

KWARTALNIK NR 2 (213) 2025

PSYCHOTERAPIA



Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne



Uniwersytet Jagielloński
w Krakowie
Collegium Medicum

**SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO**

PSYCHOTERAPIA

NR 2 (213) 2025

Impact Factor – 0,1
Liczba punktów MNiSW – 40

Spis treści

Od Redakcji	3
Narcystyczne zaburzenie osobowości, narcyzm złośliwy, antyspołeczne zaburzenie osobowości – granice skuteczności psychoterapii psychodynamicznej Daniel Melerowicz.....	5
Trauma związana z diagnozą i leczeniem onkologicznym a rozwój PTSD Katarzyna Gibek, Ewa Wilczek-Rużyczka	17
Zagrożenia zawodowe terapeutów Władysław Sterna	35
Mieszkanie chronione jako spotkanie pomieszczającego i pomieszczanego Paulina Chudzikiewicz-Krawosz	51
Recenzja Psychologia żałoby	65
Recenzja Chcę żyć inaczej. Techniki wspierania ucznia w kryzysie suicydalnym.....	69
Komunikaty	73
Procedura publikowania w „Psychoterapii”	75

KRAKÓW – LATO 2025

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
Korekta	Małgorzata Kowalska
Redakcje statystyczne	Artur Daren
Adres Redakcji	31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum e-mail: redakcjapsychoterapii@gmail.com
Rada Programowa	Bogdan de Barbaro, Sonia Beloch, Jacek Bomba, Warren Colman, Jan Czesław Czabała, Dominika Dudek, Patricia de Hoogh-Rowntree, Barbara Józefik, Andrzej Kokoszka, Marta Makara-Studzińska, Irena Namysłowska, Anssi Peräkylä, Katarzyna Prot-Klinger, Krzysztof Rutkowski, Laszlo Zichy

Wydawca

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

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

Nakład 90 egzemplarzy

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

Szanowni Państwo,

jest mi niezmiernie miło, że mogę zarekomendować Państwu kolejny tegoroczny numer naszego kwartalnika i pokrótce omówić prezentowane w nim prace.

Jeden z tematów stanowi narcyzm. Termin ten zajmuje wiele przestrzeni w mediach społecznościowych, jednak najczęściej jest używany niezgodnie z jego klinicznym znaczeniem. W gronie terapeutów niestety też zdarza się jego nadużywanie, zwłaszcza w stosunku do pacjentów z trudem wchodzących w relację terapeutyczną, wymagających i zdystansowanych wobec terapii. Daniel Melerowicz w artykule na temat granic skuteczności psychoterapii psychodynamicznej w przypadku osób z narcystycznym zaburzeniem osobowości dokładnie omawia kilka koncepcji narcyzmu, zwracając uwagę na jego złożoność i istotne cechy patologii narcystycznej. Dużo uwagi poświęca różnicom pomiędzy narcyzmem a organizacją osobowości borderline oraz antyspołecznym zaburzeniem osobowości. W przykładzie klinicznym omawia trudności w pracy terapeutycznej z pacjentem prezentującym między innymi nasilenie cech narcystycznych oraz wskazania do stosowania psychodynamicznej terapii wspierającej.

Diagnoza choroby nowotworowej oraz związane z nią leczenie mogą być źródłem stale trwającej traumy psychicznej i prowadzić do rozwoju PTSD. Problem ten szeroko opisują Katarzyna Gibek i Ewa Wilczek-Rużyczka. Omawiają czynniki ryzyka rozwoju PTSD u osób chorujących na nowotwory i proponują autorski model obejmujący czynniki ryzyka rozwoju PTSD. Prezentują główne narzędzia diagnostyczne stosowane wobec pacjentów onkologicznych oraz opisują strategie terapeutyczne pomocne w zmniejszeniu objawów PTSD.

Artykuł Władysława Sterny poświęcony jest terapeutom, a konkretnie zagrożeniom wynikającym z wykonywania zawodu. Autor omawia sytuacje krytyczne: samobójstwo pacjenta, samobójstwo terapeuty, stalking, przemoc ze strony pacjenta i relacje seksualne z pacjentem oraz długoterminowe skutki wykonywania zawodu, wśród nich wypalenie zawodowe, wtórny stres traumatyczny, traumę zastępczą i samotność terapeuty. Artykuł niejako daje zielone światło terapeutom i terapeutkom do myślenia i działania w kierunku ochrony samego/samej siebie.

Zastanawiam się tylko, czy podejmowanie relacji seksualnych z pacjentem słusznie znajduje się na liście zagrożeń wynikających z wykonywania zawodu, czy też raczej powinno się znaleźć wśród działań niezgodnych z kodeksem etycznym psychoterapeuty i stanowiących zagrożenie dla pacjenta. Niezależnie od tego, jak to zachowanie zaklasyfikujemy, temat ten jest niezwykle istotny i powinien znajdować się w centrum uwagi każdego psychoterapeuty i każdej psychoterapeutki. Pozostałe opisane przez Autora sytuacje faktycznie stanowią zagrożenie dla osoby wykonującej zawód terapeuty i warto o nich mówić głośno zarówno w miejscu pracy, jak i podczas superwizji, by łatwiej było opracować sposoby ochrony osobistej i móc je zastosować w praktyce.

Paulina Chudzikiewicz-Krawsz w swoim artykule opisuje funkcjonowanie mieszkania chronionego, prowadzonego w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego, a przeznaczonego dla pacjentów o psychotycznym stanie umysłu. Autorka w oparciu o koncepcję Biona

dokonuje analizy relacji pomieszczanego i pomieszczającego oraz znaczenia grupy jako przestrzeni kontenerującej.

Na koniec proponujemy dwie recenzje książek: pierwsza – autorstwa Joanny Sadzawickiej-Olczak – dotyczy „Psychologii żałoby” Richarda Grossa; druga – napisana przeze mnie – jest omówieniem publikacji Agnieszki Jaros i Magdaleny Staniaszek „Chcę żyć inaczej. Techniki wspierania ucznia w kryzysie suicydalnym”. Zachęcamy do zapoznania się z nimi.

W związku z nadchodzącym latem życzę Państwu w imieniu Zespołu Redakcyjnego i swoim własnym miłego odpoczynku i regeneracji oraz przyjemnego czytania bieżącego numeru „Psychoterapii”.

Małgorzata Wolska

Daniel Melerowicz^{1,2}

**NARCYSTYCZNE ZABURZENIE OSOBOWOŚCI,
NARCYZM ZŁOŚLIWY, ANTYSPOŁECZNE
ZABURZENIE OSOBOWOŚCI – GRANICE
SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII PSYCHODYNAMICZNEJ**

**NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER, MALIGNANT NARCISSISM,
AND ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER – THE LIMITS
OF THE EFFECTIVENESS OF PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY**

¹Laboratorium Psychoterapii „Struktura”

²Uniwersytet SWPS, Wydział Psychologii w Katowicach

**psychodynamic psychotherapy
malignant narcissism
antisocial personality**

Streszczenie

Celem artykułu jest omówienie wybranych koncepcji narcyzmu, ze szczególnym uwzględnieniem jego podtypów, cech patologii narcystycznej oraz możliwości i ograniczeń psychoterapii w pracy z tą grupą pacjentów. Szczególna uwaga została poświęcona różnicom między narcyzmem a organizacją osobowości borderline oraz złożoności złośliwego narcyzmu, który często stanowi granicę skuteczności oddziaływań terapeutycznych. W artykule zastosowano podejście jakościowe, łączące analizę teoretyczną z zakresu psychoterapii psychodynamicznej z opisem przypadku klinicznego, co pozwoliło na pogłębioną refleksję nad trudnościami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Wyniki wskazują, że w pracy z osobami o strukturze narcystycznej i antyspołecznej celem nie jest pełna rekonstrukcja osobowości, lecz ograniczenie szkód i poprawa funkcjonowania, a interwencje wspierające mogą złagodzić destrukcyjne wzorce zachowań, choć nie prowadzą do trwałych zmian strukturalnych.

Summary

The aim of this paper is to discuss selected theoretical concepts of narcissism, with particular emphasis on its subtypes, the characteristics of narcissistic pathology, and the possibilities and limitations of psychotherapy when working with this group of patients. Special attention is given to the distinctions between narcissism and borderline personality organization, as well as the complexity of malignant narcissism, which often marks the boundary of therapeutic effectiveness. The article employs a qualitative approach, combining theoretical analysis from the field of psychodynamic psychotherapy with a clinical case study, allowing for an in-depth reflection on diagnostic and therapeutic challenges. The findings indicate that, in work with individuals exhibiting narcissistic and antisocial personality structures, the primary therapeutic goal is not full personality reconstruction, but rather harm reduction and improvement of daily functioning.

Supportive interventions may help mitigate destructive behavioral patterns, although they do not lead to deep structural change.

Narcyzm jest zjawiskiem wielowymiarowym, które od dekad stanowi przedmiot zainteresowania psychoanalityków, psychoterapeutów oraz klinicystów pokrewnych dziedzin. W literaturze naukowej funkcjonują jego różne definicje i interpretacje, od tradycyjnej psychoanalitycznej koncepcji jako libidinalnego obsadzenia Ja, po współczesne rozumienie jako mechanizmu regulacji poczucia własnej wartości. W ujęciu klinicznym narcyzm mieści się na kontinuum pomiędzy normalnym procesem psychologicznym a patologią, obejmując różne poziomy nasilenia i manifestacji.

Otto Kernberg opracował szczegółową klasyfikację narcyzmu, wskazując na jego kluczowe aspekty, takie jak regulacja poczucia własnej wartości, wewnętrzne reprezentacje obiektów, rola superego oraz mechanizmy obronne. Dokonał także podziału narcyzmu na normalny dziecięcy, normalny dorosły oraz patologiczny, w tym najbardziej złożoną formę – złośliwy narcyzm. Jego prace, oparte na dogłębnym rozumieniu patologii osobowości, rzucają światło na mechanizmy funkcjonowania pacjentów narcystycznych oraz wyzwania terapeutyczne, jakie stawiają oni przed klinicystami.

Celem niniejszego artykułu jest omówienie wybranych koncepcji dotyczących narcyzmu, w tym jego podziału, kluczowych cech patologii narcystycznej oraz możliwych podejść terapeutycznych. Szczególną uwagę poświęcono różnicom między narcyzmem a organizacją osobowości borderline oraz specyfice złośliwego narcyzmu, który ze względu na swoje złożone mechanizmy stanowi granicę możliwości oddziaływać psychoterapeutycznych. Praca ta ma również na celu podkreślenie znaczenia diagnozy różnicowej oraz potencjalnego ryzyka związanego z pracą z pacjentami narcystycznymi.

Psychodynamiczne ujęcie narcyzmu – teoria

Narcyzm jako wymiar osobowości od dawna stanowi przedmiot intensywnych badań teoretycznych i klinicznych w ramach podejścia psychodynamicznego. W jego klasycznym ujęciu, wywodzącym się z tradycyjnej psychoanalizy, definiowany jest jako libidinalne obsadzenie Ja. Oznacza to, że energia popędowa koncentruje się na Ja, zapewniając mu wewnętrzne wzmocnienie i integrację [1]. Współczesne koncepcje narcyzmu wykraczają poza te ramy, definiując go jako mechanizm regulacji poczucia własnej wartości i szacunku dla siebie, który może przybierać formy zarówno normalne, jak i patologiczne.

Regulacja poczucia własnej wartości, będąca kluczowym aspektem narcyzmu, jest zależna od złożonych interakcji między strukturami psychicznymi. Zgodnie z teorią Kernberga [2, 3], superego, poprzez swoje żądanie doskonałości oraz dziecięce zakazy, wywiera istotny wpływ na ego, co może prowadzić do obniżenia poczucia własnej wartości. W sytuacji, gdy reprezentacje obiektów zostają obsadzone libidinalnie, Ja zyskuje wsparcie poprzez pozytywne obrazy osób, które są darzone miłością i przez które jednostka czuje się kochana. Jednak konflikty związane z agresją mogą osłabić to obsadzenie, wpływając na reprezentację obiektu oraz na miłość do siebie, co skutkuje destabilizacją poczucia własnej wartości.

Kernberg [3] zaproponował rozróżnienie trzech typów narcyzmu: normalnego dziecięcego, normalnego dorosłego oraz patologicznego. Normalny dziecięcy narcyzm odgrywa

kluczową rolę w rozwoju osobowości, ponieważ jego fiksacja lub regresja do mechanizmów charakterystycznych dla tego etapu życia może prowadzić do patologii charakteru. Dziecięcy narcyzm obejmuje regulację poczucia własnej wartości poprzez gratyfikacje odpowiednie do wieku, w tym dziecięce „systemy wartości”, które często są związane z żądaniami lub zakazami [4]. Z kolei normalny dorosły narcyzm charakteryzuje się stabilną strukturą Ja, dobrze zintegrowanymi reprezentacjami obiektu, dojrzałym superego oraz zdolnością do zaspokajania potrzeb popędowych w kontekście trwałych relacji z obiektem. Na tym poziomie regulacja poczucia własnej wartości pozostaje zdrowa i stabilna.

W przypadku patologii narcystycznej Kernberg zwraca uwagę na możliwość fiksacji na poziomie dziecięcego narcyzmu lub regresji do tego etapu. Tego typu patologia często objawia się nadmierną zależnością od dziecięcych gratyfikacji, co utrudnia adaptację w dorosłości. Najcięższą formą patologii jest narcystyczne zaburzenie osobowości, które może przybierać różne nasilenie, od łagodnych trudności w relacjach interpersonalnych po głębokie zaburzenia tożsamości i funkcjonowania.

Tabela 1. Poziomy nasilenia narcystycznego zaburzenia osobowości

poziom 1	Pacjenci, którzy na zewnątrz prezentują się „neurotycznie”, na ogół funkcjonują sprawnie, jednak często doświadczają istotnych trudności w utrzymywaniu długotrwałych relacji intymnych oraz stabilnych, długofalowych interakcji zawodowych lub związanych z pracą.
poziom 2	Pełne spektrum typowych klinicznych manifestacji tego zespołu. W takich przypadkach zaburzenie osobowości wymaga podjęcia zdecydowanego leczenia.
poziom 3	Pacjenci funkcjonują na wyraźnym poziomie borderline. Oprócz charakterystycznych objawów narcystycznego zaburzenia osobowości, osoby te cechują się znacznym brakiem tolerancji na lęk, trudnościami w kontroli impulsów oraz istotnym ograniczeniem funkcji sublimacyjnych, czyli zdolności do podejmowania produktywnych lub twórczych działań wykraczających poza zaspokajanie podstawowych potrzeb. W praktyce klinicznej często obserwuje się u tych pacjentów długotrwałą lub poważną niezdolność do pracy zawodowej oraz trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu intymnych relacji miłosnych. Pewna grupa pacjentów na tym samym poziomie nasilenia nie wykazuje typowych cech borderline, jednak przejawia istotne zachowania antyspołeczne. Z perspektywy prognostycznej takie osoby klasyfikowane są w tej samej kategorii, co pacjenci funkcjonujący na poziomie borderline, ze względu na podobny stopień trudności w zakresie ich terapii i funkcjonowania społecznego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kernberg [3]

Pacjenci z ostatniej grupy (poziom 3) mogą reagować na psychoterapię psychodynamiczną skoncentrowaną na przeniesieniu, ale z indywidualnych powodów może ona być przeciwwskazana – w takim przypadku bardziej adekwatne byłyby interwencje podtrzymujące.

Narcystyczne zaburzenie osobowości (NZO) charakteryzuje się szerokim wachlarzem patologicznych cech, które odnoszą się zarówno do struktury Ja, jak i relacji interpersonalnych, funkcjonowania superego oraz doświadczania stanów afektywnych. Kluczowe aspekty tego zaburzenia obejmują następujące obszary:

Patologia Ja – pacjenci z narcystycznym zaburzeniem osobowości wykazują nadmierny egocentryzm oraz silną zależność od podziwu ze strony innych. Ich myślenie o sobie często

jest zdominowane przez fantazje o sukcesie, wielkości i wyjątkowości. Równocześnie unikają oni konfrontacji z faktami, które mogłyby podważyć idealizowane wyobrażenia na temat siebie, ponieważ prowadzi to do destabilizacji ich poczucia własnej wartości. Napady niepewności związane z obrazem własnej osoby dodatkowo zakłócają ich przekonanie o swojej wyjątkowości i wielkości.

Patologia relacji – relacje interpersonalne pacjentów z NZO są naznaczone znaczną patologią. Często odczuwają oni zarówno świadomą, jak i nieświadomą zazdrość wobec innych osób, a ich interakcje z otoczeniem są zdominowane przez pragnienie wykorzystywania ich oraz poczucie uprzywilejowania. Często dewaluuja innych ludzi, wykazując jednocześnie niezdolność do autentycznej zależności od nich. Potrzeba podziwu, w połączeniu z płytkością emocjonalną, brakiem empatii i trudnością w zaangażowaniu się w relacje czy wspólne cele, znacząco ogranicza ich zdolność do budowania trwałych więzi.

Patologia superego – dysfunkcje w zakresie superego manifestują się u pacjentów z NZO w różnym stopniu nasilenia. Na łagodniejszym poziomie obserwuje się deficyty zdolności do przeżywania smutku i żałoby. Regulacja poczucia własnej wartości u takich osób jest bardziej związana z wahaniami nastroju niż z wewnętrznym, skoncentrowanym samokrytycyzmem. Superego pacjentów z NZO bywa często zdeterminowane kulturą „wstydu” zamiast „winy”, a ich system wartości charakteryzuje się dzieciennym i niestabilnym charakterem. W bardziej zaawansowanych przypadkach patologia superego przejawia się w przewlekłych zachowaniach antyspołecznych, braku odpowiedzialności oraz niezdolności do przeżywania poczucia winy za dewaluujące innych działania. Szczególnym zjawiskiem w tym kontekście jest zespół złośliwego narcyzmu, łączący cechy narcystyczne, zachowania antyspołeczne, egosyntoniczną agresję oraz tendencje paranoiczne.

Przewlekłe poczucie pustki i nudy – to jedna z najbardziej charakterystycznych cech pacjentów z NZO. Stan ten jest podstawowym elementem ich wewnętrznego doświadczenia Ja, prowadząc do silnego głodu bodźców. W efekcie pacjenci ci często poszukują sztucznego wywoływania reakcji afektywnych, co prowadzi do zwiększonego ryzyka nadużywania substancji psychoaktywnych i uzależnień [5].

Podstawowe trudności w terapii pacjenta narcystycznego

Terapia pacjentów z zaburzeniami narcystycznymi wiąże się z licznymi wyzwaniem, wynikającymi z ich charakterystycznych mechanizmów obronnych oraz specyficznych cech osobowości. Głównym problemem jest ich niezdolność do zaakceptowania zależności od terapeuty, którą postrzegają jako formę upokorzenia. W odpowiedzi na tę trudność często podejmują próbę prowadzenia autoanalizy, co utrudnia rozwój autentycznej relacji terapeutycznej. Charakterystyczną cechą pacjentów narcystycznych jest także ich rywalizacyjne nastawienie wobec terapeuty, któremu towarzyszy podejrzenie, że kieruje się on wyłącznie obojętnością lub interesownością. Nie są w stanie uwierzyć, że terapeuta może być spontanicznie zainteresowany ich osobą czy autentycznie zatroskany ich losem [6]. Taka dynamika sprzyja pojawieniu się obronnej idealizacji terapeuty, a jednocześnie zazdrości – zarówno świadomej, jak i nieświadomej – dotyczącej kreatywności, kompetencji czy zdolności terapeuty do budowania relacji. Pacjenci z NZO mają skłonność do tworzenia

układu, w którym w gabinecie może być „tylko jedna wielka osoba”. Dewaluują terapeutę, aby utrzymać swoje poczucie wyższości i znaczenia. Jednym z najbardziej destrukcyjnych elementów tej dynamiki są negatywne reakcje terapeutyczne i konflikty wywoływane przez zazdrość. W takich sytuacjach pacjent często czuje się gorszy, szczególnie wtedy, gdy musi przyznać, że terapeuta mu pomógł. Dodatkowym wyzwaniem są przewlekłe tendencje samobójcze, które w przypadku pacjentów narcystycznych mają charakter wyrachowany i zimno-sadystyczny, co odróżnia je od impulsywnych działań samobójczych typowych dla pacjentów z osobowością borderline [7].

Kluczowe znaczenie diagnozy różnicowej w rozpoznawaniu zaburzeń borderline oraz narcystycznego i antyspołecznego zaburzenia osobowości

Kernberg szczegółowo analizuje różnice między narcystyczną strukturą osobowości a organizacją osobowości borderline, wskazując na kluczowe odmienności w funkcjonowaniu psychicznym pacjentów doświadczających tych zaburzeń. Zgodnie z jego koncepcją, struktura narcystyczna cechuje się „zintegrowanym, choć wysoce patologicznym, wielkościowym Ja” [8]. W przypadku patologicznego narcyzmu fragmentaryczne i zubożone reprezentacje siebie są organizowane wokół wielkościowego *self*, które pełni funkcję mechanizmu obronnego. Dzięki temu pacjent unika rozproszenia tożsamości i osłabienia funkcji psychicznych, charakterystycznych dla osobowości borderline [8].

W jednym z artykułów poświęconych pracy z niemal nieuleczalnymi pacjentami narcystycznymi Kernberg [9] zwraca uwagę na szczególną trudność, jaką stanowi narcyzm złośliwy. Uznaje go za jedno z największych wyzwań psychoterapii, wyznaczające granice możliwości terapeutycznych. Podkreśla, że terapeuci narażeni są na istotne ryzyko w relacjach z pacjentami narcystycznymi, w tym na konflikty, potencjalne szkody osobiste, a także na niebezpieczeństwo wciągnięcia w sadomasochistyczne dynamiki relacyjne. Praca z takimi pacjentami wiąże się również z dyskomfortem wynikającym z konieczności konfrontacji z sadystycznymi wyobrażeniami, które mogą pojawić się podczas procesu terapeutycznego. Czynniki te stanowią poważne wyzwanie dla poczucia bezpieczeństwa terapeuty, które jest kluczowym warunkiem skutecznego prowadzenia terapii w tej grupie pacjentów. Nasilenie agresywno-paranoicznych zachowań często ogranicza możliwości psychoanalitycznych oddziaływań terapeutycznych. Paradoksalnie jednak te same zachowania, które potwierdzają poczucie mocy i wyjątkowości pacjentów, mogą być użyteczne w interpretacji przeniesienia. Na przykład zachowania samobójcze lub parasamobójcze bywają wyrazem triumfalnej agresji wobec rodziny, terapeuty czy świata, który nie spełnia ich oczekiwań.

Kernberg [9] podkreśla, że kluczowe w terapii jest rozróżnienie między zespołem złośliwego narcyzmu, który może być podatny na leczenie, a antyspołecznym zaburzeniem osobowości, które pozostaje poza zasięgiem współczesnych metod terapeutycznych. Zrozumienie tych różnic ma fundamentalne znaczenie dla skutecznego doboru strategii terapeutycznych i minimalizacji ryzyka niepowodzenia w terapii. Autor przedstawia złośliwy narcyzm jako formę patologiczną, która łączy cechy narcystycznego zaburzenia osobowości z zachowaniami antyspołecznymi, nasilonymi tendencjami paranoicznymi oraz

syntoniczną agresją ego, skierowaną zarówno na siebie, jak i na innych. Charakteryzuje tę grupę pacjentów jako wykazującą wyniosłość, skrajny egocentryzm oraz brak empatii i zainteresowania innymi, przy jednocześnie silnej potrzebie uzyskania podziwu i aprobaty. Zachowania te są dodatkowo wzmacniane przez skłonność do pogardy i wykorzystywania innych oraz intensywną, wszechobecną zazdrość. Osoby te często doświadczają chronicznego uczucia nudy, które ogranicza ich zdolność do czerpania trwałego zadowolenia z życia. Ich świat wewnętrzny jest ubogi w „dobre obiekty”, czyli reprezentacje wspierających i satysfakcjonujących relacji, co prowadzi do dominacji wyidealizowanych obrazów siebie. Kernberg [10] podkreśla, że niezdolność do przeżywania smutku, tęsknoty i depresji jest podstawową cechą ich osobowości. Silne przekonanie o własnej wielkości i doskonałości pozwala im unikać uznania, że są zależne od innych ludzi. Autor określa osoby cierpiące na narcystyczne zaburzenie osobowości mianem „sfiksowanych oralnie”, co odnosi się do ich żarłocznego i niezrównoważonego głodu zarówno zasobów psychicznych, jak i materialnych. Zauważa również strukturalne podobieństwa między patologicznym narcyzmem a organizacją osobowości borderline. Oba zaburzenia charakteryzują się zależnością od prymitywnych mechanizmów obronnych, takich jak rozszczepianie, zaprzeczanie, identyfikacja projekcyjna, wszechmoc oraz prymitywna idealizacja. Co więcej, zarówno pacjenci z cechami narcystycznymi, jak i borderline mają skłonność do inicjowania konfliktów, które często są podsycane intensywną agresją wyrażaną w komunikacji. Ich życie psychiczne jest pozbawione podtrzymujących relacji, a głównymi elementami ich wewnętrznej rzeczywistości pozostają wyidealizowane reprezentacje siebie. Ludzie w otoczeniu „narcyza” są przez niego traktowani instrumentalnie, wyłącznie jako środki do osiągnięcia własnych celów, a ci, którzy nie spełniają jego oczekiwań, postrzegani są jako zagrożenie. U podstaw funkcjonowania takich pacjentów leży obraz wściekłego, pustego Ja, przepełnionego gniewem i bezsilnością, które odzwierciedla ich głęboko zakorzeniony lęk przed światem, postrzegany jako pełen nienawiści i mściwości, podobnie jak oni sami [8].

Yeomans [11] szczegółowo analizuje różnice między narcyzmem złośliwym a antyspołecznym zaburzeniem osobowości, wskazując na kluczowe aspekty, które odróżniają te dwa zaburzenia. Podkreśla, że „socjopaci i psychopaci” (osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości) cechują się całkowitą obojętnością wobec innych, co oznacza, że nie wykazują żadnej potrzeby nawiązywania relacji. Z kolei osoba, u której rozpoznajemy narcyzm złośliwy, mimo destrukcyjnych cech swojej osobowości, ma pewną potrzebę nawiązywania połączeń z innymi, choć uważa, że dopóki nie „napompuje” swojego wielkościowego Ja, nie ma nic wartościowego do zaoferowania. Jednym z kluczowych elementów w rozumieniu narcyzmu złośliwego jest konflikt, który występuje między pragnieniem kontaktu z innymi a agresywnymi impulsami wobec nich. Właśnie ten konflikt daje nadzieję na skuteczność terapii, gdyż wskazuje na obecność wewnętrznego napięcia, z którym pacjent zmaga się w relacjach interpersonalnych. W przypadku socjopatii brak jest podobnych konfliktów, a instrumentalne traktowanie innych służy wyłącznie zaspokajaniu własnych potrzeb i przyjemności, bez odczuwania jakiegokolwiek ambiwalencji.

W pracy z pacjentami narcystycznymi Yeomans zwraca uwagę na specyficzną dynamikę przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Osoby z narcyzmem złośliwym często sprawiają wrażenie, jakby były całkowicie odizolowane od terapeuty, co tworzy doświadczenie braku przeniesienia. Tacy pacjenci funkcjonują w samotności, a ich izolacja emocjonalna

może wywoływać w terapii poczucie, że jest dla nich niewidzialny, co znacząco komplikuje proces terapeutyczny. Przeciwp przeniesienie stanowi w takich przypadkach istotne wyzwanie. Yeomans podkreśla, jak ważne jest rozróżnienie między uczuciami terapeuty wynikającymi z jego własnych doświadczeń a tymi, które są prowokowane przez pacjenta. Przytacza przykład pacjentki, która podczas sesji telefonicznej zarzuciła terapii, że jest „potworem” po tym, jak dźwięk otwieranego okna wywołał u niej lęk. Doświadczenie to wywołało w terapii głębokie poczucie winy i przeświadczenie, że faktycznie jest niewrażliwy na potrzeby innych. Przykład ten ilustruje, jak pacjenci z narcyzmem złośliwym potrafią przetransferować swoje wewnętrzne konflikty na terapeutę, wprowadzając go w stan intensywnej emocjonalnej reakcji.

Przykład kliniczny: trudności diagnostyczne – narcyzm złośliwy czy antyspołeczne zaburzenie osobowości

Kontekst zgłoszenia i pierwsze wrażenie: Pacjent, 40-letni mężczyzna, został skierowany do psychologa/psychoterapeuty przez ośrodek pomocy społecznej z powodu obniżonego nastroju spowodowanego trudną sytuacją materialną. W chwili zgłoszenia nie pracował od kilkunastu miesięcy, nie pozostawał w żadnym związku i mieszkał sam w lokalu, który otrzymał od miasta. Nigdy nie był żonaty, nie miał dzieci. Utrzymywał się ze wsparcia pomocy społecznej, rodziców oraz dorywczych prac, które jednak szybko porzucał lub był zwalniany z powodu wybuchów złości. Pozyskane środki wydawał głównie na doraźne potrzeby, takie jak odżywki do wzrostu mięśni czy solarium. Nie pił alkoholu, ale korzystał z innych środków psychoaktywnych, które trudno było jednoznacznie określić (tzw. dopalacze). Edukację ukończył na poziomie zawodowym. Jedyną długotrwałą aktywnością, jaką zajmował się od kilku lat, była kulturystyka – jednak na poziomie amatorskim. Pacjent często ćwiczył na siłowni i przyjmował odżywki białkowe, co spowodowało, że był niezwykle postawnym mężczyzną. Jego wygląd fizyczny zdecydowanie mógł wzbudzać strach.

Pacjent podjął cotygodniową terapię w placówce publicznej, deklarując chęć poprawy nastroju i sytuacji życiowej. Jako jej cele ustalono znalezienie stałego zatrudnienia oraz radzenie sobie z gniewem (nieuleganie impulsom agresywnym, powstrzymywanie się od natychmiastowych reakcji).

Podczas pierwszych spotkań mężczyzna wyróżniał się dominującą i głośną postawą, szybko przejmując inicjatywę w rozmowie i przedstawiając swoją sytuację w sposób dramatyczny, co wzbudzało niepokój i wrażenie rywalizacji w terapii. Skarżył się na obniżony nastrój, lęki, trudności finansowe i konflikty rodzinne. Jego relacje z innymi wydawały się bardzo powierzchowne, a osoby niespełniające jego oczekiwań były devaluowane. Kontakty z rodzicami ograniczały się do instrumentalnego korzystania z ich wsparcia. Dane biograficzne pacjenta wskazywały na liczne problemy z prawem (napaści, wyłudzenia), trudności w relacjach rodzinnych oraz brak trwałych związków. Pacjent cechował się brakiem wglądu w swoje działania, przypisując winę za swoją sytuację zewnętrznym czynnikom i innym osobom. Jego deklarowany smutek i lęk nie znajdowały odzwierciedlenia w zachowaniu – wydawał się pewny siebie, często pogodny i rozbawiony.

Na podstawie takich cech osobowości, jak poczucie wielkościowości, wyolbrzymianie zdolności i osiągnięć, arogancja, wyniosłość, brak empatii oraz poczucie posiadania prawa do wykorzystywania i nadużywania innych zdiagnozowano u pacjenta narcystyczne zaburzenie osobowości F60.81 [301.81]. Od początku istniało również podejrzenie osobowości antyspołecznej F60.2 [301.7], a to z powodu takich zachowań, jak niszczenie własności, naruszanie reguł społecznych, agresja wobec ludzi, kłamstwa i oszustwa, wywoływanie bójek, napaści na innych bez planowania tych działań, niespłacanie swoich długów oraz nieutrzymywanie stałej pracy.

Diagnoza psychodynamiczna: pacjent wykazywał rozproszenie tożsamości, co przejawiało się w niezintegrowanym obrazie Ja oraz osób znaczących. Jego relacje były spolaryzowane – mężczyzna postrzegał innych jako idealnych lub całkowicie złych, w zależności od tego, czy spełniali jego potrzeby. Jego obraz siebie był niespójny, a zachowanie chaotyczne, co prowadziło do trudności w pracy i tworzeniu dojrzałych relacji intymnych. Mechanizmy obronne pacjenta zostały oparte na rozszczepieniu, dewaluacji i regresji. Zachował zdolność testowania rzeczywistości, choć miał trudności w zrozumieniu zasad współżycia społecznego. Jego relacje z obiektami były nastawione wyłącznie na zaspokajanie własnych potrzeb, bez wzajemności, a funkcjonowanie moralne cechowały poważne deficyty – brak poczucia winy i wstydu. Wykazywał intensywną agresję wobec innych, obejmującą zarówno przemoc werbalną, jak i fizyczną. Dodatkowo pacjent miał trudności w łączeniu uczuć miłosnych z zachowaniami seksualnymi, co pogłębiało jego izolację emocjonalną.

Kwalifikacja: na podstawie klasyfikacji patologii osobowości według Ottona Kernberga uznano, że pacjent przejawiał niski poziom organizacji osobowości borderline z silnymi cechami narcystycznymi, a być może antyspołecznymi. Mężczyzna miał słabą zdolność mentalizacji, trudności w utrzymaniu szczerej relacji terapeutycznej i funkcjonował na niskim poziomie intelektualnym. Dominująca diada reprezentacji *self* i obiektu wyglądała następująco: silne, wszechmocne, okrutne *self* w relacji do słabego, wystraszonego obiektu. Diada ta zmieniała się podczas sesji wielokrotnie, kiedy to terapeuta był postrzegany jako silny i okrutny. Pacjentowi zaproponowano na początku trwania procesu psychodynamiczną psychoterapię ekspresywną, jednak po kilku miesiącach zmieniono ją na zorientowaną psychodynamicznie psychoterapię wspierającą (POST) o nieokreślonym czasie trwania. Częstotliwość sesji ustalono na jeden raz w tygodniu.

Historia terapii: w pierwszych miesiącach pracy z pacjentem sesje charakteryzowało duże napięcie i poczucie zmagania się. Pacjent był nadmiernie pobudzony, dominujący i sprawiał wrażenie gotowego do wybuchu. Zdawał się kontrolować przebieg sesji, co interpretowano jako przejaw onnipotentnej kontroli wynikającej z jego lęku przed krytyką. Często odwracał role w relacji terapeutycznej, prezentując się jako silnego i dominującego, a terapeutę przypisując rolę słabego i niepewnego.

Po kilku tygodniach klimat sesji uległ zmianie – pacjent wydawał się bardziej zrelaksowany, a relacja terapeutyczna stała się mniej napięta. Pojawiły się elementy idealizacji połączonej z dewaluacją terapeuty, co interpretowano jako wynik przeniesienia paranoiczno-narcystycznego. Pacjent zaczął mówić bardziej chaotycznie o swoim życiu, a jego narracje były skrajnie zniekształcone – idealizujące lub dewaluujące. Podczas kolejnych sesji projektował na terapeutę prymitywne emocje, takie jak zawiść i złość, co prowadziło

do identyfikacji terapeuty z tymi uczuciami. Terapeuta odczuwał silne emocje, takie jak litość, pogarda, a nawet znużenie, co utrudniało utrzymanie koncentracji i zaangażowania w terapię. Pacjent z kolei wydawał się zadowolony z sesji, traktując je jako przestrzeń do dominowania i narzucania własnych narracji. W wyniku superwizji terapeuta zdał sobie sprawę, że pacjent przejął kontrolę nad procesem terapeutycznym, wykorzystując strategię zastraszania i dewaluacji. Uświadomił sobie również konieczność uzyskania informacji z zewnętrznych źródeł, co zgodnie z koncepcją Kernberga może być kluczowe w pracy z pacjentami o takich cechach.

W trakcie 3.–6. miesiąca terapii pacjent nadal prezentował trudności we współpracy, które przybierały formę manipulacji (przekonywał terapeutę o chęci pracy nad sobą oraz sympatii w stosunku do niego, podczas gdy poza gabinetem mówił o stracie czasu i „robieniu terapeuty w balona”), dewaluacji (coraz częściej otwarcie naśmiewał się z komentarzy terapeuty, twierdząc, że są zupełnie nietrafione: „to, co pan mówi, jest do bani”, „co to za bełkot”) oraz otwartej i ukrytej agresji (pacjent opowiadał, jak urwał lustro samochodu lub rysował samochody osób, które uważał za wrogie, jednocześnie dodając, że wie, czym każdy „tutaj” jeździ). Zgodził się na konsultację terapeuty z innymi pracownikami instytucji, jednak informacje, które przekazywał, były niespójne i niezgodne z rzeczywistością. Próby skonfrontowania go z kłamstwami wywoływały silne reakcje obronne, w tym gwałtowną dewaluację osoby terapeuty. Podczas sesji pacjent często unikał refleksji, prezentował arogancką postawę i był otwarcie agresywny (bardzo mocne podnoszenie głosu aż do krzyku, wulgaryzmy). W rozmowach dominowała skrajna dewaluacja osób trzecich oraz brak zdolności do autokrytyki. Zauważono również zjawiska opisywane przez Biona [12] jako „syndrom arogancji”, obejmujące agresję, brak refleksji oraz ciekawość skupioną na słabościach innych, zamiast na introspekcji. W pewnym momencie pacjent oskarżył terapeutę o spisek mający na celu pozbawienie go środków finansowych, co wywołało u niego gwałtowną agresję słowną i groźby („wiem, czym pan jeździ”, „wiem, czym jeździsz”, „już nie żyjesz”, „zniszczę cię”). Konflikt zakończył się przerwaniem współpracy z inicjatywy pacjenta, przy jednoczesnych skargach na terapeutę do kierownictwa instytucji. Terapeuta uznał w takiej sytuacji za bezzasadne dalsze prowadzenie terapii, jednak formalne wymogi ośrodka (instytucja publiczna) nakładały na niego obowiązek jej kontynuowania, jeśli pacjent się na to zdecyduje. Po jakimś czasie pacjent wrócił na sesję, prezentując skruchę i wyrażając wdzięczność, jednak jego przeprosiny wydawały się pozbawione autentycznego poczucia winy. Powrót wynikał z potrzeby uzyskania konkretnej korzyści, bez chęci analizy wcześniejszych zachowań. Ten wzorec powtarzał się kilkakrotnie, co wskazywało na trudności pacjenta w budowaniu trwałej i autentycznej relacji terapeutycznej.

W ostatniej fazie terapii (6.–8. miesiąc) narastały w terapeutę wątpliwości co do jej skuteczności. Pacjent wykazywał ograniczoną zdolność do refleksji. Jego silna pogarda wobec innych, a często również wobec terapii, znacząco utrudniała pracę analityczną. W związku z powyższym terapeuta zdecydował się na zastosowanie elementów psychodynamicznej psychoterapii wspierającej (POST). Po pierwsze sesje stały się bardziej ustrukturalizowane, a terapeuta bardziej dyrektywny – kierował rozmową, unikał analizy przeniesienia, wprowadził jasne zasady dotyczące współpracy (nie można krzyczeć). Wzmacniał ego pacjenta – ograniczał jego impulsywność poprzez wskazywanie, jakie konsekwencje mogą mieć konkretne zachowania, a jednocześnie podkreślał momenty,

kiedy zachowanie pacjenta pomagało w interakcjach. Prowadził psychoedukację i modelował społecznie akceptowane zachowania, ucząc redukowania napięcia (liczenie, techniki oddechowe, świadome odraczanie reakcji), analizował także z pacjentem proces poszukiwania pracy zawodowej.

W wyniku wprowadzenia jasnych zasad i braku analizy przeniesienia pacjent wykazywał największą poprawę – sesje były mniej chaotyczne, a bardziej skupione na konkretnym celu. Techniki oddechowe i świadome odraczanie reakcji przyniosły widoczną poprawę w kontroli impulsywności. Mężczyzna rzadziej reagował agresywnie i częściej starał się powstrzymać natychmiastowe wybuchy. Skupienie na analizie zachowań pacjenta w relacjach z innymi oraz ich konsekwencji spotkało się z większą otwartością z jego strony. Wydawał się chętny do nauki strategii społecznych, które mogły mu przynieść korzyści, choć nie doszło do głębszych zmian w strukturze jego osobowości. Pod koniec spotkań pacjent funkcjonował nieco lepiej, wywołując mniej konfliktów. W ósmym miesiącu terapii przyjął ofertę pracy jako ochroniarz. Wówczas zakończył terapię, informując terapeutę w sposób lakoniczny i deprecjonujący – „spieprzam z tego syfu”.

Diagnoza różnicowa: Narcyzm złośliwy a antyspołeczne zaburzenie osobowości

Narcyzm złośliwy i antyspołeczne zaburzenie osobowości wykazują wiele podobieństw, szczególnie w zakresie braku empatii, agresji i instrumentalnego traktowania innych (terapeuta podczas pracy jest narażony na ryzyko zarówno w obszarze psychologicznym, jak i realnym [9]), co powoduje, że ich rozróżnienie bywa bardzo trudne. Kluczowa różnica polega na istnieniu wewnętrznego konfliktu, który występuje wyłącznie u osób cierpiących na złośliwy narcyzm. Po tym, jak poczuć się lepiej (często kosztem innych), wykazują potrzebę nawiązania z nimi relacji. Z kolei osoby z antyspołecznym zaburzeniem osobowości nie potrzebują bliskiego połączenia z innymi ludźmi, stanowią oni jedynie „narzędzie” do osiągnięcia określonych celów. Poza tym u takich pacjentów nie można rozpoznać oznak wewnętrznego konfliktu dotyczącego własnej wartości – nie potrzebują uznania, lecz dążą do dominacji i kontroli [11]. Właśnie brak jakiegokolwiek konfliktu nie daje nadziei na wewnętrzną zmianę w wyniku terapii w przypadku tych ostatnich.

Po zakończeniu pracy z opisanym w powyższym przykładzie pacjentem terapeuta zrewidował wcześniejszą diagnozę. Uznał, iż cierpi on na antyspołeczne zaburzenie osobowości na podstawie takich cech, jak patologiczne wielkościowe *self*, silnie przeniknięte agresją oraz stany arogancji, wyższości i pogardliwych uczuć względem terapeuty, ale przede wszystkim widoczny od samego początku brak konfliktu pomiędzy chęcią bliskiej relacji z kimkolwiek czy nawet potrzeby uznania ze strony innych.

Psychodynamiczna psychoterapia wspierająca (POST) wydawała się zdecydowanie bardziej zasadna niż psychoterapia oparta na przeniesieniu (TFP). Jednak w związku z faktem, że pacjent wykazywał wybitnie duże trudności w budowaniu relacji terapeutycznej, być może bardziej efektywna okazałaby się forma psychoedukacji w połączeniu z technikami poznawczo-behawioralnymi. Przy czym na uwagę należy mieć fakt, iż tego typu pacjenci mogą wykorzystywać „techniki psychologiczne” dla własnych korzyści.

Podsumowanie

Narcyzm, jako wielowymiarowe zjawisko psychologiczne, został gruntownie zbadany w ramach podejścia psychodynamicznego, które uwzględnia zarówno jego strukturalne, jak i funkcjonalne aspekty. Patologiczny narcyzm, szczególnie w swojej złośliwej odmianie, cechuje się głębokimi deficytami w zakresie funkcjonowania Ja, relacji z innymi oraz superego. Osoby z tym zaburzeniem wykazują intensywne mechanizmy obronne, takie jak rozszczepienie, dewaluacja i identyfikacja projekcyjna, które utrudniają nawiązywanie autentycznych relacji oraz skuteczne uczestnictwo w terapii. Ich wewnętrzny świat jest wypełniony wyidealizowanymi obrazami siebie, podczas gdy relacje z innymi pozostają instrumentalne i pozbawione wzajemności.

Praca terapeutyczna z pacjentami o złośliwej formie narcyzmu oraz z antyspołecznym zaburzeniem osobowości stawia przed terapeutami szczególnie wysokie wymagania. Te zaburzenia, zlokalizowane na granicy możliwości terapeutycznych, często wykazują ograniczoną podatność na psychoterapię. Pacjenci ci rzadko są zdolni do głębszej refleksji, a ich silna wrogość oraz tendencja do dewaluacji relacji terapeutycznej utrudniają proces terapeutyczny.

Opisywany w niniejszym artykule przypadek pacjenta ilustruje te trudności w sposób szczególnie wyrazisty. Mężczyzna, mimo zgłoszenia się na terapię, nie wykazywał zdolności do autentycznej refleksji nad własnym zachowaniem, a jego podejście do relacji terapeutycznej było głównie instrumentalne. W początkowej fazie pracy dominowały u niego mechanizmy obronne w postaci dewaluacji i agresji, które w znacznym stopniu komplikowały proces terapeutyczny. Tendencja do konfrontacji oraz potrzeba dominacji sprawiały, że klasyczne psychodynamiczne podejście analityczne okazywało się nieskuteczne.

Zastosowanie psychodynamicznej terapii wspierającej (POST) pozwoliło na ograniczenie destrukcyjnych zachowań i stworzenie minimalnej przestrzeni do pracy nad bardziej adaptacyjnymi strategiami funkcjonowania. Kluczowe interwencje obejmowały ustrukturalizowanie sesji i wprowadzenie jasnych zasad współpracy, co stopniowo ograniczało impulsywność pacjenta oraz jego skłonność do eskalacji napięcia w kontakcie z terapeutą. Szczególnie skuteczne okazały się techniki redukcji napięcia, takie jak kontrola oddechu i świadome odraczanie reakcji, które w niewielkim stopniu wpłynęły na poprawę regulacji emocji.

Pomimo wprowadzenia interwencji wspierających, pacjent nie wykazywał oznak głębszej zmiany w strukturze osobowości, a jego funkcjonowanie w relacji terapeutycznej było nadal silnie oparte na instrumentalnym traktowaniu terapeuty. Decyzja o zakończeniu terapii również wpisywała się w ten schemat – pacjent nie uznał jej wartości jako procesu refleksyjnego, lecz potraktował ją jako etap w swoim życiu, który przestał być użyteczny po uzyskaniu doraźnych korzyści.

Opisany przypadek potwierdza, że w pracy z osobami o strukturze antyspołecznej kluczowym celem nie jest rekonstrukcja osobowości, lecz ograniczenie szkód i poprawa ich codziennego funkcjonowania. Interwencje wspierające pozwalają na pewne złagodzenie destrukcyjnych wzorców zachowań, lecz nie prowadzą do głębokiej zmiany strukturalnej. W omówionym przypadku udało się w ograniczonym stopniu poprawić umiejętności

adaptacyjne pacjenta w kontekście społecznym i zawodowym, jednak jego podstawowe wzorce relacyjne oraz sposoby regulacji emocji pozostały niezmienione.

Przedstawiona historia pracy terapeutycznej skłania również do refleksji nad zasadnością kontynuowania terapii w instytucjach, gdy pacjent wielokrotnie przerywa proces, traktując go w sposób instrumentalny – zamiast wymuszać dalsze zaangażowanie terapeuty, warto rozważyć wprowadzenie instytucjonalnych granic, które uniemożliwiałyby pacjentowi powrót i ponowne wykorzystywanie terapii jako narzędzia do osiągania doraźnych korzyści, bez rzeczywistej gotowości do pracy nad sobą.

Piśmiennictwo

1. Freud S. *Dzieła wybrane* (t. 5). Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1997.
2. Kernberg OF. Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *J Am Psychoanal Assoc.* 1970; 18: 51–85.
3. Kernberg OF. *Borderline conditions and pathological narcissism*. Lanham, Maryland: Rowman and Littlefield, Inc.; 1975.
4. Kernberg OF. Narcystyczne zaburzenia osobowości w okresie dojrzewania. W: Walewska K, red. *Psychoanaliza współcześnie. Dziecko w terapii*. Warszawa: Wydawnictwo MediPage; 2008, s. 104–117.
5. Kernberg OF. Narcystyczne zaburzenie osobowości. W: Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO, red. *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości. Podręcznik kliniczny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2013: s. 315–348.
6. Kohut H. *The restoration of the self*. Madison: International Universities Press; 1977.
7. Kernberg OF. Narcissism, aggression, and self-destructiveness in the psychotherapeutic relationship: New developments in the psychopathology and psychotherapy of severe personality disorders. New Haven: Yale University Press; 2014.
8. Wood R. *A Study of Malignant Narcissism. Personal and Professional Insights*. London: Routledge; 2023.
9. Kernberg OF. The almost untreatable narcissistic patient. *J Am Psychoanal Assoc.* 2007; 55(2), 503–539.
10. Kernberg OF. The temptations of conventionality. *Int Rev Psychoanal.* 1989; 18, 191–204.
11. Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing; 2006.
12. Bion WR. *Po namyśle*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2004.

Adres: daniel.melerowicz@gmail.com

Katarzyna Gibek¹, Ewa Wilczek-Rużyczka¹

TRAUMA ZWIĄZANA Z DIAGNOZĄ I LECZENIEM ONKOLOGICZNYM A ROZWÓJ PTSD

TRAUMA ASSOCIATED WITH CANCER DIAGNOSIS AND TREATMENT AND THE DEVELOPMENT OF PTSD

¹Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Wydział Nauk Społecznych i Filologii

PTSD

Post-Traumatic Stress Disorder cancer diagnosis

Streszczenie

W artykule poddano analizie relację między traumą onkologiczną a PTSD, podkreślając jej chroniczny i wielowymiarowy charakter. W odróżnieniu od traumy ostrej, trauma onkologiczna ma charakter długofalowy – obejmuje okres diagnozy, leczenia oraz czas po jego zakończeniu, nasila ją poczucie zagrożenia życia i obciążenia terapią.

Częstość występowania PTSD wśród pacjentów onkologicznych szacuje się na 10–50%, zmienność ta może być przypisana różnorodności stosowanych metod oraz zróżnicowaniu próby badawczej. Objawy mogą obejmować lęk antycypacyjny, nadmierną czujność na sygnały z ciała oraz stały lęk przed nawrotem choroby. Czynniki ryzyka to między innymi typ i stadium nowotworu, sposób leczenia, wcześniejsze traumy, strategie radzenia sobie, wsparcie społeczne, wiek, płeć i status socjoekonomiczny.

Diagnostyka PTSD w kontekście onkologicznym opiera się na wieloetapowym podejściu wykorzystującym standaryzowane wywiady kliniczne i narzędzia samoopisowe (PCL-5, IES-R, Termometr Dystresu). Kluczowa jest interdyscyplinarna współpraca specjalistów i dostosowanie kulturowe narzędzi diagnostycznych.

Skuteczne strategie terapeutyczne obejmują terapię poznawczo-behawioralną, EMDR, farmakoterapię i interwencje oparte na uważności.

Autorzy artykułu postulują konieczność prowadzenia systematycznych badań przesiewowych z zastosowaniem standaryzowanych narzędzi oceny, a także wzywają do wczesnej interwencji psychologicznej oraz personalizacji opieki psychicznej w zależności od potrzeb pacjenta.

Dogłębne zrozumienie związku między traumą onkologiczną a objawami PTSD jest kluczowe dla skutecznej integracji wsparcia psychologicznego z leczeniem onkologicznym i może istotnie przyczynić się do poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych.

Summary

This investigation examines the association between oncological trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD), emphasizing its chronic and multidimensional nature. Unlike acute trauma, oncological trauma follows a protracted trajectory encompassing the diagnostic phase, treatment period,

and post-therapeutic stage. This phenomenon is intensified by the subjective perception of a life threat and the cumulative burden imposed by therapeutic interventions.

Epidemiological investigations indicate that PTSD prevalence in oncological populations ranges from 10% to 50%, with variation attributable to methodological heterogeneity and sample characteristics. Clinical manifestations include a spectrum of psychopathological symptoms, notably anticipatory anxiety, hypervigilance to somatic cues, and persistent fear of disease recurrence. Identified risk factors for PTSD development in oncological contexts include: neoplasm type and stage, therapeutic modality, previous traumatic experiences, coping mechanisms, social support availability, and sociodemographic variables including age, gender, and socioeconomic status.

The diagnostic protocol for oncology-related PTSD employs a multi-phase approach utilizing standardized clinical interviews and validated self-report instruments, including the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5), Impact of Event Scale-Revised (IES-R), and Distress Thermometer. Interdisciplinary collaboration among specialists and cultural adaptation of assessment tools are essential components of accurate diagnosis.

Empirical evidence supports the therapeutic efficacy of cognitive-behavioral therapy (CBT), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), pharmacological interventions, and mindfulness-based approaches. The authors advocate the implementation of systematic screening protocols utilizing standardized assessment instruments, early psychological intervention, and personalization of mental health care.

Comprehensive understanding of the interaction between oncological trauma and PTSD symptomatology constitutes the foundation for effective integration of psychological support within comprehensive oncological treatment, potentially contributing significantly to the optimization of quality of life and psychosocial functioning in oncological patients.

Wprowadzenie

Zespół stresu pourazowego (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD) to złożone zaburzenie psychiczne, które może rozwinąć się w odpowiedzi na wydarzenia o charakterze traumatycznym. PTSD charakteryzuje się występowaniem specyficznych objawów, takich jak:

1. intruzje (nawracające, natrętne wspomnienia, koszmary senne, flashbacki oraz intensywny dystres psychiczny wynikający z kontaktu z bodźcami przypominającymi o traumie);
2. unikanie (świadome omijanie myśli, uczuć, miejsc, sytuacji lub osób związanych z traumatycznym doświadczeniem);
3. negatywne zmiany w myśleniu i nastroju (uporczywe poczucie przygnębienia, trudności w odczuwaniu pozytywnych emocji, uczucie odłączenia od innych oraz negatywne przekonania o sobie, innych lub świecie);
4. zaburzenia w obszarze pobudzenia i reaktywności (drażliwość, wybuchy gniewu, nadmierna czujność, reakcje przesadnego przestachu oraz trudności ze snem).

Aby zdiagnozować PTSD, objawy te muszą utrzymywać się przez co najmniej miesiąc i znacząco wpływać na funkcjonowanie pacjenta w życiu społecznym, zawodowym lub w innych kluczowych obszarach [1].

W kontekście onkologicznym zarówno diagnoza nowotworu, jak i związane z nią leczenie mogą stanowić poważne źródło traumy psychicznej, co może prowadzić do rozwoju PTSD [2]. Obserwowany wzrost liczby zachorowań na nowotwory w populacji ogólnej [3] przekłada się na większą liczbę osób potencjalnie narażonych na rozwój tego zaburzenia. Jednocześnie postęp w leczeniu onkologicznym, który przyczynia się do wydłużenia prze-

życia pacjentów, stawia nowe wyzwania w zakresie długoterminowej opieki psychicznej i somatycznej. Dlatego konieczne jest lepsze zrozumienie mechanizmów prowadzących do rozwoju PTSD w tej specyficznej grupie pacjentów oraz opracowanie skutecznych strategii zapobiegania i leczenia tego zaburzenia.

Celem niniejszego artykułu jest szczegółowa analiza związku między traumą wynikającą z diagnozy i leczenia onkologicznego a rozwojem PTSD u dorosłych pacjentów. W artykule podjęto próbę identyfikacji specyficznych aspektów procesu diagnozy i leczenia nowotworowego, które mogą zwiększać ryzyko wystąpienia PTSD. Omówiono także główne czynniki ryzyka, zdolność pacjentów do radzenia sobie z chorobą oraz skuteczność różnych strategii prewencyjnych i terapeutycznych stosowanych w celu zapobiegania i leczenia PTSD u pacjentów z nowotworem. Szczególną uwagę poświęcono rekomendacjom dotyczącym diagnostyki i leczenia.

Badania nad PTSD w kontekście onkologii mają istotne znaczenie zarówno w wymiarze praktycznym, jak i teoretycznym. Zrozumienie złożoności relacji między doświadczeniami traumatycznymi związanymi z onkologią a PTSD jest kluczowe dla opracowania kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi. Takie podejście powinno łączyć leczenie somatyczne z odpowiednim wsparciem psychologicznym. Artykuł ten ma na celu przedstawienie aktualnego stanu wiedzy w tym zakresie oraz wskazanie kluczowych kierunków dalszych badań i praktycznych implikacji w obszarze opieki zdrowotnej.

Trauma w kontekście choroby nowotworowej

Trauma onkologiczna jest specyficzną formą przeżycia traumatycznego, różniącą się od klasycznego rozumienia traumy związanej z pojedynczym, nagłym i zagrażającym życiu wydarzeniem [4]. Według współczesnych definicji trauma to doświadczenie, które przekracza zdolności adaptacyjne jednostki, prowadząc do głębokich zakłóceń w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym [5]. Trauma związana z chorobą nowotworową ma wyjątkowy charakter, wynikający z kilku kluczowych aspektów. Przede wszystkim jest to trauma przewlekła, ponieważ nie ogranicza się jedynie do chwili postawienia diagnozy, ale trwa przez cały okres leczenia, nierzadko wykraczając poza jego zakończenie [6]. Charakteryzuje się również poczuciem niepewności co do przyszłości i utratą kontroli nad codziennym życiem, co znacząco wpływa na poczucie bezpieczeństwa pacjenta. W przypadku onkologii trauma ma podłoże zarówno psychologiczne, jak i fizyczne, co nadaje jej wyjątkowo złożony charakter [7, 8].

Diagnoza nowotworu często stanowi moment przełomowy w życiu pacjenta, prowadząc do głębokich zmian zarówno w postrzeganiu siebie, jak i otaczającego świata. W aspekcie psychologicznym wiąże się z konfrontacją z własną śmiertelnością, zaburzeniem poczucia bezpieczeństwa oraz naruszeniem dotychczasowego obrazu życia. Badania podkreślają, że sposób, w jaki przekazywana jest diagnoza, odgrywa kluczową rolę w doświadczeniu pacjenta – brak empatii i wrażliwości w komunikacji może uwydatnić traumatyczny charakter tego momentu [9, 10].

Reakcje psychologiczne na diagnozę i leczenie onkologiczne są zróżnicowane i zmieniają się w czasie. W pierwszej fazie pacjenci często doświadczają intensywnych emocji, takich jak szok, zaprzeczenie, niedowierzanie, złość czy lęk. W miarę upływu czasu te

emocje mogą ewoluować w kierunku chronicznego napięcia, objawów depresji lub tzw. zamrożenia emocjonalnego (ang. *emotional numbing*), które jest charakterystyczne dla reakcji na traumatyczne doświadczenia [11, 12]. Około 30–40% pacjentów w pierwszych tygodniach po diagnozie zgłasza klinicznie istotne objawy lęku lub depresji, które mogą wpływać na ich zdolność adaptacji do sytuacji choroby [13, 14].

Leczenie onkologiczne jest kolejnym źródłem doświadczeń o potencjale traumatycznym. Procedury takie jak operacje, chemioterapia czy radioterapia wiążą się z intensywnym stresem, bólem i skutkami ubocznymi, które znacząco wpływają na jakość życia pacjenta. Zmiany fizyczne, takie jak utrata włosów czy inne aspekty związane z wyglądem, mogą prowadzić do obniżenia samooceny i zaburzeń obrazu ciała [15]. Z kolei przedłużający się pobyt w szpitalu oraz konieczność podejmowania trudnych decyzji terapeutycznych wzmacniają poczucie utraty kontroli nad własnym życiem. Traumatyczne doświadczenia związane z leczeniem mogą być pogłębiane przez wtórną traumatyzację, wynikającą z takich czynników, jak konieczność radzenia sobie z nawrotami choroby, chronicznym zmęczeniem czy skutkami ubocznymi terapii. U wielu pacjentów rozwija się tzw. zespół Damoklesa, czyli przewlekły lęk przed nawrotem choroby, który może towarzyszyć im przez lata, nawet po zakończeniu leczenia [16].

Badania naukowe potwierdzają, że odpowiedź na traumę medyczną w kontekście choroby nowotworowej może przyjmować różne formy. U części pacjentów rozwijają się ostre zaburzenia stresowe (ASD), w niektórych przypadkach przekształcające się w pełnoobjawowy zespół stresu pourazowego (PTSD) [17].

PTSD w populacji pacjentów onkologicznych

Występowanie zespołu stresu pourazowego (PTSD) w populacji pacjentów onkologicznych stanowi istotny temat współczesnych badań naukowych. Według najnowszych szacunków częstość występowania PTSD w tej grupie waha się od 10% do 50% [2, 18–20]. Wyniki badań wskazują, że choroba nowotworowa może być przez niektórych pacjentów odbierana jako doświadczenie traumatyczne, jednak nie dotyczy to wszystkich osób zmagających się z rakiem. Częstość występowania PTSD różni się w zależności od rodzaju nowotworu oraz zastosowanych narzędzi diagnostycznych. Ponadto dane empiryczne sugerują, że objawy PTSD o klinicznym znaczeniu mogą pojawiać się na różnych etapach przebiegu choroby nowotworowej [2].

Specyficzne cechy PTSD w kontekście choroby nowotworowej

Zespół stresu pourazowego związany z chorobą nowotworową charakteryzuje się kilkoma unikalnymi cechami, odróżniającymi go od klasycznego PTSD. Trauma w tym przypadku jest trwającym procesem, a nie zamkniętym wydarzeniem z przeszłości. Zagrożenie nie jest jednorazowe, lecz stałe – pacjenci muszą mierzyć się z możliwością nawrotu choroby oraz kolejnymi etapami leczenia. Co więcej, źródło traumy w chorobie nowotworowej jest wewnętrzne, tkwi w organizmie, w przeciwieństwie do zewnętrznych źródeł traumy, takich jak wypadki czy katastrofy [21].

Objawy PTSD w tej grupie pacjentów charakteryzują się specyficznym profilem klinicznym. Lęk koncentruje się głównie na przyszłości – na strachu przed nawrotem choroby – a wspomnienia traumatyczne dotyczą momentu diagnozy lub szczególnie trudnych etapów leczenia. Pacjenci mogą doświadczać nadmiernej czujności wobec objawów somatycznych, co dodatkowo potęguje ich stres. Szczególnie istotna z perspektywy klinicznej jest natura bodźców wyzwalających reakcje lękowe – są to zazwyczaj elementy stanowiące integralną część procesu leczniczego i monitorowania stanu klinicznego pacjenta, takie jak zapachy charakterystyczne dla środowiska szpitalnego czy widok sprzętu medycznego. Ich unikanie może objawiać się rezygnacją z wizyt kontrolnych czy badań diagnostycznych. Charakterystyczne są także tzw. okresy wyzwalające, takie jak rocznice diagnozy czy oczekiwanie na wyniki badań, kiedy objawy PTSD mogą się nasilać [22].

Ważnym aspektem jest współwystępowanie PTSD z objawami fizycznymi choroby oraz skutkami ubocznymi leczenia. Objawy somatyczne, takie jak chroniczne zmęczenie czy ból, mogą nakładać się na psychologiczne reakcje związane z PTSD, co utrudnia odróżnienie normalnych reakcji emocjonalnych od patologicznych [23, 24].

Obciążenie emocjonalne związane z chorobą pogłębia jej fizyczne skutki. Leczenie nowotworowe często prowadzi do zmian w wyglądzie, takich jak utrata włosów, blizny pooperacyjne czy inne zmiany somatyczne, które mogą powodować zaburzenia obrazu własnego ciała oraz poczucie utraty kontroli nad własnym życiem [25, 26]. Proces leczenia nierzadko wiąże się z procedurami inwazyjnymi, takimi jak chemioterapia, radioterapia czy operacje chirurgiczne, które same w sobie mogą być źródłem poważnego stresu. Pacjenci zgłaszają uczucie bezradności, strachu i cierpienia emocjonalnego podczas tych procedur, co dodatkowo komplikuje ich stan psychiczny [27].

Uzupełnienie danych ilościowych wynikami badań jakościowych pozwala lepiej zrozumieć subiektywne przeżycia pacjentów onkologicznych z objawami PTSD. W badaniu Hampton i Frombach [33] kobiety po leczeniu onkologicznym opisywały doświadczenie choroby jako „ciągłą obecność śmierci” i „utracone poczucia ja”. Jedna z uczestniczek stwierdziła: „Nie bałam się umierania – bałam się tego, kim się stałam przez tę chorobę”. Miller [10], analizując autobiograficzne komiksy pacjentek, opisała „traumę diagnozy” jako moment „rozszerzenia znaczeń”, w którym pacjentka przestaje być osobą, a staje się przypadkiem. Takie opisy wskazują na potrzebę integracji narracyjnych form terapii z klasycznymi podejściami poznawczo-behawioralnymi, a także uwzględniania kwestii tożsamościowych, obrazu ciała i emocjonalnej alienacji w procesie leczenia psychoterapeutycznego.

Czynniki ryzyka rozwoju PTSD u pacjentów onkologicznych

Czynniki ryzyka rozwoju zespołu stresu pourazowego (PTSD) u pacjentów onkologicznych są złożone i wieloaspektowe. Mogą one w znaczący sposób wpływać na zdrowie psychiczne i emocjonalne osób, u których zdiagnozowano raka.

Czynniki związane z chorobą i leczeniem

Pierwszym istotnym czynnikiem jest typ nowotworu. Niektóre nowotwory, takie jak rak trzustki czy płuc, charakteryzujące się wysoką śmiertelnością i agresywną progresją, częściej wywołują silniejsze reakcje emocjonalne oraz poczucie zagrożenia. Pacjenci z mniej agresywnymi formami raka, takimi jak rak prostaty, zgłaszają stosunkowo niższe poziomy lęku i stresu [28, 29].

Drugim kluczowym aspektem jest zaawansowanie choroby w momencie diagnozy. Pacjenci w zaawansowanym stadium, szczególnie w stadium IV, często doświadczają silniejszego poczucia bezbronności oraz większego dystresu emocjonalnego. Badania wskazują, że osoby zdiagnozowane w późnych stadiach choroby częściej zgłaszają bardziej intensywne objawy lęku i depresji [30, 31].

Rodzaj leczenia stanowi kolejny istotny czynnik. Chemioterapia, radioterapia oraz zabiegi chirurgiczne mogą powodować różne obciążenia psychiczne, szczególnie w przypadku procedur inwazyjnych lub tych, które wywołują istotne efekty uboczne. Chemioterapia uzupełniająca powoduje więcej obciążeń psychicznych, niż sama radioterapia w okresie 13 miesięcy po mastektomii [32]. U pacjentów, którzy przeszli wyłącznie zabieg operacyjny, odnotowano niższy poziom depresji, lęku i objawów stresu pourazowego w porównaniu z tymi, którzy przeszli zabieg operacyjny i chemioterapię lub zabieg operacyjny w połączeniu z radioterapią [27]. Intensywność oraz częstotliwość leczenia odgrywają istotną rolę w doświadczeniu pacjentów – agresywne schematy terapeutyczne, wymagające długotrwałej hospitalizacji lub częstych i obciążających procedur medycznych, znacząco zwiększają zarówno obciążenie fizyczne, jak i emocjonalne [33].

Czynniki psychologiczne

Występowanie wcześniejszych zaburzeń psychicznych, takich jak stany lękowe czy epizody depresyjne, jest istotnym czynnikiem prognostycznym zwiększającym ryzyko rozwoju zespołu stresu pourazowego (PTSD) w populacji pacjentów onkologicznych. Predyspozycje psychiczne obecne przed diagnozą nowotworową mogą znacząco nasilić podatność na negatywne reakcje emocjonalne, w szczególności w odpowiedzi na stresory związane z procesem diagnostycznym i terapeutycznym [34, 35].

Cechy osobowości również odgrywają istotną rolę w podatności na rozwój PTSD. Osoby o wysokim poziomie neurotyczności wykazują większą skłonność do doświadczania negatywnych emocji, takich jak lęk czy złość, co czyni je bardziej podatnymi na stres i trudności adaptacyjne [36, 37]. Z kolei cechy, takie jak odporność psychiczna, optymizm czy zdolność do konstruktywnego radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, mogą działać ochronnie, redukując ryzyko PTSD [38, 39].

Strategie radzenia sobie ze stresem

Rodzaj stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem ma istotny wpływ na wyniki psychologiczne pacjentów. Adaptacyjne strategie, takie jak aktywne rozwiązywanie pro-

blemów, poszukiwanie wsparcia społecznego czy konstruktywne przetwarzanie emocji, są związane z lepszym funkcjonowaniem psychicznym oraz niższym ryzykiem wystąpienia PTSD. Natomiast nieadaptacyjne strategie, takie jak unikanie, zaprzeczanie czy wypieranie, mogą nasilać dystres oraz zwiększać podatność na rozwój zaburzeń psychicznych [40, 41]. Wyniki badań wskazują, że pacjenci stosujący aktywne strategie radzenia sobie oparte na przetwarzaniu emocjonalnym oraz poszukujący wsparcia społecznego wykazują niższe ryzyko rozwoju zespołu stresu pourazowego w porównaniu z osobami wykorzystującymi strategie unikowe. Wsparcie społeczne odgrywa kluczową rolę w procesie adaptacji do choroby nowotworowej, przyczyniając się do redukcji poczucia izolacji oraz obniżenia poziomu stresu emocjonalnego związanego z diagnozą i leczeniem onkologicznym [42].

Czynniki społeczno-demograficzne

Wiek jest jednym z głównych czynników społeczno-demograficznych wpływających na ryzyko wystąpienia PTSD. Badania dowodzą, że młodszy pacjenci onkologiczni są bardziej narażeni na rozwój PTSD w porównaniu z osobami starszymi [18, 43, 44]. Młodszy pacjenci często muszą stawić czoła zaburzeniu planów życiowych, takich jak wykształcenie, kariera czy założenie rodziny. Dodatkowo mierzą się z większą niestabilnością finansową, wynikającą z przerw w pracy zawodowej oraz obowiązkami rodzinnymi, które mogą nasilać uczucie bezradności i niepokoju. W przeciwieństwie do nich, starsi pacjenci zazwyczaj mają większe doświadczenie życiowe oraz wypracowane strategie radzenia sobie ze stresem, co może działać ochronnie wobec rozwoju PTSD. Starsza grupa wiekowa jest jednak narażona na inne wyzwania, takie jak współwystępowanie chorób przewlekłych, które mogą wpływać na obciążenie psychiczne, choć niekoniecznie w sposób prowadzący do PTSD.

Badania wskazują, że istnieją znaczące różnice związane z płcią w ryzyku wystąpienia PTSD u pacjentów onkologicznych. Kobiety są bardziej podatne na rozwój PTSD po diagnozie nowotworowej niż mężczyźni [33, 45]. Może to wynikać z różnorodnych czynników, takich jak biologiczne różnice w regulacji emocji, większa skłonność do refleksyjnego przetwarzania emocji oraz różnice w sieciach wsparcia społecznego i kulturowych oczekiwaniach związanych z rolami płciowymi. Dodatkowo kobiety mogą silniej odczuwać wpływ leczenia na obraz ciała i poczucie kobiecości, szczególnie w przypadku terapii zmieniających wygląd zewnętrzny, takich jak mastektomia, utrata włosów czy blizny pooperacyjne. Zmiany te mogą prowadzić do zaburzeń obrazu ciała oraz poczucia utraty tożsamości płciowej, co zwiększa ryzyko wystąpienia PTSD w tej grupie. Mężczyźni natomiast częściej unikają wyrażania emocji i szukania wsparcia społecznego, co może prowadzić do bardziej utajonych, ale równie destrukcyjnych reakcji psychologicznych, takich jak izolacja emocjonalna czy zaburzenia somatyczne.

Status społeczno-ekonomiczny (SES)

Osoby o niższym statusie społeczno-ekonomicznym często doświadczają dodatkowych stresorów, takich jak niestabilność finansowa, trudności w dostępie do opieki zdrowotnej oraz ograniczone wsparcie społeczne. Bariery finansowe utrudniają im korzystanie z usług

medycznych i psychologicznych, co może prowadzić do pogłębienia cierpienia psychicznego [46]. Co więcej, ograniczone zasoby mogą uniemożliwiać pacjentom radzenie sobie z emocjonalnymi i fizycznymi obciążeniami wynikającymi z choroby i leczenia. Trudności te obejmują zarówno codzienne wyzwania, takie jak zapewnienie opieki nad rodziną, jak i bardziej złożone problemy, takie jak konieczność podejmowania trudnych decyzji terapeutycznych w obliczu ograniczonego dostępu do nowoczesnych terapii. Pacjenci o niższym statusie społeczno-ekonomicznym często napotykają także trudności w uzyskaniu pomocy psychologicznej, co ogranicza ich zdolność do radzenia sobie z traumatycznymi doświadczeniami związanymi z nowotworem [2].

Poniżej zamieszczono autorski model przedstawiający czynniki ryzyka rozwoju PTSD. Koncepcja powstała na bazie literatury.

Metody diagnostyczne i narzędzia screeningowe

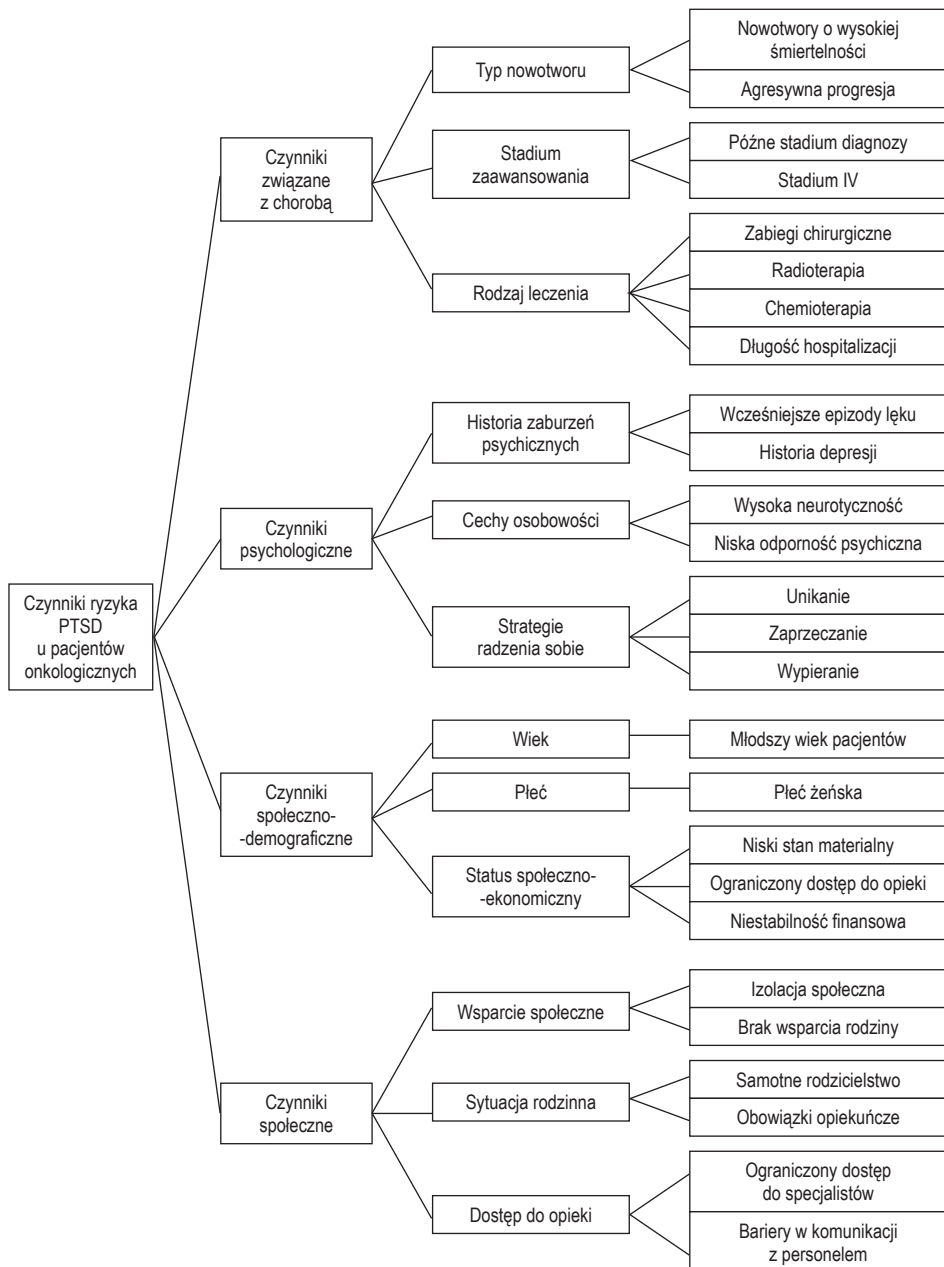
Diagnostyka PTSD w grupie pacjentów onkologicznych jest procesem złożonym i opiera się na trzech głównych filarach. Pierwszym z nich są ustrukturyzowane wywiady kliniczne, które stanowią podstawę oceny psychologicznej. Wywiady te, prowadzone przez wykwalifikowanych profesjonalistów, umożliwiają zebranie szczegółowych danych dotyczących doświadczeń traumatycznych pacjenta, ich wpływu na funkcjonowanie psychiczne oraz kontekstu emocjonalnego towarzyszącego diagnozie i leczeniu. Dzięki temu możliwe jest dokładne zidentyfikowanie objawów PTSD i zaplanowanie adekwatnej interwencji terapeutycznej [47].

Drugim elementem diagnostycznym są kwestionariusze samooceny, które pacjenci wypełniają samodzielnie. Narzędzia te pozwalają na ocenę subiektywnie odczuwanych objawów, co dostarcza dodatkowych informacji na temat samopoczucia pacjentów i wpływu traumy na ich codzienne życie. Są one szczególnie przydatne w monitorowaniu zmian w stanie psychicznym osób będących w trakcie i po zakończeniu leczenia. Kwestionariusze te wspierają również proces oceny skuteczności wdrożonych interwencji terapeutycznych [48, 49].

Kolejnym filarem diagnostycznym są skale oceny klinicznej, stosowane przez specjalistów. Pozwalają one na obiektywną ocenę nasilenia objawów PTSD oraz ich klasyfikację w oparciu o ustandaryzowane kryteria. Skale te są szczególnie pomocne w kontekście planowania terapii, oceny postępów leczenia oraz weryfikacji skuteczności różnych podejść terapeutycznych. Ich ilościowy charakter sprawia, że są one nieodzownym narzędziem w badaniach naukowych oraz w praktyce klinicznej [50].

Kompleksowe wykorzystanie powyższych metod diagnostycznych umożliwia stworzenie pełnego obrazu klinicznego pacjenta, co jest niezbędne dla skutecznego zarządzania procesem terapeutycznym. W kontekście pacjentów onkologicznych diagnoza PTSD i monitorowanie objawów stanowią fundament opieki psychoonkologicznej, wpływając bezpośrednio na jakość życia chorych oraz na ich zdolność do adaptacji wobec wyzwań związanych z chorobą.

Poniżej przedstawiono narzędzia najczęściej stosowane w onkologii.



Rys. 1. Model koncepcyjny: Czynniki ryzyka rozwoju PTSD

Przegląd głównych narzędzi diagnostycznych

PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5). PCL-5 to 20-itemowy kwestionariusz samoopisowy zaprojektowany w celu oceny objawów PTSD zgodnie z kryteriami DSM-5. Narzędzie to pozwala respondentom ocenić nasilenie każdego z objawów PTSD w ciągu ostatniego miesiąca na skali od 0 (wcale) do 4 (bardzo silnie). PCL-5 jest szeroko stosowany w ocenie zmian objawów podczas leczenia, w przesiewowym wykrywaniu PTSD oraz jako narzędzie wspierające proces diagnostyczny. Wynik całkowity mieści się w zakresie od 0 do 80, a wynik powyżej 31–33 sugeruje obecność PTSD, choć dokładne punkty odcięcia mogą różnić się w zależności od populacji i celu badania. Narzędzie to jest szeroko stosowane w onkologii [51, 52].

IES-R to 22-itemowy kwestionariusz samoopisowy służący do oceny subiektywnego dystresu związanego z traumatycznym zdarzeniem. Składa się z trzech podskal: intruzji (natrętne myśli i wspomnienia), unikania (aktywny unik myśli i sytuacji związanych z traumą) oraz pobudzenia (nadmierna czujność, drażliwość). Narzędzie to pozwala na ocenę objawów PTSD w ciągu ostatniego tygodnia na skali od 0 (wcale) do 4 (bardzo często). IES-R jest szeroko stosowany w badaniach nad PTSD, w tym u pacjentów z chorobą nowotworową. Dostarcza cennych informacji na temat reakcji psychicznych związanych z diagnozą i leczeniem [53].

Distress Thermometer (DT) to narzędzie przesiewowe opracowane przez National Comprehensive Cancer Network (NCCN), które służy do szybkiej oceny poziomu dystresu u pacjentów onkologicznych. Jest proste w użyciu, składa się z wizualnej analogowej skali w formie termometru, na której pacjenci subiektywnie oceniają poziom dystresu w skali od 0 (brak dystresu) do 10 (ekstremalny dystres). W uzupełnieniu do skali, DT zawiera listę potencjalnych problemów przyczyniających się do dystresu, takich jak trudności praktyczne, rodzinne, emocjonalne, duchowe i fizyczne. To kompleksowe podejście pozwala na identyfikację szerokiego zakresu czynników, które mogą wpływać na samopoczucie pacjenta. Choć narzędzie to nie jest specyficznie zaprojektowane do diagnozowania PTSD, służy jako wskaźnik konieczności dalszej, bardziej szczegółowej oceny psychologicznej, w tym ukierunkowanej diagnostyki PTSD [54]. W kontekście pacjentów onkologicznych narzędzie DT może być używane jako pierwszy etap screeningu, wskazując na potrzebę dalszej diagnostyki za pomocą bardziej wyspecjalizowanych narzędzi, takich jak PCL-5 czy IES-R, które oceniają nasilenie objawów PTSD.

Najczęściej stosowane strategie terapeutyczne leczenia zespołu stresu pourazowego (PTSD) u pacjentów onkologicznych

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) jest jedną z najczęściej badanych i skutecznych metod leczenia PTSD. Koncentruje się na modyfikowaniu negatywnych myśli i zachowań związanych z traumą. Często obejmuje techniki ekspozycji, restrukturyzację poznawczą i strategie radzenia sobie dostosowane do unikalnych doświadczeń pacjentów onkologicznych. Badania wykazały, że wczesna interwencja CBT z elementami ekspozycji zmniejsza objawy PTSD u pacjentów z nowotworami głowy i szyi nawet po 12 miesiącach terapii [55, 56].

EMDR to kolejna terapia oparta na dowodach, która okazała się obiecująca w leczeniu PTSD. Opiera się na założeniu, że traumatyczne wspomnienia mogą zostać „zamrożone” w układzie nerwowym wraz z pierwotną percepcją, emocjami i przekonaniami. Podczas sesji terapeuta prowadzi pacjenta przez serię bilateralnych (dwustronnych) stymulacji, najczęściej poprzez ruchy gałek ocznych, choć może to być również stymulacja dźwiękowa lub dotykowa. EMDR jest używana również w leczeniu PTSD u pacjentów onkologicznych, a jej skuteczność została potwierdzona licznymi badaniami naukowymi [57–60].

Farmakoterapia PTSD u pacjentów onkologicznych obejmuje szeroko stosowane inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SSRI i SNRI), które efektywnie łagodzą przewlekłe objawy lękowe. Warto jednak zauważyć, że farmakoterapia w tej grupie wymaga szczególnej ostrożności z powodu potencjalnych interakcji lekowych [61].

Interwencje oparte na uważności (ang. *mindfulness*) oraz techniki zarządzania stresem również wykazały pozytywne efekty w redukcji objawów nadpobudliwości i unikania. Bränström i współpracownicy [62] wskazali, że zastosowanie *mindfulness* może poprawić ogólny dobrostan psychiczny pacjentów onkologicznych, zmniejszając objawy stresu pourazowego.

Podsumowanie porównania

Metoda	Skuteczność	Zalecenia kliniczne
CBT (z ekspozycją)	Wysoka	U pacjentów z intruzjami, lękiem i unikaniem
EMDR	Wysoka	U pacjentów z trudnościami w ekspresji emocji; PTSD z elementami dysocjacyjnymi
Mindfulness (MBSR)	Umiarkowana	U pacjentów w trakcie leczenia; poprawa funkcjonowania codziennego

Źródła: Kangas et al. [55]; Portigliatti Pomeri et al. [60]; Bränström et al. [62]

Różnicowanie PTSD: Uwzględnienie specyfiki onkologii

Jednym z wyzwań w diagnostyce PTSD w populacji onkologicznej jest odróżnienie objawów PTSD od innych zaburzeń adaptacyjnych, reakcji lękowych czy depresyjnych, które często współwystępują w tej grupie pacjentów. W kontekście onkologii kluczowe znaczenie ma uwzględnienie naturalnych reakcji adaptacyjnych związanych z procesem leczenia oraz indywidualnych czynników ryzyka, takich jak wcześniejsze doświadczenia traumatyczne, historia zaburzeń psychicznych, młodszy wiek, płeć żeńska czy niski poziom wsparcia społecznego. Kwestie takie jak obawa przed nawrotem choroby czy utrzymujące się objawy lękowe często są zjawiskami adaptacyjnymi, a nie objawami PTSD. Szczególną uwagę warto zwrócić na zastosowanie kryteriów diagnostycznych DSM-5, które wymagają, aby objawy intruzyjne i unikanie były związane z przeszłymi traumatycznymi wydarzeniami, a nie z obawami o przyszłość [55].

Rekomendacje dotyczące diagnostyki

Wytyczne międzynarodowych towarzystw onkologicznych i psychoonkologicznych podkreślają kluczową rolę systematycznego i wieloetapowego procesu diagnostycznego PTSD w populacji pacjentów onkologicznych. Proces ten powinno się rozpoczynać już w pierwszych miesiącach od diagnozy nowotworowej, a następnie powtarzać w neuraltgicznych momentach, takich jak zakończenie leczenia lub wystąpienie wznowy choroby.

Proces diagnostyczny PTSD w onkologii powinien być realizowany w dwóch etapach:

1. **Etap przesiewowy** – obejmuje zastosowanie prostych narzędzi, takich jak DT, które pozwalają na identyfikację pacjentów z podwyższonym poziomem dystresu, wymagających pogłębionej oceny.
2. **Etap pogłębionej diagnostyki klinicznej** – w przypadku wyników pozytywnych w screeningu przeprowadza się szczegółowe wywiady kliniczne PCL-5 i IES-R.

Szczególną uwagę należy poświęcić adaptacji narzędzi diagnostycznych do specyficznych potrzeb pacjentów onkologicznych. Warto dostosować kwestionariusze i skale oceny do języka, kultury oraz kontekstu pacjentów, aby zapewnić ich większą trafność i użyteczność w populacji onkologicznej. Różnice kulturowe w ocenie PTSD są istotnym czynnikiem, który powinien być uwzględniany, ponieważ postrzeganie traumy, dystresu i radzenia sobie ze stresem różni się między grupami kulturowymi.

Diagnostyka PTSD u pacjentów onkologicznych powinna mieć charakter interdyscyplinarny, angażując specjalistów różnych dziedzin. Oprócz psychoonkologa lub psychiatry, w procesie diagnostycznym powinni uczestniczyć również lekarz prowadzący leczenie onkologiczne oraz inni specjaliści, w zależności od potrzeb pacjenta. Taka współpraca umożliwia całościową ocenę stanu pacjenta i uwzględnienie wszystkich czynników wpływających na jego stan psychiczny.

Integracja narzędzi cyfrowych

Współczesne wytyczne coraz częściej wskazują na znaczenie integracji narzędzi cyfrowych w diagnostyce PTSD. Aplikacje mobilne, platformy internetowe oraz systemy telemedycyny mogą wspierać proces diagnostyczny, umożliwiając szybki i łatwy dostęp do narzędzi samooceny oraz monitorowania objawów. Rozwiązania te mogą być szczególnie przydatne w długoterminowym monitorowaniu stanu pacjenta oraz w sytuacjach, gdy dostęp do specjalistycznej opieki psychologicznej jest ograniczony.

Monitorowanie objawów w czasie

Rekomendacje wskazują na konieczność systematycznego monitorowania nasilenia objawów PTSD w czasie, co pozwala na ocenę skuteczności wdrażanych interwencji terapeutycznych. Zastosowanie tych samych narzędzi diagnostycznych w określonych odstępach czasu umożliwia obiektywną ocenę postępów w leczeniu i ewentualne dostosowanie strategii terapeutycznej.

Uwzględnienie czynników ryzyka

W procesie diagnostycznym należy zwrócić szczególną uwagę na czynniki ryzyka rozwoju PTSD, takie jak wcześniejsze doświadczenia traumatyczne, historia zaburzeń psychicznych, młodszy wiek, płeć żeńska oraz niski poziom wsparcia społecznego. Wczesna identyfikacja tych czynników pozwala na wdrożenie działań prewencyjnych i lepsze dostosowanie strategii terapeutycznych do potrzeb pacjenta.

Podsumowanie i wnioski

Zespół stresu pourazowego (PTSD) w populacji pacjentów onkologicznych jest zjawiskiem o złożonej etiologii, wynikającym z interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Diagnoza choroby nowotworowej, sama w sobie często postrzegana jako zdarzenie traumatyczne, a także wymagające i obciążające leczenie, mogą prowadzić do rozwoju PTSD. Zaburzenie to wpływa nie tylko na jakość życia pacjentów, ale również na ich zdolność do skutecznego udziału w procesie terapeutycznym i adaptacji do nowych warunków życia. Omówione w niniejszej pracy aspekty, takie jak czynniki ryzyka, metody diagnostyczne i strategie terapeutyczne, wskazują na pilną potrzebę wypracowania holistycznego podejścia w opiece nad tą grupą chorych. Szczególnie ważne jest wprowadzenie systematycznej diagnostyki, interdyscyplinarnej współpracy specjalistów oraz indywidualizacji podejścia terapeutycznego, dostosowanego do specyficznych potrzeb i kontekstu życiowego pacjentów.

Kierunki przyszłych badań

Pomimo rosnącego zainteresowania PTSD w kontekście populacji onkologicznej, istnieje wiele obszarów wymagających dalszych badań. Po pierwsze, istotne wydaje się zrozumienie biologicznych podstaw PTSD w tej grupie pacjentów. Analiza biomarkerów, takich jak poziom kortyzolu, cytokiny prozapalne czy zmiany strukturalne w mózgu, może pomóc w lepszej identyfikacji osób szczególnie narażonych na rozwój zaburzenia oraz w opracowaniu bardziej ukierunkowanych interwencji terapeutycznych.

Po drugie, potrzebne są badania nad różnicami kulturowymi w diagnozie i leczeniu PTSD, które uwzględniałyby specyfikę postrzegania traumy oraz różnice w sposobach radzenia sobie ze stresem w różnych grupach etnicznych i społecznych. Takie badania mogłyby przyczynić się do opracowania bardziej trafnych narzędzi diagnostycznych oraz zindywidualizowanych interwencji terapeutycznych.

Kolejnym ważnym kierunkiem badań jest ocena skuteczności narzędzi cyfrowych w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Aplikacje mobilne, platformy telemedyczne oraz systemy wspierane sztuczną inteligencją mogą stanowić przyszłość w opiece psycho-onkologicznej, zwłaszcza w kontekście dostępu do wsparcia w rejonach o ograniczonych zasobach medycznych. Tym samym konieczne jest przeprowadzenie badań oceniających ich praktyczną przydatność oraz wpływ na wyniki leczenia pacjentów.

Długoterminowe konsekwencje PTSD u pacjentów onkologicznych, zarówno psychiczne, jak i somatyczne, pozostają obszarem niewystarczająco zbadanym. Warto również pogłębić wiedzę na temat wpływu PTSD na przebieg leczenia onkologicznego, w tym na przestrzeganie zaleceń lekarskich, reakcje na terapię oraz ogólne rokowanie. Dzięki temu możliwe będzie opracowanie bardziej kompleksowych programów wsparcia, które uwzględnią zarówno potrzeby psychiczne, jak i fizyczne pacjentów.

Podsumowując, dalsze badania nad PTSD w populacji pacjentów onkologicznych powinny koncentrować się na lepszym zrozumieniu mechanizmów rozwoju zaburzenia, opracowaniu innowacyjnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych oraz monitorowaniu efektywności wdrażanych strategii w długim okresie. Tylko poprzez połączenie perspektyw klinicznych, technologicznych i naukowych możliwe jest osiągnięcie postępu w opiece nad pacjentami, którzy mierzą się zarówno z chorobą nowotworową, jak i psychicznymi skutkami traumy.

Praktyczne implikacje dla psychoonkologów

W świetle zgromadzonych danych kluczowe wydaje się wdrażanie konkretnych strategii klinicznych, które mogą być stosowane przez zespoły psychoonkologiczne pracujące z osobami z PTSD po diagnozie onkologicznej. Należą do nich między innymi:

- **wprowadzenie rutynowego przesiewu objawów PTSD** w momentach krytycznych (diagnoza, zakończenie leczenia, wznowa), z wykorzystaniem narzędzi, takich jak PCL-5 czy IES-R [51, 53];
- **zapewnienie dostępu do krótkoterminowych form terapii poznawczo-behawioralnej** skoncentrowanej na traumie, które wykazują wysoką skuteczność u pacjentów onkologicznych [55];
- **uwrażliwienie zespołów medycznych na potrzebę empatycznej komunikacji**, szczególnie przy przekazywaniu diagnozy, ponieważ to właśnie ten moment może zadecydować o traumatyzacji pierwotnej [9, 10];
- **prowadzenie psychoedukacji** z zakresu możliwych reakcji pourazowych i strategii radzenia sobie, skierowanej zarówno do pacjentów, jak i ich rodzin [22].

Uwzględnienie tych elementów w rutynowej opiece może nie tylko poprawić jakość życia pacjentów, ale także wpłynąć na ich zdolność do współpracy w leczeniu onkologicznym oraz zmniejszyć ryzyko przerwania terapii.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kwekkeboom KL, Seng JS. Recognizing and responding to post-traumatic stress disorder in people with cancer. *Oncol nurs forum*. 2002; 29(4), 643–650.

3. Tanday S. Global cancer cases on the rise. *Lancet Oncol.* 2015; 16(7).
4. Greenberg TM. *The Trauma of Medical Illness. W: Psychodynamic Perspectives on Aging and Illness.* Cham: Springer International Publishing; 2016, 43–67.
5. Leahy E, Lino LI. Trauma matters. *J Am Geriatr Soc.* 2022; 70: 2735–2737.
6. Weiss L. Some Effects of Mechanical Trauma on the Development of Primary Cancers and Their Metastases. *J Forensic Sci.* 1990; 35(3): 614–627.
7. Appel PR. Post-traumatic stress in the medical setting. *Am J Clin Hypn.* 2020; 63(2): 112–127.
8. King AP. Somatic Health Issues in Trauma-Related Disorders: Effects on Psychobiological Axes Affecting Mental and Physical Health. W: Grassi L, Riba MB, Wise T., eds. *Person Centered Approach to Recovery in Medicine.* Cham: Springer; 2019, 177–216.
9. Schmitt A, Singer S, Schwarz R. Evaluation of posttraumatic psychological problems in cancer patients. *Onkologie.* 2003; 26(1): 66–70.
10. Miller NK. The trauma of diagnosis: Picturing cancer in graphic memoir. *Configurations.* 2014; 22(3): 207–223.
11. Klikovac T, Djurdjevic A. Psychological aspects of the cancer patients' education: Thoughts, feelings, behavior and body reactions of patients faced with diagnosis of cancer. *J BUON.* 2010; 15: 153–156.
12. Flack JF, Litz BT, Hsieh FY, Kaloupek DG, Keane TM. Predictors of emotional numbing, revisited: A replication and extension. *J Trauma Stress.* 2000; 13(4): 611–618.
13. Lee M-J, Huang C-W, Lee C-P, Kuo T-Y, Fang Y-H, Chin-Hung Chen V, et al. Investigation of anxiety and depressive disorders and psychiatric medication use before and after cancer diagnosis. *Psychooncology.* 2021; 30(6): 919–927.
14. Beesley VL, Hughes MCB, Smithers BM, Khosrotehrani K, Malt MK, von Schuckmann LA, et al. Anxiety and depression after diagnosis of high-risk primary cutaneous melanoma: a 4-year longitudinal study. *J Cancer Surviv.* 2020; 14(5): 712–719.
15. Lewis-Smith H. Physical and psychological scars: the impact of breast cancer on women's body image. *J Aesthetic Nurs.* 2015; 4(2): 80–83.
16. Cupit-Link M, Syrjala KL, Hashmi SK. Damocles' syndrome revisited: Update on the fear of cancer recurrence in the complex world of today's treatments and survivorship. *Hematology/Oncology and Stem Cell Therapy.* 2018; 11(3): 129–134.
17. Turner C, Hancock J. Do 1 in 5 cancer patients develop post-traumatic stress disorder? *Cancer.* 2018; 124(8): 1839.
18. Abbey G, Thompson SBN, Hickish T, Heathcote D. A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psychooncology.* 2015; 24(4): 371–381.
19. Smith SK, Zimmerman S, Williams CS, Preisser JS, Clipp EC. Post-traumatic stress outcomes in non-Hodgkin's lymphoma survivors. *J Clin Oncol.* 2008; 26(6): 934–941.
20. Springer F, Kuba K, Ernst J, Friedrich M, Glaesmer H, Platzbecker U, et al. Symptoms of post-traumatic stress disorder and adjustment disorder in hematological cancer patients with different treatment regimes. *Acta Oncol.* 2023; 62: 1110–1117.
21. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry.* 2017; 4(4): 330–338.
22. Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psychooncology.* 1999; 8(6): 521–537.
23. Kratzer L, Knfel M, Haselgruber A, Heinz P, Schennach R, Karatzias T. Co-occurrence of severe PTSD, somatic symptoms and dissociation in a large sample of childhood trauma

- inpatients: a network analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://consensus.app/papers/cooccurrence-of-severe-ptsd-somatic-symptoms-and/c856f86c-56975c33888ade805821f5f1> [dostęp: 26.06.2025].
24. Pacella M, Hruska B, Delahanty D. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: a meta-analytic review. *J Anxiety Disord*. 2013; 27(1): 33–46.
 25. Kołodziejczyk A, Pawłowski T. Negative body image in breast cancer patients. *Advances in clinical and experimental medicine : official organ Wroclaw Medical University*. <https://consensus.app/papers/negative-body-image-in-breast-cancer-patients-kołodziejczyk-pawłowski/c222f0d30b605d65805d8d350879322a> [dostęp: 26.06.2025].
 26. Prates A, Freitas-Junior R, Prates M, Veloso M, De Moura Barros N. Influence of Body Image in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *RBGO Gynecology & Obstetrics*. 2017; 39: 175–183.
 27. Pereira G, Figueiredo A, Fincham F. Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *Eur J Oncol Nurs*. 2012; 16(3): 227–232.
 28. Jia Y, Li F, Liu YF, Zhao JP, Leng MM, Chen L. Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2017; 149: 138–148.
 29. Vodermaier A, Linden W, MacKenzie R, Greig D, Marshall C. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer*. 2011; 105(12): 1814–1817.
 30. Luciani F, Veneziani G, Giraldi E, Campedelli V, Galli F, Lai C. To be aware or not to be aware of the prognosis in the terminal stage of cancer? A systematic review of the associations between prognostic awareness with anxiety, depression, and quality of life according to cancer stage. *Clin Psychol Rev*. 2025; 116: 102544.
 31. Podbury B, Gurgenci T, Huggett G, Greer R, Hardy J, Good P. Psychological distress and physical symptoms in advanced cancer: cross-sectional study. *BMJ supportive & palliative care*. <https://consensus.app/papers/psychological-distress-and-physical-symptoms-in-advanced-podbury-gurgenci/633f7622b330534dbb1660d86f287b44> [dostęp: 26.06.2025].
 32. Hughson AVM, Copper AF, McArdle CS, Smith DC. Psychological impact of adjuvant chemotherapy in the first two years after mastectomy. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986; 293(6557): 1268–1271.
 33. Hampton MR, Frombach I. Women's experience of traumatic stress in cancer treatment. *Health Care Women Int*. 2000; 21(1): 67–76.
 34. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psychooncology*. 2007; 16(3): 181–188.
 35. Baník G, Drgoňa L, Malec V, Rosenberg V, Vasilkova L. Cancer as a trauma? Predictors of development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in patients with cancer. <https://consensus.app/papers/cancer-as-a-trauma-predictors-of-development-of-baník-drgoňa/d529c030226b5009ad-3c45617ce2d344> [dostęp: 26.06.2025].
 36. Kim J-M, Kang H-J, Kim J-W, Jang H, Kim J-C, Chun B-J, et al. Serum cortisol and neuroticism for post-traumatic stress disorder over 2 years in patients with physical injuries. <https://consensus.app/papers/serum-cortisol-and-neuroticism-for-posttraumatic-stress-kim-kang/b204d76c95d35e0998171a86ed7d06bc> [dostęp: 26.06.2025].
 37. Wallick A, Ward R, Levendosky A, Brown L, Yalch M. Incremental Influence of Betrayal Trauma and Personality Traits on PTSD Symptoms. *J Trauma Dissociation*. 2021; 23: 356–65.
 38. Gallagher M, Long L, Phillips C. Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. <https://consensus.app/>

- papers/hope-optimism-selfefficacy-and-posttraumatic-stress-gallagher-long/03cb0659c9d75aa6b7b79b31c49ef082 [dostęp: 26.06.2025].
39. Horn S, Feder A. Understanding Resilience and Preventing and Treating PTSD. *Harv Rev psychiatry*. 2018; 26(3): 158–174.
 40. Macía P, Barranco M, Gorbeña S, Álvarez-Fuentes E, Iraurgi I. Resilience and coping strategies in relation to mental health outcomes in people with cancer. <https://consensus.app/papers/resilience-and-coping-strategies-in-relation-to-mental-macia-barranco/6c1cf9c750df5278a0179155dc7a7e26> [dostęp: 26.06.2025].
 41. Amonoo H, Daskalakis E, Deary E, Bodd M, Reynolds M, Nelson A, et al. Relationship Between Longitudinal Coping Strategies and Outcomes in Patients With Acute Myeloid Leukemia. *J Natl Comp Canc Netw*. 2022; 20(10): 1116–1123.
 42. Pang X, Li F, Zhang Y. The Role of Mental Adjustment in Mediating Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms and Social Support in Chinese Ovarian Cancer Patients: A Cross-Sectional Study. *Psychol Res Behav Manag*. 2022; 15: 2183–2191.
 43. Vazquez D, Rosenberg S, Gelber S, Ruddy K, Morgan E, Recklitis C, et al. Posttraumatic stress in breast cancer survivors diagnosed at a young age. *Psychooncology*. 2020; 29: 1312–1320.
 44. Arnaboldi P, Riva S, Crico C, Pravettoni G. A systematic literature review exploring the prevalence of post-traumatic stress disorder and the role played by stress and traumatic stress in breast cancer diagnosis and trajectory. *Breast Cancer (Dove Med Press)*. 2017; 9, 473–485.
 45. Kaster TS, Sommer JL, Mota N, Sareen J, El-Gabalawy R. Post-traumatic stress and cancer: Findings from a cross-sectional nationally representative sample. *J Anxiety Disord*. 2019; 65, 11–18.
 46. Chidobem I, Tian F, Mgbodile C, Mgbodile F, Jokar T, Ogbuokiri E, et al. Assessing the Relationship between Socioeconomic Status, Race, and Psychological Distress in Cancer Survivors: A Population Based Study. *Curr Oncol*. 2022; 29, 2575–2582.
 47. Einsle F, Kraft D, Köllner V. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in cardiology and oncology – which diagnostic tools should be used? *J Psychosom Res*. 2012; 72(6), 434–438.
 48. Roberts NP, Kitchiner NJ, Lewis CE, Downes AJ, Bisson JI. Psychometric properties of the PTSD Checklist for DSM-5 in a sample of trauma exposed mental health service users. *Eur J Psychotraumatol*. 2021; 12(1): 1863578.
 49. Norris FH, Hamblen JL. Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. W: Wilson JP, Keane TM, eds. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press; 2004, 63–102.
 50. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*. 1995; 8, 75–90.
 51. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*. 2015; 28(6), 489–498.
 52. Smith S, Manschot C, Kuhn E, Laber E, Somers T, KLS, et al. Assessing the utility of the PC-PTSD-5 as a screening tool among a cancer survivor sample. *Cancer*. 2024; 1(139), 4118–4126.
 53. Bulotienė G, Matuizienė J. Posttraumatic stress in breast cancer patients. *Acta Med Litu*. 2014; 21(2), 43–50.
 54. Grassi L, Sabato S, Rossi E, Marmai L, Biancosino B. Affective syndromes and their screening in cancer patients with early and stable disease: Italian ICD-10 data and performance of the Distress Thermometer from the Southern European Psycho-Oncology Study (SEPOS). *J Affect Disord*. 2009; 114(1–3), 193–199.

55. Kangas M, Milross C, Taylor A, Bryant RA. A pilot randomized controlled trial of a brief early intervention for reducing posttraumatic stress disorder, anxiety and depressive symptoms in newly diagnosed head and neck cancer patients. *Psychooncology*. 2013; 22(7): 1665–1673.
56. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.). New York: The Guilford Press; 2010.
57. Shapiro F, Maxfield L. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *J Clin Psychol*. 2002; 58(8), 933–946.
58. Wilson G, Farrell D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, Kiernan MD. The use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder – A systematic narrative review. *Front Psychol*. 2018; 9, 923.
59. Zucchetti G, Ciappina S, Roccia E, Concas D, Giordano M, Battaglini C, et al. EMDR and standard psychotherapy for paediatric cancer patients and their families: a pilot study. *Front Psychol*. 2024; 15, 1407985.
60. Portigliatti Pomeri A, La Salvia A, Carletto S, Oliva F, Ostacoli L. EMDR in Cancer Patients: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2021; 11, 590204.
61. Spiegel D, Riba MB. Managing anxiety and depression during treatment. *Breast J*. 2015; 21, 97–103.
62. Bränström R, Kvillemo P, Brandberg Y, Moskowitz JT. Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients – A randomized study. *Ann Behav Med*. 2010; 39, 151–161.

Adres: kgibek@uafm.edu.pl

Władysław Sterna¹

ZAGROŻENIA ZAWODOWE TERAPEUTÓW

OCCUPATIONAL HAZARDS FOR THERAPISTS

¹Prywatny Gabinet Psychiatryczny

occupational hazards for therapists
loneliness of the therapist
sexual contact with a client

Streszczenie

Artykuł skupia się na zagrożeniach zawodowych psychoterapeutów, omawiając zarówno nagle sytuacje krytyczne, jak i długoterminowe skutki związane z wykonywaniem zawodu. Temat ten jest mało eksplorowany w literaturze fachowej, szczególnie w języku polskim. Celem artykułu jest omówienie najczęstszych zagrożeń, z którymi mogą się spotkać terapeuci, takich jak: samobójstwo klienta, samobójstwo terapeuty, stalking, przemoc ze strony klienta, relacje seksualne z klientami oraz chroniczne obciążenie zawodowe. Na początku omówiono sytuacje bezpośrednio wpływające na życie zawodowe i osobiste terapeuty. Przykładowo samobójstwo klienta wywołuje silne emocje, takie jak wstyd, poczucie winy i żal, a stalking może prowadzić do fizycznych i emocjonalnych konsekwencji. Przemoc ze strony klientów stanowi realne ryzyko i może zmuszać do podejmowania działań prewencyjnych. Bardzo trudnym i wymagającym uwagi tematem jest potencjalne nawiązanie relacji seksualnych z obecnym klientem. W dalszej części autor koncentruje się na długoterminowych skutkach pracy terapeutycznej, określonych mianem „Wielkiej Czwórki”: wypaleniu zawodowym, zmęczeniu współczuciem, wtórnym stresie traumatycznym oraz traumatyzacji zastępczej. Każde z tych zjawisk charakteryzuje się specyficznymi objawami, wszystkie wpływają na funkcjonowanie terapeuty zarówno w pracy, jak i poza nią. Dodatkowo podkreślono problem samotności, która może wynikać z natury pracy terapeutycznej. Asymetria relacji, w której potrzeby klienta mają pierwszeństwo, może prowadzić do poczucia izolacji. W artykule wskazano na potrzebę dalszych badań i dyskusji nad przedstawionymi zagadnieniami.

Summary

The article focuses on the occupational hazards faced by psychotherapists, discussing both sudden critical situations and the long-term effects associated with the profession. This topic has been little explored in professional literature, especially in Polish. The aim of the article is to discuss the most common risks that therapists may encounter, such as client suicide, therapist suicide, stalking, client violence, sexual relations with clients, and chronic occupational stress. The article begins by discussing situations that directly affect the therapist's professional and personal life. For example, client suicide evokes strong emotions such as shame, guilt, and regret, and stalking can lead to physical and emotional threats. Client violence is a real occupational hazard and may require preventive measures. A very difficult topic that requires attention is the potential risk of engaging in a sexual relationship with a current client. In the rest of the article, the author focuses on the long-term effects of therapeutic

work, referred to as the “Big Four”: burnout, compassion fatigue, secondary traumatic stress, and vicarious traumatization. Each of these phenomena is characterized by specific symptoms, affecting the therapist’s functioning both at work and outside of it. In addition, the problem of professional loneliness, which may result from the nature of therapeutic work, is emphasized. There is asymmetry in the therapeutic relationship, in which the client’s needs take precedence, which can lead to feelings of isolation. The article points to the need for further research and discussion on the issues presented.

Wstęp

W codziennej, wyczerpującej pracy psychoterapeutów (w dalszej części: terapeutów, bez feminatywów dla prostoty stylu, ale z szacunkiem dla psychoterapeutek) zdarzają się nietypowe sytuacje, które można określić jako zagrażające. Pomimo że bardzo dużo pisze się o tym, jak terapeuci powinni pracować z klientami od strony warsztatowej, brakuje publikacji na temat przygotowania się na zdarzenia zagrażające (a w języku polskim nie ma ich niemal wcale). Niniejszy artykuł ma na celu przybliżenie najczęściej pojawiających się zagrożeń, które mogą mieć wpływ na dalszą karierę zawodową i życie prywatne praktykującego terapeuty. Autor nie jest w stanie przedstawić tematu w sposób wyczerpujący z uwagi na jego rozległość, ale za cenne uznaje wprowadzenie go do przestrzeni debaty fachowej. W ramach niniejszej pracy autor posłużył się klasycznym ujęciem zagrożenia zawodowego [1], w którym wymieniono: samobójstwo klienta, bycie zaatakowanym oraz kontakt seksualny z klientem. Rozszerzył je jednak o następne elementy, wynikające z przeglądu literatury. Omówił najpierw te, które mają najbardziej jawny wpływ na życie terapeuty, jak: samobójstwo klienta, samobójstwo terapeuty, stalking, przemoc ze strony klienta, kontakty seksualne z obecnym klientem. Następnie odniósł się do tych, które mają kumulatywny i potencjalnie utajony wpływ, jak: wypalenie zawodowe, zmęczenie współczuciem, wtórny stres traumatyczny, traumatyzacja zastępcza czy samotność terapeuty. Z uwagi na obszerność zagadnienia autor nie podjął się stworzenia rekomendacji odnośnie do postępowania, gdyż każdy z podtematów zasługuje na osobne zajęcie się nim.

Samobójstwo pacjenta

Mało jest rzetelnych badań, które informują o częstości samobójstw wśród klientów, mimo że terapeuci powszechnie obawiają się takiego zdarzenia. Z badań przeprowadzonych w 1984 roku [2] wiadomo, że samobójstwo klienta jest przez terapeutów uznawane za najbardziej stresujący aspekt ich pracy. Odsetek terapeutów, którzy doświadczyli samobójstwa pacjenta, waha się w przedziale 20–50% i tak na przykład z badania z 2001 roku [1] wynika, że 42,7% terapeutów doświadczyło takiego zdarzenia (n = 151, badanie ilościowe, ankietowe). Nie udało się określić jakichkolwiek zmiennych demograficznych, zawodowych czy osobistych po stronie terapeuty, które pozwoliłyby przewidywać taką możliwość. Po stronie klienta do takiego czynu predysponowały diagnoza schizofrenii oraz zaburzenia osobowości, ale nie ustalono, jaki podtyp zaburzeń przyczyniał się do niego szczególnie.

Po samobójstwie pacjenta terapeuci mogą przeżywać intensywny żal, poczucie winy, gniew, wstyd, zwątpienie w siebie – ale też ulgę. Jest wiele czynników, które decydują

o skali przeżyć terapeuty i ich zabarwieniu emocjonalnym. Kompleksowy przegląd doświadczeń po samobójstwie klienta jest zawarty w publikacji z 2021 roku [3] i nie ma powodu ich tu przytaczać, ale warto uznać potencjalną możliwość wpływu takiego zdarzenia na funkcjonowanie zawodowe i osobiste klinicysty.

Samobójstwo terapeuty

Intuicyjnie można przypuszczać, że terapeuci – jako osoby mające do czynienia z ludzkimi kryzysami, operujące adekwatnymi narzędziami, mające lepszy wgląd w własne mechanizmy psychiczne – będą rzadziej wybierać taką formę odejścia. Okazuje się jednak, że taka wiedza i umiejętności nie zawsze zapewniają optymalny poziom funkcjonowania życiowego – choć nie umniejsza to zdolności do pomagania innym. Niestety bez odpowiedzi pozostaje pytanie: „dlaczego”, ponieważ zbyt trywialne byłoby stwierdzenie: „dlatego, że również są ludźmi”. Istnieją specyficzne czynniki, które mogą zwiększać ryzyko samobójstw w tej grupie, a także liczne bariery w poszukiwaniu pomocy. Po samobójstwie terapeuty pozostaje wiele opuszczonych osób – w tym rodzina, bliscy, pacjenci oraz koledzy terapeuci – i jest ich z pewnością więcej niż w przypadku śmierci osoby niebędącej terapeutą. Wyczerpujące informacje (na obecny stan wiedzy) zawarte są w artykule z 2022 roku [4]. Należy tylko dodać, że nadal nie pojawiają się żadne nowe, rzetelne badania na ten temat. Podczas pisania niniejszego artykułu autor przeprowadził kwerendę w bardzo popularnej bazie piśmiennictwa APA PsycNet. Wyniki objęły okres 1953–2024. Wyszukując hasła „suicide of a psychotherapist”, otrzymał zwrot 143 rekordów – żaden nie dotyczył samobójstwa terapeuty, a na hasło „psychotherapist suicide” otrzymał 195 rekordów, z których jeden odsyłał do zwierzeń terapeuty związanych ze śmiercią jego kolegi, a drugi dotyczył reakcji pacjentów na samobójstwo terapeuty.

Stalking

Stalking to natrętne i niechciane zachowania, które jedna osoba narzuca drugiej [5]. Może on przybierać różne formy, jak uporczywa komunikacja (listy, rozmowy telefoniczne, e-maile, SMS-y), obserwowanie, śledzenie, zbliżanie się do danej osoby oraz zamawianie towarów lub anulowanie usług – rzekomo w imieniu ofiary. W podręczniku dla początkujących terapeutów z 2023 roku [6] autorzy piszą, że „prawie jeden na pięciu psychologów zgłosił, że został zaatakowany fizycznie przez co najmniej jednego klienta; ponad 80% zgłosiło, że obawiało się, że klient ich zaatakuje; ponad połowa zgłosiła, że miała fantazję, że klient ich zaatakuje; ponad jeden na czterech wezwał policję lub personel ochrony, a 3% zgłosiło, że zdobyło broń, aby chronić się przed klientem”. Oczywiście należy wziąć poprawkę na warunki amerykańskie, jednak ukazuje to potencjalny rozmiar problemu. Dalej, w rozdziale poświęconym postępowaniu w przypadku zagrożenia lub śledzenia, autorzy udzielają 18 porad odnoszących się do konkretnych zachowań w obliczu wystąpienia ryzyka. W innej publikacji [7] można znaleźć szczegółowe rozważania prawne i etyczne wraz z przykładami oraz rekomendacje dotyczące postępowania w podobnych sprawach.

W jednym z badań poruszających temat stalkingu wobec terapeutów w Wielkiej Brytanii [8] ustalono, że prześladowanie obecnego lub byłego terapeuty dotyczyło 24% z nich, co było ponaddwukrotnością średniej w populacji ogólnej (ze średnią 11,8%) [9]. Analizowane zachowania najczęściej obejmowały wysyłanie licznych e-maili lub SMS-ów, ciche telefonowanie, czekanie przed gabinetem lub podążanie za terapeutą. Pojawiały się także propozycje seksualne, groźby wobec dzieci terapeuty, publiczne awantury lub groźby samookaleczeń, jeśli oczekiwania stalkera nie zostaną spełnione. Autorzy byli przekonani, że podstawowy powód stalkingu stanowiły zaburzenia przywiązania. W związku z tym podzielili nękające osoby na trzy kategorie: 1) klienci o niepewnym stylu przywiązania, którzy nie umieli sobie poradzić z zakończeniem relacji terapeutycznej, co zwykle wiązało się z lękiem przed opuszczeniem albo narcystyczną wściekłością, związaną z uczuciem odrzucenia; 2) klienci, którzy nie byli w stanie oddzielić swoich uczuć seksualnych od ciepła spotkania terapeutycznego, co w sytuacji terapeutycznej prowadziło do przeniesienia erotyzowanego; 3) klienci z zaburzeniami osobowości, którzy wykazywali zaburzenia przywiązania w przeniesieniu. Omówienie wszystkich szczegółów dotyczących powstawania zaburzeń przywiązania, specyficznych objawów, a także ważnych miejsc w terapii zawiera cytowana powyżej publikacja.

Przemoc ze strony klienta

W niektórych sytuacjach, gdy pacjenci zaczynają im grozić, nękać ich, a nawet prześladować, terapeuci mogą się znaleźć w podwójnej pułapce. Standardy prawne i etyczne pozwalają bowiem ujawnić poufne informacje dotyczące potencjalnie niebezpiecznych klientów, ale tylko w wyjątkowych okolicznościach. W rezultacie terapeuci często muszą chronić poufność danych osobowych pacjenta, która im potencjalnie (realnie?) zagraża. Nie ma w publikacjach ujednoliconej definicji tego, co można uznać za przemoc, dlatego raporty w tym zakresie różnią się między sobą. Guy i współpracownicy [10] w badaniu z 1990 roku odkryli, że 40% terapeutów zostało fizycznie zaatakowanych w trakcie swojej kariery, a 49% otrzymywało poważne groźby słowne ($n = 340$, badanie ilościowe, ankietowe). W badaniu z 2001 roku [1] 28% terapeutów zgłosiło, że przynajmniej raz zostało zaatakowanych fizycznie przez klienta ($n = 151$, badanie ilościowe, ankietowe). Dane z 2015 roku [11] wskazują, że 3 na 4 terapeutów było nękanych; 1 na 5 był zastraszany, a 1 na 7 prześladowany ($n = 157$, badanie ilościowe ankietowe). W nowszym badaniu, z 2019 roku [12] (badanie ilościowe, ankietowe), pochodzącym z Europy, przeanalizowano raporty 917 terapeutów dotyczące doświadczenia przemocy. Ponad połowa (51,3%) badanych zgłosiła, że była ofiarą lub świadkiem ataków pacjentów lub groźby przemocy wobec terapeuty. W tej grupie 27,7% zgłosiło utrzymywanie się objawów pourazowych powyżej 4 tygodni, a 2,7% miało pełnoobjawowe PTSD. Przedstawione powyżej wyniki sugerują, że terapeuci powinni być świadomi możliwości pojawienia się przemocy ze strony klienta i że stanowi ona ryzyko zawodowe.

Nie ma jednoznacznych dowodów na to, że cechy osobiste terapeutów miały związek z fizycznymi atakami na nich. Klienci atakujący mieli natomiast wysoki wskaźnik przynajmniej jednego zaburzenia osobowości (60,7%), a na poziomie konkretnej diagnozy:

osobowości borderline (28,6%), paranoicznej (17,9%), narcystycznej (13,4%) i zależnej (13,4%) [13] (n = 157, badanie ilościowe, ankietowe). W konsekwencji terapeuci odczuwali obawy dotyczące: gróźb słownych lub zagrożenia fizycznego (29%), ataku fizycznego na swoich bliskich (17%) i zagrożenia życia (7%) [10] (n = 750, badanie ilościowe ankietowe). Reakcją terapeutów była odmowa leczenia niektórych klientów (50%), rozmowy na temat bezpieczeństwa z bliskimi (30%), instalacja alarmów domowych (13%) lub zakup broni (5%). Skovholt [14] określa taką sytuację jako „uraz pierwotny” – w odróżnieniu od urazów wtórnych, zapośredniczonych od pacjentów, z ich narracji dotyczących traumatycznych wydarzeń. Definiuje ją jako negatywną reakcję ze strony osób, którym próbujemy pomóc i przyznaje, że może być szczególnie bolesna, gdyż uderza w „miękką część” terapeuty i neguje podstawową zawodową potrzebę bycia pomocnym.

Kontakty seksualne z obecnym klientem

Temat kontaktów seksualnych między terapeutą a obecnym klientem jest na tyle ważny, że wymagały poświęcenia mu przynajmniej kilku publikacji, a nie jest to głównym celem niniejszej. Takie kontakty były istotnym obszarem zainteresowania badawczego w latach 90., jednak obecnie bardzo trudno jest znaleźć jakiekolwiek bieżące publikacje na ten temat. Z tego powodu autor zmuszony jest posłużyć się przestarzałymi, ale dostępnymi badaniami. W piśmiennictwie polskojęzycznym temat ten w ogóle nie istnieje. Należy w tym miejscu wyraźnie i zdecydowanie odróżnić doświadczanie pociągu seksualnego do klienta od nawiązywania intymności z nim. Wstępnie również trzeba zaznaczyć, że jak wynika z badań [15], terapeuci nie różnią się w ogólnym pozytywnym nastawieniu do seksualności od przedstawicieli innych profesji.

Terapia zapewnia ogromną przestrzeń, w której można eksplorować emocje, myśli, tożsamość i doświadczenia, a relacja terapeutyczna jest jednym z najsilniejszych pozytywnych predyktorów wyników tego procesu [16]. Jednak gdy od bliskiego, empatycznego połączenia w komunikacji terapia przechodzi do kontaktu seksualnego, złamane zostają podstawowe zasady etyczne. Występowanie napięcia seksualnego po obu stronach diady terapeutycznej jest powszechne, jednak ujawnienie istnienia tego zjawiska staje się powodem wstydu zarówno u klienta, jak i u terapeuty [17]. Z drugiej strony mówienie o odczuciach seksualnych wobec klientów w gronie terapeutów nadal jest trudne, a mogłoby pomóc w rozpoznaniu, uznaniu, zaakceptowaniu i dobrym radzeniu sobie z nimi. Z badań [18] wynika, że tym, co utrudnia takie rozmowy, jest brak komfortu oraz bezpiecznego środowiska. Nawet jeśli już dochodzi do takiej dyskusji, głębsze uczucia seksualne maskowane są przez bardziej akceptowalną narrację dotyczącą „intymnych odczuć”.

W ogólnokrajowym badaniu z 1977 roku [19], opartym na dużej próbie 703 terapeutów (badanie ilościowe, ankietowe), stwierdzono, że 12,1% terapeutów płci męskiej i 2,6% terapeutek miało kontakt seksualny z klientem w trakcie trwania lub do trzech miesięcy po ukończeniu terapii. Badanie obejmowało terapeutów różnych modalności: psychodynamicznych (185), behawioralnych (45), humanistycznych (48), poznawczych (29) oraz określonych jako eklektyczne (342). Wynika z niego, że częstość takich zdarzeń nie różni się w poszczególnych grupach terapeutów (autorzy wskazują też, że w innych badaniach

w podobnym odsetku dotyczyło to lekarzy). W dyskusji na temat wiarygodności wyników badanie to ocenia się jako wiarygodne, ponieważ: 1) procent zwróconych ankiet wynosił stosunkowo dużo, bo 70%, co czyni próbę wiarygodną; 2) trudno przypuszczać, aby osoby badane deklarowały nadmierną ilość kontaktów; 3) metoda badania była samoopisowa – to wszystko sprawia, że wyniki mogą być raczej niedoszacowane. Kontekstowo należy zauważyć, że obydwa APA (American Psychological Association oraz American Psychiatric Association) w tamtym czasie wyraźnie zakazywały tego typu kontaktów.

W 1995 roku badacze z Izraela [20] porównali wiele zmiennych w grupie 535 psychologów i lekarzy. W ankietach samoopisowych 3,4% psychologów i 14,5% lekarzy potwierdziło zachowania seksualne wobec klientów/pacjentów. W publikacji z 2001 roku Pope [21] podaje, że gdy badania pochodzące z USA zostaną połączone, okazuje się, że 4,4% terapeutów (7% terapeutów płci męskiej i 1,5% terapeutów płci żeńskiej) miało kontakt seksualny z obecnym klientem. Autor tego rozdziału w książce nie opisuje metodologii łączenia tych badań, dlatego trudno się odnieść do ich poprawności. Bardzo bogata w ustalenia empiryczne jest praca Halter, Brown i Stone z 2007 roku [22], w której dokonano przeglądu badań empirycznych tego zjawiska. Okazuje się, że mimo odmiennych kontekstów kulturowych w różnych krajach, częstotliwość takich zdarzeń oraz ich charakter są bardzo podobne [23].

Mimo najlepszych wysiłków autora nie udało się odnaleźć nowszych danych statystycznych, a publikacja Celenzy z 2007 roku [24] powtarza te, które zostały już przedstawione. W publikacji z 2021 roku autorzy wprost piszą, że literatura dotycząca kontaktów seksualnych z klientami pochodzi głównie sprzed 2000 roku, a nowsze dane obejmują jedynie lekarzy [25]. Jedyne nowsze dane, jakie udało się autorowi pozyskać na temat relacji seksualnych terapeutów z klientami, pochodzą z badania z 2022 roku [26] ($n = 786$, badanie ilościowe, ankietowe), według którego 3% terapeutów nawiązało relację seksualną z obecnym i/lub byłym klientem. Wadą tego badania jest to, że dotyczyło ograniczonej populacji terapeutów w Belgii (a właściwie we Flandrii); nie dokonano rozróżnienia na obecnych i byłych klientów, co jest w tym kontekście ważne.

Alternatywnym sposobem ustalania częstości relacji intymnych między terapeutami a ich klientami jest badanie informacji pochodzących od terapeutów na temat zgłaszalności takich zdarzeń przez klientów. Bouhoutsos w 1983 roku [27] odnotował, że 45% terapeutów miało kontakt z klientami, którzy doświadczyli intymności z poprzednim terapeutą (n terapeutów = 704, badanie ilościowe, ankietowe). W tej grupie 57% dotyczyło jednego przypadku, 22% dwóch, 12,7% trzech, a 9% czterech lub więcej. Pope i Vetter w 1991 roku [28] stwierdzili, że 50% ich klientów miało doświadczenie intymności z poprzednim terapeutą. Izraelscy badacze [23] w 2006 roku ($n = 647$, badanie ilościowe, ankietowe) podjęli ambitne zadanie i wysłali ankiety do wszystkich zarejestrowanych członków towarzystw psychiatrycznego i psychologicznego oraz stowarzyszenia terapeutów, którzy są w Izraelu pracownikami socjalnymi. Uzyskali ankiety od 918 respondentów, w tym: psychologów (57%), psychiatrów (36%) i pracowników socjalnych (7%). Badani zgłosili leczenie 372 klientów, którzy ujawnili doświadczenia seksualne z poprzednim terapeutą, co oznacza, że 29% badanych zgłosiło ten fakt. Zaletą tego badania było to, że analizie poddano wyłącznie sytuacje, w których respondent był pierwszym terapeutą klienta po tym, z którym połączyła go relacja seksualna. Wadę stanowił fakt, że nie rozdzielono grup

zawodowych – profesji terapeuty dokonującego przekroczenia i raportującego leczenie pacjentów z takimi doświadczeniami. Oczywiście za pomocą raportów od terapeutów uzyskanych dzięki tej metodzie nie można ustalić, jaki odsetek specjalistów przekracza granice seksualne z obecnymi klientami. Wskazują one jednak na wysokie prawdopodobieństwo, że w karierze zawodowej psychoterapeuta będzie miał kontakt z osobą, która zgłosi relacje seksualne z jego poprzednikiem.

Naruszanie granic niezwiązanych z seksualnością jest częstsze niż niewłaściwe zachowania o charakterze seksualnym, a seks między terapeutą i pacjentem może być także skutkiem naruszenia granic nieseksualnych. Jest to „równia pochyła”, na której naruszenia granic zaczynające się jako nieistotne i niewywierające negatywnego wpływu na terapię przeradzają się w poważne i niszczące ją. Znaczna szkoda dla klienta i dla procesu terapii zachodzi także wówczas, gdy kumulują się naruszenia granic, które nie mają charakteru seksualnego [29].

Bardzo trudno jest znaleźć grupę odniesienia dla terapeutów utrzymujących relacje seksualne z obecnymi pacjentami i nie jest też intencją autora racjonalizowanie takich działań. Jednak w ocenie autora najbliżsi tej grupie mogliby być księża, a to z uwagi na charakter doświadczeń relacyjnych z ich „klientami”. Richard Sipe, ekspert do spraw celibatu i psychoterapeuta tysięcy duchownych, w swoim czasie oszacował [30], że 50% ankietowanych faktycznie porzuciło już przekonanie, że „czystość” (celibat – przyp. autora) jest niezbędna i znormalizowała wynikające z tej zmiany działania. W raporcie John Jay College of Criminal Justice for the U.S. Conference of Catholic Bishops [31] z kolei powołano się na takie dane: „Haywood i Green dokonali przeglądu literatury dotyczącej rozpowszechnienia, charakterystyki przestępstw/ofiary oraz oceny seryjnych przestępców duchownych. W zależności od badania, wskaźniki rozpowszechnienia wahały się od 2% do 6% (duchowni pedofile i efebofile), od 20% do 40% (niewłaściwe zachowanie seksualne z dorosłymi). Z tej grupy 56% molestowało jedną osobę; 27% dwie lub trzy; 14% cztery do dziewięciu, a 3,4% ponad dziesięć”. Temat nadużyć seksualnych ze strony duchowieństwa nie jest jednak przedmiotem zainteresowania autora tego artykułu, a więcej informacji można znaleźć między innymi w dwóch publikacjach Wegera z 2022 roku [32, 33].

Można również próbować porównać częstość występowania takich zachowań u lekarzy. W publikacji z 2007 roku [22] podano, że 38–52% pracowników służby zdrowia przyznaje, że zna swoich kolegów, którzy mieli kontakty seksualne z pacjentami. Z badania tego wynika również, że tylko 22–26% pacjentów doświadczających kontaktów seksualnych z pracownikiem służby zdrowia zgłasza innemu profesjonalistcie, że w trakcie poprzedniej terapii miało takie kontakty. Ograniczeniem badania jest brak rozróżnienia profesji pracowników służby zdrowia. W publikacji z 2009 roku [34] porównano częstotliwość tego typu zdarzeń na podstawie danych pochodzących z komisji dyscyplinarnych oraz z ankiet samoopisowych odesłanych przez lekarzy. Okazało się, że lekarze opisują takie zachowania w ankietach 10 razy częściej, niż wynika to z ilości spraw dyscyplinarnych. Badanie przeprowadzone w 2020 roku w Niemczech [35] dotyczące niewłaściwych kontaktów seksualnych pracowników służby zdrowia z pacjentami ($n = 2503$, badanie ilościowe, ankietowe) wskazało, że zgłosiło je 2,2% kobiet i 0,8% mężczyzn; 1/3 tych kontaktów miała miejsce przed 18. rokiem życia, również 1/3 – wbrew woli pacjenta. Należy zwrócić uwagę, że raporty te pochodziły od samych pacjentów, a nie od profesjonalistów.

Istnienie intymnych kontaktów między terapeutami a klientami stwarza problemy w czterech obszarach:

1. etycznym – ponieważ terapeuta narusza kodeks etyczny i utrudnia sobie świadczenie pomocy;
2. moralnym – w swojej roli zawodowej terapeuta wprowadza dodatkowe konflikty dla siebie w i tak już skomplikowanej sytuacji;
3. zawodowym – dla całej grupy zawodowej, ponieważ takie zachowanie może popsuć wizerunek i reputację, co ogranicza psychoterapeutom możliwości świadczenia pomocy;
4. teoretycznym – takie zażyłości negatywnie wpływają na przebieg terapii – inaczej postrzegał to jedynie McCartney [36], którego teoria obecnie znajduje się już w niebycie fachowym.

Autor dokonał przeglądu obowiązujących kodeksów etycznych towarzystw i stowarzyszeń psychoterapeutów funkcjonujących w Polsce. Wszystkie zawierają jednoznaczne informacje, że relacje seksualne między terapeutą a obecnym klientem są zakazane. Tak samo stanowią kodeksy Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego i Psychiatrycznego.

„Wielka Czwórka”

W publikacji Hersha z 2022 roku [37] wydanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne, a dotyczącej rozwoju zawodowego psychoterapeutów, takie zjawiska, jak wypalenie zawodowe, zmęczenie współczuciem, wtórny stres traumatyczny oraz traumatyzację zastępczą określono mianem „Wielkiej Czwórki”. Są to kumulatywne i ciągłe ewoluujące doświadczenia, które z uwagi na specyfikę zawodu tworzą zarówno unikalne źródła, jak i skutki stresu. Te zagrożenia zawodowe wymieniane są najczęściej razem i mają ze sobą wiele wspólnego, bywają nawet używane zamiennie – należy je jednak uznać za odrębne zjawiska. Nie stanowią one kategorii diagnostycznych, nie są też równoznaczne z doświadczeniem depresji, lęku czy codziennego stresu. Towarzyszą im unikalne zestawy okoliczności terapeutycznych, zawodowych i osobistych. To, co reprezentuje „Wielka Czwórka”, może się zdarzyć bardzo wykwalifikowanym, pracowitym, oddanym i dobrze nastawionym do swojej pracy terapeutom, którzy:

1. stają się emocjonalnie wyczerpani, odizolowani od innych i z czasem odczuwają zmniejszone poczucie spełnienia z powodu braku równowagi lub niedopasowania między wymaganiami w miejscu pracy a własnymi zasobami (tj. wypalenie zawodowe);
2. stają się bardziej negatywni, cyniczni, zestresowani i pobudzeni z powodu powtarzającego się zalewu empatii oraz rozpuszczania granic interpersonalnych w obliczu głębokiego cierpienia klientów (tj. zmęczenie współczuciem);
3. doświadczają własnych objawów traumy w wyniku narażenia na kontakt z klientami i ich traumatycznym materiałem (tj. wtórny stres pourazowy);
4. przyjmują mentalny model świata, który odzwierciedla cierpienie, traumę lub bez nadzieję klientów (tj. traumatyzacja zastępcza).

Wypalenie zawodowe

Na temat wypalenia zawodowego (ang. *professional burnout*, PB) istnieje bardzo bogata literatura i nie ma szczególnego powodu jej tu przytaczać. Najczęściej używaną w piśmiennictwie definicją [38] jest określenie, iż wypalenie zawodowe to syndrom psychologiczny pojawiający się jako przedłużona reakcja na przewlekłe stresory interpersonalne w pracy. Trzy kluczowe wymiary tej reakcji to: 1) przetłaczające wyczerpanie, 2) poczucie cynizmu i oderwania od pracy oraz 3) poczucie nieskuteczności i braku osiągnięć. W literaturze psychoterapia jest uznawana za stresujące zajęcie, a terapeuci narażeni są na wypalenie zawodowe [39]. Przegląd 40 badań [40] wykorzystujących różne narzędzia pomiarowe wykazał, że średni poziom wypalenia zawodowego psychologów wynosi 55% ($n = 8808$). Wadą tego badania jest brak rozróżnienia między specjalnościami psychologów, a więc znaleźli się w nim nie tylko psychoterapeuci, ale też psycholodzy penitencjarni czy sportu.

Większość badań dotyczących wypalenia zawodowego ma charakter ilościowy. Autor pragnie natomiast wskazać trzy główne wątki z jednej z analiz jakościowych [41], ponieważ dobrze ilustruje ona to zjawisko. Badanie to identyfikuje trzy tematy: 1) kryzys tożsamości zawodowej, 2) ucieleśnienie wypalenia zawodowego, 3) proces przywracania równowagi.

1. **Kryzys tożsamości zawodowej:** „może po prostu nie mam tego, czego potrzeba?”. Temat ten pokazuje doświadczenie erozji tożsamości zawodowej oraz poczucie wypalenia zawodowego, które powodują zakwestionowanie swoich kompetencji oraz zdolności do wykonywania pracy. Tak jakby własny wizerunek terapeuty rozpadał się. Towarzyszy temu głębokie poczucie nieadekwatności, wstyd, samokrytyka i poczucie bycia oszustem. Wewnętrzny, surowo-krytyczny dialog wpływa na samoocenę uczciwości terapeutów. Dążąc do bycia postrzeganymi jako „wystarczająco dobrzy”, terapeuci wycofywali się z relacji i zatajali takie doświadczenia, obawiając się „zdemaskowania” czy uznania ich za niezdolnych do wykonywania zawodu. Wielu uczestników mierzyło się ze wstydem. Badani zgłaszali zinternalizowane standardy, zgodnie z którymi dobrzy terapeuci powinni być „odporni na wrażliwość”, zawsze dostępni, energiczni i entuzjastycznie nastawieni do pracy, nieskończenie empatyczni, ze stoickim podejściem do intensywnych stresorów, które mogą być nieodłącznie związane z pracą.
2. **Ucieleśnienie wypalenia:** „ciągle bieganie na czerwono” (sygnalizujące rozładowanie baterii w telefonie – przyp. autora). Mimo narastającego wyczerpania, uczestnicy badania mówili o „przepychaniu się” i „włączaniu”, aż objawy fizyczne stawały się nie do zignorowania. Doświadczali fizycznego zmęczenia, braku energii, pogorszenia snu. Nazywali ten stan „ucieleśnionym ciężarem”, który nosili w sobie. Nie mając świadomości wypalenia, czuli, że powinni przełamać dyskomfort, aby zaspokoić potrzeby klientów – co było zgodne z ich ideałem, jaki powinien być dobry terapeuta. Mówili jednocześnie o poczuciu winy z powodu zmiany terminu sesji lub uldze, gdy klient odwoływał wizytę – mogli wtedy odpocząć bez wstydu związanego z zabieganiem o odpoczynek. Fizyczne objawy wypalenia obejmowały niespecyficzne dolegliwości fizyczne, jak różnego rodzaju bóle, problemy z nerkami czy plecami albo częste drobne infekcje. Były one źle nakierowanym sygnałem do poszukiwania medycznej pomocy, choć zmuszały paradoksalnie do czasowego odpoczynku. Wyczerpanie sprawiało, że życie zawodowe stawało się czymś, co trzeba raczej znosić, niż się nim cieszyć.

3. **Proces równoważenia:** „bycie prawdziwym”. Badani terapeuci przeżyli wypalenie zawodowe i nadal praktykują. Swoje doświadczenie opisywali jako proces przywracania równowagi – a nie wychodzenie z wypalenia. Pomocna była normalizacja tego stanu, uznanie go i zajęcie się realnością przez wprowadzanie praktycznych zmian. Droga ta była zróżnicowana i dość osobista. Poprawa prowadziła przez wsparcie rówieśnicze, rozeznanie w wyborze klientów, regularne przerwy, autentyczność i normalizację wrażliwości. Wiele osób mówiło o zmianie wewnętrznego dialogu – na bardziej współczujący. Superwizja nie zawsze była skuteczna, gdyż badani nieraz ukrywali swoje doświadczenie, postrzegając w idealistyczny sposób swoich superwizorów jako „świątecznych, fantastycznych”. Większość uczestników stwierdziła też, że nie rozmawiała o wypaleniu na szkoleniach psychoterapeutycznych.

Obszerne informacje na temat wypalenia zawodowego, jego wpływu na życie zawodowe i osobiste oraz propozycje dotyczące zapobiegania zawiera między innymi artykuł z 2019 roku [38].

Zmęczenie współczuciem

Pierwszy raz termin zmęczenie współczuciem (ang. *compassion fatigue*, CF) został użyty przez Joinsona w 1992 roku [42] i odnosił się do „zmniejszonej zdolności odczuwania współczucia dla tych, którym służymy i którymi się opiekujemy”. Jednym z wytłumaczeń tego zjawiska może być to, że pojawia się ono w wyniku „pochlania” dużego cierpienia i niepokoju od innych. Hersh [37] określa to jako paradoks zmęczenia współczuciem – gdyż „sama natura naszej pracy może wytworzyć antytezę natury naszej pracy”. Zmęczenie współczuciem różni się od wypalenia zawodowego tym, że dotyczy wymiany emocjonalnej z klientami w kontekście ich doświadczeń. Problemem nie jest empatia, ale to, co się dzieje z terapeutą, gdy czuje głębokie cierpienie i dzieli z klientem traumatyczne narracje dotyczące jego przeszłości. Przeżywanie uczuć klientów i „wchłanianie ich”, zamiast bycia świadkiem, może prowadzić do nadmiernej identyfikacji. Po ekspozycji na traumatyczny materiał klienta, terapeuta ma do wyboru kilka ścieżek:

- może nadal doświadczać empatii, bez konieczności odczuwania niepokoju;
- może żywić współczucie dla klienta, rozumiejąc, przez co przechodzi, bez konieczności angażowania się tak mocno;
- może doświadczać i okazywać współczucie, pragnąc ulżyć klientowi w cierpieniu;
- może doświadczyć empatycznego przytłoczenia i osobistego cierpienia – czyli zmęczenia współczuciem.

Zmęczenie współczuciem wynika nie tylko z interakcji między terapeutą a klientem, ale też wiąże się z osobistą historią terapeuty, jego wrażliwością sensoryczną, poczuciem odpowiedzialności i potrzebą sprawiedliwości oraz głębią zanurzania się w cierpieniu klientów. Znaczenie ma również siła pragnienia pozytywnych rezultatów. Tym, co przeciwdziała temu zjawisku jest inteligencja emocjonalna, umiejętność zarządzania emocjami oraz adaptacyjne style radzenia sobie.

Wtórny stres traumatyczny

Bycie świadkiem traumatycznego wydarzenia jest czynnikiem rozwoju PTSD. Praca z klientami, którzy doświadczyli traumy, niesie ryzyko pojawienia się u terapeuty objawów wtórnego stresu traumatycznego (ang. *secondary traumatic stress*, STS). Jego najczęstszym objawem są natrętne myśli o kliencie i jego traumie. Terapeuta może odczuwać materiał traumatyczny klienta w postaci wtargnięcia, unikania, zmian nastroju i poznawczych oraz zmian pobudzenia i aktywności [43]. Jeśli terapeuta sam doświadczył traumy, może łatwiej „wchłaniać” traumatyczny materiał klienta. Strumień pobudzenia klienta może być zakłócany pobudzeniem terapeuty, który w ten sposób staje się bardziej podatny na objawy.

Trauma zastępcza

Na skutek dłuższej pracy z osobami, które doświadczyły traumy, u terapeuty mogą pojawić się zmiany dotyczące stopniowego zaburzenia poczucia siebie, innych i świata. Zmiany te zachodzą w schematach bezpieczeństwa, intymności, szacunku oraz kontroli. Terapeuta, jak wszyscy ludzie, usiłuje nadać sens i znaczenie sytuacjom z przeszłości, teraźniejszości oraz przyszłości, co może być zniekształcone przez ekspozycję na traumatyczny materiał wnoszony przez klientów. Szczegółowo zjawisko traumy zastępczej (ang. *vicarious trauma*, VT) zostało już opisane przez autora w jednej z poprzednich publikacji [44].

Samotność terapeuty

Jedna z definicji samotności mówi o rozbieżności między preferowanymi a rzeczywistymi relacjami społecznymi. Ta rozbieżność prowadzi do negatywnych doświadczeń i/lub niepokoju związanego z poczuciem izolacji społecznej, nawet gdy jest się w gronie rodziny lub przyjaciół [45]. Co ważne, poczucie osamotnienia niekoniecznie oznacza bycie samotnym, a bycie samotnym niekoniecznie oznacza poczucie osamotnienia.

Pewnym zaskoczeniem może być fakt, że terapeuci nieraz również czują się samotni – przecież ciągle przebywają z ludźmi. Jednak, co oczywiste, w relacji terapeutycznej nie chodzi o zaspokojenie jakichkolwiek potrzeb terapeuty. W takim znaczeniu jest to relacja jednostronna/skośna i samotna. Temat samotności terapeuty bardzo rzadko poruszany jest w literaturze fachowej. Autor odnalazł jedynie kilka odnoszących się do niego publikacji. Zajmują się one tylko częściowo specyfiką doświadczeń terapeuty, jak na przykład publikacja Yuvala i innych z 2001 roku [46] dotycząca samotności pracy w publicznej poradni. Paradoksalnie częściej sami terapeuci piszą o niej na swoich stronach internetowych. Na jednej z nich [47] bardzo trafnie wymieniono pięć obszarów samotności terapeuty, na kolejnej znalazło się zaproszenie do korzystania z pomocy koleżeńskiej [48], na jeszcze innej [49] udzielane są porady, jak sobie radzić z takimi uczuciami. Korzystając z tych źródeł, ale również odnosząc się do osobistych doświadczeń, autor dostrzega kilka zasadniczych obszarów samotności terapeuty:

1. **Samotność w prywatnej praktyce.** Wielu terapeutów decyduje się na prowadzenie prywatnej praktyki. Zaletą takiego rozwiązania jest możliwość pracy wyłącznie dla

siebie, zarządzania swoim harmonogramem i niezależność. Pojawienie się samotności z pewnością nie jest przewidywane we wczesnej fazie tworzenia praktyki. Ta forma pracy utrudnia jednak pielęgnowanie więzi i poczucia przynależności zawodowej. W praktyce prywatnej brakuje informacji zwrotnych czy wskazówek, które mogą łagodzić naturalny niepokój związany z podejmowaniem decyzji. Tego typu działalność jest zazwyczaj bardziej „skondensowana” i nie ma tylu przerw, jak w przypadku pracy grupowej.

2. **Okoliczności pracy.** Z wyjątkiem terapii grupowej, w czasie pracy terapeuta jest sam ze sobą, nieustannie siebie monitorując. Nawet gdy pracuje w zespole i ma możliwość konsultacji czy szybkiej superwizji, to w gabinecie z pacjentem nadal jest sam. Stanowi to niewątpliwie obciążenie, z którym musi sobie radzić. Samotność terapeuty może być związana ze sposobem odbierania go przez pacjenta, który czasem traktuje terapeutę jakby nie istniał (jako realna osoba), postrzega go jako obiekt zaspokajania swoich potrzeb, zazdrości jego zdolności lub neguje postęp terapeutyczny [50]. Pewną ironią zawodu jest to, że gdy sesje z klientami są często wypełnione intensywnym ładunkiem emocjonalnym i bliskością, po wyjściu klienta z pokoju terapeuta zostaje z nimi sam.
3. **Samotność w relacji terapeutycznej.** Pojawia się w odpowiedzi na psychopatologię pacjenta: pacjent narcystyczny może wzbudzić w terapeutę poczucie utraty zdolności terapeutycznych, pacjent schizoidalny – wywołać pustkę, utratę sensu życia lub nadziei, ale także myśl, że jest jedyną osobą, która troszczy się o pacjenta. W obecności pacjenta z pogranicza terapeuta może czuć, że stracił tożsamość i nie jest sobą lub nadal „torturuje” pacjenta strukturą i ograniczeniami kontekstu terapeutycznego [51]. W takim znaczeniu na drodze do kontaktu stoi psychopatologia pacjenta. Podejmując niecierpliwe lub mało realistyczne wyzwanie szybkiej redukcji objawów, terapeuta może dystansować się wobec pacjenta, czując się samotnym, bezradnym, a być może nawet niegodnym. Z pacjentem lub bez, terapeuta musi również stawić czoła swojemu przeciwprzeniesieniu i nieustannie nad nim pracować.
4. **Obecność „gangu pod kanapą”.** Paradoxem samotności terapeuty jest to, że jego relacji z pacjentem towarzyszy – choć nie bezpośrednio – wiele osób, co Redl trafnie nazwał „ganiem pod kanapą” [52]. W ten sposób bywa obecna na przykład grupa rówieśnicza u nastolatków (rzeczywista lub wyobrażona) albo cała rodzina. Z tego powodu terapeuta może czuć się bezradny i osamotniony wobec niewidzialnego „tłoku”, nie mogąc otworzyć drogi do spotkania z prawdziwym „ja” drugiej osoby.
5. **Samotność w kontakcie z dzieckiem.** Terapeuta dziecięcy może doświadczać samotności w szczególny sposób. Wśród przyczyn można wymienić konieczność zawarcia sojuszu z dzieckiem przeciwko jego rodzinie i radzenia sobie z ingerencją rodziny w jego pracę, a także samą naturę pracy z dzieckiem oraz próbę „chronienia dziecka w sobie” – co jest jednym z powodów wyboru pracy jako terapeuta dziecięcy [51].
6. **Obciążenie emocjonalne.** Terapeuta nie może opowiedzieć bliskim, „co w pracy”, a superwizja nie odbywa się przecież codziennie. Chociaż mógłby być zrozumiany merytorycznie i emocjonalnie przez innego terapeutę, jest to trudne, jeśli szanuje się prywatny czas i przestrzeń kolegi czy koleżanki. Każdy przecież chce nabrać sił, choćby przed powrotem do domu – a nie skupiać się na kimś po fachu. Kontenerowanie do-

świadczenia do czasu dogodnej sposobności, powoduje jego rozmycie i „nadpisanie” przez nowe doświadczenia.

7. **Dobór grona towarzyskiego.** Z powodu intensywnej bliskości doświadczanej w relacjach z klientami oraz przez wzgląd na kaliber problemów, z jakimi się spotykają, wielu terapeutów staje się niechętnymi do zwykłych towarzyskich kontaktów, które wydają im się powierzchowne i jałowe lub wręcz banalne. Taki kontakt bywa odbierany nawet jako męczący. Terapeuci tłumaczą to sobie jako poszukiwanie „dobrych” i „głębokich” relacji – jednak na ile jest to niezdolność do pozostawiania w „zwykłych relacjach”? Profesjonalna umiejętność słuchania (której nie można wyłączyć) automatycznie uruchamia u wielu ludzi możliwość zaspokojenia głodu „bycia wysłuchanym”, a terapeuta musi aktywnie zabiegać o uwagę (z jaką skutecznością?). Często ostatnim, na co może liczyć, jest to, że ktoś go wysłucha i zainteresuje się jego przeżyciami oraz poglądami. Zdarza się, że gdy w zanonimizowany sposób próbuje opowiadać o swoich doświadczeniach zawodowych, rozmówcy automatycznie utożsamiają się z klientami, „opuszczając” osobiście terapeuta. Samotności może także sprzyjać nastawienie innych osób do zawodu – terapeutom przypisują one zdolność „czytania w myślach” lub obawiają się kontaktu z cudzym cierpieniem.
8. **Trudne granice między pracą a odpoczynkiem.** Wiele terapeutów heroicznie walczy o wolny czas dla siebie, aby móc się „wyregulować”. Jednak i tak w gronie bliskich czy znajomych zawsze znajdzie się ktoś, kto będzie chciał się skonsultować lub porozmawiać o swoich sprawach, wiedząc, że rozmawia z terapeutą. Gdy terapeuta stawia granice, jest odbierany jako nieżyczliwy lub nawet nieprofesjonalny, co bywa bolesne. To trochę podobne do doświadczenia lekarza, któremu w restauracji były pacjent chce pokazać operowane kolano.
9. **Zasady etyczne.** Sugerują, aby w miarę możliwości unikać prywatnych kontaktów z byłymi i obecnymi pacjentami. Z pewnością jest to możliwe w dużych aglomeracjach, ale w mniejszych miejscowościach relacje wielorakie są nieuniknione i niekomfortowe. Co może zrobić terapeuta, gdy na przykład do trójki klasowej zostanie wybrany razem z pacjentem? Lub gdy, zaproszony na spotkanie u przyjaciół, dostrzega osobę, którą zna z relacji profesjonalnych? Uważność etyczna nie może zniknąć po pracy gabinetowej.

Przedstawiając powyższe informacje, autor ma bolesną świadomość, że nie wyczerpał tematu. Każde z przedstawionych zagrożeń powinno zostać bardziej szczegółowo rozwinięte w przyszłości. Konieczne jest również wypracowanie rekomendacji odnośnie do postępowania wobec nich i zapobiegania im. Z pewnością istnieją też inne zagrożenia, które nie znalazły miejsca w tej publikacji – jak choćby to, w jaki sposób początkujący terapeuci przeżywają „znikających” pacjentów. Autor ma jednak nadzieję na podjęcie dyskursu o istnieniu realnych zagrożeń związanych z fantastycznym zawodem, który może pozwolić na znormalizowanie doświadczeń wielu praktyków. Niezbędne jest podjęcie badań, których na razie nie ma w warunkach polskich.

Piśmiennictwo

1. Harris AHS. Incidence of critical events in professional practice: a statewide survey of psychotherapy providers. *Psychol Rep.* 2001; 88: 387–397.
2. Deutsch C. Self-reported sources of stress among psychotherapists. *Prof Psychol Res Pract.* 1984; 15: 833–845.
3. Sterna A, Sterna W. Niewidzialne cierpienie – wpływ samobójstwa pacjenta na osoby leczące. *Psychiatria.* 2021; 18(4): 324–332.
4. Sterna W. Samobójstwo wśród psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów. *Psychoterapia.* 2022; 3(202): 57–68.
5. Pathé M, Mullen PE. The impact of stalkers on their victims. *Br J Psychiatry.* 1997; 170: 12–17.
6. Adames HY, Chavez-Dueñas NY, Vasquez MJT, Pope KS. Succeeding as a therapist: How to create a thriving practice in a changing world. American Psychological Association 2023. <https://www.apa.org/pubs/books/succeeding-as-a-therapist> [dostęp: 04.01.2025].
7. Erickson Cornish JA, Smith RD, Holmberg JR, Dunn TM, Siderius LL. Psychotherapists in danger: The ethics of responding to client threats, stalking, and harassment. *Psychotherapy.* 2019; 56(4): 441–448.
8. Hudson-Allez G. The stalking of psychotherapists by current or former clients: beware of the insecurely attached! *Psychodyn Pract.* 2006; 12(3): 249–260.
9. Hudson-Allez G. The prevalence of stalking of psychological therapists working in primary care by current or former clients. *Couns Psychother Res.* 2002; 2: 139–146.
10. Guy J, Brown K, Poestra P. Who gets attacked? A national survey of patient violence directed at psychologists in clinical practice. *Prof Psychol Res Pract.* 1990; 21: 493–495.
11. Kivisto AJ, Berman A, Watson M, Gruber D, Paul H. North American psychologists' experiences of stalking, threatening and harassing behavior; a survey of ABPP diplomates. *Prof Psychol Res Pract.* 2015; 46(4): 277–286.
12. Daniels JK, Anadria D. Experiencing and Witnessing Patient Violence – an Occupational Risk for Outpatient Therapists? *Psychiatr Q.* 2019; 90(3): 533–541.
13. Kivisto AJ, Berman A, Watson M, Gruber D, Paul H. North American psychologists' experiences of stalking, threatening and harassing behavior; a survey of ABPP diplomates. *Prof Psychol Res Pract.* 2015; 46(4): 277–286.
14. Skovholt TM, Sung-Kyung Y. Hazards of practice in helping professions. https://s-space.snu.ac.kr/bitstream/10371/70575/1/vol9_3.pdf [dostęp: 04.01.2025].
15. Roche TS Jr. The sexual attitudes of psychotherapists. <https://www.proquest.com/openview/972320b15dcc2e13a6fa7bad092f296d/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y> [dostęp: 04.01.2025].
16. Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy.* 2018; 55(4): 303–315.
17. Pope KS, Tabachnick BG. Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey on therapists' responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Prof Psychol Res Pract.* 1993; 24(2): 142–152.
18. Vesentini L, Van Puyenbroeck H, De Wachter D, Matthys F, Bilsen J. Sexual Feelings Toward Clients in the Psychotherapeutic Relationship: The Taboo Revealed. *Qual Health Res.* 2021; 31(5): 999–1011.
19. Holroyd J, Brodsky A. Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and non-erotic contact with clients. *Am Psychol.* 1977; 32: 843–849.

20. Shimshon S, Dror RO. Professional ethics of psychologists and physicians: mortality, confidentiality and sexuality in Israel. *Ethics Behav.* 1996; 5: 213–238.
21. Pope KS. Sex between therapists and clients. W: *Encyclopedia of women and gender: sex similarities and differences and the impact of society on gender.* Academic Press 2001; 955–962.
22. Halter M, Brown H, Stone J. Sexual boundary violations by health professional – an overview of the published empirical literature. https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/research-paper/sexual-boundary-violations-2007.pdf?sfvrsn=79c47f20_6 [dostęp: 04.01.2025].
23. Aviv A, Shelef A, Speiser N, Elizur A. Therapist-patient sexual relations: results of a national survey in Israel. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2006; 43(2): 119–125.
24. Celenza A. Sexual boundary violations. Therapeutic, supervisory and academic contexts. The Rowman & Littlefield Publishing Group; 2007.
25. Bailey TD, Brown LS. Treating clients who have been sexually abused by a therapist. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0000247-018> [dostęp: 04.01.2025].
26. Vesentini L, Van Overmeire R, Matthys F et al. Intimacy in Psychotherapy: An Exploratory Survey Among Therapists. *Arch Sex Behav.* 2022; 51: 453–463.
27. Bouhoutsos J, Holroyd J, Lerman H, Forer BR, Greenberg M. Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Prof Psychol Res Pract.* 1983; 14(2): 185–196.
28. Pope KS, Vetter VA. Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy.* 1991; 28: 429–438.
29. Alpert JL, Steinberg A. Sexual boundary violations: A century of violations and a time to analyze. *Psychoanal Psychol.* 2017; 34(2): 144–150.
30. AW Richard Sipe, Letter to Bishop McElroy. Richard Sipe: Celibacy, Sex, and the Catholic Church. <http://www.awrsipe.com/Correspondence/McElroy-2016-07-28-rev.pdf> [dostęp: 04.01.2025].
31. Terry K et al. The nature and scope of the problem of sexual abuse of minors by priests and deacons prepared by the John Jay College of Criminal Justice for the U.S. Conference of Catholic Bishops. https://www.bishop-accountability.org/reports/2004_02_27_JohnJay [dostęp: 04.01.2025].
32. Weger ES. Unchaste Celibates: Clergy Sexual Misconduct against Adults-Expressions, Definitions, and Harms. *Religions.* 2022; 13(5): 393.
33. Weger E. Insincerity, Secrecy, Neutralisation, Harm: Reporting Clergy Sexual Misconduct against Adults – A Survivor-Based Analysis. *Religions.* 2022; 13(4): 309.
34. Sansone RA, Sansone LA. Crossing the line: sexual boundary violations by physicians. *Psychiatry (Edgmont).* 2009; 6(6): 45–48.
35. Clemens V, Brähler E, Fegert JM. #patientstoo – Professional sexual misconduct by healthcare professionals towards patients: a representative study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021; 30: e50.
36. McCartney JI. Overt transference. *J Sex Res.* 1966; 2(3): 227–237.
37. Hersh MA. The “Big Four” occupational hazards. <https://psycnet.apa.org/record/2022-68419-004> [dostęp: 04.01.2025].
38. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* 2016; 15(2): 103–111.
39. Simionato G, Simpson S, Reid C. Burnout as an ethical issue in psychotherapy. *Psychotherapy.* 2019; 56(4): 470–482.

40. Simionato G, Simpson S. Personal risk factors associated with burnout among psychotherapists: A systematic review of the literature. *J Clin Psychol.* 2018; 74(9): 1431–1456.
41. Finan S, McMahon A, Russell S. “At what cost am I doing this?” An interpretative phenomenological analysis of the experience of burnout among private practitioner psychotherapists. *Couns Psychotehr Res.* 2022; 22: 43–54.
42. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing.* 1992; 22(4): 118–119.
43. Sodeke-Gregson EA, Holttum S, Billings J. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869> [dostęp: 04.01.2025].
44. Sterna W. Potencjalnie negatywny wpływ psychoterapii osób z traumą na terapeutów. *Psycho-terapia.* 2023; 2(205): 33–44.
45. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. W: Peplau LA, Perlman D, eds. *Loneliness: A source book of current theory, research and therapy.* New York: Wiley; 1982, 1–8.
46. Yuval M, Szor H, Bernstein E. The loneliness of the therapist in the public outpatient clinic. *J Contemp Psychother.* 2001; 31(2): 103–112.
47. Talarczyk M. Samotność psychoterapeuty. <https://wydawnictwo-silvarerum.eu/dr-m-talarczyk-samotnosc-psychoterapeuty> [dostęp: 04.01.2025].
48. Hughes J. 10 Solutions for loneliness in private practice counselling. <https://josephinehughes.com/loneliness-in-private-practice-counselling> [dostęp: 04.01.2025].
49. Barnes S. 8 things therapists personally do when the feel lonely. https://www.huffpost.com/entry/therapists-loneliness-tips_1_61d71030e4b0d637ae9ecc68 [dostęp: 04.01.2025].
50. Galanaki E. Loneliness: thoughts on its relationship with psychopathology and psychotherapy. *Encephalos.* 2014; 51: 14–23.
51. Beuchler S. The analyst’s experience of loneliness. *Contemp Psychoanal.* 1998; 34(1): 91–113.
52. Redl F. Group psychological implications for individual therapy with adolescents: The “gang beneath the couch”. *Psychosocial Process.* 1974; 3: 5–20.

Adres: wladster@kki.net.pl

Paulina Chudzikiewicz-Krawsz¹

MIESZKANIE CHRONIONE JAKO SPOTKANIE POMIESZCZAJĄCEGO I POMIESZCZANEGO

SUPPORTIVE HOUSING AS A SPACE FOR CONTAINER AND CONTAINED

¹Szpital Wolski, Wolskie Centrum Zdrowia Psychicznego

**supportive housing
psychosis
therapeutic methods**

Streszczenie

Mieszkania chronione stanowią alternatywę wobec azylowego modelu leczenia, pozwalają jednocześnie zapewnić ciągłość opieki psychiatrycznej, wykraczającej poza samą hospitalizację. Przybierają one różne formy, bazują na odmiennych sposobach rozumienia choroby, możliwości chorego oraz założeniach przyjmowanych względem celu udzielanej opieki. Zazwyczaj analizy ich funkcjonowania ogniskują się na aspektach technicznych, pozostawiając poza centrum zainteresowania refleksje dotyczące wpływu struktury psychicznej kandydatów, procesów grupowych, dynamiki procesów przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych i odtwarzających się doświadczeń uczestników.

Niniejszy artykuł jest opisem pracy mieszkania chronionego prowadzonego w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego i adresowanego do pacjentów o psychotycznym stanie umysłu. W okresie od listopada 2019 roku do sierpnia 2022 roku autor pełnił tam funkcję koordynatora mieszkania, odpowiadając za organizację pracy i kwalifikację uczestników.

Przedstawiony materiał ma na celu ukazanie możliwości wykorzystania mieszkania chronionego jako skutecznego narzędzia terapeutycznego mogącego poszerzać wgląd uczestników w motywy podejmowanych decyzji i podnosić gotowość ponoszenia ich konsekwencji. Starano się przy tym zwrócić uwagę na wiele czynników i mechanizmów psychologicznych wpływających na przebieg pobytu i dynamikę relacji mieszkańców oraz kadry.

Summary

Supportive housing is an attempt to find an alternative to the asylum model of treatment while ensuring continuity of psychiatric care that goes beyond mere hospitalization. It takes different forms and is based on other ways of understanding the disease, the patient's capabilities, and the assumptions made about the purpose of the care provided. Usually, analyses of its functioning focus on technical aspects, leaving reflections on the influence of the candidates' psychological structure, group processes, the dynamics of transference-countertransference processes, and the recurring experiences of participants outside the main focus.

This article describes the experience of working in supportive housing for psychotic patients as part of the Mental Health Center. From November 2019 to August 2022, the author was a coordinator responsible for organizing the work and qualifying participants.

The presented material aims to show the possibilities of using supportive housing as an effective therapeutic tool to broaden participants' insight into the motives behind their decisions and willingness to bear the consequences. At the same time, it attempts to draw attention to several psychological factors and mechanisms influencing the course of the stay and the dynamics of the relationships between residents and staff.

Wstęp

Mieszkania ze wsparciem przybierają różną formę: są to między innymi hostele, mieszkania wydzielone w ramach DPS, mieszkania z dokwaterowaniem, mieszkania własne z usługami specjalistycznymi, mieszkania chronione typu treningowego i wspieranego [1, 2]. W Polsce ramy ich funkcjonowania nadaje artykuł 53 Ustawy o pomocy społecznej [3] oraz Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 roku [4]. Szczegółowe zasady organizacji i sposób kwalifikacji uczestników ustalają jednak instytucje zarządzające daną placówką. Bazują przy tym na odmiennych sposobach rozumienia choroby, możliwości chorego i założeniach przyjmowanych względem celu udzielanej opieki.

Refleksja nad procesami psychologicznymi towarzyszącymi pobytowi w takim miejscu daje możliwość nadawania znaczenia obserwowanym zachowaniom i objawom mieszkańców w kontekście ich życia oraz struktury psychicznej [5, 6]. Pozwala tym samym dostrzec w mieszkaniu chronionym skuteczne narzędzie terapeutyczne bazujące na tworzeniu przestrzeni kontenerującej.

Zgodnie z koncepcją Biona [7], relacja pomieszczanego i pomieszczającego bazuje na otwartości i zdolności do przyjęcia, tolerowania i przetworzenia myśli i emocji jednej osoby przez umysł drugiej. Pozwala to na lepsze zrozumienie i integrację doświadczanych stanów, a tym samym umożliwia jednostce poszerzenie wglądu w siebie i wprowadzanie zmian w swoim funkcjonowaniu.

O spotkaniu pomieszczanego i pomieszczającego można myśleć z różnych perspektyw. Wydaje się, że najszybciej uruchamiają się skojarzenia dotyczące relacji pacjenta i terapeuty. Warto jednak uwzględnić znaczenie grupy jako przestrzeni kontenerującej swoich członków oraz doświadczenia terapeuty osadzonego w zespole terapeutycznym. Z uwagi na to ważne jest przyglądanie się odczuciom specjalistów, stanom *reverie*¹ i relacjom w zespołach terapeutycznych w taki sposób, aby uwzględniać wpływ zarówno procesów grupowych, jak i odtwarzania się doświadczeń pacjentów.

Niniejszy artykuł jest próbą zobrazowania powyższego podejścia poprzez przedstawienie doświadczeń pracy mieszkania chronionego prowadzonego w ramach Centrum Zdrowa Psychicznego.

¹⁾ *Reverie* (ang. zamyślenie) – rozumiane jako zdolność nadawania projekcjom pacjenta znaczenia, co pozwala na rozwijanie jego zdolności myślenia (rozwój funkcji alfa) [7].

Okoliczności powstania i kształtowania się ośrodka

Opisywany ośrodek rozpoczął swoją pracę w listopadzie 2019 roku. Jego powołanie było możliwe dzięki funduszom uzyskanym w ramach projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie” (będącego częścią Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego). Starając się stworzyć komfortową przestrzeń dla mieszkańców, zaadaptowano studwudziestometrowy lokal w przedwojennej kamienicy, który został gruntownie wyremontowany i kompleksowo wyposażony. Do dyspozycji lokatorów były jedno- i dwuosobowe pokoje, dwie łazienki, kuchnia oraz duży salon z przyległym gabinetem specjalistów. Mieszkańcy mieli swobodny dostęp do wszystkich udogodnień i sprzętów.

Estetyka wnętrza początkowo była dość minimalistyczna, zostawiono bowiem miejsce na „treści” wnoszone przez kolejnych mieszkańców. Ich zaangażowanie zarówno w obszarze personalizowania wystroju mieszkania, jak i panujących w nim zasad pozwalało na stopniowe „wyłanianie się mieszkania”, czyli kształtowanie się wewnętrznej przestrzeni kontenera. Przyjęta postawa odwoływała się do zyskującego na popularności w ostatnich latach pojęcia „projektowania uwzględniającego traumę” (ang. *trauma-informed design*). Termin ten odnosi się do dostrzegania w środowisku, w którym osadzona jest jednostka, potencjału wspierania powrotu do zdrowia psychicznego. Przegląd badań przeprowadzonych w USA i Kanadzie [8, 9, 10] charakteryzował środowisko uważne na traumę jako przewidywalne, spokojne, czyste i ciche, a także respektujące potrzebę prywatności i zapewniające możliwość decydowania, w jaki sposób człowiek chce nawiązać kontakt z innymi. Odślaniało to znaczenie takich zmiennych, jak układ mebli czy plan pięter, jako czynników mogących tworzyć wspólną przestrzeń dla jej użytkowników. Ponadto wyniki przytoczonych badań mówiły o znaczeniu samodzielnego doboru przedmiotów dekoracyjnych, wzbudzających poczucie stałości i posiadania bezpiecznej bazy do budowania swojej tożsamości.

Przyjmowane zasady, rytm funkcjonowania i rola każdego członka zespołu miały dawać poczucie bezpieczeństwa, osadzenia i stabilności w pracy z mieszkańcami – budować ramy, wewnętrzny setting. Pobyt miał sprzyjać budowaniu wewnętrznej motywacji do prowadzenia autonomicznego życia oraz zwiększeniu świadomości podejmowanych decyzji.

Oddziaływania indywidualne oraz grupowe w ośrodku

Mieszkanie chronione dawało możliwość korzystania z programów terapeutyczno-treningowych, społeczności terapeutycznej oraz wsparcia trzech terapeutów, psychologa i pracownika socjalnego oraz koordynatora mieszkania. Specjaliści nie pełnili swoich dyżurów całodobowo, lecz przez 3–5 godzin każdego dnia (w zależności od potrzeby). Taki układ miał na celu zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, przy jednoczesnym wzmacnianiu autonomii mieszkańców. Przyjęte względem mieszkania założenia implikowały jednak wymóg, by kandydaci wykazywali się przynajmniej podstawowymi umiejętnościami w zakresie samoobsługi i samodzielnego prowadzenia gospodarstwa domowego. Ważna była świadoma postawa i choćby częściowy wgląd w chorobę oraz stabilny stan zdrowia.

Priorytetową rolę odgrywała jednak gotowość do współpracy i wprowadzania zmian w swoim funkcjonowaniu.

Czynnikiem wykluczającym było wykazywanie cech głębokich zaburzeń osobowości, uniemożliwiających wejście w sytuację zależności i przyjęcie oferowanej pomocy bez zawistnego jej niszczenia czy destrukcyjnego wykorzystania otoczenia. Odmawiano również osobom prezentującym ostre zaburzenia psychiatryczne, uzależnienie od hazardu lub substancji psychoaktywnych oraz przejawiającym skłonności do zachowań agresywnych i autodestrukcyjnych. W tych sytuacjach mieszkanie nie pozwalało na zapewnienie adekwatnej opieki oraz odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa samym zainteresowanym i pozostałym uczestnikom.

Podczas rekrutacji starano się stworzyć grupę o stosunkowo podobnym charakterze trudności. Unikanie łączenia osób skrajnie różniących się od pozostałych członków grupy miało na celu ułatwienie uczestnikom procesu adaptacji oraz zwiększenie trafności proponowanej oferty.

Wymogi programu nakładały dodatkowe kryterium – odbiorcami wsparcia mogły być jedynie osoby pełnoletnie, z doświadczeniem kryzysu psychicznego, zamieszkujące na terenie miasta stołecznego Warszawy. Dodatkowo, z uwagi na obowiązujące rozwiązania prawne [11, 12], kandydaci w trakcie procesu kwalifikacji proszeni byli o wskazanie ewentualnego miejsca, do którego mogliby przenieść się po zakończonym pobycie w placówce. Omawianie tej kwestii, choć budziło niekiedy napięcie u pacjentów, pozwalało wprowadzić perspektywę ograniczonego czasu i konieczność odpowiedzialnego przygotowania chorego oraz jego bliskich na to nowe doświadczenie i realistycznie wyznaczyć jego cele.

Czas pobytu w mieszkaniu wahał się od sześciu miesięcy do półtora roku. Początkowo zakładano jedynie pobyty długoterminowe, jednak obserwacje pokazały wartość również tych krótszych. Niezależnie od długości planowanego zamieszkania, u kandydatów można było dostrzec wiele różnych emocji. Niektórzy obawiali się nowego doświadczenia i wizja nawet krótkiego pobytu budziła w nich lęk przed zmianą oraz wątpliwości, czy poradzą sobie z separacją od najbliższych. Obawiali się długoterminowych zobowiązań i woleli deklarować się „tylko na próbę”, by sprawdzić, jak sobie dadzą radę. Wówczas możliwość regulowania czasu pobytu działała uspokajająco. Dla innych wizja nawet półtorarocznego zakwaterowania wydawała się zbyt krótka. Niekiedy kandydaci lub ich bliscy żywili wręcz nadzieję na możliwość stałego zamieszkania. Obawiali się kolejnej zmiany i konieczności podjęcia decyzji dotyczących przyszłości. W takich przypadkach ważne było przygotowanie chorego oraz jego krewnych na powrót do domu rodzinnego. Różne scenariusze zakończenia pobytu uwzględniały także możliwość udzielenia wsparcia przez krewnych w staraniach o niezależne mieszkanie.

Budowanie niezależności mieszkańców

Dla części osób pobyt w mieszkaniu chronionym faktycznie stawał się początkiem samodzielnego życia. Często jednak był doświadczeniem pozwalającym wrócić do domu rodzinnego na innych warunkach, z nowym nastawieniem czy nowymi umiejętnościami.

Nabywaniu nowych kompetencji lub rozwijaniu już posiadanych zasobów służyły różnego rodzaju treningi: funkcji poznawczych, umiejętności społecznych, samoobsługi, a także kulinarne, porządkowe, budżetowe, komunikacyjne oraz organizowania czasu wolnego i realizacji osobistych zainteresowań. Miały one charakter praktycznego towarzyszenia mieszkańcom w codziennych czynnościach. Podstawowym aspektem programu terapeutycznego była praca na relacjach budowanych zarówno pomiędzy uczestnikami, jak i ze specjalistami. Stworzenie społeczności terapeutycznej pozwalało uczestnikom uzyskać wsparcie w trudnościach oraz poczuć, że sami mogą pomóc drugiej osobie. Współlokatorzy mogli na przykład korzystać z własnych doświadczeń z okresu kryzysu, aby ułatwić innym sprawne monitorowanie stanu zdrowia. Mając to na uwadze, zachęcano uczestników do aktywnego udziału w zebraniach społeczności. W ich trakcie omawiano bieżące sprawy oraz plany na nadchodzący tydzień. Mieszkańcy umawiali się na różnego rodzaju wyjścia, organizację kolacji świątecznej lub informowali o planowanym wyjeździe. Mogli też podzielić się swoimi uczuciami związanymi z tym, co działo się we wzajemnych relacjach. W okresie początkowym pomocna była jasna struktura spotkań i większa aktywność kadry. Później uczestnicy sami podejmowali się negocjowania wzajemnych ustaleń.

Jedną z kwestii często poruszanych podczas spotkań społeczności stanowiło utrzymanie czystości w mieszkaniu. Było to zadanie, o które lokatorzy dbali samodzielnie. Dla części osób wykonywanie prac porządkowych nie stanowiło problemu lub wręcz było ważnym punktem dnia, dla innych zaś stawało się wyzwaniem budzącym niebagatelny opór. Wiza sprzątania własnego pokoju lub wzięcia odpowiedzialności za jakąś wspólną część mieszkania wyzwała w nich uczucie buntu podobne do protestu nastolatka przeciwko nakazom rodziców. Z niechęcią przyjmowali perspektywę, w której obowiązki domowe były częścią wybieranej przez nich samodzielności. Dlatego niekiedy kadra włączała się w działania, wspierając motywację uczestników lub pomagając im zastanowić się nad sensem poszczególnych prac. Pozornie błaha kwestia sprzątania pozwalała na postawienie pytań o znaczenie przypisywane porządkowi i bałaganowi oraz o to, co wyrażają w relacjach, a także jak przekładają się na gotowość wchodzenia w zależność czy ponoszenia wysiłku budowania swojej niezależności. Temat czystości otwierał przestrzeń do wyrażania niewypowiedzianych pretensji, żalów czy pragnień uczestników. Był także obszarem ujawniającym nasilanie się objawów psychopatologicznych.

Jednym ze skrajnych przykładów naruszenia standardów czystości było zabrudzenie fekaliami sporej części łazienki w trakcie psychotycznej dekompensacji uczestnika. Mniej drastyczne sposoby wyrażania odczuwanej złości dostrzegalne były w pozostawianiu po sobie nieumytych naczyń lub niewywiązywaniu się z zadeklarowanego posprzątania części wspólnej, co utrudniało funkcjonowanie pozostałym mieszkańcom. Kiedy udawało się ujawniać przyczyny tych emocji, zazwyczaj opisywane problemy znikaly lub znacząco się zmniejszały. Aby było to możliwe, zespół musiał wykazać gotowość do zamyślenia i poszukiwania rozumienia dla obserwowanych zdarzeń i ich dynamiki, a także otwartość na pomieszczenie stanów współpracowników.

Dla każdego uczestnika obecność w mieszkaniu oznaczała coś innego i wiązała się z odmiennymi potrzebami. Mając to na uwadze, każdy z lokatorów wraz z przypisanym sobie terapeutą tworzył plan usamodzielniania. Mniej więcej po upływie pierwszego miesiąca odbywała się seria kilku spotkań poświęconych celom uczestnika oraz działaniom,

które ułatwiłyby ich osiągnięcie. Omawiano, w jakich obszarach dana osoba potrzebuje pomocy i jakie zasoby może wykorzystać. Plan ten pogłębiany był o perspektywę wsparcia oferowanego przez psychologa oraz pracownika socjalnego. Ewaluacji ustaleń dokonywano co pół roku. Podsumowywano wówczas, co udało się już osiągnąć, a co wymaga dalszej pracy. Zastanawiano się, czy w jakiś sposób zmieniło się postrzeganie obranych wcześniej dążeń i czy pojawiły się nowe cele. Podczas spotkania organizowanego na koniec pobytu dokonywano bilansu całości doświadczeń w mieszkaniu chronionym. Niekiedy, jeśli taka była chęć uczestnika, zapraszano również jego bliskich i w ich obecności rozmawiano o dalszych planach i możliwościach. Takie rozmowy odbywały się przy udziale dwóch członków kadry – terapeuty prowadzącego oraz psychologa lub pracownika socjalnego. Były też poprzedzone refleksyjną dyskusją zespołu w czasie superwizji.

Pobyt w mieszkaniu był nieodpłatny. Uczestnicy zostali jednak zobowiązani do przeznaczania co miesiąc stałej kwoty na rzecz wspólnego utrzymania. Na tych środkach opierały się treningi zarządzania budżetem domowym. W ich ramach mieszkańcy dokonywali zakupów produktów spożywczych czy środków czystości. Prowadzenie tego typu działań miało istotne znaczenie z uwagi na specyfikę trudności, z jakimi zmagają się osoby chorujące. Brak doświadczenia w samodzielnym gospodarowaniu własnym budżetem przekłada się często na mniejsze umiejętności planowania i niewłaściwe wydatkowanie pieniędzy. To zaś w dłuższej perspektywie może prowadzić do zadłużania mieszkania i niepowodzeń w samodzielnym funkcjonowaniu. Treningi budżetowe stwarzały także okazję do dyskusji nad celowością pewnych działań i konfrontowały z konsekwencjami dokonanych wyborów.

Ilustracją tego procesu była sytuacja na początkowym etapie funkcjonowania mieszkania. W tamtym czasie uczestnicy z konsternacją zauważyli, że wydali znaczną część budżetu na jedzenie zamawiane do domu z restauracji. W trakcie spotkania społeczności pojawiła się możliwość wyrażenia uczuć wywołanych zderzeniem wyobrażeń z rzeczywistością, a także omówienia przyczyn zaistniałej sytuacji oraz nadania jej znaczenia poprzez odniesienie się do procesu grupowego. Uczestnicy relacjonowali próby integracji, jednocześnie zgłaszając przy tym niechęć do wkładania wysiłku w samodzielne przygotowanie posiłków, brak wystarczających umiejętności kulinarnych, niejasne zasady dzielenia się posiłkami oraz obawy bycia wykorzystanym przez osoby, które mogłyby „przyjść na gotowe”. Ważnym dylematem okazała się także kwestia tego, co jest częścią wspólną zakupionego jedzenia i w jakim stopniu można wykorzystywać produkty spożywcze wedle własnego uznania. Ustalanie granic i zasad dzielenia się było tematem wielokrotnie powracającym w rozmowach grupy. Raz ustalone zasady podlegały modyfikacjom w zależności od potrzeb uczestników na danym etapie „życia mieszkania”.

Istotny wpływ na budowanie niezależności ekonomicznej mieszkańców miała współpraca z pracownikiem socjalnym. Dostarczał on informacji w zakresie przysługujących świadczeń i możliwości uzyskania pomocy w różnego rodzaju instytucjach oraz organizacjach pozarządowych. Wspierał także w załatwianiu spraw urzędowych i kontaktach ze środowiskiem. Niekiedy oznaczało to uczestniczenie w spotkaniach z rodziną chorego i omawianie możliwych rozwiązań, które pozwoliłyby uczestnikowi starać się o własne mieszkanie. W innych sytuacjach pracownik socjalny mobilizował do uporządkowania spraw prawnych. Przede wszystkim jednak podejmowane przez niego działania miały na celu wzmacnianie zdolności mieszkańców do samodzielnego rozwiązywania problemów.

Równolegle uczestnicy zachęcani byli do kontaktów z trenerami pracy, których dostępność zapewniał program POWER². Niezbędne kwalifikacje miała także część terapeutów zatrudnionych w mieszkaniu. Mieszkańcy mogli uzyskać od nich pomoc podczas tworzenia CV oraz porozmawiać z nimi o swoich zasobach w obszarze zawodowym. Trenerzy mogli natomiast towarzyszyć mieszkańcom podczas ich pierwszych chwil w nowej pracy, a także służyć wsparciem w budowaniu porozumienia pomiędzy pracodawcą a pracownikiem.

Obserwowanie innych, jak przechodzą przez kolejne etapy rekrutacji i szukają dla siebie atrakcyjnego zajęcia, sprawiało, że osoby, które do tej pory nie wykazywały aktywności w tym zakresie, zaczynały działać. Współlokatorzy podpowiadali sobie nawzajem, w jaki sposób mówić w pracy lub na studiach o chorobie; na ile konieczne jest ujawnianie informacji o swoim stanie zdrowia, a na ile można zachować dyskrecję. Dostarczali wiedzy, która działała uspokajająco i motywująco. Dodatkowo własny pokój w mieszkaniu chronionym dawał przestrzeń do nauki lub pracy zdalnej, co dla niektórych osób było komfortem, jakiego brakowało im w ich domu rodzinnym.

Jedna z młodszych uczestniczek, 22-letnia pani M., wykorzystała pobyt w mieszkaniu chronionym i rozmowy z terapeutą prowadzącym do zastanowienia się nad swoimi zainteresowaniami i sposobem ich wykorzystania w życiu. Zgłosiła się na wolontariat do schroniska. Później rozpoczęła kurs technika weterynarii i otrzymała propozycję stażu w jednej z przychodni weterynaryjnych. Kiedy kończyła pobyt, nie było jej stać na samodzielne wynajęcie mieszkania, dlatego wróciła do domu matki. W trakcie odwiedzin w mieszkaniu chronionym, już po zakończonym pobycie, z radością opowiadała, że teraz dokłada się do czynszu i samodzielnie pierze własne ubrania. Wcześniej miała silne wyobrażenie, iż powinna być jeszcze długo utrzymywana przez rodziców. Historia pani M. stanowiła inspirację dla innych mieszkańców, którzy po jej odwiedzinach zgłaszali chęć rozmowy o tym, jak napisać swoje CV.

Z drugiej strony obserwowanie rozwoju współlokatorów, ich sukcesów zawodowych oraz prywatnych, dla części osób konfrontujących się z pustką i stagnacją we własnym życiu bywało niezwykle trudne i wzbudzało zawiść. Osoby te nie wykorzystywały doświadczeń innych do uruchamiania czy umacniania u siebie bardziej aktywnej postawy, lecz reagowały zwiększeniem dystansu wobec grupy oraz zachowaniami destrukcyjnymi względem dotychczas wypracowanych efektów. Przykładem było doświadczenie pana A., który obserwując korzyści, jakie przynosi innym mieszkańcom poszukiwanie pracy lub nawiązywanie relacji towarzyskich i miłosnych, zaczął zgłaszać pogorszenie samopoczucia i nasilanie się objawów psychopatologicznych. Towarzyszyło temu wycofanie z terapii grupowej prowadzonej w ramach zespołu leczenia środowiskowego, na którą uczęszczał od kilku lat. Myślał o rezygnacji z psychoterapii, twierdząc, że nie przynosi ona żadnych efektów. Podobnie komentował pobyt w mieszkaniu chronionym. W obu tych miejscach widział ludzi, którzy są zainteresowani zmianą swojej sytuacji, co mocno kontrastowało z jego niewerbalizowanymi wprost celami pozostania w dotychczasowej pozycji. Zrozumienie mechanizmów kierujących pacjentem i adekwatna reakcja były możliwe dzięki

²⁾ Projekt „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi – testowanie i wdrażanie”, będący częścią Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

zintegrowanej i zespołowej pracy w ramach opieki Centrum Zdrowia Psychicznego. Omawianie postępów pracy i napotykanych trudności z członkami różnych zespołów, pod których opieką pozostawał pacjent, umożliwiało wymianę informacji potrzebnych do stworzenia całościowego i spójnego procesu leczenia.

Obserwacje te skłaniały także do refleksji, że w przypadku niektórych pacjentów doświadczanie pozytywnych oddziaływań, możliwość zbliżenia się do drugiej osoby i poczucia wzajemnej zależności prowadzą do wzrostu napięcia i potrzeby odreagowania, co skutkuje nasilaniem objawów choroby. Wspólne przeżywanie satysfakcji nie jest możliwe na tym etapie ich funkcjonowania. Należy zachować uważność i wziąć pod uwagę takie tendencje podczas opracowywania zintegrowanego planu terapeutycznego.

Korzyści płynące z kompleksowych oddziaływań

W ramach mieszkania chronionego nie prowadzono psychoterapii. Widoczne były jednak korzyści płynące z łączenia oddziaływań proponowanych w ośrodku z psychoterapią indywidualną lub grupową, prowadzoną na przykład w ramach poradni zdrowia psychicznego czy zespołu leczenia środowiskowego. Czynnikiem zwiększającym efektywność pobytu w mieszkaniu był też udział członków rodziny w grupie wsparcia lub w terapii rodzinnej. Działania te pozwalały w bardziej świadomy sposób zauważać i reagować na uczucia towarzyszące procesowi zmiany. W efekcie chroniło to przed podejmowaniem działań mogących blokować realizację celów wypracowywanych w mieszkaniu.

Mierzenie się z niełatwym procesem separacji wywoływało wiele emocji zarówno u uczestników, jak i u ich bliskich. Prowadziło to do polaryzacji spojrzenia na sytuację oraz przyjmowania pozycji obronnej. Kadra nieraz dostrzegała łatwość, z jaką uczestnicy przypisywali sobie cechy osób dążących do separacji, zaś w rodzicach dostrzegali tendencje do blokowania tych starań. Co ciekawe, podobne uczucia werbalizowali członkowie rodzin podczas spotkań w mieszkaniu. Zwracali oni uwagę między innymi na zmęczenie dotychczasową intensywnością wzajemnych kontaktów i nadzieję na ulgę dzięki wyprowadzce i usamodzielnianiu się dziecka. Jednocześnie towarzyszyło im poczucie straty i opuszczenia. W kilku przypadkach było to doświadczenie na tyle trudne i budzące silny niepokój oraz potrzebę kontroli, że rodzic przychodził do mieszkania chronionego z potrzebą sprawdzenia stanu czystości pokoju swego dorosłego dziecka. W toku całościowej pracy możliwe stawało się uchwycenie perspektywy, w której zarówno uczestnicy, jak i ich bliscy mogli poczuć, że potrzeba separacji oraz lęk przed nią są obecne po obu stronach.

Procesy psychologiczne mające wpływ na przebieg pobytu w mieszkaniu chronionym

Pobyt w opisywanym mieszkaniu chronionym wymagał od uczestników wejścia w grupę, zmierzenia się z procesem integracji i negocjowania zasad współpracy. Konfrontował z uczuciami wobec innych osób i uruchamiał liczne procesy emocjonalne, dające możliwość poszerzenia wiedzy o samym sobie oraz rozwinięcia nowych umiejętności. W procesie tym widoczne były dynamicznie zmieniające się fazy. Na początku dominowały lęk i niepew-

ność, jak będzie się przyjętym przez grupę. Później następował etap budowania współpracy i radzenia sobie z konfliktami. Faza końcowa wymagała zmierzenia się z separacją i utratą, ale i dawała nadzieję na bardziej samodzielne i dojrzałe funkcjonowanie.

Pacjenci zgłaszający się na kwalifikację przychodzili już z pewnymi fantazjami (nie zawsze świadomie werbalizowanymi) na temat całego procesu oraz samego mieszkania. Z uwagi na małą dostępność ośrodków tego typu niewiele osób miało możliwość usłyszeć relacje znajomych z pobytu w podobnych miejscach. Najczęściej więc odnosili się do skojarzeń z hospitalizacjami i warunkami szpitalnymi. To wzmagало obawy zarówno przed nieprzyjemnymi warunkami lokalowymi, jak i obecnością uciążliwych współlokatorów.

Podczas procesu kwalifikacji kluczowe było zbadanie motywacji uczestników i wyobrażeń, jakie mieli względem pobytu. Co sprawiło, że dana osoba zgłosiła się na konsultację? Czy z własnej inicjatywy pojawiła się na spotkaniu, czy też została do tego w jakiś sposób namówiona? Co to za moment w jej życiu? Z jakimi nadziejami i oczekiwaniami przyszła? W czym upatrywała trudności lub zagrożeń? Zbadanie tych obszarów, a na kolejnym etapie umożliwienie kandydatom odwiedzenia mieszkania i poznania już obecnych tam lokatorów, ograniczało lękotwórcze fantazje. Miało to również znaczenie w przypadku tych, którzy starając się o przyjęcie do mieszkania chronionego, tak naprawdę nie byli zainteresowani zmianą swojej sytuacji. W trakcie wywiadu wstępnego osoby te relacjonowały podejmowane przez otoczenie próby wzbudzenia w nich motywacji. Sami zainteresowani nie wykazywali się jednak aktywnością czy gotowością do wykorzystania swojego potencjału. Zgodnie z dostarczonymi informacjami, głównym motywem kierowania takiej osoby na kwalifikację do mieszkania chronionego było poczucie bezradności otoczenia w kontakcie z chorym. Być może bliscy żywili nadzieję na pomocny wpływ grupy. Przyjęcie pacjenta odrzucającego i dewaluującego wsparcie otrzymywane od innych miałoby jednak negatywny wpływ na funkcjonowanie mieszkania i pracę całej grupy. Wiązałoby się bowiem z dużym prawdopodobieństwem pojawienia się niekorzystnych rozegranych w relacjach pomiędzy domownikami. Grupa mogłaby próbować umieszczać w nowym członku swoje niechciane części, wzmagając jego izolację i prowokując do rezygnacji z leczenia z poczuciem porażki, odrzucenia i rozczarowania.

Uczestnicy niechętni do próbowania nowych aktywności (np. udziału w klubie pacjenta), z tendencją do zalegania w łóżku lub spędzania większości czasu w pokoju, mieli większe trudności w korzystaniu z pobytu w mieszkaniu niż uczestnicy podejmujący wysiłek integracji z otoczeniem i wypełniający swój plan dnia różnymi działaniami. Niekiedy jednak doświadczenie kontaktu z niedyrektywnym i empatycznym członkiem kadry pozwalało zmniejszyć opór domownika i wzbudzić w nim chęć zaangażowania się w życie mieszkania oraz poszukiwania aktywności, które sprawiałaby mu satysfakcję. Terapeuci musieli być uważni na źródła trudności i zdolności kontenerowania emocji. Sygnały pojawiającego się oporu wymagały zrozumienia, nazwania, a następnie zmierzenia się przez uczestnika z pytaniem, na ile pełnią one dla niego funkcję wspierającą, a na ile przynoszą straty. To umożliwiało podejmowanie bardziej świadomych decyzji i jednocześnie zmniejszało napięcie odczuwane przez pozostałych mieszkańców.

Współlokatorzy spędzali ze sobą niemal całą dobę, co sprzyjało odtwarzaniu się relacji i sytuacji znanych z układów rodzinnych czy oddających ich wewnątrzpsychiczne dylematy. Niekiedy były to procesy niezmiernie intensywne. Leonard Horowitz [za: 13] zwraca

uwagę, iż w grupach, w których dominujące znaczenie ma identyfikacja projekcyjna, może dochodzić do mechanizmu delegowania jednej osoby do roli „rzecznika”, nieświadomie wyrażającego przeżycia całej grupy. Ważnym zadaniem kadry było zatem rozpoznawanie i zapobieganie sytuacjom, w których jeden z uczestników mógłby być zaproszony do roli „kozła ofiarnego”, na przykład z uwagi na swoje mniejsze możliwości poznawcze czy wyraźniejsze nasilenie objawów. Niekiedy grupie łatwiej było odszczepiać od siebie nieakceptowane, „uszkodzone” części i przypisywać je jednemu z członków, który został uznany za słabszego lub skłonnego, by wejść w proponowaną rolę. To zaś mogło prowadzić do powtórzenia doświadczanego przez uczestnika traumatycznego doświadczenia kontaktu z grupą i chęci wycofania się. Grupa, w mniej lub bardziej świadomy sposób, chciała pozbyć się uczestnika, który wzbudzał trudne emocje. Zwykle towarzyszyła temu nieświadoma fantazja, że w ten sposób pozbędzie się niewygodnego zjawiska.

Równolegle do badania gotowości kandydata ważne było zadbanie o przygotowanie grupy na przyjęcie nowego członka. Lokatorzy mieszkania chronionego doświadczali zarówno pojawiania się nowych osób, procesu ich asymilacji, jak i żegnania się ze współmieszkańcami kończącymi pobyt. Niekiedy musieli zmierzyć się także ze zmianami w składzie kadry. Sytuacje te z jednej strony stanowiły źródło stresu i wpływały na pogorszenie się ich samopoczucia czy nasilenie objawów, a z drugiej – budziły zaciekawienie i optymistyczne oczekiwanie. Każda osoba wносиła bowiem coś nowego i rozwijającego do funkcjonowania mieszkania jako całości. Sprawiało to, że choć grupa stanowiła całość, to też nieustannie się zmieniała.

Każdy moment zmian w życiu mieszkania sprzyjał regresowi i prowadził do nasilenia się niepokoju lub konfliktów. Objawiało się to między innymi powrotem problemów, które wydawały się już rozwiązane. W takich okresach ustalone wcześniej granice należało ponownie omówić, gdyż były sprawdzane lub naruszane przez domowników. Jeden z takich przypadków stanowiło picie alkoholu pomimo ustalonej wcześniej zasady, że w trakcie pobytu w placówce trzeba utrzymywać abstynencję. Zdarzało się też, że uczestnicy próbowali niwelować czy odreagowywać doświadczane uczucia poprzez próby tworzenia związków miłosnych lub seksualnych ze współlokatorami. Relacje takie nie były zalecane, ponieważ niosły za sobą ryzyko wykorzystania, a także wywoływały dyskomfort u pozostałych mieszkańców. Blokowały przy tym rozwój grupy, zwłaszcza gdy zainteresowani próbowali ukrywać swoje relacje i utrzymać je w tajemnicy. Zadaniem kadry było uważne przyglądanie się sygnałom świadczącym o łamaniu zasad. Zdolność połączenia obserwowanych zachowań z kontekstem doświadczeń zarówno poszczególnych uczestników, jak i całej grupy pozwala zrozumieć przyczyny i dostosować do nich adekwatną interwencję. Niekiedy wiązało się to z koniecznością podjęcia rozmów z uczestnikiem o wcześniejszym zakończeniu pobytu.

Grupa, złączając się, oczekiwała większej aktywności kadry w pilnowaniu zasad i porządku oraz domagała się wyciągania konsekwencji. Szczególnie na początkowym etapie pobytu uczestnicy potrzebowali jasnej struktury, która pełniła funkcję uspokajającą. Z czasem widoczne stawały się korzyści z zapraszania domowników do wspólnego rozwiązywania dylematów i dbania o zasady. Pozwalało to budować ich poczucie odpowiedzialności i wpływu na funkcjonowanie grupy, wzmacniało także kompetencje społeczne oraz chroniło przed infantylnym traktowaniem.

Zazwyczaj złość czy rywalizacja względem członka kadry były trudne do ujawniania. Uczestnicy mierzyli się z obawami przed konsekwencjami okazania wrogich uczuć. Gdy lękowe wyobrażenia dominowały, wówczas dochodziło do dewaluowania jednego z członków grupy lub ujawniania frustracji z powodu jakiegoś nieistotnego dotąd aspektu funkcjonowania ośrodka. Zgłaszane uwagi starano się rozpatrywać na kilku poziomach – od analizy faktycznej uciążliwości konkretnego zjawiska, po nadanie mu znaczenia z poziomu bardziej symbolicznego. Ukazywanie sposobu myślenia kadry, w tym dostrzegania wielu znaczeń zgłaszanych problemów, pozwalało uczestnikom zastanowić się nad faktycznymi motywami ich zachowań czy wypowiedzi. W pewnym zakresie budowano w ten sposób umiejętność mentalizacji, a także pokazywano, jak skutecznie można radzić sobie z doświadczaną frustracją.

Zdarzało się i tak, że uczestnik wyrażał nieprzyjemne uczucia, ale robił to nie do końca wprost, a następnie szybko wycofywał się z kontaktu. Pewnego razu mężczyzna, który zwykle dobrze radził sobie w grze w szachy, przegrał z terapeutką. Uczucie porażki tak zraniło jego samoocenę, że w pierwszej reakcji powiedział: „ale za to jest pani brzydka”. Po tym zrezygnował z dalszej gry i wyszedł z mieszkania, pozostawiając w konsternacji rywalkę oraz obserwatorów tej sytuacji.

W trakcie działalności ośrodka mieszkańcy zwracali uwagę, iż dzielenie wspólnej przestrzeni z drugim człowiekiem stanowi dla nich wyzwanie. Dostrzeganie odmienności konfrontowało ich z pytaniem, czy i w jaki sposób możliwy jest dialog oraz współdziałanie. Istniało przy tym ryzyko, że trudności w tolerowaniu frustracji i rozczarowania mogą doprowadzić do obwiniania innych za niewygodę własnego położenia lub nawet przyczyniać się do chęci wcześniejszego opuszczenia ośrodka. Temat ten był kilkakrotnie podnoszony przez osoby zakwaterowane w dwuosobowej sypialni. Współlokatorzy wyrażali na to wcześniej zgodę, a pokój był duży i umeblowany w taki sposób, aby zapewnić im niezależność. Jednak w zestawieniu z sytuacją osób mających własne pokoje budziło to niezadowolenie. Dla części uczestników dużą rolę odgrywało poczucie bycia traktowanym w dokładnie taki sam sposób jak inni. Dostrzegane rozbieżności wzbudzały zazdrość i chęć rywalizacji, przypominające poniekąd relacje z rodzeństwem w wielodzietnej rodzinie. Z drugiej strony zgłaszali się również tacy kandydaci, którzy mogąc przebywać w pełnym ludzi mieszkaniu, czuli się bezpieczniej. Obecność innych dawała im poczucie, że w razie trudnej sytuacji będą mogli liczyć na drugą osobę.

Zdolność do akceptowania niewygody czy niezadowolenia i poszukiwania rozwiązań pozwalających dostrzegać korzyści w nieidealnym otoczeniu stanowiła, w założeniach opisywanej placówki, jeden z ważniejszych czynników rozwoju. Uznano, że uczucie frustracji, gdy jest adekwatne do możliwości uczestnika, pozwala lepiej odnajdywać się w wymogach samodzielnego życia i odczuwać satysfakcję z osiągniętych celów.

Kończenie pobytu było jedną z najtrudniejszych zmian. Nasze obserwacje wskazywały, że niektórzy uczestnicy, zdając sobie sprawę ze zbliżającego się terminu wyprowadzki, zaczęli wykazywać się większą mobilizacją. Dla innych pożegnanie okazywało się zbyt bolesne i zaczęli w pewien sposób niszczyć to, co dotychczas wypracowali czy otrzymali: notorycznie spóźniali się do nowo zdobytej pracy, co groziło jej utratą, odmawiali wywiązywania się z dyżurów, opuszczali spotkania grupowe, zaczynały im przeszkadzać zasady funkcjonowania grupy, które wcześniej nie budziły wątpliwości. Niekiedy frustracja i żal okazywały się zbyt silne i uczestnicy woleli rozstać się z grupą z uczuciem złości,

chroniącej ich przed doświadczeniem straty czy tęsknoty. W historii opisywanego mieszkania zdarzyła się raz sytuacja, w której uczestnik wyprowadził się, nie dając wcześniej o tym znać i pozostawił po sobie bardzo zniszczony pokój. Szkody były na tyle poważne, że kadra wraz z pozostałymi mieszkańcami musiała odmalować ściany, wymyć podłogę z farb i uprać dywan. Większość uczestników potrafiła jednak utrzymać dobre uczucia podczas kończenia pobytu. Niektórzy nawet po opuszczeniu ośrodka chętnie odwiedzali dawnych współlokatorów oraz kadre. Przychodzili napić się herbaty lub wziąć udział w świątecznym spotkaniu i przy okazji opowiadali o zmianach w swoim życiu. Dzięki pobytowi w ośrodku poszerzali sieć swoich znajomych o osoby poznane w mieszkaniu.

Intensywność procesów zachodzących w mieszkaniu chronionym sprawiała, że ważnym elementem pracy była superwizja oraz regularne spotkania zespołu. Omawiano wówczas kandydatury nowych uczestników, aktualną sytuację mieszkańców oraz dylematy, przed którymi stali specjaliści. Kadra mierzyła się bowiem zarówno z potrzebą wykorzystywania pokładów własnej energii do motywowania innych, jak i znajdowania w sobie zrozumienia dla emocji i decyzji uczestników. Przypominało to doświadczenia, z jakimi mierzą się rodziny chorych. Łatwo zatem można było ulec procesom przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowym i stracić zdolność symbolicznego myślenia czy pozycji refleksyjnego obserwatora. Stan takiego pomieszczenia uwidocznił się między innymi w dylemacie, czy i w jaki sposób kadra może wejść do pokoju uczestnika. Co to oznacza i na ile może być odebrane jako agresywne naruszenie granic prywatności. Towarzystwo temu silne pragnienie jednoznacznego i jak najszybszego rozstrzygnięcia wątpliwości. Omawianie tej kwestii podczas superwizji pozwoliło osłabić emocje blokujące myślenie i dostrzec analogię do doświadczeń domowników mierzących się z ustalaniem granic.

Uwagi końcowe

Na prowadzone działania i sposób pracy w opisywanym mieszkaniu chronionym istotny wpływ miało wypracowanie zintegrowanej współpracy z Centrum Zdrowia Psychicznego (którego mieszkanie było częścią) oraz Ośrodkiem Pomocy Społecznej. Pozwalało to na zabezpieczenie ciągłości opieki i podejmowanie skoordynowanych działań, a dla kadry stanowiło dodatkowe źródło wsparcia. Uczestnikom natomiast dawało możliwość kontaktu ze specjalistami, których już znali, mieli do nich zaufanie i którzy znali ich historie.

W efekcie nawet krótkiego pobytu uczestnicy oraz współpracujący z nimi specjaliści zyskiwali cenną metodę diagnostyczną, pozwalającą lepiej zrozumieć funkcjonowanie chorego i dostosować ofertę terapeutyczną do jego potrzeb. Kadra, mierząc się z uczuciami podobnymi do przeżyć rodzin uczestników, mogła uchwycić między innymi czynniki blokujące proces separacji, które nie ujawniały się w innych sytuacjach (np. podczas wizyty w gabinecie lekarskim).

Zaangażowanie specjalistów mających doświadczenie w pracy z grupą (w tym z grupą pacjentów doznających psychotycznych stanów umysłu) pomagało w rozumieniu dynamiki relacji mieszkańców, ich przeżyć i reakcji na działania kadry oraz dylematów zespołu na poszczególnych etapach pracy. Niezmiernie ważnym czynnikiem zapewniającym jakość pracy była regularna superwizja całego zespołu. Refleksyjna obecność innych, dająca

„perspektywę trzeciego”, pomagała uwolnić się od pojawiającego się niekiedy uczucia pomieszczenia towarzyszącego intensywnym procesom zachodzącym w mieszkaniu.

Pomimo że pobyt w mieszkaniu chronionym nie stanowił procesu psychoterapeutycznego, to przybierał formę relacji pomiędzy pomieszczającym i pomieszczanym. Tworząca się grupa pomieszczała swoich członków – tak uczestników, jak i kadrę. Doświadczenie bycia w kontakcie z empatycznym i słuchającym człowiekiem stanowiło kluczową wartość w procesie budowania niezależności mieszkańców. Stworzenie społeczności terapeutycznej oraz przestrzeni do stawiania pytań o to, dlaczego jednostka chciałaby lub nie chciałaby stać się samodzielna i co to tak naprawdę dla niej oznacza, wspierało budowanie świadomej postawy uczestników oraz przejrzystej komunikacji.

Piśmiennictwo

1. Axer A, Prot-Klinger K, Lech K. Mieszkania dla osób doświadczających choroby psychicznej – przykład Oregonu i Polski. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2015; 24: 91–98.
2. Lech K. Wsparcie dla osób chronicznie bezdomnych z doświadczeniem choroby psychicznej według zasad „Najpierw mieszkanie”. Warszawa: Fundacja Ius Medicinæ; 2015.
3. Ustawa o Pomocy Społecznej, art. 53 (Dz.U. 2023 poz. 901, 1693).
4. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 26 kwietnia 2018 r. w sprawie mieszkań chronionych (Dz.U. z 2018 r. poz. 822 z późn. zm.).
5. Prot K. Od azylu poprzez dom wariatów do domu własnego, *Konteksty. Pol. Sztuka lud.*, 2001; 2–3: 294–298.
6. Prot K, Murawiec S. Psychodynamiczna terapia pacjentów psychotycznych w warunkach środowiskowych. *Psychiatria*. 2013; 4 (167): 29–39.
7. Bion WR. Pomieszczające i pomieszczone. W: *Uwaga i interpretacja*, wyd. 3. Warszawa: Oficyna Ingenium, 2025, 137–147.
8. Rollings KA, Bollo CS, Permanent Supportive Housing Design Characteristics Associated with the Mental Health of Formerly Homeless Adults in the U.S. and Canada: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health*, 2021; 18(18): 9588.
9. Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH, George P, Daniels AS, Ghose SS, Delphin-Rittmon ME. Permanent Supportive Housing: Assessing the Evidence. *Psychiatr Serv*. 2014; 65(3): 287–294.
10. Harris T, Rhoades H, Duan L, Wenzel SL, Mental health change in the transition to permanent supportive housing: The role of housing and social networks. *J Community Psychol*. 2019; 47(8): 1834–1849.
11. Ustawa z dnia 2 marca 2020, art. 15zzr dot. zakazu eksmisji wprowadzony z powodu pandemii covid-19 (Dz.U. 2020 poz. 374).
12. Ustawa z dnia 21 czerwca 2001 r. o ochronie praw lokatorów, mieszkaniowym zasobie gminy i o zmianie Kodeksu cywilnego (Dz.U. 2001 nr 71 poz. 733).
13. Jabłońska-Dzierża J, Łodej-Sobańska W, Marczevska J, Pawlik J. Podstawowe procesy i zjawiska w terapeutycznej grupie analitycznej. W: Pawlik J, red. *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe*. Warszawa: Eneteia; 2008, 57–104.

W dniach **9–10 maja 2026 roku**
w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym w Krakowie
odbędzie się konferencja naukowa:

Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna

organizowana przez

Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii
im. Profesor Marii Orwid
w 35. rocznicę jej założenia.

Do czynnego udziału w konferencji zaproszono psychoterapeutów reprezentujących różne szkoły i podejścia psychoterapeutyczne, aby z wielu perspektyw przyjrzeć się roli terapeuty oraz cechom relacji terapeutycznej i temu, jak sprzyjają one bądź utrudniają budowanie przymierza terapeutycznego oraz jak wpływają na rozwój procesu terapeutycznego.

Wykłady wygłoszą: Anna Dziubińska-Starska, Mariusz Furgał, Rafał Pniewski, Małgorzata Wolska.

Warsztaty poprowadzą: Maria Augustyn; Katarzyna Furgał, Piotr Marcinkowski i Dorota Solecka; Paula Hanuszkiewicz; Alina Jasiak; Milena Kansy i Konrad Markiewicz; Beata Kicińska i Barbara Żurek; Artur Krupa; Katarzyna Rudnicka i Dominika Sznajder; Katarzyna Ślęzak.

Krótkie wykłady dotyczące specyfiki relacji terapeutycznej i roli terapeuty w zależności od podejścia terapeutycznego wygłoszą: Anna Bielańska, Tomasz Ptak, Wanda Szaszkiewicz, Kaja Wieczorek-Socha, Agnieszka Wojtaszek.

Analizy przedstawionego przypadku dokonają: Grzegorz Baster, Ewa Nikiel, Krzysztof Szwajca.

Patronat medialny konferencji: Kwartalnik „Psychoterapia”.

Więcej informacji i zapisy na stronie internetowej:
<https://kfrp.pl/konferencja/konferencja-naukowa-osoba-terapeuty-relacja-terapeutyczna>

Recenzja

Richard Gross

PSYCHOLOGIA ŻAŁOBY

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2024, stron 165

„Psychologia żałoby” to kolejna propozycja Wydawnictwa Uniwersytetu Łódzkiego w serii „Psychologia Wszystkiego”. Choć w dobie poradników wszelkiego rodzaju i tekstów tworzonych przez AI taki tytuł serii może wzbudzać nieufność, to trzeba powiedzieć, że Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego podąża tutaj szlakiem wytyczonym przez szacowne brytyjskie wydawnictwo Routledge. Przyświeca mu podobne założenie, że udostępnianie eksperckiej wiedzy pozwala demistyfikować przekonania oparte na tzw. zdrowym rozsądku, który często okazuje się zbiorem mitów, uprzedzeń i uproszczeń. Niemniej ów zdrowy rozsądek niejednokrotnie zawiera kondensat wniosków płynących z powszechnych, typowo ludzkich, zwłaszcza egzystencjalnych doświadczeń. Psychologia poparta badaniami oraz praktyką kliniczną może pomóc w nawigowaniu pomiędzy Scyllą nawyków a Charybdą nieświadomych lęków, zwłaszcza w obliczu śmierci.

Richard Gross od ponad 30 lat zajmuje się nauczaniem psychologii, opracowywaniem całościowych podręczników oraz specjalistycznych publikacji dotyczących psychologicznego funkcjonowania człowieka w codziennych sytuacjach. Co ważne, łączy pracę publicystyczną z praktyką, ponieważ jako psycholog pracuje w Cruse Bereavement Care¹, brytyjskiej organizacji świadczącej pomoc osobom w żałobie. I właśnie to doświadczenie stanowi podstawę „Psychologii żałoby”.

Okazuje się, że ta niewielka objętościowo książka to zaskakująco dobre opracowanie bazowych pojęć opisujących zjawisko i proces żałoby. Autor przede wszystkim zbiera i porządkuje różne modele odnoszące się do rozumienia tego, czym jest żałoba.

Na kilku stronach pierwszego rozdziału Gross wskazuje, na czym opiera swoje podejście do pracy z osobami w żałobie, które przedstawia nieco bardziej szczegółowo w kolejnych częściach książki. Wprowadza tutaj pojęcia straty pierwotnej i wtórnej, pracy żałoby, jej etapów, opisuje rozróżnienie pomiędzy żałobą intuicyjną i instrumentalną. Wymienia trzy źródła, do których odnosi się, formułując adekwatne, jego zdaniem, rozumienie osób w żałobie. Po pierwsze najważniejszy punkt odniesienia w rozumieniu natury żałoby stanowią dla niego osobiste opowieści. Po drugie są to badania kliniczne – Freuda, Kübler-Ross,

¹⁾ Organizacja zmieniła nazwę na Cruse Bereavement Support.

Bowlby'ego i Parkesa. Od razu też dyskredytuje poglądy Freuda i Kübler-Ross jako, rzekomo, zbyt generalizujące, sztywne i dogmatyczne sposoby konceptualizacji stanu psychicznego osób doświadczających straty kogoś bliskiego. Jako trzeci punkt odniesienia wskazuje badania empiryczne, a konkretnie badania z Bethlem z 1965 roku, z Londynu z 1970 i z Harvardu z 1974 oraz badanie pod nazwą „Love and Loss” z 2006 roku. Autor odwołuje się do tych badań w późniejszych rozdziałach, w których objaśnia naturę relacji ze zmarłym oraz żałobę powikłaną.

Rozdziały drugi i trzeci stanowią przedstawienie krytycznego stanowiska Grossa wobec modeli i teorii żałoby opartych o prace Freuda i Kübler-Ross. Mankamentem tej części jest ich skrajne uproszczenie, tak że bardziej przypominają ludowe porzekadła niż oryginalne myśli wymienionych twórców. Zdaje się to jednak dobrze oddawać powszechność tego typu zniekształceń i rzeczywistą szkodę, która może wynikać z zastosowania wnikliwych koncepcji w wersji schematycznej. Autor prowadzi czytelnika do trafnych konkluzji, że nie istnieje jedna droga żałoby dla wszystkich; że jej etapy nie przebiegają linearnie, a raczej cyklicznie; że nie należy utożsamiać żałoby z depresją itd., aż dochodzi do wypuklenia różnicy pomiędzy żałobą a opłakiwaniem jako procesem. Pozwala mu to wprowadzić model podwójnego procesu żałoby, w którym zorientowanie na stratę przeplata się ze zorientowaniem na odnowę, a sam model oddaje dynamiczność życia emocjonalnego. Gross odnosi się również do różnych stylów przywiązania, zgodnie z teorią Bowlby'ego i Ainsworth, oraz rozpoznania tychże w trwających więziach ze zmarłymi (Yo i in. *Continuing Bonds*). Jego zdaniem pozwala to uwspółcześnić rozumienie powikłanej żałoby oraz zdrowego, naturalnego przebiegu procesu opłakiwania.

Rozdział czwarty pozwala spojrzeć na żałobę nie tylko od strony emocjonalnej, ale też uzmysławia jej uwarunkowania społeczno-kulturowe. Szczególnie ważne wydaje się tu zwrócenie uwagi na sytuację osób, którym odmawia się prawa do żałoby, czy to ze względu na naturę relacji, jaka łączyła kogoś ze zmarłym (np. związek pozamałżeński), czy z powodu okoliczności śmierci (np. przedawkowanie substancji psychoaktywnej), czy też rodzaju straty (np. straty zwierzęcia). Jest to rzadko poruszany wątek, więc tym bardziej cenne, że znalazł się w tej publikacji.

Równie inspirujący jest rozdział piąty, w którym Gross pokrótce naświetla związek pomiędzy naturą relacji ze zmarłym, określoną przez rodzaj pokrewieństwa, stylem przywiązania, a ryzykiem wystąpienia powikłanej żałoby.

Symptomatologią i diagnozą żałoby powikłanej Autor zajmuje się w rozdziale szóstym. Niezwykle użyteczna jest charakterystyka różnych form tego powikłania. Gross wymienia ich cztery główne kategorie: objawy powikłanej żałoby, syndrom powikłanej żałoby, diagnozowalne zaburzenie psychiczne lub fizyczne oraz śmierć jako następstwo zachowań związanych z żałobą. Podkreśla również znaczenie pracy w oparciu o model rekonstrukcji znaczenia, dzięki czemu wzrasta szansa na powrót danej osoby do zdrowia.

Ostatni rozdział jest poświęcony właśnie powrotowi do zdrowia, czyli rozwojowi post-traumatycznemu. Mimo że nie każda śmierć bliskiej osoby ma charakter traumatyczny, to jednak zwykle oznacza ona „kryzys znaczenia”. Tym terminem Autor określa kryzys tożsamości, którą budujemy w oparciu o autonarracje. Te historie, poprzez które opowiadamy sobie siebie, muszą ulec zmianie wraz ze śmiercią bliskiej osoby. Jeśli uda się znaleźć

znaczenie w poniesionej stracie, zwłaszcza tej o cechach traumy, wówczas istnieje szansa na potraumatyczny wzrost.

Ważny dodatek stanowi lista lektur, która zawiera zarówno pozycje naukowe, jak i osobiste relacje na temat żałoby, śmierci i umierania. Ciekawe są propozycje filmów i poezji, dzięki którym można poszerzyć swoje spojrzenie na omawiane zagadnienia.

„Psychologia żałoby” Richarda Grossa może stanowić inspirujący punkt wyjścia dla studentów psychologii, wolontariuszy, psychoterapeutów, a także naszych pacjentów poszukujących kierunkowskazu w zetknięciu się z tak złożonym egzystencjalnym doświadczeniem, jakim jest utrata bliskiej osoby.

Joanna Sadzawicka-Olczak

XX KONFERENCJA TRZECH SEKCJI „PSYCHOTERAPIA: NAUKA I SZTUKA”

Toruń 24–26 października 2025 r.

Choć słowo „sztuka” często przywodzi na myśl twórczość artystyczną, w tym kontekście chodzi o coś więcej: o sztukę słuchania, rozumienia, towarzyszenia w cierpieniu. O subtelny pracę w relacji, która wymyka się ścisłym algorytmom, a jednak pozostaje zakorzeniona w teorii i badaniach.

Zapraszamy na jubileuszową, dwudziestą ogólnopolską konferencję psychoterapeutów polskich, znaną powszechnie jako Trójkonferencja, która w dniach 24–26 października odbędzie się w Toruniu.

Gospodarzem tegorocznej edycji jest Sekcja Naukowa Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a temat przewodni brzmi: **Psychoterapia: Nauka i Sztuka**.

Jednym z punktów programu będzie rozmowa z Wilhelmem Sasnałem, cenionym artystą i filmowcem. Do dialogu zaprosi go Justyna Dąbrowska, psychoterapeutka i autorka poruszających rozmów z artystami i psychoterapeutami.

Na wykład inaugurujący konferencję zaplanowane jest wystąpienie stypendystki brytyjskiej Akademii Nauk Społecznych oraz członkini nadzwyczajnej Brytyjskiego Towarzystwa Psychologicznego Arlene Vetere „What’s love got to do with it”.

W ramach konferencyjnych sesji plenarnych zostaną podjęte między innymi następujące tematy: „Kulturowe konteksty psychoterapii”, „Współczesne podejście do badań nad psychoterapią”, „Co badamy w psychoterapii”, „Psychoterapeuci nie szukają winnych – kontekst rodzinny”, „Psychoterapia w różnych kontekstach instytucjonalnych”, „Miejsce sztucznej inteligencji w psychoterapii”, „Szkolenie w psychoterapii”.

Refleksję nad powyższymi zagadnieniami podejmą między innymi pisarka i aktywistka feministyczna Agnieszka Graff, filozof i psychoterapeuta Andrzej Leder, filozof i publicysta Tomasz Stawiszyński, psycholog społeczny Konrad Maj, a także psychoterapeutki i psychoterapeuci: Szymon Chrzastowski, Krzysztof Ciepliński, Agata Cioczek, Jan Czesław Czabała, Jerzy Dmuchowski, Małgorzata Gatecka, Łukasz Gawęda, Jarosław Gliszczyński, Marta Głowacka, Bernadetta Janusz, Tomasz Jarmuż, Barbara Józefik, Bartosz Kleszcz, Iwona Kozłowska-Piowarczyk, Anna Król-Kuczkowska, Grzegorz Mączka, Jarosław Michałowski, Łukasz Müldner-Nieckowski, Irena Namysłowska, Anna Nowak, Sylwia Nowakowska, Zofia Pierzchała, Maciej Pilecki, Hanna Pinkowska-Zielińska, Rafał Radzio, Rafał Styła, Anna Tanalska-Dulęba, Katarzyna Walewska, Anna Zajenkowska, Cezary Żechowski.

Do końca lipca obowiązuje promocyjna cena biletów.

Pełny program i rejestracja dostępne są na stronie

<https://3konferencja2025.syskonf.pl>

Do zobaczenia na XX TRÓJKONFERENCJI:

Toruń 24–26 października 2025 r.

Recenzja

Agnieszka Jaros, Magdalena Staniaszek

CHCĘ ŻYĆ INACZEJ. TECHNIKI WSPIERANIA UCZNIA W KRYZYSIE SUICYDALNYM

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2024, stron 210

Agnieszka Jaros i Magdalena Staniaszek kierują swoją książkę głównie do nauczycieli, ale też do psychologów i pedagogów szkolnych – do osób, które dzięki niemal codziennemu kontaktowi z młodzieżą mają szansę dostrzec pierwsze oznaki kryzysu suicydalnego. Publikacja ma za zadanie wspierać je w skutecznym udzieleniu pomocy. Autorki wyraźnie podkreślają, że młodzi ludzie, podejmując próby samobójcze, niekoniecznie chcą zakończyć życie, ale wyrażają w ten sposób niechęć do takiego życia, jakie jest im dane – pełnego cierpienia, bez wsparcia i zrozumienia.

Treść została podzielona na dwie części: pierwsza stanowi zbiór informacji zaczerpniętych z teorii i badań dotyczących kryzysu suicydalnego, natomiast druga to zbiór ćwiczeń i wskazówek pomocnych w postępowaniu zaradczym, profilaktycznym i interwencyjnym.

Samobójstwo nie zdarza się nagle, ale jest skutkiem trwającego jakiś czas procesu, obejmującego między innymi myśli autodestrukcyjne, rezygnacyjne, wyobrażenia o samobójstwie czy konkretne plany samobójcze i ich realizację. Przytoczone przez Autorki dane statystyczne z 2019 roku są mocno niepokojące: samobójstwo było trzecią najczęstszą przyczyną śmierci w grupie 15–29-letnich kobiet i czwartą przyczyną śmierci mężczyzn w tej samej grupie wiekowej.

W pierwszej części książki Autorki przedstawiają definicje różnych pojęć z zakresu suicydologii oraz dynamikę zachowań samobójczych w Polsce. Obszernie opisują funkcjonowanie współczesnych nastolatków, uwzględniając zachodzące na przestrzeni ostatnich lat zmiany w ich rozwoju biologicznym, seksualnym, psychologicznym i społecznym. Zwracają uwagę na niepokojący wzrost liczby młodych osób z nadwagą i otyłością, a także oceniających swoją masę ciała jako zbyt dużą. Opisują problemy nastolatków związane z dojrzewaniem płciowym oraz kształtowaniem się tożsamości płciowej i orientacji seksualnej. Wysokimi czynnikami ryzyka samobójczego są między innymi nieheteronormatywna tożsamość seksualna, brak zadowolenia z masy swego ciała, zwiększona częstotliwość dolegliwości psychicznych (głównie przygnębienia), częstsze niż w poprzednich okresach stosowanie substancji psychoaktywnych, a także ograniczenie możliwości uzyskania wsparcia od rodziców, innych bliskich lub rówieśników. Nie

bez znaczenia są również wzrost poziomu stresu związanego ze szkołą, doświadczanie przemocy rówieśniczej (zastraszania, prześladowania, cyberbullyingu) i poczucie osamotnienia. Szczegółowy opis czynników ryzyka stanowi wskazówkę, na co należy zwrócić uwagę w kontakcie z nastolatkiem/nastolatką, aby powstrzymać zachowania suicydalne, a następujący po nim opis czynników chroniących – niestety znacznie mniej obszerny niż ten pierwszy – zwraca uwagę na długofalowe, pozytywne działania, które mogą być pomocne w przekonstruowaniu obrazu siebie lub przeprowadzeniu korzystnych zmian w środowisku. Nasuwa się prosty wniosek: interwencja w czasie kryzysu jest działaniem nieodzownym, ale niewystarczającym; potrzebna jest dalsza, regularna, konkretna pomoc i nieustające wsparcie.

W rozdziale poświęconym konsekwencjom zachowań suicydalnych Autorki zwracają uwagę między innymi na osoby z otoczenia samobójcy, które doświadczają traumas związanej z nagłą i dramatyczną śmiercią nastolatka.

Charakteryzując nastolatka w kryzysie suicydalnym, Jaros i Staniaszek wskazują na izolowanie się, kumulowanie emocji i kierowanie ich przeciwko sobie oraz pojawienie się myśli samobójczych. Poczucie bezradności wobec istniejących trudności prowadzi młodych ludzi do ucieczki od nich poprzez samobójstwo. Autorki omawiają zmiany w zachowaniu typowe dla osoby w głębokim kryzysie. Przedstawiają też kilka szczegółowych opisów przypadków, które wyraźnie obrazują omawiane zagadnienia.

Na koniec części teoretycznej zostały przedstawione różne sposoby wspierania nastolatka w kryzysie samobójczym. Wśród wymienionych bardzo dobrym rozwiązaniem wydaje się wyznaczenie osoby spośród członków szkolnego zespołu kryzysowego, która będzie pełniła rolę koordynatora kontaktującego się z nastolatkiem w kryzysie suicydalnym lub powracającym do szkoły po próbie samobójczej. Autorki zwracają uwagę, jak ważne jest to, by nastolatek nie czuł się przytłoczony okazywanym wsparciem, ale miał możliwość stałego, bezpiecznego i regularnego kontaktu na terenie szkoły z zaangażowaną w jego sprawę osobą dorosłą. Przedstawiają również propozycje działań postwencyjnych, czyli różnych sposobów pomocy wspierających dzieci/młodzież i pracowników szkoły doświadczających śmierci samobójczej ucznia. Celem tych działań ma być odzyskanie poczucia bezpieczeństwa, równowagi i sprawstwa oraz ochrona życia i zdrowia psychicznego osób narażonych na negatywne skutki samobójstwa nastolatka z najbliższego otoczenia.

Część druga publikacji, zatytułowana „Radzenie sobie z kryzysem suicydalnym w praktyce edukacyjnej”, zawiera szczegółowy opis bloków warsztatowych z wieloma scenariuszami zajęć, które mogą poprowadzić nauczyciele i wychowawcy.

Blok warsztatowy A skierowany jest do pracowników szkoły. Wiadomo, że o każdym zachowaniu ucznia związanym z zagrożeniem zdrowia lub życia nauczyciel powinien powiadomić rodziców. Zestaw proponowanych ćwiczeń może pomóc w prowadzeniu trudnych rozmów pomiędzy nauczycielem a uczniem oraz nauczycielem a rodzicem.

Podczas szkoleń i superwizji początkujący terapeuci czasem zgłaszają, że z powodu obaw o utratę zaufania młodych pacjentów ulegają ich prośbom, żeby nie mówić rodzicom o samookaleczeniach czy myślach autodestrukcyjnych. Wydaje się, że i dla nich ten zestaw ćwiczeń mógłby być przydatny.

Blok warsztatowy B przeznaczony jest dla uczniów. Nauczyciel prowadzący warsztat dysponuje pomocą w formie zestawu ćwiczeń edukacyjno-informacyjnych oraz dotyczą-

cych udzielania wsparcia rówieśnikom w kryzysie. Autorki w opisie ćwiczeń wielokrotnie zwracają uwagę na to, by nastolatek wspierający kolegę/koleżankę przede wszystkim motywował go/ją do skorzystania z pomocy specjalistów oraz nie zobowiązywał się do utrzymania w tajemnicy informacji o myślach samobójczych, tylko poinformował o tym osoby dorosłe.

Blok warsztatowy C, podobnie jak blok A, jest skierowany do pracowników szkoły. Zostały w nim ujęte możliwości wspierania ucznia w kryzysie suicydalnym. Wiele ćwiczeń dotyczy sposobu rozmowy z osobą w kryzysie oraz uwrażliwienia na zachowania tej osoby, sygnalizujące konieczność szybkiej interwencji.

Książkę Agnieszki Jaros i Magdaleny Staniaszek przeczytałam z dużym zainteresowaniem. Myślę, że dużą trudnością w pisaniu poradników jest unikanie banałów, a Autorki świetnie sobie z tym poradziły. Proponowane działania pomocowe są konkretne i proste, ale opierają się na słowach, których nie wypowiada się często w zwykłych, codziennych kontaktach. Przedstawione scenariusze bloków warsztatowych mogą oswoić uczestników z bardziej otwartym i bezpośrednim sposobem komunikacji oraz zachęcić do zaangażowania się, w miarę swoich możliwości, w pomoc osobie, co do której istnieją wyraźne przesłanki, że przeżywa głęboki kryzys. Z pewnością książka bardzo przyda się osobom ze środowiska szkolnego, a sądzę, że z powodzeniem mogą z niej również skorzystać psychologowie i psychoterapeuci pracujący z nastolatkami.

Małgorzata Wolska

KOMUNIKATY LATO 2025

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.: „**Nieznosna 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 zatyłowana „**Psychoterapia – nauka i sztuka**”.

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

Kwartalnik „Psychoterapia” objął wydarzenie swoim patronatem medialnym.

W dniach 9–10 maja 2026 roku w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym w Krakowie odbędzie się konferencja naukowa: „**Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna**”, **organizowana przez Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii im. Profesor Marii Orwid w 35. rocznicę jej założenia.**

Informacje i zapisy: <https://kfrp.pl/konferencja/konferencja-naukowa-osoba-terapeuty-relacja-terapeutyczna>

Kwartalnik „Psychoterapia” objął wydarzenie swoim patronatem medialnym.

PROCEDURA PUBLIKOWANIA W „PSYCHOTERAPII” INFORMACJE DLA AUTORÓW

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

związane z szeroko pojętym obszarem oddziaływań psychoterapeutycznych.

Tematyka poruszana w czasopiśmie:

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

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

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

ski. Poniżej należy wpisać słowa klucze (nie więcej niż trzy), podobnie w angielskiej wersji tekstu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zamieszczanie kolejnej wersji tekstu odbywa się analogicznie do wysyłania nowego artykułu, tj. wymaga aktualizacji wszystkich punktów wprowadzania artykułu (poprawionej wersji), ze zwróceniem szczególnej uwagi, by nadać właściwą nazwę obu plikom (podstawowemu i redakcyjnemu) – określającą tytuł_typ_datę pliku.

- Poprawione teksty należy nadesłać w terminie wskazanym przez Redakcję. Nieodtrzymanie 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)

