KWARTALNIK NR 1 (216) 2026

PSYCHOTERAPIA

Polskie
Towarzystwo
Psychiatryczne

SEKCJA NAUKOWA PSYCHOTERAPII
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

PSYCHOTERAPIA

NR 1 (216) 2026

Impact Factor – 0,1
Liczba punktów MNiSW – 40

Spis treści

Od Redakcji ... 3

Czy na pewno wiadomo, czym jest to, co zwiemy psychoterapią? Refleksje na marginesie książki Przemysława Bąbla „Wojna o psychoterapię. Między nauką, praktyką, biznesem i polityką”
Bartłomiej Dobroczyński ... 5

Praca pod presją. Psychoterapia psychodynamiczna osobowości schizoidalnej
Agnieszka Gawęda ... 19

Pacjenci psychoterapii indywidualnej, którzy chcą zostać psychoterapeutami – analiza zjawiska dotyczącego relacji terapeutycznej
Karolina Sośnik ... 31

Przeniesienie – przeciwprzeniesienie w procesie rozwoju grupy psychoterapeutycznej
Sabina Przybyś ... 43

O „uderzeniu” samobójczej śmierci i przyjęciu tego w procesie terapii
Bernadetta Janusz, Paulina Cofór-Pinkowska, Aleksandra Katarzyna Tomasiewicz ... 57

Kodeks etyczny psychoterapeutów ... 71

Procedura publikowania w „Psychoterapii” ... 79

KRAKÓW – WIOSNA 2026

KOMITET REDAKCYJNY

Redaktor	Mariusz Furgał
Zastępca redaktora	Kazimierz Bierzyński
Zespół redakcyjny	Marta Dora-Mioduszewska, Stanisław Maj, 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, Laszlo Zichy

Wydawca

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

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

Nakład 90 egzemplarzy

Uprzejmie informujemy, że wpłat za prenumeratę oraz zamówione pojedyncze zeszyty „Psychoterapii" należy dokonywać na konto:
PKO BP I/O Kraków 42 1020 2892 0000 5302 0015 4849
Cena pojedynczego numeru w roku 2026 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!

Oddajemy w Państwa ręce pierwszy numer naszego czasopisma w tym roku – numer, który skupia w sobie tematy wymagające i niezwykle ważne: kwestie tożsamości pacjenta i terapeuty, granice terapeutycznego wpływu, ale też to, co zdarza się, gdy psychoterapia staje się przestrzenią, w której musi pomieścić się życie w swoich najbardziej dramatycznych wymiarach.

Numer otwiera tekst autorstwa Bartłomieja Dobroczyńskiego, będący rozbudowaną recenzją-polemiką zatytułowaną „Czy na pewno wiadomo, czym jest to, co zwiemy psychoterapią? Refleksje na marginesie książki Przemysława Bąbla »Wojna o psychoterapię. Między nauką, praktyką, biznesem i polityką«". Autor wpisuje się nim w ważną i gorącą debatę o naukowych podstawach psychoterapii, stawiając przewrotnie pytania filozofii nauki: czym jest dowód empiryczny, co oznacza paradygmat, a także jakie miejsce w tym sporze zajmuje psychoanaliza. Recenzja jest nie tylko krytyką, ale i zaproszeniem do szerszej refleksji nad kondycją współczesnej psychologii i stanowi *sui generis* esej o uprawianiu nauki.

Następny jest artykuł Agnieszki Gawędy „Praca pod presją. Psychoterapia psychodynamiczna osobowości schizoidalnej". Autorka opisuje złożoność pracy terapeutycznej z nastolatkami i młodymi dorosłymi, u których obraz osobowości schizoidalnej splótł się z cechami neuroróżnorodności. Szczególną uwagę poświęca zjawisku presji w relacji terapeutycznej jako wyrazowi identyfikacji projekcyjnej.

Karolina Sośnik w swoim tekście „Pacjenci psychoterapii indywidualnej, którzy chcą zostać psychoterapeutami – analiza zjawiska dotyczącego relacji terapeutycznej" omawia takie sytuacje, pojawiające się niekiedy w toku psychoterapii. Autorka rozumie je jako przejaw nadmiernej identyfikacji i idealizacji oraz wskaźnik trudności w separacji i budowaniu własnej, autonomicznej tożsamości. Artykuł obejmuje refleksję nie tylko nad pacjentem, ale i nad nieuświadomionymi potrzebami terapeuty, które mogą temu zjawisku sprzyjać.

W tym numerze znajdą Państwo również artykuł Sabiny Przybyś „Przeniesienie – przeciwprzeniesienie w procesie rozwoju grupy psychoterapeutycznej". Autorka omawia dynamikę przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniową przez pryzmat kolejnych faz rozwoju grupy, od fazy zależności od lidera, przez walkę z autorytetem, po separację i zakończenie leczenia, ilustrując każdy etap bogatym materiałem klinicznym.

Numer zamyka artykuł Bernadetty Janusz, Pauliny Cofór-Pinkowskiej i Aleksandry Katarzyny Tomasiewicz „O »uderzeniu« samobójczej śmierci i przyjęciu tego w procesie terapii". Autorki opisują pracę terapeutyczną z rodziną po samobójczej śmierci dziecka, podkreślając rolę wstydu i poczucia winy. Tekst, zakorzeniony w teorii przywiązania i oparty na fragmentach sesji terapeutycznych, pokazuje, w jaki sposób proces terapeutyczny może stopniowo otwierać przestrzeń dla opracowania żałoby.

Mamy nadzieję, że lektura tych tekstów będzie doświadczeniem wzbogacającym rozumienie pracy terapeutycznej i skłaniającym do refleksji nad własną praktyką.

Magdalena Zielińska

PSYCHOTERAPIA 1 (216) 2026
STRONY: 5–17
DOI 10.12740/PT/225151

Recenzja

Bartłomiej Dobroczyński

CZY NA PEWNO WIADOMO, CZYM JEST TO, CO ZWIEMY PSYCHOTERAPIĄ?

Refleksje na marginesie książki Przemysława Bąbla „Wojna o psychoterapię. Między nauką, praktyką, biznesem i polityką”[1]

Książka Przemysława Bąbla (dalej PB) jest o tyle problematyczna jako punkt wyjścia do merytorycznej polemiki, że prezentuje ona w zasadzie koherentny zbiór powiązanych ze sobą poglądów, z którymi można się zgadzać bądź nie, ale trudno z nimi dyskutować inaczej, niż poprzez zaprezentowanie równie całościowej i przemyślanej kontrpropozycji – czego w tekście ograniczonym objętościowo przez standardy czasopisma nie sposób wręcz przeprowadzić. Taka alternatywna wizja musiałaby z oczywistych względów mieć porównywalne rozmiary. Jednak „Wojna o psychoterapię” stanowczo pobudza zarówno do refleksji, jak i do dyskusji, bowiem jej zawartość ma charakter swego rodzaju manifestu programowego, a więc takiego gatunku wypowiedzi, w którym zarówno krytyka oponentów, jak i własne propozycje zostają sformułowane nader wyrazistym językiem i przedstawione w wyostrzony, a niekiedy nawet przerysowany sposób. Autor najwyraźniej podąża tu śladami swoich mistrzów, arcybehawiorystów Johna B. Watsona i Burrhusa F. Skinnera, których strategie pisarskie można lapidarnie podsumować jako napędzane przez upodobanie do „wkładania kija w mrowisko”. Ma to jednak swoją dobrą stronę, bowiem dzięki temu książka PB może pełnić funkcję czegoś na kształt *target book*, a więc stanowić obszerny odpowiednik publikacji, którą w naukowych czasopismach określa się jako *target article*. Jak wiadomo, jest to główne i zwykle obszerne opracowanie teoretyczne lub przeglądowe, w którym omawia się ważne, a przy tym często kontrowersyjne tematy w danej dziedzinie, co następnie staje się przedmiotem otwartej dyskusji. Zamierzam zatem z takiej okazji do dyskusji skorzystać.

[1)] Tekst ten jest zmodyfikowaną, nieznacznie rozbudowaną i przystosowaną do standardów „Psychoterapii” recenzją książki Przemysława Bąbla, którą napisałem na potrzeby Wydawnictwa Naukowego PWN. Prezentowana tutaj wersja ma nieco inaczej rozłożone akcenty, jest uzupełniona o pewne dodatkowe refleksje oraz dostosowana do ostatecznej, opublikowanej postaci książki, jednak jej trzon pozostał zasadniczo niezmieniony. Zdecydowałem się na publikację tego tekstu przede wszystkim dlatego, że pokazuje, iż moje stanowisko wobec książki Bąbla jest bardziej zniuansowane, niżby mogło to wynikać z blurba zamieszczonego na jej okładce.

Na wstępie muszę wyznać, że nie mam doświadczenia w prowadzeniu terapii, więc moje refleksje na temat książki PB będę formułował przede wszystkim z pozycji kogoś, kto przez wiele lat wykładał ogólną metodologię nauk z elementami naukoznawstwa, co w tym kontekście jest sprawą zasadniczą. Główna bowiem oś sporu o psychoterapię dotyczy tego, które jej szkoły i kierunki mogą zostać uznane za naukowe (*evidence based*, jak to się dzisiaj mówi), a więc dopuszczone do publicznej działalności pod tą nazwą, a które nie, z wszystkimi tego praktycznymi konsekwencjami. Co oznacza, że nie tylko tłem, ale istotną częścią niezgody jest także coś najbardziej fundamentalnego, a mianowicie pytanie o to, co jest, a co nie jest nauką i kto o tym decyduje.

Swoje refleksje zacznę od kwestii pobocznej, jednak od razu rzucającej się w oczy i w pewnym sensie zagadkowej. Otóż książka PB, co jest raczej niespotykane w publikacjach o zasadniczo naukowym charakterze, składa się niejako z dwóch przeplatających się ciągów narracyjnych, z których pierwszy (i główny) ma charakter dyskursu naukowego, o czym za chwilę, prowadzonego na wysokim, choć przy tym przystępnym akademickim poziomie i dotyczy tytułowej wojny o psychoterapię, zaś drugi to zbiór esejów poświęconych obrazom Caravaggia – tekstów, co warto mocno podkreślić, bardzo osobistych, ale też objawiających sporą kompetencję autora w tej materii, w pewnym sensie niszowej (konkretny malarz z tzw. dawnych czasów) i odległej od jego podstawowej profesji. Można ten zabieg interpretować na różne sposoby (w książce nie znalazłem wyjaśnienia celu tego pomysłu) – mnie po lekturze przyszły na myśl trzy życzliwe wytłumaczenia tego nieco zaskakującego, artystyczno-naukowego paralelizmu.

Po pierwsze więc, z pewnością dowiadujemy się w ten sposób, że autor jest osobą wrażliwą na sztukę, i to bardzo, co od razu kłóci się z obiegowym stereotypem odnoszącym się do psychologów z kręgów obiektywnych, którym chętnie przypisywano od czasów Watsona i Skinnera epitety w rodzaju „inżynierów zachowania", mających obsesję na punkcie kontroli, a przy okazji cierpiących na całkowitą ślepotę w kwestii duchowych (i estetycznych) wymiarów człowieczeństwa. Być może jest to zatem swoiste ostrzeżenie, *caveat*: krytycy, z argumentu o „bezdusznym technokracie" nie możecie tutaj skorzystać. Po drugie, fakt, że argumenty z rozdziałów o Caravaggiu nie wpływają na żadne elementy pozostałych analiz i rozważań, może sugerować zajmowanie przez autora takiego mianowicie stanowiska: kiedy mówimy o sztuce, to o sztuce i estetyce, a kiedy o terapii, to o nauce i praktyce. Jako że istnieje sporo opinii, iż psychoterapia, o którą toczy się tytułowy bój, jest także sztuką, to ten zabieg ma oznajmiać ni mniej, ni więcej: znam się na sztuce (czego wymowną ilustracją są owe mini eseje) i zgodnie z moim rozumieniem jej istoty psychoterapia sztuką nie tylko nie jest, ale co więcej, być nią z natury rzeczy nie może (chyba że w sensie metaforycznym, jak w sformułowaniach „sztuka lekarska" czy „sztuka wojenna"). Zetknąłem się też ze stanowiskiem, że zabieg tego rodzaju nie ma żadnego racjonalnego wytłumaczenia, jest w istocie niezrozumiały i niekonieczny. Wydaje mi się ono jednak nieco przesadzone – i tu jest miejsce na interpretację trzecią. Fragmenty poświęcone włoskiemu geniuszowi można potraktować jako niezbędne chwile wytchnienia pomiędzy kolejnymi rozdziałami, których atmosfera jest doprawdy gęsta.

Dlaczego? Otóż dlatego, że cała reszta książki jest swego rodzaju krucjatą, której charakter można by określić – nawiązując do tytułu debiutanckiej powieści Michela Houellebecqa – jako nie tylko „poszerzenie", ale i „oczyszczenie pola walki". Celem nadrzędnym

prowadzonej konsekwentnie narracji jest bowiem precyzyjne – na ile to tylko możliwe – ustalenie, na czym polega istota psychoterapii, co autor wywodzi z określonego rozumienia tego, czym jest psychologia uprawiana w sposób naukowy, które z kolei jest wywiedzione z określonego rozumienia, „czym jest to, co zwiemy nauką" (co piszę, odwołując się z kolei do tytułu słynnej książki Alana F. Chalmersa). A więc na czym ona polega, jak się ją uprawia w sposób poprawny i jakie mamy mieć z tego korzyści. Te ostatnie są tu o tyle istotne, że rozważania pomieszczone w książce prowadzone są w kontekście aktualnego, a przy tym mocno zaognionego sporu o status zawodu psychoterapeuty, czyli o to, kto, kiedy i po spełnieniu jakich warunków może aspirować do tytułu uprawnionego przedstawiciela tej profesji. Spór, jako się rzekło, jest mocno zaogniony, co i tak jest eufemizmem, padło już bowiem w jego ramach dużo słów, być może nawet za dużo, zwłaszcza niepotrzebnych, wręcz szkodliwych. Książka PB jest więc w tym kontekście „oczyszczająca" dlatego, że z perspektywy jasno określonego stanowiska teoriopoznawczego pokazuje, które elementy powinny być w sporze o psychoterapię brane pod uwagę w pierwszej kolejności i dlaczego, a które muszą zejść na dalszy plan, bądź w ogóle zostać z tej dyskusji usunięte. Jest też „poszerzająca", ponieważ podejmuje wątki dotyczące finansów oraz interesów konkretnych grup wpływu, które w debatach tego rodzaju są zwykle niepodejmowane, albo uwzględniane w niewystarczającym stopniu, albo, co gorsza, starannie maskowane. Jeśli ktoś podziela zdanie, że psychologia naukowa uprawiana na uniwersytetach (wraz z praktyczną ekstensją w postaci CBT) jest jedynym możliwym sposobem realizowania jej zadań w teorii i w oddziaływaniach leczniczych, to znajdzie w rozumowaniach PB istotne wsparcie. Jeśli jednak wyznaje odmienny pogląd w tej materii, to może z autorem podyskutować i choć czeka go bardzo trudne zadanie, to jednak nie jest całkiem bezbronny.

Ze swojej strony odwołam się do znanego habermasowskiego podziału ludzkich interesów i realizujących je nauk na analityczno-empiryczne, historyczno-hermeneutyczne i krytyczne[2]. Dla psychologów podział ten uprościł i przystosował do ich potrzeb Thomas Teo[3], wyodrębniając w psychologii niejako trzy jej części, które nazwał SCIENTIA, CULTURA i CRITICA. Ujęta z tej perspektywy książka PB reprezentuje przede wszystkim stanowisko pierwsze, brak w niej, albo też w bardzo niewielkim stopniu poruszane są zagadnienia z zakresu dwóch pozostałych domen. Autor ma oczywiście do tego prawo, bowiem w takim wyborze nie ma nic nagannego, a co więcej, jest on po prostu jedną z możliwych opcji (we współczesnej praktyce akademickiej można go wręcz określić jako opcję domyślną). Jednak w mocno zaognionej debacie, z jaką mamy do czynienia, dobrze jest przynajmniej zachować świadomość, że CULTURA i CRITICA powinny mieć w niej również niepośledni udział. Pytanie, czy koniecznie w tej właśnie książce powinny one zostać uwzględnione, jest kwestią dyskusyjną, bowiem ma mieć ona przede wszystkim charakter przystępnego wprowadzenia wszystkich zainteresowanych – a więc także pacjentów – w zastane *status quo*, jej cele są zatem poniekąd doraźne, ale uważam, że w poważnej debacie o statusie psychoterapii (i psychologii jako nauki), zagadnienia, o których piszę niżej, powinny być z pewnością podejmowane w profesjonalnych gronach.

---

2) Habermas J. Knowledge and human interests. Boston: Beacon Press; 1971.

3) Teo T. Functions of knowledge in psychology. In: New Ideas in Psychology, 1999; 17: 1–15.

Zacznijmy zatem od tego, co w książce PB można poddać pod dyskusję pod hasłem CRITICA. Jako się rzekło, stanowisko autora – które ma w kręgach uniwersyteckich licznych zwolenników – jest niełatwe do podważenia, bowiem wychodzi ono od pewnego konkretnego punktu, a następnie podąża konsekwentnie poprzez kolejne etapy pośrednie, aż do konkluzji i finalnych zaleceń. Innymi słowy, PB analizuje to, co jest zapisane w prawie, w znaczących publikacjach akademickich i ustaleniach profesjonalistów, aby wyciągnąć z tego logiczne wnioski. Jeśli więc przyjmiemy te założenia, to oczywiście trudno nie zgodzić się z ustaleniami poczynionymi przez autora, nawet jeśli będą dla nas niewygodne. Jednak dział CRITICA odnosi się do bardziej podstawowych spraw i problemów, zawiera bowiem w sobie to, co można określić jako poziom metateoretyczny, czyli takie pole do prowadzenia analiz, w ramach którego pojawia się miejsce na zakwestionowanie obowiązujących ustaleń, opinii, praktyk etc.

Spróbujmy zatem na chwilę zatrzymać się i swobodnie podywagować na ten temat. Po pierwsze więc, PB wychodzi od założenia (oczywiście, powtórzmy to raz jeszcze, wspartego odpowiednimi dokumentami prawnymi, ustaleniami profesjonalistów i definicjami z uznanych publikacji naukowych, jednak pisanych z perspektywy określonego paradygmatu), że psychoterapia jest procedurą o ściśle medycznym (czy też leczniczym) charakterze i jako taka mieści się w szerszym modelu oddziaływań tego właśnie (i żadnego innego) rodzaju, co ma określone konsekwencje. Dotyczy zatem osób, które w pierwszej kolejności muszą zostać poddane diagnozie – podobnie jak to się dzieje w ramach tak zwanej medycyny somatycznej – bowiem nie sposób wyleczyć z choroby, która uprzednio nie została dokładnie określona. Kiedy już postawimy diagnozę, pozostaje nam wdrożyć przebadane empirycznie i mające określony poziom skuteczności narzędzia i praktyki, będące optymalnymi psychologicznymi środkami leczniczymi w odniesieniu do danej jednostki czy zaburzenia.

Takie stanowisko autora na najbardziej podstawowym poziomie przejawia się w języku. W książce regularnie powtarzają się określenia mówiące o psychoterapii opartej na dowodach naukowych (ang. *evidence-based treatment*, EBT), psychoterapii o naukowo potwierdzonej skuteczności (ang. *empirically supported treatment*, EST) oraz praktyce opartej na dowodach naukowych (ang. *evidence-based practice*, EBP), co oczywiście jest kalką z formuły EBM (ang. *evidence-based medicine*) – medycyny opartej na dowodach. Na nieco wyższym poziomie postawa ta wiąże się z określoną koncepcją nauki, która jest dość rygorystyczna, to znaczy stawia przed adeptami psychiatrii, psychologii i psychoterapii wymagania teoretyczne i praktyczne, dotyczące ukończenia określonych studiów i szkoleń oraz nabycia konkretnych umiejętności. W efekcie ci, którzy ich nie spełniają, lokują się poza tak zakreśloną sceną, co oznacza, że na przykład nie mogą wykonywać zawodu psychoterapeuty ani oferować usług terapeutycznych, ponieważ nie mają do tego prawa. Tak sprawa wygląda z pozycji „insidera". Jakie wątpliwości można by tu sformułować? Ano na przykład takie, które znamy z historii nauki, filozofii nauki i szeroko rozumianego naukoznawstwa.

Zacznijmy od poruszonych przed chwilą kwestii językowych, które szybko zaprowadzą nas na szersze wody. Zdaję sobie sprawę z faktu, że formuła „metody o udowodnionej naukowo skuteczności" – oraz wskazane wariacje na jej temat – jest w powszechnym użyciu, natomiast wydaje mi się ona co najmniej kontrowersyjna, i to z kilku powodów.

Po pierwsze, poza kolokwialnym i jurysdykcyjnym użyciem (*vide*: rozróżnienie na procesy dowodowe i poszlakowe), to – technicznie rzecz biorąc – dowody występują wyłącznie w naukach formalnych, takich jak matematyka czy logika. Coś, co jest udowodnione w ich domenie, jest uznawane za prawdziwe raz na zawsze, bez możliwości odwołania, jeśli dowód jest oczywiście poprawny, a leżące u jego podstaw aksjomaty nie uległy zmianie. Twierdzenie Pitagorasa, które w dziedzinie geometrii euklidesowej mówi, że w trójkącie prostokątnym suma kwadratów długości przyprostokątnych jest równa kwadratowi długości przeciwprostokątnej, jest udowodnione w sposób rozstrzygający i niedopuszczający żadnych sporów w tym względzie.

Pojawia się zatem nurtujące pytanie, czy także w naukach empirycznych można cokolwiek udowodnić, a zatem przesądzić raz na zawsze? Byłaby to niezwykle śmiała teza, biorąc pod uwagę choćby słowa Karla Raimunda Poppera, mówiące, że: „Gra naukowa w zasadzie nie kończy się. Ten, kto postanowiłby pewnego dnia, że twierdzenia naukowe nie wymagają dalszego sprawdzania i że można je uznać za ostatecznie zweryfikowane, wycofuje się z gry”[4]. PB oczywiście zgadza się, że należy uzyskane wnioski i stwierdzenia poddawać stale dalszej weryfikacji, co samo w sobie jest cenne i może skutkować doskonaleniem posiadanych narzędzi terapeutycznych, jednak nie wypowiada się szerzej na temat tego, czy nauki empiryczne mają charakter kumulatywny, jak chcieliby pozytywiści, czy też paradygmatyczny, jak postuluje socjologiczno-historyczna szkoła naukoznawstwa. Zaś w rozumieniu nauki, jako właśnie „opartej na dowodach”, wydaje się to kwestią najbardziej podstawową.

Kumulatywny model nauki traktuje jej rozwój jako kolejne uzupełnienia wcześniej zdobytej wiedzy, które zwiększają istniejące już rozeznania w sposób addytywny, to znaczy nie wymuszają żadnych przewrotów ani zmian o rewolucyjnym charakterze. Rozumienie nauki na sposób paradygmatyczny zakłada, przeciwnie, że poza stanami, kiedy jest ona uprawiana w tak zwanym trybie normalnym, istnieją (wiemy to z historii) sytuacje, kiedy wkracza w okres rewolucyjny. Następuje on w momencie, gdy mnożą się tak zwane anomalie, a więc zjawiska, procesy, obserwacje, które kłócą się z przewidywaniami i założeniami przyjętymi w ramach danego paradygmatu. Nie ma tu potrzeby wdawania się w obszerne rozważania na ten temat, bowiem każdy, kto świadomie uprawia naukę, wie o co chodzi, czytał dzieła Thomasa Kuhna (a może nawet i Ludwika Flecka). Ale jedno należy powiedzieć wyraźnie: jeśli nawet roboczo przyjmiemy pojęcie „dowodu naukowego”, to nie możemy zapominać, że zostaje on uzyskany w ramach procedur, wypracowanych i uznawanych w obrębie określonego nurtu, szkoły, tradycji naukowej, podejścia metodologicznego, a więc niejako wewnątrz obowiązującego i podzielanego przez innych badaczy i badaczki paradygmatu.

Autor milcząco przyjmuje, że możliwy jest obiektywizm, który przekracza te ograniczenia, a więc że istnieją niepodważalne fakty, które w naukach empirycznych stwierdzamy na mocy prowadzonych obserwacji, ujmowanych następnie za pomocą tzw. zdań protokolarnych (czy też po prostu: obserwacyjnych). Będą one podstawą w procedurach uzasadniających, mają więc status owych wielokrotnie przywoływanych dowodów. Zgodnie z tym stanowiskiem jestem w stanie za pomocą zmysłów (lub urządzeń pomiarowych)

4) Popper KR. Logika odkrycia naukowego. Warszawa: PWN; 1934/1977: 49.

uchwycić jakiś fragment rzeczywistości w sposób bezdyskusyjny oraz na tej podstawie orzec (nie przymierzając), że na przykład koń galopuje, kłusuje, porusza się stępa lub cwałuje. Jest to jednak tylko pozornie oczywiste. Od razu przypomina mi się anegdota z życia Alfreda Korzybskiego, słynnego polsko-amerykańskiego logika i filozofa, twórcy semantyki ogólnej, który podczas wykładu podnosił w górę dłoń z zaciśniętymi palcami i pytał studentów, co widzą, a kiedy odpowiadali, że pięść, to on wtedy prostował palce i pytał, co się z nią stało? Przykład ten w syntetyczny sposób poucza, że to, jak wyodrębniamy przedmioty oraz procesy i oddzielamy je od reszty rzeczywistości za pomocą języka, nie tylko nas poznawczo preformatuje, ale też i zwodzi, niekiedy w znacznym stopniu, bowiem możemy bezwiednie (i często niesłusznie) uznać za trwałe i niezmienne obiekty (pięść), które takimi w ogóle nie są.

Przychodzi mi jednak do głowy przykład jeszcze lepszy. Otóż pewien znany profesor fizyki lubiący udzielać się w mediach, pomstował w swoim czasie na humanistów, postmodernistów i innego rodzaju poznawczych nihilistów, którzy jego zdaniem są odpowiedzialni za fatalne preferencje polityczne Polaków oraz epidemię postprawdy. Perorował, że to właśnie z powodu ich wysoce nagannej działalności (owych postmodernistów) w świecie rozpowszechnił się wielce szkodliwy relatywizm poznawczy, w ramach którego uznaje się, że obojętnie, czy jakąś tezę wypowiada polityk, uczona czy influencerka, to można traktować ją jako jedną z możliwych narracji na jakiś temat, prywatną opinię równoważną innym wypowiedziom, a zatem niemającą żadnego uprzywilejowanego statusu. I rozeźlony profesor, żeby dać wyraz swemu oburzeniu, w ramach efektownego pouczenia zwrócił się do prowadzącego rozmowę w następujący sposób: „Czyż nie jest dla każdego rozsądnego człowieka oczywiste, że istnieją niepodważalne fakty? Przecież nie da się zaprzeczyć, że jeśli wezmę ten oto laptop – kontynuował – który przed nami stoi i przesunę go w stronę skraju biurka wystarczająco daleko, to on w pewnym momencie spadnie na podłogę i to jest obiektywny fakt, z którym nie da się polemizować, ani tym bardziej traktować go jako prywatną opinię, prawda?". Oglądając to, jako tak zwany zaprzedany humanista, szybko doszedłem do wniosku, że dość łatwo można zakwestionować to twierdzenie – kto mieczem wojuje, ten od miecza ginie – i utrzymywać, że laptop, nawet po przeprowadzeniu tej operacji w „realu", pod żadnym pozorem na podłogę nie upadnie. Otóż, ośmielam się stwierdzić, zostanie on ni mniej, ni więcej, tylko przyciągnięty przez ziemię siłami grawitacji. Newton chyba by się ze mną zgodził, nieprawdaż?

Po co to piszę? Ano po to, żeby, podobnie jak to zrobił przywołany przed chwilą Karl Raimund Popper, zakwestionować istnienie zdań obserwacyjnych i objawić gorliwą wiarę w zdania teoretyczne. Zarówno „pięść", jak i „kłus", „galop" czy „spadanie" to terminy teoretyczne, bowiem uchwytują one obiekty i relacje pomiędzy nimi nie w sposób obiektywny i jedyny możliwy, lecz dlatego, że mają na zapleczu określoną teorię, której ludzie są świadomi, bądź nie. Codzienni użytkownicy języka zwykle nie zdają sobie z tego sprawy i pasuje do nich słynna fraza, że to nie oni mówią językiem, tylko język mówi nimi, jednak w nauce świadomość tego, iż takie a nie inne obserwacje są w ogromnej mierze konsekwencją i wynikiem uznawanej teorii, jest moim zdaniem obowiązkowa, to swoisty *sine qua non*. Gdyby biurko profesora fizyki znajdowało się na orbicie okołoziemskiej, to laptop wysunięty poza nie „wisiałby" nadal obok niego i wtedy musiałoby się pojawić pytanie, co jest nie tak z rzeczywistością, że na ziemi on z niego „spada", a tutaj już nie.

Odpowiedź jest taka, że profesor w polemicznym ferworze nieco się „zagalopował" i użył niezbyt zaawansowanej teorii jako zaplecza swej obserwacji, bowiem ta, która głosi, że „między każdymi dwoma ciałami, w zależności od ich masy i odległości między nimi… etc. etc.", jest tutaj znacznie lepsza, niż potoczna mądrość mówiąca o spadaniu. Lepsza jest zaś przede wszystkim dlatego, że nie tylko radzi sobie dobrze na naszej matce ziemi i na orbicie wokół niej, ale też dodatkowo pozwala zrozumieć tę pozornie zaskakującą różnicę.

Powyższe refleksje prowadzą do kilku prostych pytań. Na przykład, czy istnieje jedna psychologia? Lub jeszcze lepiej, czy jest rzeczą pożądaną, aby jeden jej model dominował nad innymi i nie pozostało miejsca dla rozważań i analiz konkurencyjnych? Odpowiedź twierdząca na to pytanie miałaby sens wtedy i tylko wtedy, gdy rzeczywiście dałoby się wykazać w sposób niewątpliwy i „raz na zawsze", że dominujący model w najlepszy sposób opisuje i wyjaśnia istniejącą rzeczywistość. A w przypadku psychologii i psychoterapii sprawa nie jest aż tak bardzo oczywista. PB nie analizuje na przykład, jak się ma medykalizacja psychoterapii do polityki i kwestii ustrojowych, czyli, innymi słowy, na ile wiąże się ona z pewnym określonym rozumieniem jednostki jako jednoosobowego przedsiębiorstwa, które jest całkowicie odpowiedzialne za wszystkie, zarówno jasne, jak i ciemne strony swej egzystencji, łącznie ze swoim zdrowiem psychicznym, co oczywiście spycha na dalszy plan podnoszone w wielu kręgach pytanie o to, w jakim stopniu CBT jest narzędziem utrwalania systemu neoliberalnego kapitalizmu, z wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami społecznymi (np. niepodejmowaniem przez polityków koniecznych reform, które *ex opere operato* znacznie zmniejszyłyby poziom problemów psychicznych w populacji, o czym można wyczytać w pracach i badaniach z kręgów community psychology czy psicología de la liberación). Że jest to sprawa istotna w kontekście oceny stanu psychicznego – dajmy na to osób cierpiących na obniżenie nastroju, myśli samobójcze i przedłużającą się rozpacz – nie trzeba chyba przekonywać. Okazuje się bowiem, że kiedy takie osoby – zdiagnozowane jako cierpiące na „depresję" – otrzymają szansę na lepsze życie (zdobycie mieszkania, stałej pracy, poprawę sytuacji finansowej), to owa rzekoma „depresja" „samoistnie" ustępuje. Więc albo diagnoza była błędna, albo też nie tylko psychoterapia jest czynnikiem, który winien zostać wzięty pod uwagę w takich sytuacjach. Co zresztą piszę jako ktoś, kto pamięta czasy poprzedniego ustroju, kiedy to oficjalna nauka marksistowska kreowała w sposób udokumentowany i oparty na dowodach (*disclosure*: ironia) jednostki chorobowe w rodzaju „paranoi antyrewolucyjnej" czy „schizofrenii bezobjawowej", co pozwalało na wieloletnie przetrzymywanie ludzi niewygodnych reżimowi w szpitalach psychiatrycznych bez możliwości odwołania czy procesu. Dla kogoś żyjącego „wewnątrz" ustroju takiego, w jakim funkcjonujemy obecnie, tego typu pytania i wątpliwości mogą się wydać osobliwe, albo wręcz dziwaczne, jednak na głębokim poziomie analiz nie można ich pomijać[5]. Sugestię, że nauka uprawiana w tak zwanych wolnych krajach Zachodu nie podlega takiej presji i zniekształceniom jak w reżimach autorytarnych, litościwie pominę milczeniem.

[5] Polecam w tej kwestii lekturę „I powraca wiatr" Władimira Bukowskiego (Znak, 1999) oraz „Psychiatria radziecka jako instrument walki z opozycją polityczną w latach 1918–1984" Bartłomieja Brążkiewicza (Toruń, Łysomice: Europejskie Centrum Edukacyjne, 2004).

Kolejną dyskusyjną kwestią jest jeden z najważniejszych dogmatów podejścia poznawczego (podobnie zresztą jak medycznego), który głosi, że czynnikiem ostatecznie decydującym o tym, czy zaakceptujemy jakiś pogląd, czy go odrzucimy, są badania empiryczne, a ściślej – eksperymentalne. Co znowu prowadzi do pytania, czy istnieje jakaś uprzednia wiedza objawiona, która mówi nam, że wszystkie ważne prawidłowości w funkcjonowaniu psychologicznym człowieka są testowalne za pomocą procedur tego typu? PB „prześlizguje się" nad kwestią kryzysu replikacyjnego w psychologii, ale być może niekoniecznie jest on „wyleczalny" za pomocą coraz lepszych procedur eksperymentalnych lub statystycznych, a nawet metaanaliz, lecz wynika – co mi tam, raz kozie śmierć – z nie najlepszej teorii i metateorii przyjmowanych przez badaczy i to mankamenty tego wyboru są tutaj decydujące? Co więcej, gdyby objawić zgłaszającemu się po pomoc do psychoterapeutki, że posługuje się ona metodami wywiedzionymi z badań naukowych, które replikują się zaledwie w 36% (podaję za PB), to nie wiem, czy zostałoby to przyjęte ze zrozumieniem. Sam byłem leczony na chorobę somatyczną metodą o nieco wyższej domniemanej skuteczności (ok. 40%) i zamiast wyzdrowienia, moje funkcjonowanie tylko się pogorszyło, zaś trwałe konsekwencje tego leczenia pozostały ze mną do dzisiaj, niemal dwie dekady później. Dlaczego więc poddano mnie takiemu leczeniu? Bo było ono wtedy opatrzone etykietą EBM, uważano je więc za optymalne. I żeby było jasne, nie zamierzam kwestionować modelu medycznego w medycynie, bowiem kilkanaście lat później inne leki z tejże choroby skutecznie mnie wyprowadziły. Co więcej, zdaję sobie sprawę, że istnieją choroby, z których żadne istniejące procedury wyleczyć nie są w stanie. W psychologii panuje jednak sytuacja odmienna, bowiem poza tak uwielbianymi przez zwolenników nauk przyrodniczych „zależnościami pomiędzy obserwowalnymi zjawiskami fizycznymi", mamy dodatkowo do czynienia z całą sferą intencji, sensów i znaczeń, która w przyrodzie poza człowiekiem nie występuje. Wiemy to od czasów Wilhelma Diltheya[6] i jego antynaturalistycznej rewolty na początku XX wieku.

Oczywiście to są tylko szkicowe refleksje, które wymagają doprecyzowania, rozwinięcia i lepszego udokumentowania, ale na sam koniec tej sekcji przytoczę przykład pokazujący, że w nauce sprawy mogą się zmieniać w sposób zgoła nieoczekiwany. Kiedy dawno temu uczono mnie dziejów psychologii, to obowiązująca interpretacja doktryny paralelizmu psychofizycznego głosiła, że rodzi on dwie fatalne konsekwencje, z których jedną jest epifenomenalizm, a drugą panpsychizm. Jak wiadomo, panpsychistą był Gustav Theodor Fechner, który miał liczne zasługi dla psychologii, ale akurat ten właśnie jego pogląd nie wliczał się w ich poczet. Więcej, do jeszcze bardzo niedawna objawienie się z takim myśleniem powodowałoby u wykształconych interlokutorów co najwyżej wzruszenie ramion, jeśli nie wręcz szyderczy półuśmiech. Tak może rzeczywistość postrzegać i interpretować Irokez, Aborygen bądź jakiś inny animista, nadal tkwiący w szponach przebrzmiałego światopoglądu, lecz oświeconemu człowiekowi, a tym bardziej uczonemu z pewnością to

[6] Wilhelm Dilthey już w 1910 roku pisał: „dźwięki, jakie składają się na utwór muzyczny, płótno, na którym się coś namalowało, sala sądowa, gdzie się wydaje wyroki mają z przyrody jedynie swoje tworzywo. Natomiast każda operacja nauk humanistycznych przeprowadzona na takich zewnętrznych formach, ma do czynienia jedynie z sensem i znaczeniem, jakie uzyskały one dzięki działaniu ducha, służy rozumieniu, które to znaczenie, ten sens w nich ujmuje". Tenże: „Budowa świata historycznego w naukach humanistycznych", tłum. E. Paczkowska-Łagowska, wyd. słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2004, s. 223–224.

nie przystoi, brzmiałaby zapewne jadowita riposta. Jednak w 2019 roku ukazała się książka Philipa Goffa „Błąd Galileusza. Fundamenty nowej nauki o świadomości", o której na stronie polskiego wydawcy (PWN) widnieje blurb następującej treści: „Jeden z wiodących filozofów umysłu jasno, lecz prowokująco argumentuje na rzecz całkowicie nowej teorii świadomości: panpsychizmu"[7]. I nie chodzi mi w tym momencie o to, czy Goff ma rację czy nie, ale o to, że poglądy, które wydawały się w pewnym momencie odrzucone „raz na zawsze", mogą powrócić do debaty i być znowu brane pod uwagę.

Wątek ten zresztą otwiera następny ważny i jakże newralgiczny obszar do dyskusji. Do CRITICA bowiem, której nie porzucamy, dochodzi teraz CULTURA, co prowadzi nas do kwestii psychoanalizy i jej zazwyczaj pośledniej pozycji w kręgach psychologii uprawianej w akademii. W znaczących ośrodkach uniwersyteckich kształcących przyszłych adeptów i adeptki zawodu nie natkniemy się na zbyt wiele kursów poświęconych klasycznej psychoanalizie, jej nieobecność jest wręcz powszechnym standardem (nie wspominając nawet, że tym bardziej nie znajdziemy tam kursów poświęconych Jungowi, Lacanowi, Klein, Bionowi, Winnicottowi etc.). Można odnieść wrażenie, że wkład różnych odmian psychoanalizy do dorobku współczesnej psychologii jest starannie „wygumkowywany" w procesie edukacyjnym. W kręgach CBT rzadko wspomina się o tym, że jeden z jej współtwórców Aaron T. Beck był – nie tylko zresztą w punkcie wyjścia – o wiele bliższy freudowskiemu podejściu, niż to się powszechnie przyjmuje[8] (jego mentorem był przedstawiciel tzw. psychologii ego David Rapaport) i że wbrew standardowej narracji na ten temat nigdy nie odciął się radykalnie od psychoanalizy, ale raczej w ciągu kolejnych lat „starał się pogodzić znajome mu myślenie psychodynamiczne z wymaganiami nauki oraz zmagał się z przeformułowaniem teorii i pomysłów Freuda"[9].

Książka PB nie odbiega od tej praktyki, choć muszę wyraźnie podkreślić, że w ostatecznej wersji autor zrezygnował z najbardziej obciążonych emocjonalnie zarzutów wobec Freuda, jego koncepcji i jej kontynuatorów, które wytknąłem mu w recenzji wydawniczej. W tej pierwotnej wersji spośród sporej gromady demaskatorów psychoanalizy PB wybrał sobie na głównego przewodnika akurat profesora literatury angielskiej, bowiem taką profesją szczyci się Frederick Crews, którego książka[10] jest świadectwem obsesji na punkcie Freuda i, moim skromnym zdaniem, fatalnym źródłem do jego dyskredytacji. Nie pisałbym o tym teraz, gdyby nie to, że jednak Crews pojawia się nadal, w ramce, jako autor jednej z pozycji polecanych dla zainteresowanych kwestią naukowej wartości psychoanalizy. Znany intelektualista amerykański Louis Menand w prześmiewczym jej omówieniu zauważa, że stanowi ona tak radykalne wbijanie kołka w serce „wampira" Freuda, że

7) Księgarnia PWN [cyt. 03.05.2026]. Dostęp: https://ksiegarnia.pwn.pl/Blad-Galileusza,931157234,p.html

8) Rosner RI, Aaron T. Beck's drawings and the psychoanalytic origin story of cognitive therapy. In: Hist. Psychol. 2012; 15(1): 1–18.

9) Romanowska M, Dobroczyński B. (2021). Pojęcie nieświadomości we wczesnej terapii poznawczej Aarona T. Becka. W: Psychoterapia 2(197), s. 75. DOI: https://doi.org/10.12740/PT/139086
Pisaliśmy też o tym w artykułach: Romanowska M, Dobroczyński B. Unconscious processes in Aaron Beck's cognitive theory: Reconstruction and discussion. In: Theory & Psychology 2020; 30(2): 223–242 oraz Procesy nieświadome we współczesnej terapii poznawczej Aarona T. Becka. W: Psychoterapia, 3(198), 5–15 DOI: https://doi.org/10.12740/PT/142223

10) Crews F, Freud: The Making of an Illusion. New York 2017.

powinna być sprzedawana wraz z czosnkiem[11]. Ze szczególną gorliwością Crews wytyka w niej kwestie obyczajowe: rzekomy autoerotyzm Freuda, domniemany związek z Minną Bernays – siostrą jego żony Marthy – kokainizm oraz biseksualność. W tym kontekście trudno się powstrzymać przed przytoczeniem obszernego fragmentu otwarcie ironicznego wywodu Menanda, który, podsumowując syntetycznie najważniejsze zarzuty wysunięte przez nieprzejednanego krytyka, dokonuje równocześnie ich symbolicznego rozbrojenia:

> Przyjmijmy nawet, że Freud używał kokainy jako środka przeciwlękowego i afrodyzjaku. Że miał oko do seksownych kobiet. Że się masturbował, nagabywał prostytutkę, dzielił się ze swoją dziewczyną męskimi fantazjami oraz podkochiwał w męskich przyjaciołach. Kogo to obchodzi? Przecież ludzie robią takie rzeczy. A nawet jeśli Freud uprawiał seks z Minną Bernays – to co z tego? Standardowa hipoteza rewizjonistyczna głosi, że do seksu dochodziło podczas podróży, które oboje odbywali wspólnie, bez udziału Marty, a których, jak zaznacza Crews, było zaskakująco dużo. Ale Crews snuje również wyobrażenia na temat topografii pomieszczeń w rodzinnym domu w Wiedniu. Zauważa, że sypialnia Minny znajdowała się w jego odosobnionej części, mając na myśli, iż „będący nocnym markiem Sigmund mógł tam bezkarnie zachodzić przed świtem". Czy mógł? Przypuszczalnie tak. Czy powinien? Prawdopodobnie nie. Czy rzeczywiście to robił? Nie wie nikt. Więc po co fantazjować o tym? Freudysta mógłby podejrzewać, że coś tu jest na rzeczy[12].

Takie zarzuty, podobnie jak wiele innych, są chwytliwe, ale niestety obosieczne i nie stanowią wzorca krytyki naukowej. Bowiem niemal wszystko, co Crews napisał o Freudzie, można by zastosować do badacza, który jest przedstawiony w „Wojnie o psychoterapię" jako niemal wzorzec tego, jak psycholog powinien działać, a mianowicie do twórcy behawioryzmu Johna B. Watsona. Zupełnie przecież nietrudno wskazać na jego wątpliwy charakter, błędne poglądy w różnych sprawach czy nieetyczne zachowania o nawet większym być może niż u Freuda ciężarze gatunkowym. Nie trzeba wielkiej znajomości jego biografii prywatnej i naukowej, żeby sformułować w stosunku do Watsona następującą diagnozę: był to stanowczo podejrzany osobnik, który już w młodości popadł w konflikt z prawem, bardzo wątpliwy jako wzór do naśladowania, zarówno w kontekście życia prywatnego, jak i nauki. Jego poglądy na różne aspekty funkcjonowania człowieka, na przykład rolę mózgu w zachowaniu, zakwestionowano za pomocą „procedur opartych na dowodach" już dwa lata po ogłoszeniu manifestu behawiorystycznego. Został wydalony z uczelni za romans ze swoją studentką Rosalie Rayner, z którą wcześniej, kierowany bezwzględną ambicją, przeprowadził eksperyment z „Małym Albertem", wątpliwy etycznie ze względu na krzywdę wyrządzoną małoletniemu chłopcu i brak dalszych działań naprawczych. Poza wszystkim miał specyficzne poglądy na wychowanie dzieci, bowiem zachęcał rodziców, aby nie okazywali im zbyt wiele uczuć, co miało sprzyjać wytwarzaniu u nich większej samodzielności

[11] Menand L. Why Freud Survives [cyt. 03.05.2026]. In: The New Yorker, August 28, 2017, Issue. Dostęp: https://www.newyorker.com/magazine/2017/08/28/why-freud-survives

[12] Tamże.

i niezależności. Jego syn William w 1954 roku popełnił zresztą samobójstwo, być może z powodu stosowanych przez ojca metod wychowawczych. Po opuszczeniu Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa, Watson zdobył posadę w agencji reklamowej J. Waltera Thompsona, co wiązało się ze stosowaniem manipulacyjnych i oszukańczych taktyk, w których wykorzystywał swoją wiedzę o zachowaniach dla zysku, dzięki czemu dopracował się w niej stanowiska wiceprezesa, uzyskując status milionera. Przed śmiercią spalił wszystkie swoje dokumenty, przypuszczalnie po to, aby ukryć zapożyczenia i kompromitujące aspekty życiorysu. Czy łatwo odrzucić te zarzuty i oskarżenia? Nie bardzo, choć są sformułowane nader tendencyjnie i w przerysowany sposób. Czy bowiem właśnie na tym miałoby polegać znaczenie Watsona dla psychologii? Oczywiście nie, podobnie jak znaczenie Freuda nie polega przede wszystkim na jego błędach. Jak to bowiem ujął twórca historii idei Arthur O. Lovejoy w swoim kanonicznym dla niej dziele: „większość systemów filozoficznych oryginalność lub szczególność zawdzięcza raczej swemu schematowi niż swoim składnikom”[13].

A właśnie to schemat psychoanalizy zachowuje w wielu aspektach swoją wartość, a nie niektóre nietrafione pomysły Freuda. Jednak kiedy PB wypowiada się o psychoanalizie, to nie sposób się oprzeć wrażeniu, że traktuje ją protekcjonalnie i z upodobaniem z niej sobie dworuje (mieszcząc się zresztą doskonale w tradycji pewnego nurtu polskiej psychologii, bowiem obszerne i ośmieszające freudyzm wypowiedzi, nie stroniące od szyderstwa i drwiny, znaleźć można w podręczniku psychologii Władysława Witwickiego, powstałym przecież przed II wojną światową)[14]. Skądinąd podobnie prześmiewczy i protekcjonalny sposób ma także w psychologii światowej utrwaloną tradycję, której chyba najbardziej znanym reprezentantem był Hans Eysenck, wytaczający przeciw Freudowi najcięższą artylerię, nie stroniąc przy tym od szyderstwa i sarkazmu. Jeśli jednak weźmiemy bardziej zniuansowane opracowania na temat psychoanalizy, wiarygodne i poparte ogromną literaturą odwołującą się do „nauki opartej na dowodach”, to przedstawiają one dziedzictwo Freuda w sposób o wiele bardziej stonowany i dla ojca psychoanalizy korzystny. Zacznę od tekstu, który moim zdaniem każdy krytyk psychoanalizy powinien przeczytać dwukrotnie, zanim się o niej wypowie, a mianowicie od liczącego niemal 40 stron artykułu Drew Westena z 1998 roku (sądzę zresztą, że większość krytyków psychoanalizy nie czytała go ani razu)[15]. Jest to artykuł zamieszczony w szanowanym czasopiśmie, zaś już na samym wstępie możemy się upewnić, że bardzo wielu „wrogów Freuda” przyczyniło się do takiego a nie innego jego ostatecznego kształtu, bowiem autor składa w przypisie podziękowania całej plejadzie wybitnych badaczy, niekoniecznie sympatyków psychoanalizy, takich jak choćby Daryl Bem, Seymour Epstein, Kurt Fischer, David Funder, Glen Gabbard, John Kihlstrom, Stephen Kosslyn, Dan McAdams, Jonathan Shedler, Robert Sternberg czy Joel Weinberger.

PB w opublikowanej wersji książki przywołuje już ten tekst, ale przede wszystkim po to, by pokazać różnicę pomiędzy klasyczną psychoanalizą a podejściem psychodynamicznym, z której wynika, że ta druga jest w pewnych granicach akceptowalna i zasługuje na miano

---

13) Lovejoy AO. Wielki łańcuch bytu. Studium historii pewnej idei, tł. Artur Przybysławski. Gdańsk: słowo/obraz terytoria; 2009; s. 9.

14) Rzepa T, Dobroczyński B. Historia polskiej myśli psychologicznej. Warszawa: PWN; 2019, zwłaszcza s. 287–289.

15) Westen D. The Scientific Legacy of Sigmund Freud. Toward a Psychodynamically Informed Psychological Science. In: Psychological Bulletin 1998: 124(3); 333–371.

EBP, podczas gdy pierwsza z pewnością nie. Trudno się z tym nie zgodzić, podobnie jak trudno sobie wyobrazić, że jest jeszcze ktokolwiek, kto taką klasyczną wersję z kozetką traktuje na poważnie, a co więcej, że stosuje ją w celach terapeutycznych w praktyce. Jeśli tak jest, co PB wytyka w książce, to ciężko to wręcz skomentować. Z tekstu Westena warto jednak przytoczyć fragment podsumowania, bowiem ono syntetycznie chwyta esencję tej bogato udokumentowanej publikacji, w której najważniejszym lejtmotywem jest pokazanie, że:

> Freud wysunął kilka fundamentalnych propozycji, unikalnych dla psychoanalizy i niegdyś bardzo kontrowersyjnych, które przetrwały próbę czasu, wiele zaś z zarówno ukrytych (*implicit*), jak i wyraźnie sformułowanych (*explict*) założeń, znajdujących się dziś w samym sercu zainicjowanej przez niego szkoły, ma znacznie silniejszą podstawę empiryczną niż to dotychczas powszechnie przypuszczano. Jest to prawdopodobnie najlepsze, na co jakikolwiek myśliciel może liczyć w ramach tak szybko rozwijającej się dyscypliny, jak nasza, sześćdziesiąt lat po swojej śmierci[16].

Ale żeby być uczciwym i dokonać swego rodzaju „ostatecznej" konkluzji w tej materii, odwołam się do książki, która ukazała się parę lat temu (jest więc znacznie bardziej „na czasie" niż artykuł Westena) i obejmuje niemal wszystko, co współczesna psychologia wie o nieświadomości, co więcej zaś, wiedza ta została zreferowana zarówno w kontekście akademickim, a więc badań eksperymentalnych i teorii, także z zakresu neuronauki, jak i klinicznym, wraz z licznymi sugestiami i zaleceniami dla psychoterapeutów[17]. Żeby nie stosować erystycznych zabiegów, które są kuszące w takich razach, kiedy broni się kogoś, kogo bardzo lubimy i cenimy, to – podobnie jak PB, który zastosował identyczną procedurę w swojej książce – zapytałem w kilku rzutach ChatGPT[18], jaką opinię o Freudzie prezentują autorzy publikacji. A oto, czego się dowiedziałem w rezultacie (dla wygody i zachowania pełnej jasności w czytaniu, cały tekst wyróżniłem kursywą, zachowując zaproponowane przez AI pogrubienia):

*Weinberger i Stoycheva zajmują **złożone, wyważone stanowisko** wobec Freuda.*

1. ***Ogromny wkład Freuda:** Autorzy piszą wprost, że Freud „zmienił bieg myśli Zachodu" przez wyniesienie nieświadomości na plan pierwszy; jego topograficzny i strukturalny model są przedstawione rzetelnie, ze wskazaniem ich logiki i motywów korekt, których sam Freud dokonywał.*
2. ***Psychoanaliza jako jedyna przez dekady „instytucja nieświadomości" – ale…** Psychoanaliza konsekwentnie trzymała nieświadomość „w centrum", lecz rzadko dostarczała adekwatnych **danych empirycznych**. Ten brak dialogu z psychologią akademicką autorzy uznają za poważną słabość (z odnotowaniem krytyk Kihlstroma i sporów o naukowość).*

16) Tamże, s. 362. Specjalnie zaś chciałbym zwrócić uwagę na fragment poświęcony odpowiedzi na pytanie, dlaczego jednak wiele twierdzeń freudowskich nie wytrzymało próby czasu: „Wielcy teoretycy, tacy jak Freud, Piaget i Skinner, są rutynowo największymi propagatorami fałszu w branży. Odzwierciedla to prostą matematykę: im więcej twierdzeń (i im śmielsze są te hipotezy), tym większe prawdopodobieństwo, że wiele z nich okaże się błędnych".

17) Weinberger J, Stoycheva V. The Unconscious: Theory, research, and clinical implications. New York: The Guilford Press; 2020.

18) Dziękuję doktorowi Dariuszowi Grabowskiemu za nieocenioną pomoc w tym przedsięwzięciu.

3. ***Krytyka metodologiczna.*** *Psychoanaliza – mimo historycznej roli – pozostała odcięta od badań empirycznych. Autorzy wskazują, że jej modele (topograficzny, strukturalny, relacyjny) są interesujące, ale zbyt spekulatywne i słabo falsyfikowalne.*
4. ***Kiedy psychoanaliza „spotyka dane":*** *Weinberger i Stoycheva pokazują programy inspirowane psychoanalizą (np.* ***subliminal psychodynamic activation*** *L. Silvermana), które dawały powtarzalne efekty zgodne z psychoanalitycznymi hipotezami (agresja, depresja, fantazje zlania/„oneness"). Podobnie eksperymenty nad nieświadomą* ***motywacją*** *potwierdzają, że niektóre idee Freuda mają empiryczne odpowiedniki – jeśli przetłumaczy się je na współczesny język poznawczy.*
5. *Takie wyniki dowodzą, że* ***część*** *twierdzeń psychoanalizy może być testowana i bywa* ***potwierdzana****, jeśli jest dobrze zoperacjonalizowana.*
6. ***Relacyjne i postfreudowskie korekty:*** *Autorzy omawiają nowoczesne, relacyjne ujęcia nieświadomości jako* ***współkonstruowanej*** *w relacji terapeutycznej; większy nacisk kładzie się tu na* ***dysocjację*** *niż klasyczną „represję", na płynność granicy świadome–nieświadome i na to, że „przeniesienie" w klasycznym sensie nie jest dobrym opisem zjawisk w terapii. To ukazuje* ***wewnętrzną ewolucję*** *psychoanalizy.*
7. ***Standard wyjaśniania:*** *W duchu naukowym autorzy podkreślają, że* ***wartość*** *konstruktów (w tym freudowskich) wynika z* ***mocy wyjaśniającej i predykcyjnej****; jeśli konstrukty temu nie sprostają, trzeba je odrzucić lub zmodyfikować.*

Podsumowując ich stanowisko: *Freud miał rację, że* ***nieświadomość*** *jest centralna – i za to należy mu się miejsce w kanonie. Ale* ***język****,* ***mechanizmy*** *i* ***metody*** *psychoanalizy muszą zostać zaktualizowane w świetle współczesnych danych o automatyzmach, pamięci niejawnej, uczeniu utajonym, prymowaniu afektywnym i architekturze poznawczej. Wiele intuicji psychoanalizy da się obronić, o ile przełoży się je na operacyjne hipotezy, przetestuje i osadzi w nowoczesnych modelach mózgu/umysłu"* (koniec AI).

Czas na konkluzję. Friedrich Nietzsche narzekał w swoim czasie na rzekomo powszechną wśród ludzi skłonność do zapoznawania się raczej z dziełami, których autorzy wygłaszają tezy zgodne z przekonaniami czytelnika, kąśliwie zauważając, iż z rozwojowego i poznawczego punktu widzenia jest to praktyka jałowa. Naprawdę wartościowe i przynoszące intelektualne benefity miałoby być według niego dopiero czytanie tekstów zawierających dobrze uzasadnione treści, z którymi całkowicie się nie zgadzamy. Jeśli zatem zalecenie niemieckiego filozofa potraktować poważnie, to dla wszystkich tych, którzy z poglądami PB nie będą chcieli czy też mogli się zgodzić (będzie ich zapewne spora gromada), jego książka jest w pewnym sensie lekturą obowiązkową. Z pewnością umożliwi im ona sformułowanie kontrargumentów i jeszcze lepsze uzasadnienie swojego odmiennego stanowiska. Do czego zresztą gorąco zachęcam. Z kolei ci, którym tezy tej książki będą bliskie, znajdą w niej wartościowe wsparcie. Jest ona bowiem bogato udokumentowana, autor dla wzmocnienia swojej argumentacji przywołuje różnego rodzaju źródła – prawne, naukowe, statystyczne – dbając, aby miały one zawsze charakter *state of the art* i były aktualne. Poza wszystkim uważam też, że książkę tę powinni przeczytać wszyscy psycholodzy i psycholożki, którym na sercu leży dobro ludzi zwracających się do nich po pomoc, bowiem z pewnością pomoże im ona w zaawansowanej refleksji nad własnym rozumieniem swojej profesji.

PTPPd

XI Konferencja Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej

PSYCHOTERAPIA PSYCHODYNAMICZNA:

TOŻSAMOŚĆ METODA SKUTECZNOŚĆ

5-6 WRZEŚNIA 2026
KRAKÓW

REJESTRACJA:
konferencja.ptppd.pl

GOLDEN TULIP

HOTEL METROPOLO KRAKOW
BY GOLDEN TULIP

UL. ORZECHOWA 11 KRAKÓW

Krakowskie Centrum Psychodynamiczne

Polskie Towarzystwo TFP

PSYCHOTERAPIA
kwartalnik
Sekcji Naukowej Psychoterapii
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

PSYCHOTERAPIA 1 (216) 2026
STRONY: 19–30
DOI: 10.12740/PT/215650

Agnieszka Gawęda[1]

PRACA POD PRESJĄ. PSYCHOTERAPIA PSYCHODYNAMICZNA OSOBOWOŚCI SCHIZOIDALNEJ

Working under pressure. Psychodynamic psychotherapy of schizoid Personality

[1]Gabinet Psychoterapii Agnieszka Gawęda, Katowice

psychodynamic psychotherapy
schizoid personality
neurodiversity

Streszczenie

Artykuł dotyczy pacjentów, u których w początkowej fazie terapii rozważano rozpoznanie osobowości narcystycznej, natomiast w toku procesu terapeutycznego stopniowo wyłaniał się obraz osobowości schizoidalnej współwystępującej z cechami neuroróżnorodności (ADHD, spektrum autyzmu).
Przedstawiam fragmenty procesów psychoterapeutycznych prowadzonych w nurcie psychodynamicznym z nastolatkami i młodymi dorosłymi. Ich wspólnym mianownikiem jest doświadczanie silnego, często obezwładniającego odczucia presji – zarówno po stronie pacjentów, jak i terapeuty. Punktem wyjścia dla rozumienia opisywanej problematyki jest poszukiwanie źródeł tej presji, czyli analiza konfiguracji mechanizmów obronnych oraz zjawisk przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych w powiązaniu z cechami neuroróżnorodności.
W opisie opieram się na doświadczeniach z prowadzonych przeze mnie terapii nastolatków i młodych dorosłych. Przy definiowaniu pojęć korzystam z psychoanalitycznych i psychodynamicznych ujęć osobowości schizoidalnej (McWilliams, Kernberg, Johnson), koncepcji obron autystycznych (Tustin), opisu obiektów dla self jako psychologicznego podłoża cech ADHD (Mollon) oraz pojęcia pozycji schizoparanoidalnej (Klein).
Celem artykułu jest pokazanie, w jaki sposób neuroróżnorodność współtworzy określone konfiguracje mechanizmów obronnych i może sprzyjać kształtowaniu się obrazu osobowości schizoidalnej, a także jakie konsekwencje ma to dla przebiegu terapii pod presją.

Summary

The article concerns patients in whom, at the initial stage of therapy, a diagnosis of narcissistic personality was considered, whereas during the course of the therapeutic process, a picture of schizoid personality co-occurring with neurodiversity traits (ADHD, autism spectrum) gradually emerged.
I present fragments of psychotherapeutic processes conducted in a psychodynamic approach with adolescents and young adults. Their common denominator is the experience of strong, often overwhelming feelings of pressure – both on the part of the patients and the therapist. The starting point for understanding the described issues is the search for the sources of this pressure, that is, the analysis

of the configuration of defense mechanisms and transference-countertransference phenomena in connection with neurodiversity traits.
In the description, I rely on experiences from therapies I have conducted with adolescents and young adults. In defining the concepts, I use psychoanalytic and psychodynamic approaches to schizoid personality (McWilliams, Kernberg, Johnson), Tustin's concept of autistic defences, Mollon's notion of self-objects as the psychological substrate of ADHD traits, and Klein's concept of the schizoparanoid position. The aim of the article is to demonstrate how neurodiversity co-constructs specific configurations of defense mechanisms and may facilitate the development of a schizoid personality configuration, and what implications this has for the course of psychotherapy under pressure.

Wprowadzenie

Nancy McWilliams, w przeciwieństwie do Ottona Kernberga, który umieszcza osobowość schizoidalną na niższych poziomach organizacji borderline, akcentuje duże zróżnicowanie poziomu funkcjonowania tej organizacji osobowości. Jej zdaniem kontinuum schizoidalne rozciąga się od pacjentów hospitalizowanych w stanach katatonii, poprzez osoby z poważnymi deficytami w zakresie integracji Ja, aż po jednostki funkcjonujące powyżej przeciętnej, często genialnie twórcze [1]. Tym, co pozostaje wspólne, jest szczególny rodzaj podatności na przestymulowanie emocjonalne i poznawcze oraz charakterystyczne wycofanie w świat fantazji jako podstawowy mechanizm obronny.

McWilliams zwraca uwagę, że psychoanalityczne pojęcie osobowości schizoidalnej ma wiele wspólnego z jungowską koncepcją introwertyzmu – zwłaszcza typem INFJ w ujęciu MBTI – oraz że wysoko funkcjonującą wersję tego wzorca można rozumieć jako mieszczącą się na „zdrowszym końcu" spektrum autystycznego [1]. Oznacza to, że pewne cechy, które z perspektywy psychiatrycznej mogłyby być rozważane jako łagodniejsze formy zaburzeń ze spektrum autyzmu, w ujęciu psychoanalitycznym opisuje się jako składniki struktury schizoidalnej.

Otto Kernberg i współpracownicy charakteryzują osobowość schizoidalną jako mieszczącą się w szerokim przedziale – od umiarkowanie skonsolidowanego poczucia tożsamości aż po poważne niepowodzenia w tym zakresie. Obraz kliniczny obejmuje 1) płaski afekt, 2) brak jawnego wyrażania złości, 3) ruminacyjny, skierowany do wewnątrz styl poznawczy, 4) powściągliwy, zdystansowany, czasem chłodny styl interpersonalny oraz 5) skłonność do izolowania się, apatii i anhedonii. Główny konflikt dotyczy pragnienia bliskości i jednoczesnego lęku przed pochłonięciem, co skutkuje obronnym wycofaniem. Dominujące relacje z obiektem to relacje między emocjonalnie zdystansowanym, wielkościowym self a intruzywnym, omnipotentnym innym [2].

Stephen M. Johnson opisuje osoby o strukturze schizoidalnej jako mające fundamentalne poczucie braku prawa do istnienia lub jako niebezpieczne dla innych. Podkreśla obecność chronicznego, często nieuświadomionego lęku i przerażenia, nieuświadomionej wściekłości, skłonność do unikania zaangażowania i wycofywania się w momentach zbliżenia, a także do nasilonej autoagresji i trudności w trosce o siebie. Zwraca uwagę na problemy w rozpoznawaniu uczuć i rozdzielaniu myślenia od przeżywania, a także na tendencję do rozszczepiania doświadczenia [3].

Z przytoczonych opisów wyłania się obraz jednostki hiperwrażliwej, podatnej na przestymulowanie, z jednej strony intensywnie potrzebującej relacji do regulacji emocji,

z drugiej – wycofującej się w świat fantazji, ruminacji i konstrukcji wewnętrznych. Taka osoba odcina się od przestymulowujących ją doznań ze świata zewnętrznego, a realność przeżywa jako zagrażającą ze względu na potencjalną agresję i inwazyjność – zarówno własną, jak i cudzą. Często nadużywa obron narcystycznych (wielkościowość, omnipotentna kontrola, zaprzeczanie, dewaluacja, rozszczepianie) oraz obron autystycznych (wycofanie w świat fantazji, unikanie, izolacja, regulowanie się poprzez nieożywione obiekty).

W swoim artykule podejmuję próbę spojrzenia na osobowość schizoidalną w odniesieniu do leżących u jej podłoża cech neuroróżnorodności (ang. *neurodiversity*). Przez neuroróżnorodność rozumiem zjawisko naturalnej, wrodzonej różnorodności w budowie i funkcjonowaniu układu nerwowego, obejmującej między innymi odmienne profile uwagi, przetwarzania bodźców, regulacji emocji, funkcji wykonawczych i stylów komunikacji. W tym ujęciu różnice obecne na przykład w ADHD czy zaburzeniach ze spektrum autyzmu nie są same w sobie patologiczne, lecz mieszczą się w szerszym kontinuum normy rozwojowej.

Określenie zaburzenia neurorozwojowe rezerwuję dla sytuacji, w których te różnice prowadzą do istotnego cierpienia psychicznego lub znacząco ograniczają funkcjonowanie w kontekście oczekiwań środowiska. Z perspektywy klinicznej interesuje mnie więc nie tyle pytanie, czy pacjent ma ADHD/ASD, ile to, w jaki sposób cechy neuroróżnorodności wpływają na kształtowanie się zestawu mechanizmów obronnych i organizacji osobowości – w tym osobowości schizoidalnej.

Frances Tustin opisuje autyzm jako zjawisko pseudoniezależności, w którym dziecko uporczywie podąża własną ekscentryczną drogą, w niewielkim stopniu próbując się dostosować do sposobu funkcjonowania innych ludzi [4]. Podkreśla, że taka postawa pełni funkcję ochronną przed lękiem i bólem wynikającymi z zależności. Wprowadza także pojęcie obiektów autystycznych – nieożywionych obiektów służących regulacji napięcia i ukojenia poza relacją z drugim człowiekiem.

Phil Mollon definiuje ADHD na poziomie biologicznym jako zestaw atypowych cech w obwodach wpływających na płat czołowy, natomiast na poziomie psychologicznym – odwołując się do psychologii self Heinza Kohuta – jako zwiększone zapotrzebowanie na „obiekty dla self" [5]. Osoba z ADHD potrzebuje stałych odpowiedzi i podpór ze strony otoczenia, pomocy w modulowaniu pobudzenia, nastroju, impulsów, a także w utrzymaniu kontaktu ze światem zewnętrznym. Według Mollona lęk w ADHD jest odpowiedzią na poczucie fragmentacji doświadczenia, a lęk przed „pofragmentowaniem" należy do najbardziej pierwotnych lęków. Strategią obronną bywa wówczas wycofanie się w stan autystyczny, oparty na doznaniach, co może rodzić silną, narcystyczną wściekłość wobec napotykanych ograniczeń.

Mollon zwraca uwagę, że osoby z ADHD wykorzystują innych ludzi jako „przymuszone obiekty dla self", starając się narzucić im zadanie uzupełniania braków regulacyjnych w układzie umysł – ciało. Osoby w spektrum ASD częściej szukają ukojenia w świecie nieożywionym, co wiąże się z „nieskuteczną barierą dla bodźców" i trudnością w filtrowaniu napływających wrażeń [5]. W tym kontekście neuroróżnorodność może sprzyjać budowaniu specyficznych konfiguracji obron, które – w warunkach niekorzystnych środowiskowo – układają się w obraz osobowości schizoidalnej.

Cel i metody

W ostatnich latach, szczególnie w pracy z nastolatkami i młodymi dorosłymi, coraz częściej spotykałam pacjentów zgłaszających silne stany lękowe i depresyjne, liczne somatyzacje, wycofanie społeczne, a także opisujących poczucie bycia pod ogromną presją – ze strony otoczenia, systemu edukacyjnego, rodziny, jak również samego siebie. W relacji terapeutycznej doświadczenia te przyjmowały postać swoistego zagęszczenia presji odczuwanej zarówno przeze mnie, jak i przez pacjentów.

Subiektywnie przeżywałam tę presję jako mieszaninę lęku, poczucia niewystarczalności, wstydu, obawy przed popełnieniem błędu, a także przymusu szybkiego i skutecznego działania. W miarę trwania terapii zaczęłam dostrzegać, że są to stany odzwierciedlające wewnętrzne doświadczenia pacjentów – ich lęk przed byciem ocenionym, uznanym za gorszego, zdemaskowanym w swoich deficytach, a także głęboką potrzebę „naprawy" przez idealizowany obiekt.

Celem pracy jest opis i konceptualizacja wybranych procesów psychoterapeutycznych, prowadzonych w modalności psychodynamicznej, w kontekście osobowości schizoidalnej i neuroróżnorodności – ze szczególnym uwzględnieniem zjawiska presji rozumianej jako złożona reakcja przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowa.

Presję rozumiem tu jako efekt identyfikacji projekcyjnej: nieakceptowane części pacjenta – jego lęk, wstyd, poczucie deficytu, strach przed inwazją – są pomieszczane w terapeucie, który początkowo doświadcza ich jako własnych. W jej skład wchodzą między innymi:

- lęk przed byciem niewystarczająco kompetentnym i „naprawczym";
- wstyd i obawa przed oceną (ze strony pacjenta, superwizora, własnych wewnętrznych obiektów);
- lęk przed inwazją, czyli „dokopaniem się" do bolesnych deficytów pacjenta i jednocześnie obawa przed doświadczeniem ich we własnej psychice;
- tendencja do unikania pogłębionej relacji na rzecz „bezpiecznej" powierzchowności.

Opis materiału klinicznego ma charakter jakościowy i ilustracyjny. Opieram się na treściach zapamiętanych z sesji, notatkach sporządzanych po spotkaniach oraz refleksjach z superwizji. Nie jest to badanie systematyczne ani próba uogólnienia statystycznego, lecz raczej studium przypadków służące pogłębieniu rozumienia zjawisk klinicznych.

W dalszej części przedstawiam trzy skrócone opisy procesów terapeutycznych (pana Z., pani B. i pacjentki P.), w których w różnym nasileniu obecne były cechy organizacji schizoidalnej i neuroróżnorodności, a także wyraźnie odczuwana presja w relacji terapeutycznej.

Przypadek pana Z.

Pan Z. (25 lat) zgłosił się na terapię z powodu nasilających się od kilku lat napadów duszności. Początek objawów wiązał z pierwszym poważnym związkiem, w którym – jak relacjonował – „po raz pierwszy czuł, że ktoś naprawdę na nim polega". Po zakończeniu tej relacji duszności ustąpiły, by powrócić ze zdwojoną siłą w kolejnym związku, obejmując stopniowo coraz więcej obszarów życia: kontakty społeczne, sytuacje zawodowe, a z czasem także zwykłe czynności dnia codziennego.

Była to kolejna terapia w jego życiu, ale pierwsza w nurcie psychodynamicznym. Zgłosił się w dużym napięciu, przeżywając kontakt ze mną jako „ostatnią deskę ratunku". Już od progu emanował silną energią, w której mieszały się złość, rozdrażnienie i lęk. Budziło to we mnie zarówno niepokój, jak i chęć sprostania jego oczekiwaniom.

Z powodu braku wolnych terminów przez pewien czas przychodził na godzinę utrudniającą mu funkcjonowanie zawodowe. Racjonalizował to, mówiąc: „Skoro nie ma pani miejsc, to chyba jest pani dobra – warto się poświęcić". W tym okresie dominowała idealizacja, połączona z dużym krytycyzmem wobec wcześniejszych terapeutów, którzy „nic nie zrobili" i „tylko gadali".

Stosunkowo szybko do głosu zaczęła dochodzić jego potrzeba kontroli i rozliczania „z efektów". Pan Z. zaczął przeliczać poświęcony mu czas na pieniądze, domagał się „konkretnych" interpretacji i narzędzi, które miałyby przynieść szybkie złagodzenie objawów. Oczekiwał jednoznacznych odpowiedzi, zapewnień i jasnych wskazówek. Każda moja próba wspólnego zastanawiania się nad znaczeniem objawów była traktowana jako zbyt „teoretyczna" i „mało przydatna".

Stopniowo narastały jego rozdrażnienie i wrogość. Zaczął mówić wprost, że „nie ma czasu na filozofię", że „nie po to płaci", aby „siebie bardziej rozumieć", tylko po to, by „przestać się dusić". Odrzucał interpretacje łączące objawy z relacjami, reagując na nie wściekłością. Odczuwał natomiast krótkotrwałą ulgę związaną z moimi bardziej doraźnymi pomysłami radzenia sobie (np. techniki oddechowe), które jednak szybko dewaluował jako „zbyt banalne".

W przeciwprzeniesieniu narastało we mnie poczucie presji, by „wreszcie coś z nim zrobić". Zaczęłam intensywnie intelektualizować: przedstawiałam mu rozbudowane konceptualizacje jego trudności, powoływałam się na różne modele teoretyczne, szukałam właściwego języka. Z jednej strony chroniło mnie to przed doświadczeniem własnej bezradności i małości, z drugiej – dystansowało od jego realnego cierpienia.

W miarę upływu czasu pan Z. zaczął skarżyć się na moją „chaotyczność" i „dygresyjność". Mówił, że „gubi się" w naszych rozmowach, że „nie wie, co jest najważniejsze", że „wszystko się miesza". Prosił o podsumowania pod koniec sesji, domagał się wskazania „głównego wniosku". Jednocześnie sam relacjonował znaczące trudności z koncentracją i pamięcią: „wszystko wylatuje mi z głowy", „jak wychodzę, to nie pamiętam, o czym mówiliśmy".

Zauważyłam, że ja sama mam coraz większą trudność z utrzymaniem w pamięci wnoszonego przez niego materiału. Miałam wrażenie, że moje myślenie „rozpada się", że nie jestem w stanie zbudować spójnej narracji. Doświadczałam stanów, które z perspektywy teoretycznej można by opisać jako chwilową utratę zdolności do mentalizacji i teorii umysłu – byłam bardziej skoncentrowana na własnym lęku i presji niż na rozumieniu pacjenta.

W superwizji początkowo interpretowałyśmy te zjawiska głównie w kategoriach zawiści, dewaluacji oraz niemożności przyjęcia czegokolwiek wartościowego od obiektu. Z czasem coraz wyraźniej zaczęły się jednak rysować inne wątki. Wnikliwszy wywiad rozwojowy ujawnił, że pan Z. od dzieciństwa zmagał się z trudnościami w koncentracji, nadruchliwością, impulsywnością i problemami z planowaniem, które maskował nadmierną kontrolą i perfekcjonizmem. Relacjonował też okresy h i p e r f o k u s u , kiedy potrafił godzinami zajmować się jedną czynnością, całkowicie tracąc poczucie czasu. Wspominał

o nadwrażliwości sensorycznej, trudnościach w filtrowaniu bodźców, łatwym przeciążeniu hałasem, światłem czy obecnością innych ludzi. Z biegiem czasu stało się jasne, że poza wymiarem osobowościowym w jego przypadku obecny jest istotny komponent neurorozwojowy – cechy ADHD i elementy ze spektrum autyzmu.

Rozpoznanie tych wątków – najpierw w moim myśleniu, a potem wprost w rozmowie z pacjentem – okazało się przełomowe. Dla mnie oznaczało możliwość innego rozumienia własnego „rozpadu" i fragmentaryczności myślenia w kontakcie z nim. Zaczęłam je traktować jako doświadczenia identyfikacji projekcyjnej z jego „adhadowo-autystyczną" częścią, a nie wyłącznie jako porażkę terapeuty. Dla niego stanowiło możliwość nadania sensu dotychczasowym trudnościom, które dotąd przeżywał przede wszystkim jako dowód „słabości" i „nieudolności".

Stopniowo zaczęliśmy nazywać jego mechanizmy kompensacyjne: obsesyjność, omnipotentną kontrolę siebie i innych, sztywne wzorce myślenia, nadmierne wymagania wobec siebie. Z ciemności presji, „by posiadać wszystko" – wiedzę, kontrolę, rozwiązania – zaczęło się wyłaniać hiperwrażliwe, hiperprzepuszczalne na bodźce Ja, przerażone możliwością inwazji, odrzucenia i ujawnienia deficytów.

Przypadek pani B.

Pani B. (25 lat) została skierowana na terapię przez psychiatrę, do którego trafiła z powodu nasilonego lęku, objawiającego się licznymi derealizacjami, depersonalizacjami oraz uczuciem „rozpływania się" rzeczywistości. Towarzyszyło temu silne poczucie winy związane z pragnieniami separacyjnymi oraz poczucie głębokiej odmienności w stosunku do innych ludzi.

Odmienność ta miała ambiwalentny charakter. Z jednej strony rodziła u pani B. lęk, że jest „poważnie chora", że być może rozwija się u niej ciężka choroba psychiczna, z drugiej – wzmacniała przekonanie o wyjątkowości i wyższości. Pani B. trudno było pogodzić te dwie perspektywy; w zależności od kontekstu dominowała albo jedna, albo druga.

Opisując swój sposób funkcjonowania, pacjentka podkreślała, że jej analityczny umysł działa „w tle", poza świadomością, „przetwarza dane" i generuje rozwiązania bez udziału emocji. W praktyce oznaczało to, że wiele trudnych doświadczeń podlegało szybkiemu „przegadaniu", zracjonalizowaniu, bez kontaktu z towarzyszącymi im uczuciami.

Już na etapie konsultacji pacjentka zaznaczyła, że potrzebuje terapeuty „nieomylnego", z odpowiednim wykształceniem i doświadczeniem. Otwarcie przyznała, że będzie sprawdzać to, co mówię, ponieważ boi się, że mogłabym jej „wmówić coś, co jest z nią niezgodne". W przeniesieniu pojawiało się więc jednocześnie oczekiwanie idealnej, wszechwiedzącej figury oraz silna kontrola i nieufność wobec mojego autorytetu.

Od początku procesu terapeutycznego towarzyszył mi paraliżujący lęk. Czułam się poddana nieustającej ocenie, jakbym nie mogła popełnić najmniejszego błędu. Miałam poczucie, że każda moja wypowiedź musi być „naukowo uzasadniona", poparta literaturą – inaczej zostanie natychmiast zakwestionowana. Jednocześnie doświadczałam trudności w swobodnym myśleniu i zadawaniu pytań; moje próby konceptualizacji jej przeżyć wydawały mi się niewystarczające.

W miarę trwania terapii stało się jasne, że w tle tych oczekiwań i wymagań obecne jest silne, patologiczne poczucie winy związane z oddzielaniem się od rodziny pochodzenia, zwłaszcza od chorej matki. Każda próba zadbania o siebie – odpoczynku, przyjemności, rezygnacji z części obowiązków – była przez pacjentkę przeżywana tak, jakby równała się zdradzie lub porzuceniu.

W relacji ze mną powtarzał się ten sam wzorzec: kiedy proponowałam bardziej realistyczne spojrzenie na jej możliwości, pacjentka odbierała to jako próbę „osłabienia" jej, pozbawienia jej sprawczości lub – przeciwnie – jako dowód na to, że „nie rozumiem powagi sytuacji". Z kolei moje milsze, bardziej wspierające interwencje budziły obawę, że „uśpię jej czujność" i skłonię ją do podjęcia decyzji, których później będzie żałować.

W toku pracy zaczęła wprowadzać mnie w świat swoich obiektów nieożywionych. Od dzieciństwa miała ulubioną zabawkę, która pełniła funkcję obiektu autystycznego – regulującego napięcie, dającego poczucie stałości i bezpieczeństwa. W sytuacjach stresu pacjentka manipulowała nią, „zatapiała się" w doznaniach dotykowych, co pozwalało jej odsunąć na drugi plan przeciążające emocje.

Podczas sesji niejednokrotnie czułam się jak taki obiekt: wykorzystywana przede wszystkim jako narzędzie regulacji, a nie jako odrębny podmiot. Szczególnie wyraźne było to wtedy, gdy pacjentka oczekiwała ode mnie natychmiastowych, gotowych rozstrzygnięć – na przykład, czy powinna przerwać kontakt z rodziną, zmienić pracę, zdecydować się na leczenie farmakologiczne.

Z czasem zaczęły się ujawniać także inne aspekty neuroróżnorodności: nadruchliwość, trudności w siedzeniu spokojnie, nasilone napięcie ruchowe, podskakiwanie, kręcenie się na krześle, pstrykanie palcami, a także problemy z utrzymaniem uwagi. Elementy te, dotychczas przez pacjentkę kompensowane (np. poprzez perfekcjonizm i nadmierną kontrolę), zaczęły być włączane do wspólnego rozumienia jej funkcjonowania.

Przypadek P.

Pacjentkę P. (15 lat) poznałam podczas jej pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Została przyjęta na oddział w stanie ciężkiego pobudzenia psychoruchowego, z objawami psychotycznymi: mutyzmem, urojeniami oraz epizodami przypominającymi katatonię. Pierwsze próby kontaktu były bardzo trudne – pacjentka milczała, unikała kontaktu wzrokowego, wydawała się odcięta od otoczenia.

Po zastosowaniu farmakoterapii i kilkukrotnych próbach rozmowy udało się uzyskać bardziej spójny obraz jej doświadczeń. Okazało się, że jednym z powodów milczenia było poczucie, że kiedy mówi, inni „kradną jej charakter". Słowa wypowiadane na głos miały – w jej odczuciu – tracić związek z jej osobą i stawać się jakby własnością słuchacza.

W przeciwprzeniesieniu doświadczałam naprzemiennie:

- intensywnego lęku, kiedy próbowałam aktywnie do niej docierać;
- stanu otępienia, rozpadu i niemożności myślenia, kiedy miałam poczucie, że każde moje działanie może być przeżywane jako inwazyjne.

Podczas rozmów z rodzicami P. słyszałam początkowo opis zwyczajnego dzieciństwa: szkoła, dobre oceny, koleżanki, zajęcia taneczne, „uśmiechnięta, pomocna, lubiana"

dziewczyna. Nikt nie dostrzegał w codziennym funkcjonowaniu niczego, co mogłoby zwiastować nadchodzącą katastrofę.

Dopiero dokładniejszy wywiad rozwojowy, prowadzony krok po kroku, ujawnił wiele sygnałów mogących wskazywać na neuroróżnorodność:

- posługiwanie się w dzieciństwie językiem zrozumiałym głównie dla niej i rodziców,
- liczne stereotypie ruchowe,
- preferencję samotnej zabawy,
- epizody „zawieszania się", w których trudno było nawiązać z nią kontakt,
- silne reakcje na zmiany rutyny lub otoczenia.

W rozmowie z P. pojawił się także wątek „drugiego świata", do którego przenosiła się za pomocą specyficznych ruchów ciała przypominających tiki. W świecie tym występowały te same osoby co w rzeczywistości zewnętrznej, ale to ona decydowała, co robią i mówią. Świat ten dawał poczucie omnipotentnej kontroli i odporności na zranienie, ale jednocześnie oddalał ją od realnych relacji z ludźmi.

Ostatecznie rozpoznano u P. spektrum autyzmu. W terapii głównym zadaniem stało się uznanie istniejących deficytów (w tym podatności na psychozę), przy jednoczesnym budowaniu stopniowej zdolności do wchodzenia w relacje. W moim odczuciu P. stosunkowo długo traktowała mnie głównie jako obiekt regulujący – kogoś, kto ma ją „uspokoić" i „utrzymać w całości" – zanim mogła zacząć odbierać mnie jako osobę zainteresowaną także jej subiektywnym światem.

Źródła presji w relacji terapeutycznej

W opisywanych przypadkach centralnym doświadczeniem – obok objawów zgłaszanych przez pacjentów – była presja obecna w relacji terapeutycznej. Z perspektywy przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowej można ją rozumieć jako efekt identyfikacji projekcyjnej: nieakceptowane aspekty doświadczenia pacjentów – poczucie deficytu, hiperwrażliwość, lęk przed inwazją i zniszczeniem, wstyd oraz gniew – były umieszczane we mnie, a następnie przeżywane przeze mnie tak, jakby należały do mnie.

W doświadczeniu subiektywnym przejawiało się to jako:

- poczucie, że muszę pomóc szybko i skutecznie,
- lęk, że jeśli tego nie zrobię, zawiodę pacjentów, siebie i swoje wewnętrzne obiekty,
- obawa przed popełnieniem błędu, który może mieć katastrofalne skutki,
- tendencja do unikania głębszego kontaktu i uciekania w teorię (intelektualizacja),
- uczucie „rozpadu" myślenia i utraty zdolności do mentalizacji.

Przepracowywanie tej presji wymagało ode mnie stopniowego rozpoznawania, że stany te są w mniejszym lub większym stopniu odzwierciedleniem wewnętrznego świata pacjentów. Uświadamianie sobie, że doświadczane przeze mnie lęk, wstyd i poczucie deficytu nie są „tylko moje", lecz stanowią również część ich psychiki, pozwalało na powolne odzyskiwanie funkcji kontenerowania i myślenia o tych stanach zamiast reagowania na nie w działaniu.

Kolejne etapy terapii

U pana Z. kolejnym ważnym etapem było rozstanie z wieloletnią partnerką, którego z jednej strony się obawiał, a z drugiej – oczekiwał z nadzieją na ulgę. Po rozstaniu doszło do paradoksalnego poprawienia relacji – częściej ze sobą rozmawiali, czasem utrzymywali kontakty seksualne, formalnie pozostając „wolnymi". Pacjent odczuł chwilową ulgę z powodu zmniejszenia nasilenia duszności, po czym wystąpiły u niego objawy, które identyfikowałam jako oznaki żałoby i tęsknoty po utracie ważnego obiektu.

Na jego prośbę zwiększyliśmy częstotliwość sesji do dwóch tygodniowo. Zwiększenie mojej rzeczywistej i emocjonalnej dostępności zmieniło klimat relacji: umożliwiło mu przeżywanie straty bez natychmiastowego paraliżu lękiem i bez konieczności natychmiastowego uruchamiania obron. Z czasem ze sztywnego, kontrolującego mężczyzny, fantazjującego o „posiadaniu wszystkiego", zaczął wyłaniać się wrażliwy, twórczy człowiek, uzdolniony manualnie, lubiący taniec, tęskniący za bliskością i równorzędnymi relacjami.

W przypadku pani B. istotnym momentem była decyzja o podjęciu farmakoterapii po okresie nasilonych strat życiowych (m.in. śmierci bliskich osób, problemów z płodnością) i wieloletnim funkcjonowaniu ponad własne możliwości. Symbolicznie oznaczało to zgodę na to, by nie być samowystarczalną i by sięgać po pomoc.

W terapii pojawiła się troska o mnie jako o realną osobę. Pacjentka zaczęła pytać, czy biorę urlopy, czy mam możliwość odpoczynku, zastanawiała się, jak przeżywam jej historię. Relacja zaczęła coraz bardziej przypominać wzajemną wymianę, w ramach której mogły zaistnieć zarówno jej potrzeby, jak i moje granice. Z oczekiwań „naprawy" coraz wyraźniej wyłaniała się potrzeba zrozumienia i bycia zrozumianą.

Pacjentka P., po okresach naprzemiennego „chowania się" w świat fantazji i stopniowego wyłaniania się do kontaktu, podjęła decyzję o przystąpieniu do matury. Był to duży krok, biorąc pod uwagę jej wcześniejsze trudności szkolne, konieczność nauczania indywidualnego i doświadczenia hospitalizacji psychiatrycznej.

W moim przeciwprzeniesieniu pojawiały się na przemian: lęk przed jej potencjalną porażką (i wynikającym z niej załamaniem) oraz pragnienie ochrony jej przed konfrontacją z realnością – na przykład poprzez wspieranie koncentracji na tematach mniej bolesnych, takich jak przygotowania do rodzinnego wesela. Ostatecznie P. zdała maturę. Po kilku miesiącach zdecydowała się na terapię grupową na oddziale dziennym, co rozumiałam jako kolejny krok w stronę świata społecznego i próbę zmierzenia się ze wstydem z powodu własnych ograniczeń.

Z perspektywy teorii Melanie Klein można widzieć te zmiany jako stopniowe przechodzenie od pozycji schizoparanoidalnej – zdominowanej przez rozszczepienie, lęk przed inwazją i wycofanie – do pozycji depresyjnej, w której możliwe staje się większe zintegrowanie dobrych i złych aspektów obiektu, uznanie własnej agresji oraz rozwijanie troski o relacje.

Przedstawienie rezultatów wnioskowania klinicznego

Doświadczenie pracy z opisywanymi pacjentami skłania mnie do wniosku, że diagnoza osobowości schizoidalnej – zwłaszcza w kontekście neuroróżnorodności – jest procesem złożonym, wymagającym wieloetapowego różnicowania.

Po pierwsze, konieczne jest odróżnienie osobowości schizoidalnej od osobowości narcystycznej i unikającej. W osobowości schizoidalnej centralne miejsce zajmuje ambiwalentna potrzeba relacji – intensywne pragnienie bliskości współistnieje z lękiem przed inwazją i pochłonięciem przez obiekt, co skutkuje wycofaniem w fantazję i autystyczne formy izolacji. Dewaluacja obiektu i ataki na relację mają tu często funkcję ochrony przed ujawnieniem deficytu i odrzuceniem. W osobowości narcystycznej dewaluacja służy przede wszystkim ochronie kruchego, wyidealizowanego obrazu siebie, a wycofanie z relacji ma na celu uniknięcie wstydu związanego z konfrontacją z własnymi ograniczeniami. W osobowości unikającej na pierwszy plan wysuwa się lęk przed kompromitacją i krytyką, przy relatywnie mniejszym udziale fantazji i autystycznych obron.

Po drugie, niezbędne jest odróżnienie obron autystycznych – rozumianych jako wtórne, psychogenne strategie izolowania się od relacji i bodźców emocjonalnych – od konstytucjonalnych cech neurorozwojowych (ADHD, ASD). Te drugie wpływają na sposób przetwarzania bodźców, regulację pobudzenia i funkcje wykonawcze, ale same w sobie nie stanowią mechanizmu obronnego. W przypadku pana Z. i pani B. obserwowałam liczne cechy ADHD (trudności z koncentracją, nadruchliwość, problemy z planowaniem, hiperfokusy), którym towarzyszyły obrony autystyczne (wycofanie w fantazję, regulacja poprzez obiekty nieożywione, izolacja). W przypadku P. na pierwszy plan wysuwały się cechy ze spektrum autyzmu o znacznym nasileniu, a obrony autystyczne zdawały się w dużej mierze splatać z konstytucjonalnymi różnicami w funkcjonowaniu układu nerwowego.

Po trzecie, warto zauważyć, że we wszystkich przypadkach setting terapeutyczny – czas, miejsce, zasady – nie był atakowany. Przeciwnie, stabilność ram zdawała się redukować lęk przed inwazją i przekroczeniem granic. Było to szczególnie wyraźne na tle doświadczeń z pracy z pacjentami o dominującej organizacji borderline, u których setting częściej staje się polem rozgrywania konfliktów.

W opisywanych terapiach istotne okazało się także rozróżnianie tego, co wynika z deficytów neurorozwojowych (np. trudności z koncentracją czy pamięcią), a co jest efektem obron i oporu. Pozwalało to bardziej realistycznie oceniać możliwości pacjentów i adekwatnie dostosowywać interwencje – tak, by z jednej strony uwzględniały istniejące ograniczenia, z drugiej zaś nie wzmacniały unikania konfrontacji z trudnymi uczuciami i relacjami.

Wskazówki terapeutyczne

Połączenie osobowości schizoidalnej z cechami neuroróżnorodności stawia przed terapeutą szczególne wyzwania. Jednym z największych jest utrzymanie postawy empatii i akceptacji wobec pacjentów, których obrony – omnipotentna kontrola, projekcja, identyfikacja projekcyjna, rozszczepienie, dewaluacja – znacząco zakłócają możliwości myślenia terapeuty, a przez proces identyfikacji projekcyjnej sprawiają, że to terapeuta staje się „nosicielem" ich lęków, wstydu i poczucia deficytu.

Reflektowanie tych mechanizmów – zamiast ulegania im i rozgrywania w działaniu – jest procesem żmudnym i wymaga często wsparcia superwizji. Początkowo odpowiedzialność za ten proces spoczywa w dużej mierze na terapeucie, który musi zmierzyć się

ze swoimi lękami przed niszczeniem i byciem zniszczonym, a także z poczuciem niewystarczalności i winy.

Stałość ram terapeutycznych – nie tylko w wymiarze formalnym, ale też emocjonalnym – ma ogromne znaczenie. Stabilne granice czasu, miejsca i zasad pracy, przy jednoczesnym unikaniu postawy wyższościowej czy triumfującej, tworzą przestrzeń, w której pacjent może stopniowo doświadczać relacji jako mniej zagrażającej, a bardziej przewidywalnej.

Nancy McWilliams podkreśla, że podstawowe wyzwanie w pracy z pacjentem schizoidalnym polega na znalezieniu drogi do jego subiektywnego świata bez wywoływania nadmiernego lęku przed wtargnięciem [1]. Pacjent obawia się, że terapeuta wycofa się emocjonalnie i uzna go za „przypadek beznadziejny" lub osobliwość. Jeśli terapeuta nie ulegnie pokusie, by ponaglać pacjenta do przedwczesnego otwarcia się, ani nie zdehumanizuje go, traktując jedynie jako zespół objawów, możliwe jest stopniowe budowanie przymierza terapeutycznego.

Ważne jest też, aby terapeuta zachowywał się jak realna osoba – ze swoją wrażliwością, ograniczeniami i możliwościami – a nie wyłącznie jako obiekt przeniesieniowy. Dotyczy to zarówno sposobu reagowania na cierpienie pacjenta, jak i komunikowania granic (np. urlopów, godzin pracy).

W pracy z pacjentami, u których występują obrony autystyczne, inspirujące są myśli Frances Tustin, która porównuje terapeutów takich osób z ludźmi „kopiącymi tunel przez gruzy", by dotrzeć do dziecka ukrytego w środku [4]. Kiedy już uda się do niego dotrzeć, konieczna jest psychiczna „reanimacja" i otoczenie go ochroną oraz zrozumieniem. Tustin zwraca uwagę, że pozbawienie pacjenta autystycznej ochrony bez zaoferowania alternatywnych sposobów regulacji może być dla niego niezwykle zagrażające, a nawet upsychotyczniające.

W środkowych etapach opisywanych terapii praca koncentrowała się więc wokół:

- redukcji lęku społecznego,
- rozwoju mentalizacji i teorii umysłu,
- poszukiwania bardziej adaptacyjnych strategii regulacji emocji,
- stopniowego nazywania, akceptowania i poszanowania własnej odmienności,
- różnicowania tego, co jest wyrazem deficytu neurorozwojowego, a co obroną.

Z perspektywy terapeuty kluczowe było też nieustanne monitorowanie, na ile moje dostrajanie się do pacjentów wynika z rzeczywistej potrzeby pracy nad deficytami, a na ile stanowi odpowiedź na ich opór przed zmianą i uznaniem własnej odrębności.

Podsumowanie

Za Nancy McWilliams, odwołującą się do prac Louisa Sassa, można uznać, że schizoidalny typ osobowości jest w pewnym sensie znakiem naszych czasów – epoki wycofania, nadmiernej refleksyjności, racjonalizacji, osłabienia więzi społecznych i przeniesienia znacznej części życia do przestrzeni wirtualnej [1].

W praktyce klinicznej, zwłaszcza w pracy z nastolatkami i młodymi dorosłymi, coraz częściej obserwuję postawy wyobcowania i wyalienowania z grupy rówieśniczej i społecznej, współwystępujące z neuroróżnorodnością (ADHD, ASD). Związane są one między

innymi z hiperwrażliwością, sztywnością myślenia, drobiazgowością, nadrefleksyjnością, rozproszeniem, a także lękami przed inwazją z zewnątrz. Sprzyja temu e-przywiązanie – relacje przeniesione do świata wirtualnego, w którym możliwe jest kontrolowanie dystansu i ekspozycji przy jednoczesnym ograniczeniu ryzyka realnego zranienia.

W takich warunkach rozwój osobowości schizoidalnej wydaje się szczególnie prawdopodobny. Oznacza to konieczność uwzględnienia i doszacowania w procesach terapeutycznych:

- siły lęku społecznego i lęku przed inwazją,
- wpływu neuroróżnorodności (ADHD, ASD) na kształtowanie się mechanizmów obronnych i organizacji osobowości,
- presji wynikającej z rozbieżności między sztywnymi oczekiwaniami świata zewnętrznego (szkoły, rodziny, rynku pracy) a realnymi możliwościami i zasobami jednostki.

Doświadczenie pracy pod presją z pacjentami o takiej konfiguracji cech uczy pokory wobec możliwości terapii. Zmiana najczęściej nie przyjmuje postaci spektakularnego zniknięcia objawów, lecz raczej dokonuje się poprzez subtelne przesunięcia: większą zdolność do pozostawania w relacji mimo lęku, nieco bardziej realistyczne patrzenie na siebie, odrobinę mniejszą surowość w samoocenie oraz większą gotowość do uznania własnych ograniczeń bez natychmiastowego ataku na self.

To właśnie te drobne, często trudne do uchwycenia zmiany – jeśli są utrwalane w czasie – mogą przekładać się na realną poprawę jakości życia pacjentów. Z perspektywy terapeuty są one efektem wytrwałej, często wykonywanej pod presją pracy nad utrzymaniem zdolności do myślenia w sytuacjach, które tę zdolność w naturalny sposób podważają.

Piśmiennictwo

1. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021.
2. Caligor E, Kernberg O, Clarkin JF, Yeomans F. Psychoterapia psychodynamiczna patologii osobowości. Leczenie self i funkcjonowania interpersonalnego. Kraków: Krakowskie Centrum Psychodynamiczne; 2019.
3. Johnson SM. Style charakteru. Poznań: Zysk i S-ka; 1998.
4. Tustin F. Bariery autystyczne u pacjentów neurotycznych. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament; 2021.
5. Mollon P. Rozpadające się self. Psychoterapia osób z ADHD, w spektrum autyzmu i z zaburzeniami somatoformicznymi. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2024.

Adres: agnieszka.gaweda@op.pl

PSYCHOTERAPIA 1 (216) 2026
STRONY: 31–41
DOI: 10.12740/PT/217383

Karolina Sośnik[1]

PACJENCI PSYCHOTERAPII INDYWIDUALNEJ, KTÓRZY CHCĄ ZOSTAĆ PSYCHOTERAPEUTAMI – ANALIZA ZJAWISKA DOTYCZĄCEGO RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

Individual psychotherapy patients who want to become psychotherapists – analysis of the phenomenon concerning the therapeutic relationship

[1]Prywatna praktyka

therapeutic relationship
dependent personality
features of a psychotherapist

Streszczenie

W artykule analizuję zjawisko, jakie może pojawić się w czasie trwania psychoterapii indywidualnej, kiedy pacjent mówi o pragnieniu zostania psychoterapeutą. Przyjmuję, że identyfikacja z psychoterapeutą i idealizacja psychoterapii to elementy relacji terapeutycznej, umożliwiające zrozumienie dynamiki pacjenta. Prawdopodobnie będą one częściej dotyczyć pacjentów z nieokreślonym, nieukształtowanym self, o cechach zależnych, a po drugiej stronie – psychoterapeutów o narcystycznych potrzebach, które nie są realizowane w życiu prywatnym, mających silną potrzebę władzy i słabszą potrzebę superwizowania swojej pracy terapeutycznej. Artykuł zawiera analizę czynników występujących po stronie pacjenta, po stronie psychoterapeuty i w łączącej ich relacji terapeutycznej, gdy u pacjenta pojawia się chęć bycia kimś podobnym do swojego psychoterapeuty. Opisuję składniki relacji terapeutycznej, czynniki wpływające na tę relację, występujące w niej zależność i władzę, a także mechanizmy identyfikacji i idealizacji oraz mechanizmy im sprzyjające, zarówno po stronie pacjenta, jak i psychoterapeuty. Na koniec omawiam fazę pracy terapeutycznej polegającą na osiąganiu niezależności psychicznej przez pacjenta, ze szczególnym uwzględnieniem świadomości psychoterapeuty na wpływ, jaki wywiera na pacjenta w trakcie trwania psychoterapii.

Summary

In this article, I analyze a phenomenon that may arise during individual psychotherapy when a patient expresses a desire to become a psychotherapist. I understand identification with the psychotherapist and idealization of psychotherapy as an element of the therapeutic relationship that enables understanding the patient's dynamics. This phenomenon is likely to be more common in patients with an undefined, unformed self, with dependent features, and, on the other hand, in psychotherapists with narcissistic needs that are not met in their private lives, a strong need for power, and a weaker need for supervision of their therapeutic work. The article analyzes factors on the patient's side, the

psychotherapist's side, and within the therapeutic relationship that connects them when the patient develops a desire to be like their psychotherapist. I describe the components of the therapeutic relationship; factors influencing the relationship; dependency and power within it, the mechanisms of identification and idealization; mechanisms that foster identification and idealization on the part of both the patient and the psychotherapist; and finally, the phase of therapeutic work involving the patient's achievement of psychological independence, with particular emphasis on the psychotherapist's awareness of the impact they have on the patient during psychotherapy.

Wstęp

Współcześnie występuje coraz większe zainteresowanie i zaciekawienie zarówno działaniem ludzkiej psychiki, udziałem w psychoterapii, jak i psychoterapią jako ścieżką kształcenia zawodowego. Zawód psychoterapeuty wydaje się profesją kuszącą – szanowaną, dochodową, a osoba psychoterapeuty jawi się jako człowiek, który zdobył wszelką wiedzę dotyczącą tajemnic życia wewnętrznego i jest wyzbyty wszelkich trosk. Mimo że jest to perspektywa idealizująca, zdarza się, że pacjenci – nieraz w połowie życia – przekwalifikują się, odkrywając w czasie trwania psychoterapii swoją tożsamość związaną z pomaganiem innym w rozumieniu meandrów psychiki.

Chciałabym w tym artykule podjąć się próby analizy zjawiska, kiedy w trakcie trwania procesu psychoterapii pacjent mówi o pragnieniu zostania psychoterapeutą. Może ono wystąpić w szczególnej konstelacji cech pacjenta, cech terapeuty oraz łączącej ich relacji terapeutycznej. Omówię, jakie czynniki wpływają na pojawienie się takiego pragnienia, jak je rozumieć w kontekście procesu psychoterapeutycznego pacjenta, który chce stać się podobny do swojego terapeuty i jakie to będzie miało znaczenie dla dalszego postępowania w jego psychoterapii.

Składniki relacji terapeutycznej

Na relację terapeutyczną składają się: sojusz roboczy, konfiguracja rzeczywista oraz relacja przeniesienia, która obejmuje zarówno przeniesienie pacjenta, jak i przeciwprzeniesienie terapeuty [1].

Sojusz roboczy to przymierze pacjenta i terapeuty zawarte w celu wspólnej pracy. Siła sojuszu zależy od stopnia, w jakim pacjent i terapeuta są zgodni co do wyznaczonych celów terapii i tego, że zadania podejmowane w trakcie sesji pomogą w ich osiągnięciu. Siła sojuszu zależy też od doświadczania więzi emocjonalnej między pacjentem a terapeutą. Relacyjny wymiar psychoterapii obejmuje emocje i postawy, jakie żywią wobec siebie pacjent i terapeuta oraz łączącą ich więź psychiczną opierającą się na tych właśnie uczuciach i postawach. Udział pacjenta w budowaniu sojuszu zakłada pragnienie wyleczenia się lub rozwoju, gotowość do podejmowania zadań terapeutycznych, chęć lub zdolność tworzenia więzi i współpracy, a także poczucie własnej skuteczności. Wśród czynników związanych z osobą terapeuty wpływających na siłę sojuszu wymienić można: empatyczne zrozumienie, pozytywne nastawienie, spójność, gotowość do wzięcia właściwej dozy odpowiedzialności za problemy w sojuszu przez siebie powodowane, relacje z obiektami z przeszłości, wytrwałe inwestowanie w pracę i zaangażowanie wobec pacjenta.

Konfiguracja rzeczywista to istniejący obiektywnie, względnie niezależny od przeniesienia i niezniekształcony przez nie wymiar relacji. Obejmuje realistyczne spostrzeżenia i reakcje, sympatię, wzajemną afirmację, relację ja – ty. Im bardziej prawdziwi i realistyczni będą wobec siebie uczestnicy relacji, tym lepsza będzie praca terapeutyczna i jej efekty. Pacjenci szukają terapeuty, któremu będzie na nich zależeć i który będzie ich lubił takimi, jakimi są.

Relacja przeniesienia oznacza powtórzenie konfliktów z ważnymi osobami z przeszłości w kontakcie z terapeutą [1]. Zadaniem terapeuty jest rozumieć tworzoną przez pacjenta rzeczywistość i pomagać mu ją interpretować. Cecha, która ułatwia terapeucie opanowanie przeciwprzeniesienia, to przede wszystkim integracja własnego ja – niezbędny warunek właściwej relacji z pacjentem i uniknięcia nadmiernej lub zbyt słabej identyfikacji, element kluczowy do zachowania granic terapeutycznych, jednoczenia się i oddzielania od pacjenta, współuczestnictwa, a następnie dystansowania się i obserwowania go z boku. Do innych zaliczyć można: opanowanie niepokoju, umiejętności poznawcze, empatię i wgląd we własne ja.

Czynniki wpływające na relację terapeutyczną

Jakość relacji terapeutycznej zawsze przekłada się na zdolność pacjenta do badania własnego świata wewnętrznego [1]. Różni autorzy [2–4] opisują czynniki kształtujące relację terapeutyczną, wyszczególniając te, które występują po stronie pacjenta i po stronie terapeuty. Wśród tych pierwszych znajdują się między innymi: rozumienie wagi własnego wpływu na proces psychoterapii, głębokość zaburzenia, ogólne funkcjonowanie, satysfakcja ze związków interpersonalnych, styl przywiązania, siła ego, inteligencja, poczucie kontroli, oczekiwania wobec psychoterapii, preferencje w zakresie metody terapeutycznej. Na czynniki występujące po stronie pacjenta psychoterapeuta nie ma wpływu, może tylko je zrozumieć i uznać za znaczące w procesie leczenia, dlatego chciałabym więcej miejsca poświęcić roli terapeuty w budowaniu relacji. Świadomość psychoterapeutów dotycząca własnych ograniczeń lub przeciwnie – możliwości oddziaływania – byłaby pożyteczna dla pacjentów, a także pomocna w szkoleniu i pracy zawodowej.

Psychoterapeuta kształtuje relację terapeutyczną poprzez interwencje, takie jak: ułatwianie kreowania nowych myśli i działań, wspieranie, nieosądzanie, komunikowanie zrozumienia, wrażliwość, uczestniczenie w doświadczeniu pacjenta i uwagę mu poświęcaną. Wpływa na nią również przez swoje kwalifikacje i doświadczenie zawodowe, a także wiek i płeć, fazę życia i znaczące wydarzenia ze swojej historii, jak również swoje zdrowie psychiczne, cechy osobowości, cechy związane z wpływem społecznym, dyrektywność, styl przywiązania i współczucie pacjentowi oraz oczekiwania dotyczące rezultatów psychoterapii i przestrzeganie reguł jej modelu. Kleszcz-Szczyrba [5] w swoim artykule dzieli te czynniki na specyficzne, związane z osobą terapeuty (osobowość, wiedza, terapia własna, superwizja, doświadczenie) oraz niespecyficzne (zmienne demograficzne, organizacja przestrzeni terapeutycznej, gospodarowanie czasem, wydarzenia w życiu osobistym, sposób prezentacji i autoprezentacji). Pisze też o fizycznym dystansie w organizacji gabinetu, w którym pacjenci zależni, ze zwiększoną potrzebą kontaktu, będą dążyć do przekroczenia fizycznej granicy, zbliżając się do terapeuty, a przesadny komfort przestrzeni może wyzwalać nadmierną bliskość.

Zależność i władza w relacji terapeutycznej

Relacja terapeutyczna z samego założenia polega na pomaganiu. Jest skośna, występuje w niej cierpiący pacjent, który potrzebuje pomocy oraz doświadczony, wykwalifikowany psychoterapeuta, który ma za zadanie mu pomóc. Relacja terapeuta – pacjent przypomina relację rodzic – dziecko i jest relacją zależności [4]. Psychoterapeuta może funkcjonować w roli rodzica, autorytetu, mistrza lub nauczyciela. Pacjenci dążą do tego, by się rozwijać i być tacy, jak ich terapeuci – wewnętrznie zintegrowani. Chcą osiągnąć spokój, zdobyć wiedzę, samokontrolę i pewność siebie. Pragną wiedzieć to, co potrafi zrozumieć ich terapeuta i robić to, co on. Relacja oparta na zależności z czasem staje się dla pacjenta zbędna, ponieważ uczy się on nowych sposobów myślenia i działania, sam stając się dla siebie terapeutą. Wtedy psychoterapia może się zakończyć.

Należy pamiętać o wadze psychoterapii w kształtowaniu się tożsamości pacjenta.

Terapeuci wszystkich orientacji teoretycznych wywierają wpływ na swoich pacjentów, niezależnie od tego, jak kluczową rolę w danej modalności przypisuje się relacji terapeutycznej. Między pacjentem a psychoterapeutą istnieje nierównowaga sił. Otwarte przyznanie się do posiadanej władzy, a następnie korzystanie z niej, ma jak najlepszy wpływ na terapię i zmniejsza ryzyko nadużyć. Zadaniem terapeuty jest doprowadzić pacjenta do stanu, w którym będzie miał wystarczająco siły, żeby radzić sobie bez niego [6]. Nie jest natomiast zadaniem terapeuty kształtowanie ludzi na swój wzór i odgrywanie dominującej roli w ich życiu [7]. Już Freud pisał, że „wychowanie chorego powinno prowadzić nie do identyfikacji z nami, lecz do uwolnienia i realizacji jego istoty" [7, s. 94]. Świadomość władzy, jaką dysponuje psychoterapeuta w sytuacji terapeutycznej, pozwala na uniknięcie nadużyć.

Identyfikacja i idealizacja w relacji terapeutycznej

Identyfikacja należy do neurotycznych, wtórnych mechanizmów obronnych osobowości [8]. Jest normalnym elementem rozwoju psychicznego. Polega na przejściu od niedojrzałych form introjekcji do celowych, nie do końca świadomych chęci częściowego upodobnienia się do drugiego człowieka. Identyfikacje stają się formą ubogacania ja poprzez przejmowanie różnych cech podziwianych osób; tworzą poczucie własnego ja i swojego miejsca w świecie. Nikt z nas nie funkcjonuje bez identyfikacji, ale czasem są one nieokreślone i powodują wewnętrzną pustkę [6].

Freud rozróżniał identyfikację nieobronną, motywowaną prostym pragnieniem bycia podobnym do cenionej osoby oraz identyfikację obronną, związaną z zagrożeniem odczuwanym ze strony osoby obdarzonej siłą. W wielu przypadkach występują oba te elementy [7].

W relacji terapeutycznej psychoterapeuta powinien zaakceptować fakt, że jest dla pacjenta obiektem identyfikacji i umiejętnie go wspierać, tak żeby zbudował własną, niezależną od terapeuty tożsamość. Właśnie poprzez mechanizm identyfikacji psychoterapia prowadzi do takiej zmiany. Zdolność do identyfikacji z nowymi obiektami sprawia, że pojawia się siła, która może uleczyć emocjonalne cierpienie. Jakość relacji emocjonalnej między pacjentem a terapeutą koreluje ze skutecznością terapii bardziej niż jakikolwiek inny czynnik [8]. Gabbard [9] wskazuje, że zmiana terapeutyczna może wystąpić poprzez

internalizację funkcji terapeuty, uformowanie reprezentacji terapeuty, której pacjent używa świadomie oraz poprzez internalizację postaw emocjonalnych terapeuty. Pacjent staje się własnym terapeutą, który może myśleć o swoim wewnętrznym doświadczeniu w sposób, w jaki myśli terapeuta. Relacja z terapeutą nie jest mu już wtedy potrzebna do dalszego rozwoju i proces psychoterapii może zostać zakończony.

Mechanizm idealizacji, będący pierwotnym mechanizmem obronnym osobowości, polega na przypisywaniu innym osobom cech idealnych w celu uniknięcia lęku, pogardy, zazdrości lub złości [9]. Idealizacja jest mechanizmem rozwojowym, służy radzeniu sobie z lękiem i łączy się z przekonaniem, że jest ktoś, kto ma nad wszystkim kontrolę. Psychiczne zjednoczenie daje poczucie bezpieczeństwa [8]. Rezygnacja z idealizacji wiązałaby się z rozpoczęciem procesu separacji i indywiduacji.

Jeśli idealizacja nie zaszła w okresie adolescencji, ważne jest przepracowanie jej podczas terapii. Pacjent stopniowo przeżywa rozczarowanie terapeutą i uczy się akceptować jego ograniczenia, pojawia się wielowymiarowy obraz psychoterapeuty [6]. Skośność relacji terapeutycznej, w której terapeuta nie ujawnia swoich spraw, sprzyja procesowi idealizacji [1]. Sygnałem idealizacji może być uczucie dyskomfortu lub satysfakcji, które wywołuje w terapeucie podziw wyrażany przez pacjenta. Ujawnianie w odpowiednim czasie swoich uczuć przeciwprzeniesieniowych oraz bycie autentycznym i życzliwym będzie urealniać postać psychoterapeuty jako żywego i obecnego uczestnika relacji, bez niepotrzebnego odsłaniania się.

Nadmierną identyfikację z psychoterapeutą i jego idealizację wyrażającą się w pragnieniu bycia psychoterapeutą można rozumieć jako wyraz trudności pacjenta w separacji, w odkrywaniu własnego ja, innego niż ja terapeuty, a także sposób na unikanie przez pacjenta uczucia, że jest odrębną postacią, która może swobodnie eksplorować swoje pragnienia. Może to wynikać z deficytu bliskości i chęci pozostania w zależności od psychoterapeuty [1]. Należałoby takie postawy traktować jako fazę przejściową, nie jako zakłócenie relacji, a diagnostycznie – jako ujawnienie się świata wewnętrznego pacjenta, jego lęków i potrzeb.

Mechanizmy pacjenta sprzyjające nadmiernej identyfikacji i idealizacji psychoterapeuty

Opisane wyżej mechanizmy obronne osobowości – identyfikacja i idealizacja – są kluczowe w funkcjonowaniu osobowości o cechach zależnych [10]. Poniżej omówię mechanizmy po stronie pacjenta sprzyjające nadmiernej identyfikacji i idealizacji psychoterapeuty: utrwalenie popędu w fazie oralnej, symbiotyczną strukturę charakteru, poczucie winy, tłumienie swoich potrzeb i uczuć oraz brak możliwości przyjęcia opieki od psychoterapeuty.

Utrwalenie popędu w fazie oralnej prowadzi do identyfikacji z osobą opiekującą się, nieumiejętności dbania o siebie i jednocześnie fantazji, żeby stać się opiekunem innych. Osoby o cechach zależnych upodabniają się do tych, z którymi pozostają w związku, przejmują częściowo ich tożsamość, żeby uzyskać siłę, kompetencje i pewność siebie. Zapewnia im to stabilność emocjonalną, sens życia i poczucie, że coś znaczą. Separacja i indywiduacja stają się utrudnione, pacjent obawia się bycia odrębnym, niezależnym.

Symbiotyczna struktura charakteru ma źródło w historii życia pacjenta, który jako dziecko był używany do spełniania planów swoich opiekunów [11]. W rezultacie powstaje patologia w obrębie tożsamości – tożsamość zewnętrznie narzucona staje się nieautentyczna lub niekompletna. Kontakt z drugim człowiekiem jest oparty na zależności i uwikłaniu. Ja tworzy się przez inkorporację czy idealizację innych lub przez identyfikację z nimi, a nie przez bardziej dojrzały proces internalizacji. Naturalne próby separacji zostają zablokowane lub są aktywnie karane przez rodziców z powodu ich lęku. Nadmierne znaczenie przypisywane jest naturalnym zdolnościom pacjenta do empatycznego odzwierciedlania innych. Z biegiem czasu poczucie bezpieczeństwa może być osiągane wyłącznie przez odzwierciedlanie innych.

Modell [za: 11] rozróżnił dwa rodzaje poczucia winy: winę separacji i winę pozostałego przy życiu. Wina separacji pojawia się, gdy pacjent ma poczucie, że opuszczenie domu, bycie innym, przeciwstawienie się rodzicom lub rozwijanie się w sposób nieosiągalny dla nich wyrządzi im krzywdę lub rzeczywiście ich zniszczy. Wina pozostałego przy życiu polega na tym, że sądzi on, iż jeśli ma coś dobrego, to kosztem innego, kto został tego pozbawiony. Jedność rodziny jest utrzymywana przez patologię zależności, wzajemnych zobowiązań i zatrzymania autonomii, a to, co jest uznawane za miłość, stanowi w rzeczywistości wykorzystujące i zagarniające przywiązanie. Doświadczenie tak silnej zależności powoduje, że poczucie ja zostaje osłabione i brakuje świadomości swoich pragnień. Symbiotyczne poczucie winy sprawia, że nie można się zajmować sobą, trzeba się zajmować innymi.

W pragnieniu zostania psychoterapeutą podczas trwania psychoterapii własnej dostrzegam również tłumienie swoich potrzeb i uczuć. Wszak bycie terapeutą to nie zajmowanie się sobą, a kimś innym. W tym pragnieniu można usłyszeć kontynuowanie delegacji rodzinnej do służenia innym, trudność w zaopiekowaniu się sobą i pozostawaniu w roli pacjenta. U osób, które w trakcie psychoterapii wyrażały chęć zostania psychoterapeutą, dominowała trudność w zobaczeniu własnego życia psychicznego. W swoim systemie rodzinnym miały szerokie doświadczenia zajmowania się innymi, służenia im kosztem siebie, były zaniedbywane przez swoich rodziców. W tym znaczeniu myśl o byciu psychoterapeutą, czyli leczeniu innych, byłaby kontynuacją nadużywania siebie. W przeciwprzeniesieniu może budzić złość, że pacjent nie zajmuje się pracą nad zmianą w sobie i że wspieranie go w rozwijaniu tej myśli byłoby wspieraniem jego zaniedbywania siebie.

Myślę też, że w tym pragnieniu pacjenta wyraża się brak możliwości przyjęcia opieki od psychoterapeuty – pacjent sam chce siebie uzdrowić poprzez studiowanie psychoterapii. Jego dotychczasowe doświadczenia osób, które się nim opiekowały, oczekując podporządkowania i tłumiąc jego niezależność, sprawiają, że brakuje mu ufności, iż psychoterapeuta nie nadużyje go i pomoże mu rozkwitnąć.

Mechanizmy psychoterapeuty sprzyjające nadmiernej identyfikacji i idealizacji przez pacjenta

W relacji terapeutycznej wspieramy autonomię pacjentów i jednocześnie zaspokajamy ich symbiotyczne potrzeby oparcia i posiadania punktu odniesienia, życzliwości i więzi. Są one wyjątkowo silne u ludzi, którzy w wieku dziecięcym nie doświadczyli bliskości i ciepła.

Mogą oni zostać łatwo wykorzystani przez osoby mające autorytet [11]. Poniżej omówię mechanizmy po stronie psychoterapeuty, które sprzyjają identyfikacji i idealizacji przez pacjenta, takie jak: poczucie siły i wpływu, nieodsłanianie się terapeuty, wpływ cyklu życia rodziny terapeuty, narcystyczne gratyfikacje oraz utrzymywanie granic terapeutycznych.

Kottler [12] pisze o modelującym wpływie osobowości terapeuty oraz o tym, że status terapeuty stwarza poczucie siły. Ucząc pacjentów, w jaki sposób stosować terapię wobec siebie samych, stopniowo przekazujemy im tę siłę. Żeby stawiać wymagania pacjentom, musimy być zintegrowani w sensie fizycznym, emocjonalnym i intelektualnym. Skuteczny terapeuta to przede wszystkim ktoś, kto jest życzliwy, troszczy się o innych, nie eksploatując ich przy tym, nie uzależnia innych od siebie oraz uczy ich, w jaki sposób mogą uczyć się sami. Oczywiście identyfikacje przebiegają różnie w zależności od systemu terapeutycznego, niektóre są planowaną interwencją, natomiast w artykule próbuję opisać te przypadki, które prowadzą pacjenta na manowce powtarzania zależności od osób znaczących.

Decydując się na pracę psychoterapeuty, wybieramy zajęcie, które z definicji charakteryzuje dystans do siebie. Jesteśmy obecni przy pacjencie, nie ujawniając informacji na temat swojego życia. Nieodsłanianie się psychoterapeuty może jednak sprzyjać idealizacji ze strony pacjenta. Chociaż tak naprawdę odsłaniamy się nieustannie, na przykład poprzez wystrój gabinetu, ubiór czy styl wysławiania się, nie mówimy o sobie [6]. Często pacjent nie wie, czy terapeuta jest w małżeństwie, a nawet jeśli nosi obrączkę, to czy nie jest to zwykła biżuteria. Nie wie, czy ma dzieci i jak sobie radzi w życiu prywatnym. Może widzieć dyplomy na ścianach, które świadczą o sukcesie i wykształceniu, a mijając innych pacjentów, może fantazjować o popularności terapeuty i o tym, że jest on dobry w swoim fachu. W celu uniknięcia nadmiernej idealizacji można poddać pod rozwagę liczbę dyplomów wiszących na ścianie gabinetu, ograniczając się do tych kluczowych, potwierdzających kwalifikacje, które jesteśmy zobowiązani okazać. Freud przestrzegał psychoanalityków przed uleganiem pokusie, żeby prezentować się jako wspaniali zbawcy, uzdrowiciele, prorocy [8]. Dotyczy to uczciwości w przedstawianiu pacjentom potencjalnych rokowań, skuteczności terapii czy prezentacji siebie na stronie internetowej reklamującej praktykę. Nadmierna idealizacja w relacji terapeutycznej powoduje umniejszanie pacjenta. Zmniejszenie tej idealizacji można wprowadzić poprzez urealnienie siebie [6], stopniowe „odczarowanie", co pozwoli pacjentowi na akceptację ludzkich ograniczeń, ale też nie narazi go na przedwczesny lęk, że terapeuta jest taką samą osobą jak inni i nie można o nim myśleć jako o oparciu.

Dla leczenia pacjentów najbardziej niebezpieczne są nasze zaburzenia [13]. Efekty terapii zależą nie tylko od rodzaju diagnozy i wiedzy psychoterapeuty, ale też od jego zdrowia psychicznego.

Bardzo ciekawy wątek stanowi wpływ cyklu życia rodziny psychoterapeuty na jego pracę. Autorzy zwracają uwagę na to, jak satysfakcjonujące relacje w życiu prywatnym pozwalają na zaspokojenie narcystycznych i symbiotycznych potrzeb psychoterapeuty poprzez pozytywne emocjonalne doświadczenia w rodzinie. Niemniej, zależnie od fazy rozwoju rodziny psychoterapeuty, nadal mogą istnieć okoliczności, które sprzyjają wzmocnieniu identyfikacji z terapeutą i jego idealizacji. Zbliżanie się fazy pustego gniazda, gdy terapeuta przeżywa separację z własnym dzieckiem, może kusić nadmiernym zbliżeniem się do pacjenta i trudnością w przeżywaniu jego separacji. Może też dochodzić do wzmac-

niania idealizującego przeniesienia w sytuacji, gdy terapeuta przeżywa pragnienie bycia idealnym rodzicem i wchodzi w rywalizację z rodzicami pacjenta. Gdy terapeuta nie ma własnej rodziny lub ma niesatysfakcjonujące relacje z bliskimi, może pojawić się ryzyko realizowania swoich potrzeb emocjonalnych w relacjach z pacjentami.

W pracy zawodowej przeżywamy narcystyczne gratyfikacje wynikające z roli psychoterapeuty [14]. Pracujemy cały dzień z pacjentami, dla których jesteśmy bardzo ważni i którzy mogą nas idealizować. Niezależnie od tego, jak kompetentni jesteśmy, pacjenci czują, że ich obowiązkiem wynikającym z roli jest zachwyt i podziw dla psychoterapeuty, jeśli zależy im na relacji [15]. Nie w pełni zdajemy sobie sprawę z zakresu swojej władzy, a sytuacja terapeutyczna wzmacnia poczucie wielkości i nieświadome fantazje o własnej omnipotencji. Przeciwwagą może być przebywanie wśród ludzi, dla których nie ma wielkiego znaczenia, co robimy zawodowo lub bycie rodzicami małego dziecka, co stanowi dobre zrównoważenie narcystycznej omnipotencji. Narcystyczne nadużycie pragnienia identyfikacji ze strony pacjenta pozostaje zawodowym tabu [8].

Kolejnym ważnym mechanizmem utrzymującym relację terapeutyczną w ramach, w których może odbywać się przynosząca pozytywne skutki praca terapeutyczna, są granice, dzięki którym doświadczenie terapeutyczne jest przewidywalne i konsekwentne. Granice minimalizują ryzyko pomieszania ról i niebezpieczeństwo wykorzystania pacjenta. Zakłócenia granic pacjenta i terapeuty mogą w sposób bardzo silny wpłynąć na relację [1]. Kiedy nie ma wyraźnie wytyczonych granic, następuje ich rozmycie, a pacjent nie odróżnia siebie od terapeuty. Sprzyja temu niejasno sformułowany kontrakt terapeutyczny lub, co gorsza, jego brak: nieprecyzyjny podział ról pacjenta i terapeuty oraz nieokreślone cele pracy, które w całości tworzą niejasność sytuacji terapeutycznej. Przeciwieństwem takiego stanu jest izolacja, kiedy granice są zbyt sztywne i pacjent nie doświadcza żadnego kontaktu z terapeutą. Występuje ona, gdy terapeuta nie okazuje pacjentowi życzliwości i nie prezentuje się jako autentyczny, obecny i żywy uczestnik relacji. Zachowania terapeuty, które przyczyniają się do powstania niezdrowych granic, to uprzedmiatawianie pacjenta w celu zaspokojenia własnych potrzeb (np. w władzy czy bliskości) zamiast potrzeb pacjenta oraz zachowania impulsywne terapeuty. Należy przy tym rozróżnić zachowania impulsywne od spontanicznych, związanych z troską o pacjenta. Spontaniczność jest atutem w pracy klinicznej.

Osiąganie niezależności przez pacjenta

Warunkiem zintegrowanego, stabilnego ego i dobrych relacji z obiektem jest dobry uwewnętrzniony obiekt. Integracja oznacza życie w pełni, kochanie i bycie kochanym przez obiekty wewnętrzny i zewnętrzny [16]. Kohut podkreślał, że w relacji terapeutycznej terapeuta powinien służyć pacjentowi jako self obiekt, pozwolić na to, żeby pacjent wykorzystał go w procesie własnego rozwoju [17]. Musi również szanować potrzebę idealizacji i odnieść się do tej strategii obronnej pacjenta w sposób, który przyniesie mu największą korzyść [15].

W systemie rodzinnym, w którym występowały siły symbiotyczne, pacjent był nagradzany za nieodróżnianie się od rodziny pochodzenia, a karany za bycie innym, odczuwanie innych pragnień. Powtarza się to w relacji z terapeutą: pacjent stara się upodobnić do

niego w obawie przed jego gniewem, gdyby chciał dążyć do niezależności; pragnie jego pochwały i próbuje przypodobać się mu, wchodząc w rolę ucznia i kontynuatora jego pracy. Tematem terapii staje się wtedy odkrywanie własnej autonomii pacjenta. Prawdziwa autonomia oznacza, że nie musi się podporządkowywać nikomu i jest w stanie kierować się własnym wewnętrznym kompasem [18].

Istnieją trzy formy autonomii: samostanowienie, podejmowanie niezależnych działań i samokontrola [18]. Odkrycie i rozwój ja polega na ponownym rozpoznaniu własnych umiejętności, uzdolnień i zainteresowań oraz poszukiwaniu swojej tożsamości w sobie samym, a nie w drugiej osobie. Rolą psychoterapeuty byłoby w tym kontekście wsparcie pacjenta w ekspresji pojawiających się części składowych autentycznej tożsamości oraz praca nad lękiem powodowanym groźbą separacji – pacjenci o cechach zależnych obawiają się oddzielenia, na przykład zakończenia terapii. U pacjentów o nieokreślonym ja występuje brak dobrze regulowanej, skierowanej na cel agresji. Wzmacniana jest natomiast myśl, że agresja jest szkodliwa i niebezpieczna, a stawanie się dorosłym przez agresję jest zabronione. W rezultacie dochodzi do zahamowania rozwoju. Tymczasem to właśnie agresja jest siłą separacji. Zadaniem terapeuty jest pomoc pacjentowi w rozwinięciu zachowań koniecznych do mobilizacji, wyrażania i regulacji agresji oraz wrogości, która będzie służyć oddzieleniu się, wyodrębnieniu się z rodziny pochodzenia i utrzymywaniu satysfakcjonujących relacji z ludźmi.

W dobrze prowadzonej terapii różnice kompetencji nie są wykorzystywane do budowania hierarchicznych relacji, ale do minimalizowania różnic w zakresie posiadanej wiedzy i umiejętności. Stwarza to z jednej strony bliskość między terapeutą a pacjentem, a z drugiej – motywuje do nauki i rozwoju, dzięki czemu pacjent może rozwijać niezależną osobowość.

Zadaniem terapeuty jest zaprosić pacjenta do wejścia „w dorosłość", w której terapeuta odgrywa rolę ojca: reprezentuje szeroki świat zewnętrzny, opowiada o tym, co w nim ekscytuje, zapewniając, że można to osiągnąć; dostarcza gratyfikacji, a przy tym pozostaje ostrożny w podkreślaniu swojego znaczenia.

Podsumowanie

Zjawisko, kiedy w trakcie procesu psychoterapii u pacjenta pojawia się pragnienie zostania psychoterapeutą, można rozumieć jako mechanizm zależności pacjenta i zahamowania w rozwijaniu swojej tożsamości. Psychoterapeuta staje się kolejną osobą, z którą pacjent nadmiernie się identyfikuje i idealizuje ją, co jest wyrazem lęku przed indywiduacją i określaniem swoich pragnień i dążeń. Pomocne staje się badanie, czy pacjent wykazuje cechy osobowości zależnej i czy wchodzi w nadmierne identyfikacje z innymi bliskimi osobami. Podczas obserwacji swoich uczuć przeciwprzeniesieniowych warto zwrócić uwagę na te, które pojawiają się, gdy pacjent odnosi się do osoby terapeuty i gdy wyraża chęć bycia jak on. Warto wówczas zadać sobie pytanie, czy pod początkowym samozadowoleniem i zachwytem sobą pojawi się dyskomfort i uczucie, że nie jest to autentyczne self pacjenta, tylko próba pożyczenia self terapeuty. Wtedy można podjąć pracę nad zwróceniem pacjenta do jego wnętrza, gdzie być może przeżywa pustkę, brak i niejasność.

W przypadku psychoterapeuty zjawisko nadmiernej identyfikacji i idealizacji przez pacjenta sprzyja utrzymywanie myślenia o sobie w superlatywach i przeżywanie wyższościowości w relacjach z pacjentami. W takich sytuacjach niezmiennie pomocne jest regularne i nieustające korzystanie z superwizji, niezależnie od poziomu wykształcenia, oraz dbanie o równowagę życia prywatnego, które dostarczy satysfakcji i zaspokoi potrzeby, co umożliwi lepsze prowadzenie trudnej pracy terapeutycznej.

Chociaż psychoterapia nie jest wychowywaniem przyszłych psychoterapeutów, może przysłużyć się przekazywaniu wsparcia i pomocy, a zdrowienie pacjenta sprawia, że może on zacząć pracować na rzecz innych.

Piśmiennictwo

1. Gelso CJ, Hayes JA. Relacja terapeutyczna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
2. Sass-Stańczak K, Czabała JC. Relacja terapeutyczna – co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii? Psychoterapia 2015; 1(172): 5–17.
3. Kleszcz-Szczyrba R. Wybrane cechy pacjenta i terapeuty a powodzenie psychoterapii na przykładzie filmu „Buntownik z wyboru" (Good Will Hunting). W: Brol MH, Skorupa AB, red. Psychologiczna praca z filmem. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2014, 151–182.
4. Czabała JC. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2010.
5. Kleszcz-Szczyrba R. „Pomagać sobą" – rozważania na temat czynników niespecyficznych w psychoterapii związanych z osobą psychoterapeuty. Psychoterapia. 2010; 4(155): 61–72.
6. Wachel PL. Komunikacja terapeutyczna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
7. Thoma H, Kaschele H. Podręcznik terapii psychoanalitycznej 2. Dialog psychoanalityczny. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1996.
8. McWilliams N. Diagnoza psychoanalityczna. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2022.
9. Gabbard GO. Długoterminowa psychoterapia psychodynamiczna. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
10. Millon T, Davis R. Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2005.
11. Johnson SM. Osobowość symbiotyczna i jej leczenie. Warszawa: Oficyna Związek Otwarty; 2023.
12. Kottler JA. Skuteczny terapeuta, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
13. Ambroziak J, Namysłowska M, Namysłowska I. Wpływ cyklu życia rodziny psychoterapeuty na jego pracę. Doświadczenia własne. Psychoterapia. 2015; 4(175): 35–42.
14. McWilliams N. Psychoterapia psychoanalityczna. Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia; 2011.
15. Wallin DJ. Przywiązanie w psychoterapii. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2011.
16. Klein M. Zawiść i wdzięczność. Pisma. Tom III. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021.

17. Gabbard GO, Wilkinson SM. Przeciwprzeniesienie w terapii pacjentów borderline. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2020.
18. Ruppert F. Symbioza i autonomia. Trauma symbiotyczna i miłość wolna od uwikłań. Warszawa: Wydawnictwo Virgo; 2020.

Adres: karolinasosnik@gmail.com

Fundacja Rozwoju Myśli Psychoterapeutycznej
zaprasza na

FORUM TERAPII RODZIN

**„Pomiędzy ramą terapeutyczną, a relacją
Vademecum terapeutów rodzinnych"**

22-23.05.2026 r.
Warszawa

Z każdym rokiem nasze Forum rozwija przyjętą pierwotnie formułę spotkania, polegającego na wymianie doświadczeń i czynnego, naprawdę bardzo czynnego, uczestnictwa wszystkich zebranych osób. Wyjątkowo planujemy, aby efekt naszej wspólnej pracy warsztatowej został spisany, zredagowany, a potem wydany w formie Vademecum Terapeutów Rodzinnych.

Gościem specjalnym tegorocznego Forum jest prof. Barbara Józefik, która wygłosi referat pt. „Terapeuta rodzinny w przestrzeni relacji", na który już dzisiaj serdecznie zapraszamy.
Częścią tegorocznego Forum jest wspólny sobotni poranny spektakl w „Och Teatr" grupy znanej polskim psychoterapeutom „Teatr Hey!Now!" z Krakowa, który będzie bazą do późniejszej wspólnej pracy warsztatowej.

W pierwszym dniu Forum będziemy mogli posłuchać wykładu Anny Szczepaniak pt. „Kiedy ciało staje się świadkiem relacji. O seksualności, traumie i lukach do uzupełnienia w słowniku terapeuty rodzinnego". Czyli o tym, czy rozmawiamy, a jeśli tak, to jak rozmawiamy z rodzinami m.in. o seksualności.

Poza tym zależy nam na tworzeniu społeczności terapeutek i terapeutów rodzinnych i młodzieżowych, dlatego serdecznie zapraszamy na spotkanie w piątkowy wieczór w przyjaznej dla inicjatyw społecznych Spółdzielni Socjalnej Bochena przy muzyce, lampce wina i jedzeniu przygotowanym przez przepyszną kuchnię Wędrownych Kobiet.

Fundacja Rozwoju Myśli Psychoterapeutycznej

PTPI SEKCJA NAUKOWA TERAPII RODZIN

PSYCHOTERAPIA
kwartalnik
Sekcji Naukowej Psychoterapii
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

PSYCHOTERAPIA 1 (216) 2026
STRONY: 43–55
DOI: 10.12740/PT/216063

Sabina Przybyś[1]

PRZENIESIENIE – PRZECIWPRZENIESIENIE W PROCESIE ROZWOJU GRUPY PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ

Transference – countertransference in the process of development of a psychotherapy group

[1]Mazowiecki Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii Zielona Med

transference
countertransference
group psychotherapy stages

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest omówienie fenomenu przeniesienia – przeciwprzeniesienia w kontekście psychoterapii grupowej, ze szczególnym uwzględnieniem zmian tego zjawiska w zależności od faz pracy grupy terapeutycznej.
W artykule powołano się na teorię rozwoju grup opracowaną przez Yvonne M. Agazarian oraz Richarda Petersa, wywodzącą się z założeń Systems-Centered Therapy (SCT). Odniesiono się również do stadiów pracy grupy opisanych przez Irvina Yaloma.
Scharakteryzowano zwięźle istotne aspekty przeniesienia i jego główne rodzaje w procesie psychoterapii grupowej. Uwrażliwiono czytelnika na ambiwalentny charakter przeniesienia, a zatem na odczytywanie tego, co bezpośrednio obecne w komunikacji grupy, ale i tego, co niewypowiedziane, tego, co na wierzchu i tego, co pod spodem.
Wykorzystano przykłady kliniczne pochodzące z praktyki autorki dla lepszego zrozumienia omawianych zagadnień. Wskazano potencjalne trudności, jakich mogą doświadczać terapeuci pod wpływem przeciwprzeniesieniowych odczuć na poszczególnych etapach prowadzenia psychoterapii w grupie. Artykuł może okazać się pomocny w diagnozowaniu problemów i potrzeb grupy, jak również dobieraniu sposobu pracy oraz rodzaju zaangażowania psychoterapeuty po uwzględnieniu etapu jej istnienia.

Summary

The aim of this article is to discuss the transference–countertransference phenomenon with reference to group psychotherapy, especially in relation to the stages of group development.
The author of the article quotes the theory of group development created by Yvonne M. Agazarian and Richard Peters, which derives from Systems-Centered Therapy (SCT). She also mentions the stages of group work described by Irvin Yalom.
The most important aspects of transference and its main types are briefly considered with reference to group psychotherapy. Through this article, the reader's attention is drawn to the ambivalent nature of transference. Readers will notice what is evident and directly present in group's communication, as well as what is hidden, omitted and passed over in silence. The text includes clinical examples from the author's workplace that help understand this phenomenon. The author points to potential

difficulties that may be experienced by therapists under the influence of countertransference during different stages of group psychotherapy.

Wprowadzenie

Przeniesienie to zjawisko polegające na odtworzeniu się w teraźniejszości pochodzących z przeszłości (na ogół z dzieciństwa) wzorców przeżywania. Emocje przynależne wcześniejszym relacjom podmiotu wpływają na jego aktualną percepcję i przenoszone są na inne obiekty. Przeniesienie to powtarzanie zamiast pamiętania. Ma charakter nieświadomy [1, 2].

Natomiast przeciwprzeniesienie – w ujęciu klasycznym (wąskim) – definiowane jest jako nieświadoma reakcja psychoanalityka na przeniesienie pacjenta. Podejście takie pozostaje bliskie zaleceniu Freuda, by analityk przezwyciężał swoje przeciwprzeniesienie, ponieważ jego główne źródło upatrywane jest w neurotycznych konfliktach analityka.

W niniejszym artykule autorka posługuje się terminem przeciwprzeniesienie w ujęciu szerokim (totalistycznym). Przeciwprzeniesienie tak ujmowane postrzegane jest jako całkowita reakcja emocjonalna analityka na pacjenta w sytuacji terapeutycznej. Oznacza to, że poza świadomymi i nieświadomymi reakcjami na przeniesienie pacjenta, przeciwprzeniesienie jest także odpowiedzią na jego sytuację, zaspokaja również własne potrzeby analityka związane z rzeczywistością oraz jego potrzeby neurotyczne. W tym ujęciu zaleca się aktywne, techniczne korzystanie z przeciwprzeniesienia [3].

Rodzaje przeniesienia

W grupach można wyróżnić przeniesienie grupowe (grupa – terapeuta, grupa – pacjent, grupa – instytucja) oraz indywidualne (pacjent – terapeuta, pacjent – grupa, pacjent – pacjent, pacjent – instytucja) [4]. Jeśli grupa prowadzona jest przez dwóch terapeutów lub gdy w skład zespołu wchodzi dodatkowo obserwator, zjawisko przeniesienia pojawia się również w teamie terapeutycznym.

W przeniesieniu grupowym grupa jako całość podziela nieświadomą fantazję dotyczącą terapeuty, jednego z członków lub instytucji, w ramach której prowadzone jest leczenie. Przeniesienie grupowe cechuje się dużą intensywnością, przez co łatwo budzi przeciwprzeniesienie. Takie przeciwprzeniesienie z kolei często bywa przeżywane jako przytłaczające, zalewające, wszechogarniające. Jest trudne do opanowania i wywiera presję do przyjęcia określonej postawy. Przeniesienie grupowe potrafi być źródłem zmasowanego oporu. Pod jego wpływem grupa wtłacza członków w określone role, co ma prowadzić do rozwiązania nieświadomego problemu [5].

Rola terapeuty sprzyja reakcjom przeniesieniowym, zarówno pozytywnym, jak i negatywnym. W przeniesieniu pozytywnym prowadzący grupę uważany jest za mądrego, uczestnicy rywalizują o jego uwagę, prezentują postawy zależności i uległości. Wówczas nawet gafa, niedociągnięcie, zakłopotanie terapeuty traktowane są jako część jego tajnej taktyki, przemyślanego postępowania wobec grupy. W przeniesieniu negatywnym terapeuta zawodzi, jest bezużyteczny, słaby, niekompetentny. Może być powodem cierpienia i nadużyć [6].

Przeniesienie grupowe, podobnie jak indywidualne, ma charakter ambiwalentny. Oznacza to, że przykładowo pragnieniu bliskości z terapeutą, bycia przez niego wyróżnionym, towarzyszy jednocześnie lęk przed taką sytuacją. O tym, jaki aspekt przeniesienia ujawnia się jako pierwszy, decydują te emocje pacjenta, które są bardziej lękogenne. Dla przykładu występujące od razu przeniesienie negatywne można rozumieć jako wyraz lęku przed zaangażowaniem uczuciowym [7]. W psychoterapii indywidualnej, żeby odczytać ambiwalentny charakter przeniesienia, czasem potrzebujemy ujawnienia się obydwu jego wymiarów. Wtedy możemy pomóc pacjentowi w integracji rozszczepionych aspektów przeżywania.

W psychoterapii grupowej ambiwalencję przeniesienia można poznać po podziale członków na „obozy" reprezentujące różne jego wymiary. Czasem wymiar, który nie jest nazywany wprost, umykający pacjentom zabierającym głos, przeżywany jest przez milczących członków grupy. Kiedy terapeuta zwraca się do nich, zachęcając ich do wypowiedzenia swoich myśli i odczuć, pozwala na jego ujawnienie. Bardzo istotne, by o tym pamiętać, ponieważ gdy większość członków opowiada się za jednym wymiarem i towarzyszą temu intensywne emocje, łatwo ulec takiemu ograniczonemu rozumieniu rzeczywistości grupowej. Natomiast gdy terapeuta kontaktuje się w przeciwprzeniesieniu z niewypowiadanym wymiarem przeniesienia, trudno mu „przeciwstawić się" myśleniu i przeżywaniu przeważającej liczebnie, rozemocjonowanej grupy.

Ambiwalentna natura przeniesienia przez Greensona nazywana jest przeniesieniem obronnym. Pacjent może bronić się na przykład przed romantycznymi i erotycznymi uczuciami do terapeuty lub innego członka grupy poprzez uporczywą wrogość albo skrajny racjonalizm, chłód emocjonalny, poprawność kosztem żywości uczuć.

W związku z ambiwalentnym charakterem zjawiska przeniesienia w psychoterapii mamy też do czynienia z tak zwanym przeniesieniem opartym na rozszczepieniu. Wówczas pacjent indywidualny (lub grupa), żeby poradzić sobie z ambiwalencją, kieruje skrajnie różne emocje do dwóch różnych obiektów [7]. W grupach zjawisko to często pojawia się w odniesieniu do dwóch terapeutów prowadzących.

Właściwe zrozumienie i skomentowanie przeniesienia grupowego wymaga często od terapeuty znacznego wysiłku, by nie ulec wpierw jego naciskowi i nie dokonać rozegrania w działaniu. Natomiast w przypadku przeniesienia indywidualnego w grupie uczestnicy mogą być bardzo pomocni w zmniejszeniu siły reakcji przeniesieniowej, oferując trzecią pozycję.

Dla przykładu grupa działała łagodząco na przeniesienie indywidualne pacjentki, która pozostawała w poczuciu krzywdy i wrogim nastawieniu do swojej matki, ale miała równocześnie przyjazne relacje z rodzeństwem. Siostry i brata także uznawała za ofiary matki. Gdy pacjentka zaczęła w analogiczny sposób przeżywać terapeutkę, grupa próbowała pokazać jej, że wiele z interwencji terapeutki miało na celu jej pomóc i że oni sami nie czują się podobnie pokrzywdzeni przez prowadzącą.

W pierwszej kolejności terapeuta powinien zawsze analizować przeniesienia grupowe, ponieważ angażują one poszczególnych członków na tyle mocno, że nie ma przestrzeni do pracy nad indywidualną problematyką [4].

Greenson wymienił charakterystyczne cechy uczuć przeniesieniowych: nieadekwatne, nieodpowiednie do sytuacji, nadmiernie silne lub zbyt blade, zmienne, nieprzewidywalne,

sztywne, stereotypowe [8]. Takich cech przeniesienia doświadczamy zarówno w terapii indywidualnej, jak i grupowej, a także w życiu.

Zazwyczaj przeniesienie aktywizuje się jeszcze przed pierwszym spotkaniem w gabinecie. Posłużę się przykładem, kiedy to pacjentka na pierwszej konsultacji kwalifikującej do grupy weszła do gabinetu, a na jej twarzy pojawiło się wyraźne zaskoczenie pomieszane z rozczarowaniem. Okazało się, że kobieta spodziewała się dużo starszej terapeutki. Jeden z pacjentów stwierdził natomiast na spotkaniu grupowym, że jest bardzo zaskoczony, ponieważ założył, że współuczestnikami będą „wariaci", a nie zwykli ludzie z problemami takimi jak jego.

Choć członkowie grupy pod wpływem przeniesienia będą postrzegać prowadzącego i siebie nawzajem w nierealistyczny sposób, to specyfika poszczególnych etapów terapii także ma swój udział w kształtowaniu ich percepcji. Znajdują się oni bowiem w nowej, nieznanej sytuacji, wśród wielu osób, o których wiedzą tylko to, że mają problemy natury psychicznej. Sami z kolei zwykle borykają się z objawami od dłuższego czasu, często latami. Kiedy tak na to spojrzymy, wówczas zjawiska przeniesieniowe – takie jak choćby początkowa idealizacja terapeuty – przestają zaskakiwać, podobnie jak nieuchronne rozczarowanie liderem, który nie okazał się uzdrowicielem i cudotwórcą.

Przeniesienie oraz odpowiadające mu przeciwprzeniesienie są wypadkową wielu różnych czynników – osobowości i przedziału wiekowego uczestników, celu, dla realizacji którego grupa została powołana, jej charakteru (długoterminowa *vs.* krótkoterminowa; otwarta, półotwarta, zamknięta; homogeniczna *vs.* heterogeniczna), a także liczebności grupy, stylu prowadzenia, źródła finansowania leczenia, faz procesu psychoterapii [6]. W niniejszym artykule skupię się na omówieniu zjawisk przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowych w powiązaniu z etapami leczenia.

Dynamika rozwoju grupy

Naturalnie każda grupa rozwija się na swój wyjątkowy sposób, ponieważ składa się z unikatowych ludzi o różnych osobowościach i rozmaitych stylach funkcjonowania interpersonalnego. W artykule przedstawię dynamikę grupową opisaną przez Yvonne M. Agazarian i Richarda Petersa w zestawieniu z odpowiadającymi jej stadiami formowania się grupy Irvina Yaloma.

Koncepcja Agazarian i Petersa wywodzi się z założeń *Systems-Centered Therapy* (SCT), rozwijanej od lat 80. XX wieku. Grupa w tym ujęciu to zorientowany na cel oraz zdolny do samoregulacji „żywy system".

W SCT grupa ma wymiar trzech systemów: indywidualnego, członkowskiego oraz grupowego (grupa jako całość). Przejściowo pojawia się także czwarty podsystem, gdy w grupie wyłaniają się podgrupy. Systemy te funkcjonują w powiązaniu ze sobą, są od siebie zależne. Agazarian porównuje je z rosyjskimi matrioszkami – system „pod" wpływa na system „nad" i odwrotnie [9].

Typologia faz grupy według SCT jest jedną z wielu propozycji ujmowania rozwoju grupy, poczynając od Foulkesa [10]. Agazarian i Peters wskazują, że rozwój grupy przebiega poprzez sekwencję faz związanych z różnymi rodzajami lęku systemowego oraz wynikającymi z nich obronami. Na każdym etapie grupa stawia sobie zadania adaptacyjne: od

regulowania zależności i potrzeby ochrony (faza zależności od lidera), poprzez negocjowanie różnic i separacji (faza zależności od grupy), aż po zdolność do współpracy i mentalizacji (faza współzależności i pracy). W SCT podkreśla się, że manifestacje przeniesienia i przeciwprzeniesienia są nie tylko relacyjnym zjawiskiem po stronie jednostki, ale także sposobem, w jaki cała grupa reguluje napięcie i utrzymuje spójność. W tym podejściu presja wywierana na terapeutę oraz „zwarcie ról" (ang. *role lock*), czyli sytuacje, w których grupa narzuca terapeucie lub jednostce konkretną funkcję, rozumiane są jako sposoby utrzymywania równowagi systemu [11].

Trudno precyzyjnie określić czas trwania poszczególnych faz. Im bardziej zaburzeni są pacjenci w grupie, tym dłużej odbywa się praca na etapie wstępnym [12]. Dla przykładu w grupie składającej się głównie z osób z doświadczeniami przemocy oraz znacznej niestabilności w rodzinach pierwotnych (w szczególności z powodu nadużywania alkoholu przez rodzica/rodziców) już w pierwszym miesiącu pracy pojawił się konflikt między dwoma pacjentami. Źródłem konfliktu był sposób radzenia sobie członków w sytuacjach niepewności i lęku. Będąc w nowej sytuacji, spodziewali się niebezpieczeństwa i zagrożenia, więc sami zaczęli je wywoływać, by obniżyć napięcie związane z wyczekiwaniem na nie oraz mieć poczucie wpływu i kontroli. Ostatecznie spowodowało to drop out jednego z pacjentów uczestniczących bezpośrednio w konflikcie oraz zakłócenie na dłuższy czas budowania wzajemnego zaufania, a także podejmowanie ostrożnych, powierzchownych tematów, unikanie wzajemnych odniesień i interakcji.

Zdarza się też, że niektóre grupy ulegają rozpadowi, zanim dotrą do fazy separacji-indywiduacji. Dzieje się tak, gdy w grupie dominują pacjenci z zaburzeniami borderline oraz narcystyczni, którym trudno mierzyć się z depresją związaną z utratą [12].

Problematyka fazy zależności od lidera dotyczy kwestii uzależnienia realizacji potrzeb od obiektu, opieki i władzy. Ujawnia się poprzez ucieczkę w zależność, przeciwzależność oraz walkę z autorytetem. Na tym etapie silne pragnienie zależności miesza się z lękiem przed nią.

Gdy pojawia się ucieczka w zależność, dominuje założenie, że ratunkiem dla całej grupy i jej poszczególnych członków jest podległość liderowi. To na nim całkowicie spoczywa odpowiedzialność za bezpieczeństwo, powodzenie i przetrwanie grupy. Jest on jej postacią centralną, a początkowo też jedynym spoiwem. Konflikt między chęcią uzyskania pomocy od terapeuty a złością spowodowaną uczestniczeniem w napawającym lękiem i niepewnością doświadczeniu grupowym rozwiązywany jest poprzez rozszczepienie i obronną idealizację terapeuty [13]. Prowadzący staje się wybawicielem, bogiem, wszechwiedzącą i wszechmocną istotą (Bionowskie *Basic Assumption: Dependency* – założenie podstawowe: zależność) [14].

Wstępny etap obejmuje także szukanie podobieństw, łączenie się w homogeniczne pary, podgrupy [15]. To również badanie, kto ze współuczestników jest przychylny, a wobec kogo lepiej być ostrożnym. Tematy wnoszone przez poszczególne osoby utrzymywane są na bezpiecznym poziomie racjonalnego podejścia do trudności [6].

W przypadku przeciwzależności grupa dzieli się na podgrupy reprezentujące pozytywne i negatywne przeniesienie, powoli pojawia się tematyka agresywności. Uwidaczniają się złość i rozczarowanie w stosunku do terapeutów, związane z załamaniem fantazji o fuzji z idealnie zaspokajającym obiektem. Elementem jednoczącym grupę staje się wspólny

wróg. Jest to moment, kiedy w grupie może zostać wyłoniony kozioł ofiarny. Dominują pasywno-agresywne walki [13].

Przykłady kliniczne

Ucieczka w zależność (dwuletnia grupa, która w pierwszym roku miała charakter półotwarty, w drugim – zamknięty; w skład grupy wchodzili pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi oraz zaburzeniami osobowości w wieku 22–49 lat, pięciu mężczyzn i sześć kobiet; grupa prowadzona była przez dwie terapeutki).

Terapeutka założyła stworzenie 7–9-osobowej grupy prowadzonej w pojedynkę. Pod koniec procesu kwalifikacji okazało się, że chętnych do skorzystania z tej formy leczenia, u których nie zauważyła istotnych przeciwwskazań, zebrało się 11 osób. Ponieważ w tamtym czasie w ośrodku nie planowano stworzenia równoległej grupy, zadecydowała o włączeniu koterapeuty.

Na początku pracy grupowej terapeutka odczuwała silne poczucie winy, sugerujące, że postąpiła nie fair w stosunku do pacjentów, ponieważ o koterapeucie poinformowała ich dopiero na spotkaniu organizacyjnym, na którym podpisywali kontrakt, a nie na etapie konsultacji kwalifikujących. Faktem jest, że pacjenci dowiedzieli się o terapeucie współprowadzącym późno, jednak nadal przed podpisaniem kontraktu.

Włączenie drugiego terapeuty wydawało się racjonalne z uwagi na większą liczebność grupy i leżało w interesie pacjentów, było wyrazem troski o nich, ale też mierzenia zamiarów na siły. Poczucie winy w przeciwprzeniesieniu można tu więc rozumieć jako reakcję na złość grupy w obliczu tego, że terapeutka nie okazała się omnipotentnym liderem, który poradzi sobie sam w każdej sytuacji i nie będzie potrzebować pomocy.

Żaden z pacjentów w grupie nie wyraził wprost niezadowolenia czy złości wobec terapeutki. Było za wcześnie na to, żeby konfrontować się z potencjalnym dobroczyńcą. Początek terapii to etap, gdy pacjenci przyjmują zależne, dostosowane, bierne, uległe role. Boją się, czy zostaną włączeni do grupy.

Walka z zależnością (bezterminowa grupa półotwarta, składająca się z pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości w wieku 33–47 lat, dwóch mężczyzn i ośmiu kobiet; prowadzona jest przez dwie terapeutki).

Wywołany do mówienia zostaje pacjent, który od kilku lat uczestniczy w psychoterapii indywidualnej. Dwa lata wcześniej ukończył dwuletnią psychoterapię grupową, prowadzoną przez jedną z terapeutek grupy. Rozpoczyna się dyskusja, podczas której uczestnicy dzielą się na dwie opozycyjne podgrupy. Jedna, znacznie liczniejsza, wątpi w szanse powodzenia terapii, podkreślając nieudane – jej zdaniem – dotychczasowe wysiłki pacjenta i jego terapeutów, uwypuklając beznadzieję jego sytuacji i daremność starań. Druga docenia, że pacjent nie poddaje się i nadal szuka sposobów zdrowienia. Tematem rozmowy są też wątpliwości, czy metody leczenia były i są właściwie do niego dobierane, czy został prawidłowo zdiagnozowany. Grupa zastanawia się, czy pacjent nie jest poważnie chory psychicznie i czy nie powinien trafić do szpitala.

Sytuację tę można rozumieć jako wytypowanie kozła ofiarnego, na którego przemieszczono uczucia przeniesieniowe – złość na terapeutów i strach przed ich niekompetencją,

zbyt opieszałą reakcją, nieadekwatną oceną sytuacji, a także obawy o własne zdrowie psychiczne, powagę objawów i problemów oraz możliwość ich leczenia. Drugi aspekt przeniesienia to nadzieja, że wytrwałość w leczeniu popłaci. Pacjent nie został wyznaczony przez grupę do wypowiedzi z powodu troski czy życzliwego zainteresowania. Odbył się nad nim sąd koleżeński, ujawniający rozterki pozostałych członków.

Połączenie walki z zależnością i ucieczki w zależność (dwuletnia grupa, która w pierwszym roku miała charakter półotwarty, w drugim – zamknięty; w skład grupy wchodzili pacjenci z zaburzeniami nerwicowymi oraz zaburzeniami osobowości w wieku 22–49 lat, pięciu mężczyzn i sześć kobiet; grupa prowadzona była przez dwie terapeutki).

Poszczególni pacjenci z grupy zaczęli wnosić historie, w których, będąc w roli rodziców mających małe dzieci pod opieką, zażywali narkotyki i pili alkohol. W przytaczanych sytuacjach nie był obecny żaden trzeźwy opiekun. Opowiadali o tym w sposób zabawny, beztroski, frywolny. Gdy terapeuta odniósł się do klimatu emocjonalnego towarzyszącego tym historiom, pojawiła się zogniskowana wokół niego krytyka oraz zarzuty przypisujące mu sztywność, bycie służbistą, wyolbrzymianie, nieautentyczność i udawanie, że mu się to nigdy nie przydarzyło.

W przeciwprzeniesieniu dominował lęk, poczucie przytłoczenia i osamotnienia w obliczu wieloosobowej krytyki, a także przekonanie, że od reakcji terapeuty, jego siły i możliwości przeciwstawienia się zależą dalsze losy grupy.

Wydaje się, że z jednej strony jest tu obecne pragnienie silnego lidera, odpornego na grupową krytykę, złość, niezadowolenie, zmasowaną napaść, a z drugiej strony strach, czy przywódca nie ulegnie, nie da się skorumpować, czy pacjenci nie staną się bezbronni jak małe dzieci pod opieką nieodpowiedzialnego, słabego, ulegającego używkom rodzica.

Odpowiednikiem etapu ucieczki w zależność oraz walki z zależnością jest według Yaloma stadium orientacji. Autor określa podstawowy dylemat grupy w tym początkowym okresie jako poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: „być wewnątrz czy na zewnątrz?" [6].

Pułapką dla terapeuty w przypadku ucieczki w zależność może być podtrzymywanie wiary grupy w jego specjalne moce ze względu na płynącą z tego gratyfikację lub ze strachu przed dewaluacją w przypadku ujawnienia jakichkolwiek niedociągnięć. Zdarza się, że terapeuta wikła się pod wpływem przeciwprzeniesienia w obronę przed narzucaną mu rolą boga (np. poprzez pokazywanie pacjentom, że jest jednym z nich, zwykłym człowiekiem z wadami i zaletami, zwracanie się w komentarzach w formie „my"). Terapeuta może również, jak w tym przykładzie klinicznym, obwiniać się za brak omnipotencji i próbować rekompensować pacjentom swoją niedoskonałość na przykład przez nadmierną aktywność.

W okresie przeciwzależności grupy, pod naporem przeciwprzeniesienia terapeuta może poświęcić wybranego przez członków kozła ofiarnego, żeby samemu się nim nie stać.

W założeniach SCT celem grupy walczącej z autorytetem jest inkorporacja siły lidera poprzez bunt lub uwiedzenie. W tej fazie grupa atakuje z pozycji zjednoczonej siły, a nie z pozycji bezradności i pogubienia, gdyż zostało już ustanowione podstawowe poczucie bezpieczeństwa i rozwinęły się relacje między członkami. Jednostki lub podgrupy organizują się wokół uczynienia z terapeuty kozła ofiarnego i przejęcia jego siły. Często wypowiedzi terapeuty odbierane są jako manifestacja walki o władzę i kontrolę [12].

Grupa kieruje do terapeuty liczne pytania, ale nie po to, żeby uzyskać odpowiedź, lecz żeby ją podważyć, wykazać jego niekompetencję, skontrolować go. Podobnie

mogą pojawić się żądania porad i rozwiązań, a także odmowa zaangażowania lub postawienie terapeuty przed faktem dokonanym – grupa podejmuje swoją decyzję, żeby zatriumfować nad prowadzącym. Dla tej fazy charakterystyczne jest przeniesienie negatywne, w przeciwprzeniesieniu pojawia się natomiast lęk przed unicestwieniem. Nieuleganie naciskom, by wejść w rolę sadystycznego, odwetowego obiektu, pozwala na przepracowanie agresji wobec autorytetu, a ostatecznie na identyfikację z nim i jego normami [13].

Walka z autorytetem (bezterminowa grupa półotwarta, składająca się z pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości w wieku 33–47 lat, dwóch mężczyzn i sześciu kobiet; prowadzona jest przez dwie terapeutki).

Przykładem jest sesja, na której pacjentka zaczyna atakować terapeutki, podważając zasadę dotyczącą powstrzymywania się od picia w trakcie spotkania. Żąda wyjaśnień i uzasadnień. Podkreśla bezsensowność tej zasady. Wtórują jej kolejni pacjenci, wyrażając swoje niezrozumienie i oburzenie, uznając zasadę za nieludzką. Dopiero po kilku minutach ataku wyłania się druga frakcja w grupie, chroniąca parę terapeutów. Frakcja ta podaje swoje argumenty za podtrzymaniem zasady.

Często dyskusje dotyczące autorytetu nie przybierają takiej bezpośredniej postaci. Zamiast tego w rozmowie mogą pojawić się rygorystyczni, nieempatyczni nauczyciele, niekompetentni, nieszanujący pacjentów lekarze, dbający wyłącznie o swój interes politycy, autorytarni szefowie, nieudolni czy nieprzewidujący architekci.

Walkę z autorytetem Yalom nazywa stadium konfliktu, dominacji, buntu. Dylemat grupy określa jako „na górze czy na dole". Według autora konflikt może pojawić się zarówno między grupą a prowadzącym, jak i między członkami. Wyłania się tu bowiem hierarchia oraz „społeczny porządek dziobania". Yalom zaznacza, że walka o kontrolę często ujawnia się także w sytuacji dołączania nowego uczestnika, który zamiast uznać swoje miejsce w hierarchii i okazać szacunek członkom o dłuższym stażu, czuje się swobodnie, na równych prawach bądź próbuje dominować [6].

Zdarza się, że walka z autorytetem wywołuje przeciwprzeniesienie, pod naciskiem którego terapeuta może chcieć pokazać, „kto tu rządzi". Dla przykładu prowadzący może komentować psychopatologię pacjentów bez wyczucia odpowiedniego momentu, nie z chęci pomocy im w zrozumieniu źródła trudności, ale by pokazać, że ma nad nimi przewagę.

U Agazarian i Petersa początkiem kolejnej fazy – zależności od grupy – jest subfaza oczarowania grupą. Wtedy następuje przekierowanie energii z lidera na członków. Grupa czuje się wspaniała, silna, niezależna, nie potrzebuje terapeuty. Staje się wyidealizowaną rodziną, w której pokładane są nadzieje na zaspokojenie pragnienia bliskości. Mogą zdarzać się niedozwolone spotkania poza grupą. Ostatecznie bliskość aktywizuje dynamikę „za blisko, za daleko", co kończy się przejściem do rozczarowania. Jest to faza pseudoniezależności, w której członkowie mogą dokonywać zaprzeczenia ambiwalencji oraz uruchamiać maniakalne obrony przeciw depresji i lękowi [11].

Oczarowanie grupą (dwuletnia grupa, która w pierwszym roku miała charakter półotwarty, w drugim – zamknięty; grupa składała się z pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi oraz zburzeniami osobowości w wieku 29–46 lat, trzech mężczyzn i czterech kobiet; prowadzona była przez jedną terapeutkę).

Przykładem jest grupa mocno integrująca się w czasie przerw, kiedy to trwają żywe, przeciągające się, emocjonujące dyskusje, podczas gdy w obecności terapeuty pacjenci są raczej wycofani i powściągliwi.

W przeciwprzeniesieniu pojawia się poczucie wykluczenia, bycia nieważnym, niepotrzebnym, nieciekawym, czasem też zazdrość o relacje wewnątrzgrupowe.

Podobne zjawisko zachodzi w grupie superwizyjnej, której członkowie planują superwizje bez superwizora w gabinecie udostępnionym przez jednego z superwizantów.

Gdy członkowie grupy tracą nadzieję na symbiozę oraz kiedy załamuje się fantazja o grupowej wszechmocy, skutkuje to rozczarowaniem grupą (kolejna subfaza etapu zależności od grupy), poczuciem beznadziei, osamotnienia, rozpaczą. Następuje fragmentacja grupy na jednostki. Pacjenci przybierają alienujące, podejrzliwe postawy. Przeżywają kryzysy tożsamości, narcystyczne zranienia.

Etap ten charakteryzuje się licznymi spóźnieniami i nieobecnościami pacjentów, wycofaniem lub zmniejszeniem aktywności werbalnej (zarówno jeśli chodzi o wnoszone przez poszczególnych pacjentów treści, jak i udzielanie informacji zwrotnych), skargami na grupę, sarkazmem w wypowiedziach. Mogą pojawiać się zarzuty typu: „mówiłem to już" oraz narzekanie na powrót objawów. W przeciwprzeniesieniu terapeuta odczuwa lęk przed rozpadem grupy [13].

Niebezpieczeństwo związane z odreagowaniem przeciwprzeniesienia w przypadku oczarowania i rozczarowania grupą może polegać na podejmowaniu prób uzyskania ponownej akceptacji jej członków poprzez zachowania ulegające, chęci pokazania walorów posiadania terapeuty albo w ogóle bycia w terapii grupowej, rezygnacji z analizowania wątków związanych z niechęcią, złością, czasem pokazywaniu pacjentom, że to oni robią coś nie tak, i dlatego są zawiedzeni i źli, a także na próbie zrównania swojej pozycji z ich pozycją, by nie czuć się wykluczonym.

W koncepcji SCT, w fazie współzależności i pracy grupa potrafi już efektywnie pracować nad indywidualnymi problemami poszczególnych członków. Wnoszone tematy nie ulegają zmianie, zmienia się natomiast poziom refleksyjności, symbolicznego myślenia, zdolność do kontenerowania napięć i frustracji, znacząco wzrasta tolerowanie ambiwalencji, powstaje możliwość łączenia tego, co „tu i teraz" z tym, co „tam i wtedy". Motywem grupy jest indywidualna i wspólna odpowiedzialność za postęp i rozwój. Terapeuta staje się bardziej równorzędnym partnerem. Grupowe przeciwprzeniesienia wobec poszczególnych uczestników są bardzo cennym źródłem informacji [11].

Yalom zawiera fazy oczarowania i rozczarowania grupą oraz wzajemnej zależności i pracy w stadium spójności, w którym przeżycia i działania członków koncentrują się wokół zażyłości i bliskości, dylematu „zbyt daleko lub zbyt blisko" [6].

W przypadku psychoterapii długoterminowej fazy te mogą się wielokrotnie powtarzać. Regres może nastąpić w związku z zachodzącymi zmianami czy sytuacjami kryzysowymi. Regres nie oznacza w tym kontekście koniecznie zjawiska negatywnego, ale raczej naturalną reakcję na zagrożenie i niepewność, polegającą na zwróceniu się z powrotem do autorytetu jako osoby, w której lokowane są nadzieje i oczekiwania na rozwiązanie trudności.

Reakcja grupy na zmiany – przykład pierwszy (dwuletnia grupa, która w pierwszym roku miała charakter półotwarty, w drugim – zamknięty; w skład grupy wchodzili pacjenci

z zaburzeniami nerwicowymi oraz zaburzeniami osobowości w wieku 32–56 lat, dwóch mężczyzn i pięć kobiet; grupa prowadzona była przez dwie terapeutki).

Przykładem sytuacji ilustrującej cofnięcie się do wcześniejszej fazy rozwojowej grupy jest ta, w której w grupie pracującej półtora roku, po utracie dwóch członków w wyniku drop outów i w obliczu wątpliwości co do pozostania w niej zgłaszanych przez kolejnych uczestników, jedna z pacjentek zaczęła nawiązywać z podziwem do nieudanego zamachu na prezydenta Stanów Zjednoczonych Donalda Trumpa. Trump nie tylko przeżył zamach, ale ranny, z krwią na twarzy wstał i zaczął wymachiwać pięścią w kierunku tłumu w triumfalnym geście. Można odczytać w tym pragnienie, aby mieć niezniszczalnego, silnego przywódcę w obliczu strachu przed rozpadem grupy, ale i złość na terapeutę, wyrażaną przez postać strzelającego zamachowca, za dopuszczenie do sytuacji zagrożenia i „śmierć" kilku uczestników. Żeby „strzały i obrażenia" nie zabiły grupy, zwycięsko powstać z upadku najpierw musi lider.

W przypadku zagrożenia, niepewności czy zmian terapeuta nabiera szczególnego znaczenia i przeniesienia mogą w dużej mierze koncentrować się wokół niego, tak jak w początkach terapii.

Powyższy przykład dotyczy poważnego zagrożenia dla istnienia grupy. Bywają jednak sytuacje, w których zagrożenie nie jest tak wyraźne, takie jak wprowadzanie do grupy nowego uczestnika.

Reakcja grupy na zmiany – przykład drugi (bezterminowa grupa półotwarta, składająca się z pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości w wieku 33–47 lat, dwóch mężczyzn i sześciu kobiet; prowadzona jest przez dwie terapeutki).

Przykład dotyczy grupy bardziej zaawansowanej w rozwoju, pracującej rok. Jej członkowie zastanawiali się, gdzie usiądzie nowy uczestnik i jak reagować, jeśli zajmie ich miejsce. Czy poprosić, żeby się przesiadł, czy pozwolić mu zostać, a może dostawić wtedy obok krzesło dla siebie? Następnie dyskusja przeniosła się na terapeutę, pojawiły się wątpliwości, jak on zachowa się w razie zajęcia jego krzesła. Grupa wyraziła także chęć podpuszczenia nowej osoby i zaproponowania jej krzesła terapeuty, tak by postawić go w trudnej sytuacji i sprawdzić jego reakcję.

Odczytać tu można złość na dołączanie kolejnego uczestnika, narażanie grupy na związany z tym stres i utratę części przestrzeni. Jednak w tym przypadku członkowie grupy wyrazili także uznanie wobec terapeuty, którego odbierali jako asertywnego. Złość dotyczyła więc również faktu, że przez asertywność terapeuta nie zaspokajał różnych pragnień i oczekiwań grupy, choć z drugiej strony imponowało to jej i służyło jej rozwojowi. Uczestnicy ciekawili się, jak prowadzący zareaguje na nową sytuację, jaki da przykład postępowania. Grupa skonsolidowała się, zbiła w całość w opozycji do nowego członka, ale też do prowadzącego, który pozostał najważniejszym punktem odniesienia.

Zakończenie terapii

Ostatnia faza to kończenie leczenia i praca z lękami separacyjnymi. Kończenie stanowi jedną z trudniejszych sytuacji o charakterze egzystencjalnym.

Z jednej strony finalny etap terapii konfrontuje uczestników z nieuchronnością przemijania, a tym samym wpisanych w nie końców, strat i rozstań, co jak zauważył

Roger Money-Kyrle jest jednym z trzech (obok zależności od piersi i kreatywności pary) szczególnie trudnych do znoszenia aspektów rzeczywistości [za: 16]. Z drugiej strony następuje wówczas aktywizacja opisywanych przez Margaret Mahler (wczesne dzieciństwo) oraz Petera Blosa (adolescencja), będących częścią procesu separacji-indywiduacji lęków separacyjnych, związanych z perspektywą utraty opiekuńczego obiektu (grupa, terapeuta) oraz konieczności podjęcia samodzielnego wysiłku przyglądania się sobie i korygowania zachowań [17, 18]. Niektórzy pacjenci mogą mieć poczucie, że – podobnie jak wcześniej od rodziców – niewystarczająco dużo dostali tak od terapeuty, jak i od grupy. Inni z kolei mogą siebie obwiniać za niezadowalające, w swoim przeświadczeniu, efekty pracy. Uczestnicy mierzą się także ze wspomnieniami wcześniejszych utrat w życiu [2, 12, 15].

Kończenie terapii wzbudza żal, złość, smutek, lęk, zawód, wzruszenie, wdzięczność, ulgę. Gdy pacjenci mają problem ze znoszeniem niektórych z wymienionych uczuć, sięgają po takie mechanizmy obronne, jak:

- zaprzeczanie (wówczas pacjenci wnoszą nowe tematy, unikają świadomości zbliżającego się terminu rozstania, podejmują próby nadrobienia straconego czasu);
- regresja (pacjenci zgłaszają pogorszenie objawowe, następuje powrót postaw zależnościowych);
- obrony maniakalne (uczestnicy mogą dokonać dewaluacji grupy połączonej z idealizacją samotności bądź innych relacji spoza grupy);
- acting out (pod postacią drop outu – „opuszczę, zanim zostanę opuszczony" – oraz działań na rzecz drugiego życia, czyli próby tworzenia grupy zastępczej, szukanie nowej terapii, negocjacje dotyczące wydłużenia czasu trwania grupy) [2, 6].

W grupach terminowych, w których wszyscy pacjenci kończą leczenie jednocześnie, to szczególnie trudny moment, ponieważ konfrontuje wszystkich uczestników w tym samym czasie z perspektywą zakończenia. W przypadku grup długoterminowych poszczególni pacjenci kończą terapię w innym momencie, przez co poruszone powyżej problemy występują z mniejszą intensywnością.

Warto pamiętać, że nad problematyką końca powinniśmy pracować podczas całej terapii – na przykład przy okazji przerw świątecznych czy urlopowych. Nie powinno się zostawiać tego tematu na sam koniec.

Z obserwacji autorki wynika, że kończenie to czas, w którym przeciwprzeniesieniowy nacisk może skłaniać do odstępstw od settingu (np. chęci wydłużenia czasu trwania zarówno całej grupy, jak i pojedynczych sesji) lub „dania z siebie więcej" i wzmożonej aktywności (terapeuta pogłębiający oporowo wnoszone nowe treści, przejmujący na siebie ciężar pracy grupy). Na tym etapie terapeuci często mogą kierować się poczuciem winy i lękiem, że pacjenci jeszcze nie są gotowi do opuszczenia grupy, że za mało dostali. W innych przypadkach presja przeciwprzeniesienia popycha ich do unikania razem z pacjentami tematyki separacji, zwłaszcza że podejmowanie tematu kończenia budzi opór i wrogość. Może też skłaniać do natarczywego przypominania o kończeniu, przyspieszania, bez uwzględnienia tempa adaptacji pacjentów.

Ważne, by prowadzący uwzględnił, że faza kończenia też składa się z etapów. Są to:

— zaprzeczanie (w grupie pojawiają się sygnały zwiększonego napięcia, „przypadkowe" wypowiedzi odnoszące się do rozstań i strat; grupa słabo toleruje klaryfikacje i interpretacje);

— zależność i złość (pojawiają się wątki śmierci, pogrzebów, treści dotyczące zagrożenia, apokalipsy, poszukiwania ratunku, rozmowy toczą się wokół złych, opuszczających matek i tęsknoty za lepszymi matkami, wina przypisywana jest opiekunom; w klimacie emocjonalnym czuć rozpacz, przerażenie, wrogość, wściekłość);

— konfrontacja (uczucia mogą być nazywane w bardziej bezpośredni sposób, odnoszone do aktualnej sytuacji grupy; grupa dzieli się na osoby wyrażające lęk separacyjny i pragnienie zależności oraz tych, którzy dążą do separacji i samodzielności);

— akceptacja (pacjenci poruszają kwestie zmian, nowych relacji, rozwiązań, dokonują bilansu pracy, odnoszą się do osi czasu przeszłość – teraźniejszość – przyszłość) [19].

Zakończenie

Choć nie da się przewidzieć precyzyjnie wszelkich możliwych sposobów manifestowania się przeniesienia – przeciwprzeniesienia w psychoterapii grupowej, znajomość specyfiki poszczególnych faz rozwoju grupy jest bardzo pomocna w diagnozowaniu aktualnej sytuacji i doborze metod pracy oraz rodzaju zaangażowania terapeuty, dostosowanych do bieżących potrzeb i trudności członków.

Piśmiennictwo

1. Laplanche J, Pontalis JB. Słownik Psychoanalizy. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia; 2023.
2. Garland C. O grupach. Tom 2. Przewodnik po grupach. Podręcznik psychoanalitycznej terapii grupowej z ilustracjami klinicznymi. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2023.
3. Kernberg O. Notes on Countertransferences. Journal of the American Psychoanalytic Association, 1965; 13(1): 38–56.
4. Porter K. Rozdział 4. Opór, Przeniesienie, Dynamika prymitywnych zachowań grupy, Przeciwprzeniesienie. W: Bernard HS., Mackenzie KR, red. Podstawy terapii grupowej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004, 110–121.
5. Agazarian YM, Gantt SP. Systems-Centered Therapy for Groups. New York: Guilford Press; 2003.
6. Yalom I, Leszcz M. Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
7. Greenson RR. The technique nad practice of psychoanalysis. Volume 1. New York: Routledge; 2016.

8. Jabłońska-Dzierżawa J, Łodej-Sobańska W, Marczewska J, Pawlik J. Podstawowe procesy i zjawiska w terapeutycznej grupie analitycznej. W: Pawlik J, red. Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe. Warszawa: Eneteia; 2008, 57–105.
9. Agazarian YM. Systems-Centered Group Psychotherapy: Putting Theory into Practice. International Journal of Group Psychotherapy, 2012; 62(2): 171–195.
10. Foulkes SH. Wprowadzenie do psychoterapii grupowo-analitycznej. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
11. Agazarian YM, Peters R. The Visible and Invisible Group. London: Routledge & Kegan; 1981.
12. Łodej-Sobańska W. Proces terapeutycznego rozwoju grupy. W: Pawlik J., red. Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe. Warszawa: Eneteia; 2008, 173–196.
13. Agazarian YM. Phases of Development in the Systems-Centered Psychotherapy Group. Small Group Research. 1999; 30(1): 82–107.
14. Bion W. R. Doświadczenia w grupach i inne prace. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
15. Lorentzen S. Psychoterapia grupowo-analityczna. Leczenie zaburzeń: afektywnych, lękowych i osobowości. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2016.
16. Weiss H. Błędne mniemania, odegranie i interpretacja. W: Oelsner R., red. Przeniesienie i przeciwprzeniesienie dzisiaj. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2024, 121–140.
17. Edward J, Ruskin N, Turrini P. Separation/Individuation: Theory and Application. New York: Gardener Press; 1992.
18. Blos P. The Second Individuation Process of Adolescence. The Psychoanalytic Study of the Child. 1967; 22: 162–186.
19. Łodej-Sobańska W. Problemy związane z kończeniem psychoterapii. W: Pawlik J, red. Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe. Warszawa: Eneteia; 2008, 197–221.

Adres: sabinaprzybys@o2.pl

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

PSYCHOTERAPIA 1 (216) 2026
STRONY: 57–69
DOI: 10.12740/PT/216069

Bernadetta Janusz[1], Paulina Cofór-Pinkowska[2], Aleksandra Katarzyna Tomasiewicz[1]

O „UDERZENIU" SAMOBÓJCZEJ ŚMIERCI I PRZYJĘCIU TEGO W PROCESIE TERAPII

On the impact of suicide and accepting it in the therapeutic process

[1]Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej

[2]Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii, Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

suicide
family therapy
shame

Streszczenie

Artykuł podejmuje temat doświadczenia traumatycznej utraty związanej z samobójczą śmiercią bliskiej osoby, jak również pracy z tym doświadczeniem w terapii rodzinnej. Zwraca szczególną uwagę na rolę wstydu, poczucia winy oraz nawracającego pytania „dlaczego?" i na potencjalne zakłócenie więzi rodzinnych po tym traumatycznym wydarzeniu.
Tekst ma charakter kazuistyczny i poglądowy. Przeprowadzono analizę fragmentów sesji terapeutycznych z rodzinami po samobójczej śmierci dziecka oraz odniesiono się do literatury z obszaru teorii przywiązania i badań nad wstydem w kontekście utraty i żałoby.
Samobójstwo dziecka powoduje u rodziców zachwianie rodzicielskiej kompetencji, zakwestionowanie ich dotychczasowej tożsamości, jak również stwarza ryzyko zranień w obrębie rodzinnych więzi. Często wstyd staje się centralnym doświadczeniem, które utrudnia komunikację i przeżywanie żałoby, co dalej uniemożliwia reparację więzi oraz stopniowe przeformułowywanie swojej tożsamości. Proces terapeutyczny pozwala etapowo przełamywać wstyd, który, kiedy jest skrywany, powoduje osamotnienie, oraz dzielić się emocjami i wspólnie poszukiwać znaczeń wobec tajemnicy straty.
Terapia traumatycznej utraty wymaga od terapeuty stworzenia przestrzeni umożliwiającej wypowiadanie myśli i uczuć, które mogą być blokowane z powodu wstydu, tabu czy też chęci wzajemnej ochrony. Proces terapeutyczny jest ukierunkowany na pracę z poczuciem winy, nadanie nowych znaczeń i utrzymywanie więzi.

Summary

The article addresses the experience of traumatic loss related to the suicidal death of a loved one, as well as working with this experience in family therapy. It pays particular attention to the role of shame, guilt, the recurring question of why, as well as the potential disruption of family bonds. The text is casuistic and descriptive in nature. An analysis of fragments of therapeutic sessions with families after the suicidal death of a child was conducted, and reference was made to literature from the field of attachment theory and research on shame in the context of loss and grief.

A child's suicide causes parents to question their parental competence, challenges their previous identity, and creates a risk of harm within family bonds. Shame often becomes a central experience that hinders communication and the grieving process, which prevents the repair of bonds and the gradual reformulation of one's identity. The therapeutic process allows for the gradual breaking through of shame, which, when hidden, causes isolation, and enables the sharing of emotions and the joint search for meaning in the face of the mystery of loss.
Therapy for traumatic loss requires the therapist to create a space in which it is possible to express thoughts and feelings that may be blocked due to shame, taboo, or the desire for mutual protection. The therapy focuses on working with guilt, reframing meanings, and maintaining bonds.

Wstęp

Niniejszy artykuł koncentruje się na dwóch wybranych aspektach przeżyć rodziny po śmierci dziecka: 1) nagłości i szoku tego egzystencjalnego wydarzenia oraz 2) terapeutycznych rozmowach zmierzających do tego, aby w przeżyciach poszczególnych członków rodzinnych pojawiało się znaczenie życia osoby, która odeszła, a nie tylko gwałtowność jej, często niewyjaśnionej, śmierci.

Nagłość samobójstwa załamuje ciągłość dotychczasowego świata i „poczucia własnego ja" bliskich osoby, która odeszła. Aby opisać ten moment, odwołujemy się do pierwszych sesji terapii dwóch rodzin, które dają wgląd w tego rodzaju egzystencjalną sytuację. Opisywane zdarzenie wymyka się teoriom psychologicznym i paradygmatom psychoterapeutycznym, dlatego w artykule odwołujemy się również do poezji, która w naszym odczuciu bardziej dotyka takich kwestii, jak załamanie się dotychczasowego świata czy też brak odpowiedzi na dręczące pytanie „dlaczego?".

W drugiej części artykułu pokazujemy fragment z późniejszego etapu procesu terapii, wprowadzając trzecią rodzinę po samobójczej śmierci dziecka. Przykład ten ilustruje, jak przywoływane na sesji momenty życia utraconego dziecka równoważą gwałtowność i dramat jego odejścia.

Wprowadzenie

Żałoba po samobójczej śmierci obejmuje nie tylko ból relacyjny związany z utratą, lecz także konieczność poradzenia sobie z traumatycznym charakterem zdarzenia, nacechowanym nagłością, dramatyzmem i gwałtownością [1]. Przeżywanie żałoby jest złożonym i dynamicznym procesem psychologicznym oraz egzystencjalnym, którego przebieg zależy od charakteru utraty, jej okoliczności oraz indywidualnych zasobów i predyspozycji osoby w żałobie.

Jednym z wymiarów potencjalnie komplikujących ten proces jest nagłość śmierci, która przychodzi nieoczekiwanie, brutalnie przerywając ciągłość relacji i uniemożliwiając psychiczne przygotowanie się na stratę [1]. Gwałtowność takiej śmierci często prowadzi do przedłużającego się stanu szoku oraz trudności w uznaniu realności straty.

Kolejny wymiar komplikacji wiąże się z traumatycznym charakterem śmierci, który w szczególnie wyostrzony sposób ujawnia się w przypadkach samobójstw. Samobójcza śmierć jest bowiem nie tylko stratą bliskiej osoby, lecz również doświadczeniem o poten-

cjale traumatycznym, naruszającym podstawowe przekonania dotyczące świata, siebie i relacji interpersonalnych [1]. Bliscy osoby zmarłej doświadczają intruzywnych wspomnień, koszmarów sennych oraz uporczywej potrzeby rekonstrukcji okoliczności śmierci. Codzienność naznaczona jest palącymi pytaniami: „Dlaczego?", „Co mogłam/mogłem zrobić, by temu zapobiec?", „Czy jestem współwinna/współwinny temu wydarzeniu?". Pytania te często przybierają postać moralnego samoobwiniania. W pracy terapeutycznej z rodzinami obserwujemy utrudnioną integrację emocjonalną i poznawczą, wynikającą ze współistnienia reakcji żałobnych oraz objawów potraumatycznych.

Dodatkowymi czynnikami komplikującymi proces żałoby są postawy religijne i kulturowe wobec samobójstwa, które mogą zwiększać piętno społeczne [2]. Jordan i McIntosh [3] określają żałobę po samobójstwie jako żałobę „nie w pełni uprawnioną", ponieważ – z powodu stygmatyzacji – pozbawiona jest pełnego przyzwolenia społecznego na ekspresję oraz dostępu do wsparcia wspólnotowego. Osoby pozostające w żałobie często mierzą się z poczuciem wstydu, nierzadko wybierając drogę ukrywania okoliczności śmierci. To wiąże się z ciężarem dźwigania tajemnicy rodzinnej, wtórnie prowadząc do izolacji i ograniczenia możliwości adaptacyjnych.

Kluczowym wątkiem w pracy terapeutycznej z omawianymi rodzinami jest doświadczanie poczucia winy i wstydu. Swobodna dyskusja ma w tym kontekście istotne znaczenie dla leczenia. Badania pokazują, że 42 procent osób, które przeżyły samobójstwo osoby bliskiej, wykazuje wysoki poziom wstydu, a 22 procent ujawnia własne myśli samobójcze [4]. Na te trudności nakłada się również szczególny ciężar utraty dziecka, która burzy podstawowe doświadczenie chronologii i porządku życia. Literatura wskazuje, że rodzice, którzy stracili dziecko w wyniku samobójczej śmierci, doznają bardzo poważnych trudności emocjonalnych [5].Taka strata pozostawia ich z poczuciem naruszenia fundamentalnej roli rodzicielskiej, jaką jest ochrona dziecka, a także konfrontuje z pustką i pytaniami o sensowność cierpienia i dalszego życia [1].

Istotne cierpienie wywołuje dodatkowo trwała niepewność wynikająca z braku pełnych informacji o motywach i stanie psychicznym dziecka. Powoduje to niemożność rekonstrukcji zdarzeń poprzedzających samobójczą śmierć, a tym samym odpowiedzi na pytanie: „dlaczego?" w taki sposób, który mógłby przynieść ukojenie.

Jak pisali Stroebe i Schut [6], w procesie żałoby zachodzi stała oscylacja pomiędzy bolesnym konfrontowaniem się ze stratą a próbami odbudowy codziennego funkcjonowania. Ta naprzemienność jest kluczowa dla adaptacji, a w pracy klinicznej często obserwuje się stopniowe wydłużanie faz zorientowanych na odbudowę relacji z otaczającym światem. Terapia osób w żałobie po samobójczej śmierci dziecka wymaga nie tylko emocjonalnej pracy nad relacją ze zmarłym i powrotem do codziennego życia, obejmuje ona także objawy posttraumatyczne, doświadczenie stygmatyzacji społecznej oraz naruszoną tożsamość rodzicielską.

Samobójcza śmierć osoby bliskiej narusza poczucie własnego ja i przewidywalności świata, może też czasowo zakłócać więzi z bliskimi i z osobą, która odeszła. John Bowlby na początku lat 70. ubiegłego wieku pisał, że wszyscy ludzie mają wrodzone pragnienie bycia połączonym z innymi. Owo pragnienie kształtuje się w bezpieczny sposób, gdy opiekunowie adekwatnie odpowiadają na potrzeby swojego dziecka – wówczas rozwija ono przekonanie, że w sytuacji zagrożenia ktoś przyjdzie mu z pomocą. Brak reakcji ze

strony postaci przywiązania prowadzi natomiast do doświadczenia niepokoju. Jeśli ów brak reakcji się powtarza, jednostka modyfikuje swoje strategie przywiązania (na pozabezpieczne), aby chronić się w relacjach intymnych. Te incydenty braku reakcji wywołują uczucia izolacji, porzucenia i zdrady [7] oraz tak zwanego zranienia w obszarze przywiązania [8].

Myśli i zamiary samobójcze mogą być rozumiane jako komunikat wysyłany do innych [9], który mówi o odrzuceniu czy też porzuceniu. Nagła wiadomość o samobójczej śmierci osoby bliskiej oznacza odłączenie się i dystans [10]. Tego rodzaju uraz stanowi ryzyko naruszenia przekonania dotyczącego stałości wszystkich bliskich relacji, a nawet fundamentalnej zmiany stosunku do samego siebie. Inaczej mówiąc, samobójstwo bliskiej osoby uderza zarówno w więź, jak i w self. Nie zawsze skala tego „uderzenia" jest możliwa do zidentyfikowania od razu. Poniżej zaprezentujemy przykłady dwóch rodzin, tuż po doświadczeniu nagłej utraty dziecka w wyniku śmierci samobójczej.

Terapeutyczne konteksty pracy z rodzinami

Początek: „świat po uderzeniu"

Do terapeutki zadzwonił mężczyzna w średnim wieku, płakał. Na pytanie, co się stało, odpowiedział: „Nasza córka nie żyje, rzuciła się pod pociąg". Terapeutka przez chwilę słuchała jego płaczu, by następnie spytać: „Ile córka miała lat?". Ojciec podał wiek córki, następnie zapytał: „Czy pani może nam pomóc?". Terapeutka nie wiedziała, jakiej odpowiedzi wtedy udzielić, zaproponowała wspólne spotkanie, podając termin, adres i telefon do sekretariatu. Na drugi dzień, wchodząc do pokoju terapeutycznego, zobaczyła czekającą rodzinę. Młodsza córka na białej tablicy narysowała dom. Terapeutka rozpoczęła rozmowę z nią, pytając, czy to ich dom, czy mieszkają właśnie w takim domu, czy może w mieszkaniu, czy mają balkon i kim są ludzie, którzy stoją na balkonie. Dziewczynka odpowiedziała, że to nieznajomi. W rozmowę włączył się ojciec, mówiąc: „W mieście X mamy mieszkanie, bo dziewczynki chodzą tutaj do szkoły, a do domu weekendowego jeździmy przeważnie w piątki". Terapeutka zauważyła, że ojciec używa czasu teraźniejszego. Zwróciła się do młodszej córki z pytaniem: „A ty masz swój pokój?". Ta odpowiedziała: „Mieszkałam z siostrą". Tym razem terapeutka zarejestrowała pierwsze wprowadzenie czasu przeszłego. Patrząc na młodszą córkę, powiedziała: „Ja rozumiem, że teraz spotykamy się, bo jesteście wszyscy bardzo zmartwieni". Zapadła cisza, wszyscy członkowie rodziny zaczęli patrzeć w podłogę. Terapeutka zwróciła się do rodziców: „Ja rozumiem, że państwo rozmawialiście z młodszą córką o tym, że starsza córka nie żyje". Ojciec odpowiedział mechanicznie, ale z widocznym wysiłkiem: „Mówiliśmy jej, że córka jest u aniołków". Zapadła dłuższa cisza, w trakcie której terapeutka zachęciła ojca, by kontynuował wypowiedź. Po chwili ojciec dodał bardziej wyraźnie: „Mówiliśmy jej, że stało się coś strasznego i jest u aniołków". Terapeutka popatrzyła na dziewczynkę i powtórzyła: „Mówili ci rodzice". Dziewczynka siedziała skulona, potakiwała. Terapeutka, patrząc na nią, zapytała: „Smutna jesteś bardzo, co?". Dziewczynka zaczęła potakiwać nieco energiczniej. Terapeutka dodała: „Bo miałaś pokój z A.?". Dziewczynka tym razem potakiwała już całkiem wyraźnie. Zapadła długa cisza. Terapeutka popatrzyła na rodziców i zapytała: „A kiedy, kiedy się to stało?".

Matka odpowiedziała szeptem: „przedwczoraj", ojciec dodał półszeptem: „we wtorek". Terapeutka powtórzyła za nim: „we wtorek". Ojciec dodał mechanicznym głosem: „we wtorek wieczorem". Młodsza córka włączyła się w rozmowę, mówiąc: „chyba bardziej w nocy". Terapeutka popatrzyła na niego i powtórzyła pytającym głosem: „w nocy?". Córka odpowiedziała: „tak, było już bardzo ciemno".

W ten sposób, krok po kroku, terapeutka zbliżała się do momentu, w którym „skończył się ich świat". Wyobrażała sobie, że kiedy członkowie rodziny patrzą w podłogę, w ich głowach wirują obrazy, może ciągle ten sam dręczący obraz, a może wiele różnych. To, co się stało, może być na razie tylko wypowiedziane szeptem: „we wtorek", „przedwczoraj". Używali zwykłych, codziennych słów, aby opisać moment, kiedy ich dotychczasowy świat się skończył, zatrzymał, być może dlatego mogli je wypowiedzieć jedynie szeptem. Po wyszeptaniu przez rodziców tych słów, terapeutka zwróciła się do młodszej córki, pytając: „A ty to pamiętasz?". Dziewczynka odpowiedziała*:* „Ja tego nie widziałam, bo nikt tego nie widział, mama przyszła i powiedziała". Po potwierdzeniu przez terapeutkę „mhm", dodała: „A. już nie było". W ten sposób dalej, krok po kroku, terapeutka zbliżała się do momentu, kiedy w aktualnym przeżyciu rodziny „skończył się ich świat".

W przytoczonym wyżej fragmencie pierwszego spotkania została przedstawiona rozmowa opisująca pierwszy moment po „uderzeniu", jakim jest traumatyczna utrata członka rodziny w wyniku śmierci samobójczej, po którym każdy dzień bywa wysiłkiem powracania do życia, lub też życiem w uśpieniu, a wręcz nieżyciem.

Doświadczenie tego „uderzenia" można porównać z napisanym w 1946 roku wierszem Tadeusza Różewicza: „Ocalony":

Mam dwadzieścia cztery lata
ocalałem
prowadzony na rzeź.
To są nazwy puste i jednoznaczne:
człowiek i zwierzę
miłość i nienawiść
wróg i przyjaciel
ciemność i światło.

Śmierć samobójcza i jej traumatyczne konsekwencje rodzą pytanie, jak przyjąć to „uderzenie" w procesie terapii; czy są słowa, które mogą nieść jakieś znaczenie dla rodziny. Terapeuta może odczuwać niepokój, że jego wypowiedzi stają się tylko „pustymi nazwami". Pojawia się również pytanie, czy nasza terapeutyczna obecność – spojrzenie, dźwięk głosu – może dotrzeć do „uderzonego" w ten sposób, wewnętrznego świata. Poeta, który mówi o doświadczeniu wojny, pisze w jednej z kolejnych strof wiersza: „Pojęcia są tylko wyrazami".

W dalszej części artykułu skupimy się na specyfice relacji terapeutycznej, na możliwych interwencjach, na pracy terapeutycznej uwzględniającej relację ze zmarłym i na badaniu tego, co wypełnia życie wewnętrzne poszczególnych osób, które doświadczyły utraty.

Na początku warto zwrócić uwagę, w jakiej pozycji jest postawiony terapeuta i czego może oczekiwać „uderzona" w ten sposób rodzina. Pierwsze sesje, czyli czas przyjęcia tego „uderzenia" od rodziny, wymagają uwzględnienia, że bliscy znajdują się w stanie

traumatycznego stresu, a „słowa, wzrok, słuch straciły swoje znaczenia". Wymaga to zatem ustanowienia przestrzeni rozmowy, aby próbować „na nowo nazywać", rozumieć bez popychania do przodu i nastawienia na konkretne rozwiązania; przestrzeni, w której będzie miejsce na rozumienie, badanie czy też w końcu na transformację relacji ze zmarłym.

Wstyd przyczynia się do poczucia winy związanego ze świadomością, że nie udało się zapobiec śmierci bliskiego, a czasem członkom rodziny towarzyszy też poczucie, że są niewystarczająco dobrymi osobami. Nawet samobójstwo kogoś znanego tylko z widzenia, z korytarza, z biura wywołuje pytania o to, w jakiej pozostawaliśmy relacji, kim jesteśmy dla siebie jako ludzie. Oddaje to pierwsza zwrotka wiersza Wisławy Szymborskiej zatytułowanego „Pokój samobójcy":

Myślicie pewnie, że pokój był pusty.
A tam trzy krzesła z mocnym oparciem.
Tam lampa dobra przeciw ciemności.
Biurko, na biurku portfel, gazety.
Budda niefrasobliwy, Jezus frasobliwy.
Siedem słoni na szczęście, a w szufladzie notes.
Myślicie, że tam naszych adresów nie było?
(…)
Myślicie, że przynajmniej list wyjaśniał coś.
A jeżeli wam powiem, że listu nie było –
i tylu nas – przyjaciół, a wszyscy się pomieścili
w pustej kopercie opartej o szklankę.

Poetka pyta otwarcie i bez znieczulenia: „Myślicie, że tam naszych adresów nie było?". Można dodać, że nie pomogły te adresy w notesie i że obecność biurka, lampy, Chrystusa, Buddy oraz słoni również nie pomogła. W ten sam sposób zadają sobie pytania bliscy osoby, która zmarła w wyniku śmierci samobójczej: Co zawiodło? Co nie pomogło? Czy rzeczywiście byliśmy blisko niego/niej? Czy jednak nas tam nie było? W wierszu Szymborskiej pojawia się ciemność, której nie rozświetliła stojąca w pokoju samobójcy lampa. Owa swoista ciemność jest częstym doświadczeniem wewnętrznym osób, których bliski umiera w wyniku śmierci samobójczej. Czują one, że nic nie wiadomo, wszystko się zachwiało. Ich umysły próbują wyswobodzić się z tej ciemności, pojawiają się zatem pytania: Może to tylko chwilowa tajemnica? Może należy poszukać informacji? I znowu, odwołując się do obrazów z wiersza Szymborskiej, pojawia się list, ale list też niczego nie wyjaśnia, koperta jest pusta. Owo doznanie „pustej koperty" jest dramatycznym doświadczeniem wielu osób, których bliscy zmarli w wyniku śmierci samobójczej. Wywołuje wstyd związany z tym, że nie widziały, co się działo w życiu osoby bliskiej. Kiedy ów wstyd pozostaje niewyrażony, marginalizuje on osoby, które przeżyły samobójstwo kogoś bliskiego.

Wspominany niewyrażony wstyd uniemożliwia utrzymywanie stabilnych relacji z innymi i naprawianie zachwianych więzi przywiązania. Wstyd jest tworzony w relacjach i dlatego wymaga pozostawania w nich, by go rozumieć i leczyć [11]. To jeden z powodów, dla których terapia rodzinna i grupowa mogą być pomocne w leczeniu osób, które doświadczyły samobójstwa kogoś bliskiego. Terapia staje się dla nich przestrzenią do podejmowania kwestii wstydu i poczucia winy, przeświadczenia, że się zawiodło, że

można było coś więcej zrobić, aby zapobiec śmierci. Kluczowa jest wówczas możliwość usłyszenia od innej osoby: „ja też". Wypowiedzenia: „ja też czuję, że zawiodłam", „ja też się wstydzę". Niezależnie od tego, jak bardzo ów wstyd odnosi się do obiektywnej rzeczywistości czy też możliwości realnej pomocy, takie wyznania budują poczucie wspólnoty. Swoiste przyjęcie tego wstydu stanowi część leczenia. Terapeuta powinien uważnie śledzić moment, kiedy pojawia się wstyd i inne emocje z nim powiązane. Kluczowe staje się dawanie mu głosu w rozmowach terapeutycznych. Rozmowa o wstydzie, akceptacja jego istnienia, prowadzi do otwarcia wielu ważnych wątków związanych z przeżywaniem samego siebie. Istotne jest, by pamiętać, że tajemnica, milczenie i osąd zwiększają wstyd i poczucie winy [12], podczas gdy jego akceptacja i pomieszczanie, czyli zaciekawienie nim i uważne badanie jego źródeł, mogą stać się leczące [13].

Poniższy fragment pochodzi z pierwszej sesji innej rodziny, która boryka się ze stratą po samobójczej śmierci syna. Matka i córka płaczą, terapeutka decyduje się przerwać ciszę, mówiąc: „Pewnie trudno wypowiedzieć, co się teraz dzieje. Czy martwicie się? O kogo? Może o siebie nawzajem?". Zapada cisza, córka zaczyna głośniej płakać. Matka stłumionym głosem mówi: „No, martwimy się (przerywa), martwimy się, że (przerywa znowu) będzie nam trudno być (przerywa na dłuższą chwilę)". Terapeutka krótkim „yhym" zachęca ją do kontynuacji. Matka kontynuuje przerwane kilka razy zdanie: „Martwimy się, że będzie nam trudno być dobrym wsparciem dla młodszej córki". Terapeutka przytakuje krótkim „yhym". Zapada cisza. Córka, płacząc, trzyma matkę za rękę, ta mówi dalej: „Bo jest nam bardzo ciężko, znaczy mnie jest". Po chwili ciszy terapeutka pyta, czy chodzi o ten trudny moment w życiu rodziny, czy też o dalszą przyszłość. Matka odpowiada, że i teraz, i później, dodając: „Martwię się, czy nie będziemy jej obciążać jakimś swoim zachowaniem, myśleniem?".

Przytoczony fragment sesji pokazuje ból, którego nie da się ująć w słowa, wobec którego pytanie terapeutki o martwienie się o siebie, jakkolwiek wyraża realną troskę, jest tylko fragmentem, powierzchnią bolesnej rzeczywistości. Powierzchnią bólu, lęku, który przepływa falami, manifestuje się w ciszy, płaczu, wzajemnym dotyku. Wypowiedź matki zawiera troskę o córkę, a jednocześnie oddaje to, jak bardzo jej tożsamość matki została zachwiana. Pokazuje, że po samobójczej śmierci starszego syna jej matczyne self uległo zakwestionowaniu. Kobieta uważa bowiem, że jej myśli i uczucia mogą obciążyć, a może nawet wyrządzić krzywdę emocjonalną młodszej córce. Tego rodzaju lęki budzą się w rodzicach, czują się oni odpowiedzialnymi za śmierć dziecka. Rozważają, czy też wielokrotnie zadają sobie pytania, na czym mógłby polegać ich wpływ, ich wina. Zrozumienie takich przekonań oraz badanie fantazji i emocji z nimi związanych, włączając w to paraliżujący wstyd, jest ważnym aspektem pracy terapeutycznej. Wspomniane już wcześniej usłyszenie: „ja też" daje szansę na rozwój bezpiecznego przywiązania w grupie rodzinnej czy terapeutycznej, na przywrócenie zachwianej relacji z samym sobą, a także na odbudowanie mniej lub bardziej utraconego obrazu życia członka rodziny. Istotne jest bowiem „przemieszczanie się w pamięci" od obrazów samobójczej śmierci do tych, w których dominują sceny z życia utraconej osoby. Tego rodzaju wspomnienia i obrazy pojawiają się zwykle na późniejszym etapie spotkań terapeutycznych.

W kierunku zapamiętania życia

To zjawisko ilustruje wypowiedź matki z nieprzywoływanej tu jeszcze rodziny. W odróżnieniu od dwóch omówionych wcześniej przypadków pierwszych sesji terapeutycznych, ta wypowiedź pochodzi z sesji, która odbyła się około sześć miesięcy po samobójczej śmierci syna. Matka mówiła: „W te łzy i w ten ból się wplotły te zabawne wspomnienia (o synu), często są takie myśli… Dla mnie, ja ostatnio o tym myślałam, że jak mam takie poczucie, że w tym wszystkim jesteśmy razem, wtedy jest mi lżej".

Poczucie bycia razem, doświadczanie ciągłości więzi w rodzinie, wydaje się niezbędne w radzeniu sobie z rozpaczą, żalem i wstydem [14]. Dzięki niemu pojawia się bowiem świadomość, że historia własnej utraty nie jest odosobniona, że coś podobnego wydarzyło się również w życiu innych bliskich osób [15]. Możliwość „zapamiętania" życia osoby, która odeszła w wyniku śmierci samobójczej, jest przez nas rozumiana jako stopniowe przemieszczanie się od koncentracji na jej śmierci do koncentracji na jej życiu. Tego rodzaju przemieszczenie pomaga leczyć wywołaną samobójstwem ranę przywiązania. Jednym z najbardziej bolesnych aspektów samobójstwa osoby bliskiej jest poczucie ostatecznego odrzucenia czy też przekonanie o przekazanej nie wprost, poprzez śmierć samobójczą, wiadomości: „wolę umrzeć, niż być z tobą".

Terapia rodziny daje szansę na ujawnianie uczuć i myśli dotyczących potencjalnych przyczyn targnięcia się bliskiej osoby na swoje życie, bez względu na to, jak są one irracjonalne lub sprzeczne z dowodami. Ważne jest badanie obecności tego rodzaju przekonań i stojących za nimi zinternalizowanych przekazów. Istotne jest również swoiste zatrzymanie się w momencie, kiedy tego rodzaju przekazy się pojawiają oraz identyfikowanie powiązanych z nimi emocji i przekonań.

Na jednej z sesji rodziny, około rok po śmierci, ojciec mówił, jak bardzo brakuje mu syna, szczególnie kiedy doświadcza czegoś pięknego, podróżuje, wtedy ten brak staje się dla niego najbardziej dotkliwy: „Wie pani, ciągle się człowiek siebie pyta, czy coś mógł inaczej zadziałać, bardzo mnie to obciąża pod tym względem, jaki jest mój udział w tej decyzji jego". Terapeutka komentuje tę wypowiedź ojca w następujący sposób: „Bo ja rozumiem, że jeden ból jest związany z tym, że go tu nie ma, że nie cieszy się tym światem, ale teraz pan przesuwa się ku drugiej sprawie, jaki jest pana potencjalny udział w tym, i to teraz tak bardzo obciąża". Ojciec odpowiada: „No, tak". Terapeutka decyduje się zadać ojcu następujące pytanie: „Czy ma pan jakiekolwiek racjonalne myśli, że jakkolwiek, że pan mógł coś zrobić, żeby, żeby to zmienić?". W odpowiedzi na pytanie terapeutki, które niewątpliwie zawiera element konfrontacji, ojciec również odpowiada konfrontacyjnie: „Wszystko jest, co na świecie było racjonalne. Jeśli pani mnie pyta, czy wiem, co by mogło zmienić jego decyzję, nie wiem i w tym upatruję swoją porażkę, że nie wiem". Terapeutka przytakuje i zachęca ojca, aby kontynuował wypowiedź. Ojciec mówi dalej: „Wie pani, miałem syna, z którym byłem strasznie związany, żył ze mną, mieszkał pod jednym dachem i podjął taką decyzję, nie dawszy mi żadnej szansy, to może, może mi komunikował coś, czego nie widziałem. Znaczy, werbalnie nigdy nie zakomunikował, ale, ale może coś się działo, czego nie zauważyłem". Terapeutka dalej pozawerbalnie zachęca ojca do kontynuowania. Ojciec dodaje: „Czy to jest nieracjonalne, nie wiem, mi się to nie wydaje nieracjonalne". Terapeutka kontynuuje: „Zaczęliśmy się spierać, myślę, że warto

to jeszcze kontynuować. Z tego, co udało mi się dowiedzieć o waszej rodzinie, włączając to, że pozwoliliście mi państwo poznać waszego syna, to pozwala mi się podzielić myślą, przypuszczeniem, pytaniem, czy aby pan nie jest w sytuacji ojca, któremu w tej sprawie syn nie dał żadnej szansy?". Ojciec kontynuuje „spieranie się" z terapeutką: „Ja nie wierzę w taką sytuację, (…) trudno mi zrozumieć to, że podjął takie decyzje nieracjonalne. Ten powód musiał być i ja go ciągle szukam, ale ponieważ trudno szukać w innych, szukam go w sobie. Żona ma inną teorię, pomysł, że może to było jakieś siłowanie się z sobą, jakiś rodzaj wypadku, ja się na to nie piszę, nie zgadzam się z tym, to by było najłatwiejsze".

Ten fragment sesji terapeutycznej pokazuje tak częste w sytuacjach utrat samobójczych poszukiwanie odpowiedzi na pytania: „co się stało?", „dlaczego?", „dlaczego nie zauważyłam/dlaczego nie zauważyłem?". Ale tych odpowiedzi nie ma. Parafrazując przytoczony wyżej wiersz Wisławy Szymborskiej, można podsumować: koperta jest ciągle pusta.

Po zacytowanej wyżej wypowiedzi męża włączyła się żona: „Ale to nie jest do końca tak, jak mówisz. Ja przez pierwszych kilka tygodni, cały czas, (…) te wszystkie dni poprzedzające mi przechodziły przez głowę, widząc go, widząc, co zrobił, jaki był i nie widzę żadnej oznaki, aby się odróżniały od poprzednich. Zawsze pełen planów (…), rozpromieniony, i to cały czas go przed oczyma mam, do ostatniego dnia, i tak po prostu patrząc się na to, nie widzę żadnej oznaki tego, nie widzę, żebyśmy mieli jakiekolwiek szanse wyłapać jego smutek i abyśmy mogli mu pomóc, wiem, wiem, że istnieją choroby naszego mózgu, naszego umysłu, że widzą nagle ciemność, (…) coś bardzo nagłego". W ten sposób wypowiedź matki przekierowuje uwagę z dociekania motywów śmierci syna w stronę skoncentrowania się na jego życiu i pogodzenia się z niewiadomą, uznania, że prawdopodobnie nie było możliwe zauważenie tego, co się z nim działo.

Dyskusję na temat tego, czy coś mogło zostać zauważone, jako terapeuci uznajemy za ważną, spieranie się i niezgadzanie się ze sobą również. Przerywa to bowiem uporczywie nawracające myśli, czasami o charakterze ruminacji: „Czego nie zrobiłam? Czego nie zauważyłam?". W tym krótkim sporze z ojcem widocznych jest wiele warstw. Poza pytaniem „Czego nie zauważyłem?", kluczowe wydaje się to, że chciał on widzieć życie swojego dziecka jako sensowne, co więcej – paradoksalnie – chciał bronić śmierci syna jako sensownej. W rozmowie z członkami rodzin staramy się wspólnie poznać i wyrazić wszystkie możliwe myśli i hipotezy dotyczącego tego, czego w swoim odczuciu nie zrobili lub w czym zawinili. Jest ważne, aby te nawracające, niewypowiedziane myśli, bardziej czy mniej wyraźnie sformułowane przekonania, mogły znaleźć swoje miejsce w rozmowie terapeutycznej. Wydaje się równie ważne, aby terapeutka czy terapeuta potrafili przekazać, że o pewnych sprawach prawdopodobnie nigdy się nie dowiemy, ponieważ nikt nie ma całkowitego wpływu na życie swojego bliskiego i być może (również jako terapeuci) musimy „pozostać w ciemności". Istotne jest jednak to, abyśmy dali sobie prawo szukać powodów, szukać tego, czego nie zrobiliśmy, dzielić się tym, co w danej chwili zaprząta nasz umysł. Dzielenie się nie jest pozbawione ryzyka, wywołuje wspomniane na początku publikacji wstyd, poczucie winy czy gniew, a także inne, trudne emocjonalne stany. Klinicyści wskazują, że radzenie sobie z gniewem i innymi uczuciami odbywa się poprzez doświadczanie ich [17] i uczenie się radzenia sobie z przekonaniami i fantazjami, które leżą u ich podstaw. Złość może funkcjonować jako maska dla doznania odrzucenia lub porzucenia czy też wstydu związanego z poczuciem, że można było zrobić więcej.

Akceptowanie niewiadomej, bezradności, tak ważne w procesie przeżywania samobójczej śmierci bliskiego, przeplata się z wyrażeniem gniewu oraz wszystkich sprzecznych uczuć. Tak jak podczas cytowanej wyżej sesji, uznanie niewiadomej przychodzi po wyrażeniu poczucia winy, poszukiwania sensu, złości. Poniżej zostanie przytoczona wypowiedź jednej z matek, której słowa ujęły lepiej niż cokolwiek innego niewiadomą, z którą zostają bliscy zmarłego śmiercią samobójczą: „Po pierwsze wiem, że to będzie tajemnicą i oczywiście wiem, że te pytania się zjawią, ale moja praca polega na tym, żeby one nie opanowały całego mojego myślenia, spróbuję akceptować tą tajemnicę".

Być może, jak sugeruje tytuł książki Patricka Casementa z 2017 roku: „O uczeniu się od pacjenta", terapeuci pracujący z traumą samobójstwa powinni wracać do tego zdania matki, która w swojej dalszej wypowiedzi spiera się z cytowaną wcześniej wypowiedzią ojca, mówiąc: „Ja się martwię o to, co w tej chwili mówi mąż. W czynach drugiego człowieka jest coś, co jest bardzo trudno wytrzymać, ale to jest właśnie związane z wolnością". W słowach matki dziecka, które zmarło w wyniku śmierci samobójczej, mówiącej, „że w czynach drugiego człowieka jest coś, co bardzo trudno wytrzymać, ale to jest związane z wolnością", można odczytać miłość, która wiąże się z wolnością; miłość, która w takich okolicznościach ma swój wyjątkowy ciężar i znaczenie.

Terapeutka skomentowała wypowiedź matki w następujący sposób: „Ja rozumiem, że pani wcześniej mówiła, że syn doświadczył, jakie życie jest ciekawe, ciekawe i ważne, i że pani czuje, że to jest główna sprawa, i pani to chce mężowi przekazać, że to jest najważniejsze, ważniejsze niż pytanie, co rodzic źle zrobił". Matka przytakuje i dodaje: „Nie wiem, dlaczego to się stało – to jest zamknięte i będzie tajemnicą, a z drugiej strony (to przekonanie) nie ratuje mnie przed tym, że budzę się w nocy i przechodzę przez wszystkie chwile przed jego śmiercią: Co ja zrobiłam? Co ja powiedziałam? To jest niezależne, to nas nachodzi, tak jak smutek, jak łzy. Na to do końca nie mamy wpływu (…)".

Po chwili matka przechodzi jeszcze do jednego wątku, który pozostawał w tamtej chwili dla niej najtrudniejszy: „Ja się martwię teraz tym, że córka najmłodsza nie ma już takiego domu, jaki był". Terapeutka skomentowała tę wypowiedź w następujący sposób: „Można powiedzieć, że nikt z państwa już nie ma takiego domu, jaki był, że odejście Y. tak uderzyło w wasz dom, że wszyscy państwo jesteście inni, ale też w tym momencie jeszcze nie wiecie, jaki ten dom będzie, bo wszyscy jesteście w drodze. (…) Wasza córka będzie żyła nie tylko z tym faktem, że brat popełnił samobójstwo, ale też z tym, co się w moim domu z tym stało i jak potem wszyscy żyli. Ile było bólu i ile było dalej życia, tego bólu nic nie usunie, ale istotne jest to, jakie życie zostanie w waszym domu".

Wprowadzony przez terapeutkę wątek uważamy za bardzo istotny, zarysowuje on bowiem obszar sprawczości rodzinnej i wyznacza kierunek pracy terapeutycznej. Jak pokazuje zacytowany przykład, praca wewnętrzna członków rodziny i praca terapeutyczna koncentrują się na odzyskiwaniu przez rodzica sprawczości rodzicielskiej poprzez stopniowe otwieranie dostępu do wspomnień życia dziecka, wspólnej miłości i codziennych chwil. Tworzona w ten sposób bezpieczna przestrzeń pozwala powracać do tych obrazów i odbudowywać zarówno relację z dzieckiem, jak i poczucie własnego wpływu, które po „uderzeniu" tego traumatycznego wydarzenia zostało przysłonięte intruzywnym obrazem śmierci, bezradnością, winą i wstydem. Wspólne rekonstruowanie obrazu życia dziecka pozwala rodzicom odzyskać doświadczenie rodzicielstwa, które

mimo śmierci nadal trwa, również w sytuacji nieświadomego negowania tej prawdy przez otoczenie.

Zakończenie

Artykuł nie zawiera systematycznego opisu całego procesu terapeutycznego po samobójczej śmierci członka rodziny. Skupiono się w nim na zarysowaniu centralnych wątków, które pojawiają się w tego rodzaju pracy z rodzinami, w szczególności:

1. Pierwszych momentów po samobójczej śmierci dziecka, kiedy dominuje niemożność wyrażenia słowami całej gamy stanów emocjonalnych, z którymi zmagają się członkowie rodziny. W tym czasie zadaniem terapeuty jest podjęcie ostrożnej próby zbadania i opisania zarówno tego, co w danym momencie mogą przeżywać poszczególne osoby w rodzinie, jak i tego, co dzieje się pomiędzy nimi.
2. Sytuacji, w której śmierć samobójcza uderza w tożsamość i kompetencje rodzica, a także burzy wyobrażenie dotyczące tego, kim jest jako osoba i jaki jest charakter więzi, które nawiązuje z ludźmi. Zadaniem terapeuty jest wówczas z jednej strony normalizowanie tego rodzaju odczuć jako naturalnych w takiej sytuacji, a drugiej strony praca nad tym, aby nie rozszerzyły się one na postrzeganie całej swojej osoby i nie wpisały się w percepcję siebie we wszystkich innych relacjach. Istotna jest również przyszła powolna praca nad stopniowym dekonstruowaniem tego rodzaju obrazu siebie jako rodzica.
3. Uczuciu paraliżującego wstydu, który powoduje zamykanie się w sobie i nieujawnianie myśli z tym związanych wobec innych członków rodziny. Zadaniem terapeuty jest wówczas stworzenie przestrzeni na spokojne rozmowy o wstydzie i poczuciu winy oraz danie możliwości dzielenia się nimi tak długo, jak to jest potrzebne. Umożliwia to przeciwdziałanie bolesnym odcięciom, utrwalaniu tematów tabu i tworzeniu tajemnic rodzinnych.
4. Nawracającym pytaniu, dlaczego bliski popełnił samobójstwo. W artykule pokazano, że tego rodzaju pytanie powinno być omawiane z różnych perspektyw, a nie szybko zamknięte, ponieważ daje ono możliwość opisania tego, jak rodzice widzą swoje relacje z dzieckiem, jak rozumieją dziecko. Pytanie „dlaczego?" może zostać wspólnie przedyskutowane na sesji, co znacznie przeciwdziała jego powrotowi w charakterze ruminacji. Pokazano również, że jakkolwiek powinno być miejsce na dyskutowanie o tym, „dlaczego?", istotne jest także uznanie i zaakceptowanie tego, że wybór śmierci samobójczej dziecka lub innej osoby bliskiej mniej lub bardziej pozostanie tajemnicą.
5. Na kierunku pracy terapeutycznej, w której ważne jest stopniowe przemieszczanie się od przyczyn i kontekstu samobójczej śmierci bliskiej osoby do skupienia się na zapamiętaniu jej życia. Prowadzi to bowiem do stopniowego uwewnętrznienia relacji z bliską zmarłą osobą.
6. Na wyznaczeniu obszaru i celu terapii, który dotyczy przywrócenia zachwianej sprawczości i tożsamości rodziców. W ostatnim cytacie terapeutka wskazała, że rodzice mają wpływ na to, co się stanie w przyszłości z „ich domem" i ich rodziną, czyli jak będą wyglądały relacje oraz czy można będzie przywrócić bezpieczeństwo i momenty radości w ich domu.

Podsumowując, nasze doświadczenie pracy z rodzinami, w których osoba bliska, najczęściej dziecko, zmarła w wyniku śmierci samobójczej, pokazuje, że dla wielu z nich istnieje nadzieja na powolną zmianę oraz cieszenie się życiem, tym życiem z przeszłości, kiedy dziecko jeszcze żyło, i którego radosne wspomnienie zjawia się pomimo nieusuwalnego bólu. Strata bliskiego w wyniku śmierci samobójczej powoduje, że rodzina wyrusza w podróż, która zmienia procesy wewnętrzne, przekonania na temat świata oraz wpływa na codzienne interakcje i zachowania, nie tylko w rodzinie, ale także poza nią. Rolą terapeuty jest rozpoznać, gdzie w tej podróży znajdują się zarówno poszczególni członkowie, jak i cała rodzina. Ważne, aby terapeutka/terapeuta rozpoznali, jakie treści i jakie myśli wypełniają życie wewnętrzne osób będących w żałobie oraz aby mogli badać skutki tych powracających myśli. Istotne jest także, aby tworzyć takie interwencje terapeutyczne, w których chęć zrozumienia i zaakceptowania tego, co przeżywają bliscy osoby zmarłej oraz znaczenia, jakie wniosło utracone życie stało się dla nich równie ważne, jak nieusuwalny ból i tęsknota.

Piśmiennictwo

1. Rando TA. Treatment of Complicated Mourning. Champaign, IL: Research Press; 1993, 503–610.
2. Pitman AL, Osborn DP, Rantell K, King MB. The stigma perceived by people bereaved by suicide and other sudden deaths: a cross-sectional UK study of 3432 bereaved adults. J Psychosom Res. 2016; 87: 22–29.
3. Jordan JR, McIntosh JL, ed. Grief After Suicide: Understanding the Consequences and Caring for the Survivors. New York: Routledge; 2011.
4. McMenamy JM, Jordan JR, Mitchell AM. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. Suicide Life Threat Behav. 2008; 38(4): 375–389.
5. Li J i wsp. Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. N Engl J Med. 2005; 352(12): 1190–1196.
6. Stroebe M, Schut H. The Dual Process Model of coping with bereavement: Rationale and description. Death Stud. 1999; 23(3): 197–224.
7. Sayre JB, McCollum EE, Spring EL. An outsider in my own home: Attachment injury in step couple relationships. J Marital Fam Ther. 2010; 36(4): 403–415. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2010.00218.x
8. Johnson SM, Makinen JA, Millikin JW. Attachment injuries in couple relationships: a new perspective on impasses in couples therapy. J Marital Fam Ther. 2001; 27(2): 145–155.
9. Trolley B. Suicide: A form of communication. Death Stud. 1993; 17(4): 343–356. DOI: 10.1080/07481189308252623
10. Prabhu SL, Bowers T. Role of the family in suicide prevention: An attachment and family systems perspective. Bull Menninger Clin. 2010; 74(4): 301–327. DOI: 10.1521/bumc.2010.74.4.301
11. Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy: creating connection. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge; 2004.
12. McMenamy JM, Jordan JR, Mitchell AM. What do suicide survivors tell us they need? Results of a pilot study. Suicide Life Threat Behav. 2008; 38(4): 375–389.

13. Greenberg L, Iwakabe S. Emotion-focused therapy and shame. In: Dearing R, Tangney J, ed. Shame in the therapy hour. Washington, DC: American Psychological Association; 2011, 66–90.
14. Brown B. Listening to shame [Internet]. TED Talks; 2012 [cyt. 17.09.2025]. Dostęp: https://www.ted.com/talks/brene_brown_listening_to_shame
15. Hughes R. Acceptance of shame in therapy. Psychother Theory Res Pract Train. 2011; 48(1): 12–21. DOI: 10.1037/a0022160
16. Hughes R. Attachment, grief and community. J Fam Ther. 2012; 34(1): 25–42. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2011.00574.x
17. Becvar DS. Families that flourish: Facilitating resilience in clinical practice. New York: W.W. Norton & Company; 2011.

Adres: paulina.cofor@uj.edu.pl

XIII konferencja Fundacji Rozwoju Terapii Rodzin Na Szlaku

PATCHWORK UCZUĆ. O TERAPII RODZIN PO ROZSTANIU

21 marca 2026 r.
Kraków, ul. św. Łazarza 16 / online
Zgłoszenia przyjmujemy przez stronę:
www.naszlaku.org/patchwork/

Konferencja poświęcona będzie doświadczeniu rozstania i jego konsekwencjom, tym razem ze szczególnym uwzględnieniem rodzin patchworkowych i rodzin „w przebudowie". Rozstanie rodziców uruchamia proces głębokiej reorganizacji systemu rodzinnego – dotyka dzieci, parę oraz szeroką sieć relacji, a terapeuci coraz częściej towarzyszą rodzinom nie tylko w samym kryzysie rozstania, lecz także w budowaniu nowych konfiguracji rodzinnych.

W trakcie konferencji zaprosimy Państwa do spojrzenia na ten proces z trzech perspektyw. W pierwszym wystąpieniu **Aldony Czajkowskiej**, z perspektywy zespołu psychoterapeutycznego Ośrodka ReGeneRacja, przyjrzymy się temu, jak tworzyć przestrzeń dla dziecka, które po rozstaniu rodziców musi na nowo odnaleźć poczucie kierunku, bezpieczeństwa i przynależności. Drugie wystąpienie, prowadzone przez **Karolinę Szczęsną**, skoncentruje się na pozycji pary w rodzinie patchworkowej – na tym, jak doświadczenie utraty, rozczarowanych iluzji i kulturowe narracje wpływają na budowanie nowego związku „z historią", który nigdy nie istnieje w próżni, lecz wśród dzieci, ekspartnerów i społecznych oczekiwań. Trzeci wykład, przygotowany przez **Magdalenę Krupę** i **Konrada Markiewicza** i oparty na doświadczeniach terapeutów Fundacji Na Szlaku, dotyczyć będzie praktycznych aspektów pracy z rodzinami po rozstaniu i rodzinami patchworkowymi: zapraszania członków rodziny do terapii, mierzenia się z parentyfikacją, wykluczaniem, niejasnymi rolami, przeżywaniem straty oraz poszukiwaniem nowej równowagi systemu.

współorganizator:

Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki CM UJ

patronat:

kwartalnik *Psychoterapia*, Sekcja Naukowa Terapii Rodzin PTP

KODEKS ETYCZNY PSYCHOTERAPEUTÓW POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

przyjęty przez Nadzwyczajne Walne Zebranie Członków Sekcji Naukowej Psychoterapii oraz Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego 17.10.2015 r. w Krakowie

PREAMBUŁA

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

ZASADY

1. **Profesjonalne kompetencje psychoterapeuty**

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

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

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

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

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

1.6. Psychoterapeuta jest zobowiązany regularnie korzystać z superwizji.

2. **Odpowiedzialność**

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

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

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

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

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

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

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

3. **Standardy moralne i prawne**

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

3.2. Psychoterapeuta jest obowiązany przestrzegać zasad wynikających z Deklaracji Praw Człowieka.

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

ZASADY SZCZEGÓŁOWE

4. **Tajemnica leczenia**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. **Konflikt interesów**

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

6. **Relacje psychoterapeuty z pacjentem**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

8. **Prawa psychoterapeuty**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. **Superwizja**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PROCEDURA PUBLIKOWANIA W „PSYCHOTERAPII”
INFORMACJE DLA AUTORÓW

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

   związane z szeroko pojętym obszarem oddziaływań psychoterapeutycznych.
   Tematyka poruszana w czasopiśmie:
   - Badania nad psychoterapią
   - Metody badań psychologicznych
   - Pomoc psychologiczna
   - Psychiatria ogólna
   - Psychologia kliniczna
   - Seksuologia
   - Techniki psychoterapii

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

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

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

6. Procedury badawcze i analizy statystyczne powinny być opisane w sposób umożliwiający ich odtworzenie (replikację). W opisie należy uwzględnić liczebność i charakterystykę badanej grupy, zastosowane metody i narzędzia badawcze oraz wskazać, jakie testy statystyczne wykorzystano do poszczególnych analiz i jaki poziom istotności statystycznej przyjęto. Mile widziane jest wykorzystanie miar wielkości efektu i przedziałów ufności w opisie wyników. Wskaźnikom tendencji centralnych (średnie, mediany) powinny towarzyszyć odpowiednie miary zmienności. Należy stosować adekwatny do pomiaru poziom dokładności prezentowanych wyników. Dla wartości p (prawdopodobieństwa testowego) minimalny i zalecany poziom dokładności to trzy miejsca dziesiętne. Wartości współczynnika korelacji oraz p zaleca się prezentować bez początkowego zera.
7. Objętość – łącznie z rysunkami, tabelami, wykazem piśmiennictwa i streszczeniem – nie może przekraczać dla prac oryginalnych, poglądowych i kazuistycznych 20 stron, doniesień tymczasowych i listów do redakcji 5 stron, omówień książek, notatek kronikarskich, informacyjnych i in. 2 stron znormalizowanego maszynopisu (strona – 1800 znaków ze spacjami; marginesy – górny, dolny, lewy i prawy 2,5 cm; podwójna interlinia; wyrównane do lewej strony; czcionka Times New Roman 12 pkt).
8. Prace należy przygotować w formie elektronicznej (Word dla Windows).
   - W liczbach miejsca dziesiętne należy oddzielać przecinkami (nie kropkami).
   - Tekst powinien być zapisany w kolorze jednolitym czarnym. Należy usunąć z niego wszystkie kolorowe zaznaczenia używane podczas redagowania tekstu w edytorze.
   - Tabele należy wykonać w programie Word dla Windows, a wykresy w programie Word lub Excel. Szerokość tabel i rysunków nie może przekraczać 12,5 cm (szerokość łamu czasopisma). W tabelach i opisach rysunków należy używać pisma Arial Narrow CE wielkości 10 punktów.
   - Ilustracje półtonowe należy zapisać w formacie TIFF lub EPS (odcienie szarości, rozdzielczość 300 dpi), w proporcjach, w jakich mają być drukowane.
   - W wypełnieniach wykresów nie należy używać kolorów, tylko odcieni szarości lub czarno-białych wypełnień. W wykresach liniowych należy używać czarno-białych znaczników linii przewidzianych przez programy.
   - Liczba tabel, wykresów i rysunków powinna być ograniczona do niezbędnego minimum.
9. Artykuł należy zamieszczać w dwóch wersjach: a) **podstawowej** (w pełni zanonimizowanej; zawierającej tylko treść pracy, tabele i ryciny oraz spis piśmiennictwa, na potrzeby recenzowania) i b) **redakcyjnej** (oryginalny plik pracy zawierający wszystkie elementy, w tym dane osobowe, afiliację, adres e-mail – nie dla recenzentów).
   - W nazwie pliku należy wyraźnie zaznaczyć jego typ i datę powstania (np. skróconytytułpracy_podst_14.10.2017, skróconytytułpracy_red_14.10.2017).
   - Z właściwości pliku należy usunąć dane osobowe autora.
10. Prosimy o zachowanie w ostatecznych wersjach tekstu (w obu językach) prawidłowego porządku piśmiennictwa w standardzie Vancouver. W celu uzyskania zwię-

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

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

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

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

- Podczas zgłaszania listy autorów, wymagane jest podanie numeru ORCID (Open Researcher and Contributor ID), dla przynajmniej jednego, głównego, Autora/Autorki; optymalnie dla wszystkich.
- Pomiędzy kolejnymi okienkami autor może poruszać się, klikając przyciski „Poprzedni/Następny krok” lub nazwę etykiety po lewej stronie. Ostatnim krokiem wysłania pracy jest „Wyślij do redakcji” – w tym kroku znajduje się podsumowanie wcześniej wprowadzonych danych artykułu oraz informacje o ewentualnych brakujących elementach lub naruszeniach wymogów formalnych przesłania pracy do redakcji.
- W przypadku poprawnego i kompletnego wypełnienia wszystkich elementów pracy, w tym zamieszczenia 2 rodzajów plików i wygenerowaniu pliku pdf, opcja „Wyślij do redakcji” stanie się aktywna. Potwierdzenie otrzymania pracy i nadania jej sygnatury zostanie wysłane na adres e-mail autora, co nie jest równoznaczne ze skierowaniem pracy do recenzowania ani przyjęciem jej do druku.

11. Autorzy proszeni są o załączenie oświadczenia dotyczącego ewentualnych źródeł finansowania pracy, wkładu pracy poszczególnych autorów i dostępu do materiałów, niezgłaszania artykułu do publikacji w innych czasopismach.
    - Autor zgłaszający pracę sponsorowaną jest zobowiązany do oświadczenia, że autorzy publikacji nie byli poddani żadnym wpływom ze strony sponsorów w toku badań i ich opracowywania.
    - Do prac empirycznych, wymagających zgody właściwej komisji bioetycznej, należy dołączyć numer decyzji akceptującej projekt badań.
    - Główną odpowiedzialność za prawidłowe podanie danych, pozwalających uniknąć nierzetelności naukowej, ponosi Autor zgłaszający manuskrypt.
    - W przypadku wykrycia sytuacji, gdy ktoś wniósł istotny wkład w powstanie publikacji, a jego udział nie został ujawniony jako jednego z autorów lub w podziękowaniach (ghost-writing) – i przeciwnie, jeśli udział danej osoby jest znikomy lub w ogóle nie zaistniał, a pomimo to jest ona wymieniona jako autor/współautor publikacji (guest-authorship), redakcja jest zobowiązana do powiadomienia o tym fakcie odpowiednie podmioty.
    - W systemie edytorskim przy okienku „oświadczenia autorów” (punkt 6) znajduje się plik „wzór oświadczenia” do pobrania i wypełnienia przez osobę zgłaszającą pracę.

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

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

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

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

- Poprawione teksty należy nadesłać w terminie wskazanym przez Redakcję. Niedotrzymanie terminu może być uznane za rezygnację z publikacji.
- Zakwalifikowanie pracy do druku następuje po otrzymaniu pliku zawierającego zmiany sugerowane przez recenzentów, spełniającego wszystkie wymogi merytoryczne i formalne.

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

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

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

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

cena 35 zł (w tym 5% VAT)