

KWARTALNIK NR 1 (212) 2025

PSYCHOTERAPIA



Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne



Uniwersytet Jagielloński
w Krakowie
Collegium Medicum

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

PSYCHOTERAPIA

NR 1 (212) 2025

Impact Factor — 0,2
Liczba punktów MNiSW — 40

Spis treści

Od Redakcji	3
Z cyklu „Sylwetki psychoterapeutów”: „Przecież w cieniu to jest wspaniałe miejsce” Z psychoterapeutką i superwizorką dr Małgorzatą Kostecką-Walenta rozmawia Ewa Korzynow-Talczewska.....	5
Metoda Otwartego Dialogu — przegląd badań międzynarodowych oraz sytuacja w Polsce Róża Wanda Koprowicz.....	19
Poznawczo-behawioralna psychoterapia tokofobii Joachim Kowalski, Martyna Niżniowska, Patryk Skowroń	29
Zdrowie psychiczne niemowląt. Perspektywa rozwojowa i psychoanalityczna Aleksandra Hytroś-Kiwała, Monika Dacka.....	45
Wariacje na temat zespołu reflektującego Bogusława Piasecka, Agata Siwiec-Bek, Barbara Józefik.....	61
Komunikaty	73
Procedura publikowania w „Psychoterapii”	75

KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor	Mariusz Furgal
Zastępca redaktora	Kazimierz Bierzyński
Zespół redakcyjny	Marta Dora, Stanisław Maj, Łukasz Müldner-Nieckowski, Joanna Sadzawicka-Olczak, Małgorzata Wolska, Magdalena Zielińska
Sekretarz redakcji	Katarzyna Czapkiewicz
Adiustacja	Barbara Gąsiorowska, 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

Upzejmie 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 2025 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

Szanowne Czytelniczki i Szanowni Czytelnicy!

Przekazujemy w Państwa ręce kolejny numer naszego kwartalnika, a ja zachęcam do uważnej lektury wszystkich artykułów.

W pierwszej kolejności w naszej stałej rubryce „Sylwetki psychoterapeutów” przedstawiamy drogę życiową oraz podejście do zawodu wybitnej psychoterapeutki i superwizorki, nauczycielki wielu z nas — [Małgorzaty Kosteckiej-Walenta]. Mamy zaszczyt opublikować wywiad, który przeprowadziła z nią Ewa Korzynow-Talczewska. Przyjmując go do publikacji, nie wiedzieliśmy jeszcze, że będzie swoistym pożegnaniem — Małgorzata Kostecka-Walenta zmarła 30 marca. Jej słowa o autentyczności i otwartości terapeuty wobec pacjenta zapadają głęboko w pamięć.

W artykule „Metoda Otwartego Dialogu — przegląd badań międzynarodowych oraz sytuacja w Polsce” Róża Wanda Koprowicz przybliży nam tę metodę oraz analizuje problemy i trudności z wdrażaniem jej na świecie i w Polsce. Niestety, czasem rozbijamy się o realia, takie jak niedobory wyszkolonej kadry bądź braki finansowe. To duża szkoda, biorąc pod uwagę, jak skutecznie Otwarty Dialog skraca czas hospitalizacji i wpływa na zmniejszenie dawki przyjmowanych leków.

Kolejny tekst — „Poznawczo-behawioralna psychoterapia tokofobii” — to przegląd badań zaprezentowany przez Joachima Kowalskiego, Martynę Niżniowską i Patryka Skowronia. Przeczytamy w nim o diagnozie i interwencjach terapeutycznych stosowanych wobec kobiet. Warto się mu przyjrzeć, ponieważ współcześnie tokofobia może dotyczyć nawet 15% rodzących, a jej konsekwencją jest między innymi rosnąca liczba cięć cesarskich bez istotnych wskazań położniczych.

Kiedy dziecko przyjdzie już bezpiecznie na świat, a my zadamy przy tym o dobry stan psychiczny matki, możemy dzięki artykułowi Aleksandry Hytroś-Kiwały i Moniki Dackiej „Zdrowie psychiczne niemowląt” poznać psychoanalityczną i rozwojową perspektywę na początek życia człowieka — etap najintensywniejszych zmian. Połączenie obu tych podejść stanowi interesujący i pouczający punkt widzenia.

Numer kończymy refleksjami, a wręcz wariacjami Bogusławy Piaseckiej, Agaty Siwiec-Bek i Barbary Józefik na temat zespołu odzwierciedlającego Toma Andersena. Warto zwrócić szczególną uwagę na ilustrację kliniczną — mam wrażenie, że wciąż zbyt rzadko dzielimy się bezpośrednio swoimi sposobami pracy, a tu Autorki przedstawiły i zanalizowały fragment sesji. Artykuł „Wariacje na temat zespołu reflektującego” zamyka ten numer naszego czasopisma.

Zachęcam do publikowania w „Psychoterapii” i życzę Państwu inspirującej lektury!

Magdalena Zielińska

Z CYKLU „SYLWETKI PSYCHOTERAPEUTÓW” „PRZECIEŻ W CIENIU TO JEST WSPANIAŁE MIEJSCE”

Z PSYCHOTERAPEUTKĄ I SUPERWIZORKĄ

DR MAŁGORZATĄ KOSTECKĄ-WALENTĄ

ROZMAWIA EWA KORZYNOW-TALCZEWSKA

E.K.-T.: Chciałabym zacząć od tego, jak rozpoczęła się Pani droga zawodowa, dlaczego wybrała Pani psychologię?

M.K.-W.: To jest historia, która zahacza o moje doświadczenia osobiste, emocjonalne. Dlaczego wybrałam psychologię? Mam pięć lat i umiera nagle na perforację wyrostka bardzo bliska dziewczynka, moja przyjaciółka. To jest czas po wojnie, mieszkamy pod Warszawą, nie udaje się uratować jej życia. Dla mnie to jest szok, reaguję tak, że nie chcę jeść, nie chcę mówić, mam dziecięcą depresję, dzisiaj pewnie by się powiedziało PTSD. W każdym razie moja babcia znajduje panią psycholog, która mnie wtedy bada Testem Świata. Test ten po prostu mnie zafascynował.

E.K.-T.: Test Świata?

M.K.-W.: Test Świata, Charlotte Bühler. Potem widziałam go na oddziale dziecięcym w klinice, w której pracowałam. Ten test już w dorosłości oglądałam wielokrotnie, a wtedy, kiedy miałam pięć lat i jeszcze PTSD nie było, to zdiagnozowano u mnie jakiś szok dziecięcy. Potem wszystko wróciło do normy. Chciałam mieć do czynienia z tym testem jako osoba dorosła i móc bawić się tymi figurkami, stąd psychologia. Miał też miejsce kolejny zbieg okoliczności, o którym parę razy publicznie mówiłam. Co roku spędzaliśmy z rodzicami wakacje nad morzem. W tym samym domu mieszkał z żoną prof. Antoni Kępiński, który znał się z moim tatą jeszcze sprzed wojny, gdyż jako chłopcy jeździli do tej samej miejscowości wypoczynkowej, Dębek koło Żarnowca, ze swoimi mamami. Tata w dzieciństwie grał w piłkę z Antkiem, a potem w dorosłości mieszkaliśmy całą rodziną u Kaszubów i nasze pokoje sąsiadowały. Wiedziałam, że prof. Kępiński jest psychiatrą, ale nie zdawałam sobie sprawy z jego pozycji w Krakowie. Zdarzało się, że chodziłam z nim popływać w morzu; on dobrze pływał, ja już wtedy też.

E.K.-T.: Który to mógł być rok?

M.K.-W.: To było w czasie mojej szkoły średniej, więc może 1957–1959? I któregoś razu, jak tak szliśmy, to powiedziałam mu, że waham się, jakie studia wybrać. Mój tata miał ogromną bibliotekę, był ekonomistą z wykształcenia. Miał rozległe zbiory i Freuda między innymi. Jedną z pierwszych książek, którą przeczytałam była „Psychologia tłumu” Le Bona. Miałam może osiem lat, kiedy przeczytałam o rozszczepieniu umysłu. Jak to umysł może się rozszczepić? Może ja mam taki rozszczepiony umysł? W każdym razie rozmowy z profesorem były krótkie. On nie był gadułą. W milczeniu szliśmy, w milczeniu wracaliśmy.

E.K.-T.: Popływać w morzu z prof. Kępińskim...

M.K.-W.: Tak. Ten dom, w którym mieszkaliśmy, był dziesięć minut pieszo od plaży... W każdym razie pamiętam jedną taką rozmowę z profesorem, gdy powiedziałam, że się

waham między psychiatrią a psychologią i zapamiętałam jego odpowiedź, że psychiatrów jest na pęczki, a psychologów zainteresowanych psychozami nie ma.

E.K.-T.: Czyli Pani zainteresowanie kwestią rozszczepienia umysłu miało ciąg dalszy.

M.K.-W.: Zastanawiałam się, jak się ten umysł może rozszczepić? Czy jest się wtedy dwiema osobami? Takie dywagacje nastolatki. Coś mi chyba tata tłumaczył, bo mimo ścisłego wykształcenia bardzo dużo czytał. Mój dziadek, tata mojego taty, też był wykształcony, był prawnikiem. Część książek w bibliotece była po dziadku, którego nie poznałam, bo zmarł, zanim się urodziłam. To takie trochę korzenie rodzinne ta moja znajomość z Kępińskim. Potem poszłam na studia.

E.K.-T.: Studiowała Pani na Uniwersytecie Warszawskim?

M.K.-W.: Tak, w 1960 roku dostałam się na psychologię na UW. Bardzo wyraźnie pamiętam wykłady już nieżyjącego psychoanalityka Jana Malewskiego. Na czwartym roku był też wykład o psychoterapii w ramach przedmiotu psychologia osobowości. Prowadził go prof. Janusz Reykowski, który wtedy wrócił prosto ze Stanów i przywiózł stamtąd teorie amerykańskie i angielskie. Dostępu do piśmiennictwa praktycznie wtedy nie było, to naprawdę dawne czasy. Irena Namysłowska, z którą przyjaźniłam się i przyjaźnię, wyjeżdżała z racji zawodu swojego męża, fizyka, do Anglii i do Stanów i przywoziła stamtąd książki. Poznałyśmy się, kiedy zaczęłam pracę w warszawskiej Klinice Psychiatrycznej, ona od dwóch lat już tam pracowała. Dość szybko się zaprzyjaźniłyśmy.

E.K.-T.: Czyli Pani wykładowcami byli profesor Reykowski, Jan Malewski...

M.K.-W.: Jan Malewski wykładał psychoanalizę, miał roczny, może półroczny wykład, tego nie pamiętam, a prof. Stefan Leder tworzył Sekcję Psychoterapii. Kiedy zaczynałam pracować w klinice, ordynatorem jest ważny dla mnie psychiatra, już nieżyjący prof. Andrzej Piotrowski, który bardzo we mnie inwestował. Widząc mój potencjał, wysyłał mnie na szkolenia do Krakowa, gdzie docent Winid prowadził grupę dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Zostałam obserwatorem tej grupy. Prof. Piotrowski wysyłał mnie również na wszystkie możliwe konferencje, bardzo o mnie dbał. Wtedy został ogłoszony pierwszy nabór na certyfikat psychoterapeuty.

E.K.-T.: Pierwsza edycja szkolenia do certyfikatu.

M.K.-W.: Tak, i ja w nim uczestniczyłam. To był chyba 1979 rok. W około dziesięcioosobowej grupie byli też Bogdan de Barbaro, Ilona i Adam Kołbikowie z Krakowa, osoby dobrze znane w środowisku. Mieliśmy zajęcia z prof. Lederem i mgr Barbarą Bigo, która była jego pierwszą asystentką. Szkolił nas Michał Łapiński, psychoanalitik.

E.K.-T.: Który potem wyjechał do Australii?

M.K.-W.: Tak, spotkałam się z nim później w Melbourne. Przyjaźniliśmy się, on robił staż na oddziale, na którym pracowałam. Był również szkolący nas Jurek Aleksandrowicz i jeszcze jeden już nieżyjący psychiatra, który prowadził tzw. key-grupę w ramach szkolenia. Całe szkolenie trwało trzy albo cztery lata, kończyło się rozmowo-egzaminem z prof. Lederem, nie pisało się takich elaboratów co teraz. Nie jestem pewna, czy omawiałam pacjenta, którego prowadziłam w klinice, ale wydaje mi się, że dostałam jego dokumentację i miałam snuć terapeutyczną opowieść o prowadzeniu psychoterapii tej osoby. Byliśmy na tym egzaminie we dwoje, to nie była wielka komisja.

E.K.-T.: A samo szkolenie jak wyglądało?

M.K.-W.: Były warsztaty i regularne zjazdy, podobnie jak obecnie. Pamiętam, że byliśmy w Międzyzdrojach, w Zakopanem, były spotkania w Warszawie. Grupa była około dziesięcioosobowa, bardzo kameralna. Egzaminował prof. Leder z mgr Bigo. A certyfikat superwizora z kolei robiłam w oparciu o prowadzenie grupy Balinta, której uczestnikiem był prof. Leder. I to był stres nad stresy, ale certyfikat dostałam. I też nie było tej męki co obecnie, żadnych opisów, tylko tak na żywo. Wydaje mi się, że ta grupa Balinta trwała rok.

E.K.-T.: Przez rok ją Pani prowadziła?

M.K.-W.: Tak, Celina Brykczyńska do dziś pamięta, w jakim stresie byłam, kiedy prof. Leder przyszedł na tę grupę. On łączył w pracy różne nurty terapeutyczne, ale dużo korzystał z myślenia psychodynamicznego. Na grupie w oddziale przez niego prowadzonym pracowało się nad własnym życiorysem. Może nie było to podejście transgeneracyjne, myślenie systemowe dopiero kielkowało, ale ważne było osadzenie we własnej historii, osobowościach matki, ojca.

M.K.-W.: Prof. Reykowski jako pierwszy przywoził literaturę z Zachodu. Nazwisko Melanie Klein poznałam właśnie na jego wykładach. Irena Namysłowska przywoziła natomiast książki Friedy Fromm Reichmann, która była guru, jeśli chodzi o terapię schizofrenii. Potem poznałam prace Paula Federna, współpracownika Freuda, dotyczące psychoanalitycznej terapii schizofrenii. W tym czasie klinikę prowadził prof. Jus. Prof. Frączek zwolnił poprzednią ekipę psychologów skupionych na diagnozie, mnie polecając jako osobę, która zajmie się psychoterapią psychoz. Prof. Frączek przekonywał, że psycholog nie tylko przeprowadza diagnozę, ale też, mając odpowiednie kwalifikacje, psychoterapię. Polecił mnie i Lidkę Grzesiuk, która potem zrobiła karierę akademicką.

E.K.-T.: Wtedy zaczyna Pani pracować psychoterapeutycznie z pacjentami psychotycznymi?

M.K.-W.: Byłam zielona kompletnie. Miałam jedynie doświadczenie stażu, który odbyłam w ośrodku w Drewnicy.

E.K.-T.: Ale za to pewnie pełna entuzjazmu?

M.K.-W.: Miałam pojęcie o psychoterapii, bo poddałam się jej w tym ośrodku psychoterapeutycznym w ramach stażu studenckiego. Drewnica to jest późniejszy Rasztów, kierowany wtedy przez Jana Malewskiego. Przy dużym szpitalu psychiatrycznym powstał całodobowy oddział dla pacjentów nerwicowych. Tam odbyłam staż szkoleniowy polegający na pracy w grupie i rozmowach indywidualnych. Zaczęłam na czwartym roku studiów i byłam tam na tyle długo, że zostało to uznane jako moje doświadczenie pracy własnej.

E.K.-T.: Jak się Pani tam znalazła?

M.K.-W.: Jan Malewski mówił o tym na wykładzie, zaciekałam się. Pojechałam najpierw na trzy miesiące w trakcie wakacji, potem przedłużyłam staż. Właśnie na tej podstawie prof. Frączek uważał, że mam szersze doświadczenie niż prowadzenie diagnozy psychologicznej. Zresztą, prawdę mówiąc, miałam niewielką praktykę w zakresie diagnozy, testu Wechslera nauczyłam się później, na stażu w Pruszkowie.

E.K.-T.: Czyli klinika na Nowowiejskiej w Warszawie była Pani pierwszym miejscem pracy?

M.K.-W.: I ostatnim. Pracowałam tam czterdzieści parę lat. Miałam różne propozycje odejścia do Instytutu Psychiatrii i Neurologii i na uniwersytet, ale żadnej nie przyjął.

Bardzo wsiąklam w terapię. Miałam etat naukowy, więc musiałam też robić doktorat, ale udało się, obroniłam go. Prof. Adam Frączek promował mnie i Lidkę Grzesiuk. Ona chyba bardziej interesowała się terapią behawioralną. Pracowałyśmy na różnych oddziałach, ona na żeńskim, ja na męskim, właśnie prowadzonym wtedy przez dr. Andrzeja Piotrowskiego. W 1967 roku, po jego wyjeździe do USA, tym oddziałem kierował inny znany psychiatra prof. Bizoń, którego również bardzo ceniłam, a on cenił i lubił mnie, podobnie jak dr Andrzej Piotrowski. Miałam szczęście do dobrych promotorów na mojej drodze zawodowej i tej fascynacji rozszczepieniem i psychozami. W ostatnim okresie mojej pracy, przed odejściem na emeryturę, kierownikiem kliniki był prof. Waldemar Szelenberger, który z szacunkiem traktował pacjentów i któremu również wiele zawdzięczam, pracując z nim, dodatkowo pogłębiłam swoje kompetencje w obszarze psychopatologii.

E.K.-T.: Zaraz po studiach dostała Pani pracę w zawodzie, do tego w zespole cenionych specjalistów. Trudno było wtedy o taki etat w klinice?

M.K.-W.: Na pewno łatwiej niż teraz. Teraz to jest w ogóle marzenie ściętej głowy. Wtedy było to możliwe dzięki wyraźnemu wsparciu prof. Frączka. Pracowałam na oddziale dziennym, gdzie prowadziłam społeczność, nie mając na początku o tym zielonego pojęcia, ale doczytywałam, konsultowałam z Andrzejem Piotrowskim. Zaczęłam też prowadzić zajęcia dydaktyczne dla studentów medycyny dotyczące kontaktu z pacjentem psychiatrycznym. Na początku miałam wykład, dwugodzinne seminarium i zajęcia grupowe, w sumie sześć godzin. Ćwiczyliśmy scenki, sama czasem grałam pacjentkę, czasem studenci grali. Pod koniec mojej pracy wymiar zajęć z kontaktem z pacjentem dla studentów medycyny zmniejszył się do dwóch godzin. To było skandaliczne!

E.K.-T.: Drastycznie okrojone.

M.K.-W.: Tak. Na początku był trend humanistyczny w psychiatrii. A potem to wahadło poszło w biologię. I tam zostało.

E.K.-T.: Neuroleptyki już były?

M.K.-W.: Tak, rok 1952 to jest moment wprowadzenia neuroleptyków. Książka Joanne Greenberg „Nigdy nie obiecywałam Ci ogrodu róż”, w której autorka opisuje swoją terapię prowadzoną przez Friedę Fromm-Reichmann, dzieje się jeszcze przed neuroleptykami. Wspomniane są tam mokre prześcieradła, jakieś środki uspokajające. U nas pierwszymi neuroleptykami były Fenactil i Largactil — były stosowane w klinice, kiedy do niej przyszedłam.

E.K.-T.: Atmosfera w pracy była niezwykle życzliwa.

M.K.-W.: Tak, taka była w mojej klinice. Chyba w Krakowie podobna.

E.K.-T.: Dużo wsparcia, pomocy.

M.K.-W.: Prof. Piotrowski wiedział o moim zainteresowaniu psychozami, rozmawialiśmy o podejmowanych przeze mnie próbach rozmów z pacjentami, czasem przynoszącymi efekty i on uważał, że rzeczywiście to jest jakaś moja właściwość, umiejętność nawiązywania kontaktu z pacjentem nawet, mówiąc potocznie, w pełnym odjeździe psychiatrycznym.

E.K.-T.: Wrażliwość, intuicja?

M.K.-W.: Tak. Wtedy jeszcze żadna wiedza. Zajmowałam się systemami wartości w psychozach w moim doktoracie — grupą badaną byli chorzy na schizofrenię, ale była też grupa pacjentów depresyjnych, trochę jako grupa kontrolna, i grupa osób zdrowych. Wyniki pokazywały poczucie godności u osób chorych na schizofrenię. I myślę, że z racji mojego wczesnego zainteresowania rozszczepieniem i tego, że czułam, iż ktoś doświad-

czający go jest niezwykle, moja postawa była pełna szacunku, pozbawiona oceny, że „to wariat i w ogóle nie ma co słuchać tych bzdur”.

E.K.-T.: Opowie Pani trochę więcej o doktoracie?

M.K.-W.: Doktorat obroniłam 11 grudnia 1981 roku. 13 grudnia ogłoszono stan wojenny.

E.K.-T.: Zdążyła Pani w ostatnim momencie. A kto był Pani promotorem?

M.K.-W.: Prof. Maria Susułowska z Uniwersytetu Jagiellońskiego. Prof. Halina Wardaszko-Łyskowska, czyli moja szefowa, była recenzentem. Drugim była moja koleżanka z roku prof. Irena Heszen-Niejodek, wtedy dr hab. Byłam pierwszą osobą, której pracę doktorską recenzowała. Jak wspomniałam, jej tematem były systemy wartości w psychozie, które badałam metodą Rokeacha, amerykańskiego psychologa społecznego. Dla osób z psychozą podstawowa okazała się kwestia godności. Dla osób depresyjnych z kolei znaczące okazało się posłuszeństwo i submisyjność wobec innych ludzi, psychoza natomiast wiązała się z wybuchem nieposłuszeństwa, sprzeciwu. Nie wiem, czy Pani to zauważyła, że ja unikam określenia schizofrenik, bo nie chcę w ten sposób kategoryzować. To jest człowiek, który choruje na schizofrenię. Osoby badane miały wykształcenie średnie i co najwyżej trzeci rzut psychozy.

E.K.-T.: Wczesny stan.

M.K.-W.: Tak, ponieważ neuroleptyki przy przewlekłym braniu bardzo zmieniają stan chorego. Poza skalą Rokeacha z każdym z pacjentów chorych na schizofrenię przeprowadzałam wywiad, który trudno nazwać w pełni ustrukturuowanym. Dotyczył on tematyki wartości właśnie, był pogłębieniem mojej wiedzy o pacjentach.

E.K.-T.: Żeby człowieka zobaczyć.

M.K.-W.: Właśnie.

E.K.-T.: Jeszcze nie pytałam, a chciałam spytać wcześniej, jak się wtedy studiowało?

M.K.-W.: Ja akurat byłam w bardzo szczególnej grupie. W ogóle mam szczęście do ludzi, powiedziałabym, łącznie z tym, co się dzieje aktualnie w moim życiu, do lekarzy, którzy mnie leczą i osób, które spotykam przy okazji mojego leczenia. Jak się studiowało? Byłam w jednej grupie z Markiem Kotańskim, który potem stworzył Monar, był Ireneusz Sekuła, to jest postać. Prześcigaliśmy się, kto jest najmądrzejszy. Irena Heszen — profesor, Lidka Grzesiuk — profesor, też były w naszej grupie.

E.K.-T.: Olbrzymi potencjał.

M.K.-W.: Tak, ale też stres.

E.K.-T.: Rywalizacja.

M.K.-W.: Tak. Prof. Reykowski dawał nam książki do omówienia, na każdym seminarium był jeden referat, seminaria były trzygodzinne. Angielskiego uczyłam się od dziecka, o to zadbali moi rodzice, dzięki czemu byłam w stanie czytać literaturę w tym języku. W czasach, kiedy ja chodziłam do szkoły, był wykładany przecież język rosyjski, nie było angielskiego. Z kolei w liceum wybrałam łacinę i do dziś nie żałuję, miałam świetną nauczycielkę, matkę Antoniego Libery, która już nie żyje, ale mieszkała również na Żoliborzu, więc ją spotykałam. Pamiętam, że na tym seminarium referowałam książkę amerykańskiego psychologa egzystencjalnego Rollo Maya „The meaning of anxiety”. Nagłowiłam się bardzo, przeczytałam ją od deski do deski, a potem napisałam artykuł. Reykowski był zadowolony. Te referaty kosztowały każdego z nas mnóstwo energii i ner-

wów. Elżbieta Dubois, bardzo bystra osoba, a prywatnie żona Michała Łapińskiego, też była w tej grupie. Pracowała jakiś czas w Ośrodku Rasztów, potem odwiedzałam ich, jak wyjechali do Australii. Studia były moim zdaniem na bardzo wysokim poziomie. Mam teraz porównanie z moim wnukiem, który właśnie świetnie przeszedł na drugi rok architektury i jest zachwycony studiami, podczas gdy szkoły średniej nie cierpiał, choć dobrze sobie radził. Ja się cieszyłam studiami. Czułam, że się uczę.

Wracając do pracy w klinice. Byłam na oddziale jedynym psychologiem, pozostałe osoby to były koleżanki psychiatrki: Irena Namysłowska, Elżbieta Bohomolec, znana analityczka. Jako pierwsze robiłyśmy taką wewnętrzną superwizję pracy z pacjentami psychotycznymi. Potem Irena poprzez swoje kontakty w Stanach sprawiła, że przyjechała do nas Lea Goldberg, psychoanalityczka z Chestnut Lodge, najbardziej znanego ośrodka analitycznego do leczenia psychoz i schizofrenii w Stanach. Prowadziła szkolenie na temat terapii schizofrenii, a potem przyjeżdżała jeszcze kilka razy. Miała zresztą polskie korzenie.

E.K.-T.: Chestnut Lodge?

M.K.-W.: Chestnut Lodge pod Waszyngtonem. Taki wiodący ośrodek w psychoterapii schizofrenii. Chyba ten ośrodek padł w związku ze zbiologizowaniem psychiatrii. Może w Stanach mniej się to dzieje niż tu? U nas NFZ ograniczył możliwości pracy lekarza z pacjentem, psychologom może zostawił trochę większą działkę, ale te wszystkie druki... Więc za część mojego szkolenia jako terapeuty schizofrenii odpowiadała Lea Goldberg. Byłam wtedy już po doktoracie. Irena ją gdzieś tam wypatrzyła i zaprosiła do współpracy. W każdym razie słuchało się jej opowieści o kontakcie z pacjentem jak objawienia. Pamiętam jedno z takich zdań — „kłamstwo jest trucizną”, które zresztą pojawia się kilkakrotnie w książce „Nigdy nie obiecywałam Ci ogrodu róż”. Swoją drogą to stwierdzenie jest zbieżne z tematem mojego doktoratu, że kłamstwo jest poniżaniem czyjejś godności. Lea odpowiadała na nasze pytania, mówiła o bliskiej podejściu humanistycznemu postawie terapeutycznej, związanej z szacunkiem dla pacjenta, z triadą Rogersowską — akceptacją, empatią, autentycznością. Lea Goldberg była dla mnie znaczącą osobą, na pewno pomogła mi uporządkować myślenie, pokazała, jak być przy pacjencie, jak wchodzić w świat psychozy, co nie było popularnym podejściem u nas wtedy. Bardziej popularne było przekonanie, że pracujemy w okresie remisji, wtedy możemy zajrzeć głębiej, ale niekoniecznie musimy. Trochę tak, jakbyśmy uznawali za prawdę to, co mówi pacjent: „to nie byłem ja”. A ja mówię: „ale kto to był? Panie Piotrze? Pani Ewo?”. Lea dodała mi odwagi do kontynuowania tego, co już wcześniej robiłam, opierając się na intuicji. Wchodziłam w świat psychozy, czasem się udawało i przynosiło zaskakująco dobry efekt terapeutyczny wynurzenia się z psychozy, a czasem nie. To było dość ryzykowne. Potem były superwizje. Irena przypominała mi wczoraj, że jeździliśmy też na superwizje do Piotra Drozdowskiego. Była taka powtarzająca się co dwa lata w Krakowie konferencja „Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie”, na której z reguły miałam wystąpienie, publikowane potem w formie artykułu.

E.K.-T.: Mogłaby Pani książkę napisać...

M.K.-W.: Myślmy o tym z Ireną. W 1997 roku umarł nagle mój mąż. To był taki czas, kiedy trochę przerwałam działalność. Miałam już wtedy prywatną praktykę. Przy klinice powstała Fundacja Wspierania Rozwoju Kliniki Psychiatrycznej przy Akademii Medycznej, która dała nam możliwość przyjmowania pacjentów odpłatnie.

Tę praktykę prywatną przerwałam na dwa miesiące. Mobilizowałam się, żeby wspierać moją córkę Magdę, ona potem w ramach studiów poleciała na rok do Stanów. Wtedy miałam czas na żałobę. Mniej pracowałam terapeutycznie. Ale ponieważ mam nazwisko kojarzące się z leczeniem schizofrenii, więc wiele osób, wielu rodziców prosiło mnie o terapię dla swoich dzieci.

E.K.-T.: Pani jest po tym rozpoznawana.

M.K.-W.: A potem zaczyna się era borderline. Potem narcyzmu. Teraz spektrum autyzmu.

E.K.-T.: Pacjenci się zmieniali.

M.K.-W.: Tak, na początku rozpoznawano nerwice, depresje i psychozy. I nie było diagnozy osobowości z pogranicza, mimo że ona istniała. Właśnie wczoraj rozmawialiśmy z Ireną, że występowałam kiedyś w roli superwizora dla terapeutki pacjentki z oddziału, którą Irena też знаła i powiedziałam, że to co wtedy było diagnozowane jako histeria i nerwica, teraz jest rozpoznawane jako klasyczny borderline. Wtedy w ogóle nie było tego pojęcia i ta pacjentka funkcjonowała z łukiem histerycznym, swoją drogą widzianym przeze mnie jedynie raz. Mieliśmy na oddziale oczywiście chorych z psychozami, zespołami otępiennymi, deliriami, bo to była rejonizowana psychiatria i obejmowała stare śródmieście Warszawy. Na początku pamiętam głównie nerwice, mówiąc dzisiejszym językiem, zaburzenia lękowe. Nie było anoreksji, nie było zaburzeń odżywiania. Pamiętam histerie, zespoły psychasteniczne, takie OCD dzisiaj by się bardziej powiedziało. Nie pamiętam używania pojęcia narcyzmu, chociaż pewne cechy osobowości, na przykład taka wielkościowość, u niektórych pacjentów pojawiały się, ale były raczej kojarzone z psychopatią niż z narcyzmem. Pamiętam nerwicę lękową. Dzisiaj to są różne fobie społeczne, wtedy mówiliśmy unikanie, izolowanie, dzisiaj się na to mówi zespoły lękowo-depresyjne. Więc to się zmieniało. Zmieniało się też miejsce zaburzeń psychicznych w kontekście kulturowym. Dawniej było związane ze wstydem — nie przyznawaj się, że idziesz do psychiatrii. A teraz panuje otwartość, wiele osób mówi: leczyłem się z depresji...

E.K.-T.: Niektórzy dość chętnie informują o tym publicznie?

M.K.-W.: Na superwizjach słyszę o osobach z grona aktorów czy innych artystów i w gruncie rzeczy czasem się zastanawiam, jaki jest powód, że przyszli na psychoterapię? Jak dążę cel, to czasem ciężko go znaleźć, poza możliwością stwierdzenia, także w mediach, przez pacjenta, że chodzi na psychoterapię.

E.K.-T.: Kiedy się zmieniło to społeczne postrzeganie psychoterapii, że korzystanie z niej to nie wstyd?

M.K.-W.: Myślę, że to było związane z przełomem ustrojowym po 1989 roku, poza-rami większej demokracji. Dla mnie to są pozory w dużej mierze, ale tak to pobrzmiało w pewnym momencie, że więcej wolno, że liczy się prawda... Ma się prawo do mówienia prawdy, nieukrywania. Myślę, że to wtedy zaczęła się ta zmiana ku większej tolerancji.

E.K.-T.: Sądzi Pani, że teraz jest łatwiej? Mniej ostracyzmu, psychoterapia jest bardziej dostępna...

M.K.-W.: Z jednej strony jest łatwiej, a z drugiej strony nie. Oczywiście reprezentuję teraz prywatną praktykę, mam dużo superwizji, bardzo różnych pacjentów superwizanci przynoszą, ale niestety odczuwam pewną dewaluację mojego zawodu. Psychoterapeuta dziś, a psychoterapeuta 20 lat temu to często jednak różne osoby. Kiedyś uprawianie psy-

choterapii było bardziej związane z poczuciem odpowiedzialności. A teraz ktoś jest po pierwszym roku szkolenia, ja pytam: „no ilu tych pacjentów?”. „No dziesięciu”. „Jak to? A terapia własna?”. „Planuję”. Wtedy mówię — „to ja zaplanuję superwizję, a na razie nie podejmuję się jej”. W jakimś sensie przerażają mnie informacje, że po pierwszym roku szkolenia ktoś zaczyna prowadzić prywatną praktykę. Nie mając nawet rozpoczętej terapii własnej! W takich sytuacjach odmawiam superwizji.

E.K.-T.: Sam terapeuta jest istotnym elementem swojej praktyki.

M.K.-W.: Terapia własna jest bardzo ważna. Ktoś skończył studia i jeszcze przez dwa lata pracował w korporacji, robiąc coś zupełnie innego i nagle jednak zmienia zdanie, może pod wpływem mody, też chce być psychoterapeutą, więc zapisuje się do szkoły. Właśnie dopiero co spotkałam nad morzem znajomą, która mi opowiedziała historię siostrzenicy. Dziewczyna skończyła psychologię, wkroczyła na ścieżkę psychoterapii i już ma praktykę prywatną. Jej mąż menadżer, nie menadżer, po jakichś tego typu studiach, jak się zorientował, ile ona zarabia, to też poszedł do tej szkoły i już też ma pacjentów. Znajoma pyta: „co ty na to?”.

Nie ma regulacji zawodu psychoterapeuty. Przykro mi, bo to zawód, który się dewaluuje. Jak ja dostałam certyfikat, kim się czułam wtedy, ileż on znaczył... Z drugiej strony widzę po wielu moich młodych superwizantach, którzy już porobili certyfikaty i dalej przychodzą do mnie, że dla nich też naprawdę coś znaczy.

E.K.-T.: Kiedy Pani zaczynała, były zupełnie inne okoliczności, wiele się zmieniło.

M.K.-W.: Wiele się zmieniło pod wpływem COVID-u, pojawiła się choćby powszechność pracy online. Myślę, że kiedyś było mniej formalizmów, a dużo więcej skupienia się na umiejętnościach, wyczuciu, mentalizacji. Te rozmowy z prof. Lederem przyznające certyfikat bardziej dotyczyły istoty tego, co jest w terapii. Jako superwizor czuję, że ktoś dostaje certyfikat i ja wiem, że będę dalej do niej czy do niego posyłać pacjentów, bo wiem, że właśnie ma tę iskrę, ma wrażliwość. A są tacy, którzy czytają, piszą, ale czegoś im brakuje, nie ma rezonansu między nimi a pacjentami. Zrobią certyfikat, znają literaturę, szkolą się, mówią: „ja byłem na warsztacie”, takim, owym. Ale nie czują. A wtedy, przed laty, rzeczywiście miałam wrażenie, że właśnie prof. Leder jakby zobaczył we mnie to, co ci moi ordynatorzy, psychiatrzy — jakiś potencjał, jakąś wrażliwość.

E.K.-T.: Czującą postawę wobec drugiego człowieka?

M.K.-W.: Tak. Nie pamiętam, czy pacjent, którego dokumentację dostałam, żebym snuła o nim opowieść, był pacjentem z oddziału, na którym pracowałam, ale chodziło właśnie o taką narrację, opowieść o tym człowieku, jego cierpieniu, jego życiu. To było dla mnie ważne, że prof. Leder uznał, że ja potrafię ją snuć. Teraz często jestem przy egzaminie opartym o świetnie przygotowane prace, na ogół świetnie, mimo że czasem jest jakaś pomyłka, na ogół są bardzo dobre. Czytając je, sama się uczę, sięgam do książek cytowanych przez tych specjalistów, ale czasem czegoś mi brakuje. I ja, jak to ja, na egzaminie pytam: „a tak z poziomu przeżyć?”. I bywa, że jest cisza i potem już w kuluarach po egzaminie, gratulacje... Stoimy w korytarzu, żegnamy się. I słyszę — „ale zaskoczyła mnie pani tym pytaniem”. Ja mówię, że to bardzo naturalne pytanie, jak to jest być z tym pacjentem na poziomie przeżyć, wrażliwości. Często w superwizji zadaję pytanie: „A uczucia? A kim jest ten pacjent? Kogoś pani przypomina? Lubi go pani?”. I ktoś odpowiada: „no, ja myślę, że powinnam”. Ja mówię: „Pani Ewo, ja nie pytam, co pani myśli i co powinna, tylko co

pani czuje?”. Słyszę odpowiedź: „to ja już nie pamiętam, bo to już dawno było”. Więc właśnie chodzi o wrażliwość, o to, czy ktoś dysponuje wrażliwością.

E.K.-T.: W 2002 roku otrzymała Pani Złoty Krzyż Zasługi w związku z pracą zawodową.

M.K.-W.: Tak, w związku z pracą, pozycją w klinice, szkoleniami, dydaktyką. Ale mam do tego odznaczenia ambiwalentny stosunek. Ja jestem taka trochę apolityczna, nie jestem czysto prawicowa, na pewno nie jestem czysto lewicowa, pochodzę z rodziny silnie przez komunistów nadwyrężonej, pozbawionej różnych dóbr, łącznie z domem w Konstancinie. Mój tata był bardzo inteligentnym człowiekiem, chociaż klasycznym introwertykiem, nawet schizoidem, więc został sam z tą stratą, jaką komuna wyrządziła naszej rodzinie, mama natomiast była ekstrawertywna i taka radząca sobie. To wszystko na pewno miało wpływ na moje podejście do wielu spraw, postawę taką przejętą od rodziców i dziadków. Pochodzę z bardzo dobrze sytuowanej rodziny z dobrym pochodzeniem. Mój tata po wojnie w ogóle nie mógł znaleźć pracy, musiał się ukrywać, bo by poszedł do więzienia, więc mama nauczyła się pisać na maszynie i pracowała jako sekretarka, żeby nas utrzymać. To były bardzo trudne czasy...

Ale wracając do tu i teraz, chciałabym jeszcze coś powiedzieć na temat mojej choroby i tego, że mam wiele przemyśleń, czy ujawniać chorobę czy nie ujawniać...

E.K.-T.: Myślę, że to rzadko omawiany, trudny dylemat wielu terapeutów.

M.K.-W.: Ponad dwa lata temu, pod koniec 2022 roku, zupełnie nieoczekiwanie dla mnie, przy rutynowym badaniu lekarskim rozpoznano u mnie chorobę nowotworową w stopniu dość zaawansowanym, do natychmiastowej chemii albo operacji. Tak jak wspomniałam wcześniej, mam szczęście do ludzi, bo trafiłam na lekarza specjalizującego się w nowotworach kobiet. Najpierw myślał o chemii, ale potem, kiedy miał więcej wyników, zdecydował o szybkiej operacji, więc byłam natychmiast operowana, a chemię zaczęłam zaraz po wycięciu, jak mówię — tego paskudztwa albo raczyska. Chemię zaczęłam w lutym 2023 roku i jeśli chodzi o moich superwizantów, nie miałam wątpliwości, że powiadomię ich o mojej sytuacji zdrowotnej, żeby wiedzieli o tym, jeśli planują certyfikat lub jakieś formalne ruchy z mojej strony.

E.K.-T.: Pamiętam, jak Pani mi powiedziała.

M.K.-W.: Na ogół spotykałam się z takim, powiedziałabym, dojrzałym podejściem, bez rozpaczy: „a jak pani sobie radzi”, „a co to będzie?”. Takie trochę nadmiarowe reakcje częściej pojawiały się nawet nie wśród rodziny, tylko wśród przyjaciół. Natomiast problemem byli pacjenci. Jestem już wyraźnie starszą panią psychoterapeutką, więc nowych pacjentów od jakiegoś czasu nie przyjmuję, biorąc pod uwagę, że nie wiem, kiedy zakończę działalność. Nie chcę ich stawiać w sytuacji porzucenia. W ogóle nie mam wielu pacjentów, ale tak się składa, że jedna pacjentka dopiero co pochowała ojca z powodu choroby nowotworowej, druga zmagала się z chorobą nowotworową matki, która zmarła w trakcie terapii u mnie. U innej pacjentki pojawiało się tło nowotworowe w rodzinie, a jej bardzo bliska przyjaciółka, koleżanka podobnego zawodu do mojego, zmarła na nowotwór, więc czułam, że wprowadzenie tej informacji uruchomi różne procesy równoległe. Ja sama dobrze znosiłam chemię. Zarówno chirurg operujący mnie, jak i potem moja lekarka onkolog wiedząc, jaki zawód uprawiam, bardzo wspierali pomysł, że będę pracować dalej, bo praca zawodowa jest też formą rehabilitacji. Nie brałam pod

uwagę, że z powodu leczenia przerwę pracę, miałam dobre wyniki i ta pierwsza chemia bardzo wyraźnie zmniejszała nowotworowość. Szło świetnie i właśnie w takim kierunku, żeby powiedzieć: „mam takie rozpoznanie, ale dobrze się leczę, rak znika”. Co więcej, nie miałam tych wszystkich objawów, które się często pojawiają, utraty włosów, rzęs, nie zmienił się mój wygląd, trochę schudłam, ale nie tak znacząco, więc miałam dylemat. Jeden z nich rozwiązał się w sposób naturalny, bo spotkałam na oddziale, w którym biorę chemię, moją pacjentkę i ona zapytała: „a co pani doktor tu robi?”. A ja, zgodnie z prawdą, powiedziałam: „no leczę się”. To nie był moment, żebyśmy siadły i miały psychoterapię, ale powiedziałam: „pogadamy na sesji”. To było w piątek, a sesję z nią miewam w środy, więc zaraz potem to omówiliśmy. Jej mama leczy się skutecznie i miała akurat kolejne badanie potwierdzające, że wszystko jest dobrze, także tutaj to przebiegło spokojnie. Natomiast jeśli chodzi o te pozostałe pacjentki... W tej chwili jestem w trakcie kolejnej chemii, przy której na tyle mi osłabły włosy, że moja fryzjerka ostrzygła mnie na krótko. Włosy zaczęły mi już odrastać, ale osobom, które wiedzą o mojej chorobie, pokazuję się w tych krótkich włosach, a osobom, które nie wiedzą, w peruce, którą sobie zafundowałam.

Była jedna pacjentka, która nie wiedziała o moim onkologicznym leczeniu. Ale potem przeczytałam kolejną książkę Patricka Casementa, który dużo pisze o wpływie emocji własnych terapeuty na proces terapii. To czwarta jego książka zatytułowana „Uczenie się w drodze”, w której przyznaje się pacjentom do swojej choroby nowotworowej. Irvin Yalom też, o ile pamiętam, nie trzymał jej w tajemnicy. No i jakie są „za” i „przeciw”? „Za” jest na pewno bliskie mojej postawie szczerości i transparencji wobec pacjenta, nieukrywania. Postawie humanistycznej, którą łączę z myśleniem psychodynamicznym.

E.K.-T.: Postawie otwartości.

M.K.-W.: Oczywiście moje życie osobiste nie jest tematem do omawiania z pacjentem, może teraz, na skutek przeżyć chorobowych i przy tej małej liczbie pacjentów, pojawił się temat rodziny, mojej córki jako osoby wspierającej, pomagającej mi, ale przedtem pacjenci nie mieli pojęcia, czy jestem żoną, babcią, matką. Wiedzieli, że mam psa, bo w gabinecie wisi jego zdjęcie (już dawno nie żyje) i czasem toczyła się rozmowa o psach. No, w każdym razie przeczytałam książkę Casementa, o której wyżej wspomniałam i z jednej strony obliuguje mnie postawa szczerości, ale z drugiej pojawiają się obawy pacjentów, przecież nie jestem wieczna... Obawy, że będę skupiona bardziej na sobie, chorobie, że będę miała jakieś bóle. Wyobrażenie nowotworu jest różne. W tej chwili rzeczywiście staje się on chorobą przewlekłą, wiem po sobie, ale dla wielu rak to wciąż wyrok. Na poziomie psychopatologii u osób chorych pojawiają się zespoły lękowo-depresyjne czy depresyjne, lub postawa zaprzeczania, gwizdania w ciemności, reakcji formowanej. One są bardzo powszechne.

E.K.-T.: Czyli takiego odwracania?

M.K.-W.: Tak, cytryna jest słodka. Takie myślenie. Natomiast ja sama czułam, że radzę sobie z raczyskiem, tym potworem, który się rozpanasza. Pierwsza chemia szła dobrze, ale potem bum, nagle coś drgnęło i musiała być druga chemia. Nie było jakiegos straszego progresu, ale też żadnego regresu. Teraz jest trzecia chemia. Będę miała tomografię dopiero pod koniec miesiąca, ale pewien regres następuje. Skłania mnie to do przyjrzenia się sobie: czemu zawdzięczam taką postawę wobec nowotworu, że czuję się lepiej sobie radząca w porównaniu z innymi współtowarzyszami z oddziału chemii. Moje profesjo-

nalne przyjaciółki mówią, „Boże, jaka ty jesteś dzielna!”. Odpowiadam: „czy ja wiem, czy jestem dzielna? Korzystam z zasobów. Mam taką, a nie inną odporność”. Wiem, że rezygnacja nie jest ruchem terapeutycznym, natomiast walka nim jest. Korzystam z tego, czym dysponuję, czyli właśnie z zasobów, z budowania więzi z osobami, które mnie leczą, więzi opartej na zaufaniu do ich wiedzy. I w tym sensie mam szczęście, bo rzeczywiście otaczają mnie profesjonaliści. Moja doktor jest onkologiem, który dobrze dobiera chemię, więc na niej polegamy.

E.K.-T.: Zasobem są dobre relacje z osobami, które leczą.

M.K.-W.: Tak, ja mam z nimi więź. Oczywiście zaglądam też do internetu, sprawdzam, szukam rekomendacji. W środowisku medycznym obracam się od lat. Ale z drugiej strony, myśląc o tych zasobach, o tym, co mi pozwala nie opuścić gardy, uznałam, że również w relacji z pacjentem mogę z mojego doświadczenia w jakimś sensie skorzystać i że właśnie moje pacjentki, dotknięte w swojej historii osobistej tragedią nowotworową, zobaczą inny scenariusz i że może warto podjąć trud otwartości. Jedna pacjentka zobaczyła dzięki temu mechanizm obarczania winą obecny w jej dzieciństwie. Mogła zobaczyć, że ja jestem osobą, która przechodzi przez chorobę nowotworową i inaczej o tym mówi. Potem w rozmowach z moimi superwizantkami, bo to w większości kobiety, pojawił się temat ujawniania o sobie jakiejś trudnej prawdy, zahaczającej o pracę psychoterapeuty. Na przykład choroba, którą terapeutka ujawni, może być postrzegana przez pacjentów jako obniżająca sprawność, tak skupiająca na sobie uwagę, że trudno o przestrzeń dla nich. I ja zadaję takie pytania: „na ile superwizantka, mając do czynienia z rodziną z dzieckiem ze spektrum autyzmu, przeżywa trud, bo ona sama ma takie dziecko? Na ile ona może o tym mówić?”. I jakoś to przegadywałyśmy. Niekiedy w superwizantce jest taka blokada wewnętrzna, że nie ma sposobu skłonić jej do otwarcia, a niekiedy taką próbę podejmuje. Są osoby, które mówią: „absolutnie nie, to byłoby za trudne, sprzeczne z anonimowością w naszym zawodzie”. „Ale — odpowiadam — ma Pani to na końcu języka. Jaka jest przestrzeń dla tej pacjentki okrojona o to Pani przeżycie? Gdyby to przeżycie się ujawniło, nie będzie łatwiej?”. „Nie, nie, boję się tego”. „To może do przegadania na terapii własnej, bo u mnie to nie jest miejsce na to. Ale może warto się temu przyjrzeć? Skąd taka obawa, że to jakoś będzie spostrzegane jako brak kompetencji czy brak profesjonalizmu?”. Ale ponieważ to spektrum jest diagnozowane teraz często, bardzo wielu terapeutów też się z tym tematem zmagają. Jako superwizor mam w tej chwili trzech omawianych pacjentów z ADHD. Jeżeli terapeutka czuje, że nie może tego z pacjentem omawiać, to ta przestrzeń się ogranicza, ona się kurczy.

E.K.-T.: Ale jeśli ujawniać, to pewnie mając dobrze opracowane własne uczucia?

M.K.-W.: To prawda. Pamiętam sytuację, kiedy już wiadano w klinice, że ja robię sobie przerwę po nagłej śmierci mojego męża. Wtedy była instytucja lekarza zakładowego i on posłał mnie na dwa miesiące do sanatorium w Nałęczowie, bo miałam jakieś niegroźne pogorszenie kardiologiczne. Pamiętam, że kiedy wróciłam do pracy po dwóch z kawałkiem miesiącach, miałam w psychoterapii pacjentkę z rozpoznaniem psychozy, jednocześnie leczącą się u mojego kolegi, psychiatry. I ona mu powiedziała, że zaraz będzie miała wizytę u mnie, a on na to: „no to proszę, żeby pani złożyła pani doktor kondolencje, bo zmarł jej mąż”. Pacjentka weszła z tymi słowami, a ja myślałam, że się wścieknę. Potem ochrzaniłam go od stóp do głów: „jak myślisz, co to dla pacjentki, co dla mnie w relacji

z nią znaczyło!?”). Takie wtargnięcie, że ktoś otwiera moją tajemnicę i mówi: „ja wiem, że pani jest w żałobie i jak pani teraz będzie w tej psychoterapii sobie radzić?”. O mojej żałobie nie mówiłam pacjentom.

E.K.-T.: Teraz postąpiłaby Pani inaczej?

M.K.-W.: W tej sprawie akurat nie. Miałam u pacjentów do czynienia z depresjami oczywiście. Po śmierci męża, żony, dziecka, co jest szczególnie trudną żałobą. Może raz czy dwa powiedziałam o swojej, ale nie, chyba generalnie nie zmieniałam zdania w tej sprawie. Natomiast czułam szczególne znaczenie tej choroby nowotworowej, która przydarzyła mi się pod koniec mojego profesjonalnego życia, plus właśnie lektura tekstu Casementa. Też moja wiedza o Yalomie, który tworząc grupę dla osób dotkniętych chorobą nowotworową, ujawnia swoje leczenie.

E.K.-T.: Tak, on pisze o nim.

M.K.-W.: Robi to w taki bardzo autentyczny, naturalny sposób, bez żadnych hocków-klocków, teorii, rozważań. I myślę, przykładając moją wiedzę o samej sobie do tego właśnie doświadczenia, że choroba trwa i tych kilku pacjentów też nadal mam. Myślę, że to jest doświadczenie, które w pewnym sensie pogłębia moją sprawność terapeutyczną. Ja się czuję takim pełniejszym terapeutą, właśnie terapeutą sięgającym do czegoś, do czego przedtem nie sięgałam, a można to zrobić.

E.K.-T.: Dzięki temu, że Pani może być bardziej autentyczna w tak osobistych obszarach?

M.K.-W.: Może można było do siebie częściej sięgać, nawet może jeszcze przed chorobą nowotworową, w jakichś innych obszarach, też czymś się podzielić. Teraz myślę, że to podzielenie się może czasem poszerzać możliwości pracy, pogłębiać relację. Ja w taki naturalny sposób, brak mi dobrego słowa — ani fascynacja, ani oczarowanie w stosunku do pacjentów psychotycznych nie oddaje istoty tego zadziwienia — miałam możliwość poznawania przeżyć człowieka dotkniętego stanem psychotycznym. I te moje wczesne próby terapii pacjentów z rozpoznaniem psychozy, właśnie pracy nieoczywistej, nie klasycznej, czyli: psychoterapia w okresie remisji, a w psychozie nie ma kontaktu, tylko odwrotnie. Może to w jakimś sensie sprzyjało mojej większej elastyczności w kontakcie w ogóle, że ja tak się posługiwałam sobą. To przyglądanie się emocjom własnym i ich wpływie na relację. Bo że relacja leczy, to wiedziałam zawsze.

E.K.-T.: Można nabrać odwagi do większej otwartości?

M.K.-W.: Tak, do posłużenia się sobą. Więc myślę, że chodzi trochę o to, że nie usztywniałam się. Wspominałam o zdjęciu psa, które wisiało w gabinecie. Jednej pacjentce pomogłam w depresji, bo zainspirowana naszymi rozmowami kupiła sobie psa. Wbrew woli matki, od której nie mogła się odseparować.

E.K.-T.: Pozwoliła sobie na psa?

M.K.-W.: Tak, zresztą jej matka po roku go pokochała. I też coś w relacji między nimi drgnęło w lepszą stronę. Może właśnie ta relacja z pacjentem psychotycznym jakoś mnie stosunkowo szybko uelastyczniła, przygotowała grunt pod postawę autentyczności, akceptacji i otwartości pochodzące z inspiracji Carla Rogersa. Nieraz brałam od pacjentów książki, podsyłałam im literaturę z obszaru profesjonalnego, czasem też jakąś poruszającą beletrystykę czy film, który warto obejrzeć. Czasem to pacjent mnie namawia, żebym poszła do kina, a ja idę i potem rozmawiamy o filmie. Czy odwrotnie, ja mówię, co warto

obejrzeć. W tej chwili mam jedną pacjentkę z epizodami psychotycznymi, ale w ramach osobowości z pogranicza. Ona nie ma rozpoznania schizofrenii, ale oboje z kolegą, psychiatrą, który ją do mnie przysłał, nazywamy to schizofrenią reaktywną, bo jest osadzona w historii jej życia, pracujemy nad tym. Może trzeba odpukać, ale już ze trzy lata nie miała nawrotu psychozy i pewnie niebawem będę kończyła terapię z nią. I ona też wie o mojej chorobie. Także to tak jest z tym moim chorowaniem.

E.K.-T.: Cieszę się, że zgodziła się Pani na naszą rozmowę. Może Pani trochę wyjdzie z cienia?

M.K.-W.: Ale po co? Przecież w cieniu to jest wspaniałe miejsce.

XII Konferencja Fundacji Rozwoju Terapii Rodzin Na Szlaku

DZIECKO, PARA, RODZINA W ROZSTANIU

22 marca 2025 r.

Kraków, ul. św. Łazarza 16 / online

**Zgłoszenia przyjmujemy przez
stronę: [www.naszslaku.org/
rozstanie/](http://www.naszslaku.org/rozstanie/)**



Tematem konferencji będą zjawiska towarzyszące rozwodowi (rozstania) w parze małżeńskiej lub nieformalnej. Jakkolwiek przebieg rozstania bywa bardzo różny, zawsze jest to kryzysowy czas dla każdego z pary, dla dzieci oraz dla całej rodziny. Decyzja o rozstaniu nierzadko poprzedzona jest terapią pary lub rodziny, często także terapeuci proszeni są o wsparcie kogoś z rodziny w procesie rozwodu lub po jego zakończeniu. W toku terapii indywidualnej zarówno dzieci czy młodzieży, jak i osób dorosłych, temat rozstania także bywa obecny. Zapraszamy na trzy wykłady z dyskusją.

Pierwszy wykład, profesor **Katarzyny Schier**, będzie dotyczył perspektywy dziecka w sytuacji rozstania jego rodziców.

Wykład drugi, **Magdaleny Pozarzyckiej-Szwed**, podejmie temat samej pary, różnych powodów, sposobów i stylów rozstania, które mogą być między innymi zależne od typu koluzji, jaki tworzyła para.

Ostatni wykład, **Katarzyny Ślęzak**, będzie dotyczył pracy terapeutycznej z rodziną z nastolatką po rozstaniu rodziców dziewczynki.

Konferencję zamknie swoim podsumowaniem profesor **Bogdan de Barbaro**.

Podjęta tematyka może być interesująca zarówno dla terapeutów rodzin i par, jak i psychoterapeutów indywidualnych dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych, wnoszących w toku terapii temat rozstania.

współorganizator:

**Zakład Terapii Rodzin
i Psychosomatyki CM UJ**

patronat:

**kwartalnik Psychoterapia,
Sekcja Naukowa Terapii Rodzin PTP**

Róża Wanda Koprowicz

METODA OTWARTEGO DIALOGU — PRZEGLĄD BADAŃ MIĘDZYNARODOWYCH ORAZ SYTUACJA W POLSCE

OPEN DIALOGUE METHOD — A REVIEW OF INTERNATIONAL RESEARCH AND THE SITUATION IN POLAND

Praktyka prywatna

Szpital Nowowiejski w Warszawie

**Open Dialogue
psychosis
mental health**

Streszczenie

Otwarty Dialog jest metodą leczenia osób, które doświadczyły psychozy. Został stworzony w Finlandii i zyskuje zainteresowanie w wielu krajach. Stanowi alternatywę dla tradycyjnego leczenia psychiatrycznego, jego celem jest zajmowanie się procesem zdrowienia osoby doświadczającej kryzysu, a nie chorobą. Przeprowadzone dotychczas badania wskazywały na wysoką skuteczność tej metody w zakresie skrócenia czasu hospitalizacji, zmniejszenia dawki leków neuroleptycznych oraz zmniejszenia ryzyka wykluczenia społecznego. W artykule dokonano przeglądu badań dotyczących prób wdrożenia Otwartego Dialogu w różnych krajach, skupiając się głównie na pojawiających się trudnościach w tym procesie. Najczęściej występującymi problemami były koszty finansowe, niedopasowanie do wszystkich pacjentów, trudności związane z zapewnieniem mobilności, trudności w nawiązywaniu współpracy różnych specjalistów oraz niedobór pracowników. Następnie odniesiono się do sytuacji w Polsce, w której od 2011 roku funkcjonuje fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu (PIOD), a od 2018 roku rozwijane są Centra Zdrowia Psychicznego (CZP). Doświadczenia różnych krajów w zakresie prób wdrażania metody Otwartego Dialogu mogą być cenne w procesie rozwoju CZP, szczególnie w kontekście działań polskiej fundacji PIOD, które wskazują, że metody Otwartego Dialogu sprawdzają się nie tylko w pracy z osobami z doświadczeniem psychozy.

Summary

Open Dialogue (OD) is a method of treating people who have experienced psychosis. It was created in Finland and is gaining interest in many countries. It is an alternative approach to traditional psychiatric treatment, its aim is to deal with the healing process of the person, instead of focusing on the illness. Studies conducted so far indicate high effectiveness of OD in shortening the duration of hospitalization, reducing the dose of neuroleptic drugs and the risk of social exclusion. The article reviews studies on attempts to implement OD in various countries, focusing on the difficulties that arise in this process. The most common challenges were financial costs, adaptation to all patients, difficulties related to ensuring mobility, creating cooperation between specialists and a shortage of staff. Then, reference was made to the situation in Poland, where the Polish Open Dialogue Institute

(PIOD) has been operating since 2011 and Mental Health Centers (CZP) have been developed since 2018. It seems that the experiences of various countries in implementing the OD method may be valuable in the process of developing the CZP, especially since the experiences of PIOD indicate that the OD methods are effective not only in working with people with experience of psychosis.

Otwarty Dialog — historia i metoda

Otwarty Dialog stanowi model leczenia osób, które doświadczyły kryzysu psychiatrycznego. Metoda ta zyskuje popularność w wielu krajach. Obejmuje zarówno interwencję terapeutyczną dostosowaną do indywidualnych potrzeb pacjenta, jak i sposób organizowania pracy personelu. Celem tego modelu jest zajmowanie się osobą, która doświadczyła kryzysu psychiatrycznego i jej procesem zdrowienia z uwzględnieniem sieci społecznej, a nie skupienie na chorobie, co stanowi alternatywę wobec tradycyjnego leczenia psychiatrycznego [1, 2]. W tej perspektywie psychoza nie jest rozumiana jako choroba, ale jako doświadczenie, reakcja na kryzys. Interwencja terapeutyczna dotyczy nie tylko pracy z samym pacjentem, ale też z jego siecią społeczną, a więc rodziną, przyjaciółmi, a także przedstawicielami ochrony zdrowia zaangażowanymi w proces leczenia. Metoda ta polega na współpracy, dialogu, wspólnym szukaniu wyjścia z kryzysu, którego doświadcza pacjent. W tym modelu praca nie koncentruje się na postawieniu diagnozy, ale na próbie zrozumienia znaczenia objawów. Decyzje podejmowane są poprzez dialog sieci, a nie przez zalecenie profesjonalisty. Niezwykle ważne okazują się więc elastyczność i mobilność zespołu terapeutycznego. Bardzo istotna jest natychmiastowa interwencja, ponieważ może ona powstrzymać rozwój patologicznych mechanizmów intrapsychicznych [3].

Autorami modelu są Jaakko Seikkula i Brigitta Alakare, a jego źródła sięgają do terapii dostosowanej do potrzeb [1], opracowanej w kontekście fińskiego projektu w Turku i krajowego projektu dotyczącego schizofrenii [3]. W tych projektach leczenie psychoz było postrzegane jako ciągły proces, w którym różne metody leczenia łączono w celu zaspokojenia terapeutycznych potrzeb każdego pacjenta, a także jego sieci społecznych [4]. Powstanie i rozwój modelu Otwartego Dialogu wiązały się ze zmianami wdrażanymi w systemie psychiatrycznym w Tornio w Finlandii w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku, które dotyczyły wprowadzenia szkolenia w zakresie terapii rodzin dla różnych zawodów związanych z psychiatrią [3]. Podstawową ideą tego systemu leczenia było skoncentrowanie na rodzinie i sieci pacjenta [1].

Metoda Otwartego Dialogu zwraca uwagę na znaczenie czasu od wystąpienia kryzysu psychiatrycznego do rozpoczęcia leczenia. Im ten czas jest dłuższy, tym gorsza prognoza [3]. Procedura rozpoczyna się spotkaniem, podczas którego tworzony jest zespół dostosowany do potrzeb konkretnego pacjenta, złożony z pracowników poradni lub szpitala, zwykle dwóch lub trzech osób (psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, pielęgniarka, pracownik socjalny). Zespół ten odpowiada za cały przebieg leczenia pacjenta, bez względu na przewidywany czas jego trwania i na to, czy pacjent przebywa w domu czy w szpitalu. Otwarty Dialog bazuje na współpracy różnych profesjonalistów, dzięki której pacjent nie wchodzi w jednoczesne relacje z kilkoma oddzielnymi instytucjami. W ten sposób można zapobiec chaosowi i łatwiej jest działać efektywnie. To zmiana z dotychczasowego schematu spotkań zespołu, którego celem było zaplanowanie leczenia i oddzielnie sesji

terapii indywidualnej lub rodzinnej, na spotkania otwarte polegające zarówno na leczeniu, jak i planowaniu, zarówno w sieci osobistej pacjenta, jak i sieci profesjonalistów [3]. Metoda Otwartego Dialogu opiera się na założeniu, że ani klienci, ani profesjonalści nie działają w odosobnieniu. W tej metodzie koncentruje się na współpracy w obrębie sieci społecznej pacjenta, a nie na leczeniu jako takim. Praca metodą Otwartego Dialogu polega na przyjęciu postawy otwartości i dążeniu do zrozumienia, jakie znaczenie dla jednostki mają doświadczane objawy. Wymaga to od profesjonalistów zmiany sposobu myślenia o pacjencie, a także zmiany funkcjonowania w zespole. Dużym wyzwaniem dla terapeutów jest rezygnacja z hierarchicznego rozkładu odpowiedzialności, szczególnie podczas pracy z osobą w ostrym kryzysie [3].

Metoda Otwartego Dialogu opiera się na kilku zasadach: natychmiastowej reakcji wsparcia (interwencja terapeutyczna odbywa się w czasie pierwszej doby od wystąpienia kryzysu), włączeniu sieci społecznej (np. rodziny), elastyczności i mobilności (np. spotkania w domu pacjenta, a jeśli nie jest to możliwe — w szpitalu lub poradni; plan leczenia jest ciągle dostosowywany do zmieniających się potrzeb pacjenta), współodpowiedzialności (decyzje zespołu terapeutycznego podejmowane są wspólnie z pacjentem), zapewnieniu przez zespół terapeutyczny ciągłości oddziaływań psychologicznych, tolerancji niepewności oraz przyjęcia dialogicznej postawy. Spotkania skoncentrowane są na rozmowie o sytuacji indywidualnego pacjenta, a nie na chorobie [3, 5]. Celem natychmiastowej reakcji jest uniknięcie hospitalizacji, dlatego kilka pierwszych spotkań odbywa się w okresie największego nasilenia psychozy. Uwzględnienie sieci społecznej jest istotne dla zrozumienia problemu; podczas ostrych kryzysów to bliscy pacjenta często jako pierwsi opisują problem. Elastyczność i mobilność spotkań dotyczą dopasowania metod terapii do zmiennych potrzeb pacjenta. Współodpowiedzialność odnosi się do podejmowania decyzji związanych z leczeniem wspólnie z pacjentem. Zespół bierze także odpowiedzialność za terapię na tak długo, jak jest to potrzebne, niezależnie od miejsca przebywania pacjenta; nie odsyła go do innych poradni, choć może włączyć do swojego grona np. pracownika poradni uzależnień. Zachowanie ciągłości oznacza współpracę różnych specjalistów w jednym procesie leczenia, a nie współzawodnictwo między profesjonalistami. Tolerowanie niepewności przez zespół jest związane z zapewnieniem poczucia bezpieczeństwa pacjentowi i jego sieci tak, by wszyscy uczestnicy czuli się usłyszani oraz by wzmacniać ich poczucie wpływu na własne życie.

Jest to odmienne od praktyki zorientowanej na chorobę, w której najważniejszym zadaniem we wczesnej fazie leczenia jest zmniejszenie lub zlikwidowanie objawów, najczęściej przez włączenie neuroleptyków. Przyjęcie postawy dialogicznej obejmuje przede wszystkim koncentrację na wsparciu dialogu, a w następnej kolejności na wspieraniu zmiany w pacjencie. Dialog stanowi przestrzeń, w której pacjent i jego sieć, omawiając występujące trudności, mogą uzyskać większy wpływ na własne życie. Spotkanie terapeutyczne jest wspólnym poszukiwaniem. Zespół nie wyznacza wcześniej tematu spotkania, tylko kieruje dialogiem, dostosowując go do tego, co mówią uczestnicy. Wszyscy obecni mają prawo komentować cudze wypowiedzi. Profesjonaliści mogą zadawać dalsze pytania dotyczące omawianego tematu lub dzielić się refleksjami odzwierciedlającymi. Podejście dialogiczne należy więc rozumieć nie tylko jako dyskusję między uczestnikami, ale przede wszystkim jako relację dialogiczną, opierającą się na wspólnym myśleniu, a nie jedynie

na wymianie pytań i odpowiedzi. Podmiotem myślącym stają się wszyscy uczestnicy, a nie tylko pojedyncze jednostki. Spotkanie przyjmuje formę zespołową, opiera się na wzajemnym słuchaniu i dzieleniu się uczuciami i myślami. Grupa profesjonalistów jest odpowiedzialna za to, by wszyscy uczestnicy dialogu czuli się ważni, za zapewnienie bezpieczeństwa i przewidywalności spotkań. Zasady te zostały sformułowane w wyniku przeprowadzanych badań dotyczących efektywności, skuteczności i jakości procesów terapeutycznych, a nie opracowane z góry jako wytyczne [3].

Zespół składa się z minimum dwóch profesjonalistów, pacjenta oraz jego sieci społecznej, a istotą jego działania jest wspólna refleksja. Ważne jest, by łączyły osoby wykonujące różne zawody, wśród nich psychiatrów, psychoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarki, pracowników socjalnych oraz asystentów zdrowienia. Różne doświadczenia członków oraz ich zróżnicowany sposób widzenia pacjenta rozwijają refleksyjność i otwartość, w związku z tym ważna jest także jakość relacji koterapeutów, która ma wpływ na proces terapeutyczny [1, 6, 7].

Otwarty Dialog na świecie

W niniejszym artykule przytoczono badania dotyczące skuteczności modelu Otwartego Dialogu oraz doświadczeń związanych z wdrażaniem tej metody w różnych krajach, zwrócono także uwagę na doświadczenia klinicystów. Odwołano się zarówno do metaanaliz [4, 5, 9, 20, 21], jak i pojedynczych projektów badawczych [6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23]. Większość badań odnoszących się do metody Otwartego Dialogu dotyczyło leczenia zaburzeń psychiatrycznych, ale płynące z nich wnioski nie są specyficzne dla tej konkretnej diagnozy [3]. W zachodniej Laponii podejmowano próby zastosowania zasad Otwartego Dialogu we wszystkich rodzajach leczenia psychiatrycznego prowadzonych w regionie, niezależnie od diagnozy [4]. Metoda ta została także wprowadzona w 2017 roku w australijskim schronisku dla kobiet [8]. W Polsce Otwarty Dialog wykorzystywano w Dziennym Ośrodku Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży we Wrocławiu (<https://otwartydialog.pl/otwarty-dialog-w-kryzysie-psychotycznym>).

Celem metody Otwartego Dialogu było stworzenie kompleksowego, zorientowanego psychoterapeutycznie modelu leczenia w sektorze publicznego zdrowia psychicznego, by sprostać rzeczywistym i zmieniającym się potrzebom pacjentów ze schizofrenią, a także ich rodzin [3]. Miał to być model skierowany na rodzinę, który promuje wzajemne dialogi między pacjentami, osobami z ich sieci społecznych i pracownikami ochrony zdrowia psychicznego, prowadząc w ten sposób do wspólnego rozumienia zaistniałej sytuacji [4]. Efektem leczenia miał być powrót pacjenta do aktywnego życia społecznego i zawodowego oraz zmniejszenie nasilenia objawów psychiatrycznych.

Jednym z pierwszych badań dotyczących skuteczności metody Otwartego Dialogu było badanie programu ODAF (ang. *Open Dialogue Approach in Acute Psychosis*), który trwał od stycznia 1994 do marca 1997 roku. Badano w nim także znaczenie neuroleptyków w leczeniu epizodów psychiatrycznych. W grupach porównawczych podawano neuroleptyki w sposób tradycyjny, w grupach badanych starano się ich unikać we wstępnych fazach leczenia (w ciągu pierwszych trzech tygodni w razie potrzeby podawano

benzodiazepiny i włączano neuroleptyki tylko w sytuacji braku poprawy). Zgodnie z założeniem metody, próbowano integrować leczenie farmakologiczne z oddziaływaniami psychospołecznymi. Oceny skuteczności przeprowadzono na początku oraz po dwóch i po pięciu latach. Badanie po dwóch latach wskazało, że pacjenci z grupy porównawczej byli hospitalizowani częściej niż osoby objęte leczeniem zgodnym z metodą Otwartego Dialogu. Leczenie neuroleptykami w grupie badanej dotyczyło jednej trzeciej pacjentów, w grupie porównawczej — wszystkich. Badanie po upływie pięciu lat dowiodło, że pacjenci objęci leczeniem zgodnym z metodą Otwartego Dialogu byli hospitalizowani znacznie rzadziej niż pacjenci z grupy porównawczej. Z porównania rezultatów leczenia wynika, że pacjenci uczestniczący w programach zgodnych z metodą Otwartego Dialogu lepiej wychodzili z kryzysów psychotycznych, rzadziej występowały u nich nawroty, a także rzadziej utrzymywały się u nich objawy psychotyczne oraz lepiej radzili sobie zawodowo (wracali do aktywności zawodowej lub edukacyjnej; podczas gdy większość badanych z grupy porównawczej utrzymywała się z renty, w grupie badanej było to 19%) [3]. W badaniach przeprowadzonych w Tornio zaobserwowano istotny spadek liczby zachorowań na schizofrenię oraz spadek liczby osób przewlekle chorych na schizofrenię stale przebywających w szpitalu [3]. Badania te zwróciły także uwagę na znaczenie sytuacji pacjentów przed doświadczeniem kryzysu: jeśli żyli biernie, nie pracowali lub nie szukali pracy, byli bardziej narażeni na złe wyniki po dwóch latach od kryzysu. Było jednak wiele wyjątków od tej reguły [1].

Liczne badania z różnych krajów są spójne z tymi z Finlandii. Analizy związku między czasem trwania nieleczzonego epizodu psychotycznego a sytuacją po 12 latach od pierwszego epizodu wskazują, że dłuższy czas trwania nieleczzonej psychozy przekłada się na poważniejsze objawy, gorsze funkcjonowanie w stanie remisji oraz niższą jakość życia [9]. Wczesna interwencja i włączenie sieci społecznej w proces leczenia ma kluczowe znaczenie dla przebiegu kryzysu, wiąże się także z wyższą motywacją do kontynuacji leczenia. Wiele badań wskazuje, że wykorzystanie metody Otwartego Dialogu skutkowało krótszą hospitalizacją i stosowaniem mniejszych dawek leków przeciwpsychotycznych [10, 11], a także wpływało na znaczne obniżenie ryzyka wykluczenia z życia społecznego, choć nie zapobiegało samemu wystąpieniu kryzysu. Widoczny jest również długoterminowy efekt leczenia [11, 12]. Analizy dotyczące wdrażania i skuteczności Otwartego Dialogu są jednak często niskiej jakości, badane próby są małe, nie ma także opracowanych spójnych strategii wdrażania ani weryfikowania tej metody [2, 5]. Nie jest ona pojedynczą interwencją, ale raczej zbiorem zasad i praktyk, które integrują różne podejścia do leczenia w zależności od potrzeb, co może utrudniać wyodrębnienie składników kluczowych dla osiągnięcia sukcesu oraz badań nad jej skutecznością [9].

Badania dotyczące prób wprowadzenia Otwartego Dialogu w USA i Wielkiej Brytanii wykazały, że choć metoda ta była uznawana za klinicznie pomocną, to koszty szkoleń oraz wdrażania jej w lokalnym kontekście stanowiły poważne trudności [12, 13, 14, 22]. W USA w badaniu trwającym 12 miesięcy, w którym wzięło udział 16 pacjentów i 8 członków zespołu, wykazano, że metoda Otwartego Dialogu może odgrywać ważną rolę w amerykańskiej ochronie zdrowia psychicznego. Największą trudność we wdrażaniu projektu stanowiły koszty finansowe. Nie znaleziono wystarczających środków na udział wielu klinicystów w spotkaniach, dojazd do pacjentów ani na zróżnicowaną długość spotkań.

Badanie wskazało także, że metoda ta może być nieodpowiednia dla rodzin skonfliktowanych lub z historią przemocy [12].

W Portugalii stworzono mały zespół kryzysowy składający się z dwóch psychologów klinicznych (będących również psychoterapeutami), jednego psychologa klinicznego z tytułem doktora psychoterapii oraz jednego psychiatry. Wszyscy przeszli trening Otwartego Dialogu. Zespół pracował pięć dni w tygodniu, a jego celem była poprawa jakości świadczeń psychiatrycznych, psychologicznych oraz socjalnych dla osób w kryzysie psychicznym. Przeprowadzone badanie wskazało na korzystne wyniki tej metody, odnosząc je zarówno do funkcjonowania pacjentów w sieci społecznej, poprawę relacji interpersonalnych, jak i zmniejszenia objawów. Jednak zwróciło także uwagę na trudności napotkane we wdrażaniu tej metody, związane z niedoborem pracowników w obszarze psychoterapii i psychiatrii [15].

Australijscy klinicyści wykazywali postawę otwartości i wspierające podejście przy próbie wdrożenia Otwartego Dialogu, jednak metoda ta została zakwestionowana przez dominujący model medyczny i nacisk kładziony na efektywność ekonomiczną w leczeniu [16]. Z badań przeprowadzonych w Australii wynika także, że profesjonaliści doświadczali postawy dialogicznej jako dezorientującej oraz ryzykownej pod względem odślaniania się [17].

Podczas badania w Grecji klinicyści uczestniczyli w krótkich seminariach prowadzonych online przez skandynawskich specjalistów, a nie w pełnym szkoleniu z Otwartego Dialogu. Dodatkowo utworzono cotygodniową grupę dyskusyjną dla profesjonalistów, której celem było zapoznanie się, samokształcenie i autorefleksja na temat praktyk Otwartego Dialogu oraz wszelkich innych zagadnień, które pojawiły się w wyniku prób wdrożeniowych. Metoda została doceniona przez klinicystów, którzy dostrzegli w niej potencjał osobistego rozwoju zawodowego, zwiększenia poczucia otwartości oraz zespołowości. Jej wdrażanie wiązało się z uznaniem ograniczeń profesjonalistów, zakwestionowaniem ich wszechmocy oraz odejściem od pozycji autorytetu. Jednocześnie klinicyści zwracali uwagę na trudności i niepewność w łączeniu założeń teoretycznych z praktyką, a także różnice kulturowe utrudniające wprowadzanie tej metody [18].

W Hiszpanii po raz pierwszy zastosowano Otwarty Dialog jako narzędzie terapeutyczne w 2016 roku w Centrum Zdrowia Psychicznego w Badalonie [19]. Jego wdrażanie w tym kraju charakteryzowało się różnicami regionalnymi — w niektórych przypadkach profesjonaliści włączyli zasady Otwartego Dialogu do swoich indywidualnych praktyk lub integrowali je z innymi istniejącymi metodami, często angażowano także ekspertów z doświadczeniem życiowym (asystentów zdrowienia). Niektóre stowarzyszenia i grupy opracowały własne podejścia w oparciu o ramy Otwartego Dialogu. W 2020 roku po raz pierwszy zaoferowano szkolenie w zakresie tej metody w postaci kursu uniwersyteckiego w Barcelonie, a w 2022 roku na Uniwersytecie w Almerii uruchomiono kurs internetowy, który był współprowadzony przez Jaakko Seikkulę. Kolejnym przykładem rosnącego zainteresowania tą metodą był 26. Międzynarodowy Kongres Sieci Otwartego Dialogu na rzecz Leczenia Psychoz, który odbył się w Hiszpanii w roku 2022 [19].

Przegląd badań dotyczących wdrażania Otwartego Dialogu w krajach skandynawskich wskazał na wyzwania stojące przed personelem, nawet mimo większej spójności kulturowej. Wśród najczęstszych należy wymienić współpracę przedstawicieli różnych

specjalności, wysoki poziom niepewności i obaw dotyczących odsłaniania się oraz trudność w porzuceniu roli eksperta [20].

Sukces lub niepowodzenie we wdrażaniu Otwartego Dialogu można przypisać różnym czynnikom organizacyjnym, społecznym i kulturowym. Wydaje się, że najczęściej występujące trudności dotyczą kwestii organizacyjnych i finansowych, a także niedostatecznej liczby pracowników sektora ochrony zdrowia. Ważnymi czynnikami wpływającymi na efekt wdrożenia okazały się także zaangażowanie i współpraca specjalistów [12, 13, 14, 15, 16].

Rola specjalistów jest kluczowa we wprowadzaniu i rozwijaniu metody Otwartego Dialogu oraz dialogicznego sposobu myślenia w pracy z osobami doświadczającymi kryzysów psychicznych. Badania wskazują, że profesjonaliści w większości uznają tę metodę za cenną, pomagającą w budowaniu relacji i dialogu zarówno w zespole, jak i w kontakcie z pacjentem oraz w rozwoju osobistym [12, 17, 18]. Jednocześnie przyjęcie otwartej, refleksyjnej postawy okazuje się dla nich trudne, prawdopodobnie w związku z tym, że jest to sposób bycia z innymi, a nie tylko technika pracy [14, 20]. Badani klinicyści doświadczali niepewności, chcąc utrzymać odpowiednie granice między autentyczną, refleksyjną postawą niewiedzy, a odsłanianiem się. Z kolei powrót do wcześniejszych praktyk psychiatrycznych i oparcie na wiedzy specjalistycznej łagodziły u nich niepokój zawodowy, przywracając poczucie kontroli nad procesem terapeutycznym [17, 18, 21]. Wyzwaniem dla profesjonalistów okazywało się także porzucenie tradycyjnej roli eksperta, zmiana myślenia zarówno o procesie leczenia, jak i własnej tożsamości zawodowej oraz znoszenie niepewności związanej ze stosowaniem relacyjnej postawy w praktyce klinicznej [14, 18, 20]. Specjaliści często czuli także większą odpowiedzialność związaną z ograniczeniem hospitalizacji [11]. Cenili współpracę w międzydyscyplinarnym zespole, choć stanowiła ona wyzwanie zmuszające ich do zakwestionowania istniejącej hierarchii i budowania dialogicznej kultury współpracy. Ważnym czynnikiem są więc także relacje między członkami zespołu [13, 18, 21, 23].

Psychiatria środowiskowa, Centra Zdrowia Psychicznego i Otwarty Dialog w Polsce

W Polsce od lat siedemdziesiątych XX wieku rozwijany jest środowiskowy model opieki psychiatrycznej. Od tego czasu wzrosła liczba poradni zdrowia psychicznego, zespołów leczenia środowiskowego, oddziałów psychiatrycznych całodobowych i oddziałów dziennych, powstały także, w ramach pomocy społecznej, środowiskowe placówki wsparcia społecznego dla osób chorujących psychicznie [24]. Model opieki środowiskowej odnosi się do leczenia oraz organizacji opieki psychiatrycznej, a także do idei jej funkcjonowania. Jego rozwój wiąże się z rezygnacją z leczenia opartego na izolacji chorujących [10]. Istotą modelu środowiskowego jest leczenie osób w kryzysach psychicznych, skupiające się na procesie zdrowienia przez zajmowanie się różnymi aspektami zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem ważnej roli środowiska. Aktywizacja społeczna i zawodowa osób dotkniętych kryzysem są w nim rozumiane jako sposób rehabilitacji. Obejmuje on również inne aspekty zdrowia psychicznego, takie jak prewencja, edukacja i promocja, jednak w praktyce najczęściej skupia się na leczeniu osób dotkniętych kryzysem [10, 24].

Ważną rolę w rozwoju leczenia środowiskowego oraz idei Otwartego Dialogu odgrywa w Polsce fundacja Polski Instytut Otwartego Dialogu (PIOD), która funkcjonuje od 2011 roku we Wrocławiu. Jej celem jest wspieranie w procesie zdrowienia osób, które doświadczają trudności w zakresie zdrowia psychicznego, oraz organizacja kursów Otwartego Dialogu we współpracy z innymi krajami. Fundacja wyszkoliła w Polsce 54 osoby. PIOD zwraca uwagę, że realizacja Otwartego Dialogu w Polsce wymaga zmiany przepisów dotyczących finansowania opieki psychiatrycznej oraz przygotowania warunków do tej metody (szczególnie w zakresie wczesnej interwencji i mobilności). Pomimo tych ograniczeń są ośrodki, w których próbuje się wdrażać i realizować zasady Otwartego Dialogu (<https://otwartydialog.pl/otwarty-dialog-w-kryzysie-psychotycznym>).

Od 2018 roku w ramach programu pilotażowego rozwijane są w Polsce Centra Zdrowia Psychicznego (CZP). Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2023 funkcjonowanie CZP ma na celu kompleksowe świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i skoordynowane działania specjalistów, zespołów leczenia środowiskowego, leczenia domowego oraz leczenia w placówkach dziennych i całodobowych. Do ich zadań należą także ograniczanie częstości i długości hospitalizacji, integracja osób doświadczających kryzysów psychicznych z lokalną społecznością, przeciwdziałanie wykluczeniu i stygmatyzacji, zaangażowanie opiekunów, uznawanie autonomii pacjenta i dostosowanie leczenia do jego potrzeb, profilaktyka ochrony zdrowia psychicznego oraz wdrożenie szkoleń kadr. CZP tworzone są z uwzględnieniem liczby mieszkańców na danym obszarze tak, by odpowiedzialność terytorialna obejmowała nie więcej niż 200 tysięcy mieszkańców. CZP mają także zapewniać natychmiastową pomoc w przypadkach nagłych, a w pilnych do 72 godzin. Można więc uznać, że rozwój CZP jest zgodny z ideą zarówno psychiatrii środowiskowej, jak i Otwartego Dialogu w zakresie zastąpienia systemu opieki zdrowotnej opartej na hospitalizacji i izolacji, skupionej na procesie chorowania, podejściem ukierunkowanym na proces zdrowienia. W Polsce brakuje jednak możliwości finansowania świadczeń na rzecz jednego pacjenta przez kilku pracowników jednocześnie [3].

Otwarty Dialog a CZP

W Polsce większość prób wdrożenia Otwartego Dialogu opierała się na działaniach projektowych, które z założenia są ograniczone w czasie, nawet jeśli przynoszą dobre rezultaty. Przytoczone badania wskazują, że wprowadzanie Otwartego Dialogu jako metody napotyka na wiele wyzwań — należą do nich koszty finansowe, niedopasowanie do wszystkich pacjentów, zapewnienie mobilności, współpraca różnych specjalistów, zbyt mała liczba pracowników [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Jednocześnie wyniki dotyczące skuteczności metody są obiecujące, a specjaliści doceniają dialogiczną formę pracy [11, 12, 13, 14, 15, 18]. W doświadczeniach z różnych krajów podkreśla się znaczenie różnic kulturowych oraz dopasowania funkcjonujących struktur do innowacyjnych metod. Wydaje się, że dobrym kierunkiem może być próba filozoficznego dopasowania modelu Otwartego Dialogu do przyjętej polityki organizacji publicznej ochrony zdrowia psychicznego [9], szczególnie w kontekście działań między innymi fundacji PIOD, które wskazują, że metody Otwartego Dialogu sprawdzają się nie tylko w pracy z osobami z doświadczeniem psychozy.

Założenia CZP są częściowo spójne z zasadami pracy metodą Otwartego Dialogu. Dotyczy to koncentracji na pacjencie (a nie na chorobie), natychmiastowego lub pilnego udzielenia pomocy, mobilności i elastyczności, ograniczania długości i częstotliwości hospitalizacji. W obu przypadkach ważne jest utrzymywanie aktywności osoby doświadczającej kryzysu psychicznego (w założeniach CZP wymienia się włączanie do lokalnej sieci oraz przeciwdziałanie wykluczeniu) oraz zaangażowanie sieci społecznej w proces zdrowienia (w CZP dotyczy to opiekunów). Podkreśla się także ważność współpracy różnych specjalistów, choć CZP nie proponuje jednoczesnych spotkań zespołu i pacjenta. Budowanie współpracy i otwartości w zespole składającym się z różnych specjalistów okazało się trudne do wprowadzenia, co pokazują doświadczenia z różnych krajów opisane w przytoczonych badaniach. Dlatego wydaje się, że jest to punkt wymagający szczególnego zainteresowania w procesie rozwoju CZP. Ciekawym przykładem takich działań są wprowadzone w greckim projekcie cotygodniowe spotkania grup dyskusyjnych dla specjalistów, które mogą być cennym elementem budowania atmosfery współpracy i otwartości, a także zaangażowania i integracji różnych podejść i specjalizacji [18]. Należy obserwować rozwój wprowadzanych zmian, a doświadczenia płynące z badań nad metodą Otwartego Dialogu mogą okazać się pomocne w procesie rozwijania dialogu zarówno z osobami doświadczającymi kryzysu, jak i między różnymi specjalistami. Ciekawym pomysłem wydaje się także wprowadzanie kursów Otwartego Dialogu na uniwersytetach w Hiszpanii [19]. Mogą one kształtować dialogiczny, otwarty sposób myślenia już u studentów, którzy są jeszcze przed rozpoczęciem pracy z pacjentami. Jest to zgodne z wcześniej przywołanym przeglądem badań [20], które wykazały, że mniej doświadczonym specjalistom łatwiej było integrować zasady Otwartego Dialogu z własną praktyką zawodową [18].

Piśmiennictwo

1. Seikkula J. Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*. 2001; 14(4): 267–284.
2. Freeman AM, Tribe R, Stott J, Pilling S. Open Dialogue: A Review of the Evidence. *Psychiatric Services*. 2019; 70(1): 1–84.
3. Seikkula J, Arnkil TE. Dialog sieci społecznych. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat; 2018.
4. Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ i wsp., The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes, *Psychiatry Research*. 2018; 270: 168–175.
5. Bartczak-Szermer D, Rowiński T. Rola i znaczenie metody Otwartego Dialogu w Środowiskowych Centrach Zdrowia Psychicznego. *Studia Psychologica: Theoria Et Praxis*. 2022; 20(2): 5–19.
6. Holmesland AL, Seikkula J, Hopfenbeck M. Inter-agency work in open dialogue: the significance of listening and authenticity. *J. Interprof. Care*. 2014; 28, 433–439.
7. Lagogianni C, Georgaca E, Christoforidou D. Co-therapy in Open Dialogue: Transforming therapists' self in a shared space. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14.
8. Dawson L, Einboden R, McCloughen A, Buus N. Beyond polyphony: Open Dialogue in a Women's Shelter in Australia as a possibility for supporting violence-informed practice. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2021; 47: 136–149.

9. Lakeman R. The Finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: A review. *Psychotherapy Australia*. 2014; 20: 26–33.
10. Kłapiński MM, Rymaszewska J. Podejście terapeutyczne oparte na Otwartym Dialogu — o fenomenie skandynawskiej psychiatrii. *Psychiatria Polska*. 2015; 49(6): 1179–1190.
11. Gidugu V, Rogers ES, Gordon C, Elwy AR, Drainoni ML. Client, family, and clinician experiences of Open Dialogue-based services. *Psychological Services*. 2021; 18(2): 154–163.
12. Gordon C, Gidugu V, Rogers ES, DeRonck J, Ziedonis D. Adapting Open Dialogue for Early-Onset Psychosis Into the U.S. Health Care Environment: A Feasibility Study. *Psychiatric Services*. 2016; 67 (11): 1165–1273.
13. Tribe R, Freeman A, Livingstone S, Stott J, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych*. 2019; 5(49):1–7.
14. Kinane C, Osborne J, Ishaq Y, Colman M, MacInnes D. Peer supported open dialogue in the National Health Service: implementing and evaluating a new approach to mental health care. *BMC Psychiatry*. 2022; 22(138).
15. Tavares S, Ribeiro J, Graça S, Araújo B, Puchivailo M, Pereira JG. The first Portuguese Open Dialogue pilot project intervention. *Frontiers in Psychology*. 2023; 14.
16. Dawson L, River J, McCloughen A, Buus N. ‘Should it fit? Yes. Does it fit? No’: Exploring the organisational processes of introducing a recovery-oriented approach to mental health in Australian private health care. *Health (London)*. 2021; 25(3): 376–394.
17. Schubert S, Rhodes P, Buus N. Transformation of professional identity: an exploration of psychologists and psychiatrists implementing Open Dialogue. *Journal of Family Therapy*. 2021; 43: 143–164.
18. Skourteli MC, Issari P, Dimou L, Antonopoulou AOA, Bairami G, Stefanidou A, Kouroglou V, Stylianidis S. The introduction and implementation of open dialogue in a day center in Athens, Greece: experiences and reflections of mental health professionals. *Front Psychol*. 2023; 25;14:1074203.
19. Parrabera-García S, Oujó-Fernández C, Lirola MJ, Cangas AJ, Marfá-Vallverdú J, Correa-Urquiza M, Garcia-Torrents E. Open Dialogue in Spain: an initial survey of knowledge and perspectives. *Front Psychol*. 2023; 10;14:1166919.
20. Buus N, Bikic A, Jacobsen EK, Müller-Nielsen K, Aagaard J, Rossen CB. Adapting and implementing open dialogue in the Scandinavian countries: a scoping review. *Issues Ment. Health Nurs*. 2017; 38: 391–401.
21. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micro-politics. *Fam. Process*. 2003; 42: 403–418.
22. Hendy C, Pearson M. Peer supported open dialogue in a UK NHS trust – a qualitative exploration of clients’ and network members’ experiences. *J. Ment. Health Train. Educ. Pract*. 2020; 15: 95–103.
23. Holmesland AL, Seikkula J, Nilsen Ø, Hopfenbeck M, Arnkil TE. Open dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *Int. J. Integr. Care*. 2010; 10: 1–14.
24. Biechowska D, Cechnicki A, Godyń J, Balicki M, Wciórka J, Ciućczyk I i wsp. Mental Health Centers. Preliminary evaluation of the pilot program implementation process. *Psychiatria Polska*. 2022; 56(2): 205–216.

Joachim Kowalski¹, Martyna Niżniowska², Patryk Skowroń³

POZNAWCZO-BEHAWIORALNA PSYCHOTERAPIA TOKOFOBII

COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY OF TOKOPHOBIA

¹Pracownia Psychopatologii Eksperymentalnej, Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk

²Szpital Specjalistyczny św. Zofii, Centrum Medyczne „Żelazna” w Warszawie

³Lazurowa Terapia Poznawczo-Behawioralna — prywatna praktyka

**prenatal care
pregnancy
phobia**

Streszczenie

Celem artykułu jest przedstawienie zjawiska tokofobii, czyli lęku przed porodem, w kontekście psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Szacuje się, że silny lęk przed porodem dotyczy 10–15% ciężarnych i może się przekładać na znaczny wzrost liczby cięć cesarskich w ostatnich latach. W pierwszej części artykułu omówiono rodzaje tokofobii, jej etiologię, miejsce w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych oraz konsekwencje dla osoby dotkniętej lękiem przed porodem i dla społeczeństwa, przede wszystkim w postaci negatywnych skutków zdrowotnych dla matek i dzieci. W kolejnej części artykułu przedstawiono i opisano mechanizmy poznawczo-behawioralne, które mogą leżeć u podłoża tokofobii: warunkowanie klasyczne i instrumentalne, nabywanie zastępcze oraz przekaz informacji lękorodnych. Opisane zostały także narzędzia diagnostyczne tokofobii i wybrane interwencje terapeutyczne, w tym oparty na ekspozycji protokół dwusesyjnej interwencji leczenia tokofobii (ang. Dual-Session Tokophobia Intervention, DSTI). Artykuł wskazuje na luki w zakresie badań nad terapią tokofobii oraz konieczność dalszych badań skuteczności metod psychoterapii tokofobii, które utrzymywałyby rygor metodologiczny pozwalający na wyciąganie wniosków obarczonych mniejszym ryzykiem tendencyjności.

Summary

The objective of this article is to present the phenomenon of tokophobia, or fear of childbirth, in the context of cognitive-behavioural psychotherapy. It is estimated that severe fear of childbirth affects 10%-15% of pregnant women, which may translate into a notable rise in the number of caesarean sections in recent years. The first section of the article examines the various forms of tokophobia, its aetiology, its place in the classifications of mental disorders, and the consequences for the individual experiencing fear of childbirth and for society in general, specifically in the form of health consequences for the mothers and children. The next part of the article presents a description of the cognitive-behavioural mechanisms that may underlie tokophobia. These include classical and operant conditioning, vicarious acquisition, and the transmission of fearful information. The article also describes diagnostic tools for tokophobia and selected therapeutic interventions, including the exposure-based Dual-Session Tokophobia Intervention (DSTI) protocol. The paper identifies

gaps in scientific research on the therapy of tokophobia and points to a need for further studies of tokophobia psychotherapy efficacy with more rigorous methods that would allow for conclusions with lesser risks of bias.

1. Tokofobia — definicja i charakterystyka zjawiska

Tokofobia (ang. *tokophobia*), czyli lęk przed porodem (ang. *fear of childbirth, fear of birth, childbirth anxiety*), nie jest oddzielną jednostką diagnostyczną w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, takich jak ICD-10 czy DSM-5. Po raz pierwszy została szerzej opisana wspólnie, w 2000 roku [1]. W klasyfikacji ICD-10 może zostać zakodowana za pomocą dwóch kategorii: albo jako fobia specyficzna (F40.2), albo jako zaburzenia psychiczne i choroby układu nerwowego wikłające ciążę, poród, połóg (O99.3). W najnowszym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11 tokofobia może być zaliczana do specyficznych fobii nieokreślonych [2]. Tokofobia może występować u osób o różnej sytuacji ginekologiczno-położniczej i życiowej, na przykład osób, które nie są aktywne seksualnie, nie planują ciąży, ale też u tych, które spodziewają się dziecka lub je planują. W niniejszej pracy koncentrujemy się na ciężarnych, wśród których około 10–15% doświadcza nasilonego lęku związanego z porodem, wyczerpującego kryteria diagnostyczne fobii [3].

Mimo rozpowszechnienia tego doświadczenia, brakuje w polskim piśmiennictwie literatury przybliżającej czytelnikom praktykującym psychoterapię syntetyczną charakterystykę zjawiska tokofobii w ujęciu poznawczo-behawioralnym (CBT) wraz z metodami pracy terapeutycznej. W artykule zostaną przedstawione charakterystyka i konsekwencje zjawiska oraz mechanizmy powstawania i utrzymywania się objawów. Omówione zostaną również dostępne w Polsce narzędzia diagnostyczne i wybrane metody pracy terapeutycznej z ciężarnymi wraz z wynikami badań dotyczących ich efektywności, zaś w szczegółach zostanie przedstawiony dwusesyjny protokół Ben-Rafael i współpracowników [2], który ze względu na swoją skoncentrowaną formę i niską kosztochłonność może znaleźć zastosowanie na oddziałach położniczo-ginekologicznych.

Uważa się, że lęk przed porodem ma postać kontinuum i przyjmuje formy od obaw i lęków związanych z porodem, które nie wpływają na funkcjonowanie, do klinicznej tokofobii, która prowadzi do nasilonego dystresu i unikania wszelkich sytuacji mogących kojarzyć się z ciążą [2]. Etiologia tokofobii jest wieloczynnikowa. Badania wskazują na kilka charakterystyk, które korelują z występowaniem tokofobii, jak ogólne nasilenie objawów lękowych [4], depresyjnych, nieplanowana ciąża [5], zmniejszona tolerancja na ból [6] czy doświadczenia seksualnej traumy [7]. Tokofobię obserwuje się częściej u kobiet, które są niezamężne lub nie mają stałego partnera oraz tych o niższym wykształceniu oraz statusie socjoekonomicznym [8]. Istotne są również czynniki kontekstualne, jak dostępność informacji na temat zdrowia reprodukcyjnego i przebiegu ciąży [9] czy specyficzna dla Polski sytuacja prawna dotycząca zagrożonych ciąż [10].

Zdrowie psychiczne i dobre samopoczucie przyszłej matki mają istotny związek z prawidłowym przebiegiem ciąży oraz samego porodu. U kobiet, które charakteryzują się wysokim poziomem lęku oraz stresu, notuje się wyższe wskaźniki poronień oraz częstsze występowanie przedwczesnych i opóźnionych porodów [8]. Obserwuje się również dłuższy czas akcji porodowej [11]. Ponadto zauważono, że kobiety, u których podczas ciąży występują niepokój

i złe samopoczucie, częściej wyrażają chęć zakończenia ciąży drogą cięcia cesarskiego [12]. Wynika to z przekonania, że ta metoda pozwala urodzić dziecko bez bólu, szybko, w konkretnym czasie, we wcześniej zaplanowany sposób i w dobrym stanie. Niemniej jednak cesarskie cięcie wiąże się z wieloma komplikacjami dla matki i dziecka [13]. Kobiety poddane cięciu cesarskiemu są bardziej narażone na infekcje, krwotoki oraz komplikacje związane z gojeniem się rany pooperacyjnej, przechodzą dłuższą rekonwalescencję. Do długofalowych negatywnych skutków cięcia cesarskiego należą zrosty pooperacyjne, przewlekłe dolegliwości bólowe w obrębie miednicy, problemy z płodnością, problemy z łożyskiem w kolejnych ciążach. Dzieci urodzone drogą cesarskiego cięcia mogą mieć zaburzony rozwój odporności, zmniejszony mikrobiom jelitowy, zwiększone ryzyko wystąpienia w przyszłości astmy, alergii czy otyłości.

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników silny lęk przed porodem należy do grupy wskazań pozapołożniczych do cięcia cesarskiego [14, 15]. Co za tym idzie — konsekwencją tokofobii jest również rosnąca liczba cesarskich cięć bez wyraźnych wskazań położniczych. W Rządowym programie kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021–2023 podaje się, że cesarskim cięciem kończy się około 43% porodów, co stanowi jeden z najwyższych wskaźników dotyczących liczby cesarskich cięć w Europie. Według WHO liczba cesarskich cięć dokonanych ze względu na ryzyko wystąpienia powikłań powinna wynosić od 10% do 15% wszystkich ciąż [16]. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na to, że nasilona tokofobia może być również powodem zdecydowania się na zabieg sterylizacji (w Polsce prawnie zakazany dla kobiet) lub, w przypadku stałego partnera seksualnego, wazektomii [1]. Nasilona tokofobia może utrudnić przygotowanie się do porodu, a także wprowadzić komplikacje w prowadzeniu ciąży oraz w komunikacji i współpracy między personelem medycznym a pacjentką.

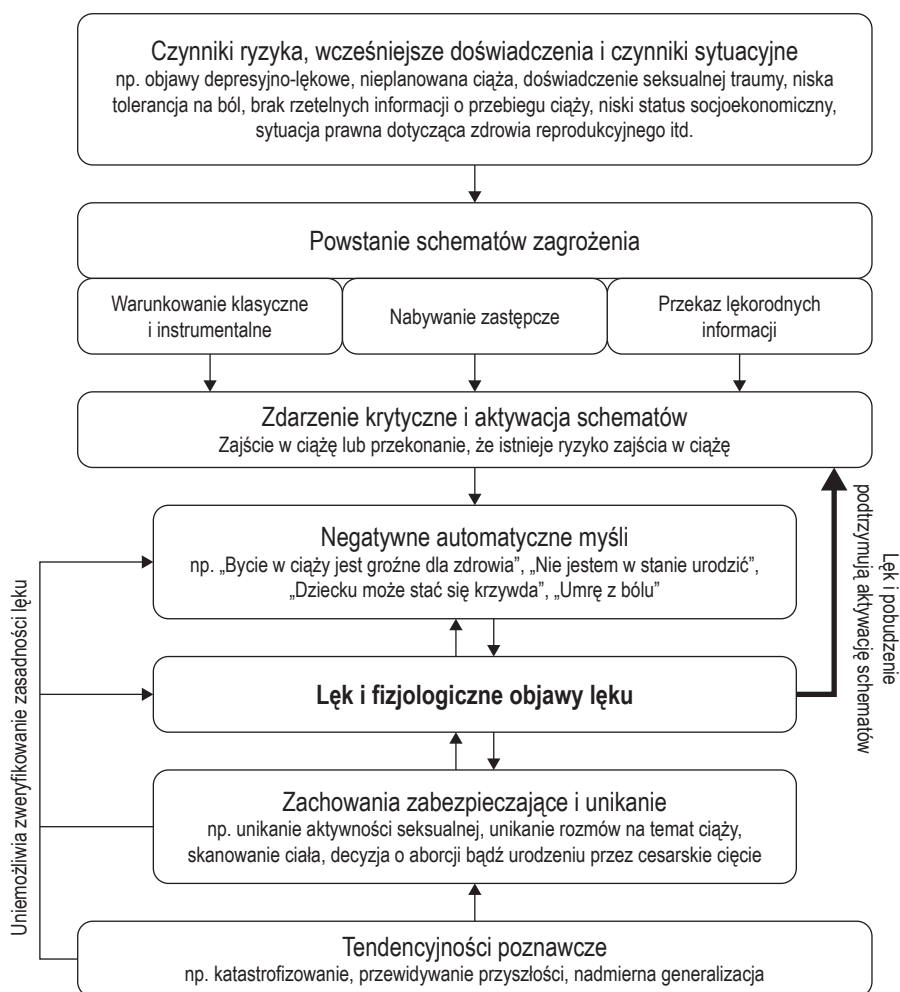
Wyróżnia się trzy rodzaje tokofobii [1, 15]. Postać pierwotna występuje wówczas, kiedy strach przed porodem rozwija się od okresu adolescencji. U kobiet, które doświadczają pierwotnej postaci tokofobii, wyobrażenia dotyczące porodu lub bycia w ciąży wywołują nasilony lęk i obawy, często mimo chęci posiadania potomstwa. Tokofobia wtórna występuje u kobiet, które doświadczyły porodu, ale ten wiązał się z ogromnym dystresem lub miał charakter doświadczenia traumatycznego. Postać wtórna zaburzenia łączy się z objawami poporodowego zespołu stresu pourazowego oraz reakcją depresyjną. Trzecia postać to tokofobia w przebiegu depresji w okresie ciąży. W tej postaci charakterystyczne są intruzywne myśli o tym, że nie będzie się w stanie urodzić dziecka lub umrze się w trakcie porodu.

Do objawów tokofobii należą te charakterystyczne dla zaburzeń lękowych, jak bóle brzucha, nudności, ucisk w klatce piersiowej, ogólne napięcie ciała, koszmary senne, trudności z koncentracją, niepokój, ataki paniki, zamartwianie się, rozdrażnienie czy podenerwowanie. Osoby doświadczające tokofobii mogą też zmieniać swoje zachowanie czy porzucać dotychczas wykonywane zajęcia ze względu na obawy. Przykładem może być unikanie kontaktów seksualnych w obawie przed zajściem w ciążę albo, po zająciu w ciążę, unikanie myślenia i rozmów o dziecku, z ukrywaniem ciąży włącznie. W niektórych przypadkach mogą to być próby doprowadzenia do poronienia [1]. Nasilony lęk związany z ciążą, porodem i położeniem może skutkować pojawieniem się myśli o aborcji, porzuceniu dziecka lub oddaniu dziecka do adopcji [1, 11, 17]. W okresie okołoporodowym lęk odczuwany przez kobiety zazwyczaj ma swoje źródło w przewidywanym bólu towarzyszącym akcji porodowej, zmartwieniu o zdrowie swoje i dziecka, obawach o brak kompetencji personelu medycznego oraz w obawie

utraty kontroli nad sobą [6, 18]. Analiza poznawczo-behawioralnych mechanizmów tokofobii może pomóc zintegrować relację między czynnikami wyzwalającymi reakcję lękową, kontekstem psychospołecznym oraz nasilonymi objawami lękowymi.

2. Poznawczo-behawioralne mechanizmy tokofobii

W ujęciu poznawczo-behawioralnym (CBT) tokofobia rozumiana jest jako fobia specyficzna. Na Rysunku 1 zaprezentowany został model tokofobii, który może służyć jako podstawowy schemat konceptualizacji tego rodzaju objawów. Model został oparty o ujęcie interakcji czynników ryzyka i kontekstualnych, schematów poznawczych, nabywania lęku



Rys. 1. Model i podstawowa konceptualizacja objawów tokofobii.

i błędnych kół uniemożliwiających wygaszenie reakcji lękowej, które jest podstawowym sposobem konceptualizacji zaburzeń lękowych w CBT [19]. Poniżej szczegółowo omówione zostały przedstawione na Rysunku 1 mechanizmy nabywania lęku przed porodem.

Zgodnie z modelem warunkowania lęku [20] możemy założyć, że objawy tokofobii mogą być skutkiem trzech ścieżek nabywania obaw. Pierwszym mechanizmem jest warunkowanie klasyczne i wzmacnianie lęku przez warunkowanie instrumentalne. W takiej sytuacji lęk staje się reakcją warunkową na warunkowy bodziec sytuacji ciąży, która jest skojarzona z bezwarunkowymi, silnie awersyjnymi przeżyciami, na przykład bólem w trakcie porodu. Taki mechanizm może wyjaśniać wtórną tokofobię, w której poród będący naturalnym zjawiskiem, ale skojarzonym zazwyczaj z silnymi, często ambiwalentnymi emocjami, zostaje sprzężony z doświadczeniem dyskomfortu czy traumy. Następnie, w wyniku warunkowania instrumentalnego, unikanie bodźców związanych z ciążą i porodem może dostarczać negatywnych wzmocnień, które będą utrudniać wygaszenie reakcji pierwotnego warunkowania klasycznego.

Drugim mechanizmem może być nabywanie zastępcze (ang. *vicarious acquisition*) [2, 10]. W tym przypadku osoba z tokofobią obserwowała bezpośrednio albo pośrednio osoby, które miały awersyjne doświadczenia związane z ciążą i porodem i w ten sposób wyuczyła się lękowych, awersyjnych skojarzeń. Przykładem może być tutaj bycie świadkinią trudnego porodu i/lub późniejszego połogu bliskiej osoby.

Trzeci mechanizm zakłada, że tokofobia może rozwijać się przez przekaz lękorodnych informacji (ang. *transmission of fear-inducing information*), za pomocą kontaktów społecznych czy korzystania z mediów, które eksponują na rozmowy czy materiały medialne dotyczące negatywnych aspektów porodu. Warto zaznaczyć, że tak jak negatywne opowieści o porodach (ang. „*horror stories*” za: Sheen i Slade, 2018) [9] mogą przyczyniać się do nabywania lęku, tak podobną rolę ma również brak rzetelnych informacji na temat przebiegu porodu i połogu [9]. Należy zaznaczyć, że te trzy mechanizmy mogą współwystępować ze sobą, a nawet mieć addytywny efekt jeśli chodzi o powstanie i utrzymywanie się objawów tokofobii.

3. Narzędzia diagnostyczne

Istnieje kilka narzędzi do oceny lęku przed porodem. Skupiliśmy się na tych, które są dostępne w języku polskim. Z ich własnościami psychometrycznymi można zapoznać się w Tabeli 1. Najpopularniejszym narzędziem do badania lęku przed porodem jest Kwestionariusz doświadczeń porodowych Wijma (ang. *The Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire*, W-DEQ) [4]. W-DEQ to kwestionariusz, który składa się z 33 pozycji. Narzędzie jest powszechnie używane przez badaczy, którzy stosują różne punkty odcięcia [21], wynik ≥ 85 przyjmuje się jako najbardziej odpowiedni dla poważnego lęku przed porodem [22]. W polskiej adaptacji została użyta wersja przedporodowa, która ma zadowalające własności psychometryczne do stosowania w badaniach oraz diagnostyce [5].

Skala lęku przed porodem (ang. *Fear of Birth Scale*, FOBS) [23] składa się z dwóch pytań, które dotyczą oceny poziomu obaw związanych z nadchodzącym porodem, każde pytanie jest oceniane na wizualnej skali analogowej w postaci odcinka o długości

100 mm. Pacjentka zaznacza punkt pomiędzy „spokojna” a „zmartwiona” oraz między „brak lęku” a „silny lęk”. Wynik FOBS stanowi średnią arytmetyczną obu wartości, a 60 i wyżej oznacza wysoki poziom lęku przed porodem. Skala wyróżnia się prostotą i krótkim czasem potrzebnym do jej wypełnienia, co czyni z niej dobre narzędzie przesiewowe do zidentyfikowania kobiet z nasilonym lękiem przed porodem.

Kolejnym narzędziem mającym zastosowanie w ocenie lęku przed porodem w polskiej populacji jest PRAQ-R2 (ang. *Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire — Revised 2*) [24]. Jest to dziesięciopitemowe narzędzie służące do oceny lęku związanego z ciążą, a lęk przed porodem stanowi jedną z trzech podskal (pozostałe dwie dotyczą obaw, że dziecko będzie niepełnosprawne fizycznie lub intelektualnie oraz niepokoju związanego z własnym wyglądem w ciąży), ale wynik sumaryczny kwestionariusza może również być używany jako wskaźnik lęku przed porodem. Warto zaznaczyć, że istnieją dwie niezależne od siebie polskie wersje tego narzędzia [25, 26].

Powstało również polskie narzędzie do oceny tokofobii — Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP II) [27]. Według autorów KLP II jest rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru natężenia lęku porodowego, mogącym znaleźć zastosowanie w badaniach przesiewowych, jednak wielkość próby (niespełna 60 kobiet) oraz brak miarodajnych analiz własności psychometrycznych poza spójnością wewnętrzną nakazywałyby podchodzić do tych wniosków z rezerwą.

Tabela 1. Przegląd narzędzi kwestionariuszowych mierzących nasilenie objawów tokofobii

Narzędzie	Polska wersja	Własności psychometryczne polskiej wersji		
		struktura czynnikowa	spójność wewnętrzną	stabilność czasowa
The Wijma Delivery Expectancy/ Experience Questionnaire (W-DEQ) [4]	Kwestionariusz doświadczeń porodowych Wijma (W-DEQ) [5]	1-czynnikowa struktura, analogiczna do oryginalnej	$\alpha = 0.93$	b.d.
Fear of Birth Scale (FOBS) [23]	Skala lęku przed porodem (FOBS) [28]	b.d.	$\alpha = 0.93$	b.d.
Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire – Revised 2 (PRAQ-R2) [24]	PRAQ-R/R2 [25]	3-czynnikowa struktura, analogiczna do oryginalnej	$\alpha = 0.70 - 0.94$ dla poszczególnych podskal oraz odpowiednio 0.77 i 0.87 dla całkowitego wyniku pierworódek i wieloródek	b.d.
	PRAQ-R2 [26]	b.d. (narzędzie analizowane jako 1-czynnikowe)	$\alpha = 0.85$	$r = 0.70$ (tygodniowy odstęp)
Kwestionariusz Lęku Porodowego – KLP II [27]	oryginalnie polskie narzędzie	b.d.	$\alpha = 0.69$	b.d.

Nilsson i współpracownicy [21] w przeglądzie z 2018 roku zalecają, by do badania tokofobii stosować W-DEQ z punktem odcięcia ≥ 85 , dokładniej przetestowaną wersję FOBS lub trzypunktową skalę (nie boję się, trochę się boję, bardzo się boję) pomiaru lęku przed porodem z użyciem jednego pytania („Czy boisz się porodu?”), co umożliwiłoby porównania międzypopulacyjne. Badacze zwracają też uwagę na potrzebę walidacji narzędzia, które dotyczyłoby wyłącznie lęku przed porodem i byłoby prostsze do zastosowania niż W-DEQ.

4. Wybrane interwencje stosowane w przypadku tokofobii

Do tej pory trwa poszukiwanie skutecznych metod redukcji lęku u kobiet w ciąży [29], w tym doświadczających tokofobii. Jedną z najczęściej stosowanych metod w przypadku lęku przed porodem jest psychoedukacja i/lub doradztwo prowadzone przez położną [30]. Ze względu na specyfikę sytuacji osób w ciąży, opisywane w literaturze oddziaływania terapeutyczne są krótkoterminowe. Badania wskazują na skuteczność psychologicznych oddziaływań w tokofobii, ale jednocześnie podkreślana jest mała liczba badań i duża heterogeniczność jeśli chodzi o badane populacje, protokoły i metody badawcze [29]. Przykładowo, w przeglądzie Cochrane Library [30] uwzględniono tylko siedem randomizowanych badań z grupą kontrolną sprawdzających efektywność oddziaływań psychologicznych. Osoby zainteresowane badaniami nad skutecznością interwencji dotyczących tokofobii mogą zapoznać się z dostępnymi przeglądami systematycznymi i metaanalizami [29–33]. Celem niniejszej pracy nie jest przegląd systematyczny, więc ograniczyliśmy się do przedstawienia wybranych badań, które prezentują zróżnicowane podejścia w pomocy osobom doświadczającym tokofobii, zarówno w ramach CBT i podejść trzeciej fali, jak i ogólnych interwencji psychoedukacyjnych. Szczegóły tej analizy zawarte są w Tabeli 2. Warto nadmienić, że terapie oparte na CBT są na ogół metodami z wyboru w przypadku leczenia zaburzeń lękowych [34].

Wnioski, które można wyciągnąć z tej analizy, są spójne z wcześniejszymi przeglądami [30], wskazują na zróżnicowanie w zakresie metod badawczych i uzyskiwanych wyników. Przykładowo, w części badań rekrutowano wszystkie ciężarne, niezależnie od poziomu nasilenia objawów tokofobii [np. 35], a w jednym z badań pomiar zmiennych wynikowych miał miejsce tylko po zakończeniu terapii, co uniemożliwiło kontrolowanie efektu czasu [36], dodatkowo w większości opisywanych badań nie była stosowana procedura zaślepienia.

W niektórych przypadkach autorzy badań konkludują, że sprawdzane przez nich metody były bezpieczne, ale nie miały wystarczająco korzystnych efektów w porównaniu z warunkami kontrolnymi, żeby móc rekomendować je jako interwencje dla ciężarnych doświadczających tokofobii, jak internetowa CBT [37] czy EMDR [38]. Większą skuteczność obserwowano w przypadku psychoedukacji telefonicznej [39] lub grupowych form wsparcia, jak psychoedukacja z elementami relaksacji opartej na uważności (ang. *mindfulness*) [36], ACT [35] czy terapia oparta na dialogu motywującym [40].

Tabela 2. Przegląd wybranych badań dotyczących interwencji psychoedukacyjnych i psychoterapii tokofobii

Badanie	Metoda			Wyniki	
	Schemat badania	Zastosowane oddziaływania	Wielkość i opis grupy badanej	Pomiar efektów	Główne wyniki
Toohill i in., 2014 [39]	Randomizowane, wielośrodkowe badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; pomiary w drugim trymestrze ciąży oraz w 36. tygodniu ciąży	Telefoniczna psychoedukacja w nieokreślonym wymiarze czasowym [41] polegająca na m.in. normalizacji emocji, przekazywaniu rzetelnych informacji i wzmacnianiu wsparcia społecznego; warunkiem kontrolnym było TAU	Kobiety z wynikiem ≥ 66 w W-DEQ-A; n = 170 w grupie z interwencją i n = 169 w grupie kontrolnej	W-DEQ-A, CBSEI oraz EPDS	W 36. tygodniu ciąży uczestniczki w grupie z interwencją miały niższe wyniki w W-DEQ-A (d = 0.59) oraz CBSEI (d = 0.46) w porównaniu z grupą kontrolną, ale nie w EPDS (d = 0.13*)
					Opisane obok analizy oparte są na danych uczestniczek, które ukończyły badanie (completers), tj. n = 101 dla kobiet w grupie z interwencją i n = 97 dla kobiet w grupie kontrolnej
Rouhe i in., 2015 [36]	Randomizowane badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; uczestniczki badania były przydzielane do warunków losowo w proporcji 1:2; pomiary w połowie ciąży, miesiąc przed planowanym porodem oraz trzy miesiące po porodzie	Sześć grupowych sesji psychoedukacyjnych z relaksacją mindfulness oraz jedna dodatkowa 6–8 tygodni po porodzie; warunkiem kontrolnym było TAU, w którym pacjentki mogły wedle potrzeby odbywać indywidualne konsultacje z lekarzami i położnymi	Pienworódki z wynikiem ≥ 100 w W-DEQ-A; n = 131 w grupie z interwencją i n = 240 w grupie kontrolnej	MAMA, W-DEQ oraz EPDS Dodatkowo, w osobnym artykule opisano wyniki położnicze [42]	n = 90 kobiet zdecydowało się na udział w grupowych sesjach. Opisane obok analizy oparte są na danych intention to treat n = 76 uczestniczek z grupy kontrolnej korzystało z konsultacji z lekarzem lub położną w związku z nasilonym lękiem przed porodem, a n = 30 uczestniczek w zajęciach przygotowawczych prowadzonych przez wyspecjalizowaną położną. Jedynie w wynikach dla EPDS został uwzględniony czynnik czasu (interakcja grupa x czas), analizy dla MAMA i W-DEQ-B to analizy jednego punktu czasowego w 3. miesiącu po porodzie
					Trzy miesiące po porodzie uczestniczki w grupie z interwencją miały wyższe wyniki w MAMA (d = 0.51), niższe wyniki w W-DEQ-B (d = 0.35) oraz niższe wyniki w EPDS (d = 0.28) w porównaniu z grupą kontrolną. Efekt interwencji na EPDS wykazał niższe, ale nieistotne statystycznie, nasilenie objawów depresyjnych u uczestniczek w grupie z interwencją (d = 0.19*) w porównaniu z grupą kontrolną. Wyniki położnicze [42]: kobiety w grupie z interwencją częściej przechodziły przez spontaniczny poród pochwyowy niż te z grupą kontrolną (63.4% vs 47.5%) oraz miały mniej cesarskich cięć (22.9% vs 32.5%)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rondung i in., 2018 [37]	Randomizowane, wielośrodkowe badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; pomiary w połowie ciąży, miesiąc przed planowanym porodem oraz rok po porodzie	Osiem modułów wspomaganiej intermetowej terapii opartej na zintegrowanym protokole CBT (Unified Protocol) oraz dodatkowy moduł po porodzie; warunkiem kontrolnym było TAU, które różniło się między ośrodkami, ale zostało scharakteryzowane jako na ogół 2–4 spotkania z położną, ginekologiem i/lub psychologiem	Kobiety z wynikiem ≥ 60 w FOBS; $n = 127$ w grupie z interwencją, $n = 131$ w grupie kontrolnej	FOBS	Miesiąc przed planowanym porodem FOBS było niższe w grupie TAU ($d = -0.14$), a w pomiarze po roku było niższe w grupie z interwencją ($d = 0.28$)	Należy zwrócić uwagę na małe zaangażowanie uczestników w interwencję; tylko 10% z nich skorzystało z więcej niż z czterech dostępnych modułów terapeutycznych. Osoby autorskie zaznaczają we wnioskach, że „Wynik [badania] był trudny do interpretacji biorąc pod uwagę niskie zaangażowanie uczestników i szeroki zbiór potencjalnych mediatorów, moderatorów i czynników zakłócających obecnych podczas porodu i w pociu. Tak więc, wspomaganie CBT, tak jak przedstawiona w tym badaniu, nie wydaje się być wykonalnym i akceptowalnym podejściem leczenia tokofobii”. Badanie jakościowe przeprowadzone z udziałem uczestników tego projektu opisuje dogłębnie ograniczenia i trudności związane z tą metodą terapeutyczną [43].
Vakilian i in., 2019 [35]	Randomizowane badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; pomiary przed rozpoczęciem terapii, po czterech tygodniach (tj. zakończeniu terapii) oraz miesiąc później	Osiem grupowych sesji ACT opartych o zmodyfikowany protokół leczenia leku o zdrowie; warunkiem kontrolnym było TAU określone jako „rutynowa opieka związana z ciążą”	Kobiety w drugim lub trzecim trymestrze ciąży; $n = 22$ w grupie z interwencją, $n = 22$ w grupie kontrolnej	PRAQ	Grupa uczestników interwencji miała niższe wyniki w każdej podskali PRAQ w porównaniu z grupą kontrolną (zakres $d = 1.46 - 1.87^*$) oraz wynikiem ogólnym kwestionariusza ($d = 2.10^*$) po zakończeniu terapii oraz analogiczne wyniki w powtórnych pomiarach po miesiącu od zakończenia terapii ($d = 1.29 - 1.89^*$ dla podskali i $d = 2.19$ dla wyniku ogólnego)	Diagnoza tokofobii nie była warunkiem włączenia do badania

Abdollahi i in., 2020 [40]	Randomizowane badanie z grupą kontrolną bez zaślepienia; pomiary przed rozpoczęciem terapii oraz po pięciu tygodniach (tj. zakończeniu terapii)	Pięć grupowych sesji w opartych o Dialog Motywujący z tematem przewodnim redukcji lęku przed porodem; warunkiem kontrolnym było TAU scharakteryzowane jako typowa opieka prenatalna	Kobiety w 6–7. miesiącu ciąży; n = 35 w grupie z interwencją i n = 34 w grupie kontrolnej	W-DEQ-A, NuPDQ oraz skala poczucia własnej skuteczności w trakcie porodu	Grupa uczestniczek interwencji miała niższe wyniki w każdej podskali W-DEQ-A w porównaniu z grupą kontrolną (zakres d = 0.38 – 1.15*) oraz wynikiem ogólnym kwestionariusza (d = 1.14*). Analogiczne wyniki uzyskano dla podskali (zakres d = 0.84 – 1.38*) i wyniku ogólnego NuPDQ (d = 1.39*), z wyjątkiem podskali dotyczącej stresu dotyczącego objawów fizjologicznych (d = 0.30*). Różnice międzygrupowe na skali poczucia własnej skuteczności w trakcie porodu nie były istotne (d = -0.39*)	Diagnoza tokologii nie była warunkiem włączenia do badania. Około 70% uczestniczek miało wynik ≥ 60 punktów w W-DEQ-A
Baas i in., 2022 [38]	Wieloośrodkowe, randomizowane badanie z grupą kontrolną z zaślepieniem przeprowadzających pomiary; pomiary przed rozpoczęciem terapii oraz w 32–34. tygodniu ciąży	Do trzech grupowych sesji EMDR; warunkiem kontrolnym było TAU scharakteryzowane jako typowa opieka prenatalna	Kobiety między 8. i 20. tygodniem ciąży z wynikiem ≥ 85 w W-DEQ-A; n = 70 w grupie z interwencją i n = 71 w grupie kontrolnej	W-DEQ-A Dodatkowo, w osobnym artykule opisano wyniki położnicze [44]	Grupa uczestniczek interwencji miała niższe, ale nieistotnie statystycznie wyniki w W-DEQ-A w porównaniu z grupą kontrolną (d = 0.39). Obie grupy nie różniły się istotnie w zakresie parametrów położniczych [44]	z n = 70 zrandomizowanych kobiet zdecydowało się na udział w grupowych sesjach, a finalnie terapię ukończyło n = 54 Opisane obok analizy oparte są na danych intencjon to treat Podsumowanie autorów: „Wyniki potwierdzają, że EMDR jest bezpieczną i skuteczną metodą terapii tokologii u ciężarnych, jednakże bez znaczących korzyści ponad efekty [TAU]. W związku z tym, obecne wyniki nie uzasadniają stosowania EMDR jako dodatkowej metody leczenia w tym konkretnym settingu”

TAU — treatment as usual; W-DEQ — Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (wersja A przed porodem oraz wersja B po), CBSEI — Child-birth Self-Efficacy Inventory, EPDS — Edynburska Skala Depresji Poporodowej, MAMA — The maternal adjustment and maternal attitudes questionnaire, FOBS — Fear of Birth Scale, ACT — Terapia Akceptacji i Zaangażowania, PRAO — Van den Bergh's Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire, NuPDQ — revised Prenatal Distress Questionnaire Uwaga: ujemne wartości wielkości efektu wskazują na korzystniejsze efekty w grupach kontrolnych

* Wielkości efektu oszacowane na podstawie danych z artykułów za pomocą kalkulatora https://www.psychometrica.de/effect_size.html

Warto zaznaczyć, że w opisie wyników uwidacznia się efekt, który był już obserwowany w innych pracach dotyczących efektywności psychoterapii. Mianowicie w badaniach prowadzonych w krajach globalnego Wschodu na ogół uzyskuje się wyższe wskaźniki efektywności w porównaniu z krajami zachodnimi [np. 45, 34]. Oznacza to, że efekty terapeutyczne, które mogłyby zostać uzyskane w przyszłych polskich badaniach, byłyby bardziej zbliżone do tych obserwowanych w badaniach niderlandzkich lub szwedzkich niż tych prowadzonych na przykład w Iranie. Należy wspomnieć też o systemowych i indywidualnych trudnościach, które mogą utrudniać skorzystanie z psychoterapii w przypadku doświadczania tokofobii. Prowadzenie psychoterapii wymaga specjalnie wyszkolonego personelu, co może wpływać na zmniejszoną dostępność tego rodzaju leczenia. Z tego powodu korzysta się ze wsparcia personelu położniczego, który prowadzi interwencje pod superwizją wykwalifikowanej kadry psychologicznej. Na ogół oddziaływania psychoterapeutyczne są długotrwałe, w zależności od nurtu trwają od kilkunastu do kilkudziesięciu tygodni, co w przypadku bliskiej daty porodu utrudnia skorzystanie z tego rodzaju wsparcia. Przykłady opisanych w tym podrozdziale interwencji pokazują, że są one krótkie (kilka spotkań) oraz mają zwiększoną intensywność (np. dwie sesje tygodniowo). Dostępne dane wskazują też, że część osób doświadczających nasilonego lęku przed porodem uważa, że nie potrzebuje wsparcia psychoterapeutycznego lub że ich lęki nie są wyleczalne [43]. Dodatkowo udział w sesjach, które uwzględniają ekspozycję na traumatyczne doświadczenia związane z porodem może być na tyle dużym wyzwaniem, że osoby w ciąży nie będą skłonne skorzystać z takiej formy psychoterapii.

5. Dwusesyjny protokół leczenia tokofobii Ben-Rafael i współpracowników

Alternatywą dla wyżej opisanych interwencji o zróżnicowanej skuteczności oraz innych psychoterapii, których skuteczność nie była weryfikowana w badaniach, może być dwusesyjny protokół leczenia tokofobii (ang. *Dual-Session Tokophobia Intervention, DSTI*) opracowany przez Ben-Rafael i współpracowników [2]. Zdecydowaliśmy się na przedstawienie tego protokołu w osobnym podrozdziale ze względu na jego mocne zakorzenienie w poznawczo-behawioralnym modelu etiologii fobicznego lęku (Rys. 1, s. 32) oraz wykorzystanie technik ekspozycyjnych, które są podstawową metodą redukcji nasilenia objawów tego rodzaju [19, 34]. Należy jednak zaznaczyć, że efektywność, wykonalność i bezpieczeństwo tego protokołu są dopiero weryfikowane.

DSTI przeprowadza się w trakcie dwóch dwugodzinnych sesji z jednodzienną przerwą pomiędzy nimi. Jego głównym elementem jest ekspozycja, w której ciężarna kobieta w trakcie sesji mierzy się z sytuacją porodu w kontrolowanych warunkach, przy wsparciu osoby prowadzącej interwencję. Kontrolowane konfrontowanie się z bodźcem lękorodnym i wytrzymanie narastającego dyskomfortu oraz powstrzymanie się od unikania i zachowań zabezpieczających powoduje, że poziom lęku zaczyna maleć. Procedura ta ma za zadanie zmodyfikować uwarunkowaną reakcję lękową i związane z nią przekonania.

Protokół ten jest skierowany do kobiet w trzecim trymestrze ciąży i ma na celu szybkie zredukowanie objawów lęku tuż przed porodem, aby zwiększyć komfort rodzenia. Dzięki

swojej prostej formule może być stosowany przez osoby bez bazowego wykształcenia psychoterapeutycznego, po odbyciu szkolenia i przy wsparciu osoby superwizującej.

DSTI złożony jest z pięciu modułów. Pierwsza część polega na zebraniu podstawowych informacji dotyczących nasilenia lęku i wiąże się z oceną konkretnych sytuacji związanych z porodem na skali od 0 do 100, gdzie 0 oznacza brak lęku, a 100 jego maksymalną intensywność. Jest to też czas na zbudowanie wstępnego zaufania w relacji specjalistka — pacjentka.

Drugi etap polega na przeprowadzeniu psychoedukacji. Podczas tego etapu uzasadnia się zastosowanie poszczególnych interwencji, opisuje się, czym jest lęk przed ciążą oraz jaki charakter w podtrzymywaniu zaburzenia mają unikanie oraz zachowania zabezpieczające, tłumaczy się przyczyny występującego lęku oraz normalizuje sytuację porodu.

Trzecia faza obejmuje naukę relaksacji — oddychanie przeponowe oraz ćwiczenie uważności (ang. *mindfulness*). Trening relaksacji jest nagrywany. Ćwiczenie uważności skupia się na defuzji poznawczej, czyli dystansowaniu od doświadczeń wewnętrznych, takich jak myśli czy emocje, poprzez przyjęcie obserwującej perspektywy.

Czwarta faza, która obejmuje większość obu sesji, to ekspozycja, którą poprzedza psychoedukacja dotycząca samej techniki oraz restrukturyzacja poznawcza myśli, które pojawiają się w sytuacjach lękowych. Wprowadza się model poznawczy obejmujący współoddziaływanie myśli, emocji i zachowania, omawia aspekty lęku (emocjonalny, somatyczny, behawioralny, poznawczy) oraz to, jak wpływają one na siebie nawzajem w błędnym kole, które podtrzymuje lęk.

Podczas tej fazy wprowadza się ekspozycje za pomocą szczegółowych opowieści o procesie porodu oraz oglądania animacji dotyczących porodu. Następuje podsumowanie i zadanie pracy osobistej (ćwiczenie ekspozycji samodzielnie między sesjami). Druga sesja zaczyna się od omówienia pracy osobistej i obejmuje kontynuację ekspozycji — wizytę na sali porodowej, ekspozycję na ból (test *cold pressor*) oraz obejrzenie filmu z porodu. Zwieńczeniem drugiej sesji jest ekspozycja wyobraźniowa, podczas której ciężarna proszona jest o wyobrażenie sobie swojego własnego porodu ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji wzbudzających największy lęk. Przed każdą ekspozycją pacjentka proszona jest o ocenę lęku/dystresu w skali od 0 do 100. Na koniec ekspozycji następuje omówienie wniosków z eksperymentów oraz weryfikacja prawdziwości przewidywań dotyczących efektów ekspozycji (np. negatywnych emocji, dyskomfortu itp.). Mierzy się ponownie poziom dyskomfortu. W przypadku, gdy przekracza 60, wraca się do omawiania błędnego koła, dialogu sokratejskiego oraz restrukturyzacji. Zaleca się stosowanie tych ekspozycji samodzielnie w domu lub szpitalu w celu utrwalenia nowych spostrzeżeń i wniosków.

Dwusesyjny protokół zamyka część podsumowująca, polegająca na udzieleniu krótkich informacji na temat cesarskiego cięcia, porodu drogami natury, ale również emocjonalnych i fizjologicznych potrzeb kobiety zaraz po urodzeniu dziecka. Zadaniem osoby prowadzącej sesję jest normalizacja często spotykanych w położu trudności.

Ograniczenia podejścia zaproponowanego przez Ben-Rafael i współpracowników [2] obejmują kilka aspektów. Pierwszym, najbardziej oczywistym, jest to, że ma ono charakter eksperymentalnej interwencji, której bezpieczeństwo i efektywność nie były na razie weryfikowane w badaniach ilościowych. Oznacza to, że należy zachować ostrożność w oferowaniu tej metody pracy ciężarnym pacjentkom. Niemniej jednak wcześniejsze

badania dotyczące EMDR wskazują, że techniki ekspozycyjne mogą być bezpiecznie stosowane w tej grupie [44]. Kolejnym ograniczeniem jest to, że zaproponowany protokół został dostosowany do pacjentek z pierwotną tokofobią, więc może nie być odpowiedni dla ciężarnych z wtórną postacią tokofobii, w przypadku których źródłem objawów jest lęk wdrukowany w trakcie bardzo obciążającego lub traumatycznego doświadczenia wcześniejszego porodu. Oferowane w protokole ekspozycje odnoszą się do przebiegu porodu w ogóle i ich cel można określić jako redukcję lęku przez uczynienie tego, co nieznanne lub wyobrażone bardziej znanym, a to może nie być wystarczające do redukcji lęku w przypadku wtórnej tokofobii.

6. Podsumowanie

Wciąż trwają badania nad znalezieniem optymalnej metody pomagania kobietom zmagającym się z tokofobią. Do jej poszukiwania skłania ponaddwukrotny wzrost liczby cesarskich cięć na przestrzeni ostatnich lat. Tokofobia staje się istotnym problemem położniczym, zwłaszcza wśród pierworódek [16]. Ważnym aspektem porodu jest postrzeganie go jako sytuacji stresowej, naznaczonej lękiem, przy czym charakterystyczną cechą jest brak poczucia kontroli nad tym wydarzeniem [46]. Oddziaływania psychoterapeutyczne, które stosuje się w pracy z pacjentami lękowymi, pozwalają zmniejszyć nasilenie objawów tokofobii. Innowacyjny protokół dwusesyjny oparty na ekspozycji wymaga badań, aby potwierdzić jego bezpieczeństwo i skuteczność. Solidne podstawy teoretyczne i empiryczne, jasno określona struktura sesji oraz krótki czas potrzebny na przeprowadzenie ciąży przez protokół mogą jednak świadczyć na jego korzyść.

Finansowanie i konflikt interesów:

Praca ta nie była finansowana. Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth: a series of 26 cases. *Br J Psychiatry*. 2000; 176(1): 83–85.
2. Ben-Rafael S, Bloch M, Aisenberg-Romano G. Dual-Session Tokophobia Intervention, a Novel Ultrashort Cognitive Behavioral Therapy Protocol for Women Suffering From Tokophobia in the Third Term of Pregnancy. *Cogn Behav Pract* 2023; 30(3): 520–538.
3. Calderani E, Giardinelli L, Scannerini S, Arcabasso S, Compagno E, Petraglia F i wsp. Tokophobia in the DSM-5 era: Outcomes of a new cut-off analysis of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire based on clinical presentation. *J Psychosom Res*. 2019; 116: 37–43.
4. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 1998; 19(2): 84–97.
5. Iłska M, Brandt-Salmeri A, Kołodziej-Zaleska A, Banaś E, Gelner H, Cnota W. Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Sci Rep*. 2021; 11(1): 4397.

6. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 1997; 18(4): 266–272.
7. Heimstad R, Dahloe R, Laache I, Skogvoll E, Schei B. Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85(4): 435–440.
8. Guskowska M. Lęk przed porodem i determinujące go czynniki — przegląd literatury. *Perinat Neonatol Ginekol.* 2012; 5(3): 154–161.
9. Sheen K, Slade P. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *J Clin Nurs.* 2018; 27(13–14): 2523–2535.
10. Bąbel P, Ostaszewski P, Suchowierska M. Naśladowanie a uczenie się przez obserwację. Porównanie perspektywy analizy zachowania i teorii społecznego uczenia się. *Psychol Rozw.* 2014; 19(3).
11. Billert H. Tokofobia — problem multidyscyplinarny. *Ginekol Pol.* 2007; 78: 807–811.
12. Onik J, Rusin M, Materkowska A, Gryboś A, Gryboś M. Tokofobia ciężarnych — mit czy rzeczywistość? W: Żurawicka D, Łuczak I, Wojtał M, Siekierka J, red. *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny.* Opole: Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu; 2019; 7: 207–215.
13. Antoine C, Young BK. Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly. *J Perinat Med.* 2020; 49(1): 5–16.
14. Wielgoś M, Bomba-Opoń D, Bręborowicz GH, Czajkowski K, Dębski R, Leszczyńska-Gorzelak B i wsp. Recommendations of the Polish Society of Gynecologists and Obstetricians regarding caesarean sections. *Ginekol Pol.* 2018; 89(11): 644–657.
15. Holka-Pokorska J, Jarema M, Stefanowicz A, Piróg-Balcerzak A, Wichniak A. Efektywne cięcie cesarskie ze wskazań psychiatrycznych — analiza zjawiska, opis dwóch przypadków oraz rekomendacje kliniczne. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(2): 357–373.
16. Santorek N, Biłas K, Tokarska A, Zarzycka K, Kasprzak P, Kwiatkowski S i wsp. Cięcie cesarskie. Rosnący odsetek i zmiana trendów we wskazaniach. *Varia Med.* 2019; 3(4): 279–288.
17. Melender RHL. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth.* 2002; 29(2): 101–111.
18. Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2002; 23(4): 229–235.
19. Wells A. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide.* Chichester: Wiley & Sons, Incorporated, John; 2013.
20. Rachman S. The conditioning theory of fear acquisition: A critical examination. *Behav Res Ther.* 1977; 15(5): 375–387.
21. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M i wsp. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18(1): 28.
22. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding EL, Wijma K. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: A feasibility study. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2016; 37(2): 37–43.
23. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery.* 2011; 27(4): 560–567.
24. Huizink AC, Delforterie MJ, Scheinin NM, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire – revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Arch Womens Ment Health.* 2016; 19(1): 125–132.

25. Michalik A, Wójcicka L, Zdun-Ryżewska A, Czerwińska-Osipiak A, Krzemiński M, Olszewska J, Klasa-Mazurkiewicz D, Huizink A. Polish Adaptation of the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire — Revised 2 for All Pregnant Women. *Healthcare*. 2021; 9(7): 917.
26. Mikolajkow A, Fuchs T, Małyszczak K. Polish Adaption of Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire — Revised 2 (PRAQ-R2). *Psychiatr Polska*. 2023: 1–10.
27. Paciorek M, Putyński L. Kwestionariusz Lęku Porodowego (KLP II) Wersja Zrewidowana: konstrukcja i właściwości psychometryczne. *Acta Univ Lodz Folia Psychol*. 2008; 12: 129–133.
28. Iłska M, Kołodziej-Zaleska A, Brandt-Salmeri A, Preis H, Lobel M. Pandemic-related pregnancy stress assessment—Psychometric properties of the Polish PREPS and its relationship with childbirth fear. *Midwifery*. 2021; 96: 102940.
29. Aguilera-Martín Á, Gálvez-Lara M, Blanco-Ruiz M, García-Torres F. Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *J Clin Psychol*. 2021; 77(3): 525–555.
30. O’Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O’Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 7(7): CD013321.
31. Striebach S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia — A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*. 2018; 61: 97–115.
32. Najafi TF, Dashti S, Bolghanabadi N, Rezvanifard M, Andaroon N, Abadibavil D i wsp. Evaluation of the effect of cognitive behavioral therapy on tocophobia: a systematic review and meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021; 35(3): 255–260.
33. Evans K, Rennick-Egglestone S, Cox S, Kuipers Y, Spiby H. Remotely delivered interventions to support women with symptoms of anxiety in pregnancy: mixed methods systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res*. 2022; 24(2).
34. Kowalski J, Blaut A, Dragan M, Farley D, Pankowski D, Sanna K, Śliwerski A, Wiśniowska J. Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia; 2024.
35. Vakilian K, Zarei F, Majidi A. Effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Anxiety and Quality of Life During Pregnancy: A Mental Health Clinical Trial Study. *Iran Red Crescent Med J*. 2019; 21(8).
36. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding EL, Saisto T. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Amp Gynecol*. 2015; 36(1): 1–9.
37. Rondung E, Ternström E, Hildingsson I, Haines HM, Sundin Ö, Ekdahl J, Karlström A, Larsson B, Segeblad B, Baylis R, Rubertsson C. Comparing Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy With Standard Care for Women With Fear of Birth: Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health*. 2018; 5(3): e10420.
38. Baas MA, van Pampus MG, Stramrood CA, Dijkman LM, Vanhommerig JW, de Jongh A. Treatment of Pregnant Women With Fear of Childbirth Using EMDR Therapy: Results of a Multi-Center Randomized Controlled Trial. *Front Psychiatry*. 2022; 12.
39. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creed DK, Buist A, Turkstra E, Ryding E. A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth*. 2014; 41(4): 384–394.

40. Abdollahi S, Faramarzi M, Delavar MA, Bakouei F, Chehrazhi M, Gholinia H. Effect of Psychotherapy on Reduction of Fear of Childbirth and Pregnancy Stress: A Randomized Controlled Trial. *Front Psychol.* 2020; 11.
41. Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, Scuffham PA, Ryding EL, Jarrett V, Toohill J. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13(1).
42. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG.* 2013; 120(1): 75–84.
43. Baylis R, Ekdahl J, Haines H, Rubertsson C. Women’s experiences of internet-delivered Cognitive Behaviour Therapy (iCBT) for Fear of Birth. *Women Birth.* 2020; 33(3): e227–e233.
44. Baas MA, Stramrood CA, Dijkman LM, Vanhommerig JW, de Jongh A, van Pampus MG. How safe is the treatment of pregnant women with fear of childbirth using eye movement desensitization and reprocessing therapy? Obstetric outcomes of a multi-center randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023; 102(11): 1575–1585.
45. Ciharova M, Karyotaki E, Miguel C, Walsh E, de Ponti N, Amarnath A, van Ballegooijen W, Riper H, Arroll B, Cuijpers P. Amount and frequency of psychotherapy as predictors of treatment outcome for adult depression: A meta-regression analysis. *J Affect Disord.* 2024; 359: 92–99.
46. Dembińska A, Wichary E. Wybrane psychospołeczne korelaty lęku przedporodowego — znaczenie dla praktyki położniczej. *Sztuka Leczenia.* 2016; 1: 4–54.

Adres: jkowalski@psych.pan.pl

Aleksandra Hytroś-Kiwała¹, Monika Dacka²

**ZDROWIE PSYCHICZNE NIEMOWLĄT.
PERSPEKTYWA ROZWOJOWA I PSYCHOANALITYCZNA**
**INFANT MENTAL HEALTH.
A DEVELOPMENTAL AND PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE**

¹Zespół Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie

²Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

mental health
infancy
mental health factor

Streszczenie

Artykuł ma charakter teoretyczny. Jego celem jest przegląd wybranych uwarunkowań zdrowia psychicznego niemowląt z perspektywy psychologii rozwoju człowieka i psychoanalizy. Połączenie obu punktów widzenia pozwala na całościowe ujęcie potrzeb rozwojowych okresu niemowlęcego i przyjrzenie się początkowi życia człowieka, kładąc nacisk na zdrowie psychiczne jako podstawę „prawdziwego Ja”. Rozpoznanie potencjału rozwojowego niemowlęcia zapisanego nie tylko w dyspozycji temperamentalnej, neurobiologicznej, poznawczej, motorycznej, ale także emocjonalnej i społecznej możliwe jest dzięki wnikliwej i czulej obserwacji delikatnej matrycy tworzenia wczesnych więzi w sprzyjającym środowisku.

Okres niemowlęcy to czas intensywnego rozwoju dziecka i doskonalenia wielu umiejętności, w tym naśladowania i tworzenia relacji. Dotychczasowe badania i obserwacje wskazują, że pozbawienie dziecka prawidłowej i ciągłej opieki może negatywnie wpływać na jego rozwój. Ogranicza lub hamuje zdolności w zakresie tworzenia więzi, a także podejmowanie kolejnych kroków rozwojowych w obszarze mowy, motoryki, rozwoju emocjonalnego i społecznego.

W artykule podjęto próbę wskazania istotnego znaczenia zdrowia psychicznego niemowlęcia, jego uposażenia biologicznego, indywidualnego sposobu doświadczania rzeczywistości, własnej podmiotowości, regulacji emocjonalnej, komunikowania własnych emocji, eksploracji otoczenia oraz więzi z opiekunem.

Rozwojowa część artykułu skoncentrowana została wokół tematyki kształtowania umiejętności psychomotorycznych dziecka, przywiązania oraz komunikacji. W części psychoanalitycznej nawiązano do czynników teorii relacji z obiektem sprzyjających instalacji dobrego obiektu wewnętrznego i umożliwiających rozwój umysłu oraz ego niemowlęcia. Opisano także taniec intymności i interakcji między matką i niemowlęciem, rozróżniając funkcjonowanie niemowlęcia zdrowego i chorego. Szczególną uwagę zwrócono na warunki stwarzające szansę na zbudowanie matrycy porozumienia sprzyjającego rozwojowi emocjonalnemu niemowlęcia i rozwojowi w ogóle.

Summary

This article is theoretical in nature. Its aim is to review selected determinants of infant mental health from the perspectives of human development psychology and psychoanalysis. The combination of both perspectives allows for a holistic view of the developmental needs of infancy and a look at the beginning of a person's life, emphasising mental health as the basis of the "true self". Recognising the developmental potential enshrined not only in the temperamental, neurobiological, cognitive, and motor dispositions but also in the emotional and social dispositions is possible through careful and sensitive observation of the delicate matrix of early bond formation in a supportive environment. The infancy period is a time of intense child development and the honing of many skills, including imitation and relationship formation. Research and observations to date indicate that depriving a child of proper and continuous care can negatively affect their development. It limits or inhibits the ability to form bonds, as well as to take further developmental steps in the areas of speech, motor, emotional and social development.

The article attempts to identify the vital importance of an infant's mental health, biological endowment, individual way of experiencing reality, one's own subjectivity, emotional regulation, communication of one's own emotions, exploration of the environment and bonding with the caregiver. The developmental part of the article focused on the formation of the infant's psychomotor skills, attachment and communication. In the psychoanalytic part, reference is made to the factors of object relations theory that foster the installation of a good internal object and enable the infant's mind and ego to develop. The dance of intimacy and interaction between mother and infant is also described, distinguishing between the functioning of the healthy and sick infant. Particular attention was paid to the conditions that provide an opportunity to build a matrix of understanding conducive to the infant's emotional development and development in general.

Wstęp

Konceptualizacja zagadnienia zdrowia psychicznego dostarcza wielu problemów. Trudno jest połączyć „zdrowie psychiczne” z niemowlęstwem. Najczęściej utożsamiane ono bywa z bezpieczeństwem, regulacją emocjonalną, odkrywaniem najbliższego otoczenia. Zeanah i Zeanah [1, s. 6] definiują zdrowie psychiczne jako „zdolność małego dziecka do doświadczania, regulowania i wyrażania emocji, tworzenia bliskich i bezpiecznych relacji oraz eksplorowania środowiska i uczenia się”. Wszystkie umiejętności składowe związane ze zdrowiem psychicznym będą możliwe do osiągnięcia przy adekwatnym rozpoznaniu indywidualnych potrzeb niemowlęcia oraz możliwości ich zaistnienia w kontekście troskliwego środowiska (obejmującego matkę, ojca, rodzinę, sąsiedztwo, wymagania kulturowe) [2]. Prowadzone dotychczas badania nad zdrowiem psychicznym niemowląt na płaszczyźnie psychiatrii i psychologii rozwojowej wykazały, że rola opiekuna, a zwłaszcza bezpieczne przywiązanie do niego i wrażliwość, mają ważne znaczenie dla zdrowia psychicznego najmłodszych [3]. Coraz częściej nacisk kładziony jest na „matczyną świadomość” [4] lub „funkcję refleksyjną” [5] opiekuna. Sameroff [6] zwrócił uwagę na to, że zdrowie i zaburzenia psychiczne niemowląt są wynikiem „interakcyjnych zmian rozwojowych zachodzących w sposób ciągły między dzieckiem a środowiskiem” [7, s. 238].

W artykule podjęto próbę wskazania czynników zdrowia psychicznego dzieci w okresie niemowlęcym. Szczególnie istotne znaczenie miała analiza relacji między matką a dzieckiem oraz dostrzeżenie zasobów występujących w środowisku dziecka.

Zdrowie psychiczne niemowląt i jego wybrane uwarunkowania

Zdrowie psychiczne niemowląt to pole działań badawczych wielu dyscyplin, obejmujących teorię i praktykę, a także poszukiwania metod zapobiegania cierpieniu, leczenia go oraz wzmacniania kompetencji małych dzieci. Z uwagi na niesamodzielność psychiki niemowlęcia, jego zależność od rodziców i tego, w jakim zakresie wzmacniają lub utrudniają oni rozwój dziecka, niemowlęstwo bywa uznawane za najbardziej kruchy rozwojowo okres. Zgłębianie zagadnienia zdrowia psychicznego niemowląt obejmuje bliższe przyglądanie się intymności kontaktu w pierwotnych relacjach. Służy do tego między innymi obserwacja psychoanalityczna. Dostrojenie i znajomość głębokich reakcji emocjonalnych umożliwiają rozpoznanie przeciwp przeniesień oraz przebiegu nieświadomych i utajonych procesów emocjonalnych.

Badania nad rozwojem mózgu, wpływem stresu i traumy oraz trudności środowiskowych pomogły w rozpoznaniu czynników ryzyka, skutkujących zaburzeniami psychicznymi w dorosłości (depresja, uzależnienia, choroby serca, nowotwory, otyłość i cukrzyca). Im wcześniej w rozwoju istniała trudność, tym bardziej narażony na choroby i problemy psychologiczne był człowiek dorosły, stąd niemowlęstwo uznano za krytyczny okres w rozwoju mózgu, co zostało potwierdzone badaniami.

Model zdrowia psychicznego niemowląt zakłada rozpoznanie silnych stron w funkcjonowaniu dziecka i tego, jak pomagają mu one radzić sobie z obecnymi trudnościami. Podkreśla się podmiotowość dziecka w przeżywaniu rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej oraz wagę stabilnej relacji z opiekunem, która z czasem buduje psychikę niemowlęcia. Należy również brać pod uwagę system rodzinny, jakość relacji małżeńskiej oraz poziom rodzicielskich i uwarunkowanych kulturowo przekonań, dotyczących tego, co jest zdrowe, a co wymaga zmiany lub opieki.

Za behawioralne wskaźniki silnych stron uznano: regulację emocjonalną, umiejętność komunikowania emocji, aktywną eksplorację otoczenia [1]. U starszych dzieci o stanie zdrowia psychicznego w niemowlęctwie świadczą kompetencje społeczne, między innymi prężność (zdolność podnoszenia się po porażkach i radzenia sobie w sytuacjach stresowych), adekwatne zachowania adaptacyjne, zasoby emocjonalne i poznawcze. Obecność troskliwego opiekuna, który rozpoznaje potrzeby, jest dostępny i potrafi wspomagać rozwój dziecka w czasie, jest najbardziej istotnym czynnikiem budującym zasoby zdrowia psychicznego najmłodszych [1]. Badania National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) [8, 1] wymieniają kilka wskaźników trudności występujących u dzieci, które wymagają profilaktyki w zakresie kompetencji obejmujących zdrowie psychiczne wczesnego okresu rozwojowego. Są nimi: agresja (w wieku 2 i 9 lat dzieci wykazują wysoką reaktywność i słabą regulację); objawy PTSD (badania wykazały słuszość psychoterapii matka — dziecko i jej skuteczność); autyzm — możliwy do rozpoznania już w 2. roku życia; lęk separacyjny w wieku 2 lat [1].

Specyfika okresu niemowlęcego

Okres niemowlęcy to intensywny etap w rozwoju dzieci, związany z kształtowaniem więzi z opiekunami, rozwijania umiejętności chodzenia, mówienia oraz nabywania po-

czucia odrębności [9]. Badania Naumovej i współpracowników [10] wykazały, że etap ten jest szczególnie istotny dla rozwoju dzieci ze względu na zwiększoną plastyczność mózgu oraz budowanie interakcji matka — dziecko, sprzyjającej rozwojowi emocjonalnemu i poznawczemu najmłodszych w dalszych etapach życia. W pierwszym roku życia intensywnie zachodzi rozwój psychoruchowy związany z wzajemnymi relacjami między percepcją, aktywnością, pamięcią oraz dojrzewaniem układu nerwowego dziecka.

Piaget [11] wykazał istnienie związku między rozwojem motorycznym i poznawczym u dzieci. Stwierdził, że istotne znaczenie w rozwoju poznawczym ma „konstruktywna strukturalizacja” [11, s. 44], w której „dziecko konstruuje wszystkie poznawcze podstruktury, które będą stanowić punkt wyjścia dla jego późniejszego rozwoju percepcyjnego i intelektualnego” [11, 3]. W teorii Piageta [12] występują cztery stadia rozwoju poznawczego: sensomotoryczne, myślenia przedoperacyjnego, operacji konkretnych i formalnych.

Stadium sensomotoryczne (od urodzenia do 24. miesiąca życia¹⁾) cechuje się dużą wrażliwością dziecka na bodźce sensoryczne i zdolnością do reagowania odruchowego. Są to ważne elementy rozwijającej się inteligencji. W tym stadium kształtuje się podstawowa wiedza dziecka o sobie i otaczającym świecie, powstają pierwsze schematy o charakterze sensoryczno-motorycznym, sprzyjające nawiązywaniu interakcji z otoczeniem. Zachodzi rozwój inteligencji praktycznej oraz pojawia się zdolność myślenia sytuacyjnego, pozwalająca dziecku lepiej dostosować się do funkcjonowania w środowisku rozwojowym. W tym czasie kształtuje się również stałość przedmiotu [13, 14].

W pierwszym stadium wyróżnionych zostało sześć podstadiów. Pierwsze z nich to ćwiczenie odruchów (od urodzenia do 1. miesiąca życia) — zachodzi tutaj modyfikacja odruchów, następuje łączenie przyczyny i skutku dzięki spontanicznym reakcjom odruchowym. Dzieci przejawiają reakcje odruchowe na określone stymulacje. Drugie podstadium to reakcje okrężne pierwotne (od 2. do 4. miesiąca życia) — dziecko w tym czasie powtarza czynności stanowiące nabyte przystosowania, które ograniczają się do własnego ciała (np. ssanie placów rąk i nóg, wokalizacje, kopanie). Trzecie podstadium stanowią reakcje okrężne wtórne (od 4. do 8. miesiąca życia), dziecko zaczyna wówczas chwycić rzeczy i wykonywać z nimi określone ruchy, na przykład postukiwanie, potrząsanie. Dzieci na tym etapie nie do końca rozumieją, dlaczego podejmowane działania prowadzą do określonych rezultatów [13, 14]. Czwarte podstadium to koordynacja schematów wtórnych (od 8. do 12. miesiąca życia). Dziecko na tym etapie łączy schematy, a dzięki intencjonalności jest zdolne podejmować działania ukierunkowane na cel [13, 14]. Piąte podstadium stanowią reakcje okrężne trzeciego rzędu (od 12. do 18. miesiąca życia). Dziecko dzięki podejmowanym próbom działania z przedmiotami zaczyna tworzyć wiedzę o nich. Na tym etapie celem dziecka jest poznanie wszystkich właściwości przedmiotu za pomocą metody prób i błędów. Zostaje również ukształtowana stałość przedmiotu [13, 14]. W szóstym podstadium — reprezentacji symbolicznych (wglądu; od 18. do 24. miesiąca życia) — tworzą się schematy umysłowe (reprezentacje poznawcze działań oraz przedmiotów), które umożliwiają dziecku zastąpienie realnych obiektów i czynności. Pewnymi dowodami istnienia obrazów umysłowych są na przykład naśladownictwo odróżnicowane (naśladowanie zachowania po pewnym czasie od jego ekspozycji), zabawa symboliczna (inaczej

¹⁾ Większość prac Piageta wskazuje czas trwania tego okresu na pierwsze dwa lata życia.

zabawa w udawanie, w której dziecko zastępuje określony przedmiot zastępczym), mowa czy wgląd (wewnętrzny sposób rozwiązania problemu). Myślenie dziecka zaczyna stawać się coraz bardziej symboliczne i uwewnętrznione.

Stadium drugie — myślenia przedoperacyjnego — trwa od 2. do 7. roku życia. Charakteryzuje się brakiem jasnej granicy między światem zewnętrznym a wewnętrznym. Dziecko w tym czasie rozwija pięć umiejętności reprezentacyjnych, mających znaczenie dla umysłowej manipulacji przedmiotami, między innymi naśladowanie odróżnicowane (odroczone), obrazy umysłowe, zabawę symboliczną, rysunek symboliczny oraz język. Myślenie przedoperacyjne cechuje egocentryzm, realizm, animizm i antropomorfizm. Najmłodszy zaczyna odtwarzać zachowania zauważone w otoczeniu, stosując własną symbolikę oraz powoli rozpoczynają rozumieć zasady społeczne [13,14].

Stadium operacji konkretnych (od 7. do 11. roku życia) charakteryzuje się dostrzeganiem związków przyczynowo-skutkowych, lepszym radzeniem sobie z rozwiązywaniem problemów mających wyraźny związek z rzeczywistością fizyczną. Na tym etapie zostają ukształtowane pojęcia niezmienności, stałości, liczby, objętości, ciężaru.

Ostatnie stadium — operacji formalnych (od 11. do 16. roku życia) — cechuje się zdolnościami do wyższych operacji umysłowych z zastosowaniem materiału abstrakcyjnego oraz doskonalenia rozumienia logicznego [13, 14].

Rozwój poznawczy, emocjonalny, motoryczny i komunikacyjny sprzyjają kształtowaniu czynników odpowiedzialnych za zdrowie psychiczne.

Przychodząc na świat, dzieci są wyposażone w zdolność naśladowania. Wczesną formą komunikacji między dzieckiem i opiekunem są gesty, ruchy, kontakt wzrokowy czy gaworzenie. Zdaniem Hobsona [15] podstawę powstającej relacji między dzieckiem a rodzicem stanowią emocje. Około 8. miesiąca życia pojawiają się relacje triadyczne (między dzieckiem, opiekunem, przedmiotem lub wydarzeniem). Okres niemowlęcy określany jest jako kluczowy dla rozwijania i kształtowania bezpiecznej więzi z rodzicem [16]. Czynnikiem determinującym rozwój przywiązania są emocjonalna i fizyczna dostępność opiekuna, jego wrażliwość oraz gotowość do reagowania na sygnały kierowane do niego przez dziecko.

Rozwój przywiązania i komunikacji

Według teorii przywiązania [17] regulacja emocji stanowi podstawę relacji opiekuńczej. W pierwszym roku życia niemowlęta potrzebują bliskości, która spełnia funkcje ochronne oraz jest pomocna w radzeniu sobie ze stresem i zaspokajaniem potrzeb [18]. Przywiązanie stanowi długotrwałą, głęboką więź powstającą między osobami, której zadaniem staje się utrzymanie bliskości [19]. Zdaniem Bowlby'ego [20] przywiązanie dziecka do danej osoby wiąże się ze skłonnością do szukania bliskości i kontaktu z nią w różnych sytuacjach, szczególnie tych trudnych. Ważnym elementem jest „system behawioralny przywiązania”, który wiąże się z systemem zachowań (związanych z bliskością oraz ochroną biologiczną dzieci przez rodziców). Według Bowlby'ego [18] na system ten składają się oparte na doświadczeniu „wewnętrzne modele robocze” siebie oraz opiekuńczego środowiska. Stanowią one „rdzeń wewnętrznego świata każdego z nas, istotę tego, jak skłonni jesteśmy postrzegać siebie i innych, jak rozumiemy relacje i czego się po nich spodziewamy — to

matryca, na podstawie której tworzymy kolejne więzi w naszym życiu” [21, s. 187]. Postulując te komponenty poznawcze i ich wykorzystanie przez system przywiązania, teoria ta umożliwia wyjaśnienie mechanizmu, za pomocą którego doświadczenie dziecka w postaci przywiązania wpływa na kształtowanie się wzorca przywiązania.

W ujęciu Bowlby’ego „żadna koncepcja w ramach przywiązania nie jest bardziej centralna dla psychiatrii rozwojowej niż koncepcja bezpiecznej bazy” [22, s. 163–164]. Termin „bezpieczna baza” ma dwa znaczenia. Pierwsze z nich wiąże się ze swobodną eksploracją otoczenia przez dziecko, drugie zaś odnosi się do bezpiecznej przystani, do której może ono wrócić w sytuacjach doświadczanego niepokoju. Poczucie bezpieczeństwa oparte jest na pewności niemowlęcia, że rodzic odpowiednio zareaguje na wysyłane przez nie sygnały, „szczególnie, gdy zmęczy się lub przestraszy” [22, s. 132].

Zachowanie przywiązaniowe bywa określane jako „poszukiwanie i utrzymywanie bliskości z inną jednostką” [19, s. 227]. Dzieci już od najmłodszych lat próbują wchodzić w kontakt z opiekunami przez pewne zachowania, na przykład płacz, ssanie czy uśmiech. Kształtująca się relacja rodzic — dziecko w okresie niemowlęcym ma duże znaczenie dla rozwoju społecznego oraz emocjonalnego dzieci [23]. Istotą zdrowego dorastania psychicznego jest to, że „niemowlę i małe dziecko powinno doświadczać ciepłej, intymnej i ciągłej relacji z matką (lub stałą matką zastępczą), w której oboje znajdują satysfakcję i radość” [24, s. 11].

Styl przywiązania jest znaczącym predyktorem regulacji emocji, strategii radzenia sobie, a także dostosowania się do stresorów. Stanowi również wskaźnik podatności na trudności ze zdrowiem psychicznym [25]. Zdaniem Bowlby’ego [26] rozwój stylu przywiązania przypada zwłaszcza na okres niemowlęcy i poniemowlęcy. W tych okresach zachodzą trzy fazy: orientowanie się i sygnały kierowane bez rozróżniania osób; orientowanie się i sygnały kierowane do jednej lub więcej wybranych osób; utrzymywanie bliskości wobec wybranej osoby za pomocą sygnałów i lokomocji. Pierwsza z faz rozpoczyna się w momencie urodzenia i trwa od 8 do 12 tygodni. W tym czasie dominuje aktywność opiekuna. Dziecko wykorzystuje pewne wrodzone zasoby (płacz, krzyk), by utrzymać z nim kontakt. Odwraca głowę w jego stronę, wokalizuje, uśmiecha się. Orientowanie się i sygnały kierowane są do jednej lub więcej wybranych osób. Z czasem dziecko ukierunkowuje wysyłane sygnały do jednej, konkretnej osoby (to druga faza, która trwa od 2.–3. miesiąca do 6. miesiąca życia). Osoba główna przywiązania staje się adresatem jego sygnałów. Nie są to tylko sygnały skłaniające do działań zabawowych. Dzieci próbują dopasować swoje zachowania do działań opiekuna. W trzeciej fazie dziecko nawiązuje przyjacielskie relacje z większą grupą osób, z którą jest w kontakcie. Matka w tym czasie staje się główną postacią przywiązania.

Zdaniem Rescorli [27] niektóre umiejętności społeczno-poznawcze służą jako społeczno-poznawcze składowe języka. Niemowlęta już po urodzeniu rozpoczynają komunikację z opiekunami przez wysyłane sygnały behawioralne, takie jak płacz, gruchanie czy ruchy ciała. Celem aktywności niemowląt jest zaangażowanie opiekunów w zaspokojenie ich potrzeb [28]. W ciągu pierwszych 3 miesięcy niemowlęta wyrażają swoje potrzeby przez wchodzenie w interakcje z otoczeniem i uśmiechanie się [29]. W okresie między 6. a 9. miesiącem używają gestów symbolicznych [30].

Bezpieczne przywiązanie wiąże się z tym, że rodzice właściwie oraz konsekwentnie reagują na potrzeby dzieci [17]. Najmłodszy postrzegają opiekunów jako bezpieczną bazę

eksploracji otoczenia oraz kształtowania swojej niezależności. W okresie wczesnego i średniego dzieciństwa stanowi to ważny wskaźnik dostosowania emocjonalno-społecznego [31]. Tworzy wyznaczniki zdrowia psychicznego, umożliwiając realizację potencjału rozwojowego. Zdaniem Czub [32] przywiązanie i wynikające z niego skutki mają znaczenie dla rozwoju emocjonalnego i społecznego dzieci w przyszłości. Warto zauważyć, że dzieci z bezpiecznym przywiązaniem mają zdolność do regulacji emocji nawet pod nieobecność opiekuna, co jest kolejną kompetencją z zakresu zdrowia psychicznego [33].

Przywiązanie pozabezpieczne rozwija się wtedy, gdy rodzic reaguje nieadekwatnie do potrzeb dziecka [20]. Niemowlęta doświadczają wówczas niespójnych, negatywnych lub odrzucających reakcji ze strony opiekuna. Towarzyszy im lęk, strach i dezorientacja. Taki styl przywiązania może również powodować pewne trudności w opiece macierzyńskiej [34]. Prowadzi to do tego, że niemowlę nie szuka opiekuna w sytuacji, gdy jest zestresowane kontaktem z nim, doświadcza odrzucenia, braku wrażliwości i niespójności ze strony osoby znaczącej [35]. Traumatyczne trudności w okresie niemowlęcym i niestabilność przywiązania są postrzegane jako czynniki zwiększające podatność na zaburzenia psychiczne w życiu dorosłym [36]. Do pozabezpiecznych stylów przywiązania należą między innymi styl unikający, lękowo-ambiwalentny oraz zdeorganizowany.

Pierwszy rozwija się, gdy dziecko doświadcza frustracji z powodu niezaspokojenia podstawowych potrzeb przez opiekuna, traktując to jako odrzucenie i brak akceptacji [19, 37]. Unikające przywiązanie związane jest z trudnościami internalizacyjnymi i wycofaniem społecznym, a także z trudnościami w regulacji emocji [38]. Najmłodsi próbują regulować swoje emocje, ale ich próby dostosowania okazują się nieskuteczne [39]. Dzieci mają problemy z identyfikacją emocji, negatywnie oceniają sytuacje obciążające je emocjonalnie oraz stosują mało adaptacyjne strategie radzenia sobie z nimi [40].

Lękowo-ambiwalentny styl przywiązania przekłada się na tworzenie niespójnych, niestabilnych schematów opieki wobec dzieci. Rodzic raz reaguje, a innym razem nie odpowiada na sygnały wysyłane przez dziecko. Dzieci z jednej strony naturalnie pragną bliskości z opiekunem, z drugiej zaś przeżywają lęk przed bliskością z nim [37]. Przywiązanie lękowo-ambiwalentne wiąże się ze zwiększoną podatnością na doświadczanie lęku, skłonnością do zamartwiania się [41]. Dzieci z przywiązaniem lękowo-ambiwalentnym starają się regulować swoje emocje, ale ich próby okazują się nieskuteczne [39]. Ponadto mają one problemy z identyfikacją emocji, negatywnie oceniają sytuacje obciążające je emocjonalnie oraz stosują mniej adaptacyjne strategie radzenia sobie [40]. Zdeorganizowany styl przywiązania cechuje się oszołomieniem, zagubieniem, obawami. Dziecko może zmierzać w kierunku matki i jednocześnie unikać z nią kontaktu wzrokowego (matka stanowi jednocześnie źródło komfortu i stresu). Doświadcza silnego lęku, przejawia nietypowe zachowania, na przykład zastyga, wpatruje się, przybiera dziwne pozy. W sytuacji kontaktu z matką czuje się dezorientowane.

Konsekwencją stylów pozabezpiecznych są trudności w zakresie komunikacji z innymi ludźmi, przyczyniające się w dłuższej perspektywie do zaburzeń zdrowia psychicznego. Prowadzone dotychczas badania wskazują, że dzieci, które budują bezpieczne przywiązanie z rodzicami czy opiekunami, w przyszłości przejawiają mniej zachowań internalizujących i eksternalizujących [42]. Mają lepiej ukształtowane kompetencje społeczne i budują znaczącą jakościowo przyjaźnię. Dzieci tworzące przywiązanie pozabezpieczne wykazują zwiększoną

skłonność do chorób fizycznych, funkcjonują gorzej pod względem kompetencji społecznych i psychologicznych [43]. Niemowlęta, które doświadczają niepewności ze strony opiekuna, w sytuacji odczuwanego dyskomfortu nie poszukują go. Rodzic/opiekun wydaje się im nie-spójny, nieczuły i odrzucający [35]. Badania Ainsworth i współpracowników [19] wykazały, że wrażliwość matki na sygnały dziecka jest pozytywnie związana z kształtowaniem ufności przywiązania. Zdaniem Ainsworth wypracowana we wczesnym dzieciństwie więź zależy od wrażliwości opiekuna na sygnały, jakie wysyła dziecko oraz od jego temperamentu [44].

Metody badawcze stosowane w psychologii rozwojowej umożliwiają dostrzeżenie prawidłowości oraz trudności w rozwoju dzieci, mogących przyczyniać się do nieprawidłowości w zakresie ich funkcjonowania psychicznego, zaś teorie psychoanalityczne pozwalają na pogłębioną analizę czynników kształtowania rozwoju najmłodszych z uwzględnieniem procesów wskazujących na kompetencje przyczyniające się do rozwoju umiejętności w zakresie zdrowia psychicznego.

Teorie psychoanalityczne — sposób rozumienia czynników kształtowania rozwoju dziecka i zdrowia psychicznego

Psychoanalityczne rozumienie rozwoju dziecka obejmuje dynamikę procesów nieświadomych, co w teoriach relacji z obiektem powiązane jest z procesem stopniowej introjekcji obiektów w życiu dziecka i umieszczeniu ich wewnątrz jego psychiki. Możliwość pozytywnego instalowania obiektu wewnętrznego tworzy zasoby niemowlęcia w zakresie podwalin zdrowia psychicznego.

Kiedy niemowlę doświadcza trzymania (holdingu) [45], ma poczucie bycia kochanym. W ten sposób buduje się świat wewnętrzny, umożliwiający rozwój fantazji dziecka. Holding zapoczątkowuje nawiązywanie kontaktu i uczenie się samoregulacji, stanowiąc prototyp zdolności do zabawy. Dzięki temu niemowlę nabywa umiejętności modyfikowania i przekształcania doświadczanego lęku, czyli jednej z kluczowych kompetencji tworzących zdrowie psychiczne. Matka poprzez holding, zwyczajną opiekę i troskę kształtuje umysł dziecka. Połączenie między umysłami matki i niemowlęcia kładzie podwaliny uczenia się drugiego i doświadczania rzeczywistości na bazie rezonansu i intuicji. Wystarczająco dobra matka instynktownie stara się rozpoznać potrzeby niemowlęcia, nazywać je, a następnie stopniowo uczy się przewidywać jego działanie i odpowiadać na nie, adekwatnie rozkodowując znaczenie gestów i odzwierciedlając je. Tworząc strukturę znaczeń, wspiera dziecko w rozwoju w okresie prewerbalnym. Pomaga niemowlęciu stopniowo opanowywać wewnętrzny chaos, w ten sposób umożliwiając integrację. Przeprowadza instynkt w kierunku rozwoju i samourzeczywistniania. Buduje podstawy stabilnego poczucia wartości i wiary w siebie. Umożliwia niepoddawanie się w procesie rozwojowym, dodając siłę i poczucia sprawstwa.

Dzięki tej matczynej funkcji dziecko ma możliwość doświadczenia „myślącej piersi”, tego co Bion [46] nazywa instynktem poszukiwania prawdy i rozróżniania jej od fikcji. W procesie macierzyńskiego *reverie*² matka utrzymuje własny i dziecięcy niepokój

²⁾ *Reverie* — macierzyńskie zamyślenie — „umożliwia odbiór doznań, które niemowlę przekazuje metodą realistycznej identyfikacji projekcyjnej, i nadanie im znaczenia, dzięki zamyśleniu są więc one przekształcane, a niemowlę otrzymuje je z powrotem jako coś znośnego, co może włączyć do swojej osobowości” [42, s. 108].

w umyśle, przetwarzając w ten sposób pierwotne lęki w możliwe do zniesienia dla dziecka. Dodając mu odwagi, buduje możliwości w zakresie podejmowania kolejnych kroków rozwojowych. Brak aktywnej, odzwierciedlającej obecności matki i jej opisanych wyżej zdolności zostawia niemowlę na łasce prymitywnych stanów psychicznych, blokuje realizację kroków rozwojowych.

W klasycznym eksperymencie *still-face* Tronick [47] rozpoznawał reakcje niemowląt na zastygłą niespodziewanie twarz matki, nienawiązującej nagle, po okresie wcześniejszych interakcji, kontaktu z nimi. Ujawnił, że niemowlę przy braku kontaktu z matką „doświadcza gwałtownego otrzeźwienia i zaczyna być nieufne i czujne. Podejmuje szereg prób, żeby przywrócić interakcję do normalnego, wzajemnego rytmu. Kiedy próby te zawodzą, niemowlę wycofuje się i kieruje swoją twarz i ciało w stronę przeciwną od matki. Na twarzy można zobaczyć desperację, poczucie bezradności i wycofanie” [48, s. 452]. Zastygła twarz matki wysyła do dziecka jednocześnie sprzeczne sygnały „witaj” i „do widzenia”, co powoduje uwięzienie emocjonalne niemowlęcia, które podejmuje próby rozpoznania stanu mentalnego opiekunki, a także zaangażowania jej ponownie do żywego kontaktu „twarzą w twarz”, aż do momentu rezygnacji z inicjatywy i poczucia bezradności.

Trevarthen [49], powołując się na eksperyment *still-face*, zwraca uwagę na znaczenie intersubiektywności w zakresie fundamentalnych procesów pierwotnej percepcji, doświadczania emocji i rozpoznania, tworzące system regulacji napięć i afektu między matką a dzieckiem [46]. Procesy opisane w eksperymencie widać na zewnątrz w depresyjnych reakcjach dziecka. Wewnętrznie dotyczą one załamania się stanów macierzyńskiego zamyslenia. Dziecko, będąc w uwięzieniu emocjonalnym, zamiast uczyć się myśleć, rozwija umiejętności nadmiernej identyfikacji projekcyjnej; stara się za wszelką cenę rozpoznać stan matki. „Zapomina” o sobie i swoich potrzebach. Broniąc się przed doświadczanym nadmiarem nieopracowywanych wzajemnie bodźców, odcina się od doświadczeń, wpada w pustkę i uruchamia potrzebę stosowania mechanizmów obronnych już od najwcześniejszych chwil. Przy braku „psychologicznej skóry”, na skutek niewystarczającego kontenerowania emocjonalnego, jest zmuszone używać innych form ochrony, na przykład poprzez przywieranie do martwych przedmiotów, tworząc „drugą skórę” [50]. Radzi sobie z bólem, nie modyfikując doświadczeń w relacji diadycznej, lecz ewakuując impulsy. Jeśli nie trafią one na receptywną emocjonalnie osobę, wracają do dziecka w postaci bezmiennego przerażenia, prowadząc do stanów fragmentacji i depresji.

Stany te obserwowane były w klasycznym eksperymencie dotyczącym małp, z którego wnioski zostały później ekstrapolowane na ludzi i ich wrodzone zachowania związane z poszukiwaniem ciepła i czułości. Harlow [51] wykazał, że małpy preferowały spędzanie czasu ze szmacianą matką zastępczą i wołały ją od drucianej matki, która miała pokarm dla dziecka. Eksperyment Harlowa podważył założenia teorii związanych z popędami, które widziały głód i zaspokajanie go jako źródło motywacji do działań i rozwoju umiejętności. Okazało się, że małpki motywowane były przez ciekawość obiektu i potrzebę uzyskania od niego ciepła i przytulenia. Eksperyment Harlowa uznawany jest za „studium miłości”, wynioskowano z niego bowiem, że chęć poszukiwania ciepła i czułości jest wrodzona, miłość nie pochodzi z głodu konkretnego pożywienia, ale braku ciepła i miłości [51].

Obecność matki, jej ciepło, rezonans i aktywny udział w procesach instynktownej komunikacji i ewakuacji stopniowo, w utajony sposób przekształca doświadczenia sensoryczne.

Umożliwia uporządkowanie doznań i przetworzenie ich w symbol. Konkretnie doświadczenia, takie jak głód i inne potrzeby, mogą być nie tylko przeżywane, ale też można o nich pomyśleć. Symbolizacja jest efektem uczenia się na bazie doświadczeń. Rozpoznawanie tego, co rzeczywiste i doświadczenie braku sprawia, że dziecko może znosić frustracje i stopniowo uznać odrębność obiektu. Za nowo ukształtowaną poznawczą umiejętność rozwojową — stałością obiektu — idą umiejętności emocjonalne doświadczania straty oraz wdzięczności. Modyfikują one mechanizmy obronne, a także zawiść i wszechmocną kontrolę nad obiektem. Niemowlę osiąga kolejny krok w rozwoju emocjonalnym i zaczyna funkcjonować, przechodząc z doświadczeń pozycji schizoidalno-paranoidalnej do depresyjnej [52]. Pierwotnie połączone z matką, na tym etapie może już zacząć budować odrębną przestrzeń, pójść w stronę procesów indywidualnych. Brak wymienionych kompetencji i rozwoju umysłu sprawia, że dziecko doświadcza rzeczywistości wewnętrznej i zewnętrznej jako niezrozumiałej. Zatrzymuje się w procesie rozwojowym, opierając się na prymitywnych mechanizmach obronnych związanych z zaprzeczeniem i identyfikacją projekcyjną. Działa na zasadzie przetrwania i tworzy „fałszywe Ja”. Zdobywa umiejętności, ale nie idą one w parze z rozwojem kompetencji emocjonalnych i regulowaniem się w więzi, co w konsekwencji blokuje możliwości przekształcania lęku oraz dalsze etapy rozwoju umysłu i rozwoju w ogóle. Brakuje mu kompetencji emocjonalnych kluczowych dla zdrowia psychicznego.

Mahler [53] zauważyła, że początki życia wiążą się z przechodzeniem przez fazy rozwoju prowadzące do drugich narodzin o charakterze psychologicznym, kiedy to dziecko wyłania się jako byt psychologiczny obdarzony własnym Ja i odrębną tożsamością. Dochodząc do procesu narodzin w obecności wystarczająco dobrej matki, przechodzi przez fazy: normalnego autyzmu (do pierwszego miesiąca życia), kiedy koncentruje się na własnych procesach, a świat zewnętrzny dla niego nie istnieje; symbiozy (2.–5. miesiąc życia) — w którym rozpoczyna się intrapsychiczny stan połączenia i zaangażowanie uczuciowe wobec matki; fazę separacji-indywiduacji, która dzieli się na podfazy: różnicowania (6.–9. miesiąc życia) — kiedy rozpoczyna się odróżnianie siebie od matki i pojawia się lęk przed obcymi; eksperymentowanie z ciałem matki i umiarkowaną frustracją, praktyki (10.–15. miesiąc życia) — kiedy dziecko protestując, zaznacza własną odrębność, chce kontaktu ze światem, a jednocześnie obawia się zbyt dużego oddalenia; ponownego zbliżenia (16.–23. miesiąc życia) — kiedy dziecko przeżywa konflikt między autonomią i zależnością, chce ponownego zbliżenia, a jednocześnie obawia się wchłonięcia; konsolidacji (24.–30. miesiąc życia) — kiedy dziecko nabywa umiejętności rozpoznania stałości obiektu, ma poczucie granic Ja, rozpoznaje siebie jako kogoś odrębnego, widzi rodzica wielowymiarowo i potrafi odrzucać gratyfikację. Dzieci z trudnościami w zakresie zdrowia psychicznego nie mają kompetencji w osiąganiu kolejnych kroków rozwojowych. Mimo że rosną i są starsze, nie mają możliwości wykształcenia się poczucia własnego Ja [54, s. 20].

Rytm wzajemnej intymności, komunikacja i stałość jako elementy tańca między matką a niemowlęciem

W zdrowej relacji z matką zdrowe psychicznie niemowlę do 5. miesiąca życia uczy się „używać matki jako »znaku nawigacyjnego«, punktu orientacyjnego. Matka jest niczym stałe źródło światła, dzięki któremu dziecko czuje się bezpieczne w eksplorowaniu świata, a następnie bezpiecznie wraca do portu” [54, s. 20]. Obecność matki pomaga dziecku wydobywać się z pomieszczenia, nadaje poczucie sensowności czasu i przestrzeni, instaluje poczucie istnienia wewnętrznej matki, to jest wewnętrznego obiektu, opiekuńki obecnej nawet w przypadku oddzielenia. Dziecko zdrowe może jej zaufać i budować dzięki temu zaufanie do siebie, własnych kompetencji i wyruszyć w podróż rozwojową. Chore nosi w sobie obiekt niekompetentny, zaburzony, wymagający uwagi, któremu nie może zaufać, stąd też przeżywa stany przerażenia zarówno w sytuacji symbiozy, jak i oddzielenia, a te oscylacje rujną kolejne kroki rozwojowe. Jego ego jest kruche, trudno mu utrzymać impulsy, regulować się i doświadczać rzeczywistości. Niemowlęciu brakuje kompetencji emocjonalnych w zakresie zdrowia psychicznego.

Początki życia niemowlęcia pokazują, że istota ludzka potrzebuje obiektu macierzyńskiego, jego ciepła, zdolności przylegania, absorbowania i odczuwania pierwotnych stanów, zgłębiania „potencjału rozpacz i rozczarowania” [54]. Dzięki gotowości matki do przyjęcia emocji niemowlęcia ustala się taniec gestów, spojrzeń, dotyku i komunikacji między nimi. Przepląta on przez umysły dziecka i matki. Wskutek procesów sensoryczno-emocjonalnych [55] możliwe jest zaistnienie komunikacji poprzez fantazję. Powstaje matryca nieświadomego porozumienia, ustalane są znaczenia tego, co jest wyrażane oraz sposoby odczytywania rzeczywistych gestów i rozpoznawania autentycznych intencji, potrzeb i pragnień. Rozpoznanie tej matrycy zawiera się w zdolności rodzicielskiej refleksji i umiejętnościach mentalizacyjnych [56]. Kontakt z rodzicem w zwyczajnej opiece jest pierwszym doświadczeniem intymności. Jest ona możliwa dzięki rezonansowi emocjonalnemu, nabywaniu umiejętności rozpoznawania, widzenia drugiej osoby i przepływu w kontakcie z nią. Komunikacja ta stanowi dialog pomiędzy połączeniem, regresem i chęcią powrotu do najwcześniejszych doświadczeń w brzuchu mamy a jednocześnie chęcią zdobywania kompetencji, wyodrębniania się i wolności. Dzięki jej trwaniu, w rozwoju dziecka pojawia się szansa na pogodzenie dążeń — stałość [55]. Wielokrotnie w trakcie rozwoju, szczególnie podczas trwania normalnych kryzysów rozwojowych, stałość zostaje podważona, umożliwiając dziecku realne istnienie i rozumienie odrębności Ja w odniesieniu do innych ludzi. Dziecko zaczyna rozumieć, co to znaczy moje, twoje, mieć lub nie mieć, dawać, zabierać, być zazdrosnym i mieć władzę. Możliwe jest powstanie zrębów ego — domu psychologicznego; połączenia między ciałem i umysłem, stabilizującego Ja, poczucia własnej wartości, granic i odrębności. Kształt stałości ustala potencjał zdrowia psychicznego niemowlęcia i jego opiekuna.

Otwarcie matki/rodzica na ponowne ożywienie i przeżywanie okresu niemowlęcego tworzy nieświadome połączenie z dzieckiem. Uaktywnia umiejętności zapisane w matce oraz umożliwia gotowość do adaptacyjnych zmian.

Mikroanaliza interakcji między matką a dzieckiem wprowadzona przez Beebe [3] pomaga rozpoznać nieświadome i utajone procesy regulacji emocji i aktywizacji pla-

styczności neuronalnej zapoczątkowującej zdolności uczenia się, a także umiejętności przyjęcia dziecka, przeżywania zachwyty i entuzjazmu oraz traumy i nieświadome lub ukrywane ślady zakłóceń w rodzinach. Matka, jej zdolności kontenerujące i jej umysł stają się środowiskiem rozwoju dla kruchego ego niemowlęcia. Również środowisko, w którym przebywa matka, może być wsparciem dla niej, sprzyjać tworzeniu relacji i naprawie wcześniejszych zakłóceń lub utrudniać nawiązanie intymności. Wspierające środowisko pomaga matce zastąpić stan jednoci w ciąży bliskością poza brzuchem, tworzeniem rytmów opieki. Umożliwia rozwój poprzez przekształcanie relacji wyłącznych — dwójkowych w trójkowe, stabilizujące w konflikcie edypalnym. Daje szansę na doświadczenia grupowe i odnoszące się do konwencji kulturowych. Dziecko, zanurzone w swoim środowisku, jest świadome jego wpływów wyłącznie wtedy, kiedy wymagają one naprawy [56]. Dzieje się to w sytuacji, kiedy zagrożone jest jego zdrowie psychiczne i kiedy poprzez nieadekwatność środowiskową doświadcza kryzysów o charakterze emocjonalnym.

Zeedyk [57] zaznacza, że interakcje między dorosłym a niemowlęciem są intymne i transformujące dla obojga. Budują doświadczenie przyjemności poprzez modyfikację nagromadzonego niepokoju i regulację zaskoczenia. Pozwalają odnaleźć rytm kontaktu oraz wzajemnie stabilizować fizjologię i emocje. Trevarthen [58, s. 119] mówi, że „jeśteśmy urodzeni, by generować stany fluktującego samoświadomienia i by okazywać je innym ludziom, prowokując zainteresowanie i emocjonalne zaangażowanie”, a żywa i intensywna odpowiedź emocjonalna ze strony matki jest najlepszym fundamentem do budowy zdrowego psychicznie funkcjonowania w przyszłości. Proces zakochiwania się dziecka w matce i matki w dziecku wspierany jest wzajemnymi czułymi gestami, wymianą podczas karmienia i wzajemnego kontaktu. Zdaniem Kaplan [54, s. 54] „W swoim romansie z matką dziecko jest artystą (...)”, a dziecięcy romans ze światem to autentyczny akt stworzenia. Dzięki połączeniu z rodzicem dziecko ma szansę znaleźć swoje miejsce w świecie pełnym interakcji między ludźmi.

Dziecko doświadczające deficytów w obszarze kontaktu z pierwotnym obiektem nie doznaje wsparcia w radzeniu sobie z nadmiarem emocjonalnym. Jego świat wewnętrzny zalewany jest przez destrukcję i pozbawiony wszelkiej delikatności. Trauma emocjonalna w pierwotnej relacji dotyczy „nieobecności psychicznej matki” mimo obecności „matki fizycznej”. Zdaniem De Masi [55, s. 58] „doświadczenie kliniczne potwierdza, że wcześnie zniekształcenie komunikacji emocjonalnej między umysłami dzieci i rodziców ma następstwa traumatyczne (...) gdy doszło już do identyfikacji z chorym rodzicem, pacjent wyczuwa obecność inwazyjnego obiektu w swoim świecie wewnętrznym i jednocześnie odnosi wrażenie, iż zawładnęły nim jakieś obce i niezrozumiałe obiekty. To tak, jakby absorbował podeksycytowaną lub psychotyczną część rodzica i identyfikował się z nią, postrzegając ją jako część siebie, a jednocześnie ta część wprowadzała pomieszanie w relacjach z innymi ludźmi”. W takiej sytuacji dziecko wzrasta, nie mając poczucia Ja, a jego funkcjonowanie będzie zagrożone załamaniem psychicznym ze względu na brak wewnętrznych kompetencji emocjonalnych i potencjałów w zakresie zdrowia psychicznego.

Podsumowanie

Analiza zdrowia psychicznego oraz jego elementów jest istotna dla prawidłowego rozumienia rozwoju i przyszłego funkcjonowania dzieci. Pozwala powiązać rozpoznawany poziom rozwojowy dziecka z czynnikami nieświadomymi, dotyczącymi więzi i głębokich wzorców samoregulacyjnych, wynikających zarówno z dyspozycji biologicznych, jak i z psychologicznego uposażenia dziecka oraz jego środowiska. Celem działań w zakresie zdrowia psychicznego niemowląt jest zredukowanie lub wyeliminowanie cierpienia i zabezpieczenie niekorzystnych skutków zaniedbań, takich jak: niepowodzenia szkolne, trudności rówieśnicze, izolacja, konflikty, opóźnienia rozwojowe lub zaburzenia, a także promocja zdrowia poprzez wzmocnienie kompetencji społecznych i prężności. Takie interwencje akcentują zmiany u niemowlęcia oraz w zachowaniu rodzica i funkcjonowaniu całej rodziny, by umożliwić uitorowanie rozwoju i wprowadzenie dziecka na bezpieczniejsze i korzystniejsze rozwojowo tory. Korzystna jest także psychoterapia rodzic–niemowlę i rozpoznanie wzorców związanych z traumą międzygeneracyjną.

Specyfika okresu niemowlęctwa pozwala dostrzec zmieniający się obraz objawów i trudności dziecka w adaptacji oraz utrzymywanie się na przestrzeni czasu sztywnych łańcuchów zachowań. Widoczna w tym okresie specyfika temperamentu dziecka i jego neurobiologiczne uposażenie wskazują na potencjał możliwości zaistnienia dziecka w świecie. Pokazuje się też skomplikowanie interakcji w świecie zewnętrznym i wewnętrznym niemowlęcia, a także jego kruchość i potrzeba wsparcia. Wczesne i adekwatne rozpoznanie potrzeb rodziny pomaga wstrzymać negatywną transformację wczesnych objawów depriacji i traumy oraz ukształtowanie stałych perwersji charakteru i osobowości. Pozwala też na działanie elastyczne wtedy, kiedy dziecko jest małe, a rodzic gotowy na nabywanie nowych doświadczeń.

Zdrowie psychiczne niemowląt stanowi zagadnienie ważne i ciągle analizowane. Szczególnie istotne jest dostrzeżenie czynników warunkujących zdrowie psychiczne najmłodszych i podejmowanie prób, by skutecznie je chronić. Dokonane na płaszczyźnie psychologii rozwojowej i psychoanalitycznej analizy pozwoliły dostrzec znaczenie relacji zachodzącej między matką a dzieckiem, w tym wagę przywiązania i regulacji emocji oraz rolę wsparcia i zasobów środowiska, w którym rozwija się i funkcjonuje dziecko. Zdrowie psychiczne oznacza elastyczność i ciepło kontaktu, a także możliwość napraw w przerwany lub nieadekwatnie odzwierciedlony kontakcie dzięki instalacji dobrego obiektu wewnętrznego, co umożliwia stopniowe zaistnienie komunikacji uwzględniającej różnice indywidualne między dzieckiem a jego otoczeniem. Właściwa stymulacja dziecka i zaspokajanie jego potrzeb sprzyja rozwojowi i efektywnemu funkcjonowaniu oraz przyczynia się do zachowania zdrowia psychicznego.

Piśmiennictwo

1. Zeanah CH, Zeanah PD. Infant mental health: The science of early experience. W: Zeanah CH, ed. Handbook of infant mental health. New York, London: New Guilford Publications; 2018, 5–24.
2. Zero to Three, Early Connections last a lifetime. 2001. <https://www.zerotothree.org/about/>

3. Beebe B, Jaffe J, Markese S, et al. The origins of 12-month attachment: a microanalysis of 4-month mother-infant interaction. *Attach Hum Dev*. 2010; 12(1–2): 3–141.
4. Meins E, Fernyhough C, Fradley E, Tuckey M. Rethinking maternal sensitivity: mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42(5): 637–648.
5. Slade A. Parental reflective functioning: an introduction. *Attach Hum Dev*. 2005; 7(3): 269–281.
6. Sameroff A. ed. The transactional model of development: How children and contexts shape each other. Washington DC: American Psychological Association; 2009.
7. Lingiard V, McWilliams N. PDM-2. Podręcznik diagnozy psychodynamicznej, tom 3. Dzieciństwo. Niemowlęstwo i wczesne dzieciństwo. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2020.
8. National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network. (2004). Trajectories of physical aggression from toddlerhood to middle childhood: Predictors, correlates and out-comes. Monographs of the Society for Research in Child Development, 2004; 69 (Serial No. 278): 1–144.
9. Kielar-Turska M, Białecka-Pikul M. Wczesne dzieciństwo. W: Harwas-Napierała B, Trempała J. red. Psychologia rozwoju człowieka, tom 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2014; 47–82.
10. Naumova OY, Lee M, Rychkov SY, Vlasova NV, Grigorenko EL. Gene expression in the human brain: the current state of the study of specificity and spatiotemporal dynamics. *Child Dev*. 2013; 84(1): 76–88.
11. Piaget J, Inhelder B. The psychology of the child. New York, NY: Basic Books; 1969.
12. Piaget J. The development of time concepts in the child. W: Hoch PH, Zubin J, eds. *Psychopathology of childhood*. New York, NY: Grune & Stratton; 1955, 34–44.
13. Trempała J. red. Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
14. Newman BM, Newman PR. Teorie rozwoju człowieka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2024.
15. Hobson P. The cradle of thought. London: Macmillan; 2002.
16. Piaget J. Studia z psychologii dziecka. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 1966.
17. Bowlby J. Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety, and anger. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973.
18. Bowlby J. Attachment and loss. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.
19. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment. A psychological study of the strange situations. Hillsdale, NY: Erlbaum; 1978.
20. Bowlby J. Przywiązanie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
21. Król-Kuczkowska A. Zastosowanie teorii przywiązania w psychoterapii osób cierpiących na zaburzenie typu borderline (BPD) na podstawie prac Petera Fonagy'ego. W: Józefik B, Iniewicz G (red.). Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2008; 75–89.
22. Bowlby J. A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York: Basic Books; 1988.
23. Brumariu LE. Parent-Child Attachment and Emotion Regulation. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2015; 2015 (148): 31–45.

24. Bowlby J. *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization; 1952.
25. Bosmans G, Van de Walle M, Bijttebier P, et al. Children's Attention to Mother and Adolescent Stress Moderate the Attachment-Depressive Symptoms Link. *Psychol Belg*. 2020; 60(1): 294–314.
26. Bowlby J. *Attaccamento e perdita: Volume I: L'attaccamento alla madre*. Torino: Bollati-Boringhieri; 1999.
27. Rescorla L. Late-talking toddlers: A 15-year follow up. W: Rescorla LA, Dale PS, eds. *Late talkers: Language, development, intervention, and outcomes*. Baltimore, MD: Brookes; 2013, 219–239.
28. Tanaka JW, Wolf JM, Klaiman C, et al. The perception and identification of facial emotions in individuals with autism spectrum disorders using the Let's Face It! Emotion Skills Battery. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012; 53(12): 1259–1267.
29. Lavelli M, Fogel A. Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: the 2-month transition. *Dev Psychol*. 2005; 41(1): 265–280.
30. Rodriguez C. The construction of executive function in early development: The pragmatics of action and gestures. *Human Development*. 2022; 66(4–5): 239–259.
31. McIntosh JE, Olsson CA, Schuijers M, et al. Exploring Perinatal Indicators of Infant Social-Emotional Development: A Review of the Replicated Evidence. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2021; 24(3): 450–483.
32. Czub M. Znaczenie wczesnych więzi społecznych dla rozwoju emocjonalnego dziecka. *Forum Oświatowe*. 2003; 2(29): 31–49.
33. Kerns KA, Abraham MM, Schlegelmilch A, Morgan TA. Mother-child attachment in later middle childhood: assessment approaches and associations with mood and emotion regulation. *Attach Hum Dev*. 2007; 9(1): 33–53.
34. Pospiszył K. *Psychologia kobiety*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, 1978.
35. Chambers J. *The Neurobiology of Attachment: From Infancy to Clinical Outcomes*. Psychodeny Psychiatry. 2017; 45(4): 542–563.
36. Schore AN. *Affect regulation & the repair of the self*. New York: W. W. Norton; 2003.
37. Płopa M. *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Impuls; 2008.
38. Groh AM, Roisman GI, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Fearon RP. The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Dev*. 2012; 83(2): 591–610.
39. Thompson RA. Childhood anxiety disorders from the perspective of emotion regulation and attachment. W: Vasey MW, Dadds MR, eds. *The developmental psychopathology of anxiety*. New York, NY: Oxford University Press; 2001; 160–182.
40. Brumariu LE, Kerns KA, Seibert A. Mother-child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. *Personal Relationships*. 2012; 19(3): 569–585.
41. Colonesi C, Draijer EM, Stams GJJM, Van der Bruggen CO, Bögels SM, Nool MJ. The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic review. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011; 40(4): 630–645.
42. Brumariu LE, Kerns KA. Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: a review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol*. 2010; 22(1): 177–203.
43. Snyder R, Shapiro S, Treleaven, D. *Attachment Theory and Mindfulness*. *J Child Fam Stud*. 2012; 21: 709–717.

44. Kagan J, Reznick JS, Snidman N. The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev*, 1987; 58: 1459–1473.
45. Winnicott D. Procesy dojrzewania i sprzyjające środowisko. *Badania nad teorią rozwoju emocjonalnego*. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2018.
46. Bion W. O rozwoju umysłu. Idee Biona i przekształcenia w praktyce klinicznej. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2018.
47. Tronick E, Brazelton TB, Als H. The Structure of face-to face interaction and its developmental functions. *Sign Language Studies*, Spring 1978, 1–16 Gallaudet University Press.
48. Weinberg MK, Beeghly M, Olson KL, Tronick E. Still Face Paradigm for young children. 2 ½ year old children's reactions to maternal unavailability during the still face. *The Journal of Developmental processes*, 2008, vol. 3, issue 1.
49. Trevarthen C. The concept and foundations of infant intersubjectivity. W: Braten S, ed. *Inter-subjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge: University Press; 1998; 15–46.
50. Bick E. Doświadczenie skóry we wczesnych relacjach z obiektem. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1967; 49: 484–486.
51. Harlow HF. The nature of love. *American Psychologist*. 1958; 13(12): 673–685.
52. Waddell M. *Inside Lives. Psychoanalysis and the growth of the personality*. London, New York: Karnac Books; 2002.
53. Mahler M, Autism and Symbiosis, Two extreme Disturbances of Identity. *Int J Psychoanal*. 1958; 39(2–4): 77–83.
54. Kaplan LJ. Jedność i oddzielenie od niemowlęcia do odrębnej jednostki. Koszalin: Centrum Pracy z Ciałem Joanna Olchowik; 2014.
55. De Masi F. *Praca z trudnymi pacjentami. Od nerwicy do psychozy*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2017.
56. Chrzan-Dętkoś M. Chroniąca funkcja rodzicielskiej mentalizacji. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*. 2018; 17(4): 9–27.
57. Zeedyk MS. From Intersubjectivity to Subjectivity: The Transformative Roles of Emotional Intimacy and Imitation. *Infant and Child Development*. 2006; 15(3): 321–344.
58. Trevarthen C. What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*. 2011; 20(1): 119–135.

Adres: aleksandrahytros@yahoo.co.uk

Bogusława Piasecka^{1,2}, Agata Siwiec-Bek², Barbara Józefik³

WARIACJE NA TEMAT ZESPOŁU REFLEKTUJĄCEGO

VARIATIONS ON THE THEME OF THE REFLECTIVE TEAM

¹Uniwersytet Jagielloński, Wydział Zarządzania i Komunikacji Społecznej, Instytut Psychologii Stosowanej

²Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży,
Ambulatorium Terapii Rodzin

³Fundacja Kontekst na Rzecz Rozwoju Psychoterapii i Terapii Rodzin

**reflective team
family therapy
co-therapy**

„Dlaczego ukrywaliśmy nasze rozważania na temat rodzin?”

Tom Andersen [1].

Streszczenie

Niniejsze opracowanie ma na celu pogłębienie wiedzy na temat przydatności refleksji w terapii rodzin. Proces refleksyjny w formie metody zespołu refleksyjnego (odzwierciedlającego) został opisany przez Toma Andersena jako filozofia leczenia opracowana na podstawie teoretycznych założeń systemowych i konstrukcjonizmu społecznego. Rodzina potrzebuje nowych pomysłów, by móc się zmieniać, tak jak system leczący potrzebuje rozmowy, superwizji, by dostrzec nowe rozwiązania, posłuchać innych punktów widzenia. Dlatego rozmowa stanowi podstawowe narzędzie leczące. Autorki – po wprowadzeniu w zagadnienie, opracowanym na bazie literatury przedmiotu – przedstawiły zapis rozmowy między terapeutkami rodzinnymi, prowadzonej podczas sesji. Rozmowy, której przysłuchiwała się rodzina. Zakończeniem tekstu jest dialog podsumowujący i walidujący proces refleksyjny.

Summary

The present study aims to deepen the understanding of the role and usefulness of reflection in family therapy. The reflective process—particularly in the form of the Reflective or Reflecting Team method—was conceptualized by Tom Andersen as a therapeutic philosophy grounded in systems theory and social constructionism. Just as families require new perspectives to facilitate change, the therapeutic system itself benefits from dialogue and supervision as means to uncover new solutions and to consider alternative viewpoints. In this sense, conversation becomes a central healing tool. Following an introduction to the topic, developed through a review of relevant literature, the authors present a transcript of a conversation between two female family therapists, conducted during a session in which the family was present as listeners. The text concludes with a dialogue that summarizes and validates the reflective process.

Wprowadzenie

Osoba oraz sposób myślenia i działania Toma Andersena miały i mają ogromny wpływ na psychoterapeutów, szczególnie pracujących z rodzinami i parami. Wyrazem tego może być poświęcona mu publikacja [2], w której 40 autorów — psychoterapeutów pochodzących z czterech kontynentów — oddaje mu hołd, doceniając jego sposób bycia, pomysły i pracę. Raphael J. Becvar [3] w recenzji wspomnianej książki pisze, że koncepcje Andersena definiują jego postawę wobec ludzi, przesyconą szacunkiem, zaciekawieniem i troską. John Shotter [4] w osobistym tekście o Andersenie, którego określa jako rozmyślającego, zaniepokojonego wędrowca, doceniając jego wkład w zmianę filozofii pracy psychoterapeutycznej, nawołuje „by zrobić coś więcej niż tylko upamiętnić jego osiągnięcia, musimy opracować sposób, aby nigdy o nich nie zapomnieć”.

Podejście Toma Andersena do psychoterapii, jego metoda pracy opierająca się na zespole reflektującym (odzwierciedlającym), były i są szczególnie bliskie także polskim psychoterapeutom, zwłaszcza tym, którzy mieli możliwość wziąć udział w jego warsztatach organizowanych w Krakowie. Uczestnicy warsztatów mogli wówczas doświadczyć jego niezwyklej umiejętności budowania bliskiej relacji, uważnego, wnikliwego słuchania, wrażliwości, jednoczesnej skromności i bezpośredniości. Wszystko to dawało poczucie, że jest się przez niego widzianym, słyszanim i odczuwanym [5].

Przedstawiając swój sposób myślenia i opowiadania o procesie reflektującym, który zmieniał się na przestrzeni lat, Andersen podkreślał, iż początkowo źródła refleksji poszukiwał w intelekcie, a później w uczuciowości, jednocześnie doceniając doznania cielesne. W relacjach interpersonalnych, ze szczególnym podkreśleniem relacji psychoterapeutycznej, kluczowa była dla niego obecność i uważność na drugiego, na siebie i wspólne bycie. Aby je budować, potrzebny jest stan umysłu, który autor nazywa stanem początkowym (ang. *beginner's mind* lub *original mind*). Nie stan wiedzy, lecz niewiedzy, dowiadywania się. Andersen uważał, że każdy kontakt człowieka z człowiekiem wiąże się z wzajemnym wpływem. Każde wypowiedziane słowo, gest czy ruch może zmieniać myślenie i te sekwencje zdarzeń poddaje się w psychoterapii procesowi refleksji. Ten rodzaj kontaktu interpersonalnego wymaga spowolnienia rozmowy i doświadczenia wspólnej obecności.

Inspiracją dla wypracowanego przez Toma Andersena podejścia do terapii były prace wielu autorów. Wśród najważniejszych należy wymienić Harolda Goolishiana, Harlene Anderson, Gregory'ego Batesona, Humberta Maturanę, Michała Bachtina, Lwa Wygotskiego i Adel Bülow-Hansen. Shotter wspomina, że ze spotkań z Goolishianem Andersen zrobił notatki, które przygotował dla Shottera przed wspólną pracą warsztatową. Niektóre z nich oddają ideę myślenia konstrukcjonistycznego [4], które było tłem teoretycznym metody Andersena. Warto w tym miejscu przytoczyć kilka zdań z tych notatek: „Nie wiesz, co myślisz, zanim tego nie powiesz. Musimy rozmawiać, żeby dowiedzieć się co myślimy. Jeśli chcesz, żeby terapia przebiegła szybko, musisz działać powoli. Musisz brać udział w jak największej liczbie rozmów zawodowych, a zwłaszcza z tymi, którzy myślą zupełnie inaczej niż ty. Kiedy pomysły zostają wypowiedziane na głos, nie są już twoje” [4].

Drugą znaczącą osobą była fizjoterapeutka Bülow-Hansen. Obserwując jej pracę, Andersen zauważył, że przed każdym kolejnym ruchem rąk zwracała szczególną uwagę na reakcję osoby na jej dotyk. Jeżeli był nieodpowiedni, zbyt silny lub zbyt słaby, ciało

osoby natychmiast dawało znać napięciem mięśni, grymasem, wokalizą. Istotą podejścia Bülow-Hansen było poszukiwanie odpowiedniego dotyku, takiego, który wprowadzał zmianę, przynosił ulgę w cierpieniu cielesnym. Andersen zobaczył analogię w psychoterapii. Przyjmując za Batesonem, że proces zmian zostaje zainicjowany wtedy, gdy w rozmowie utrzymana jest różnica, wprowadził pojęcie tzw. optymalnej różnicy [6, 7, 8].

Jeśli ludzie stykają się z tym, co zwyczajne, co już wiedzą, zwykle pozostają tacy sami; jeśli spotykają coś, co jest zbyt odległe od ich doświadczenia, zamykają się, aby chronić swoją integralność. Stąd niezwykła wrażliwość Andersena na wszystkie sygnały dyskomfortu, uwzględnianie oczekiwań uczestników rozmowy, akceptacja dla tych, którzy nie chcą rozmawiać, wolne tempo wymiany myśli, pozwalające na reflektowanie zachodzącego procesu. Tak prowadzone spotkanie stwarza szansę na pojawienie się opisów, które mogą inicjować pomysły na zmianę sytuacji. W ujęciu Andersena zmiana przejawia się „w ruchu, w języku, sposobie rozmawiania”, to „coś, co robimy w każdej chwili dnia nawet tego nie zauważając” [4].

Andersen był uważny na informacje od klientów, a jednocześnie na swoje odpowiedzi emocjonalne i cielesne, by w kolejnej sekwencji formułować myśli, znaczenia przekazywać słowami, ale nie dowolnymi, a starannie dobranymi, wyszukanymi z wielu możliwych słów. Kontakt z klientami wywodzącymi się z bardzo zróżnicowanych środowisk, namysł nad ich potrzebami i użytecznością pomocy skłonił Andersena do stworzenia metody psychoterapii z zastosowaniem zespołu reflektującego. W późniejszym etapie swojej pracy autor używał szerszego określenia procesu reflektującego.

Zespół reflektujący (odzwierciedlający) i proces reflektujący

Początki włączania innych terapeutów jako obserwatorów-uczestników sesji rodzinnych w podejściu systemowym wynikały między innymi z idei mediolańskiej neutralności [9]. Procedura terapeutyczna zakładała, by sesję prowadziła para (kobieta i mężczyzna) terapeutów, a dwie inne osoby obserwowały spotkanie przez lustro weneckie. Obserwatorzy mogli wezwać terapeutę, dzwoniąc przez wewnętrzny telefon lub przekazać swoje pytanie albo komentarz, które terapeuta miał powtórzyć rodzinie. Zasada neutralności nie zakładała bierności czy obojętności terapeuty, a pozostawanie w przymierz ze wszystkimi członkami rodziny i unikanie pułapki koalicji. Interwencja terapeutów zza lustra miała uniemożliwiać wciąganie terapeutów prowadzących w „gry rodzinne”. Cały zespół terapeutyczny prowadził rozmowy o rodzinie przed każdą sesją, w przerwie i po sesji. Andersen — konsekwentnie przyjmując perspektywę społecznego konstrukcjonizmu zakładającą, iż jest tyle opisów sytuacji, ile osób obserwujących — zaproponował rewolucyjną w swojej prostocie modyfikację sposobu prowadzenia rozmów, tak aby dostarczyły one jak największej ilości opisów. Zrezygnował z lustra i zaprosił do udziału w sesji dodatkowych terapeutów-obserwatorów, którzy, przysłuchując się rozmowie terapeuty z rodziną, tworzą tzw. zespół reflektujący (odzwierciedlający). W końcowej części spotkania dzielą się oni swoimi komentarzami na temat rozumienia sytuacji rodzinnej. Stwarza to przestrzeń na pojawienie się nowych opisów, z których członkowie rodziny mogą wybrać dla siebie te treści, które uważają za najbardziej dla siebie przydatne. Zlikwidowanie bariery lustra

było ważnym gestem na rzecz spłaszczenia hierarchii. Wszystkie rozmowy odbywały w obecności tych, którzy zgłaszali się z problemem.

Trudno przecenić znaczenie modyfikacji polegającej na otwarciu dialogu i wprowadzeniu wzajemnego słuchania oraz dzielenia się refleksjami. Członkowie rodziny po części sesji prowadzonej przez terapeutę (lub terapeutów), a obserwowanej przez zespół zaproszonych terapeutów (zespół reflektujący), stają się obserwatorami i słuchaczami rozmowy zespołu reflektującego. W dalszej kolejności członkowie rodziny mogą się podzielić swoimi komentarzami, które pojawiają się po wysłuchaniu zespołu. Ta rozmowa zespołu reflektującego o rozmowie pomiędzy rodziną a terapeutą prowadzącym powinna przebiegać z zachowaniem kilku reguł. By stała się użyteczna, powinna być „wystarczająco niezwykła”, czyli zachowywać optymalną różnicę między rozumieniem rodziny a wprowadzeniem nowego rozumienia przez zespół. Język, tempo i rytm konwersacji powinny być przyjazne dla rodziny. Zachowanie stylu hipotetycznego wypowiedzi zostawia przestrzeń na refleksję rodziny i możliwość odrzucenia perspektywy zespołu, zachowując ideę wielowsyjności. Dialog zespołu reflektującego nie może zawierać ocen czy krytyki. Kiedy wprowadza się dialog reflektujący do pracy z rodzinami, potencjalnie toczą się cztery równoległe konwersacje: wewnętrzny dialog klientów, wewnętrzny dialog terapeutów, zewnętrzna rozmowa terapeutów z klientami oraz zewnętrzna rozmowa terapeutów, której przysłuchują się klienci. Wymaga to spowolnienia rozmowy i zwiększenia u uczestników spotkania tolerancji na ciszę.

Badania dotyczące zespołu reflektującego (odzwierciedlającego)

Rzetelny obraz literatury na temat zespołu reflektującego daje artykuł Harris i Crossleya [10]. Autorzy poddali metaanalizie publikacje, które ukazały się na przestrzeni 20 lat, do 2019 roku. Odwołując się do skrupulatnie dobranej literatury, opisali zarówno pozytywny, jak i utrudniający wpływ zespołu reflektującego na pracę terapeutyczną. Wprowadzenie takiego zespołu może poprawić sojusz terapeutyczny, przyspieszając osiągnięcie wyników terapii. Bezpośrednie słuchanie zespołu reflektującego ukazało rodzinom powstawanie pomysłów na nowe rozwiązania, a większa liczba specjalistów przełożyła się na różnorodność perspektyw rozumienia tego samego zjawiska.

Pojawiające się alternatywne sposoby myślenia były ogólnie postrzegane jako korzystne. Klienci doceniali używanie prostego języka, przekazywanie treści w ciepły i zrozumiały sposób. Przysłuchiwanie się profesjonalistom, którzy nieoceniano i z zaangażowaniem prowadzili rozmowę o rozmowie, dodawało otuchy i nadziei rodzinom oraz pomagało im w kontynuowaniu terapii. Członkowie rodzin uznali za pomocne, gdy zespół składał się ze zróżnicowanej grupy osób pod względem doświadczenia zawodowego, wieku, płci i kultury. Przysłuchiwanie się rozmowie o sobie, a nie odbieranie bezpośrednio skierowanych do siebie informacji, było dla rodzin mniej konfrontacyjne, nawet jeżeli treść refleksji zespołu okazała się trudna dla ich członków.

Jednak w pewnych przypadkach interwencja zespołu była odbierana przez klientów jako dziwna i nieznana praktyka. Niektórzy odczuwali dyskomfort w związku z bezpośrednią obecnością dodatkowych osób albo zmagali się z poczuciem nadmiernego odsłonięcia,

pokazania się osobom, których wcześniej nie spotkali, nie mieli z nimi przymierza, a z którymi dzielili się intymnymi szczegółami ze swojego życia. W około jednej trzeciej artykułów klienci stwierdzali, że słuchanie refleksji było nieprzyjemne, a przekazywane informacje były czasami odbierane jako zagmatwane i przytłaczające. W większości przypadków z biegiem czasu uczucie dziwności i sztuczności osłabło i pozwoliło klientom doświadczyć innego sposobu komunikowania się w swoich relacjach.

Ciekawym wnioskiem z analizy było odkrycie, że koncentrowanie się w rozmowie zespołu reflektującego tylko na mocnych stronach rodziny i ekspozowanie jej zasobów może być przyjmowane nieufnie i z obawą, że jej członkowie zostali niezrozumiani w swoim cierpieniu i wątpliwościach dotyczących własnych działań i decyzji. Klienci zazwyczaj przychodzą na terapię, oczekując, że uda im się pokonać zgłaszane trudności i chcą o nich rozmawiać. Podsumowując, głównym warunkiem użyteczności udziału zespołu reflektującego jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa u klientów, a kluczowym rezultatem jest odzyskanie przez nich nadziei. Kolejne badania nad przydatnością procesu refleksji [9, 10] pozwoliły ukazać opinie zarówno terapeutów, jak i klientów.

Constable i in. [11] poddali analizie i kategoryzacji rozmowy w czterech zespołach reflektujących. Analiza dotyczyła nie tylko treści wypowiedzi, ale też długości poszczególnych wymian (tur). Metodologicznie projekt łączył badania ilościowe i jakościowe. Czas trwania rozmowy reflektującej w analizowanym materiale wynosił od 3 minut 10 sekund do 5 minut 40 sekund. Opisany w tekście proces kategoryzacji był zobiektywizowany, a kategorie zilustrowane cytatami. Na podstawie transkrybowanych rozmów reflektujących badacze wyłonili 11 kategorii wypowiedzi: 1) zauważyli coś, o czym była mowa podczas sesji, 2) zastanawiali się, jak czuła się rodzina, 3) używali metafor, 4) zaproponowali pomysł, o którym nikt nie pomyślał, 5) podzielili się swoją wiedzą ekspercką, 6) zasugerowali coś, co można by wypróbować, 7) podkreślili coś pozytywnego, 8) komentowali coś, o czym się mówiło, 9) zauważyli zmianę, 10) komentowali własne emocje, 11) podzielili się historią o własnych doświadczeniach.

Hicks i in. [12] w oparciu o wcześniejsze badania opracowali kwestionariusz do walidacji przydatności refleksji terapeutów. Osoby uczestniczące w terapii rodzinnej miały określić przydatność zarówno poszczególnych refleksji zespołów odzwierciedlających, jak i całej sesji prezentowaną w kwestionariuszu na pięciostopniowej skali. Zostały także poproszone o oszacowanie stopnia poprawy od czasu rozpoczęcia terapii rodzinnej na skali Likerta: od „znacznie gorzej” (−4) przez „tak samo” (0) do „znacznie lepiej” (4). Autorzy uzyskali odpowiedzi od 24 uczestników terapii rodzinnej. Najbardziej przydatne w badanej grupie okazały się refleksje polegające na dostrzeżeniu i podkreśleniu zdarzenia lub tematu, które pojawiły się podczas sesji, podzieleniu się wiedzą ekspercką oraz na pozytywnych informacjach zwrotnych. Jako najmniej przydatne określono proponowane metafory, a także dzielenie się przez terapeutów z zespołu reflektującego swoim własnym doświadczeniem lub emocjami. Ogólnie udział zespołu reflektującego w sesji został oceniony jako przydatny dla rodziny. Bardzo ważnym praktycznym wnioskiem z badań jest dopasowanie refleksji do rodziny i stworzenie przestrzeni podczas sesji do wspólnego zastanowienia się, które z refleksji są bardziej pomocne, czyli lepiej dopasowane do danej rodziny.

Z opisu metody prowadzenia psychoterapii z udziałem zespołu reflektującego wynika, jak wymagający merytorycznie i organizacyjnie jest ten sposób pracy. Powstaje więc

pytanie, czy można, zachowując ideę teamu reflektującego, wprowadzać jej elementy do codziennej praktyki klinicznej bez angażowania dodatkowych terapeutów, tym bardziej że Andersen podkreślał, iż proces refleksyjny jest przede wszystkim postawą, a nie procedurą. W pracy z rodziną należy uwzględnić wyniki badań i skupić się na tym, co może być najbardziej pomocne w procesie reflektującym, starając się jednocześnie ograniczyć ambiwalencję wynikającą z obecności zespołu reflektującego.

Poniższy przypadek kliniczny jest ilustracją wdrożenia procesu reflektującego do pracy z rodziną prowadzoną przez dwie psychoterapeutki.

Ilustracja kliniczna

Proces terapii rodzinnej, który przedstawiamy we fragmentach, trwał cztery lata, był prowadzony najpierw przez jedną psychoterapeutkę, potem — po dwóch latach, z powodów formalnych (zmiana pracy psychoterapeutki prowadzącej) — przez dwie psychoterapeutki. Zmiana prowadzących była wcześniej zapowiedziana i omówiona z rodziną. W terapii uczestniczyły matka i córka. W czasie zgłoszenia córka C. miała 15 lat, matka M. 51. Powodem rozpoczęcia terapii rodzinnej była wzajemna przemoc fizyczna i werbalna. C. była równocześnie w terapii indywidualnej z powodu rozpoznania zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD). W ciągu dwóch lat nastąpiła poprawa objawowa w obszarze tych zaburzeń, natomiast wzajemna przemoc była objawem uprzedmiotowienia, wtórnie powodującym cierpienie, rozpacz, rozczarowanie i poczucie winy u M. i C. Przed zakończeniem pierwszego dwuletniego etapu terapii rodzinnej odbyło się zebranie kliniczne zespołu, podczas którego dyskutowaliśmy o settingu i odpowiednim dopasowaniu psychoterapeutów. Rozmowa w gronie zespołu terapii rodzinnej zaowocowała pomysłem, by spotkania prowadziły dwie terapeutki, w wieku odwzorowującym konstelację rodzinną. Już na tym etapie powstała propozycja, by do terapii wprowadzać ideę procesu reflektującego w formie wplatania rozmowy o rozmowie pomiędzy dwiema terapeutkami. W założeniu dialog terapeutek byłby modelujący dla M. i C., skłaniający do refleksji, być może pomógłby także zatrzymywać niszczącą relację kłótnie, również na sesjach. Pojawiła się też nadzieja, że kiedy w sesjach będą uczestniczyć osoby z generacji i matki, i córki, obydwie poczują się lepiej zrozumiane. Pierwszy etap pracy był poświęcony nawiązaniu relacji i zbudowaniu przymierza terapeutycznego. Ponownie omawialiśmy proces zmiany prowadzących, dając klientkom przestrzeń i normalizując ich uczucia niepewności oraz braku zaufania, a także możliwe złość i smutek związane z rozstaniem z poprzednią psychoterapeutką. Wspólnie z rodziną wyłoniliśmy cele terapii: zatrzymanie przemocy, separacja-indywiduacja córki, odblokowanie zahamowanych procesów rozwojowych nastolatki, różnicowanie złanych emocji matki i córki, neutralizacja lojalności rodzinnych osłabiających rozwój córki, praca ze zjawiskami parentyfikacji oraz podwójnego wiązania (M: chcę żebyś była samodzielna, jestem zmęczona tobą — nie wiem, jak sobie bez ciebie poradzę), wzmocnienie matki w ujawnianiu indywidualnych potrzeb, praca z syndromem opuszczonego gniazda.

Na kolejnym etapie terapii zaproponowaliśmy wprowadzenie naszego dialogu, prosząc o wysłuchanie nas i przekazanie informacji zwrotnej dotyczącej odczuć i myśli klientek.

Zdecydowałyśmy się na rozmowę pomiędzy sobą po kolejnym poruszeniu przez M. i C. tematu bałaganu i kłótni o rozrzucone rzeczy.

Przykład dialogu reflektującego terapeutek

fragment 1:

T1: Dużo smutku i lęku jest w tej relacji. I pomyślałam sobie, że ta złość o bałagan jest łatwiejsza do przeżywania niż ten smutek. Także ten bałagan jest bardzo potrzebny.

(śmiech matki)

(cisza, 18 sekund)

T2: Ja sobie w ogóle pomyślałam, że przy tych momentach takiego smutku, jak się panie kłóć, to są blisko siebie. A w momentach tej złości oddalają się od siebie.

T1: Ale to oddalenie, ta złość, ja nie wiem, czy ty się zgodzisz ze mną, Bogusiu, ale że ta złość pozwala trochę na to oddalenie, o które też chodzi.

T2: I które byłoby potrzebne, żeby każda miała swoją przestrzeń.

T1: To pokazuje takie dwie funkcje tej złości.

fragment 2:

T1: Mam taką hipotezę, że między matką a córką jest taka bolesna więź, i że te intencje są takie bardzo pozytywne, żeby właśnie ta relacja była taka dobra, taka przyjazna i pełna zrozumienia, ale coś tu się zmienia w działaniu, w zachowaniach i jest bolesne, staje się bolesne.

T2: Ja mam też takie poczucie, że zarówno Pani, jak i córka mówią bardzo dużo o tej drugiej z taką troską. Tylko dzieje się coś takiego w międzyczasie, że ta troska rani.

T1: Mhm. I ten bałagan to jest tylko to, co jest na wierzchu. Ten bałagan, który jest tematem rozmowy. I te rozmowy być może służą, żeby pokazać, jak bardzo siebie potrzebują.

Jak działał dialog reflektujący terapeutek

Początkowo — po wprowadzeniu po raz pierwszy dialogu reflektującego — zarówno matka, jak i córka zareagowały zaskoczeniem, ale też zainteresowaniem. W dalszej pracy terapeutycznej rozmowy pomiędzy terapeutkami stały się częstym elementem sesji i były przyjmowane przez rodzinę z zaciekawieniem i zaintrygowaniem, o czym można było wnioskować z reakcji niewerbalnych i słownych informacji zwrotnych. Wprowadzenie rozmowy terapeutek zmieniało dynamikę spotkania, zwiększało zaciekawienie rozmową u M. i C. Słuchające pacjentki zwalniały się z przymusu natychmiastowej odpowiedzi, zaprzeczenia lub wyjaśnienia jakiejś nieścisłości, a co z tym związane, postawę obronną zamieniały na refleksyjną. Rozmowa z pacjentkami o ich odczuciach i myślach wywołanych dialogiem ukazała zmianę w odbiorze terapeutek jako bardziej zaangażowanych, a dzięki zmniejszeniu barier relacja stała się bardziej demokratyczna. U M. i C. wzrosło poczucie współtworzenia i współautorstwa spotkań. Ich klimat emocjonalny stał się bardziej intymny,

co sprzyjało otwartości i zaufaniu. Rozmowa pomiędzy terapeutkami była dowodem na istnienie wielu perspektyw przy jednoczesnym utrzymaniu dobrej relacji.

Podsumowanie w formie dialogu między terapeutkami

B: Porozmawiajmy o wprowadzaniu dialogu reflektującego podczas spotkań z rodziną. Andersen zwrócił uwagę na znaczące różnice pomiędzy rozmową o rodzinie przy niej a rozmową, gdy rodzina nie słyszy wypowiedzi terapeutów.

A: Rozmawiając przy rodzinie, dobieramy uważniej słowa, badamy, w jaki sposób to, co mówimy wpływa na rodzinę.

B: Staramy się, żeby słowa były dla odbiorcy czytelne i w trakcie tego poszukiwania precyzji od razu rodzi się refleksja, czy aby to na pewno jest słuszne i aby na pewno dobrze o tym opowiadam. Szukam dobrej nazwy, dobrego opisu, tego andersenowskiego: wystarczająco niezwyklego.

A: Bardzo lubię, aby w pracy wspólnej z rodziną szukać dobrego określenia na jakieś zjawisko i kiedy mi się wydaje, że ono jest trafne, za chwilę okazuje się, że dla rodziny wcale nie jest trafne. Mam poczucie, że pacjenci bardzo dobrze reagują na to, kiedy ja potrafię się wycofać z mojego pierwszego określenia pod wpływem tej rozmowy z nimi.

B: To wycofanie terapeuty pod wpływem reakcji pacjentów wzmacnia przymierze, pacjenci mogą odczuwać swój wpływ na terapeutów. Myślę jeszcze o naszej rozmowie o rozmowie i nasuwa mi się taki cytat, tym razem Harlene Anderson: „dzięki rozmowie rozpuszczają się problemy”. Tego rozpuszczania doświadczamy na superwizji. Opowiadanie o czymś i słuchanie, co inni o tym myślą w takim procesie kreatywnej, wzajemnie stymulującej refleksji. Takie omawianie rzeczywiście zmienia myślenie i przeżywanie problemu.

A: To wersja opisu, jak działa psychoterapia, tak trudno wyjaśnić komuś, kto tego nie doświadczył, nie był pacjentem, co to jest psychoterapia i jak działa psychoterapia. Mówię o psychoterapii, w której czynnikiem leczącym jest relacja psychoterapeutyczna.

B: Tak, to fenomen, który jest niesamowicie trudny do uchwycenia. Z kolei wracając do notatek Andersena od Harry’ego Goolishiana: „nie wiesz, co myślisz, zanim tego nie powiesz”, to opisywanie tego, co się dzieje na sesji, opisywanie tych zmian w procesie terapii, pomiędzy sesjami, monitorowanie naszego wpływu na pacjentów staje się niezwykle ważnym czynnikiem leczącym.

A: Zastanawiam się nad funkcją ciszy w naszej pracy. W rozmowie takiej codziennej ciszy się prawie nie używa, ona jest źle widziana i szybko ją się zagaduje, ale w terapii jest przyzwolenie na tę ciszę i w tej ciszy jest szansa na refleksję.

B: No właśnie to jest to nawiązanie do tego, co mówił, pisał Andersen, że trzeba spowolnić rozmowy. Tak jak mówiłaś, w codziennej rozmowie tego nie ma. Ktoś coś powie i wtedy jest oczekiwanie, że ta druga osoba odpowie i być może ta osoba ma taki przymus odpowiedzi, żeby zachować rytm dialogu, żeby podtrzymać rozmowę i relację.

A: W terapii też może pojawić się taki przymus terapeuty powiedzenia czegoś, żeby nie został odebrany jako porzucający czy nawet niekompetentny, bo nie mówi nic, nie odpowiada. Myślę, że wspólnie z pacjentami potrzebujemy obłaskawić tę ciszę, nauczyć się wspólnie, że możemy razem milczeć, myśleć i czuć emocje.

B: W naszej rozmowie też była cisza, której razem z nami doświadczały pacjentki.

A: Nawiażę do tej różnicy wieku pomiędzy dwiema terapeutkami, która miała być odzwierciedlająca konstelację w rodzinie. Nasz dialog miał być modelujący dla matki i córki. Nie musimy się we wszystkim zgadzać i różnica zdań nie niszczy relacji. Ta różnica między nami się pojawiała, rozmawialiśmy o niej, myśleliśmy o czymś inaczej, ale to nie sprawiało, że się pokłócimy i zerwiemy relację.

B: To, o czym mówisz, o wytrzymaniu różnicy, jest ważnym wątkiem pracy nad separacją dziecko — rodzic, to że nie myślę tak jak mama nie wzbudza we mnie poczucia winy ani lęku. Porozmawiajmy jeszcze o tym, w jaki sposób wprowadzać dialog terapeutów, który może być dziwny dla pacjentów.

A: Na początku może być to rzeczywiście dziwne i wymaga wyjaśnienia i badania, jak działa, żeby było miejsce, żeby osoby mogły powiedzieć o tym, jak doświadczają tego, że my tak rozmawiamy o nich przy nich. Potem wystarczało, jak robiliśmy ten gest, zwracając się do siebie ciałem i to był sygnał i dla nas, i dla rodziny, że to jest taka część naszego wspólnego dialogu.

B: Pamiętam, jak jeden z pacjentów z innego procesu powiedział, że czuje się jakby oglądał film o sobie, że to było przyjemne dla niego, nowe, zaskakujące, ale przyjemne.

A: Nie wszystkie rodziny dobrze przyjmują taki dialog terapeutek, odbierają go jako coś zbyt dziwnego. Myślę, że odbiór zależy od jakości przymierza i czasu trwania terapii, nie z każdą rodziną bym się jednak odważyła.

B: Jestem entuzjastką tego dialogu terapeutów podczas sesji i stosuję coraz częściej, ale nie można traktować go jako panaceum i sposobu pracy pasującego do wszystkich pacjentów.

A: Przypomniałam sobie pacjentkę w rodzinie, w pracy, z którą też próbowałyśmy dialogu reflektującego, ale pacjentka była tak obronnie nastawiona, tak lękowo i taka nieufna. Wszelkie elementy, które w jakikolwiek sposób odbiegały od kanonu, interpretowała przeciwko sobie, to może być przeciwwskazaniem.

B: Przeciwwskazaniem też jest przeżywana przez pacjenta wrogość do terapii i wtedy też bym uważała.

A: Zmierzam do takiego wniosku, że poziom integracji osobowości pacjentów jest zmienną, która może być wskazaniem do stosowania dialogu reflektującego.

B: Taki dialog reflektujący terapeutek jest w jakimś stopniu odsłonięciem „kuchni” i dla niektórych pacjentów może to być takim pozytywnym doświadczeniem zwiększającym poczucie bezpieczeństwa.

A: No i jeszcze można spożytkować te emocje, które pojawiają się w terapii i to nie chodzi o to, żeby je ujawniać, tylko można, stosując mentalizację, przypuszczać, co przeżywali pacjenci.

B: A co z naszymi uczuciami do siebie? Jak zwracamy się do siebie, uważnie na ciebie patrzę i zastanawiam się, co ty sobie myślisz, czy moim zaproszeniem do dialogu nie naruszam jakiejś twojej ciągłości?

A: Ja czułam przyzwolenie na to, że nie muszę odpowiedzieć, jeśli ja nie czuję, że to jest moment na tę wymianę, czułam, że mogę sobie też pozwolić na to, żeby w niego nie wejść. Wysłuchać i nie mieć przymusu odpowiedzi.

B: Możemy nie być gotowi na taką bliskość, bo dialog reflektujący może być bardzo intensywnym przeżyciem. Druga osoba może nie chcieć takiej bliskości, ważne, żeby

czuć się swobodnie i nie być zobowiązanym do podjęcia dialogu, a druga strona, żeby przyjęła to zwyczajnie.

A: To wymaga wzajemnego zaufania, ten drugi terapeuta też musi być zintegrowany, w tym sensie, żeby się nie obrazić, żeby nie poczuć się odrzuconym, kto zaprasza, jak zaprasza do dialogu. Staje się to wzorcem, z którego może czerpać rodzina.

B: Wzajemna uważność, ale i odwaga w zaproszeniu do wymiany i niepodjęciu jej.

A: Znowu widzę pożytek dla pacjentów, oni nie zawsze są gotowi na intensywny kontakt i dają dyskretne niewerbalne sygnały. Trzeba bardzo dużo pracy włożyć w to, żeby uzyskać poziom partnerstwa i współpracy.

B: Jak terapeuci rozmawiają, to słuchaczami jest rodzina.

A: Terapeuci mogą się poczuć jak rodzina, *de facto* może to zbliżać.

B: Dialog refleksyjny może być pomocny w poczuciu, że wszyscy jesteśmy tutaj twórcami tego, co się dzieje w psychoterapii.

A: Już wiemy, że dialog refleksyjny nie jest wskazany wobec wszystkich pacjentów, ale co może być przeszkodą w relacji między terapeutami? Na pewno też są jakieś ograniczenia, żeby tego dialogu nie wprowadzać, myślę o rywalizacji.

B: Być może rywalizacja między terapeutami, która przysłania myślenie o rodzinie, a wynika z potrzeby dobrego zaprezentowania się, porównywania się z drugim koterapeutą, co może wynikać z braku pewności co do swoich kompetencji.

A: Myślenie, że jest terapia bez rywalizacji, to utopijne myślenie, niebezpieczna jest wrogość między terapeutami.

B: Ważne jest, co wynika z porównywania, czy inspiracja i zaciekawienie czy zawiść.

A: Też przekonanie o swojej bezwzględnej racji w rozumieniu i interpretacji pacjentów jest przeszkodą, pomaga umiejętność tolerancji odmienności.

B: Bardzo ważne jest poddawanie refleksji zarówno tego, co dzieje się pomiędzy terapeutami a pacjentami i pomiędzy terapeutami.

Wnioski

W ostatnich kilku dekadach obserwujemy wyraźną zmianę w podejściu do pracy z rodzinami i do roli koterapii. Klienci zapraszani są do współautorstwa procesu terapeutycznego, co zwiększa ich współodpowiedzialność za jego rezultaty, a to z kolei podwyższa poczucie autonomii, sprawstwa i satysfakcji. W tym procesie dobór słów, język terapeutów i jego dopasowanie do klientów stają się kluczowe. Równie istotne jest badanie wpływu i sposobu wzajemnego oddziaływania, więzi terapeutycznej, która tworzy się w przymierzu i dbałości o relację. Wprowadzenie dialogu lub teamu refleksyjnego powinno być poprzedzone refleksją nad hipotetycznymi skutkami tego sposobu prowadzenia terapii oraz gotowością klientów do jego przyjęcia. Dopiero po takiej analizie, najlepiej w szerszym zespole i po superwizji, wyjaśnia się rodzinie przebieg i cel tej metody. Ważne jest również, na jakim etapie terapii wprowadza się dialog lub team refleksyjny. Może to nastąpić, gdy udało się zbudować przymierze. Należy pamiętać, że relacja wymaga ciągłego dopasowywania, monitorowania i naprawiania, gdy pojawiają się zwyczajne, oczywiste pęknięcia w kontakcie interpersonalnym [12]. Omawiany styl pracy w sposób oczywisty wymaga również

dbałości o relację, klimat emocjonalny pomiędzy koterapeutami i te aspekty powinny być przedmiotem refleksji superwizyjnej.

Piśmiennictwo

1. Andersen T. Reflections on reflecting with families. W: McNamee S, Gergen K, red. *Therapy as social construction*. Newbury Park, CA: Sage; 1992; 54–68.
2. Anderson H, Jensen P, red. *Innovations in the Reflecting Process*. London: Routledge, 2007.
3. Becvar RJ, Anderson H, Jensen P, red. *Innovations in the reflecting process: The inspirations of Tom Andersen*. *Contemporary Family Therapy* 2007; 29(1–2): 103–105.
4. Shotter J. Not to forget Tom Andersen's way of being Tom Andersen: the importance of what 'just happens' to us. *Human Systems* 2007; 17: 15–28.
5. de Barbaro M, de Barbaro B. Tom Andersen i jego koncepcja teamu reflektującego. *Psychoterapia* 1998; 4(107): 65–76.
6. Józefik B. *Terapia jako proces współtworzenia nowych znaczeń i opowieści: idee i praktyki narracyjne*. Kraków: WUJ; 2003.
7. Chrzastowski S, de Barbaro B. *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: WUJ; 2011.
8. Drath W, de Barbaro B. *Psychoterapia między wiedzeniem a niewiedzeniem*. Kraków: WUJ; 2022.
9. Goldenberg H, Goldenberg I. *Terapia rodzin*. Kraków: WUJ; 2006.
10. Harris R, Crossley J. A systematic review and meta-synthesis exploring client experience of reflecting teams in clinical practice. *Journal of Family Therapy* 2021; 43(4): 687–710.
11. Constable C, Delaney C, Clutterham A, Markiewicz A. The development of the Reflecting Team Utterances Framework: Process, reflections and applications. *Journal of Family Therapy* 2022; 44(2): 193–204.
12. Hicks S, Kustner C, Constable C. The helpfulness of reflecting teams in family therapy. *Journal of Family Therapy* 2021; 43(4): 711–727.
13. Beebe B, Lachmann F. Infant research and adult treatment revisited: Cocreating self – and interactive regulation. *Psychoanalytic Psychology* 2020; 37(4): 313–323.

Adres: boguslawa.piasecka@uj.edu.pl

KOMUNIKATY WIOSNA 2025

22 marca 2025 r. w Krakowie i online odbędzie się konferencja organizowana przez Fundację Rozwoju Terapii Rodzin Na Szlaku pt.: **„Dziecko, para, rodzina w rozstaniu”**.
Informacje i zapisy: <https://naszlaku.org/rozstanie/>

Kwartalnik „Psychoterapia” objął wydarzenie swoim patronatem medialnym.

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/>

12 kwietnia 2025 r. odbędzie się Wiosenny Panel Seksuologiczny — szósta konferencja seksuologiczno-psychoterapeutyczna, organizowana po raz piąty w formule wiosennego panelu dyskusyjnego online. W tym roku tematem konferencji jest: **„Seksualny rozwój człowieka a praktyka psychoterapeutyczna”**.

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

Kwartalnik „Psychoterapia” objął wydarzenie swoim patronatem medialnym.

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 23–24 maja 2025 r. w Warszawie w Akademii Pedagogiki Specjalnej odbędzie się III Forum Terapii Rodzin pt.: **„Od poczekalni do gabinetu”**. Tegorocznym organizatorem jest Fundacja Rozwoju Myśli Psychoterapeutycznej.

Informacje i zapisy: <https://terapiarodzin2025.pl/>

Fundacja Kontekst na Rzecz Rozwoju Psychoterapii i Terapii Rodzin wraz ze współorganizatorami zapraszają na konferencję pt.: **„Tkanie więzi. Dylematy i wyzwania w psychoterapii rodzin patchworkowych”**. Konferencja będzie odbywać się w Krakowie, w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym UJ CM, ul. Łazarza 19, w dniu 31 maja 2025.

Informacje i zapisy: <https://fundajakontekst.pl/szkolenia/tkanie-wiezi-dylematy-i-wyzwania-w-psychoterapii-rodzin-patchworkowych-31-05-2025-r/>

14 czerwca 2025 r. w Bielsku-Białej odbędzie się konferencja organizowana między innymi przez Fundację Reverie — rzetelna i etyczna psychoterapia oraz psychoedukacja pt.: „**Jak przetrwać dojrzewanie? Perspektywa, rola i wsparcie rodzica**”.

Informacje i zapisy: <https://fundacjareverie.pl/produkt/jak-przetrwac-dojrzewanie-perspektywa-rola-i-wsparcie-rodzica-bilet-wstępu/>

14 czerwca 2025 r. w Warszawie odbędzie się **XXI Konferencja Naukowa Instytutu Terapii Grupowej Rasztów**, pt.: „**Analiza grupowa wobec zmian wzorców relacyjnych w epoce cyfrowej**”.

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

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/page/spr2025>

W dniach 4–6 września 2025 r. w Krakowie odbędzie się **48. Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego** pt.: „**Psychiatria wobec wyzwań współczesnego świata**”.

Informacje i zapisy: <https://zjazdptp2025.pl/>

13 września 2025 r. w Krakowie odbędzie się **XXI Konferencja Oddziału Leczenia Zaburzeń Osobowości i Nerwic OLZON** pt.: „**Nieznośna lekkość bytu. Młodzi dorośli w burzliwych czasach**”.

Informacje i zapisy: <https://olzon2025.pl/>

W dniach 24–26 października 2025 r. w Toruniu odbędzie się **XX Trójkonferencja** zatytułowana „**Psychoterapia — nauka i sztuka**”.

Informacje i zapisy: <https://3konferencja2025.syskonf.pl/>

PROCEDURA PUBLIKOWANIA W „PSYCHOTERAPII” INFORMACJE DLA AUTORÓW

1. Misją czasopisma jest publikowanie najnowszych wyników badań naukowych z zakresu psychoterapii i dziedzin z nią związanych, jak również upowszechnianie wiedzy przydatnej w praktycznym jej stosowaniu.
2. „Psychoterapia” jest kwartalnikiem naukowym Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ukazuje się od 1972 roku, wcześniej jako „Zeszyty Psychoterapeutyczne”. Czasopismo wydawane jest w formie drukowanej i w formie elektronicznej, dostępnej na stronie www.psychoterapiaptp.pl, zawierającej teksty w języku polskim, streszczenia w języku angielskim, a od 2016 roku także angielskie wersje artykułów. Publikowane teksty poddawane są anonimowym recenzjom przez co najmniej dwóch recenzentów. Czasopismo jest indeksowane w uznanych bazach danych Scopus, ERIH Plus, Index Copernicus, MNiSW, a w 2016 r. znalazło się na liście kandydackiej Emerging Sources Citation Index i EBSCO.
3. Redakcja przyjmuje do druku
 - *Prace oryginalne (ilościowe i jakościowe)*
 - *Prace przeglądowe*
 - *Prace poglądowe*
 - *Opisy przypadków*
 - *Krótkie doniesienia*
 - *Notatki kronikarskie i informacyjne (w tym sprawozdania), omówienia książek, komunikaty*
 - *Listy do redakcji*
 - *Problemy dyskusyjne, polemiki*

związane z szeroko pojętym obszarem oddziaływań psychoterapeutycznych.

Tematyka poruszana w czasopiśmie:

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

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

4. Tekst prac oryginalnych powinien zawierać następujące części: wstęp, metoda, wyniki, omówienie wyników, wnioski, piśmiennictwo.
5. Do wszystkich prac oryginalnych, kazuistycznych i poglądowych należy dołączyć streszczenie w języku polskim i angielskim o objętości min. 150, maks. 250 słów. W przypadku prac oryginalnych powinno to być streszczenie 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.psychoterapiaptp.pl/> w zakładce „Regulamin”.

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

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

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

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

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

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

cena 35 zł (w tym 5% VAT)



9 770239 417207