangażowania [8]. Jest to proces nieświadomy, pozwalający matce na zaakceptowanie specyficznych w tym okresie potrzeb niemowlęcia, które jest bezbronne i całkowicie zależne od opiekunów. Umożliwia wyobrażenie sobie jego doświadczenia emocjonalnego i cielesnego oraz nadanie mu znaczenia w taki sposób, aby dziecko czuło się „trzymane” i pomieszczane w umyśle matki. Matczyne niepowodzenie (*maternal failure*) oznacza niezdolność do matczynego zapatrzenia, dzięki któremu możliwe byłoby pomieszczanie emocji niemowlęcia przez matkę. Jest to intrapsychiczny proces w matce,

który może przejawiać się w projekcjach rzutowanych na dziecko. W rezultacie matka dostrzega w nim kogoś zupełnie innego niż ktoś, kim dziecko jest w istocie. Z reguły są to najbliższe osoby z własnej, trudnej przeszłości. Zaburza to u niemowlęcia proces „trwającego istnienia” (*ongoing being*) grożąc zniszczeniem jego self [7, 9]. Z kolei Winnicott [7, 10] wprowadził termin matczynej ambiwalencji (*maternal ambivalence*) rozumianej jako towarzyszące matczynej miłości momenty nienawiści, będącej nieuniknionym zjawiskiem charakterystycznym dla bardzo specyficznego okresu życia matki, w którym pojawienie się niemowlęcia wprowadza wyjątkową rutynę oraz ograniczenia. Jednocześnie wszystkie powyższe aspekty uwrażliwiają matkę na doświadczenia z jej własnego okresu niemowlęcego. Świadomość ambiwalencji powoduje, że matka jest w stanie tolerować pojawiające się negatywne uczucia wobec dziecka. Natomiast zaprzeczanie lub wypieranie emocji związanych z matczyną nienawiścią może zwiększać matczyną ambiwalencję w sposób niepożądany dla relacji matki z dzieckiem.

Niniejsza praca stanowi psychodynamiczną konceptualizację terapii niemowlęcia i jego rodziców. Istotną rolę odgrywają w niej hipotezy terapeutki dotyczące świadomych i nieświadomych elementów składowych relacji między rodzicem i niemowlęciem oraz występujących w niej problemów. Na ich podstawie formułowane są cele terapeutyczne oraz dobierane metody, jakimi można się posłużyć w ramach interwencji terapeutycznej. Hipotezy terapeutyczne są w trakcie terapii stale weryfikowane — kwestionowane i poddawane modyfikacjom, doprecyzowywane i rozwijane w miarę postępu procesu terapeutycznego. Obejmują przeciwprzeniesienie, obserwacje i interpretacje terapeutki.

Zgłoszenie

Do gabinetu ambulatoryjnie prowadzonej w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia psychoterapii PIP zgłosili się państwo A., rodzice z 5-tygodniowym synem — czwartym, najmłodszym w rodzinie. Zostali skierowani przez lekarza psychiatrę, który pracował w tej samej instytucji i opiekował się ich starszym synem, 14-letnim, leczonym w oddziale dziennym z diagnozą zespołu Aspergera (ZA). Takie rozpoznanie postawiono również najstarszemu 16-letniemu synowi, także w przeszłości leczonemu w tamtejszym oddziale. Państwo A. mieli jeszcze 2-letniego syna, który nie otrzymał dotąd diagnozy, jednak ich zdaniem już wykazywał specyficzne dla ZA zachowania, które w przeszłości były widoczne u starszych dzieci w pierwszych latach ich życia. Państwo A. zgodnie uważali, że cechy ZA przejawia również ojciec dzieci, który choć nie został nigdy zdiagnozowany, rozpoznawał u siebie specyficzny styl funkcjonowania społecznego. Relacjonował, że obecny sposób rozumienia i tworzenia relacji z ludźmi wymagał od niego wysiłku. Trudności jego dzieci były dla niego zrozumiałe, czuł się do nich w pewien sposób podobny. Starsi synowie otrzymali diagnozę ZA dopiero w wieku nastoletnim, choć z perspektywy rodziców, zwłaszcza matki, już od wczesnych lat przejawiali w swoim funkcjonowaniu trudności, których pokonywanie było dużym wyzwaniem i obciążeniem. Dodatkowo, po raz pierwszy w rodzinie, diagnoza ZA została postawiona w momencie wystąpienia poważnego kryzysu związanego ze zdrowiem najstarszego syna, który wiązał się z zagrożeniem jego życia i zdrowia. Dla rodziców, zwłaszcza dla ojca, istotna była informacja, że w psychoterapii

rodzic–niemowlę korzysta się z wiedzy opartej na badaniach naukowych. Odbierał ją jako „nowy program naukowy”, który da szansę jak najwcześniejszej profilaktyki problemów u niemowlęcia. Rodzice pragnęli dać swojemu najmłodszemu dziecku wszystko co najlepsze, aby uchronić je przed trudnościami wynikającymi z ZA.

Rodzina była pełna, zamieszkiwała razem. Pan A. pracował zawodowo, utrzymując całą rodzinę. Leczył się farmakologicznie z powodu depresji, a w niedalekiej przeszłości odbył własną psychoterapię. Pani A. z konieczności opieki nad najmłodszym dzieckiem przerwała pracę zawodową w ramach samozatrudnienia, nie była dotąd objęta indywidualną opieką psychoterapeutyczną, choć w trakcie spotkań często mówiła o takiej potrzebie.

Relacje pomiędzy matką, ojcem a niemowlęciem

Pani A. miała poczucie dużego obciążenia, zmęczenia. W momencie rozpoczęcia terapii była jeszcze w połogu (5 tygodni po porodzie). Jej stan fizyczny nie był dobry i wymagał rehabilitacji, niemożliwej dla niej do zorganizowania w sytuacji opieki nad niemowlęciem i pozostałą trójką bardzo absorbujących dzieci. Często zwracała uwagę na to, że zanim jej starszym dzieciom postawiono diagnozę ZA, wielokrotnie zastanawiała się, dlaczego nie może korzystać z życia tak jak inne matki, które łatwiej i swobodniej godziły macierzyństwo z pracą zawodową i dbaniem o własne potrzeby. Państwo A. nie mieli możliwości otrzymania pomocy własnych rodziców w wychowaniu dzieci, m.in. z powodu ich przewlekłych chorób oraz incydentalnych pogorszeń stanu zdrowia, okresowo wymagających hospitalizacji; jak również odległości, jaka ich dzieliła. W trakcie terapii PIP stan fizyczny pani A. uległ powolnej poprawie. Nadal jednak pozostawała zmęczona wieloma zadaniami i dodatkowymi obciążeniami, które na siebie przyjmowała. W tej sytuacji trudno było jej traktować potrzeby najmłodszego dziecka priorytetowo. Perspektywa wychowywania kolejnego dziecka z ZA wydawała się dodatkowo bardzo obciążająca. Odczuwała frustrację, ponieważ pragnęła powrócić do pracy zawodowej, co wydawało się w jej aktualnej sytuacji nierealne. Podczas sesji pani A. przejawiała dużą potrzebę mówienia o własnych obciążeniach. Poruszała wiele wątków. W takich chwilach bardzo często, choć trzymała dziecko blisko swojego ciała, była odwrócona od jego twarzy. Cały czas pozostawała jednak bardzo wyczulona na zdecydowane sygnały dziecka, zwłaszcza świadczące o zbliżającym się niebezpieczeństwie (np. upadek). Na każdy płacz syna reagowała natychmiast, przytulając go i pocieszając. Jedną z metod pocieszenia dziecka było karmienie piersią, na co chłopiec reagował wyraźnym ukojeniem, choć w późniejszym okresie terapii w chwili napięcia potrafił ugryźć pierś mamy.

Niemowlę podczas pierwszych sesji często spało w foteliku samochodowym, z którego rodzice nie wyjmowali go, aby się nie obudził. Na początku terapii spozstrzegali chłopca jako dziecko spokojne, „bezproblemowe”. Tematem, który budził emocje była kwestia ewentualnego rozpoznania zespołu Aspergera, która wydawała się przesłaniać zaciekawienie dzieckiem. Syn państwa A. wydawał się mało widoczny wobec powagi tej ewentualnej diagnozy. Oboje rodzice zaprzeczali stresowi, które może odczuwać dziecko. Negatywne uczucia dostrzegali dopiero u dzieci, które opanowały zdolność mowy i za pomocą słów były w stanie informować ich o swoim stanie emocjonalnym.

Chłopiec przez cały okres terapii starał się być blisko matki, często wręcz przywierając do niej. Reagował bardzo głośnym protestem i płaczem, gdy oddalała się od niego. Potrafił również bardzo gwałtownie płakać i krzyczeć w odpowiedzi na inne niepożądane sytuacje, np. ubieranie go w ciepłe ubrania przed wyjściem z gabinetu. Już we wczesnym etapie niemowlęcym wydawał się zainteresowany kontaktem z ludźmi. W miarę rozwoju, stopniowo coraz chętniej nawiązywał relacje — uśmiechał się i bardzo wyraźnie odpowiadał na reakcje terapeutki. Robił to z pewnego dystansu, pozostając bardzo blisko mamy. Gdy był starszy, zwłaszcza wtedy, gdy w pobliżu znajdowali się oboje rodzice, momentami przestawał reagować na terapeutkę, omijając ją i nie patrząc na nią. Gdy podczas sesji dorośli przestawali zwracać uwagę na sygnały od niego, kierował się do swojego lustrzanego odbicia, reagując na nie pozytywnie, uśmiechając się do niego, całując. Stopniowo, wraz z upływem czasu, przejawiał coraz więcej frustracji i zdecydowania. Podczas sesji chłopiec niechętnie wypuszczał zabawki z rąk, nawet jeśli interesowało go ich kilka, co utrudniało swobodną zabawę. Rodzice uważali, że dzieje się tak, ponieważ w domu rywalizował z nim starszy (2-letni) brat, który zabierał mu zabawki. Z drugiej strony można było interpretować tę sytuację jako próbę utrzymania przez dziecko tego, co jest dla niego ważne, a w każdej chwili może zniknąć, znaleźć się poza jego zasięgiem.

Pan A. przejawiał dużo entuzjazmu i radości w kontakcie z synem, który reagował spontaniczną radością, głośnym śmiechem. Jednak często, zwłaszcza podczas pierwszych spotkań, ojciec szybko stawał się odłączony. Często siadając wygodnie oparty o poduszki, zamykał oczy. Na uwagi żony odpowiadał, że nie śpi, lecz wszystkiego uważnie słucha. Podobnie reagował na uwagi, że spogląda w ekran telefonu komórkowego. Czasami mówił wprost, że czuje się niepotrzebny w tak intensywnej rozmowie żony i terapeutki.

Oboje małżonkowie mówili o istniejących problemach w komunikacji, poczuciu wzajemnego niezrozumienia i niedocenienia, co było widoczne podczas sesji. Gdy matka poruszała wiele wątków, ojciec reagował wyłączeniem. Gdy ojciec chciał coś powiedzieć, potrzebował zrobić to w sposób wyczerpujący i logiczny. Wymagało to silnego zaangażowania rozmówcy, dużo czasu i słów. Pani A. często nie była w stanie tego wytrzymać. Jednym z jej problemów w relacji z mężem była niesprawiedliwość w podziale obowiązków domowych. Pani A. czuła się obciążona nadmiernie nie tylko obowiązkami wynikającymi z prowadzenia domu, ale i „logistyką” związaną z próbą zaspokojenia potrzeb wszystkich dzieci. Jednocześnie trudno jej było pozwolić na to, aby mąż zrobił coś po swojemu, a nie według jej wytycznych. Nazywała siebie „domowym generałem”.

W stosunku do diagnozy zespołu Aspergera państwo A. wykazywali pewną ambiwalencję. Często o specyficznych cechach pana A. oraz starszych dzieci mówili w sposób ciepły i z humorem. Pan A. spostrzegał neuroatypowość jako pewien zasób, który może wiązać się z oryginalnym, a nawet lepszym niż u większości ludzi funkcjonowaniem w określonych sferach. Pani A. w chwilach złości na męża wyraźnie określała go jako kogoś, kto „przekazał gen ZA” dzieciom. Wskazywała na to, że to pan A., dążąc do zrealizowania marzenia o dużej rodzinie, zainspirował ją do urodzenia kolejnego dziecka, na którego wychowanie brakowało jej już sił i zasobów.

Nieświadomione konflikty wewnętrzne, które uruchamiały mechanizmy obronne u poszczególnych pacjentów oraz schematy radzenia sobie z nimi

Pani A. chciała być dobrą matką, która ma czas dla dzieci i jednocześnie dba o siebie. Nie mogła jednak tego zrealizować, ponieważ jej dzieci wymagały specjalnej troski i uwagi. Nie była w stanie zaspokoić ich wszystkich potrzeb, co wiązało się z silnym poczuciem winy. Momentami żałowała, że podjęła decyzję o byciu matką. Nie budziło wątpliwości to, że kochała wszystkie dzieci i bardzo jej na nich zależało. Jednocześnie chwilami unikała bliskości z nimi. Nie lubiła się z nimi bawić. Czasami nie była w stanie przytulić starszych dzieci. W okresie, w którym pojawiło się niemowlę, silnie ujawniły się jej własne potrzeby doznawania troski i opieki. Z relacji pani A. wynikało, że choć była jedynym dzieckiem swoich rodziców, w przeszłości nikt nie troszczył się o nią tak bardzo, jak ona troszczyła się o własne dzieci. Pani A. mówiła o małym wglądzie w to, co dzieje się z nią emocjonalnie. Miała świadomość tego, że często „odcina się” uczuciowo od tego, co dzieje się wokół niej. Izolacja uczuć była jej mechanizmem obronnym umożliwiającym wykonanie wielu zadań i wytrzymanie tego psychicznie. Nieświadomie stosowane mechanizmy obronne były związane z projekcją. Spostrzegала męża jako odrzucającego w stosunku do niej i „zakażającego” rodzinę. Przemieszczała na niego trudne emocje związane z lękiem i złością, które starała się wypierać w stosunku do dzieci. Najmłodszy syn był przez panią A. bardzo kochany, desperacko próbowała mu pomóc. Przez większość okresu trwania terapii PIP zaprzeczała odczuwaniu w stosunku do niego jakichkolwiek negatywnych emocji. Jednak w miarę rozwoju dziecka, coraz częściej zaczynało być ono przez nią spostrzegane jako ktoś, kto negatywnie ocenia jej działania. Nie tylko boleśnie wskazuje na to, że matka ponosi kolejną porażkę, ale momentami intencjonalnie przekracza jej granice, żeby ją do tej porażki doprowadzić.

Dziecko, które w trakcie terapii przestało być już niemowlęciem, nadal przywierało do matki, obawiając się, że ją straci emocjonalnie, będąc bardzo wyczulone na jej „znikanie” w sytuacjach, gdy była zaabsorbowana wieloma sprawami. Obawa o emocjonalną utratę rodziców pojawiała się także w sytuacji ich konfliktów, wzajemnych oskarżeń. Gdy wyglądało na to, że najbliższy opiekun może w każdej chwili zniknąć emocjonalnie, u dziecka pojawiała się poczucie chaosu. Gdy czuło zbyt dużo napięcia, zaczynało płakać. Zdarzały się chwile, w których uderzało głową o ścianę lub przedmioty w otoczeniu.

Pan A. chciał być obecny w życiu dzieci, również tych najmłodszych, które bardzo pragnął powołać na świat. Jednocześnie sam potrzebował opieki, struktury, ciepła emocjonalnego. Często koił się, przytulając dzieci. Znajdował się w trudnej sytuacji, ponieważ poprzez powołanie na świat kolejnych dzieci pragnął się zbliżyć do żony, a nie od niej oddalić. Relacjonował, że wychowanie dzieci to tylko etap przejściowy (niejako „anulując” obecne trudności), po którym pozostanie przy nim żona. O zespole Aspergera mówił z humorem i ciepłem, również w odniesieniu do siebie. Dużo racjonalizował, intelektualizował. Jednocześnie bronił się przed nieświadomym lękiem, że sprowadził na rodzinę nieszczęście w postaci kolejnych chorób i obciążeń. W większym stopniu niż żona wydawał się wyczulony na własne emocje. Gdy mechanizmy obronne związane z wyparciem zawodziły, osuwał się w ogarniające go depresyjne uczucia związane bezradnością.

Zasoby i zaangażowanie pacjentów

Rodzina posiadała wiele zasobów. Jej sytuacja, pomimo wyzwań życiowo-finansowych, pozostawała stabilna. Rodzice byli osobami wykształconymi, u najstarszych dzieci ujawniały się szczególnie zdolności intelektualne i muzyczne. Oboje rodzice kochali swoje dzieci, były one obecne w ich umysłach. Troszczyli się o nie tak, jak potrafili. Korzystali ze swojego wcześniejszego doświadczenia bycia rodzicami małych dzieci w okresie, gdy ich starsi synowie byli w obecnym wieku młodszej dwójki. Pamiętali, jakim kryzysem był dla nich tamten czas i w jaki sposób udało im się przez niego przejść. Mimo konfliktów małżeńskich, w rodzinie pojawiało się ciepło emocjonalne. Zasobem było poczucie humoru, które momentami wydawało się specyficzne, w jego ramach rodzice przyjaźnie odnosili się do objawów zespołu Aspergera, które charakteryzowały mężczyzn w rodzinie. Z relacji rodziców wynikało również, że starsi synowie czule odnoszą się do młodszych braci i chętnie uczestniczą we wspólnych, rodzinnych chwilach.

Bardzo ważnym zasobem posiadanym przez najmłodszego pacjenta była chęć nawiązywania relacji i responsywność w kontaktach z innymi ludźmi. Zasobem, który ujawniał się w pokoju terapeutycznym, była dla dziecka również możliwość doświadczania własnej przestrzeni w kontakcie z rodzicami, bez fizycznej obecności rodzeństwa.

Rodzice przejawiali ambiwalencję w kwestii motywacji do terapii. Zależało im na spotkaniach, ale wycofywali się z nich z powodu własnych obciążeń. W trakcie psychoterapii przeżywali również choroby dzieci. Najtrudniejszym okresem był nagły stan zagrożenia życia chorego na zapalenie oskrzeli niemowlęcia, który udało się opanować matce przy pomocy najstarszego syna. Matka była osobą najbardziej zaangażowaną w spotkania, uczestniczyła we wszystkich, również tych, w których inni uczestnicy nie mogli w pełni (śpiące dziecko) lub w ogóle (nieobecność męża) wziąć udziału. Czasami zdarzało jej się odwoływać sesje otwarcie mówiąc, że była w stanie przyjechać, ale zdecydowała, że inne sprawy, bardziej istotne, będą na pierwszym miejscu. Rodzina miała kłopot z rozpoczęciem sesji o wyznaczonym czasie. W trakcie terapii zdarzały się również sesje odwoływane przez terapeutkę z powodu jej choroby lub urlopu. Chociaż nie działo się to często, bardzo wpływało na zaburzenie settingu spotkań.

Reakcje przeciwprzeniesienia terapeutki

W terapeutce pojawiało się dużo ciepłych uczuć wobec całej rodziny. Miała potrzebę zaopiekowania się każdym, kto tego potrzebował i dla kogo można było być ważnym i potrzebnym. Momentami czuła złość w związku z częstymi spóźnieniami, opuszczeniem sesji, nieobecnością ojca; choć jednocześnie starała się rozumieć obciążenia rodziny, współczuła rodzicom trudnych sytuacji związanych z lękiem o zdrowie zarówno ich dzieci, jak i ich rodziców. Odczuwała niepokój, gdy pojawiały się informacje o pogorszeniu zdrowia najmłodszego pacjenta. Poruszanie trudnych, bolesnych tematów było utrudnione przez poczucie winy przejawiane głównie wobec matki dziecka za jej „naruszanie”, robienie jej przykrości oraz wobec obojga rodziców za robienie z nich „złych rodziców”. Dziecko w terapeutce wzbudzało zaciekawienie, radość i czułość, gdy się do niej uśmiechało. Natomiast było jej smutno, gdy się wycofywało z kontaktu i przestawało na nią patrzeć.

Hipotezy terapeutki

Wszystkie powyższe etapy konceptualizacji doprowadziły do sformułowania następujących hipotez weryfikowanych w trakcie trwania terapii:

1. Rodzice odczuwają nieświadomie lęk przed tym, że stanowią zagrożenie dla swoich dzieci i z tego powodu czują się winni. Ten lęk zabiera przestrzeń dla dziecka, które nie może być w pełni widziane. Rodzice nie chcą tego widzieć i angażują się we wzajemny konflikt.
2. Ambiwalencja matczyna u pani A. wzrasta, gdy pojawiają się momenty trudnych emocji w stosunku do dziecka, których ona nie akceptuje.
3. Podczas poruszania ww. tematów związanych z lękiem i ambiwalencją rodzice reagują różnymi rodzajami wycofania z rozmowy o najboleśniejszych emocjach — np. matka reaguje na to „zagadując” emocje, w niektórych momentach rodzice kłócą się, tracąc z pola uwagi dziecko. Reagują też w sposób bierny — spóźniają się na sesje lub nie docierają na nie w ogóle, tłumacząc, że mieli inne priorytety.
4. Dziecko próbuje „przebić się” do rodziców, czując lęk, że może ich w każdej chwili emocjonalnie utracić. Gdy nie odpowiadają na jego starania, ma poczucie chaosu.

Cele terapii

Wstępny cel terapii był diskutowany z rodzicami, choć ustalenie go stanowiło wyzwanie. Rodzice nie byli pewni, na jaki rodzaj pomocy mogą liczyć, jeszcze w trakcie psychoterapii wracali do pojęcia „nowego programu naukowego”, pytali, czy częścią opieki będzie diagnostyka psychologiczna dziecka. Od początku rozpoczętej psychoterapii PIP mówili jednak zgodnie o tym, że pragną zapewnić dziecku jak najlepszą profilaktykę w sytuacji możliwego rozwoju zespołu Aspergera. W późniejszym okresie terapii jako jeden z ważnych celów określili minimalizowanie wpływu na dziecko ich wzajemnego konfliktu i wynikającego z niego napięcia.

Z perspektywy terapeutki cele zostały sformułowane kompatybilnie z przedstawionymi wyżej i weryfikowanymi w trakcie spotkań hipotezami. Przedstawiały się następująco:

1. Pomóc rodzicom dostrzec potrzeby swojego dziecka poza kwestią rozważania ewentualnej przyszłej diagnozy zespołu Aspergera oraz wzajemnym konfliktem.
2. Pomóc dziecku być „widocznym”, pierwszoplanowym oraz przyjętym emocjonalnie przez dorosłych takim, jakie jest.
3. Zmniejszyć matczyną ambiwalencję. Poruszać i pogłębiać z matką tematy pojawiających się negatywnych uczuć do dziecka. Jednocześnie wpływać na zwiększenie poczucia przyjemności przebywania z dzieckiem.

Forma interwencji terapeutycznych

Stałym wyzwaniem w procesie psychoterapii rodziny A. było ustalanie priorytetów. Wiązało się to z tworzeniem przestrzeni na terapię w sytuacji ograniczeń rodziców, na przykład organizowaniem spotkań zdalnych, gdy nikt nie mógł przyjechać na sesję. W sy-

tuacjach wyjątkowych, w miarę możliwości, terapeutka proponowała „zastępcze” terminy spotkań. Jedną z interwencji związanych z ustalaniem priorytetów przez rodziców było zwracanie im uwagi na spóźnienia skutkujące mniejszą ilością czasu dla dziecka w sposób możliwie empatyczny. Ważne było także zadbanie o plan zakończenia terapii.

Częstą formą interwencji podczas sesji PIP było zatrzymywanie rodziców. Terapeutka starała się ograniczać wielowątkowość matki i kierować jej uwagę na pogłębianie tematów. Podczas sesji z obojgiem rodziców terapeutka próbowała zwiększać obecność ojca w rozmowach. Interwencje związane z zatrzymywaniem były kierowane również do obojga rodziców w celu kierowania ich uwagi na reakcje dziecka, bycie dla nich lustrem tego, co się dzieje w ich relacji z dzieckiem w pokoju terapeutycznym. Przełomową sesją było spotkanie, podczas którego rodzice uświadomili sobie, w jaki sposób czuło się ich dziecko w sytuacji, gdy nie mogli dostrzec go, przeżywając silne emocje związane z kierowaniem do siebie wzajemnie różnych oskarżeń. Terapeutka opisała rodzicom krok po kroku, co robiło dziecko, do kogo i w jaki sposób podchodziło, jak reagowało, gdy żadne z rodziców nie odpowiadało na jego sygnały. Spotkanie to było dla nich bardzo silnym, wstrząsającym przeżyciem emocjonalnym. Jednocześnie byli w stanie wyrazić wdzięczność za to doświadczenie i to, co dzięki niemu zyskali.

Sposób pracy terapeutki, głównie podczas sesji, na których obecna była matka z niemowlęciem, dotyczył również modelowania form kontaktu z dzieckiem. Terapeutka w sposób pozytywny zwracała uwagę na wzajemny kontakt matki i dziecka „twarzą w twarz”. Wspierała matkę w podejmowaniu zabawy z dzieckiem, czasem modelowała sposób zabawy, starała się dostrzegać i wzmacniać wszelkie przejawy radości z wzajemnej aktywności. Interwencje terapeutyczne były skierowane na odczuwanie większej przyjemności z kontaktem z dzieckiem.

Ważnym elementem terapii była praca z matczyną ambiwalencją — dotarcie do negatywnych uczuć w stosunku do najmłodszego dziecka, zatrzymywanie się na bolesnych, trudnych do zaakceptowania tematach i pogłębianie ich. Trudne zaprzeczane wewnętrznie „tematy tabu” mogły zacząć pojawiać się dopiero wówczas, gdy matka dziecka uzyskała przestrzeń do mówienia o swoich potrzebach i uczuciach w sposób pozwalający na pogłębianie jednego bolesnego wątku, rezygnując z wielu powierzchownie poruszanych, z jednoczesnym utrzymywaniem w jej umyśle najmłodszego dziecka.

Zakończenie terapii

Psychoterapia rodzic–niemowlę rodziny A. zajęła 40 sesji. Gdy została rozpoczęta dziecko miało 5 tygodni, a w momencie zakończenia — 17 miesięcy. W pewien sposób czas zakończenia PIP jest wyznaczony wiekiem dziecka, które przestaje być już niemowlęciem i wkracza w nowy etap rozwojowy. Czują to wszystkie osoby obecne na sesji. Specjalnie przystosowany do terapii rodzic–niemowlę pokój przestaje być już „wystarczający” dla dziecka starszego, które ma coraz większą potrzebę eksplorowania otoczenia. W przypadku rodziny A. ustalenie zakończenia terapii stało się wyzwaniem. Na tym etapie po raz kolejny zaburzony został setting spotkań. Rodzice z różnych powodów odwoływali kolejne spotkania, czym wydawali się „przedłużać rozstanie”. Jednocześnie biorąc pod uwagę

zgodne z rozwojem potrzeby dziecka (ruchu i eksploracji) mało możliwe do zrealizowania wydawało się już spotkanie online. Z kolei terapeutka, choć od trzech miesięcy omawiała z rodziną kwestię zakończenia terapii, nie zdążyła wyznaczyć konkretnej daty zakończenia spotkań. Gdy jednak data została określona, odbyły się dwa spotkania kończące terapię z udziałem wszystkich jej uczestników.

W trakcie terapii zaszło wiele zmian w życiu rodziny A. Dziecko osiągnęło nowy etap rozwoju. Pod koniec spotkań terapeutycznych zaczęło uczęszczać do żłobka, w którym adaptacja przebiegała powoli, ale spokojnie. Rodzice okazali dużo troski o to, aby zmiany w życiu dziecka związane z separacją i wejściem w nowe środowisko nie przebiegały zbyt gwałtownie. Dziecko było zaprowadzane do żłobka w określone dni, na krótki czas. Podczas pierwszych spotkań towarzyszyła mu matka. Jeszcze wcześniej w domu zaczęła pojawiać się opiekunka. Stała się nią znana wcześniej dzieciom sąsiadka, w wieku emerytalnym, właściwym babci, której opieki nie mogły doświadczać na co dzień. To dawało matce przestrzeń na zajęcie się ważnymi sprawami, również kwestiami istotnymi dla jej zdrowia. Zauważalna była coraz lepsza umiejętność matki, aby odpuścić sobie branie dodatkowych obciążeń, odpocząć i zająć się potrzebami najmłodszego dziecka. Pani A. doświadczała coraz więcej momentów, w których czuła pozytywne emocje, patrząc na radość swojego dziecka, gdy dobrze się bawiło. Chwilami odczuwała przyjemność ze wspólnej zabawy. Pan A., aby móc spędzać codziennie więcej czasu z najmłodszymi dziećmi, przeorganizował swój tryb pracy w taki sposób, że wracał do domu wcześniej, choć wiązało się to ze wstawaniem do pracy bardzo wcześnie rano. Najistotniejszym osiągnięciem w terapii PIP z perspektywy rodziców stało się to, że nauczyli się lepiej rozumieć swoje dziecko i dostrzegać jego potrzeby. Najmłodszy syn wydawał się bardziej „widoczny” w umyśle rodziców. Przestał jawić się jako „bezproblemowe, zawsze radosne” dziecko. Stał się chłopcem bardzo podkreślającym swoje potrzeby, stawiającym czoła starszemu bratu, podejmującym zdecydowane decyzje, które nie zawsze były przyjemne dla rodziców i czasami wymagały stawiania dziecku granic. Jednocześnie rodzice wydawali się dumni z jego osiągnięć i cieszyli się ze wspólnych chwil z dzieckiem.

Pod koniec terapii widmo zespołu Aspergera jawiło się już blade. Rodzice mieli mniejszą potrzebę poruszania tego tematu i mówili o nim z mniejszym napięciem. W momencie zakończenia terapii ich prawie 3-letni syn był psychologicznie diagnozowany w kierunku zespołu Aspergera. W stosunku do najmłodszego dziecka rodzice byli w stanie spokojniej przyjmować to, co przynosił czas, bez nadmiarowego lęku, że aktualnie powinni dostrzec w nim coś, co wymagałoby interwencji. Jednocześnie, przez cały okres terapii rodzice kształtowali pozytywny obraz zespołu Aspergera jako charakteryzującego rodzinę, nadającego jej szczególne cechy. Czasami przypominało to śmiech przez łzy — wiązało się z uruchamianiem poczucia humoru, pozwalając na ukazywanie tych cech w sposób szczerzy, odsłaniający, a jednocześnie ciepły i czuły. Diagnoza, która z jednej strony wiązała się z lękiem i obciążeniem, z drugiej strony wydawała się jednoczyć całą rodzinę, dając jej wyjątkowe możliwości.

Piśmiennictwo

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Kraków, Vesalius, 2000.
2. Beebe B, Lachman F, Markese S, Bahrck L. On the origins of disorganized attachment and internal working models: Paper I. *Psychoanalytic dialogues* 2012; (22): 253–272. DOI: 10.1080/10481885.2012.666147.
3. Beebe B, Steeleb M. How does microanalysis of mother–infant communication inform maternal sensitivity and infant attachment? *Attachment & Human Development* 2013; 15(5–6): 583–602. DOI: 10.1080/14616734.2013.841050.
4. Joyce A. Relacja rodzic–niemowlę a zdrowie psychiczne niemowlęcia. W: Baradon T, Biseo M, Broughton C, James J, Joyce A. *Psychoanalityczna terapia rodzic–niemowlę. Siła więzi*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2023, s. 46–89.
5. Baradon T. Ojcowie. W: Baradon T, Biseo M, Broughton C, James J, Joyce A. *Psychoanalityczna terapia rodzic–niemowlę. Siła więzi*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2023, s. 229–239.
6. Bion W. A theory of thinking. *International Journal of Psychoanalysis* 1962; 43: 306–310.
7. Baradon T. What is genuine maternal love? Clinical considerations and technique in psychoanalytic parent–infant psychotherapy. W: *The psychoanalytic study of the child*. New Heaven and London: Yale University Press; 2005, s. 47–72.
8. Leff JR. Primary maternal persecution. W: *Forensic psychotherapy and psychopathology*. London: Routledge; 2001, s. 27–40.
9. Silverman RC, Liberman AP. Negative maternal attributions, projective identification and the intergeneration transmission of violent relation patterns. *Psychoanalytic Dialogues* 1999; 9(2): 161–186.
10. Winnicott DW. Hate in the countertransference. *Int. J. Psychoanal.* 1949; (30): 69–74.

Adres e-mail: agnieszka.kalwa@centrumzagorze.pl

KOMUNIKATY LATO 2024

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. Szczęśliwieckiej 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 eKropka i Stowarzyszenie 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 Auditorium Maximum odbędzie się Międzynarodowa Konferencja XXII World Congress of Medical and Clinical Hypnosis, organizowana przez Fundację Polskiego Instytutu Ericksonowskiego oraz The International Society of Hypnosis i Klinikę Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego pt.: **„Cooperation in hypnosis. Challenges and benefits”**. Informacje i zapisy: <https://www.hypnosis2021.com.pl/>.

W dniach 14–16 czerwca 2024 r. w Warszawie odbędzie się V Międzynarodowa Konferencja organizowana przez Polskie Stowarzyszenie Integracji Psychoterapii pt.: **„Relacja, która leczy”**. Informacje i zapisy: <https://conference.psip.org.pl/>.

15 czerwca 2024 r. w Warszawie odbędzie się XX Konferencja Naukowa Instytutu Analizy Grupowej „Rasztów” pt.: **„Czy gramy w jednej orkiestrze? Między dysonansem i harmonią”**. Informacje i zapisy: <https://konferencja.iagr.pl/>.

W dniach 21–23 czerwca 2024 r. w Poznaniu odbędzie się międzynarodowa konferencja z okazji XX-lecia Pracowni HUMANI pt.: **„Psychoterapia dzisiaj — człowiek, pacjent, mentalizacja, zaufanie. Jak rozwija się psychoterapia i jak pomaga zdrowieć?”**. Informacje i zapisy: <https://konferencja.humani.pl/o-konferencji-humani-psychoterapia/>.

W dniach 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.fundacijakontekst.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 Different World? Psychoanalytic Psychotherapy and Relatedness in Stormy Times”**. Informacje i zapisy: <https://efpp-conference2024.com/>.

W dniach 10–12 października 2024 r. w Katowicach odbędzie się Kongres ESTD pt.: **„Od diagnozy do leczenia: rozpoznawanie traumy złożonej i dysocjacji”**. Informacje i zapisy: <https://e-psyche.eu/konferencja-katowice/>.

W dniach 25–27 października 2024 r. w Katowicach, w Międzynarodowym Centrum Kongresowym, odbędzie się Konferencja Trzech Sekcji Psychoterapii — wydarzenie skupi się wokół tematu **„Ciało w psychoterapii”**. Informacje: <https://trojkonferencja2024.pl/>.
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-psykiatria.pl/>.

15 listopada 2024 r. odbędzie się online pierwsza konferencja Centrum Wspierania Relacji we współpracy z Fundacją Wspierania Integracji Społecznej OMNES SIMUL oraz Uważną Pracownią Terapii pt.: „**Neuroróżnorodność w psychoterapii**”. Informacje i zapisy: https://www.facebook.com/events/1028162812041659/?active_tab=about

W dniach 23–24 listopada 2024 r. we Wrocławiu odbędą się **VIII Śląskie Warsztaty Psychoterapii** pt.: „**Oblicza lęku w psychoterapii**”. Informacje i zapisy: https://www.psychoterapia-silesia.org.pl/stowarzyszenie_psychoterapeutow_slaskie_warsztaty_psychoterapii_2024.html

6 grudnia 2024 r. w Gdańsku odbędzie się **XV Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa z cyklu „Teoria i praktyka terapeutyczna”** pt.: „**Miłość — nienawiść w relacji psychoterapeutycznej**”, organizowana przez Gdański Ośrodek Pomocy Psychologicznej dla Dzieci i Młodzieży w imieniu Prezydenta Miasta Gdańska wraz z Instytutem Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego oraz Fundacją Psychologiczną. Informacje i zapisy: <https://konferencja.raclawicka.gda.pl/>.

7 grudnia 2024 r. odbędzie się w Gliwicach I Konferencja Naukowa z cyklu Mapa Terapii Rodzin pt.: „**Dziecko w terapii rodzin. Konteksty rozwojowe i problemowe**”. Informacje i zapisy: <https://mapaterapiirodzin.pl/>.

W dniach 4–6 kwietnia 2025 r. w Europejskim Centrum Solidarności w Gdańsku odbędzie się VI Konferencja Superwizorów pt.: „**Rola superwizora w realizowaniu standardów terapii szkoleniowej**”. Informacje: <https://sekcjanaukowapsychoterapii.org/vi-konferencja-superwizorow/>.

23 maja 2025 r. odbędzie się w Gdańsku, w Europejskim Centrum Solidarności oraz online, **VIII Międzynarodowa Konferencja Psychotraumatologiczna** pt.: „**Losy ludzkich pragnień i miłości w obliczu traumy**”, organizowana przez Fundację Pomorskie Centrum Psychotraumatologii w Gdańsku oraz Centrum Psychoterapii Zintegrowanej w Monachium we współpracy z Europejskim Centrum Solidarności, a także Polską Federacją Psychotraumatologii. Informacje i zapisy: <https://www.psychotraumatologia.com.pl/konferencja-2025.html>.

W dniach 25–28 czerwca 2025 r. w Krakowie w Auditorium Maximum UJ odbędzie się światowy kongres **Society for Psychotherapy Research (SPR)**. Głównym organizatorem będzie Katedra Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Informacje: https://www.psychotherapyresearch.org/events/event_list.asp, <https://psychoterapia.wl.cm.uj.edu.pl/pl/swiatowy-kongres-society-for-psychotherapy-research-spr-w-2025/>.

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 pomagają 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 trjkonferencja2024.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.psychoterapiapt.pl, zawierającej teksty w języku polskim, streszczenia w języku angielskim, a od 2016 roku także angielskie wersje artykułów. Publikowane teksty poddawane są anonimowym recenzjom, przez co najmniej dwóch recenzentów. Czasopismo jest indeksowane w uznanych bazach danych Scopus, ERIH Plus, Index Copernicus, MNiSW, a w 2016 r. znalazło się na liście kandydackiej Emerging Sources Citation Index i EBSCO.
3. Redakcja przyjmuje do druku
 - *Prace oryginalne (ilościowe i jakościowe)*
 - *Prace przeglądowe*
 - *Prace poglądowe*
 - *Opisy przypadków*
 - *Krótkie doniesienia*
 - *Notatki kronikarskie i informacyjne (w tym sprawozdania), omówienia książek, komunikaty*
 - *Listy do redakcji*
 - *Problemy dyskusyjne, polemiki*

związane z szeroko pojętym obszarem oddziaływań psychoterapeutycznych.

Tematyka poruszana w czasopiśmie:

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

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

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

- ski. Poniżej należy wpisać słowa klucze (nie więcej niż trzy), podobnie w angielskiej wersji tekstu.
6. Procedury badawcze i analizy statystyczne powinny być opisane w sposób umożliwiający ich odtworzenie (replikację). W opisie należy uwzględnić liczebność i charakterystykę badanej grupy, zastosowane metody i narzędzia badawcze oraz wskazać, jakie testy statystyczne wykorzystano do poszczególnych analiz i jaki poziom istotności statystycznej przyjęto. Mile widziane jest wykorzystanie miar wielkości efektu i przedziałów ufności w opisie wyników. Wskaźnikom tendencji centralnych (średnie, mediany) powinny towarzyszyć odpowiednie miary zmienności. Należy stosować adekwatny do pomiaru poziom dokładności prezentowanych wyników. Dla wartości p (prawdopodobieństwa testowego) minimalny i zalecany poziom dokładności to trzy miejsca dziesiętne. Wartości współczynnika korelacji oraz p zaleca się prezentować bez początkowego zera.
 7. Objętość — łącznie z rysunkami, tabelami, wykazem piśmiennictwa i streszczeniem — nie może przekraczać dla prac oryginalnych, poglądowych i kazuistycznych 20 stron, doniesień tymczasowych i listów do redakcji 5 stron, omówień książek, notatek kronikarskich, informacyjnych i in. 2 stron znormalizowanego maszynopisu (strona — 1800 znaków ze spacjami; marginesy — górny, dolny, lewy i prawy 2,5 cm; podwójna interlinia; wyrównane do lewej strony; czcionka Times New Roman 12 pkt).
 8. Prace należy przygotować w formie elektronicznej (Word dla Windows).
 - W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami).
 - Tekst powinien być zapisany w kolorze jednolitym czarnym. Należy usunąć z niego wszystkie kolorowe zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze.
 - Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows, a wykresy w programie Word lub Excel. Szerokość tabel i rysunków nie może przekraczać 12,5 cm (szerokość łamu czasopisma). W tabelach i opisach rysunków należy używać pisma Arial Narrow CE wielkości 10 punktów.
 - Ilustracje półtonowe należy zapisać w formacie TIFF lub EPS (odcienie szarości, rozdzielczość 300 dpi), w proporcjach, w jakich mają być drukowane.
 - W wypełnieniach wykresów nie należy używać kolorów, tylko odcieni szarości lub czarno-białych wypełnień. W wykresach liniowych należy używać czarno-białych znaczników linii przewidzianych przez programy.
 - Liczba tabel, wykresów i rysunków powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.
 9. Artykuł należy zamieszczać w dwóch wersjach: a) **podstawowej** (w pełni zanonimizowanej; zawierającej tylko treść pracy, tabele i ryciny oraz spis piśmiennictwa, na potrzeby recenzowania) i b) **redakcyjnej** (oryginalny plik pracy zawierający wszystkie elementy, w tym dane osobowe, afiliację, adres e-mail — nie dla recenzentów).
 - W nazwie pliku należy wyraźnie zaznaczyć jego typ i datę powstania (np. skrócony tytuł pracy_podst_14.10.2017, skrócony tytuł pracy_red_14.10.2017).
 - Z właściwości pliku należy usunąć dane osobowe autora.
 10. Prosimy o zachowanie w ostatecznych wersjach tekstu (w obu językach) prawidłowego porządku piśmiennictwa w standardzie Vancouver. W celu uzyskania zwię-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



KOTERAPIA W TERAPII PAR I RODZIN

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

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

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

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

Powiedzą o tym zaproszeni prelegenci:

Ryszard Chłopek z Ośrodka Terapii Rodzin i Par w Gliwicach.

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

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

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

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

KONFERENCJĘ NAUKOWĄ TAJEMNICE W PSYCHOTERAPII

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

Komitet Naukowo-Organizacyjny Konferencji:

Przewodniczący: **mgr Ryszard Izdebski**

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

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

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

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

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

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

cena 35 zł (w tym 5% VAT)



9 770239 417207