

KWARTALNIK NR 3 (210) 2024

PSYCHOTERAPIA



Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne



Uniwersytet Jagielloński
w Krakowie
Collegium Medicum

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

PSYCHOTERAPIA

NR 3 (210) 2024

Impact Factor — 0,2
Liczba punktów MNiSW — 40

Spis treści

Od Redakcji	3
Zjawisko niejednoznacznej utraty: terapia pary w sytuacji choroby zagrażającej życiu Bernadetta Janusz, Karolina Dejko-Wańczyk.....	5
Śnienie jako źródło procesów przekształceniowych wg Wilfreda R. Biona. Analiza psychoterapeutycznych zmagających pani Ines w osiągnięciu indywidualności Beata Mirucka, Alicja Wnuczek-Michalczyńska	17
Stawanie się sobą — analiza egzystencjalna w psychoterapii osoby z traumą relacyjną Agnieszka Nowakowska, Dorota Draczyńska	33
Terapie wywodzące się z psychoanalizy jako terapie wsparte empirycznie Marta Szpak	45
Komunikaty	61
Procedura publikowania w „Psychoterapii”	63

KRAKÓW — JESIEŃ 2024

KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor	Mariusz Furgal
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

Komitety Redakcyjno-Wydawnicze 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

Niedawno odbyliśmy kolejną jesienną trójkonferencję obfitującą w dziesiątki inspirujących spotkań i różnorodnych podejść do tematyki „Ciała w psychoterapii”. Poszukiwanie rozwiązań kartezjańskiej dychotomii prowadziło przedstawicieli naszego środowiska do zróżnicowanych sposobów uwzględniania cielesności w przebiegu procesu psychoterapii. Odnoszono się do ciała jako nośnika pamięci traum, zwracano uwagę zarówno na potencjał pracy z ciałem, jak również na wynikające z niego ograniczenia dla obu podmiotów spotkania. Mam nadzieję, że setki uczestników tej konferencji, sięgając do lektury naszego kwartalnika, znajdą w jego treści dalsze odpowiedzi na nurtujące dylematy spotykane w codziennej praktyce, podczas kolejnych spotkań terapeutycznych.

Otwieramy jesienny zeszyt artykułem Bernadetty Janusz oraz Karoliny Dejko-Wańczyk zatytułowanym „Zjawisko niejednoznacznej utraty: terapia pary w sytuacji choroby zagrażającej życiu”. Opisuje on pracę terapeutyczną z parą w kontekście przewlekłej i zagrażającej życiu choroby jednego z partnerów. Artykuł zawiera koncepcję niejednoznacznej utraty autorstwa Pauline Boss charakteryzującej się niepewnością, podatnością na zranienie oraz nieprzewidywalnością. Uwzględnianie tego pojęcia w terapii systemowej pozwala lepiej rozumieć przebieg procesu oraz pojawiające się zakłócenia.

Inspirującym materiałem do analizy wydaje się artykuł Beaty Miruckiej i Alicji Wnuczek-Michalczewskiej: „Śnienie jako źródło procesów przekształceniowych wg Wilfreda R. Biona. Analiza psychoterapeutycznych zmagających pani Ines w osiągnięciu indywidualności”. Autorki przedstawiają w nim podstawowe założenia teoretyczne Biona: prezentują, jak myślenie przekształceniowe przeformułowuje znaczenie przeżytego i przyniesionego doświadczenia w nowe kategorie, przy okazji ustanawiając nowy sposób organizowania kolejnych doświadczeń. W przebiegu procesu terapeutycznego terapeuta, pracując nad analizą treści snów, wprowadza do świadomości efekty nieświadomej pracy psychicznej analizowanego. Prezentowany artykuł zawiera fragmenty sesji terapeutycznych poddane transkrypcji, opatrzone komentarzami terapeutki oraz pacjentki. Jest to opis zakończonej dwuletniej terapii dotyczącej problematyki separacji i indywidualności.

Kolejnym przykładem pracy terapeutycznej nad tematyką separacji i indywidualności jest artykuł Agnieszki Nowakowskiej oraz Doroty Draczyńskiej pod tytułem: „Stawanie się sobą — analiza egzystencjalna w psychoterapii osoby z traumą relacyjną”. Zawiera opis pracy z 25-letnią pacjentką powracającą z zagranicznego pobytu do domu rodzinnego. Konceptualizując jej traumę relacyjną analityk dąży do wzmocnienia czy odbudowania czterech fundamentalnych motywacji dotyczących: rzeczywistości, relacji, siebie oraz poczucia sensu. Obserwowana w trakcie analizy zmiana w każdej z nich prowadzi do budowania lub wzmacniania relacji z samym sobą oraz światem. Analiza pomaga wyposażać w narzędzia umożliwiające dialog wewnętrzny oraz uczy akceptacji rzeczywistości, nadawania sensu i celu życia.

Ostatnia zamieszczona w tym numerze praca to artykuł Marty Szpak zatytułowany: „Terapie wywodzące się z psychoanalizy jako terapie wsparte empirycznie”. Autorka przytacza w nim zestawienia licznych metaanaliz w oparciu o kryteria Amerykańskiego

Towarzystwa Psychologicznego, wykazując dobitnie, iż rodzina terapii psychoanalitycznych, psychodynamicznych wprowadza istotne zmiany leczonych pacjentów, wykazywane w obiektywnych badaniach, w tym randomizowanych. Publikowane badania opisują zmiany zarówno w zakresie symptomów, jak i poziomu funkcjonowania. Badania obejmowały różne kategorie nozologiczne, wykazując znacząco pozytywny wpływ tej rodziny terapii w leczeniu: zaburzeń depresyjnych, zaburzeń osobowości oraz zaburzeń pod postacią somatyczną. Uwzględniano również utrzymywanie się pozytywnych zmian w okresie katamnetycznym.

Kończąc, zachęcam naszych Czytelników do dzielenia się własnymi doświadczeniami oraz wspierania toczących się prac zespołu pracującego nad prawnym uregulowaniem zawodu psychoterapeuty.

Stanisław Maj

Bernadetta Janusz¹, Karolina Dejko-Wańczyk²

ZJAWISKO NIEJEDNOZNACZNEJ UTRATY: TERAPIA PARY W SYTUACJI CHOROBY ZAGRAŻAJĄCEJ ŻYCIU

THE PHENOMENON OF AMBIGUOUS LOSS: COUPLES THERAPY IN THE CONTEXT OF LIFE-THREATENING ILLNESS

¹Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii,
Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej

²Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii,
Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

**ambiguous loss
anticipated loss
couples therapy**

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest omówienie zjawiska antycypowanej utraty oraz przedstawienie propozycji pracy terapeutycznej z parą w kontekście przewlekłej lub zagrażającej życiu choroby jednego z partnerów. W pierwszej części artykułu wprowadzamy antropologiczną koncepcję stanów liminalnych, to jest sytuacji przejściowych związanych ze zmianą życiowego statusu. Jest ona punktem wyjścia do omówienia psychologicznej sytuacji pary, która pojawia się w reakcji na diagnozę choroby u jednego z partnerów. Następnie prezentujemy koncepcję niejednoznacznej utraty (ang. ambiguous loss) autorstwa Pauline Boss, amerykańskiej badaczki i terapeutki rodzinnej. Koncentrujemy się na przedstawieniu zjawiska w relacyjnej i emocjonalnej przestrzeni pary intymnej. W drugiej części pracy opisujemy zjawisko antycypowanej utraty (ang. anticipated loss). Jest to szczególnie typ niejednoznacznej utraty, który uwydatnia złożone procesy emocjonalne i relacyjne pojawiające się w okresie poprzedzającym spodziewaną śmierć partnera lub partnerki. Prezentację materiału teoretycznego uzupełniamy fragmentem sesji terapii pary obrazującym specyfikę pracy terapeutycznej w kontekście antycypowanej utraty. Podsumowanie pracy zawiera wskazówki dotyczące terapeutycznej pracy z parą w opisaną sytuację.

Summary

The aim of this paper is to discuss the phenomenon of anticipated loss and to propose therapeutic interventions with couples dealing with a chronic or life-threatening illness of one partner. In the first part of the article, we introduce the anthropological concept of liminal states — transitional situations associated with changes in life status. This concept serves as a foundation for examining the psychological experience of couples who face the diagnosis of a serious illness in one of the partners. We then present Pauline Boss's concept of ambiguous loss, a theory developed by the

American researcher and family therapist. Our focus is on the manifestation of this phenomenon in the relational and emotional dynamics of intimate partnerships.

In the second part of the paper, we describe the phenomenon of anticipated loss, a specific type of ambiguous loss that highlights the complex emotional and relational processes that emerge in the period leading up to the anticipated death of a partner. The theoretical material is complemented by an excerpt from a couples therapy session, illustrating the distinct emotional phenomena that arise as one partner anticipates the impending loss of the other. Furthermore, the clinical examples provided illuminate the specific nature of therapeutic work in the context of anticipated loss. The conclusion offers guidelines for therapeutic work with couples facing chronic or life-threatening illness in one partner.

Zmiana jest częścią życia, zmiana zakłóca dotychczasowy porządek, wprowadzając stan nieprzewidywalności i niejednoznaczności. Wynika to z faktu, że to, co się zmienia, nie ustabilizowało się jeszcze i nieznany jest ostateczny wynik zachodzącej zmiany. Istnieje wiele możliwych scenariuszy, które mogą zaistnieć w wyniku nowej sytuacji życiowej. W antropologii przejście z jednego stanu do drugiego wiąże się z wejściem w swoisty okres przejściowy określany jako stan liminalny. Znacząca życiowa zmiana, taka jak np. diagnoza choroby, informacja o rozstaniu, decyzja o emigracji, zaginięcie osoby bliskiej, rozpoczyna swoisty czas liminalności [1, 2]. Doświadczenie nieuleczalnej choroby jest sytuacją graniczną, w której człowiek przeżywa cierpienie, konfrontuje się z tym, co nieuchronne i wobec czego pozostaje nieosłonięty [3]. Badacze z obszaru psychologii zdrowia wskazują, że diagnoza choroby zagrażającej życiu powoduje rozbięcie tego, co znane i przewidywalne. W takiej sytuacji życiowa przestrzeń zostaje wypełniona niepewnością, podatnością na zranienie i nieprzewidywalnością [4], dochodzi do „pęknięcia w codziennej rzeczywistości” [5]. Diagnoza i leczenie choroby zagrażającej życiu (np. nowotworowej) może być źródłem stresu, a także czynnikiem wyzwalającym reakcję stresu pourazowego [6].

Pauline Boss, amerykańska psycholog i psychoterapeutka rodzinna, określa tego rodzaju stan w życiu jednostki, rodziny lub pary jako s t a n n i e j e d n o z n a c z n e j u t r a t y [7–9]. Początkowo pojęcie to było odnoszone do sytuacji rodziny, kiedy któryś z jej członków był nieobecny fizycznie, ale pozostawał w emocjonalnej i psychologicznej przestrzeni rodzinnej (ang. *leaving without good-bye*), np. w sytuacji wyjazdu lub zaginięcia. W drugim wariancie członek rodziny jest psychologicznie nieobecny, ale obecny fizycznie, jak np. w sytuacji uzależnienia, choroby psychicznej czy śpiączki (ang. *good-bye without leaving*). Obydwie te sytuacje są uważane za skrajnie stresujące i potencjalnie traumatyzujące. Taka niejednoznaczność utrudnia podejmowanie decyzji dotyczących leczenia czy sytuacji rodzinnej oraz zamraża proces żałoby związanej z tego rodzaju utratą [7, 10]. Pojawia się ryzyko wystąpienia przedłużonej reakcji żałoby (ang. *Prolonged Grief Disorder, PGD*) [11]. PGD może wiązać się z dezaktywacją systemu przywiązania, dystansowaniem się wobec przeżycia utraty i unikaniem bodźców przypominających o niej [12]. W praktyce klinicznej mówi się wtedy o żalobie zatrzymanej lub zamrożonej. Z drugiej strony, może dojść do nadmiernej aktywacji systemu przywiązania, zbytniego zaabsorbowania relacją z bliskim oraz niemożnością reorganizacji życia w zakresie podejmowanych ról, zobowiązań, przeżywania emocji i kierunkowania swoich potrzeb [13]. W praktyce klinicznej mówi się wtedy o żalobie chronicznej lub przedłużającej się.

Pauline Boss [10] wymienia kilka podstawowych założeń, które konstytuują i pozwalają zrozumieć złożoność zjawiska niejednoznacznej utraty: *p o p i e r w s z e*, rodzina istnieje w sensie psychologicznym, a nie tylko fizycznym lub prawnym. Oznacza to, że stan niejednoznacznej utraty zmienia funkcjonowanie całej rodziny jako systemu. *P o d r u g i e*, niejednoznaczna utrata jest związana z konkretną zmianą, do której najczęściej dochodzi pod wpływem okoliczności zewnętrznych (choroba, poronienie). *P o t r z e c i e*, rodzinne przekonania i wartości wpływają na to, jak spostrzegana jest niejednoznaczność, np. jaką rolę odgrywają przekonania religijne w odniesieniu do rozwodu czy homoseksualności. *P o c z w a r t e*, w sytuacji niejednoznacznej utraty nie istnieje jedna ostateczna prawda czy sposób rozwiązania sytuacji. Sytuację tego rodzaju można opisać poprzez pojęcie względności. *P o p i a t e*, niejednoznaczna utrata jest przede wszystkim fenomenem relacyjnym, a nie tylko wewnątrzpsychiczną właściwością jednostki. Nawet jeżeli jednostka wykazuje symptomy powikłanej żałoby, depresji, zaburzeń lękowych, czynnikiem wywołującym jest kontekst zewnętrzny (np. diagnoza choroby) i będąca następstwem tego odpowiedź ze strony rodziny lub pary. *P o s z ó s t e*, ważne jest, aby w sytuacji niejednoznacznej utraty, rodzina mogła uruchomić swoje zasoby (ang. *resilience*) i kontynuować życie pomimo niejasności związanej z tym, co i kiedy może się wydarzyć. *P o s i ó d m e*, Pauline Boss wskazuje, że bardzo trudno jest badać niejednoznaczną utratę, a jej złożoność i idiosynkratyczność mogą być uchwycone fenomenologicznie oraz w opisach klinicznych.

Z utratą niejednoznaczną związane jest również pojęcie tzw. niejednoznaczności granic (ang. *boundary ambiguity*). Odnosi się ono do powracającej niestabilności i złożoności rodzinnej narracji dotyczącej tego, kto znajduje się wewnątrz, a kto na zewnątrz rodziny [14, 15]. Niejednoznaczna utrata jest rozumiana jako stresor, który może doprowadzić do utrzymywania się niejasnych granic rodzinnych, co może utrudniać adaptację członków rodziny do zaistniałej sytuacji.

Przeżycie niejednoznacznej utraty w intymnej relacji pary może pojawić się na skutek rozstania partnerów, diagnozy chronicznej, postępującej i zagrażającej życiu choroby partnera lub utraty perinatalnej. Wspomniane zmiany mogą prowadzić do utraty istotnego obrazu siebie lub swojej rodziny, poczucia utraty swojego dotychczasowego życia, planów na przyszłość i marzeń lub tego „co jeszcze mogło się wydarzyć” [16, 17]. Należy podkreślić, że utrata w relacji partnerskiej zachodzi w obrębie wytworzonej wcześniej więzi między partnerami. Weiss [18] wskazuje, że funkcjonowanie systemu przywiązania, podobnie jak wybór partnera w dorosłym życiu, zachodzi w dużej mierze poza świadomością. Wyrasta on z potrzeb poczucia bezpieczeństwa i spełnienia. Z tego względu odpowiedź na utratę pozostaje w bezpośredniej zależności od rodzaju więzi, która uformowała się między partnerami [19].

W sytuacji rozstania partnerów ból utraty jest spotęgowany przez negatywne społeczne postrzeganie rozstania i przypisywanie winy jednej ze stron. Partnerka czy partner, który inicjuje separację często przeżywa znaczący smutek związany z tym, że relacja nie może trwać w dotychczasowej formie. Decyzja o rozstaniu może być poprzedzona bolesnym procesem negocjacji i poczuciem winy z powodu wywołania bólu w drugiej osobie, kiedy oboje lub jeden z partnerów decydują się na rozejście [20].

Niejednoznaczność utraty w wypadku rozstania rozciąga się w czasie. Nie jest to pojedyncze zdarzenie, a raczej kulminacja wielu utrat i bólu przeżywanych przez dłuższy

okres. Wspomniane wyżej poczucie niejednoznaczności granic rodziny staje się dojmujące; nie wiadomo, kto i w jaki sposób należy do rodziny. Z tego względu po rozstaniu wiele granic musi być na nowo renegocjowane. Utraty związane z rozstaniem partnerów mogą mieć konkretny charakter, tak jak np. utrata miejsca zamieszkania. Istnieje jednak wiele niewymiernych, a przez to niejednoznacznych w swoim charakterze utrat, takich jak utrata miłości, nadziei, marzeń, wyobrażeń i iluzji oraz pierwotnej niewinności.

Jak już wspomniano, niejednoznaczna utrata w parze ma miejsce w sytuacji przewlekłej lub nieuleczalnej choroby, takiej jak np. schizofrenia u jednego z partnerów [21] czy też otępienie [22]. Jedną ze szczególnych form takiej utraty jest zjawisko tak zwanej antycypowanej utraty partnerki lub partnera, które jest opisywane wtedy, gdy choruje on/ona na zagrażającą życiu czy też terminalną chorobę.

Szczególnym aspektem antycypowanej utraty jest jej swoista niewidzialność [23]. Rodzina lub para wchodzi w stan określany jako dwuznaczny, z jednej strony trwa leczenie i inne przejawy życia, z drugiej narasta nieuchronność śmierci i rozstania. Tego rodzaju niejednoznaczność przenika każdy aspekt życia pary, staje się wszechobecna, tym bardziej, im mniej wyraźnie może być nazwana. W związku z tym osoba chora albo nawet obydwie partnerów mogą podlegać dyskretnej marginalizacji, będąc wyłączonymi z niektórych rozmów w swoim otoczeniu. Stan antycypowanej utraty często nie może być społecznie uznany, ponieważ strata jeszcze nie dokonała się. Z tego względu narastające poczucie utraty staje się coraz bardziej prywatne, co ogranicza możliwość korzystania ze wsparcia społecznego. W odpowiedzi na antycypowaną utratę partnerki lub partnera druga osoba może również uruchomić system intensywnej opieki i niespotykanej zaradności. W związku z tym jej własny smutek może pozostać zablokowany, co może skutkować komplikacją procesu żałoby.

Żałoba i jej komplikacje w sytuacji antycypowanej utraty

Uważa się, że antycypacyjny smutek przygotowuje zarówno na pożegnanie i przeżycie żałoby, jak i na powstanie nowego rodzaju więzi [23]. Pracując z parą w sytuacji antycypowanej utraty należy brać pod uwagę obydwa wymienione zjawiska. Utrata, która jeszcze nie nastąpiła, nie jest społecznie sankcjonowana i nie podlega publicznej żałobie. Taki brak społecznego uznania może pozbawiać prawa do smutku oraz utrudniać przeżycie żałoby po śmierci [24].

Co więcej, zakłócenia przeżywania antycypacyjnego smutku czy też antycypowanej żałoby mogą być powodowane tym, że partner lub inny członek rodziny umniejsza siłę i znaczenie relacji z chorą osobą. Zakłócenie może wynikać z zaprzeczania faktowi, że rodzina lub para stoi w obliczu śmierci bliskiego. Okolicznością utrudniającą przeżywanie antycypowanej żałoby może być również poczucie winy oraz obawa, że przeżywanie żałoby w sytuacji, kiedy partner lub partnerka jeszcze żyje, spowoduje wykluczenie społeczne.

Jeżeli chodzi o przeżywanie antycypacyjnego smutku i żałoby w parze intymnej, to kluczowe wydaje się zwrócenie uwagi na wcześniejsze zakłócenia więzi w relacji partnerskiej, jak i na aktualne, powstałe w okresie antycypowanej utraty zranienia w obszarze więzi. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że przeszłe zranienia mogą powodować wyco-

fanie się obojga partnerów [19] powodowane uczuciami goryczy i urazy przeżywanymi przez jednego lub oboje z nich. Zdarza się, że zdrowy partner jest przytłoczony opieką i obowiązkami, czując jednocześnie, że nie doświadcza wdzięczności ani emocjonalnego wsparcia ze strony chorego partnera. Może to utrudniać okazywanie czułości i przeżywanie smutku związanego z nadchodzącym rozstaniem. W terapeutycznej pracy z parą należy mieć na uwadze doświadczone przez zdrowego partnera uczucie złości oraz jej wtórną funkcję polegającą na maskowaniu niepewności i lęku przed rozstaniem. Z drugiej strony, chory partner może wycofywać się z relacji z powodu jego/jej poczucia niekompetencji i bezradności w sytuacji zdiagnozowanej choroby [25]. Rozpoznanie charakteru zaburzeń więzi w parze wydaje się kluczowym zadaniem terapeuty, ponieważ mogą one blokować przeżywanie antycypacyjnego smutku i utraty, a w konsekwencji żałoby po śmierci partnerki lub partnera.

Jako przykład zostanie przedstawiona poniżej terapia pary A., pary w sytuacji niejednoznacznie antycypowanej utraty. Przytoczony materiał kliniczny zilustruje zranienia w obrębie więzi partnerskiej, które specyficznie aktywuje omawiana w tym artykule sytuacja niejednoznacznej utraty, oraz propozycję pracy terapeutycznej w tym kontekście. Zdajemy sobie sprawę, że przewlekłe chorowanie jednego z partnerów wywołuje wiele społecznych, rodzinnych i psychologicznych konsekwencji w drugim partnerze i we wzajemnej dynamice pary intymnej. W tym artykule częściowo podejmujemy zagadnienie nasilenia lęku separacyjnego, a także uruchomienie lękowych wzorców przywiązania charakterystycznych dla każdego partnera [19]. Jednak w dużej mierze ograniczamy się do tych aspektów przeżyć psychicznych, które wiążą się z niejednoznaczną, a szczególnie antycypowaną utratą.

Przykład kliniczny: terapia pary A.

Państwo A. zgłosili się na terapię w kontekście zagrażającej życiu choroby nowotworowej żony¹. Diagnoza choroby żony wyzwoliła niespotykaną dotąd aktywność i zaradność męża. Po wyczerpującym okresie zaangażowania w poszukiwanie kolejnych terapii, kiedy sytuacja zdrowotna żony tymczasowo się ustabilizowała, mąż zaczął doświadczać stanów depresyjno-lękowych i w parze pojawiło się napięcie. W tej sytuacji zostali skierowani na wspólną terapię. Poniżej prezentujemy fragmenty sesji trzeciej, które ilustrują podstawowe zjawiska i dylematy związane z pracą terapeutyczną w kontekście niejednoznacznej, antycypowanej utraty.

Czas na lęk

W tym fragmencie sesji mąż wyraża żal, że nie spędzają z żoną wystarczającej ilości czasu tylko we dwoje. Będąc razem zajmują się z dwuletnią córką Gienią.

01 Mąż: [...] *bo z Gienią jeszcze będę miał dużo czasu, a z Adrianną już mogę nie mieć.*

02 Terapeutka: *Bardzo otwiera się to w panu teraz.*

¹⁾ Dane dotyczące pary zostały zmienione celem zapewnienia poufności

03 M: *No [poruszony].*

04 [10 sekund ciszy]

05 T: *Że tak jakby po tym okresie walki. Prawda? [2 sek.] Teraz przyszedł czas na lęk.*

06 [30 sekund ciszy]

07 M: *Mhm-m.*

W powyższym fragmencie mąż wprost wyraża niepewność, ile wspólnego czasu zostało mu z żoną. Nie wprost ujawnia lęk związany z tym, że ona może umrzeć. W jego wypowiedzi lęk przed jej odejściem przekształca się w pretensję i żal o to, że nie spędzają czasu tylko we dwoje. Perspektywa terapeutyczna podkreśla, że tego rodzaju pretensje i żal można określić jako emocje wtórne zasłaniające pierwotną niepewność i lęk [25]. W swojej interwencji (linijka 5) terapeutka nie odnosi się do wtórnej emocji pretensji i żalu, ale próbuje nazwać emocje pierwotnego lęku i niepewności. Mąż odpowiada na to długim milczeniem, potwierdzając sformułowanie terapeutki (linijka 7). Wątek lęku męża jest kontynuowany w następnym fragmencie tej samej sesji.

08 T: *Czy to może być tak, panie Adamie, że z jednej strony ten lęk pana, czy państwa, skłania pana, żeby być razem, ale z drugiej strony nie jest łatwo być razem tak beztro-sko z tym lękiem. Są takie momenty jak rower [odnosi się do wspomnianej wcześniej na sesji wycieczki rowerowej, która dała parze dużo radości], ..., ale on się wkrada.*

09 Żona + Mąż: [przypakują].

10 M: *Znaczy ja powiem szczerze, że ja nie wiem, jak z tym wszystkim normalnie funk-cjonować, jak żyć, jak się do tego ułożyć. Jak sobie z tym poradzić, bo poza tym, że rzeczywiście jest tak, że się boję tego i mam takie dni, że w ogóle ostatnio się bardzo lękowy zrobiłem. Jeżeli chodzi o Gienię, jeżeli chodzi o Adriannę.*

W dalszej części rozmowy z parą terapeutka dokonuje interpretacji (linijka 8) tego, że intymne bycie razem jest zakłócanie przez lęk o życie żony. Małżonkowie przypakują, mąż rozwija wątek lęku o potencjalną utratę żony lub córki. Temat lęku męża jest dalej rozwijany w poniższym fragmencie.

To się chyba zbliża

11 M: *Ten lęk mi tak łatwo wystrzeliwuje. Nie miałem tego poprzednio. Ale też jak to wszystko ułożyć [...] czasami się złościę, a potem mam wyrzuty, że się złościę, bo nie wiadomo, ile będziemy razem. I w ogóle mnie to wszystko przerasta.*

12 T: *A pani wie, o czym mąż mówi?*

13 Ż: *Tak.*

14 T: *Niech pani powie.*

15 Ż: *Ja Adama bardzo dobrze rozumiem, bo ja jestem z tej drugiej strony, więc ja tak naprawdę mam dwa oblicza, że się przejmuję i się nie przejmuję [...]. Jak się za-czynam źle czuć, to sobie myślę kurczę, no to się chyba zbliża, to się już szykować, nie? [śmiech].*

16 T: *Że się zbliża?*

17 Ż: *Tak [śmiech]*

18 T: *Że pani umrze.*

19 Ż: *Tak, tak, tak.*

Powyższy fragment ilustruje zamęt i niejednoznaczność, których doświadcza każde z partnerów. Mąż wyraźnie wskazuje na to, że kiedy czuje lęk przed utratą żony, zaczyna się złościć, a potem pojawiają się u niego wyrzuty sumienia (linijka 11). Żona mówi o pomieszaniu związanym z niepewnością, jak może wyglądać moment jej śmierci. Zastanawia się, kiedy on nastąpi, czy jest blisko czy daleko (linijka 15). Jednak nie nazywa tego wprost, robi to dopiero terapeutka, która dalej sprawdza, jak te uczucia są omawiane między małżonkami. Interwencję prezentuje poniższy fragment.

20 T: *Ale chciałam zapytać, czy jak ma pani te myśli, że może się nie uda, że już się zbliża ten lęk.*

21 Ż: *Aha*

22 T: *Co pani wtedy z tym robi?*

23 Ż: *Nic.*

24 T: *Pani wtedy mówi o tym mężowi? Czy to zostaje w pani?*

25 Ż: *Nie, to zostaje we mnie*

26 T: *Czy pan by wolał, żeby żona panu ujawniała te myśli?*

27 M: *Myszę, że tak, tak, bo wtedy nie czułbym się taki osamotniony w tym wszystkim [...]. Strasznie się boję samotności.*

28 T: *Ale samotności teraz czy samotności w przyszłości?*

29 M: *Tak żyjemy teraz, tak żyjemy obok siebie. Mam wrażenie, że to już się trochę dzieje.*

30 T: *Aha.*

31 M: *Że nie mamy tego czasu, aby tak go spędzać sam na sam, czy jest jakoś inaczej niż było na początku [...]. Ja chcę spędzać czas z Adrianną.*

32 T: *Pan mówi wykorzystajmy maksymalnie czas, który pozostał, to jest pana taka opcja ważna, dobra, ale z drugiej strony ona jest zasilana niepokojem, tak?*

33 M: *Nooo tak.*

Powyższy fragment ilustruje emocjonalny zamęt i konfliktowe potrzeby w parze: żona nie dzieli się z mężem swoim lękiem przed śmiercią. Mąż chce spędzać więcej czasu z żoną, co wydaje się wynikać z jego lęku i kompulsywnej chęci zatrzymania żony. Terapeutka komentuje to w linijce 32 i kontynuuje we fragmencie zamieszczonym poniżej.

34 T: *Nie taka swobodna to jest opcja.*

35 M: *No. I w związku z tym powstaje złość na Adrianę, czemu ty nie chcesz czasu spędzać razem, nie wiadomo, ile go mamy.*

36 Ż: *My jesteśmy bardzo dużo razem.*

37 M: *Razem z Gienią.*

38 Ż: *Taki mamy świat [...].*

39 T: *Ale spójrzmy na to z perspektywy ogólniejszej, bo oczywiście, państwo jesteście w czymś takim, jakbyście mieli tak żyć, jakby pani miała już umrzeć, to by nie było najlepsze prawda? Jakby o tym zapomnieć i nie wykorzystywać tego czasu intensywnie, tak jak Pan mówi, też by nie było najlepsze. Gdyby o tym nie myśleć, to to by i tak by*

wyszło [...] to jest pytanie, czy możecie się spotkać w momentach bezradności, kiedy nie wiadomo co [...], ale też potem razem z tego wychodzić [...].

- 40 M: *Tak, coś takiego musimy znaleźć, ja mam wrażenie, że ja ciągle tkwię w tym momencie, że ja po prostu nie wiem, jak to wszystko ułożyć. I co dalej, czy żyć jakby Adrianna miała żyć rok czy 10 lat [...]*

W swojej interwencji (linijka 39) terapeutka wskazuje kierunek dalszej pracy, którym jest szukanie przestrzeni pomiędzy skrajnymi nastawieniami partnerów: życie tak jakby żona miała niedługo umrzeć versus zapomnienie o chorobie. Sugeruje, że spotkanie się w bezradności wynikającej z niewiadomej z jednoczesnym wykorzystywaniem czasu, który pozostał, może być najlepszym sposobem, w którym para ma przestrzeń, żeby siebie odnaleźć. W następującym po tym fragmencie sesji terapeutka wskazuje na ryzyko dla bliskości pary.

- 41 T: *Spędzać razem czas, zbliżyć się, może oznaczać: stać się od kogoś zależnym i wtedy z jednej strony to jest coś ważnego, a z drugiej strony będzie to nasilać lęk przed utratą.*

- 42 M: *Mhmm.*

- 43 T: [...] *Ta bliskość może prowokować też lęk.*

- 44 M: *Ale to się dzieje, to się dzieje. To działo się dokładnie po rowerze, jak przyszliśmy, było tak cudownie, było tak, jak byliśmy na początku razem. I wszystko, no. I jak zostałem na chwilę sam, to się ta druga strona pojawiła, no, że tym bardziej źle. Boże, co będzie, jak Adrianny zabraknie [...].*

- 45 T: *Często w takich sytuacjach jak państwo jesteście, ludzie się trochę dystansują, żeby sobie poradzić z lękiem, a decyzja na bliskość wymaga siły. Aby z jednej strony być blisko, a z drugiej uwzględnić tę perspektywę niewiadomej.*

- 46 M: *Mhm.*

- 47 Ż: *Trudne. Znacząco ostatnio Adam się wycofał i to jest dla mnie takie zamykające mnie od środka.*

- 48 T: *Ważne, że pani o tym teraz powiedziała.*

Powyższy fragment obrazuje kolejną warstwę niejednoznacznej utraty — zbliżanie się do siebie partnerów jako paradoksalnie nasilające lęk przed rozstaniem i utratą. Rozmowa o tym pozwala partnerom rozumieć momenty wycofania i zamykania się na siebie.

Antycypowana utrata: kierunki pracy w terapii pary

Antycypowana utrata w parze jest związana z podstawową niemożliwością zrozumienia doświadczenia drugiej osoby ze względu na to, że z powodu zaistniałej choroby partnerzy znaleźli się w różnych życiowych sytuacjach [26]. Jednocześnie sytuacja niejednoznacznej utraty jest ich wspólnym doświadczeniem. Bardzo często zakłócenie bliskości powstaje na skutek wycofania się chorego partnera z omawiania spraw codziennego życia i obowiązków domowych. W takich wypadkach negocjowane jest zmniejszenie obciążenia partnerki czy partnera zdrowego poprzez zaangażowanie partnera chorego w takim wymiarze, w jakim to jest możliwe. Chorujący partner przeżywa lęk przed śmiercią, który jednak nie zawsze jest bezpośrednio dostępny dla drugiego partnera czy partnerki. Skrywa-

nie lęku przez chorego partnera czy partnerkę jest często związane z chęcią ochrony swoich bliskich, jak również samego siebie. Wówczas dystansowanie się od swojego lęku pełni funkcję mechanizmu regulowania emocji. Tego rodzaju sposoby radzenia sobie powodują uczucie samotności między partnerami, co obrazuje przedstawiony powyżej fragment sesji pary A. Chorujący partner może również koncentrować się na tzw. niezałatwionych sprawach (ang. *unfinished business*), czyli sprawach, które wymagają otwarcia lub rozwiązania, zanim umrze lub „odejdzie mentalnie”. Terapia pary może być przestrzenią otwierania i szukania rozwiązania, wobec tego rodzaju niezałatwionych spraw.

W sytuacji antycypowanej utraty w drugim, niechorującym partnerze pojawia się z reguły lęk separacyjny. W przedstawionej wyżej parze A. lęk separacyjny manifestował się przez intensywne pragnienie męża, żeby spędzać czas wyłącznie jako para. Zdrowy partner zwykle konfrontuje się również z lękiem egzystencjalnym związanym z własną śmiertelnością. Cieleśna, intymna relacja pary często zostaje zakłócona. Cieleśny dystans może wynikać z identyfikacji zdrowego partnera z osłabionym ciałem osoby bliskiej. Jednocześnie, chory partner czy partnerka może tracić zaufanie do własnego ciała. Oba te procesy mogą prowadzić do przedwczesnego wycofywania się partnerów z relacji intymnej. Jest to problem, który może być omawiany w ramach terapii pary.

Podsumowując, terapia pary w sytuacji niejednoznacznej, ambiwalentnej utraty staje się przestrzenią na odzyskiwanie wzajemnej wymiany myśli i uczuć. Zwykle taka wymiana zostaje zachwiana albo zatrzymana wskutek lęku wywołanego diagnozą choroby zagrażającej życiu. W wielu wypadkach terapeuta pomaga w prowadzeniu rozmów dotyczących śmierci, co ma na celu zmniejszenie tendencji do unikania tego tematu. Istotne jest jednak, aby temat ten był wprowadzany bez naciskania i zmuszania oraz z uszanowaniem takiej sytuacji, kiedy jeden z partnerów nie jest w stanie rozmawiać wprost o śmierci czy też o zagrożeniu życia. Według Mohr i współpracowników [27] w tym okresie życia pary możliwy jest powrót do romantycznych uczuć, które często zanikły, przekształcając się w bardziej stabilną długoterminową więź. Wiąże się to również z przygotowaniem partnerów na trwanie więzi po śmierci osoby chorującej [28]. W niektórych przypadkach sytuacja antycypowanej utraty skłania parę do podjęcia trudnych rozmów dotyczących przyszłości dzieci.

Niejednoznaczna utrata: podsumowanie

Prezentowany fragment sesji terapii pary A. ilustruje proces nadawania znaczeń w sytuacji niejednoznaczności związanej z pragnieniem bliskości i jednoczesnym izolowaniem wywołanym lękiem przed utratą czy potrzebą ochrony. W sytuacji niejednoznacznej utraty, niezależnie, czy jest to utrata antycypowana, czy też utrata innego rodzaju, kluczowe jest rozpoznanie czynnika, który blokuje uznanie utraty. Dotyczy to zarówno osoby chorującej, jak i zdrowych członków rodziny. Nieuznawanie utraty przez samego siebie określa się jako tzw. zerwane połączenie z samym sobą [27]. Z tego względu istotne jest rozpoznanie, czy dana osoba izoluje się od przeżywanej utraty, ukrywa ją lub jej zaprzecza. Zdarza się, że kulturowe czy religijne wartości danej społeczności nie pozwalają na uznanie nadchodzącej utraty i cierpienia. Rolą terapeuty jest wówczas zbadanie razem z parą, w jakich

aspektach rodzinne sposoby adaptacji do zaistniałej sytuacji są użyteczne, a w jakich aspektach ograniczają życie pary.

Proces terapeutyczny prowadzony jest między innymi w oparciu o to, jak terapeuta rozumie proces żałoby, w tym antycypowanej. Jedną z najbardziej powszechnych teorii jest koncepcja stadiów żałoby autorstwa Elizabeth Kübler-Ross, która wskazuje na jej etapy: zaprzeczenie, gniew, negocjację, smutek i akceptację [29]. Zaletą tej perspektywy jest ukazanie żałoby w ujęciu procesu oraz uwzględnieniu różnych, czasem nieoczywistych stanów. W naszej ocenie jednak, podejście to niesie ryzyko nadmiernego uproszczenia procesu żałoby. Perspektywy ujęte w teorii kontynuowania więzi [28] oraz modelu dwutorowego procesu żałoby [30] wydają nam się bardziej przydatne w pracy klinicznej. Teoria kontynuowania więzi zawiera postulat utrzymywania i pielęgnowania więzi z osobą zmarłą, które wspierają żałobnika w odnalezieniu się w nowej rzeczywistości. Z kolei model dwutorowego procesu żałoby wskazuje na proces oscylacji pomiędzy przeżywaniem straty i smutku związanych z chorobą i śmiercią bliskiej osoby a mierzeniem się z wyzwaniami związanymi z reorganizacją życia. Wspomniane teorie poumieszczają i integrują złożoność uczuć, potrzeb, wymogów i dążeń, których doświadcza się wobec choroby i śmierci bliskiej osoby. Proponują opis żałoby jako etapu odnajdywania się pomiędzy różnymi stanami lub równoczesnego przeżywania konfliktowych lub sprzecznych uczuć.

Uznanie realności nadchodzącej utraty i otwarta rozmowa o tym na sesjach terapeutycznych jest ważnym elementem pracy terapeutycznej w obliczu choroby zagrażającej życiu. Wiąże się z otwartością terapeuty na wspólne przeżywanie bólu w trakcie rozmów na sesjach. Istotnym fragmentem tego rodzaju pracy staje się również pielęgnowanie i powracanie do wspomnień zarówno radosnych, jak i trudnych. W tym okresie terapii para jeszcze raz może nadać znaczenie temu, co wydarzało się w ich wspólnym życiu. Jednym z kluczowych aspektów pracy terapeutycznej jest podkreślanie wagi tego, co dzieje się w parze tu i teraz jako momentu, który skupia w sobie całą ich wspólną historię i potencjalną utratę, która może nadejść prędzej czy później w zależności od stanu partnera. Tę sytuację ilustruje cytat J.W. von Goethego, którym chcemy zakończyć ten artykuł: „Zawsze trzymaj się terazniejszości. Każda sytuacja, każda chwila, ma nieskończoną wartość, ponieważ zawiera się w niej cała wieczność”² [za: 31].

Piśmiennictwo

1. Turner V. Gry społeczne, pola i metafory. Symboliczne działanie w społeczeństwie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
2. Gennep A. Obrzędy przejścia: systematyczne studium ceremonii: o bramie i progu, o gościnności i adopcji. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 2006.
3. Piecuch C. Metafizyka egzystencjalna Karla Jaspersa. Kraków: Universitas; 2011.

²⁾ Tłumaczenie własne: „Always hold fast to the present. Every situation, indeed, every moment, is of infinite value, for it is the representative of a whole eternity”.

4. Halliday LE, Boughton MA, Kerridge I. Liminal reproductive experiences after therapies for hematological malignancy. *Qual. Health Res.* 2015; 25(3): 408–416. DOI: 10.1177/1049732314550006.
5. Kargulowa A. O teorii i praktyce poradnictwa. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.
6. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry.* 2017; 4(4): 330–338. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30014-7.
7. Boss P. *Ambiguous loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.
8. Boss P. Ambiguous loss research, theory, and practice: Reflections after 9/11. *J. Marriage Fam.* 2004; 66: 551–566. DOI: 10.1111/j.0022-2445.2004.00037.x.
9. Boss P. *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. New York: Norton; 2006.
10. Boss P. Ambiguous loss theory: challenges for scholars and practitioners. *Fam. Relat.* 2007; 56(2): 105–110. DOI:10.1111/J.1741-3729.2007.00444.X.
11. Prigerson HG, Shear MK, Reynolds CF. Prolonged grief disorder diagnostic criteria-helping those with maladaptive grief responses. *JAMA Psychiatry* 2022; 79(4): 277–278. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.4201. PMID: 35107569.
12. Shear K, Monk T, Houck P, Melhem N, Frank E, Reynolds C, Sillowash R. An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007; 257(8): 453–461. DOI: 10.1007/s00406-007-0745-z.
13. Stroebe M, Schut H, Boerner K. Continuing bonds in adaptation to bereavement: toward theoretical integration. *Clin. Psychol. Rev.* 2010; 30(2): 259–268. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.007.
14. Boss P. Normative family stress: Family boundary changes across the life span. *Fam. Relat.* 1980; 29: 445–450. DOI:10.2307/584457.
15. Carroll JS, Olson CD, Buckmiller N. Family boundary ambiguity: a 30-year review of theory, research, and measurement. *Fam. Relat.* 2007; 56: 210–230. DOI:10.1111/J.1741-3729.2007.00453.X
16. Anderson H, Mitchell K. *All our losses/all our griefs*. Philadelphia: The Westminster Press; 1983.
17. Bowman T. *Loss of dreams: A special kind of grief*. St. Paul: Self-Published; 1994.
18. Weiss RS. Trying to understand close relationships. W: Fine MA, Harvey JH, red. *Handbook of divorce and relationship dissolution*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2006, s. 605–611.
19. Janusz B. Antycypowana utrata: przekształcanie więzi z osobą bliską w sytuacji zaawansowanej choroby. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2016; 10(3): 119–125.
20. Emery RE, Dillon P. Conceptualizing the divorce process: Renegotiating boundaries of intimacy and power in the divorced family system. *Fam. Relat.* 1994; 43(4): 374–379. DOI: 10.2307/585367
21. Janusz B. Małżeństwo z psychozą — perspektywa utraty. W: de Barbaro B, red. *Konteksty psychiatrii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014, s. 109–120.
22. Janusz B, Sitek EJ. Żałoba za życia: przeżywanie niejednoznacznej utraty w kontekście choroby otępiennej u najbliższej osoby. W: Zych AA, red. *Starość w drodze... Wybór materiałów*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk; 2020, s. 17–35.
23. Bouchal SR, Rallison L, Moules NJ, Sinclair S. Holding on and letting go: families' experiences of anticipatory mourning in terminal cancer. *OMEGA.* 2015; 72(1): 42–68. DOI: 10.1177/0030222815574700.
24. Doka K. *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press; 2002.

25. Johnson SM. *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. New York: Brunner-Routledge; 2004.
26. Neimeyer R, Jordan J. *Disenfranchisement as empathic failure: grief therapy and the co-construction of meaning*. W: Doka KJ, red. *Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice*. Champaign, IL: Research Press; 2002, s. 95–118.
27. Mohr D, Moran PJ, Kohn C, Hart S, Armstrong K, Dias R i wsp. *Couples therapy at the end of life*. *Psycho-Oncology* 2003; 12: 620–627. DOI: 10.1002/pon.746.
28. Klass D, Silverman PR, Nickman SL. *Continuing bonds. new understandings of grief*. Nowy Jork: Routledge Taylor & Francis Group; 1996.
29. Bernau JA. *The institutionalization of Kübler-Ross's five-stage model of death and dying*. *Omega*. 2024; 90(1): 120–142. DOI: 10.1177/00302228221098893.
30. Stroebe M, Schut H. *The dual process model of coping with bereavement: rationale and description*. *Death Studies* 1999; 23: 1–28.
31. Eckermann JP. *Conversations with Goethe*. Londyn: Penguin Books; 2002.

Adres: bernadetta.janusz@uj.edu.pl

Beata Mirucka¹, Alicja Wnuczek-Michalczewska^{1,2}

**ŚNIENIE JAKO ŹRÓDŁO PROCESÓW
PRZEKSZTAŁCENIOWYCH WG WILFREDA R. BIONA.
ANALIZA PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH ZMAGAŃ
PANI INES W OSIĄGANIU INDYWIDUACJI**

**DREAMING AS A SOURCE OF TRANSFORMATIVE PROCESSES ACCORDING
TO WILFRED R. BION. THE ANALYSIS OF MS. INES' PSYCHOTHERAPEUTIC
STRUGGLES IN ACHIEVING INDIVIDUATION**

¹Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii,
Katedra Psychoterapii i Psychologii Zdrowia

²INVERSO Instytut Psychoterapii Rodzin i Par, Białystok, Polska

**Bion
transformations
dreams**

Streszczenie

Celem artykułu jest — oparta na interpretacji snów — analiza fenomenu przekształcenia w procesie psychoterapeutycznym. Wybrane marzenia senne mają zobrazować myślenie przekształceniowe według teorii Biona, które ostatecznie posłużyło osiągnięciu pożądanej separacji i indywiduacji. Materiał wyjściowy, poddawany obróbce psychoterapeutycznej, pochodził z trzech źródeł określonych jako: i/ introspekcyjne (wspomnienia), ii/ — wyśnione (marzenia senne) oraz iii/ wyfantazjowane (marzenia na jawie). Zasadniczym przedmiotem terapeutycznych analiz stało się osiem snów pacjentki, wyśnionych w okresie między sesją pierwszą a pięćdziesiątą, podczas dwuletniej pracy psychoterapeutycznej (obejmującej łącznie 102 sesje). Sny zostały opisane przez samą pacjentkę, na podstawie transkrypcji sesji spisanych już po zakończeniu całego procesu terapii. Dołączony do nich komentarz psychoterapeutki powstał także z materiału transkryptowego. Dzięki zastosowaniu wyjątkowej metody — równoległego, niezależnego opisu: 1/ istotnego doświadczenia pacjentki wraz z jej rozumieniem i perspektywą; 2/ analizy materiału psychicznego (wspomnień, marzeń sennych itp.) dokonanej z perspektywy psychoterapeutki, możliwe stało się prześledzenie części złożonego procesu przekształceniowego. Rozumienie oraz prezentacja skomplikowanego zadania dochodzenia do prawdy, najważniejszego efektu myślenia przekształceniowego, została zakorzeniona w koncepcji Biona oraz teorii Junga. Jest ona próbą odpowiedzi na ważne i zarazem intrygujące pytanie: jakie znaczenie ma aktywność śnienia w procesie przekształcania doświadczenia pacjentki, prowadzącym ją do psychicznej dojrzałości — indywiduacji?

Summary

This article aims to analyse, based on dream interpretation, the transformation in the psychotherapeutic process. The selected dreams illustrate transformative thinking according to Bion's theory, which

ultimately serves to achieve the required separation and individuation. The initial material, subjected to psychotherapeutic treatment, came from three sources defined as: i/ introspective (memories), ii/ dreamed (daydreams) and iii/ fantasised (waking dreams). Eight of the patient's dreams, dreamt between session one and session fifty, during the two years of psychotherapeutic work (involving a total of 102 sessions), became the principal subject of therapeutic analysis. The descriptions of the dreams were written by the patient herself when the therapy process had been completed, based on the transcriptions of the sessions. The comments from the psychotherapist have been made analogously from the transcript material. By using a unique method — a parallel, independent description of: 1/ the patient's relevant experiences together with her understanding of them from her perspective, and 2/ the analysis of the psychic material (memories, daydreams, etc.) made by the psychotherapist's perspective, it became possible to trace part of a complex transformative process. The understanding and presentation of the complex task of seeking the truth, the most important effect of transformative thinking, has been rooted in Bion's concept and Jung's theory. It is an attempt to answer an important and intriguing question: what is the significance of the activity of dreaming in transforming the patient's experience, leading her to psychological maturity – individuation?

Wstęp

Sztandarowym pojęciem w koncepcji Biona [1–5] jest fenomen przekształcenia. Jego istota realizuje się w procesie przejścia od danych źródłowych ku prawdzie absolutnej. Owe dane wyjściowe stanowią materiał, który poddawany jest obróbce, czyli przekształcaniu. Bion oznaczył go literą „K”. Przykładem „K” może być temat wnoszony przez pacjenta na sesję terapeutyczną, który następnie jest analizowany i opracowywany, aż do wydobycia cennego kruszcu, jakim jest prawda jego życia. W dochodzeniu do przekształcenia winien być spełniony decydujący warunek. Zarówno analityk, jak i pacjent muszą „przetrwąć utratę ochronnej warstwy kłamstw, uników i halucynacji, a nawet mogą w wyniku tej utraty ulec wzmocnieniu i wzbogaceniu” [3, s. 197]. Zatem obydwie strony procesu mają wyzbyć się uprzedzeń i stanąć wobec prawdy.

Prawda absolutna, która wymyka się bezpośredniej definicji, jest w teorii Biona rozumiana jako „O”. Równie trafnym określeniem „O” może być idealny platoński byt lub pierwiastek boskości. Człowiek, według Biona [3] nie jest w stanie poznać owej prawdy w całości, ale w trakcie procesu przekształcania może się do niej przybliżać, stopniowo jednocząc się z nią. Całkowite zrozumienie prawdy, aczkolwiek nieprawdopodobne, nie wyklucza doświadczania jej obecności.

Funkcją przekształcenia jest zatem przetworzenie „O”, które w swojej istocie jest neutralne i bezosobowe, w spersonalizowaną i subiektywną prawdę o rzeczywistości — przejście od poznania rzeczywistości własnych przeżyć (K) do stawania się prawdą własnego przeżycia (O) [3]. Proces zbliżania się do „O” ma przebiegać nie tylko w oparciu o obserwację i wykorzystywanie wszystkich zmysłów, ale przede wszystkim poprzez obcowanie z „O”. Praca ta w istocie bardziej polega na intuicyjnym jednoczeniu się z „O” niż naukowym obserwowaniu rzeczywistości. Akt przekształcenia jest zatem przejściem z „K” do „O” ($K \rightarrow O$).

Ogden [6] wprowadza pojęcie myślenia przekształcającego i zaznacza, że jest ono rodzajem myślenia sennego, polegającego na przeformułowywaniu kategorii znaczeń. W miejsce dotychczas istniejących sensów umieszcza się nowe, całkowicie odmienne, które umożliwiają organizację doświadczenia w zupełnie inny sposób. Myślenie senne jest

rodzajem nieświadomej pracy psychicznej, doświadczanej i wykonywanej częściowo podczas snienia. Proces myślenia sennego, jak twierdzi Ogden [6], przebiega również na jawie.

Autor podkreśla dodatkowo, że nie każdy rodzaj aktywności psychicznej (np. śnienie z fabułą lub nawracające koszmary) jest przejawem myślenia sennego. Wyznacznikami jego rozpoznania są efekty — zmiany, jakie śnienie wprowadza u śniącego. Według Junga [9] sny przyczyniają się do rozwinięcia osobistego potencjału człowieka. Meandrujące sennie wzory sprzyjają psychicznemu dojrzewaniu — indywiduacji [9].

Nadrzędnym celem indywiduacji, według Junga, jest realizacja potencjału danej osoby oraz uwyrażnianie jej wyjątkowości [8]. Proces ten zachodzi wówczas, gdy osoba uświadamia sobie swoją wrodzoną naturę, stara się za nią podążać i tworzyć z nią relacje. Zazwyczaj indywiduacja inicjowana jest doświadczeniem osobistego zranienia i nierzadko zakłócana jest przez ego, które projektuje przeżywany problem na obiekt zewnętrzny, na przykład partnera kontaktu. Repetycje projekcji nie prowadzą do skutecznego poradzenia sobie z trudnościami. Zdaniem Junga, dopiero skierowanie uwagi osoby na znaczenie jej cierpienia i jego roli w jej życiu może przynieść skuteczne rozwiązanie wewnętrznych problemów. Proces indywiduacji zatem przebiega drogą przepracowywania własnych trudności (konfliktów) oraz odkrywania i realizowania własnego potencjału.

Kluczową metodą w usuwaniu przeszkód w procesie indywiduacji jest analiza snów, dzięki której podmiot uświadamia sobie istnienie własnej jaźni i decyduje się jej zaufać. Sny czerpią swoje pochodzenie z jaźni śniącego. Stanowi ona naturalny czynnik kierujący, ujawniający się w postaci wewnętrznego potencjału. Jaźń ma jednak ograniczony dostęp do komunikacji z ego. Jedyłą możliwą drogą przekazywania informacji ego są dla niej ujawniane marzenia sennie. Jak opisuje Jung [9], podążaniu za jaźnią towarzyszy często poczucie nadrzędnej i prowadzącej siły, która przez działanie podmiotu realizuje jakiś z góry założony plan. Kluczowa w procesie indywiduacji wydaje się zatem postawa ego. Jego głównym zadaniem rozwojowym jest ukształtowanie w sobie umiejętności słuchania oraz znaczące osłabienie obronnego mechanizmu racjonalizacji. Dzięki współpracy jaźni z ego ujawnić się może właściwy potencjał człowieka, który stanowi główne źródło dążenia do rozwinięcia dojrzałej osobowości. Właśnie dlatego Jung [8] uważał, że podmiot, który zwraca baczną uwagę na swoje sny, jest w procesie stawania się pełną osobą.

Odmienne do teorii Junga teorię separacji i indywiduacji zaproponowała Margaret Mahler [za: 7]. Według autorki proces wyodrębniania się ja przebiega w trzech fazach (1/ autyzmu, 2/ symbiozy oraz 3/ separacji–indywiduacji); trwa trzy lata i jest kluczowy dla rozwoju dojrzałej osobowości. Proces kształtowania się indywidualnego ja Mahler upatruje w relacji wobec drugiej osoby. Znajdowanie w innych swoistego punktu odniesienia prowadzi stopniowo do uwewnętrzniania procesów interpersonalnych koniecznych do ukształtowania się osobowości. Zadaniem rozwojowym podmiotu (dziecka) jest zatem wyodrębnienie się od matki (separacja od niej), uzyskanie świadomości siebie, swoich zdolności, jak również zdobycie umiejętności niezależnego istnienia i funkcjonowania (indywiduacja) [7].

Wydaje się, że podejście Mahler do procesu separacji–indywiduacji uzupełnia wcześniej wypracowane przez Junga rozumienie tego zjawiska. Podobnie jak sposób analizy snów Junga stanowi bazę dla rozwoju koncepcji snienia Biona. Te dwie propozycje nie wykluczają się wzajemnie, ale przeciwnie — dopełniają, a tym samym rozszerzają perspektywy pracy ze snem jako znaczącej metody służącej do osiągnięcia separacji i indywiduacji.

Metoda

Celem artykułu jest analiza snienia w procesie psychoterapeutycznym, oparta głównie na interpretacji snów pacjentki (pani Ines). Wybrane marzenia senne mają zobrazować proces przekształcenia, który ostatecznie posłużył osiągnięciu przez panią Ines pożądanej separacji i indywiduacji. Materiał wyjściowy, poddawany obróbce psychoterapeutycznej, pochodził z trzech źródeł określonych jako: i/ introspekcyjne (wspomnienia), ii/ — wyśnione (marzenia senne) oraz iii/ wyfantazjowane (marzenia na jawie). Analiza powstawała w oparciu o refleksje, przedstawione w formie tekstów, napisanych zarówno przez pacjentkę, jak i psychoterapeutkę. Były one przygotowywane na podstawie transkrypcji odbytych sesji, już po zakończeniu całego dwuletniego procesu terapeutycznego (102 sesje). Dzięki zastosowaniu wyjątkowej metody równoległego, niezależnego opisu: 1/ istotnego doświadczenia pacjentki wraz z ich rozumieniem z jej perspektywy oraz 2/ sposobu rozumienia przez psychoterapeutkę wyśnionych treści pacjentki — możliwe stało się prześledzenie części złożonego procesu przekształceniowego. Spisywane sesje nie stanowią metarefleksji nad przeprowadzoną terapią, ale starają się oddać rzeczywisty sposób myślenia, który towarzyszył pacjentce i psychoterapeutce podczas spotkania. Niebagatelnym faktem jest czas powstawania obu opisów. Po pierwsze — pacjentka i psychoterapeutka pisały swoje fragmenty w tym samym, wybranym tygodniu, po drugie — w rok po zakończeniu procesu psychoterapeutycznego, z niecodziennej inicjatywy¹. Pani Ines przychodząc na pierwszą sesję, zainicjowała nagrywanie każdego ze spotkań. Podczas sesji 69. zaproponowała ponadto wykonanie transkryptu nagrań. Późniejsza koncepcja opracowania powstałego materiału była wynikiem wspólnej refleksji i decyzji pacjentki i psychoterapeutki. Co ważne, namysł nad sesjami oraz jego opis został połączony w całość pod jednym tytułem, nadanym przez pacjentkę. Rozumienie oraz prezentacja skomplikowanego zadania dochodzenia do prawdy, najważniejszego efektu procesów przekształceniowych, została zakorzeniona w koncepcji Biona, natomiast rozumienie znaczenia procesu separacji-indywiduacji dla rozwoju osobowości w teorii Carla Gustava Junga i Margaret Mahler. Artykuł jest próbą odpowiedzi na ważkie i zarazem intrygujące pytanie: jakie znaczenie ma aktywność snienia w procesie przekształcania doświadczenia pacjentki, prowadzącym ją do psychicznej dojrzałości — indywiduacji.

Opis przypadku

Pani Ines (44 lata) zgłosiła się na terapię indywidualną z początkiem 2020 roku. Zdecydowała się na podjęcie pracy psychoterapeutycznej z powodu uporczywości objawów depresji, leczonej farmakologicznie od dłuższego czasu. Całość procesu, trwającego dwa i pół roku (do końca czerwca 2023 roku), obejmowała w sumie 102 sesje. W wyniku terapii pani Ines osiągnęła postawione sobie cele, wskazane przez nią w ramach kontraktu (m.in.: wyjście z depresji, poprawa relacji z mężem, dziećmi i rodzicami, wzmocnienie

¹⁾ Artykuł bazuje na fragmentach powstającej książki: „Pani Ines. Proces psychoterapeutyczny z dwóch perspektyw”. Dane pacjentki zostały zmienione w sposób uniemożliwiający jej identyfikację. Opisany materiał uzyskał pełną zgodę pacjentki na publikację.

poczucia własnej wartości) oraz wynikające z pogłębionej analizy swoich doświadczeń (m.in.: zakończenie procesu żałoby po tragicznej śmierci brata oraz przepracowanie traumatycznego doświadczenia bycia wykorzystaną seksualnie). W trakcie pracy terapeutycznej objawy depresyjne stopniowo ustępowały, w związku z czym pacjentka, w porozumieniu z prowadzącym ją lekarzem psychiatrą, zaprzestała farmakoterapii.

Pani Ines pochodzi z niewielkiej miejscowości. Jest nauczycielką w szkole średniej. Przyszła na świat w wielodzietnej rodzinie jako ostatnie dziecko spośród ośmiorga rodzeństwa. Ojciec pacjentki „od zawsze” był uzależniony od alkoholu. Pani Ines wspomina, że bardzo się go bała — zwłaszcza kiedy wszczynał awantury i zachowywał się agresywnie wobec domowników. Podczas terapii pani Ines ujawniła, że lęk wobec ojca wciąż jest w niej żywy, a niektóre jego działania napawają ją przerażeniem. Matka pacjentki nie pracowała zawodowo, opiekowała się domem i dziećmi. Od najmłodszych lat pani Ines była delegowana przez nią do opieki nad swoim starszym o rok bratem, Jackiem. Zdaniem matki, jej najmłodszy syn był słabego zdrowia i dlatego potrzebował szczególnej troski. Z tego powodu pacjentka została wysłana do szkoły o rok wcześniej, by uczyć się z Jackiem w jednej klasie i jednocześnie sprawować nad nim pieczę. Brat pacjentki, wbrew obawom matki, nie chorował przewlekłe, a jego rozwój przebiegał prawidłowo. Pani Ines stworzyła z Jackiem bardzo silną więź, która również dla niej była źródłem wsparcia. Brat pacjentki zginął tragicznie w wypadku motocyklowym w wieku 19 lat, na dzień przed ślubem ich starszej siostry. Rodzina zdecydowała się nie ujawniać tragedii podczas ceremonii weselnej. Utrata Jacka, a przede wszystkim poczucie winy za jego śmierć, położyły się cieniem na wyborach pacjentki i jej relacjach z rodzeństwem i rodzicami.

W wieku 7–9 lat pacjentka została trzykrotnie wykorzystana seksualnie przez obcego mężczyznę. Rodzice nie podjęli w związku z tymi wydarzeniami żadnych kroków. W odpowiedzi na tragedię córki podzielili się tylko refleksją: „dobrze, że to spotkało ciebie, a nie twoją kuzynkę”. Po skończeniu szkoły średniej pani Ines początkowo swoją przyszłość widziała w zakonie, który jednak opuściła po śmierci brata. Pacjentka jest osobą wierzącą i aktywnie uczestniczącą w życiu Kościoła. Deklarowała, że wiara jest dla niej bardzo ważną wartością. Kobieta po opuszczeniu klasztoru podjęła studia wyższe, a kilka lat później, w wieku 24 lat, wyszła za mąż. Po ślubie, wraz z mężem mieszkała w domu swoich rodziców. Dopiero po kilku latach wyprowadzili się do własnego domu, w innym, nieodległym mieście. Okres zmiany miejsca zamieszkania splótł się z początkiem terapeutycznej pracy. Rodzice pacjentki nie pochwalali jej decyzji o wyprowadzce; liczyli, że będzie opiekowała się nimi aż do ich śmierci. Pomimo iż pani Ines ma liczne rodzeństwo, do tej pory głównie ona dbała o rodziców.

Małżeństwo pani Ines charakteryzowało się wielością burzliwych konfliktów i kłótni. Problemy pary skłoniły panią Ines do podjęcia terapii rodzinnej. Nakłoniła do niej swojego męża. W chwili rozpoczęcia terapii indywidualnej, raz w miesiącu uczestniczyła w sesjach rodzinnych (odbyła cztery takie spotkania). Pacjentka terapię rodzinną zakończyła w połowie swojego procesu psychoterapeutycznego.

Osiąganie indywiduacji w wyniku przekształcania doświadczenia — praca z marzeniem sennym

Jeden z głównych wątków podejmowanych przez panią Ines podczas całego procesu psychoterapeutycznego dotyczył jej relacji z rodzicami. Pomimo dotarcia do okresu (wieku 44 lat) zwanego przełomem połowy życia [7], pacjentka wykazywała wiele oznak niezrealizowanego zadania rozwojowego — separacji od rodziny pochodzenia, a tym samym nieosiągnięcia pełni dojrzałości. Zaprezentowanie wybranych snów pani Ines — wyśnionych w pierwszej połowie psychoterapii (między pierwszą a pięćdziesiątą sesją) — ma na celu zobrazowanie procesu przekształceniowego, służącego realizacji jej separacji i indywiduacji.

W artykule przedstawiono te części tekstów, które wydały się istotne ze względu na analizowane zjawisko przekształcania. Kursywą oznaczono fragmenty opisów pacjentki zaczerpnięte z opracowanych sesji.

W sumie artykuł obejmuje osiem snów: dwa sny z sesji 1. (1–2); jeden sen z sesji 33. (3); kolejny sen z sesji 35. (4); dwa sny z sesji 42. (5–6); przedostatni sen z sesji 46. (7) oraz sen ostatni z sesji 49. (8). Każde marzenie senne pacjentki zostało opisane, opatrzone komentarzami z tekstów pacjentki i terapeutki oraz dopełnione analizą zjawiska przekształceniowego, ujawniającego się w omawianej sesji.

SEN 1., SESJA 1.

Ostatnio intensywnie śnię. Śni mi się, że porządkuję dom dziadków, w którym jak na razie jest kompletny harmider. W spiżarni babci zostawiłam coś, czego nie powinnam była zostawić. Wróciłam w kolejnym marzeniu sennym, żeby z tym właśnie zrobić porządek. Ciemne, nieprzyjemne miejsce, gdzie wszystkie meble są poprzerastawiane przez moją matkę. Ona wszystko ułożyła po swojemu. Wróciłam, bo nie byłam zadowolona z tego, co ona zrobiła. Chciałam to zrobić po swojemu, jeszcze raz. To jest takie budzące nadzieję, że jednak są rzeczy, które są ważne i że można wprowadzać w końcu ten porządek.

SEN 2., SESJA 1.

Przyśniło mi się, że jestem. Poczułam się jak takie małe Ja. To była chyba jakaś mała owieczka, która miała przyczepiony do siebie potężny łańcuch, po prostu niewyobrażalnie wielki.

Oba sny śnione są przez panią Ines jednocześnie — w szczególnym momencie jej życia, na samym początku psychoterapii. Sama pacjentka komentuje tę sytuację w następujący sposób: „Ostatnio dokonałam wyczynu jako dorosła kobieta — wyprowadziłam się z domu rodzinnego. Nie spotkało się to z aprobatą moich rodziców. Nie byli zadowoleni, że się usamodzielniam, że zaczynam z własną rodziną wieść niezależne życie. Oni stale kierują wobec mnie jakieś oczekiwania. Uważają, że moją życiową misją jest ich wypełnianie. Zastanawiam się, czy te wieczne wymagania nie były jedyną formą tworzenia relacji pomiędzy mną a mamą. Jakby delegowanie mnie do zadań specjalnych było spoiwem, które nas łączyło”.

Pierwszy sen zawiera w sobie wiele symboli i metafor. Pacjentka na początku pracy psychoterapeutycznej ma poczucie harmideru, który niejako anektuje ważną część jej życiowej przestrzeni. Jednocześnie ma świadomość możliwości posprzątania bałaganu, pomimo wcześniejszych ingerencji matki. Kobiecie nie podobają się porządki wprowadzanie przez jej rodzicielkę, bo to pani Ines ma być osobą, która dokonuje zmian. Analiza podczas sesji ujawnia kolejne znaczenia bałaganu: pacjentka przedstawia dom dziadków jako ciemne i nieprzyjemne miejsce, wymagające w pierwszej odsłonie całkowitego remontu, a w kolejnej jedynie poprzestawiania mebli. Zestawienie gruntownego remontu ze stosunkowo nieskomplikowanym zadaniem wprowadzenia nowego układu — porządku do istniejących elementów wyposażenia wnętrza — uwyrażnia pewien rodzaj ambiwalencji pacjentki wobec rozpoczętej psychoterapii. Najprawdopodobniej przeraża ją ogrom pracy związanej z odkrywaniem siebie i budowaniem swojej tożsamości. A może bardziej trwoży ją intuicyjnie już wyczuwalna konieczność porzucenia dotychczasowego, dobrze jej znanego sposobu określania siebie według kryterium udzielania pomocy innym — „Jestem, o ile pomagam”. Rola opiekunki wydaje się drugim imieniem pani Ines. „Stałam się jego [brata] opiekunką, czyli osobą od zadań specjalnych. Najpierw opiekowałam się bratem, potem dziećmi rodzeństwa, a teraz rodzicami”. Pani Ines już jako dziewczynka zmuszona była mierzyć się z obowiązkami, które nadmiernie ją jako dziecko obarczały. Rola nadana pacjentce przez innych członków rodziny stawała się uciążliwa wraz z kolejnymi latami.

Podczas terapii po raz pierwszy pozwala sobie zobaczyć samą siebie jako osobę przeciążoną, czego symbolem jest mała owieczka uwiązana do potężnego łańcucha. Jeszcze na tej samej sesji pacjentka przybliży psychologiczne znaczenie „potężnego łańcucha”. Jest nim silne związanie z rodzicami, zwłaszcza z matką. Bardzo ciekawy jest wybór zwierzęcia. Pacjentka odnajduje się w metaforze owieczki, jest niemal jak Jezus – baranek paschalny. Chrystus dźwiga grzechy świata, a ostatecznie oddaje swoje życie za ludzkość. Tak daleko idące skojarzenie z jednej strony ukazuje skalę cierpienia pani Ines, a z drugiej nieadekwatność postrzegania przez nią swojej roli.

Pierwsza sesja ujawnia wizerunek pacjentki uwikłanej i wciąż nieodseparowanej od rodziny pochodzenia. Zaczynając terapię, pani Ines dopuszcza do siebie perspektywę innego życia. Samodzielnie chce rozwiązywać i układać trudne dla siebie sprawy i problemy. Pacjentka dokonuje zmiany swojego myślenia. Nie chce dłużej dźwigać narzuconej powinności, zgadzając się na zasady nadane przez matkę, ale woli chwycić za stery swojego życia. Odważnie rezygnuje z „uników i halucynacji” na sesji [3], konfrontując się z prawdą, że obecne funkcjonowanie jej nie odpowiada, bo znacząco ogranicza proces jej osobistego rozwoju — zdobywania większej dojrzałości.

SEN 3., SESJA 33.

Śniło mi się, że jestem u siebie w domu — mam na myśli mój dom rodzinny. Towarzyszy mi moja cała rodzina: Tomek i dziewczynki. W pewnym momencie uświadamiam sobie: „Boże, przecież my mamy swój własny dom! Dlaczego tak dawno tam nie byliśmy?”. Zaczynam wszystko zbierać i organizować, żeby przewieźć rzeczy do swojego domu, który stoi pusty. Potem, kiedy docieramy na miejsce, okazuje się, że to nie jest nasz dom, tylko

jakby kogoś z rodziny — w dodatku niedokończony. Paradoksalnie, pomimo przebytej we śnie fizycznej odległości, wciąż znajdują się blisko domu rodziców.

Śniąca wydaje się być w drodze do własnego domu. Dopuszcza do siebie możliwość „wyfrunięcia z rodzinnego gniazda”, ale wciąż tkwi bardzo blisko miejsca zamieszkania rodziców. Pacjentce bardzo zależy na emocjonalnej separacji od rodziny pochodzenia i jednocześnie nie jest do końca na to gotowa. Postępem względem poprzedniej sesji, wydaje się możliwość dopuszczenia do siebie separacyjnych myśli. Pani Ines z jednej strony sama o sobie mówi: „Nadal towarzyszy mi poczucie niezadowolenia z siebie [...]”. Brakuje mi punktu odniesienia, za pomocą którego mogłabym sobie powiedzieć, że dobrze zrobiłam. [...] Nieustannie odzywa się we mnie głos krytyka ukształtowany przez sądy: rodzeństwa, rodziców i ludzi stawianych na drodze mojego życia. Co zaraz kontrastuje z wypowiedzią: Zmienia się [...] mój sposób postrzegania siebie w rodzinie pochodzenia. Jestem przekonana, że jestem potrzebna, że dla mnie jako osoby jest, było i będzie w niej miejsce, że nie muszę już zasługiwać na akceptację. [...] W codzienności przeżywam naprawdę głęboką radość. Cieszę się, że mam swój dom, że w końcu żyję swoim życiem, że postawiłam granicę między życiem swoim a życiem rodziców, i rodzeństwa”. Pacjentka trwa w konfliktowym rozerwaniu, które jest naturalnym elementem separacji. Z jednej strony pani Ines zachwycą się swoim uwolnieniem od nie swojego życia, a z drugiej boi się wzrastającej odpowiedzialności za dokonywane wybory i popełniane czyny. Może dlatego też w chwilach chwiania się jej dojrzewającej niezależności zdarza się jej włączać tryb krytyka. Szybciej jednak rozpoznaje w nim znajome głosy i przekazy — raz pochodzące od matki, innym razem od ojca czy rodzeństwa. Zdaje sobie coraz lepiej sprawę, że usilne poszukiwanie przez nią punktu odniesienia, a raczej usprawiedliwienia, dla jej stanów i aktów jest tylko inną — bardziej wysublimowaną — formą starej zależności. Pani Ines realnie mieszka we własnym domu, co przynosi jej wiele satysfakcji i daje namiastkę tego, jak może jawić się przyszłość. W rzeczywistości psychicznej wciąż zamieszkuje jednak dom rodziców, ponieważ jej własny nie jest jeszcze dostosowany do jej potrzeb. Pomimo że bardzo chce być już u siebie — żyć własnym życiem — to jednak obierana przez nią droga, jakby wbrew jej woli, stale prowadzi ją do punktu wyjścia — dobrze znanej jej zależności — z własnym, ale pustym lokum w tle.

SEN 4., SESJA 35.

Jechałam do swojego nowego domu. Ten dom znajdował się już poza miejscem mojego obecnego zamieszkania, myślę, że brakowało do niego ok. 3 km, ale był blisko jeszcze domu rodzinnego.

Niemal cała sesja jest analizą złożoności sensów zawartych w metaforycznym wizerunku pani Ines jako małej, potulnej owieczki. Za pomocą symbolu jagniątko pacjentka dobitnie uwydatnia swoje cechy uległości i ustępliwości. Zdają się one dominować w jej całościowym przedstawieniu siebie, zwłaszcza kiedy usilnie stara się wyciszać czy wręcz anulować swoje doświadczenie złości. Przeciwwagą dla spokojnej, potulnej owieczki wydaje się dzikie zwierzę, zagrażające swoimi nieprzewidywalnymi aktami agresji. Zgoda na „pokorne przyjmowanie przez nią krzyża obelg i niegodziwości”, spójna z religijną

narracją jej matki, w prostej linii prowadzi ją do konieczności przeżywania co rusz — wywołanego stłamszonymi i niewyrażonymi emocjami — wewnętrznego napięcia. Jego intensywność wydaje się tym większa, im bardziej pani Ines jest skłonna dać się przestraszyć swojej złości. Bojąc się jej — podobnie jak lękała się agresywnych aktów ojca — nie tyle wyobraża sobie siebie w twórczej ekspresji złości, ile widzi jego w dobrze znanych jej wspomnieniach przerażających scen: niekontrolowanego, emocjonalnego wybuchu. Jakby mimowolnie i nieświadomie zaciera wtedy istniejące granice odmienności między sobą i ojcem, przyklejając do siebie jego cechy gwałtownika. Sesja obrazuje kolejne etapy pracy nad nowo kształtującą się relacją z rodzicami.

Śniąca, przeżywając trudne emocje, dalej pozostaje w podróży do wymarzonego domu: „Oczekuję z niecierpliwością i nadzieją, że w końcu dotrę do mojego domu we właściwym miejscu”. Dom staje się symbolem wolności, która nie tylko jest osobistą przestrzenią, ale obrazuje zwłaszcza zmienioną odpowiedź emocjonalną na nowo kształtującą się relację z rodzicami. Coraz dłuższy, pokonany odcinek drogi ku sobie, symbolicznie ujawniony w marzeniu sennym, zdawał się być jak znak nadziei, która jeszcze wyraźniej rozbrzmiewała teraz w wewnętrznym świecie pani Ines melodyjną frazą: „Dotrę w końcu do właściwego domu”. To wewnętrzne lokum jest źródłem osobistej siły i bezpieczeństwa, które pozwoli na nowo poukładać relacje pomiędzy nią a rodzicami.

SEN 5., SESJA 42.

Prowadziłam zajęcia i jednocześnie leżałam w łóżku, podobnie jak moja ciocia. Byłam niesamowicie zdziwiona, że uczniowie przyszedli, oczekując na lekcję. W pewnym momencie pojawiła się moja siostra i powiedziała, że nasza mama umarła. Zaczęłam wtedy bardzo płakać, pomimo obecności uczniów i niezręcznej sytuacji, w której się znalazłam. I tak płakałam, płakałam, bardzo płakałam... Czułam taki prawdziwy żal z powodu śmierci mamy. Później akcja przeniosła się do domu rodziców. Poszłam do łazienki, wzięłam miskę, bo miałam zamiar ją umyć. Gdy zbliżyłam się do mamy ona niespodziewanie otworzyła oczy i powiedziała mi: „życie ze mnie uszło, ale wróciło”. Tak to się zakończyło. I jeszcze w międzyczasie widziałam w tle tatę, który był tą śmiercią tak bardzo poruszony, płakał, ale jakby bardziej martwił się, co teraz z nim będzie. On zostanie sam i co teraz z nim będzie?

Sen piąty ukazuje nieakceptowane cechy matki, które pacjentka identyfikuje w sobie. Pani Ines w sennym płaczu nad sobą dociera do martwego obszaru w sobie samej. Rozpoznaje obraz siebie zaniedbanej, bo tej nieakceptującej siebie w potrzebie i rozżaleniu, tej łaknącej pocieszenia i aprobaty. Miała być przecież zawsze odziana w pancerz zaradności i samowystarczalności, stawać się misjonarką od zadań specjalnych. Podobnie jak matka, nie mogła zdradzać oznak delikatności wobec siebie samej, a tym bardziej pobłażliwości wobec swoich potknięć i zaniedbań. Jej sztandarowe hasło najprawdopodobniej brzmiało: „Tylko wymagania i wyłącznie wymagania”. I właśnie konieczność śmierci, takiej nie-miłosiernej postawy wobec siebie samej, rozpoznała pani Ines w twarzy umarłej matki. Pacjentka dochodzi do momentu, w którym uczciwie zaczyna sama sobie współczuć. Coraz bardziej pragnie pozbyć się tych swoich cech, które przez lata trzymały ją w gorszej powinności, określającym jej wartość. Pani Ines nie chce być kopią matki. Płacze

i przechodzi żalobę, a następnie ożywia nową funkcję współczucia sobie. Matka w śnie staje się symbolem, od którego pacjentka chce się odseparować. Symbol ten czerpie jednak swoje źródło w rzeczywistości — w realnie funkcjonującej osobie matki pani Ines. Sen zawiera więc jednocześnie silną krytykę i niezgodę na postawy prezentowane przez matkę.

SEN 6., SESJA 42.

W drugim śnie byłam z przyjaciółką na strychu w domu moich rodziców. Pokazywałam jej, jak starannie wszystko uporządkowałam. Wcześniej znajdowały się tam różnego rodzaju rzeczy należące do mnie, ale jeszcze niezabrane. Pokazywałam, że niektóre powyrzucałam, albo ułożyłam oraz co trzeba jeszcze wyrzucić. Byłam taka zadowolona, że w końcu uporałam się z bałaganem. Na strychu były różne rzeczy, np.: szafa, przedmioty należące do mnie bądź pozostawione przez innych. Każda z nich miała swoje przeznaczenie. Mój porządek we śnie nijak się ma do porządku jako celu, który stworzyłam sobie w głowie. W moich planach wszystko musi być wysprzątane dosłownie do ostatniego okruszka tak, żeby pozostała tylko pustka. We śnie doświadczyłam wewnętrznej zgody na pozostawienie tylu rzeczy... Jednocześnie miałam satysfakcję, że ja to posprzątałam i że będzie jeszcze czas na doprowadzenie zadania do końca. Nie czułam wewnętrznego przymusu, by zrobić to jak najszybciej. Jeszcze jeden wątek pojawił się w tym śnie — blisko schodów leżała niewielka sterta moich prywatnych rzeczy: starych pamiętników, kalendarzy, listów, książek itp. Najdziwniejsze, że były przykryte kurtką mojego taty, a konkretniej jej podszewką z brązowego sztucznego misia.

W kolejnym marzeniu sennym ponownie wraca motyw sprzątania. Tym razem przestrzeń domu charakteryzuje już nowy ład, wprowadzony przez panią Ines. Nowy sposób porządkowania siebie przez panią Ines najprawdopodobniej w pierwszej kolejności dotyczy zaakceptowania trudnych i zarazem tragicznych wydarzeń z jej życia. Przyjmowania ich z całym balastem psychicznego cierpienia. Sen szósty zawiera dodatkowo jeden szczegół. Pani Ines wspomina o rzeczach intymnych — książkach, listach, pamiętnikach, które opatulone są ojcowską kurtką — jej wewnętrzną, miękką częścią. Pacjentka, decydując się na pamięć swoich krzywd, dociera do cennych wspomnień, otula się nimi i wreszcie świadomie doświadcza swojego istnienia. Ze zdziwieniem nowicjuszeki dobrego życia konstatuje: „bo to ja jestem... blisko siebie”. Metafora kurtki prawdopodobnie ujawnia również dwoistość natury ojca. Miękka część, nazwana przez Pacjentkę misiem, to pozytywna strona ojca, który czasami bywał opiekuńczy i dbał o to, żeby Pacjentka nie zmarła, leżąc na podłodze. Pani Ines, chociaż wciąż w wielkiej złości, potrafi dostrzec dobre strony swoich rodziców: ojca dbającego o ciepło w domu czy matkę przynoszącą jej bukiet kwiatów. „Odkąd się wyprowadziłam i mamie przybywa lat, częściej okazuje mi współczucie, pyta o moje zdrowie. Czuję jej większą troskę i empatię” (Sesja 23).

Pani Ines dopuszcza do siebie doświadczenie żaloby. Co właściwie traci? Wydaje się, że zaczyna akceptować możliwość samodzielnego życia bez wszechobecnej ingerencji rodziców. Jednocześnie płacze nad straconym czasem, poświęconym roli opiekunki. Kształtuje w sobie umiejętność empatycznego patrzenia na samą siebie i uznawania własnej krzywdy. Widzi możliwość zmiany dotychczasowych schematów, ale z zachowaniem

tego, co było wartościowe. Pacjentka zauważa, że jej dzieciństwo było trudne, ale miało jasne strony. Pani Ines, formując na nowo swoją relację z rodzicami, może budować most porozumienia. Zanim jednak do tego dojdzie, musi połączyć ze sobą sprzeczne aspekty wewnętrznych obrazów rodziców oraz zrozumieć ich człowieczy wymiar — jako słabych i omylnych ludzi.

SEN 7., SESJA 46.

Śniło mi się, że byłam w domu rodziców. Za domem jest studnia. I z tej studni wystawała taka śmieszna, mała drabinka, na którą wlaź wielki, czarny pająk. Obserwowałam go razem z moją mamą. Pierwsza odezwała się we mnie odraza i strach, bo ja się bardzo boję pająków i brzydzę się nimi. Ku mojemu zdziwieniu ten pająk okazał się puchaty i miły. Zaczęłam się mu przyglądać i zobaczyłam, że on nie jest wcale taki ohydny... Był cały czarny, a jego futerko wydawało mi się miłsze niż podszewka kurtki mojego ojca ze strychu. Myślę, że miał około 60 lat. Przedziwne również było to, że zarówno patrzyłam na niego z tych schodów [jak] i widziałam go z bliska. Obserwowałam jego nóżki — włochate, czarne, jego kształt... i mówiłam sobie: „Boże on nie jest taki wstrętny. On nie jest taki ohydny”. Na koniec zabrał się i poszedł — schował się.

Sen siódmy oddaje emocjonalną ambiwalencję pacjentki wobec ojca. Pani Ines szybko identyfikuje pająka jako symbol rodzica. Upewnia się co do takiej identyfikacji, kiedy futerko na odnóżach i odwłoku stworzenia z marzenia sennego budzi w niej jasne skojarzenia z puchatą podpinką od kurtki rodzica (ze strychu). Dodatkowo przypomina sobie, że ojciec pojawiał się w poprzednich snach również pod postacią szczura. Ujawnia się więc on w wizerunkach nieprzyjemnych zwierząt — insektów, gryzoni, które odkrywają zaskakująco swoje dobre oblicze. Obrzydzenie miesza się w pani Ines z sympatią wobec nich: „Coś, co do tej pory było źródłem wstrętu, ohydy i przerażenia, może budzić nieoczekiwane i nagle przyjemne uczucia”. Przyglądanie się mu i przeżywanie jakościowo nowych uczuć uwyrażnia niezwykle proces łączenia skrajnych aspektów — przyjemnych z nieprzyjemnymi, nienawistnych z miłosnymi — w wewnętrznym obrazie ojca. Miłość i nienawiść wobec rodzica to dwie strony tego samego medalu, których integracja jest dla pacjentki czymś bardzo trudnym („Ta miłość jawi się jako coś niemożliwego”). Nowy stan jawi się jako innowacja, która budzi w pacjentce lęk i chęć ucieczki („Niech on sobie już pójdzie i schowa się...”). Jest to jednak lawina zmian, której nie da się powstrzymać. Kolejne sesje ujawniają trudny proces integracji wewnętrznych wizerunku rodziców.

Pani Ines zaczyna postrzegać ojca jednocześnie jako tyrana i zagubionego, chorującego mężczyznę. Złego i dobrego, ohydneho i przyjemnego, raniącego i kochającego zarazem. Pacjentka musi pogodzić ze sobą te ambiwalentne aspekty wewnętrznego wizerunku ojca. Budzi się w niej wiele złości, ale i empatycznych reakcji. Pomimo swojego zagubienia zaczyna zauważać, że jej rodzice dysponują delikatną stroną, którą kiedyś gdzieś głęboko schowali. Nie usprawiedliwia to ich wyborów, ale rzuca światło na głębsze zrozumienie rodzinnego funkcjonowania.

SEN 8., SESJA 49.

Śniło mi się, że byłam w naszym nowym domu, który w końcu nie był już blisko rodzinnych stron, ale w miejscu, gdzie teraz mieszkamy. Wydawał się troszeczkę inny niż wygląda w rzeczywistości. [...] Wiem jednak, że w środku byłam w tym moim własnym domu — najważniejsze, że ja w nim byłam.

Pani Ines dociera wreszcie do upragnionego domu: „w końcu wyśnił mi się ten dom”. Wyłonił się z marzenia sennego, pierwszy raz miał autentyczne znamiona własnego, a nie tego nachalnie śniącego się wcześniej — związanego z rodzicami i rodzeństwem. „Kiedy wyglądałam przez okno — to tak, jakby były widoczne jeszcze stare zabudowania [...] Wiem jednak, że w środku byłam w tym moim własnym domu. Wyprowadziłam się wreszcie z tego rodzinnego”. Wydaje się, że pani Ines z poczucia pustki swojego istnienia przedostaje się w rejony swojej tożsamości.

Pacjentka wraz z dotarciem do własnego domu odkrywa, że ma wewnętrzną siłę do bycia niezależną osobą. Odseparowuje się od rodziców na poziomie psychicznym, co staje się źródłem jej szczęścia i dumy. Zyskuje siłę i możliwość tworzenia bliskości z rodzicami z jednoczesnym poszanowaniem własnych granic. Odmienność sytuacji jawi się jej jako zupełna nowość. Stare zabudowania (ruiny?), chociaż wciąż obecne za oknami nowego domu, stanowią pamiątkę po poprzednim sposobie jej funkcjonowania.

Wnioski

Podczas pracy terapeutycznej pacjentka przeszła swoisty proces odseparowywania się od rodziny pochodzenia — tak na poziomie fizycznym, jak i emocjonalnym. Dzięki śnieniu, które z sesji na sesję ujawniało intensywnie działanie jej jaźni, dostarczającej głębokich nieświadomych treści w formie metafor i symboli, możliwa stała się indywidualizacja pacjentki — jej osobowościowe dojrzewanie i rozwijanie wewnętrznego potencjału. Na początku pracy terapeutycznej doświadczenie rodzinne pani Ines charakteryzowało się koniecznością poświęceń wobec rodziców i rodzeństwa, jak również zgody na dźwiganie rodzinnych traum oraz poczucia winy za nie. Praca terapeutyczna z wyraźnym wykorzystywaniem myślenia sennego ukierunkowana była na cel — osiągnięcia skutecznej separacji pacjentki, definiowanej nowymi jej zadaniami i funkcjami.

Zmiana pacjentki możliwa była również za sprawą nawiązania satysfakcjonującej relacji terapeutycznej. Współpraca pomiędzy panią Ines a terapeutką poprzedzona była oporem i chęcią zakończenia terapeutycznych spotkań przez pacjentkę. Praca nad znaczeniem pomysłu zakończenia terapii oraz analiza bieżących trudności pacjentki pozwoliła na utrzymanie regularnych spotkań, pogłębienie relacji oraz realizację wyznaczonych celów. Inicjatywa powstania zapisów sesji była wspólnym pomysłem uczestniczek terapeutycznej wymiany. Pacjentka już na pierwszym spotkaniu zaprezentowała dość nietypowe zachowanie. Zgłosiła prośbę o możliwość nagrywania każdej kolejnej sesji, uzasadniając ją potrzebą zapisania — jak twierdziła — nie tylko w niedoskonałej pamięci, ale również w niezawodnym rejestratorze dźwiękowym doświadczenia swojej psychoterapii. Przypuszczalnie posiadanie w dyktafonie nagranych sesji było formą zapewnienia sobie dostępu do psychoterapeutki w nieograniczonym zakresie.

Pacjentka mogła odsłuchiwać sesje, kiedy chciała i ile chciała. Bardzo możliwe, że realizowała w ten sposób przeniesieniowe pragnienia niczym nieograniczonego kontaktu z matką, w którym to dyktafon stawał się odpowiednikiem obiektu przejściowego. Zgoda psychoterapeutki na nagrywanie sesji, podobnie jak po zakończeniu terapii przyjęcie propozycji pacjentki do współtworzenia opracowania sesji do przyszłej publikacji, na poziomie świadomym dyktowana była ciekawością poznawczą, ale też niepewnością, co do trwałości sojuszu terapeutycznego. Bolesne doświadczenie pacjentki bycia wykluczoną z rodzinnego grona, drogą identyfikacji projekcyjnej, znalazło odbicie w odczuciach psychoterapeutki — wydawało się, że zarówno zgoda na nietypową formę współpracy terapeutycznej, jak i jej odmowa będzie stanowiła element wspólnego rozegrania w działaniu tych uczuć pacjentki. Zmiana zwyczajowej techniki pracy dawała szansę na rozwój relacji terapeutycznej — i objęcie refleksją owego rozegrania.

Podczas pierwszej sesji pacjentka podzieliła się dwoma snami oraz przyznała, że od momentu rozpoczęcia terapii indywidualnej zaczęła śnić intensywniej. Stosunkowo szybko rozpoznała również rolę i znaczenie swoich marzeń sennych: „we śnie zdecydowanie łatwiej jest mi się kontaktować sama ze sobą — szybciej poprzez sny niż bezpośrednio”. Aktywowanie w wewnętrznym świecie pacjentki myślenia sennego umożliwiło „wyświetlenie” przez jaźń tych nieświadomych treści, które były zbyt trudne do przyjęcia na jawie bez formy symbolicznej. Opracowywanie marzeń sennych ułatwiało pani Ines refleksję nad jej doświadczeniem życiowym, a tym samym stopniowe i pieczołowite wydobywanie z nich prawdy jej życia.

Osiem zaprezentowanych snów obrazuje specyficzny ciąg zmian separacyjnych. Na początku pracy psychoterapeutycznej osiowym doświadczeniem pani Ines było poczucie przeciążenia i przytłoczenia. Najbliższym porównaniem dla pacjentki stała się wówczas mała owieczka z uwieszonym łańcuchem powinności względem rodziców. Swoją sytuację w rodzinie pochodzenia przeżywała jako wielce niewygodną, ponieważ wiązała ją z koniecznością łączenia potrzeb opieki nad rodzicami i rodzeństwem z dbałością o własną rodzinę — męża i dzieci. Chociaż pani Ines towarzyszył stały niepokój (bałagan, harmider), to jednak nie decydowała się na postawienie wyraźnej granicy wymaganiom matki oraz na sprzeciw wobec oczekiwaniom oddania priorytetowej pozycji rodzinie pochodzenia.

W kolejnych snach, z dominującym motywem domu, pani Ines doświadczała już możliwości „wyfrunięcia z rodzinnego gniazda”. Dopuszczała do siebie perspektywę separacji, ale odkrywała, że nie jest na to jeszcze gotowa (dom był niedokończony i wciąż nie należał do niej tylko do kogoś innego). Przypuszczalnie pacjentka nadal nie mogła dać sobie pozwolenia na wyjazd, ponieważ traktowała separację w kategoriach utraty relacji. Jednocześnie zaczynała przeżywać złość do swoich rodziców, co można uznać za wyraz jej odwagi w wyodrębnianiu się od swoich bliskich. W piątym śnie pacjentka wyraźnie identyfikowała różnice pomiędzy sobą a matką. Odkrywała, że chcąc określać swoją tożsamość — to, kim rzeczywiście jest — nie musi już kopiować rodzicielki poprzez pielęgnowanie jej cech w sobie. Coraz bardziej w pracy psychoterapeutycznej uwyrażniał się motyw separacji jako procesu różnicującego od osób znaczących oraz indywiduacji — polegającej na zdobywaniu niezależności i autonomii.

W następnym śnie, ujawnionym na tej samej sesji, pani Ines powracała do porządków, które wprowadzała już wedle własnego uznania i ze zgodą na pozostawienie swoich

pamiętek — wspomnień i traum, które ją ukształtowały. Nie bez znaczenia było to, że owijała swoje cenne przedmioty w ojcowską kurtkę, tak jakby chciała widzieć w nim również wymiar dobra i opiekuńczości. W kolejnym śnie, którego głównym bohaterem jest czarny pająk, pacjentce uwyraźnił się jednak trud, jaki wiąże się z dostrzeganiem łagodnej strony ojca. Wraz z pojawieniem się pozytywnych jego cech, uwidaczniały się jego skrajnie negatywne, a zatem nieakceptowane, cechy. Wydaje się, że pani Ines stanęła przed zadaniem niemożliwym do wykonania — połączenia odmiennych wymiarów i cech rodziców w ich spójny obraz. Sny prezentują przejście od niemal całkowitego uwikłania w relacjach z rodzicami ku większej świadomości nowej roli — dorosłej i niezależnej córki. Ostatni sen zdaje się domykać pewien etap życia pani Ines. Pomimo iż pacjentka dopiero zaczęła konfrontować się z bolesnymi wspomnieniami dotyczącymi rodziców, to omawiane procesy separacji i indywiduacji wydają się owocować. Kobieta dzięki sennej metaforze dotarła do własnego domu, autonomii, dzięki której rozpoczęła odważnie stawiać granice rodzicom. Pani Ines rozpoznała w sobie większe bezpieczeństwo i pewność swoich decyzji.

Artykuł obrazuje jedynie część pracy terapeutycznej. Na kolejnych spotkaniach (w drugiej połowie procesu) pacjentka dalej podejmuje pracę nad tematem rodzinnych traum, konfrontując się z bólem dostarczanym przez wspomnienia z dzieciństwa i brakiem umiejętności rodziców w uznaniu jej krzywd. Równolegle pani Ines kontynuuje pracę związaną z relacją małżeńską i wiążącą się z nią sferą seksualną, doświadczeniem swojego macierzyństwa oraz strefą zawodową.

Interpretując przedstawioną część pracy psychoterapeutycznej za pomocą teorii myślenia przekształcającego Biona, można zauważyć przejście od sytuacji, w której pacjentka przez lata godziła się funkcjonować jako bezradna i pozbawiona możliwości wyboru — uciemiężona owieczka. To jej doświadczenie — materiał wyjściowy — przypuszczalnie stanowi bionowskie „K”, natomiast praca terapeutyczna jest czynnością przekształceniową, czyli usilną próbą zrozumienia, na czym może polegać przejście z K→O. Dotychczasowe osiągnięcia (pomiędzy sesją 1. a 50.) — zwiększenie separacji i indywiduacji — to efekt zmiany sposobu myślenia pani Ines, czyli nowego sposobu odczytywania swojego doświadczenia. Pokonanie uporczywości funkcjonowania, opartego na wewnętrznym przymusie pełnienia roli opiekunki w swojej rodzinie pochodzenia w kierunku osiągania coraz większej autonomii i akceptacji nowego sposobu kształtowania relacji, wydaje się najbardziej istotną formą przemiany psychoterapeutycznej pani Ines. Owe przekształcenie starego sposobu działania nie jest jeszcze „O”, ale stanowi etap procesu jednoczenia się w nim, stawania się osobistą i subiektywną prawdą własnego istnienia.

Piśmiennictwo

1. Bion WR. Uczenie się na podstawie doświadczenia. Warszawa: Oficyna Ingenium; 1962/2015.
2. Bion WR. Elementy Psychoanalizy. Warszawa: Oficyna Ingenium; 1963/2012.
3. Bion W R. Przekształcenia. Warszawa: Oficyna Ingenium; 1965/2015.
4. Bion W R. Po namyśle. Warszawa: Oficyna Ingenium; 1967/2014.
5. Bion W R. Uwaga i interpretacja. Warszawa: Oficyna Ingenium; 1970/2018.

-
6. Ogden TH. Przeżywanie nieprzeżytego życia. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2016.
 7. Oleś P. Psychologia przełomu połowy życia. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2000.
 8. Jung CG. Bliżej nieświadomości. W: Prokopiuk J, Palusiński R, red. Carl Gustav Jung. Człowiek i jego symbole. Katowice: Wydawnictwo KOS; 1964/2018, s. 43–139.
 9. Von Franz ML. Proces indywiduacji. W: Prokopiuk J, Palusiński R, red. Carl Gustav Jung. Człowiek i jego symbole. Katowice: Wydawnictwo KOS; 1964/2018, s. 217–299.

Adres: alicja.wnuczek@onet.pl

Agnieszka Nowakowska¹, Dorota Draczyńska²

STAWANIE SIĘ SOBĄ — ANALIZA EGZYSTENCJALNA W PSYCHOTERAPII OSOBY Z TRAUMĄ RELACYJNĄ

BECOMING MYSELF — EXISTENTIAL ANALYSIS IN PSYCHOTHERAPY OF A PERSON WITH RELATIONAL TRAUMA

¹Szpital Nowowiejski, Oddział Dzienny XX

²Instytut Psychiatrii i Neurologii, Pierwsza Klinika Psychiatryczna

*I'm not sure what I'm looking for anymore
I just know that I'm harder to console
I don't see who I'm trying to be instead of me
But the key is a question of control*

Martin Gore, *A Pain That I'm Used To*,
Santa Barbara, California, 12.12.2005

existential analysis
relational trauma
4FM

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie procesu psychoterapii indywidualnej w nurcie analizy egzystencjalnej i paradygmacie czterech fundamentalnych motywacji (4FM) oraz wskazanie przemian, jakie nastąpiły w każdej z nich u pacjentki, pani K. 25-letniej kobiety, starszej siostry, która po trzech latach mieszkania za granicą i zakończeniu związku powróciła do domu rodziców. Chciała się poczuć bezpiecznie, a tak się nie stało. Nie rozumiała swoich reakcji, tłumila złość, nie potrafiła postawić granic. W relacji z rodzicami czuła się „jak kiedyś”. W konsekwencji pojawiały się objawy lękowe (deficyty bezpieczeństwa w 1FM) oraz depresyjne (2FM — relacja do życia). Czując rozpacz, uruchamiała wewnętrzną, krytyczną narrację (3FM — brak rozumienia siebie, brak zgody na bycie sobą). W konsekwencji nie odnajdywała sensu w swoim aktualnym życiu, pojawiały się myśli rezygnacyjne i zwinne myśli samobójcze (trudności w obszarze czwartej 4FM, czyli poszukiwania sensu życia oraz w trzech poprzednich). W trakcie terapii stopniowo poznawała siebie, swoje objawy, nauczyła się samoregulacji. Zbudowała swoją autonomię. Dom rodziców stał się portem, z którego wypłynęła w świat. Za sterem stanęła pani K. akceptująca swoją rodzinę pochodzenia i to, jaki rodzina miała na nią wpływ. Nauczyła się budować dystans do swoich myśli (1FM), rozumieć swoje emocje, wyrażać je i regulować (2FM) oraz stawiać granice (3FM). Poznała siebie i uznała, że ma prawo do swoich granic, przekonań i potrzeb (3FM), odnalazła sens (4FM), nie czekając, aż rzeczywistość będzie zgodna z jej oczekiwaniami, co — jak wie — nie jest możliwe. W codzienności odnajduje swoje „tak” dla życia.

Summary

The aim of the article is to present the process of individual psychotherapy according to existential analysis, in the paradigm of four fundamental motivations (4FM), and to indicate the changes that occurred in each of the 4FM in a patient, Mrs. K., a 25-year-old woman, an only child, who after living abroad for three years and ending a relationship returned to her parents' home. She wanted to feel safe, but this did not happen. She did not understand her reactions, suppressed anger, and was unable to set boundaries. In the relationship with her parents, she felt "like she used to". As a result, anxiety symptoms appeared (security deficits in 1FM) and depression (2FM – relationship to life). Feeling despair, she activated an internal, critical narrative (3FM – lack of understanding of oneself, lack of consent to be oneself). As a result, she did not find meaning in her current life, and thoughts of resignation and fleeting suicidal thoughts appeared (difficulties in the area of the fourth 4FM, i.e., searching for the meaning of life, and in the three previous ones). During the therapy, she gradually got to know herself, her symptoms, and learned self-regulation. She built her autonomy. Her parents' home became the harbor from which she set sail into the world. At the helm stood Mrs. K., accepting her family of origin and the influence her family had on her. She learned to distance herself from her thoughts (1FM), understand her emotions, express them and regulate them (2FM) and set boundaries (3FM).

She got to know herself and recognized that she has the right to her own boundaries, beliefs and needs (3FM), and she found meaning (4FM), without waiting for reality to be in line with her expectations, which — as she knows — is not possible. In everyday life she finds her "yes" to life.

Wprowadzenie

Założenia teoretyczne

Alfried Längle, uczeń Viktora Frankla, twórca analizy egzystencjalnej (AE) wskazuje jej główne cele: wspieranie człowieka w pełnym, poznawczym i emocjonalnym doświadczaniu siebie i świata, uczenie podejmowania decyzji w zgodzie ze sobą oraz brania odpowiedzialności za swoje życie. Zakłada osłabienie blokad uniemożliwiających działanie, w wyniku czego, człowiek ma możliwość odkrywania unikalnego sensu swojej egzystencji rozumianej jako specyficzny, indywidualny sposób bycia [1–4]. W myśl AE, egzystencja dokonuje się w dialogu, w osobowym spotkaniu z drugim człowiekiem oraz z sobą samym. W osobowym spotkaniu dostrzegamy indywidualność jednostki oraz swoją własną. Wymaga to zachowania postawy fenomenologicznej i gotowości na emocjonalne poruszenie.

Spotkanie osobowe jest ważnym konceptem analizy egzystencjalnej określanym jako personalna analiza egzystencjalna (niem: *Persönliche Existenzanalyse* — PEA) [5, 6]. PEA w połączeniu z modelem 4FM (czterech fundamentalnych motywacji) oraz rozpoznaniem sklasyfikowanymi w systemach diagnostycznych ICD/DSM, tworzy schemat diagnostyczno-terapeutyczny [4]. Uwzględnia konceptualizację traumy relacyjnej jako „emocjonalnego zamrożenia” w obszarze czterech fundamentalnych motywacji (4FM) na skutek doświadczanej przemocy i/lub zaniedbania, rozumianej jako brak wewnętrznej zgody na każdej z 4FM [7].

Cel i metoda

Psychoterapia pani K. w oparciu o paradygmat AE wskazuje na proces zmian zachodzących w każdej z 4FM, który doprowadził do zintegrowania doświadczeń traumy relacyjnej, poprawy objawowej, odblokowania zdolności realizowania własnych celów życiowych i podjęcie życia w zgodzie ze sobą, w określonych warunkach rzeczywistości, z poszanowaniem znaczenia osobistych przekonań dotyczących wartości, jakimi w życiu kieruje się człowiek [6], w tym wypadku pani K.

Pani K. weszła do gabinetu jako osoba z doświadczeniem traumy relacyjnej, u której pojawiły się objawy depresyjno-lękowe i trudności osobowościowe wynikające z przeżywanego lęku i cierpienia. „Nie umiem”, „nie wiem, czy mi wolno”, „jak stawiam granicę, kiedy coś mi nie odpowiada, ludzie są na mnie źli”, „nie chcę ranić ludzi”, „albo oni, albo ja”. Czuła się bezradna i uruchamiała wypracowane sposoby radzenia sobie z rzeczywistością. Wycofywała się z relacji: „ludzie mnie przerażają”, mówiła. Tłumiła emocje i nieustannie próbowała kontrolować rzeczywistość i siebie. Perfekcjonizm utrudniał jej codzienne funkcjonowanie. Nadmierne wątpliwości dotyczące własnych wyborów i dalszego życia utrudniały podejmowanie decyzji. Brak kontaktu z własnymi emocjami był fasadą dla przeżywanego niechęci i złości, wyrażanej w negatywnych narracjach dotyczących siebie. W konsekwencji pojawiał się lęk, niepewność i poczucie winy. We wspomnieniach i snach powracało do niej wiele sytuacji urazowych z dzieciństwa. Pojawiały się reakcje „jak wtedy”. Powracał obraz agresywnego, budzącego grozę ojca, który krytykował, straszył i stosował niesprawiedliwe, często okrutne kary. Pani K. była delegowana do uspokajania go w celu ochrony młodszej siostry i matki. „Tylko ja potrafiłam zarządzać jego gniewem”, mówiła.

Matka pani K. zabraniała komukolwiek mówić o sytuacji domowej. Oboje rodzice, po studiach medycznych, piastowali wysokie stanowiska i na zewnątrz tworzyli obraz szczęśliwej, dobrze funkcjonującej rodziny.

W momencie rozpoczęcia terapii objawy pacjentki składały się w obraz rozpoznania complex PTSD wg ICD-11. Ponowne doświadczanie, unikanie, poczucie zagrożenia (wiązka PTSD, Post Traumatic Stress Disorder, obszar zaburzeń stresu pourazowego) z towarzyszącymi objawami w zakresie dysregulacji afektu, negatywnego obrazu siebie i zaburzeń w relacjach (wiązka DSO, Disturbances in Self Organisation, obszar organizacji osobowości). Dwa lata później wyszła z gabinetu kobieta świadoma siebie, akceptująca rzeczywistość i odnajdująca sens w codzienności.

Kryterium poprawy objawowej i perspektywa egzystencjalna są względem siebie komplementarne i mają swój udział w odpowiedzi na psychoterapię. W prezentowanym opisie procesu psychoterapii kładzie się nacisk na prymat kryterium — wolności — odpowiedzialności — decyzyjności.

Czynniki leczące w analizie egzystencjalnej

Analiza egzystencjalna koncentruje się na ćwiczeniu umiejętności zajmowania stanowiska wobec rzeczywistości: dawaniu lub nie wewnętrznej zgody, rozwijaniu własnej zdolności do decydowania. Stoją za tym następujące czynniki leczące:

- fenomenologiczna otwartość psychoterapeuty, który kieruje pacjenta ku subiektywnemu ujmowaniu wartości i emocji, pomaga się z nimi zapoznać i naświetlić je w określonym kontekście, by stało się jasne nie tylko to, *co* pacjent poczuł, ale i *dlaczego* tak poczuł w określonej sytuacji,
- zatrzymanie się, bycie przy pacjencie, konfrontowanie, praca z paradoksami, które wzmacniają pacjenta w kształtowaniu opinii, rozpoznawaniu związków między własnymi doświadczeniami a wymaganiami danej sytuacji, przyjmowaniu nowych postaw, zajmowaniu stanowiska w zgodzie ze sobą i w konsekwencji — rozumieniu siebie samego,
- pozostawanie w akceptującej relacji — umożliwia wyrażanie siebie, wchodzenie w kontakt z zewnętrznymi lub uwewnętrznionymi wartościami i odbudowywanie połączenia z życiem.

Cztery fundamentalne motywacje

Zajmowanie postawy wobec rzeczywistości osadzone jest na czterech fundamentach (4FM), które niejako trzymają naszą egzystencję [6] i wraz ze stawianymi pytaniami pomagają w poszukiwaniu indywidualnych odpowiedzi. Określone warunki, jeśli są spełnione, są elementem wewnętrznej zgody i akceptacji rzeczywistości. Jej negowanie z kolei związane jest z przeżywaniem przez pacjentów cierpienia, które blokuje zdolność akceptacji rzeczywistości, rozumianej jako uznanie warunków, co nasila objawy psychopatologiczne. Warunkiem spełnionej egzystencji jest odnalezienie własnych „tak” dla życia w każdym z czterech obszarów 4FM: rzeczywistości, relacji, siebie i poczucia sensu. Kluczowe pytania 4FM przedstawione są na ryc. 1 wraz z warunkami, które są niezbędne do odnajdywania swojego „tak” dla życia na różnych etapach własnej egzystencji. Na kolejnej rycinie (ryc. 2) narysowany jest rozkład akceptacji dla każdej FM pani K. na początku terapii i na jej zakończeniu.

MOGĘ BYĆ, ISTNIEĆ, ŻYĆ	LUBIĘ ŻYĆ
1. Jestem zdrowy/a? 2. Mam co jeść? 3. Mam gdzie spać? 4. Mam miejsce, w którym czuję się bezpiecznie?	1. Daję sobie czas? 2. Czuję się lubiany/a? 3. Czuję się kochany/a? 4. Rozumiem swoje emocje? 5. Moje życie jest dobre i wartościowe? 6. Mam równowagę w dawaniu i braniu?
Warunki: przestrzeń, ochrona, wsparcie	Warunki: czas relacje, bliskość

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

JESTEM SOBĄ	MOJE ŻYCIE MA SENS
1. Doceniam siebie? 2. Lubię siebie? 3. Wspieram siebie? 4. Widzę siebie? 5. Szanuję siebie? 6. Dobrze o sobie mówię sobie?	1. Co dobrego wynika z tego, że żyję? 2. Co mogę dziś zrobić, aby moje życie stanowiło sensowną całość? 3. Czy podejmuję działania, które mają sens? 4. Czy mam wartości, którymi kieruję się w życiu?
Warunki: poważanie, akceptacja, docenianie	Warunki: wszystkie trzy poprzednie, indywidualny sens

Ryc. 1 Kluczowe pytania i warunki 4FM; opracowanie własne autorek

Diagnoza i analiza procesu

Na początku psychoterapii reakcje i przeżycia wewnętrzne 25-letniej pani K. nie były dla niej zrozumiałe. Nie łączyła przeżywanego lęku i napięcia w ciele ani z urazowymi doświadczeniami i wyuczonymi reakcjami w dzieciństwie, ani z powrotem do domu rodzinnego. Nie miała kontroli nad nasileniem objawów, a adekwatne przeżywanie teraźniejszości stanowiło dla niej problem. Jako dorosła osoba czuła się bezbronna wobec nakazów i zakazów, krzyku i ubliżania rodziców jej i sobie nawzajem oraz siostrze. W wielu nieplanowanych sytuacjach doświadczała aktywowania stanu emocjonalnego pochodzącego z okresu dzieciństwa, związanego z urazowymi doświadczeniami w relacji z rodzicami. Opisywane przez nią objawy były spójne z trudnościami w regulowaniu afektu u większości osób z traumą relacyjną. W tym, co pacjentka relacjonowała, dominowały opisy bycia na co dzień w stanie ciągłej gotowości i czujności, lub alternatywnie — zamrożenia i odcięcia emocjonalnego. Profilaktycznie wołała zachowywać dystans od ludzi, przeżywając siebie jako gorszą i bezwartościową.

W toku psychoterapii pani K., budując bezpieczną więź z psychoterapeutką, mogła stworzyć ciągłość doświadczenia i spójność wewnątrz siebie, odnaleźć bezpieczny grunt w aktualnej rzeczywistości. Innymi słowy mogła powrócić do siebie na poziomie emocjonalnym i poznawczym. Jednocześnie budowała i umacniała relację z samą sobą oraz ze światem zewnętrznym. Zaakceptowała rzeczywistość, co nie musi wiązać się ze zgodą, a może być uznaniem, w obszarze każdej z 4FM. Odnalazła własny sens i cel w życiu. Uznała swoją biografię. Zintegrowała urazowe doświadczenia z domu rodzinnego ze swoim doświadczeniem.

Czas trwania terapii to 60 godzin sesji, 15 w gabinecie, 45 online, w związku z przeprowadzką pacjentki do innego miasta. Z czasem i postępami psychoterapii, spotkania cotygodniowe zostały zmienione na sesje co dwa tygodnie.

Początek psychoterapii — diagnoza, plan terapii i cele

Pani K. w chwili rozpoczęcia psychoterapii miała 25 lat. Zakończyła 3-letnią relację z partnerem i wróciła do Polski, gdzie ponownie zamieszkała w domu rodzinnym. Choć problem, który zgłaszała, dotyczył umiejętności stawiania granic i budowania zaufania do własnych wyborów, na pierwszym planie widoczne było wyraźne napięcie w jej ciele. Pani K. siedziała na brzegu fotela, praktycznie nie ruszając się. Mówiła szybko, nie robiąc pauz. Często, nieświadomie sprawdzała, czy wyłączyła telefon. Nie zdawała sobie sprawy z połączenia ciało–emocje oraz myśli–emocje i zachowania.

Konceptualizacja trudności zgłaszanych przez panią K. kształtowała się na etapie diagnozy i aktualizowała wraz z realizowanym planem terapii. Proces diagnozy i psychoterapii był dynamiczny i pozostawał we wzajemnej zależności. Psychoterapeutka AE poszukiwała i rozumiała wewnętrzne zahamowania, blokady i zasoby pani K. oraz własne. Zbliżała się do subiektywnego świata przeżyć pacjentki i aktualizowała diagnozę i plan terapii, aby efektywnie przewidywać wyniki leczenia.

Plan terapii na pierwszym etapie zakładał wspieranie pani K. w związku z ponownym zamieszkaniem u rodziców, ponownym przeżywaniem doświadczeń urazowych i radzeniem sobie ze stratą wcześniejszego życia. Stanowiło to wyzwanie podobne do psychoterapii osób nieletnich, nie odseparowanych od rodziny pochodzenia. Rodzice nie przestrzegali granic pani K., w tym fizycznych, np. granicy drzwi pokoju, a pani K. nie potrafiła tych granic wyznaczyć. Weszła w regres i musiała poradzić sobie z utratą wolności, jakiej doświadczyła po wyprowadzeniu się kilka lat wcześniej z domu rodzinnego. Rodzice żądali informowania o tym, z kim pani K. się spotyka i gdzie. Na próby stawiania granic oraz wyrażany przez panią K. sprzeciw i bunt wobec tych praktyk, reagowali agresją słowną.

W trakcie trwania psychoterapii pani K. podjęła decyzję o kontynuowaniu studiów, wyprowadzce z domu i rozpoczęciu pracy zawodowej. Założone cele mobilizowały ją do działania w myśl idei Frankla — kto wie po co żyć, znajdzie sposób, jak żyć [8].

Po wyprowadzce pani K. do innego miasta w celu podjęcia studiów, psychoterapia przyjęła mniej interwencyjny charakter. Zaktualizowano cele terapii. Skupiono się na:

- budowaniu zaufania do rzeczywistości, odróżnianiu rzeczy, zjawisk, sytuacji, na które pani K. ma wpływ, od tych, na które go nie ma oraz na nauce odróżniania myśli od emocji,
- poznawaniu znaczenia emocji, łączenia ich z reakcjami ciała,
- modyfikacji dezadaptacyjnych strategii radzenia sobie z emocjami,
- objawach zamrażania, odcinania, przeżywania urazowych wydarzeń w teraźniejszości, czyli reagowaniu „jak tam i wtedy”.

Pani K. poznawała rolę granic i uczyła się je stawiać. Cele terapii były dynamiczne i zmieniały się w zależności od kontekstów życiowych pani K. Jest to zgodne z podejściem fenomenologicznym: zaczynamy od tego, „co jest dane”, podążając za pacjentem. Rolą psychoterapeuty AE jest rozumienie aktualnego, całościowego obrazu pacjenta ze specyficznym układem zasobów i deficytów w ramach 4FM i czuwanie nad tym, aby na bieżąco aktualizować konceptualizację z tym, co pacjent wnosi [7]. Osią, nadrzędnym celem, do którego często wracano, było zdobycie przez pacjentkę autonomii, odzwierciedlanie,

odkrywanie i akceptowanie siebie oraz wzmacnianie pozytywnego dialogu wewnętrznego w kontrze do krytykującego monologu. Słowem, skupiano się na budowaniu dobrej, opiekuńczej, rozumiejącej relacji pani K. z samą sobą.

Praca z 4FM — zmagania w trakcie psychoterapii

Tematem wysuwającym się na pierwszy plan był lęk — praca w obszarze 1FM. W przeżyciach pani K. dominowały lęki wokół odrzucania jej osoby, lęki przed kompromitacją, ale też lęk jako stan, w którym całe ciało jest spięte, w gotowości: pacjentka relacjonowała, że cały czas musi być w stanie czuwania. Rzecz jasna, miało to rację bytu — patrząc z perspektywy rozwojowej — nieprzewidywalny, agresywny ojciec i matka wypatrująca na każdym kroku i w każdej osobie zagrożenia, izolująca rodzinę, w myśl zasady, że o tym, co w domu nie można mówić. Pojawiał się również niekontrolowany natłok myśli o charakterze katastroficznym. Dla pani K. sam fakt przyjścia na psychoterapię i mówienia o doświadczeniach z domu rodzinnego był przeżyciem intensywnym, destabilizującym, okupionym wątpliwościami. Stopniowo pacjentka przyjmowała informacje zwrotne psychoterapeutki. Uczyla się nazywać to, co się działo w jej domu, próbowała zrozumieć, jaki to miało na nią wpływ. Upewniała się, że może czuć to, co czuje i że to, co czuje jest adekwatne do sytuacji.

Po opracowaniu tematów związanych z lękiem i nabyciu przez panią K. umiejętności radzenia sobie z nim ujawnił się temat 2FM, czyli relacji i stosunku do życia. Pani K. mówiła o potrzebie kontrolowania relacji i zarządzania nimi, prezentując dużą sztywność przekonań na temat tego, że ludźmi trzeba zarządzać tak, aby nie stanowili dla niej zagrożenia. W dalszym ciągu powracał temat poczucia bezpieczeństwa, w tym fizycznego — mieszkanie, które po wyprowadzce od rodziców zajmowała, nie było wystarczająco bezpieczne. Sprawdziała zamki w drzwiach, wychodząc z domu, upewniając się, czy są zamknięte, a będąc w pracy rozmyślała o tym. Nie pozwalała sobie na zachowanie równowagi w dawaniu i braniu, wychodząc z założenia, że to ona jest coś winna ludziom, za to, że w ogóle chcą mieć z nią do czynienia. Okresowo relacjonowała brak energii i duże zapotrzebowanie na sen.

Pojawiły się objawy z obszaru 2FM: depresja, poczucie bycia wyczerpaną, przy jednoczesnym obwinianiu siebie za ten stan. Dla pani K. utrzymywanie relacji było trudne. Cały czas pojawiały się myśli, że robi coś złe. W relacji z psychoterapeutką przez kilka pierwszych miesięcy była bardzo drobiazgowa. Chciała jak najlepiej opisywać to, czego doświadczała, przekonana, że nie można popełnić błędu, bo jest to zagrażające dla trwania relacji.

W obszarze 3FM pani K. odkryła, że ma w sobie złość. Dowiedziała się, że ta emocja pełni określone funkcje. Połączenie funkcji złości pojawiającej się w określonych sytuacjach z jej życia było dla pani K. trudne. Wiązało się z przekonaniem, że stawiając granice, zrani innych, co będzie oznaczało, że jest złym człowiekiem, a taka nie chciała być.

Należy wskazać, że w procesie terapeutycznym AE — terapeuta również analizuje własne zasoby i blokady w paradygmacie 4FM [7]. W początkowej fazie psychoterapii pani K., blokadę psychoterapeutki powodowała niechęć pacjentki do zalecanej konsultacji psychiatrycznej, celem włączenia farmakoterapii, związanej z nasileniem objawów lęku

i depresji, destabilizujących jej funkcjonowanie. Zdeterminowanie i upór pacjentki oraz odrzucanie możliwości uzyskania w miarę szybkiej pomocy, był dla psychoterapeutki niezrozumiały. To, co pomogło psychoterapeutce złapać grunt to ustalenie z panią K., że będzie ona monitorować objawy i wrócić do tematu włączenia farmakoterapii, jeśli ich nasilenie, tj. natłok myśli o charakterze katastroficznym, trudnych do zatrzymania; trudności z zasypianiem, wybudzaniem, pogorszenie nastroju będzie nadal niepokojące. Lęk o pacjentkę i czucie się odpowiedzialną za jej możliwość bycia (1FM) było lękiem z obszaru 3FM psychoterapeutki: „czy ja dam radę pomóc”, „czy będąc sobą, taką jaką jestem — jestem kompetentną terapeutką”. Kluczowe było oddawanie decyzyjności i uznanie, skądinąd należytej i będącej tematem pracy terapeutycznej, autonomii pani K. — jej samej (3FM), w połączeniu z obserwacją objawów i poprawą, która powoli następowała. Nieocenionym wsparciem dla psychoterapeutki była supervizja i to, że supervisor pracuje w podobnej modalności, w duchu szacunku, zrozumienia i akceptacji (3FM).

W ramach 4FM — poznawczo i deklaratywnie — pani K. czuła się najmocniej ze wszystkich motywacji. Jest to zgodne ze specyfiką tej motywacji, która nie odnosi się do człowieka, ale do egzystencji. Zakłada dystans, w którym osoba przeżywająca stany dysoceacyjne może się odnaleźć — skupić na pracy, nauce, tym, gdzie odnosi sukcesy i tam budować sens i plan na przyszłość. Po stronie psychoterapeutki od pierwszego spotkania 4FM była zaspokojona. Miała ona poczucie, że towarzyszenie pacjentce w tym procesie psychoterapii ma sens. Poczucie sensu i ważności relacji uwidaczniało się także w tym, że pani K. i psychoterapeutka nie opuściły ani jednej wspólnej sesji.

Rezultaty

Praca z paradygmatem 4FM — zmiany w trakcie psychoterapii

Na ostatniej sesji pani K. podsumowała swój proces terapii i swoją zmianę, mówiąc, że to, co w niej zapadło najgłębiej, to wielokrotnie powtarzane twierdzenie psychoterapeutki „zawsze masz wybór” (4FM). Wybór oznaczał uznanie prawa do podejmowania własnych decyzji w zgodzie ze sobą — np. powiedzenia ojcu, że jeżeli będzie na nią krzyczał, to ona kończy rozmowę, albo że w swoim nowym miejscu zamieszkania nie chce gościć rodziców, ale może się z nimi „spotkać na kawie, w miejscu publicznym”. Pani K. doświadczyła, że posiadanie wyboru oznacza dawanie sobie prawa do swoich emocji i potrzeb, nawet jeśli nie wszystkim to będzie odpowiadało. „Mam prawo nie być w relacjach, ale też być w nich na swoich warunkach”, mówiła. Finalnie, zgodnie z perspektywą egzystencjalną, wybór oznacza to, jak człowiek ustosunkowuje się do sytuacji i jaką postawę zajmuje wobec sytuacji, w której jest.

Mimo że w wielu sytuacjach lęk powracał w przeżyciach pacjentki, to umiała radzić sobie z nim, w rozumieniu — koić stan, rozumieć, dlaczego się pojawił i łączyć z napięciem w ciele (1FM i 2FM). Pani K. nauczyła się samoregulacji emocjonalnej, prowadząc wspierający dialog wewnętrzny. Nabyła umiejętności pracy z myślami, bycia w ciele i powrotu do siebie (1FM — zdolność budowania dystansu do swoich myśli, 3FM — znajomość własnych granic i czucie siebie). Włączyła ćwiczenia samoregulacji do stałych technik

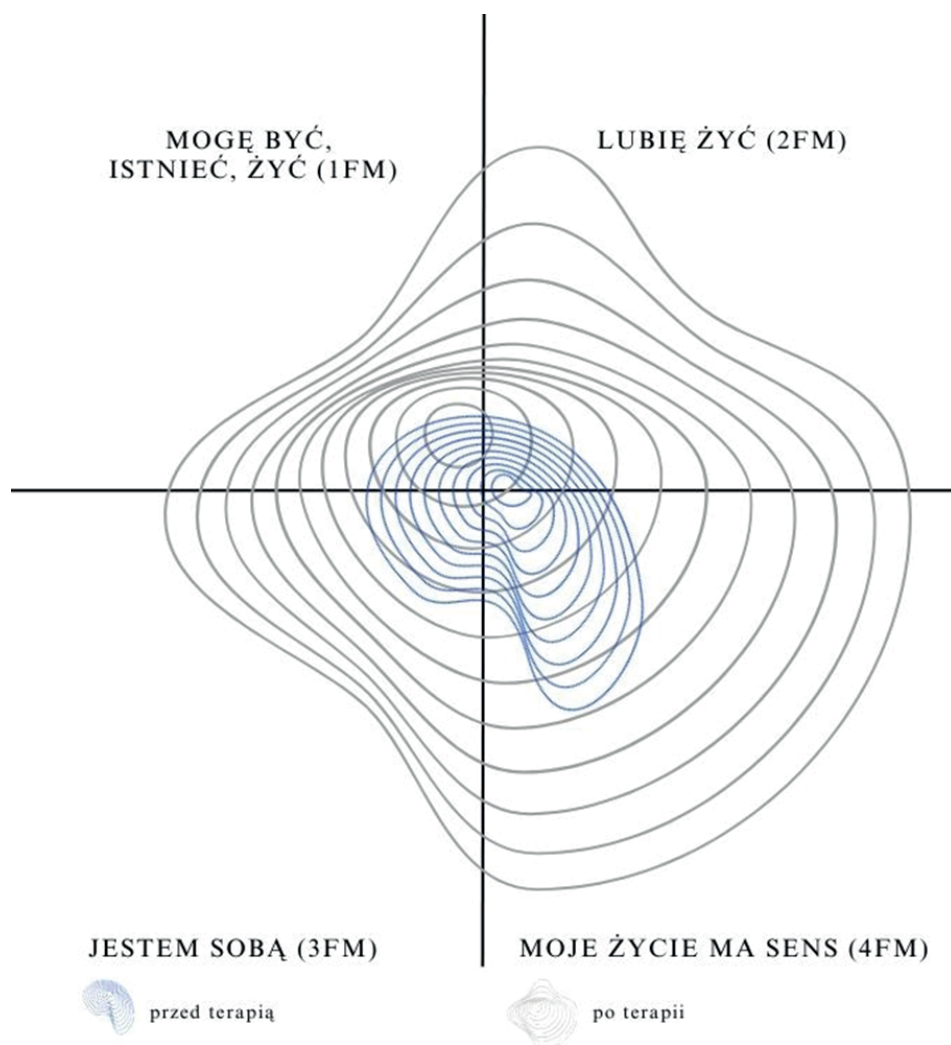
ułatwiających odnajdywanie bezpieczeństwa i gruntu (1FM). Pani K. zaakceptowała rzeczywistość, nauczyła się regulować emocje i być w budujących relacjach, pozwoliła sobie być sobą i odnalazła sens. Realizuje swoje cele i podejmuje wyzwania zawodowe. Ukończyła z sukcesem studia, sprawdzała się w roli liderki grup. Przestała czekać, aż życie będzie idealnie pasować do jej oczekiwań (1FM — grunt, 4FM — sens, szerszy kontekst, 2FM — dbałość o własne zasoby energetyczne, dawanie sobie prawa do odpoczynku, akceptacja niezadowolenia innych w relacji, doświadczanie radości ze sportów wodnych). Również w ramach 2FM nastąpiło zrozumienie, że jeśli nie czuje, odcina się, być może gubi ważne informacje o sytuacji i kontekście.

Dużą zmianą było uznanie, że uprawomocnione uczucia nie muszą być racjonalne, w rozumieniu, że nie wszystko musi mieć racjonalizację. Uznanie, że niezadowolenie innych w relacjach jest do przyjęcia, a ludzie nie domyślają się, co pani K. czuje, zatem ma prawo komunikować się (3FM). W ramach 3FM odkrywcze dla pani K. było dopuszczenie złości, emocji tłumionej, budzącej lęk. Połączyła je z okresem dzieciństwa i tematem czucia się sobą oraz stawianiem granic, co wcześniej nie było możliwe. W przeszłości analizowała poznawczo, co powinna mówić. Teraz rozpoznaje emocje (2FM) i umie je właściwie adresować, co owocuje uczuciem połączenia (2FM), zdolnością do decydowania i bycia sobą (3FM).

Rycina 2 przedstawia rozkład akceptacji pani K. dla każdej FM na początku i na zakończenie terapii. Zwraca uwagę, że mimo relatywnie najmniejszej poprawy w 1FM (powracał lęk oraz poczucie braku bezpieczeństwa, które wymagały świadomej pracy pani K. i samoregulacji), obszary 2FM, 3FM, 4FM zostały znacznie poszerzone. Radość z życia, smakowanie go, szacunek i uznanie dla siebie, umiejętność stawiania granic, nadawanie sensu swojemu życiu. Jest to spójne z tym, czego oczekuje się po psychoterapii egzystencjalnej, objawy nie blokują człowieka przed życiem pełnią [9].

Korzyści płynące z tego studium

Studia przypadków w znaczącym stopniu przyczyniają się do „wglądu w proces psychoterapii” [10, s. 42]. Taki zamysł przyświecał także temu opisowi: przybliżenie sposobu pracy psychoterapeuty w modalności AE oraz w paradygmacie 4FM. Z punktu widzenia procesu psychoterapii istotny jest fakt, iż objawy lękowe nie zniknęły całkowicie z życia pani K. Lęk nadal w wielu sytuacjach się pojawiał. Przestał natomiast ściągać jej uwagę i nie stał na przeszkodzie do życia pełnią życia. Analiza egzystencjalna wskazuje, że istota lęku często przejawia się w głębokim poczuciu, że nie żyło się „naprawdę” [9]. Implikacją takiego podejścia dla psychoterapii jest to, że jej celem nie jest redukcja objawów sama w sobie, ale pomoc pacjentowi w byciu sobą w sytuacji, w której się znalazł. W takiej sytuacji spadek nasilenia objawów staje się niejako efektem ubocznym [9]. W przypadku traumy relacyjnej, wielokrotnie powtarzające się sytuacje przemocy czy zaniedbania czynią jednostkę bezradną, przerażoną [11]. Pozbawiają zaufania do świata i generują lęk (1FM). Człowiek w obliczu traumy przeżywa wszechogarniającą utratę zaufania do siebie, ludzi i do świata, nie mając możliwości poznawczego ustosunkowania się do sytuacji. W toku psychoterapii pani K. mogła stopniowo odbudowywać zdolność ustosunkowywania się do



Ryc. 2. Rozkład dla każdej FM pani K. na początku terapii i na jej zakończenie 4FM.
Opracowanie własne autorek

rzeczywistości, zaczynając od uznania własnego prawa do odnoszenia się do niej w zgodzie ze sobą, z poszanowaniem jej warunków i innych. Pomagało w tym odbudowane poczucie sprawczości i własnej wartości, a poprzez to doświadczane poczucie bezpieczeństwa. Pani K. zrozumiała, że nie jest to stały stan, zatem w różnych destabilizujących sytuacjach (trudnych, zaskakujących, kryzysowych) lęk może wracać, ale nie jest już wrogiem. Zgodnie ze słowami Längle w kontekście lęku: „wg Freuda: sny są królewską drogą do nieświadomości, w AE lęk jest królewską drogą do głębi egzystencji, do istoty życia” [12].

Zatem lęk może wskazywać na to, co powinno być odkryte i zrozumiane. W opisywanym przypadku dla pani K. była to podróż do dzieciństwa i odkrycie, że lęk matki towarzyszył jej prawdopodobnie już w życiu płodowym, na co nie miała wpływu. Ma wpływ jednak na to, jak ona sama dziś może dbać o swoją przestrzeń, dawać ochronę i wsparcie sobie, kreować warunki, aby po prostu móc tu być i żyć.

Nadal mało jest znanych opisów przypadków psychoterapii AE na gruncie polskim — choć w tej metodzie można się szkolić od prawie 18 lat. Ten opis procesu psychoterapii analizy egzystencjalnej jest trzecim, jaki pojawia się na łamach Psychoterapii. Pierwszym był tekst Längle „Rozmowa terapeutyczna jako droga odkrywania samego siebie” opublikowany w 2003 [6], stanowiący zapis fragmentu psychoterapii wraz ze wstępem teoretycznym. Drugim, a zarazem pierwszym opisem prowadzenia psychoterapii AE w polskich warunkach jest opis psychoterapii pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych, w warunkach więziennych [13]. O ile w przypadku pracy Karaś [13] wiadomo, że efekty psychoterapii utrzymywały się w czasie (siedem lat od zakończenia psychoterapii pacjent utrzymywał abstynencję, zawarł związek małżeński i wiódł spełnione życie zawodowe i rodzinne), o tyle w opisanym przez nas przypadku wiadomo jedynie, że na ustalonej wizycie kontrolnej po miesiącu od ukończenia psychoterapii efekty utrzymywały się.

Podsumowanie

Analiza egzystencjalna za cel psychoterapii stawia wyposażenie pacjenta w narzędzia związane z budowaniem lub wzmacnianiem relacji z samym sobą oraz ze światem, w dialogu wewnętrznym, uczenie i wspieranie akceptacji rzeczywistości, nadawanie sensu i celu życiu wraz z uznawaniem swojej biografii [1–4]. Celem artykułu było przedstawienie, jak może wyglądać w praktyce postulowany [7] model diagnostyczno-terapeutyczny AE w leczeniu traumy relacyjnej. Eksplorowanie tematów związanych z 4FM — poznawczo i doświadczeniowo, zarówno w „tu i teraz”, jak i w pracy z biografią wydaje się dobrze dopasowanym oddziaływaniem w terapii traumy relacyjnej. Zachęca do integracji doświadczeń, powoduje odzyskanie naturalnych dyspozycji jednostki do bycia i działania, czucia i wchodzenia w relacje, pozostawania w harmonii ze sobą i światem zewnętrznym, a także nadawania celu i sensu własnemu życiu.

Piśmiennictwo

1. Längle A. Analiza egzystencjalna — poszukiwanie zgody na życie. *Psychoter.* 2003, 2(125): 33–46.
2. von Kirchbach G. General introduction to logotherapy and existential analysis. *Europ. Psychother.* 2003; 4(1): 33–46.
3. Opoczyńska M. Psychologia egzystencjalna a podstawowe zagadnienia psychoterapii. W: Opoczyńska M, red. *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 193–210.

4. Längle A. Von der sinnzentrierten Behandlung zur existenzanalytischen Psychotherapie. Markierungen zum Unterschied von Logotherapie nach Frankl und der modernen Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 2022; 39(1): 73–78.
5. Längle S. Voraussetzungen zu erfüllttem Sinnerleben. Elemente der existentiellen Haltung. *Existenzanalyse* 2000, 17(2): 28–32.
6. Längle A. Rozmowa terapeutyczna jako droga odkrywania samego siebie. *Psychoter.* 2003; 11(24): 41–54.
7. Nowakowska A, Draczyńska D, Anczewska M. Analiza egzystencjalna jako metoda pracy z pacjentami z doświadczeniem traumy relacyjnej. *Psychoter.* 2023, 3(206): 41–54.
8. Frankl VE. Człowiek w poszukiwaniu sensu. Warszawa: Czarna Owca; 2009.
9. Längle A. Existenzanalyse. W: Längle A, Holzhey-Kunz A, red. Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Wydawnictwo UTB; 2008, s. 29–180.
10. Janusz B, Czapkiewicz K, Wolska M, Bierzyński K, Müldner-Nieckowski Ł, Furgał M. Zasady konstrukcji klinicznego studium przypadku w psychoterapii. *Psychoter.* 2019, 191(4): 41–56.
11. Draczyńska, D. (2024). Trauma relacyjna. *Psychiatria Polska*, 58(3): 529–539. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/156722>.
12. Längle A. Informacja ustna w trakcie seminarium szkoleniowego. Warszawa, 2011.
13. Karaś A. „Coś było puste i się wypełniło” — psychoterapia indywidualna pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych prowadzona w ujęciu egzystencjalnym w warunkach izolacji więziennej. *Psychoter.* 2018; 184(1): 51–63.

Adres: ddraczynska@ipin.edu.pl

Marta Szpak

TERAPIE WYWODZĄCE SIĘ Z PSYCHOANALIZY JAKO TERAPIE WSPARTE EMPIRYCZNIE

THERAPIES DERIVED FROM PSYCHOANALYSIS AS EMPIRICALLY SUPPORTED TREATMENTS

praktyka prywatna

psychoanalytic therapy
psychodynamic therapy
empirically supported treatments

Streszczenie

Artykuł ma na celu znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy terapie wywodzące się z psychoanalizy, określane jako terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne, można uznać za tzw. terapie wsparte empirycznie (empirically supported treatments). W pierwszej kolejności opisano charakterystyki terapii wywiedzionych z psychoanalizy, w tym wspólne założenia teoretyczne i cechy postępowania terapeutycznego. Następnie omówiono kryteria terapii wspartych empirycznie, które przedstawiło Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) w latach 1995 (pierwszy system ewaluacji, wymagający dwóch badań eksperymentalnych) i 2015 (aktualny system, oparty na analizie przeglądów systematycznych obejmujących wiele badań eksperymentalnych). Omówiono również znaczenie randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych (RCT) w procesie oceny skuteczności oddziaływań psychologicznych. W dalszej części artykułu, przyjmując za punkt odniesienia bieżący system ewaluacji APA, przedstawiono najnowsze prace badawcze nad skutecznością terapii wywiedzionych z psychoanalizy. Zgodnie z prezentowanymi tam danymi, terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne mogą być uznane za terapie wsparte empirycznie w przypadku leczenia osób dorosłych cierpiących na powszechnie występujące zaburzenia: depresyjne, lękowe, osobowości i pod postacią somatyczną. Ocena dostępnych dowodów stanowiła podstawę dla rekomendowania terapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych w leczeniu tych zaburzeń.

Summary

The article aims to answer the question of whether therapies derived from psychoanalysis, referred to as psychoanalytic and psychodynamic therapies, can be considered as so-called empirically supported treatments. The characteristics of therapies derived from psychoanalysis are first described, including common theoretical assumptions and characteristics of the therapeutic approach. Next, the criteria for empirically supported treatments, as outlined by the American Psychological Association (APA) in 1995 (the first evaluation system, requiring two experimental studies) and 2015 (the current system, based on analysis of systematic reviews involving multiple experimental studies), are discussed. The importance of randomized controlled trials (RCTs) in the process of evaluating the efficacy of psychological interventions is also described. Taking the current APA evaluation system

as a frame of reference, the article presents recent research on the effectiveness of therapies derived from psychoanalysis. Evidence presented therein suggested that psychoanalytic and psychodynamic therapies can be considered as empirically supported treatments for adults suffering from common disorders: depressive, anxiety, personality and somatoform disorders. An evaluation of the available evidence provided the basis for the recommendation of psychoanalytic and psychodynamic therapies in the treatment of these disorders.

Wprowadzenie

Idea praktyki opartej na dowodach upowszechnia się i zyskuje na znaczeniu, wpływając na proces ewaluacji terapii psychologicznych i decyzje ich finansowania ze środków publicznych. Badania naukowe stają się więc nie tylko obszarem sprawdzania teorii i rozwoju praktyki psychoterapii, ale również źródłem informacji, które kształtują świadomość społeczną oraz określają dostępność specyficznych oddziaływań psychologicznych w publicznej służbie zdrowia. W związku z tym wielu terapeutów psychoanalitycznych i psychodynamicznych zwraca uwagę na konieczność podejmowania prac badawczych oraz upowszechniania wyników badań nad skutecznością terapii wywodzących się z psychoanalizy [zob. np. 1–3].

Badania nad psychoanalizą i psychoterapiami z niej wywiedzionymi mają długą historię [4–6]. Zainteresowany Czytelnik może sięgnąć po obszernie publikacje na temat skuteczności terapii psychoanalitycznych [zob. np. 3, 7], również w języku polskim [8]. Niniejszy artykuł nie stanowi wyczerpującej pracy przeglądowej. Przyjęty w nim sposób prezentacji jest określony bowiem specyficznym celem — znalezieniem odpowiedzi na pytanie, czy terapie wywodzące się z psychoanalizy są tzw. terapiami wspartymi empirycznie¹. Tego rodzaju ocena wymaga nie tyle omówienia dostępnych badań empirycznych o d o w o l n y c h charakterystykach, ale badań, które spełniają określone k r y t e r i a [10].

W związku z powyższym artykuł składa się z trzech części. W pierwszej zostaną opisane charakterystyki terapii wywodzących się z psychoanalizy, tj. terapii psychodynamicznych i psychoanalitycznych. Następnie omówione zostaną kryteria terapii wspartych empirycznie, zgodnie z systemem Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA). Tak określone ramy ewaluacji pozwolą ostatecznie dokonać przeglądu danych, odnoszących się do skuteczności terapii psychodynamicznych i psychoanalitycznych w leczeniu specyficznych zaburzeń psychicznych.

Terapie wywiedzione z psychoanalizy

Zygmunt Freud stworzył psychoanalizę, pierwszą metodę „leczenia rozmową”, na przełomie XIX i XX wieku. Od tego czasu teoria psychoanalityczna rozwijała się i różnicowała, dając podstawy szerokiej grupie podejść terapeutycznych [zob. np. 11, 12].

¹⁾ Terapie wsparte empirycznie (*empirically supported treatments*) są określane również jako terapie oparte na dowodach (*evidence-based treatments*). Warto podkreślić fakt, że nurt promowania terapii wspartych empirycznie nie jest tożsamy z tzw. praktyką opartą na dowodach (*evidence-based practice*) (zob. szczegółowe omówienie np. w [9]).

Terapie wywiedzione z psychoanalizy, często nazywane terapiami psychoanalitycznymi lub psychodynamicznymi, mimo różnic w założeniach teoretycznych i metodach pracy klinicznej, mają istotne cechy wspólne, które pozwalają klasyfikować je jako jedną grupę podejść psychoterapeutycznych. Wspólnym mianownikiem teoretycznym jest założenie, że funkcjonowanie człowieka jest warunkowane nieświadomymi procesami psychicznymi, a każdy akt psychiczny ma swoje źródło i znaczenie [13, 14]. Wspólnymi charakterystykami klinicznymi natomiast są cechy postępowania terapeutycznego. Empirycznie zidentyfikowano siedem takich charakterystyk: koncentracja na uczuciach, analiza sposobów unikania trudnych uczuć i myśli, identyfikacja powtarzających się wzorców w życiu pacjenta, omawianie wczesnych doświadczeń w celu zrozumienia aktualnych trudności z perspektywy rozwojowej, skupienie na relacjach interpersonalnych, koncentracja na relacji terapeutycznej (tzw. analiza przeniesienia) oraz badanie świata fantazji [15, por. 16–17].

Chociaż terapeuci psychodynamiczni i psychoanalityczni koncentrują się na wspólnych, opisanych powyżej aspektach funkcjonowania pacjenta, mogą różnić się pod względem charakterystyk procesu leczenia: czasu trwania terapii, ustrukturyzowania procesu czy podejmowanych interwencji. I tak, terapie wywiedzione z psychoanalizy mogą być terapiami krótko- lub długoterminowymi. Mogą mieć otwartą strukturę lub mogą być prowadzone zgodnie z protokołami leczenia [zob. np. 18–19]. Natomiast interwencje, które stosuje terapeuta, można lokować na kontinuum interpretacyjno-wspierającym² [17, 20–24].

Warto podkreślić, że — pomimo istniejących kontrowersji — w literaturze światowej terminy „psychoterapia psychodynamiczna” i „psychoterapia psychoanalityczna” są zwykle stosowane zamiennie [16, 25, por. 8, 26]. Wydaje się, że ma to związek z — opisanymi powyżej — cechami wspólnymi, które — pomimo różnic — pozwalają na uznanie terapii wywiedzionych z psychoanalizy za jedną „rodzinę podejść psychoterapeutycznych” [17, s. 287]. Taki rodzaj integrującego podejścia ma wyraz, między innymi, w kodyfikacji kompetencji terapeutycznych czy stosowanych procedurach badawczych. I tak, na przykład, istnieje opis wspólnych kluczowych kompetencji potrzebnych do prowadzenia terapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych [25]; międzyrodzinkowy konsensus dotyczący takich kompetencji został wypracowany również w Polsce [26]. Ponadto, w badaniach przeglądowych, takich jak te prowadzone przez Leichsenringa i współpracowników [17, 20–24], słowa kluczowe, które stosowano do identyfikacji badań włączanych później do analiz, obejmowały następujące określenia: terapia/psychoterapia „psychodynamiczna”, „dynamiczna”, „psychoanalityczna”. Tak „etykietowane” terapie musiały dzielić wspólne cechy, aby — zgodnie z aktualnymi wymogami [27] — badacze mieli pewność, że — dokonując metaanalitycznej oceny skuteczności terapii — w uwzględnionych badaniach stosowano ten sam rodzaj leczenia.

W niniejszym przeglądzie — zgodnie z powyższym podejściem integrującym — terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne, jako terapie wywiedzione z psychoanalizy, będą traktowane jako jedna grupa podejść terapeutycznych. Decyzja ta motywowana jest

²⁾ Interwencje interpretacyjne mają zwiększać wgląd pacjenta w m.in. uczucia, sposoby unikania bólu czy wewnętrzne konflikty, które leżą u podstaw doświadczanych problemów. Natomiast interwencje wspierające (np. doradzanie) mają na celu wzmocnienie zdolności (funkcji ego), które są dla pacjenta w danym momencie niedostępne.

przejrzystością. Mianowicie, opisane powyżej charakterystyki kliniczne terapii wywiedzionych z psychoanalizy są podstawą operacyjnych definicji w pracach przeglądowych, które stanowią centralny typ dowodów, stanowiących odpowiedź na kryteria terapii wspartych empirycznie.

Kryteria terapii wspartych empirycznie

Aby ocenić, czy terapia jest terapią wspartą empirycznie, należy odnieść się do określonych kryteriów. Istnieją wielorakie systemy klasyfikacji [10], które — mimo zróżnicowania — mają wspólny mianownik: w sposób priorytetowy traktują dane pochodzące z randomizowanych kontrolowanych badań klinicznych. Systemy te albo uwzględniają wyłącznie tego rodzaju badania [zob. np. 27–29], albo w hierarchicznym systemie oceny danych naukowych nadają im rangę wysokiej jakości dowodu [zob. np. 30].

Ze względu na zróżnicowanie systemów, w niniejszej pracy będę odnosić się do dwóch podejść ewaluacji zaproponowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA). Wybór ten wynika z faktu, że systemy te stanowią ważny punkt odniesienia w międzynarodowej dyskusji naukowej i stanowią ramę w procesie ewaluacji psychoterapii, w tym psychoterapii wywodzących się z psychoanalizy, których skuteczność jest przedmiotem omówienia w niniejszym artykule [17, 21].

Jak wspomniano powyżej, złotym standardem w badaniach nad oceną skuteczności psychoterapii jest randomizowane kontrolowane badanie kliniczne (RCT) [zob. np. 31]. Charakterystycznymi elementami tego modelu badawczego są ścisła selekcja osób badanych oraz randomizacja, czyli losowy przydział pacjentów do grupy eksperymentalnej (w niej pacjenci poddani są terapii, której skuteczność badacze chcą ocenić) i grupy kontrolnej (w której, na przykład, pacjenci oczekują na leczenie lub są leczeni inną terapią o wcześniej ustalonej skuteczności). Ponieważ na początku badania pacjenci doświadczają „tych samych trudności” (definiowanych diagnozą nozologiczną), a ich sposób leczenia jest losowy, po zakończeniu leczenia zmiana w nasileniu trudności (które są przedmiotem pomiaru) jest przypisywana stosowanym oddziaływaniom. Ze względu na fakt, że RCT cechuje się precyzyjną kontrolą potencjalnych zmiennych zakłócających, uznaje się, iż to właśnie w ramach tego modelu badawczego można sprawdzać, czy terapia działa — tj. na podstawie zebranych wyników można wnioskować o relacjach przyczynowo-skutkowych.

W 1995 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (APA) opracowało kryteria terapii wspartej empirycznie (*empirically supported treatments*) oraz opublikowało pierwszą listę terapii spełniających przyjęte kryteria [28]. Zgodnie z pierwotnym systemem ewaluacji, terapia psychologiczna była uznana za terapię skuteczną, jeśli przynajmniej dwa eksperymenty³ przeprowadzone przez dwie niezależne grupy badawcze dostarczyły wsparcia empirycznego dla terapii prowadzonych przy użyciu podręcznika instruktażowego (tzw. *manualized treatments*) w dobrze zdefiniowanej grupie pacjentów (tj. pacjentów z określoną diagnozą nozologiczną)⁴. Za wsparcie empiryczne uznawano wynik wskazu-

³) Za empiryczny ekwiwalent uznawano dane, które pochodziły z min. dziewięciu eksperymentów jednopodmiotowych (*single-case design experiments*).

⁴) Por. polska propozycja, również uwzględniająca dwa badania eksperymentalne [29].

jący, że psychoterapia jest albo (a) lepsza od tabletki placebo, psychologicznego placebo lub innej psychoterapii, albo (b) równie skuteczna jak inna psychoterapia o ustalonej empirycznie skuteczności.

Jeśli terapia spełniała powyższe kryteria, była uznawana za skuteczną terapię psychologiczną. Jeśli spełniała mniej rygorystyczne kryteria (np. grupą porównawczą była grupa osób oczekujących na leczenie), wówczas uznawano ją za terapię prawdopodobnie skuteczną. Jeśli terapia nie spełniała kryteriów terapii skutecznej lub prawdopodobnie skutecznej, była traktowana jak terapia eksperymentalna.

Warto w tym miejscu podkreślić, że to, iż terapia spełniała kryteria terapii skutecznej w przypadku konkretnego zaburzenia, nie oznaczało, że leczenie wywiedzione z określonej teorii jest lub nie jest efektywnie ogólnie. Dobry opis grupy badawczej miał stanowić ograniczenie dla generalizacji wyników nad skutecznością terapii na inne typy zaburzeń i inne grupy pacjentów. Oznacza to więc również, że jeśli nawet terapia — w świetle kryteriów APA — była skuteczna w leczeniu dorosłych pacjentów cierpiących na zaburzenia depresyjne, nie oznaczało to automatycznego uznania, iż jest skuteczna również, na przykład, w przypadku młodzieży lub dzieci cierpiących na to zaburzenie.

Pierwotny system klasyfikacji, który zaproponowało APA, budził liczne zastrzeżenia. Krytykowano między innymi następujące ograniczenia: niewielką liczbę wymaganych badań, koncentrację na objawach (zaniedbanie funkcjonowania psychospołecznego), trudność z generalizacją wyników (wyniki często nie przekładały się na praktykę kliniczną) oraz opieranie interpretacji na istotności statystycznej (która niewiele mówiła o znaczeniu obserwowanych zmian dla funkcjonowania pacjentów) (zob. szczegółowe omówienie w [27]).

W odpowiedzi na wskazywane ograniczenia oraz przyrost badań nad skutecznością terapii psychologicznych, w 2015 roku zaproponowano nowy system kryterialny [27]. Wymaga on, aby w procesie ewaluacji skuteczności terapii bazować na wynikach metaanaliz, dokonywać oceny jakości dowodów i, co wydaje się znaczącą modyfikacją mającą implikacje praktyczne, formułować konkretne rekomendacje do stosowania terapii. W procesie ewaluacji uwzględnia się efekty funkcjonalne (a nie tylko poprawę objawową), stabilność w czasie (tj. efekty długoterminowe), a ocena skuteczności opiera się na wskaźnikach istotności praktycznej i klinicznej (a nie istotności statystycznej). Zgodnie z zaproponowanym podejściem ocena terapii odbywa się w dwóch krokach: (1) przeglądu systematycznego dostępnych badań RCT⁵ (metaanaliza) oraz (2) oceny jakości dowodów (wysoka, umiarkowana lub niska), następnie — w wyniku dokonanej oceny — formułowania rekomendacji dla stosowania określonej terapii (bardzo silna, silna lub słaba).

Dowody są oceniane jako dowody wysokiej jakości, jeśli — na podstawie dostępnych danych — możemy mieć zaufanie, że oszacowany w badaniach wynik właściwie informuje o prawdziwym efekcie. Aby było to możliwe, muszą być spełnione następujące warunki: analiza uwzględnia szeroki zakres badań, które nie mają znaczących ograniczeń metodologicznych; różnice między badaniami są niewielkie (tj. charakteryzują się wysoką homogenicznością wyników); uśrednione wielkości efektów mają wąskie przedziały

⁵) Warto zauważyć, że w ramach pierwotnego systemu dopuszczano metodologiczne ekwiwalenty badania RCT, tj. eksperymenty jednopodmiotowe (min. 9 przypadków). Obecnie rekomenduje się uwzględnianie wyłącznie badań RCT [27, s. 11].

ufności. O umiarkowanej jakości dowodach mówi się natomiast, gdy prawdziwy efekt jest prawdopodobnie zbliżony do tego, który szacujemy na podstawie badań. Będzie to miało miejsce, gdy dostępne badania mają pewne słabości metodologiczne lub przedziały ufności dla uśrednionego efektu są szerokie. O dowodach niskiej jakości mówi się, gdy jest wysokie prawdopodobieństwo, że rzeczywisty efekt znacznie różni się od tego, który szacujemy na podstawie dostępnych badań. Sytuacja taka występuje, gdy badania mają poważne błędy metodologiczne, istnieje duże zróżnicowanie wyników, a przedziały ufności są bardzo szerokie.

Powyżej opisana ocena jakości dowodów stanowi podstawę do formułowania rekomendacji do stosowania terapii (zob. Tabela 1).

Tabela 1. System oceny terapii psychologicznych wg Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, oparty na przeglądach systematycznych [27].

Rekomendacja	Warunki, jakie muszą być spełnione
Bardzo silna rekomendacja	Wszystkie następujące warunki: - Istnieją wysokiej jakości dowody na to, że leczenie ma klinicznie znaczący wpływ na objawy leczonego zaburzenia. - Istnieją wysokiej jakości dowody na to, że leczenie wywiera klinicznie znaczący wpływ na wyniki funkcjonalne. - Istnieją wysokiej jakości dowody na to, że leczenie wywiera klinicznie znaczący wpływ na objawy i/lub wyniki funkcjonalne co najmniej trzy miesiące po zakończeniu leczenia. - Co najmniej jedno dobrze przeprowadzone badanie wykazało skuteczność w warunkach innych niż badawcze.
Silna rekomendacja	Przynajmniej jeden z warunków: - Istnieją umiarkowane lub wysokiej jakości dowody na to, że leczenie wywiera klinicznie istotny wpływ na objawy leczonego zaburzenia. - Istnieją umiarkowane lub wysokiej jakości dowody na to, że leczenie ma klinicznie znaczący wpływ na wyniki funkcjonalne.
Słaba rekomendacja	Którekoľwiek z poniższych warunków: - Istnieją jedynie dowody niskiej lub bardzo niskiej jakości na to, że leczenie wywiera klinicznie istotny wpływ na objawy leczonego zaburzenia. - Istnieją tylko dowody niskiej lub bardzo niskiej jakości, że leczenie ma klinicznie znaczący wpływ na wyniki funkcjonalne. - Istnieją umiarkowane lub wysokiej jakości dowody na to, że efekt leczenia, choć istotny statystycznie, może nie mieć znaczenia klinicznego.

Skuteczność psychoterapii wywiedzionych z psychoanalizy

Badania nad psychoanalizą i psychoterapiami z niej wywiedzionymi mają długą historię [4–6]. Międzynarodowe Towarzystwo Psychoanalityczne wspiera badaczy, oferując finansowanie projektów naukowych, ale też zbiera informacje dotyczące prac empirycznych, których przedmiotem jest teoria i praktyka psychoanalityczna. Synteza tych informacji przedstawiana jest w ogólnodostępnym dokumencie przeglądowym „An open door review

of outcome and process studies in psychoanalysis”, którego trzecia edycja ukazała się w roku 2015 [7].

Oczywiście — w kontekście aktualnych wymagań metodologicznych — nasuwa się pytanie, czy istnieją badania RCT, których celem jest ocena skuteczności terapii wywiezionych z psychoanalizy. Odpowiedź twierdząca pochodzi z licznych przeglądów, których część stanowić będzie przedmiot omówienia w dalszej części artykułu. Niemniej jako punkt wyjścia warto potraktować przegląd Petera Lilliengrena z roku 2023 [32]. Autor ten zidentyfikował aż 298 badań w modelu RCT opublikowanych w latach 1967–2022. Co ciekawe, prawdopodobnie ze względu na upowszechnione wymagania metodologiczne liczba RCTs wzrastała w czasie, a 123 z nich (41,2%) opublikowano w ciągu ostatnich 10 lat. Większość badań dotyczyła terapii krótkoterminowych (do 40 sesji), ale do analiz włączono również terapie długoterminowe. We włączonych do przeglądu badaniach uwzględniano pacjentów z różnych grup wiekowych (głównie dorosłych, około 85%) i z różnymi diagnozami (dominowały zaburzenia nastroju, lękowe, osobowości i psychosomatyczne; 57%). Wyniki przeglądu wskazują, że pacjenci poddani psychoterapiom wywiezionym z psychoanalizy zazwyczaj osiągają lepsze wyniki niż pacjenci z tzw. nieaktywnych grup kontrolnych (np. brak terapii, lista oczekujących na leczenie). Nie obserwuje się też różnic między tymi pacjentami a pacjentami z grup porównawczych, gdzie stosuje się inne formy terapii.

Chociaż istnieją badania RCT nad skutecznością terapii wywiezionych z psychoanalizy, można zadać pytanie, czy spełniają one kryteria terapii wspartych empirycznie. Przegląd Lilliengrena pozwala na wstępną pozytywną odpowiedź. Przedstawione w przeglądzie analizy opierają się na dostępnych badaniach RCT, które dowodzą skuteczności terapii psychodynamicznych; nie dokonano jednak żadnej, związanej z kryteriami metodologicznymi, ich selekcji. Dlatego też w dalszej części artykułu szczegółowo omówione zostaną dwie najbardziej aktualne prace przeglądowe, którymi kierował Falk Leichsenring [17, 21], a które w sposób bezpośredni odnoszą się do kryteriów ewaluacji APA.

Pierwszy z przeglądów dotyczy pierwszego systemu oceny [28]. Chociaż obecnie dysponujemy inną strukturą ewaluacji [27], pierwotne kryteria APA nadal stanowią ramę odniesienia w dyskusjach naukowych, a niektóre z innych systemów klasyfikacji są do niego analogiczne [por. np. 29]. Stąd warto wydaje się przybliżenie ustaleń pierwszego z tych przeglądów.

Przede wszystkim warto podkreślić, że Leichsenring wraz z zespołem [21] — dokonując przeglądu literatury empirycznej — dokonywali selekcji badań, ściśle kierując się kryteriami APA [28]: (1) randomizowane kontrolowane badanie kliniczne (RCT) jako model badawczy; (2) badanie obejmowało grupę kontrolną: brak oddziaływań (brak leczenia lub lista oczekujących), aktywna grupa kontrolna (np. placebo lub standardowe leczenie) lub grupa kontrolna z aktywną terapią o ustalonej skuteczności (psychoterapia lub farmakoterapia); (3) diagnoza i ocena wyników przy użyciu rzetelnych i trafnych narzędzi; (4) leczenie obejmowało pacjentów dorosłych ze specyficznym typem zaburzenia; (5) standaryzacja terapii poprzez precyzyjny opis leczenia.

Do przeglądu włączono ostatecznie 39⁶ opublikowanych w latach 1970–2014 badań, spełniających wszystkie powyższe właściwości. W oparciu o jakościowy przegląd badań

⁶ Leichsenring i współpracownicy przedstawiali podobne przeglądy trzykrotnie [22–24]. Niemniej prezentowane analizy różnią się liczbą uwzględnionych badań: 27 [22], 42 [23] i 67 [24]. Różnice mogły wynikać

autorzy stwierdzili, że — zgodnie z kryteriami zaproponowanymi przez APA — terapia psychodynamiczna spełnia kryteria terapii skutecznej w przypadku leczenia depresji, fobii społecznej, anoreksji, zaburzenia borderline i heterogenicznych zaburzeń osobowości. Dodatkowo, istniejące w roku 2015 dane pozwalały uznać terapię psychodynamiczną za prawdopodobnie skuteczną w leczeniu dystymii, zespołu przewlekłej żaloby, uogólnionego lęku społecznego, zaburzenia panicznego i uzależnień od narkotyków. Autorzy zwracali uwagę, że ich analizy dotyczyły wyłącznie osób dorosłych, a w przypadku wielu zaburzeń (np. zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego) w ogóle brakowało danych, które pochodzą z badań spełniających kryteria APA. Dodatkowo, autorzy zwracali uwagę, że wiele badań nie mogło zostać uwzględnionych ze względu na niewystarczającą próbę badawczą (zob. przypis 6).

Opisany powyżej przegląd — choć stanowi cenne źródło informacji — ma w pewnym sensie tylko wartość historyczną. Wydaje się, że obecnie najważniejszym punktem odniesienia jest niedawno opublikowany przegląd metaanaliz, który przyjmuje bieżącą ramę ewaluacji skuteczności psychoterapii (tj. kryteria APA z 2015 roku). Leichsenring wraz z zespołem [17] zidentyfikowali 11 najbardziej aktualnych metaanaliz dotyczących psychodynamicznej terapii pacjentów dorosłych, którzy cierpieli na zaburzenia depresyjne ($k = 27$ badań RCT), lękowe ($k = 17$), osobowości ($k = 16$) i zaburzenia pod postacią somatyczną ($k = 17$). Zgodnie ze strukturą ewaluacji APA, autorzy przeglądu oceniali jakość badań zgodnie z systemem GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluations*), finalnie dokonując oceny jakości dostępnych dowodów i formułując rekomendację dla stosowania terapii w specyficznych zaburzeniach psychicznych. Podsumowanie wyników przeglądu znajduje się w Tabeli 2.

Tabela 2. Skuteczność psychoterapii psychodynamicznych/psychoanalitycznych w leczeniu zaburzeń psychicznych. Ocena jakości dowodów zgodnie z kryteriami Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (na podstawie [17]).

Zaburzenie	Grupa kontrolna	N	Wielkość efektu, g (95% CI)	Jakość dowodów
Zaburzenia depresyjne	vs. wszystkie grupy kontrolne	1017	-0,58 (-0,83, -0,33)	wysoka
	vs. aktywne grupy kontrolne	945	-0,51 (-0,68, -0,35)	wysoka
	vs. aktywne terapie	2154	0,10 (-0,06, 0,26)	umiarkowana

z momentu identyfikacji badań, ale przede wszystkim tak znacząca redukcja (do 39 badań RCT), która ma miejsce w opisanym tutaj przeglądzie, wynika z wykluczenia badań, w których terapia psychodynamiczna była porównywana z terapią o ustalonej skuteczności, ale wielkość próby nie miała wystarczającej mocy dla testów ekwiwalencji (ten rodzaj kryterium nie był uwzględniany we wcześniejszych przeglądach). Przykładowo, porównawcze badanie Barkhama i wsp. [33], w którym wzięło udział łącznie 36 pacjentów (po 18 osób w grupie) — choć uwzględnione w trzech wspomnianych przeglądach — zostało wykluczone z opisanych tutaj analiz ze względu na niewystarczającą moc statystyczną (zob. Tabela 1 w: materiały uzupełniające [21]).

Zaburzenia lękowe	vs. wszystkie grupy kontrolne	479	-0,72 (-1,06, -0,37)	umiarkowana
	vs. aktywne grupy kontrolne	86	-0,64 (-1,14, -0,14)	niska
	vs. aktywne terapie	1196	0,06 (-0,11, 0,23)	umiarkowana
Zaburzenia osobowości	vs. wszystkie grupy kontrolne	239	-0,63 (-0,87, -0,41)	umiarkowana
	vs. aktywne grupy kontrolne	200	-0,65 (-0,99, -0,32)	umiarkowana
	vs. aktywne terapie	473	-0,04 (-0,31, 0,22)	umiarkowana
Zaburzenia pod postacią somatyczną	vs. wszystkie grupy kontrolne	776	-0,47 (-0,70, -0,23)	wysoka
	vs. aktywne grupy kontrolne	644	-0,41 (-0,74, -0,09)	wysoka

Poniżej znajduje się szczegółowe omówienie⁷ Tabeli 2.

Zaburzenia depresyjne

Terapia psychodynamiczna była bardziej skuteczna niż interwencje we wszystkich grupach kontrolnych ($g = -0,58$; 95% CI: $-0,33$ do $-0,83$; $k = 12$, $N = 1017$). Efekt ten był obserwowalny również w przypadku porównań z osobami z aktywnych grup kontrolnych ($g = -0,51$, 95% CI: $-0,68$ do $-0,35$; $k = 9$, $N = 945$). Największą różnicę odnotowano w przypadku porównania z pacjentami oczekującymi na leczenie; pacjenci pozostający w terapii psychodynamicznej mieli znacznie mniejsze nasilenie objawów depresyjnych ($g = -1,14$; 95% CI: $-1,66$ do $-0,62$; $k = 3$, $N = 115$). Odnotowane różnice można uznać za średniej wielkości efekty; przedziały ufności sugerują, że prawdziwy efekt jest albo duży ($-0,83$ i $-0,68$), jeśli brać pod uwagę górne wartości przedziałów ufności, albo mały, ale wciąż istotny klinicznie, jeśli uwzględnić dolne wartości przedziałów ufności ($-0,33$ i $-0,35$).

W przypadku porównań z innymi aktywnymi terapiami nie uzyskano istotnych różnic ($g = 0,10$, 95% CI: $-0,06$ do $0,26$; $k = 19$, $N = 2154$). Próba była wystarczająco duża, aby wykryć klinicznie znaczący efekt. Również w pomiarach follow-up, na przestrzeni od 2 do 55 miesięcy po zakończeniu leczenia, nie uzyskano różnicy między terapiami psychodynamicznymi a innymi terapiami ($g = 0,08$, 95% CI: $-0,14$ do $0,30$; $k = 9$, $N = 1096$).

Dostępne dowody oceniano jako dowody o wysokiej lub umiarkowanej jakości⁸. Sformułowano silną rekomendację dla stosowania terapii psychodynamicznej w leczeniu zaburzeń depresyjnych.

⁷⁾ W tabeli i w tekście uwzględniono wyniki analiz, w których autorzy usunęli przypadki odstające.

⁸⁾ W przypadku analiz porównujących terapię psychodynamiczną z innymi aktywnymi terapiami były pewne ograniczenia dotyczące procedury przydziału osób badanych do grup, pomniejszającymi siłę dowodu.

Zaburzenia lękowe

Metaanaliza, którą włączono do przeglądu, uwzględnia 17 badań RCT dotyczących skuteczności psychoterapii psychodynamicznej w leczeniu osób, które cierpiały na zaburzenia lękowe: agorafobię z lub bez lęku napadowego, zaburzenie paniczne, fobię społeczną, zespół lęku uogólnionego oraz PTSD. Terapia psychodynamiczna okazała się bardziej skuteczna niż interwencje we wszystkich grupach kontrolnych ($g = -0,72$, 95% CI: $-1,06$ do $-0,37$, $k = 6$, $N = 479$). Podobną różnicę zaobserwowano porównując grupę eksperymentalną z aktywnymi grupami kontrolnymi; dostępne były jednak tylko trzy badania, co ograniczało dokładność oszacowania ($g = -0,64$, 95% CI: $-1,14$ do $-0,14$, $k = 3$, $N = 86$). Uzyskany efekt można uznać za średniej wielkości różnicę; przedziały ufności sugerują, że prawdziwy efekt jest w zakresie od bardzo dużego ($-1,06$), jeśli brać pod uwagę górną wartość przedziału ufności, albo małego, ale wciąż istotnego klinicznie, jeśli uwzględnić dolną wartość przedziału ufności ($-0,37$).

Porównując terapię psychodynamiczną z innymi aktywnymi terapiami, nie zaobserwowano istotnych klinicznie różnic ($g = 0,06$, 95% CI: $-0,11$ do $0,23$, $k = 14$, $N = 1196$). Efekt nie był też zależny od typu zaburzenia lękowego. Nie odnotowano klinicznie istotnych różnic również w badaniach follow-up: trwających do roku po zakończeniu leczenia ($g = -0,03$, 95% CI: $-0,25$ do $0,19$; $k = 9$, $N = 914$) oraz trwających ponad rok od zakończenia leczenia ($g = 0,00$, 95% CI: $-0,20$ do $0,20$; $k = 4$, $N = 617$).

Dostępne dowody oceniano jako dowody o umiarkowanej lub — w przypadku analiz porównujących z terapiami aktywnymi — niskiej jakości⁹. Całokształt danych pozwalał jednak na sformułowanie silnej rekomendacji do stosowania terapii psychodynamicznej w leczeniu zaburzeń lękowych.

Zaburzenia osobowości

Uwzględniona w przeglądzie metaanaliza obejmowała 16 badań RCT, które dotyczyły zaburzenia osobowości typu borderline lub zaburzeń osobowości z wiązki C. Terapia psychodynamiczna okazała się bardziej skuteczna w zakresie redukcji objawów zaburzeń osobowości niż interwencje we wszystkich grupach kontrolnych ($g = -0,63$, 95% CI: $-0,87$ do $-0,41$, $k = 5$, $N = 239$), w tym w aktywnych grupach kontrolnych ($g = -0,65$, 95% CI: $-0,99$ do $-0,32$, $k = 4$, $N = 200$). Uzyskane różnice wskazują na średniej wielkości efekt; przedziały ufności sugerują, że wielkość różnicy oscyluje od dużego efektu ($-0,87$, $-0,99$) do średniego; niemniej, stosunkowo mała próba badawcza ograniczała dokładność oszacowania.

Porównania skuteczności psychoterapii psychodynamicznych z innymi aktywnymi terapiami nie wykazały istotnych różnic ($g = -0,04$, 95% CI: $-0,31$ do $0,22$, $k = 6$, $N = 473$). Nie odnotowano różnic w wielkościach efektów w zależności od typu zaburzenia (borderline vs. zaburzenia osobowości z wiązki C). Brak istotnych różnic utrzymywał się również w ramach badań follow-up ($g = -0,18$, 95% CI: $-0,38$ do $0,03$, $k = 4$).

Dostępne dowody oceniano jako dowody o umiarkowanej jakości. Psychoterapie psychodynamiczne uzyskały silną rekomendację do stosowania w leczeniu zaburzeń osobowości.

⁹⁾ Dostępne były tylko trzy badania.

Zaburzenia pod postacią somatyczną

Terapie psychodynamiczne były skuteczne w redukcji objawów somatycznych w porównaniu z wszystkimi grupami kontrolnymi ($g = -0,47$, 95% CI: $-0,70$ do $-0,23$, $k = 10$, $N = 776$) i aktywnymi grupami kontrolnymi ($g = -0,41$, 95% CI: $-0,74$ do $-0,09$, $k = 7$, $N = 644$). Odnotowana różnica w redukcji objawów między terapiami psychodynamicznymi a grupami kontrolnymi może być uznana za średniej wielkości efekt; górne wartości przedziałów ufności wskazują na duży lub średni efekt, dolne wartości znajdują się nieco poniżej przyjętej wartości progowej (tj. $-0,25$). Różnica skuteczności utrzymywała się w badaniu follow-up w okresie od 3 do 6 miesięcy w porównaniu z wszystkimi grupami kontrolnymi ($g = -0,45$, 95% CI: $-0,69$ do $-0,20$, $k = 4$, $N = 479$) i aktywnymi grupami kontrolnymi ($g = -0,45$, 95% CI: $-0,69$ do $-0,20$, $k = 4$, $N = 479$). Metaanaliza nie obejmowała badań porównujących skuteczność psychoterapii psychodynamicznej i innych aktywnych terapii.

Dostępne dowody zostały oceniane jako dowody wysokiej jakości. Sformułowano silną rekomendację do stosowania terapii psychodynamicznych w leczeniu zaburzeń pod postacią somatyczną.

Podsumowanie

Na podstawie przedstawionych w przeglądzie danych można twierdzić, że terapie psychodynamiczne spełniają aktualne kryteria APA dla terapii wspartych empirycznie. Przedstawione analizy uwzględniają niedawno opublikowane przeglądy systematyczne, obejmujące szeroki zakres badań RCT. Wykazano jednorodność koncepcyjną metod, które stosowano jako terapie psychodynamiczne, oraz odpowiednią jakość uwzględnianych badań RCT i przeprowadzonych metaanaliz. W przypadku pacjentów leczonych terapią psychodynamiczną, w porównaniu z grupami kontrolnymi zaobserwowano klinicznie istotną poprawę objawową; różnice te odnotowywano i po zakończeniu leczenia, i w badaniach follow-up. Różnice w skuteczności terapii psychodynamicznej w porównaniu z innymi aktywnymi terapiami były nieistotne, co sugeruje ich kliniczną ekwiwalencję. Analiza charakterystyk badań pozwalała stwierdzić, że istnieją dowody o wysokiej jakości (w zaburzeniach depresyjnych i pod postacią somatyczną) lub umiarkowanej jakości (w zaburzeniach lękowych i osobowości). W związku z tym, możliwe jest formułowanie silnych rekomendacji dla stosowania terapii psychodynamicznych w leczeniu zaburzeń depresyjnych, lękowych, osobowości i pod postacią somatyczną (por. Tabela 1).

Dyskusja

Czy — wracając do postawionego na wstępie pytania — terapie wywodzące się z psychoanalizy można uznać za terapie wsparte empirycznie? Odpowiedź na to pytanie wymaga precyzji. Po pierwsze, należy podkreślić, że przyjmujemy perspektywę ruchu terapii wspartych empirycznie, która określa specyficzne kryteria dowodów, koncentrując się na wynikach badań RCT [9]. Warto pamiętać, że — w innych kontekstach — „dowodem”

czy „wsparciem empirycznym” mogą być wyniki innego typu badań (zob. np. definicję „najlepszego dowodu” w ramach praktyki opartej na dowodach: [34, s. 274]).

Po drugie, przyjmując tę specyficzną perspektywę, możemy stwierdzić, że zgodnie z aktualnymi kryteriami APA terapie psychoanalityczne i psychodynamiczne są terapiami wspartymi empirycznie w leczeniu osób dorosłych, które cierpią na zaburzenia depresyjne, lękowe, osobowości i pod postacią somatyczną. W przypadku innych zaburzeń — w tym momencie — dostępnych jest zbyt mało badań RCT lub odpowiednie grupy eksperckie nie dokonały ich ewaluacji. Można oczekiwać, że prace będą kontynuowane, a wyniki upowszechniane.

Po trzecie, warto pamiętać, że — choć istnieją wspólne cechy terapii wywiedzionych z psychoanalizy [13–16] — różnią się one pod względem założeń teoretycznych i techniki pracy. Fakt, iż określone terapie uzyskały status terapii wspartych empirycznie w przypadku leczenia specyficznych zaburzeń, nie oznacza, że wszystkie terapie wywiedzione z psychoanalizy spełniłyby wymagane kryteria. Przedstawiciele określonych szkół terapii — jeśli chcą odpowiadać na ustalane standardy naukowe — muszą monitorować aktualny stan badań i podejmować prace empiryczne, które uzupełniałyby zidentyfikowane luki. W tym kontekście warto też zauważyć, że istniejący w obrębie nurtu psychoanalitycznego pluralizm (czasem określany jako fragmentacja [35, s. 14]) rodzi potrzebę narzędzi ewaluacji poszczególnych szkół terapii. Być może badania nad skutecznością mogłyby pełnić funkcję takiego narzędzia, obok metod klinicznych.

Po czwarte, w przypadku terapii wywiedzionych z psychoanalizy często podkreśla się, że efekty terapeutyczne utrzymują się lub nawet zwiększają po zakończonej terapii [16]. Jeśli tak, to aktualny system ewaluacji APA [27] obejmuje ważny — z perspektywy podejść psychoanalitycznych — pomiar długotrwałych efektów terapeutycznych. Stabilność efektu terapii po zakończonym leczeniu (min. trzy miesiące) jest bowiem jednym z koniecznych kryteriów, aby terapia uzyskała bardzo silną rekomendację do jej stosowania (zob. Tabela 1). Aktualne kryteria wydają się o tyle istotne, że pierwotny system ewaluacji był krytykowany jako faworyzujący terapie, które m.in. nie dają znaczącej, trwającej w czasie zmiany [36]. Argument ten wymaga rewizji, jeśli wziąć pod uwagę, że — w omówionym tutaj przeglądzie Leichsenringa i współpracowników — ustalono, iż efekty terapii psychodynamicznych rzeczywiście utrzymują się po zakończeniu leczenia, ale było tak również w przypadku innych terapii o ustalonej skuteczności [17].

W ramach dyskusji warto też zaznaczyć inną perspektywę. Można twierdzić mianowicie, że skuteczność terapii nie jest automatycznie dowodem prawdziwości założeń teoretycznych, które stoją u jej podstaw. Już od lat 30. XX w. dyskutuje się znaczenie czynników wspólnych dla różnych terapii, które — niezależnie od specyficznych metod terapeutycznych — mogą być odpowiedzialne za obserwowaną u pacjentów poprawę (np. empatia terapeuty, sojusz terapeutyczny) [37]. Możliwe jest na przykład, że dwóch terapeutów prowadzących tę samą terapię będzie miało różną skuteczność, a dwóch terapeutów z różnych nurtów — porównywalną. Nie tyle więc metoda byłaby odpowiedzialna za efekt terapeutyczny, co osoba, która metodę stosuje. Przykładowo, sojusz terapeutyczny jest czynnikiem, który najsilniej koreluje z efektem terapii, ale wykazano również, że terapeuci różnią się, jeśli chodzi o zdolność budowania sojuszu terapeutycznego z pacjentem [38]. Uznanie, że cechy terapeuty mają istotne znaczenie, prowadzi do propozycji, aby

— korzystając również z modelu RCT — porównywać skuteczność nie tylko metod, ale też terapeutów [zob. np. 31, s. 552].

Dodatkowo fakt, że skuteczność terapii nie dowodzi prawdziwości teorii leżącej u jej podstaw, wskazuje na konieczność wielopoziomowych prac empirycznych. Teoria psychoanalityczna wciąż bywa krytykowana jako nienaukowa, a istniejący pluralizm — o czym wspomniano już wcześniej — budzi uzasadnione wątpliwości [37]. Dlatego, z jednej strony, wciąż potrzebne są prace badawcze, pozwalające na ewaluację i rozwój teorii psychoanalitycznych oraz ewentualne modyfikacje techniki pracy (zob. przykładowe omówienie tego rodzaju badań [39]). Z drugiej jednak, potrzebne jest także upowszechnianie bogatego zasobu już istniejących prac, które powstają od początków psychoanalizy [5–7].

Piśmiennicwo

1. Martindale B. Changes in psychoanalytic therapy in Europe over three decades. Then and now. *Psychoanal. Psychother.* 2022; 36(4): 383–436.
2. Kernberg OF. The pressing need to increase research in and on psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.* 2006; 87(4): 919–936.
3. Leuzinger-Bohleber M, Arnold SE, Solms M, red. Outcome research and the future of psychoanalysis. London: Routledge; 2020.
4. Leuzinger-Bohleber M. Development of a plurality during the one-hundred-year-old history of research of psychoanalysis. W: Leuzinger-Bohleber M, Kächele H, red. An open-door review of outcome studies in psychoanalysis. London: International Psychoanalytical Association; 2015: 18–32.
5. Wallerstein R. The generations of psychotherapy research: An overview. *Psychoanal. Psychol.* 2001; 18(2): 243.
6. Wallerstein R, Fonagy P. Psychoanalytic research and the IPA: History, present status and future potential. *Int. J. Psychoanal.* 1999; 80(1): 91–109.
7. Leuzinger-Bohleber M, Kächele H. An open-door review of outcome studies in psychoanalysis. Third Edition. London: International Psychoanalytical Association; 2015.
8. Kalita L, Chrzan-Dętkoś M. Skuteczność psychoterapii psychoanalitycznych. *Psychoter.* 2017; 4(183): 5–16.
9. Duncan BL, Reese RJ. Empirically supported treatments, evidence-based treatments, and evidence-based practice. W: Weiner IB, Stricker G, Widiger TA, red. Handbook of psychology, vol 8. Clinical psychology, II. Psychotherapy. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2013: 489–513.
10. Rakowska JM. Użyteczność kliniczna interwencji psychoterapeutycznych wspartych empirycznie. *Rocz. Psychol.* 2011; 14(1): 7–22.
11. Cierpiałkowska L, Gościński J, red. Współczesna psychoanaliza: teorie relacji z obiektem. Wydaw. Fundacji Humaniora; 2002.
12. Mitchell SA, Black MJ. Freud i inni. Historia współczesnej myśli psychoanalitycznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1996/2016.
13. Musiał M. Psychoterapia psychoanalityczna jako metoda leczenia i poznawania umysłu. *Psychiatr. Prakt. Klin.* 2009; 2(2): 93–99.

14. Leżnicka-Łoś A. Podstawy terapii psychoanalitycznej. Teoria i praktyka. Gdańsk: Imago; 2012.
15. Blagys MD, Hilsenroth MJ. Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2000; 7(2): 167–188.
16. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am. Psychol.* 2010; 65(2): 98.
17. Leichsenring F, Abbass A, Heim N, Keefe JR, Kisely S, Luyten P i wsp. The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders — an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry* 2023; 22(2): 286–304.
18. Leichsenring F, Schauenburg H. Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression — towards an evidence-based unified protocol. *J. Affect. Disord.* 2014; 169: 128–143.
19. Leichsenring F, Salzer S. A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence-based approach. *Psychotherapy* 2014; 51(2): 224.
20. Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective: A review of empirical data. *Int. J. Psychoanal.* 2005; 86(3): 841–868.
21. Leichsenring F, Leweke F, Klein S, Steinert C. The empirical status of psychodynamic psychotherapy — an update: Bambi's alive and kicking. *Psychother. Psychosom.* 2015; 84(3): 129–148.
22. Leichsenring F, Klein S. Evidence for psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a systematic review. *Psychoanal. Psychother.* 2014; 28(1): 4–32.
23. Leichsenring F, Klein S, Salzer S. The efficacy of psychodynamic psychotherapy in specific mental disorders: a 2013 update of empirical evidence. *Contemp. Psychoanal.* 2014; 50(1–2): 89–130.
24. Leichsenring F, Luyten P, Hilsenroth MJ, Abbass A, Barber JP, Keefe JR i wsp. Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry* 2015; 2(7): 648–660.
25. Lemma A, Roth A, Pilling S. The competences required to deliver effective psychoanalytic/psychodynamic therapy. <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/core/competence-frameworks-6> [dostęp: 12.07.2024].
26. Kalita L, Bittner-Jakubowska A, Buzun E, Dworczyk P, Giza M, Henzel-Korzeniowska A i wsp. Kompetencje potrzebne do prowadzenia terapii psychoanalitycznych i psychodynamicznych w Polsce. *Psychoter.* 2021; 197(2): 51–66.
27. Tolin DF, McKay D, Forman EM, Klonsky ED, Thombs BD. Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2015; 22(4): 317.
28. APA Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clin. Psychol.* 1995; 48: 3–23.
29. Rakowska JM. Skuteczność zapobiegania zaburzeniom psychicznym i ich leczenia: wnioski z badań dla praktyki klinicznej. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego; 2021.
30. WHO. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2023.
31. Gold C. Quantitative psychotherapy outcome research: Methodological issues. W: Gelo O, Pritz A, Rieken B, red. *Psychotherapy research: Foundations, process, and outcome*. London: Springer; 2014: 537–558.
32. Lilliengren P. A comprehensive overview of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapies. *Psychoanal. Psychother.* 2023; 37(2): 1–24.

33. Barkham M, Rees A, Shapiro DA, Stiles WB, Agnew RM, Halstead J i wsp. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1996; 64(5): 1079.
34. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-based practice in psychology. *Am. Psychol.* 2006; 61(4): 271–285.
35. Fonagy P. Some complexities in the relationship of psychoanalytic theory to technique. *Psychoanal Q.* 2003; 72(1): 13–47.
36. Shedler J. Where is the evidence for „evidence-based” therapy. *J. Psychol. Ther. Prim. Care* 2015; 4(1): 47–59.
37. Rosenzweig S. Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Am. J. Orthopsychiatry* 1936; 6(3): 412.
38. Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2007; 75(6): 842.
39. Westen D. The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychol. Bull.* 1998; 124(3): 333.

Adres: kontakt@martaszpak.pl

Szanowni Państwo,

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

**Konferencja Trzech Sekcji odbędzie się
w Międzynarodowym Centrum Kongresowym
w Katowicach w terminie 25–27 października 2024 roku.**

**Tematem tegorocznej konferencji jest
„Ciało w psychoterapii”.**

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

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

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

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

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

Zarząd SNP PTP

KOMUNIKATY JESIEŃ 2024

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-psychiatria.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/>.

25 kwietnia 2025 r. w Warszawie i online odbędzie się VIII Konferencja Pracując Psychoanalitycznie z Parami pt.: **„Miłość zniekształca czy przekształca”**. Informacje i zapisy: <https://psychoanalizapary.pl/>

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/>.

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 systemu).
- Autor, który zakładał konto w systemie, może zalogować się do niego, wpisując e-mail i hasło w prawej części ekranu (w celu ewentualnego odzyskania hasła do systemu autor może skorzystać z opcji „Nie pamiętam hasła”).
- Po zalogowaniu się do systemu, w celu wysłania pracy do redakcji należy kliknąć przycisk „Wyślij nowy artykuł” dostępny na górze sekcji „Twoje artykuły”. Po wpisaniu tytułu pracy oraz wybraniu jej typu pojawiają się okienka służące do wpisania niezbędnych elementów artykułu.

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

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

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

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

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

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

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

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

cena 35 zł (w tym 5% VAT)

