

Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii

redakcja naukowa

Dorota Danielewicz
Jarosław Rola



Stare dylematy
i nowe wyzwania
w psychoterapii



Czesław Czabale

Prace dedykowane
Profesorowi Janowi Czestawowi Czabale
z okazji jubileuszu pięćdziesięciolecia
aktywności zawodowej
w uznaniu za Jego wybitny wkład
w rozwój psychoterapii

Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii

Redakcja naukowa
Dorota Danielewicz
Jarosław Rola



WYDAWNICTWO
AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ
Warszawa 2017

Recenzentka

Prof. dr hab. Barbara Weigl

Projekt okładki

Anna Gogolewska

Ilustracja na okładce

Wojciech Weiss, *Demon (W kawiarni)*, 1904, olej na płótnie, 65×95 cm,

Muzeum Narodowe w Krakowie

© Fundacja Muzeum Wojciecha Weissa

Zdjęcie na stronie 2

Czesław Czabała at an ENTER Mental Health Meeting/Czesław Czabała na spotkaniu specjalistów z grupy ENTER Mental Health Network

Photo: Ian Dawson, ENTER Secretary

Redakcja

Joanna Marek-Banach

Korekta

Anna Luto-Pietrzak

Copyright © by

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej

Warszawa 2017

ISBN 978-83-64953-89-7

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej

02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40

tel. 022 5893645

e-mail: wydawnictwo@aps.edu.pl

Wydanie pierwsze

Ark. druk. 20,5

Skład i łamanie: Grafos

Druk ukończono w listopadzie 2017

Druk i oprawa: Fabryka Druku

SPIS TREŚCI

DOROTA DANIELEWICZ, JAROSŁAW ROLA

Słowo wstępne 9

MAŁGORZATA GAWRON

Życiorys naukowo-zawodowy Profesora Jana Czesława Czabały 11

MAŁGORZATA GAWRON

Wybrane publikacje Profesora Jana Czesława Czabały 19

PETER RYAN, TIM GREACEN, IAN DAWSON

AND THE ENTER MENTAL HEALTH EUROPEAN NETWORK

Professor Czesław Czabala: An Encomium from the Perspective
of ENTER Mental Health 27

JAN TYLKA

Przyjaźń i wspólne działania na niwie psychologii klinicznej 31

WSPÓŁCZESNE DYLEMATY
ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM

JACEK WCIÓRKA

Cierpienie – zagubiona perspektywa kryzysu psychiatrycznego? 39

HELENA SĘK

Modele zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej –
problemy i dylematy wzajemnych relacji 53

PAWEŁ BRONOWSKI

Czynniki wpływające na proces zdrowienia w opinii osób chorujących
psychicznie, ich rodzin i terapeutów 69

LIDIA ZABŁOCKA-ŻYTKA

Promocja zdrowia psychicznego w praktyce psychologa klinicznego 87

SYLWIA KLUCZYŃSKA

Problemy zdrowotne i formy pomocy dorosłym ofiarom
przemocy domowej 103

KRZYSZTOF OSTASZEWSKI

Psychospołeczne czynniki problemów internalizacyjnych
młodzieży w wieku 15 lat 119

MAGDALENA ROWICKA

Uzależnienia behawioralne 139

WYZWANIA PSYCHOTERAPII W OBLICZU ZRÓŻNICOWANIA SZKÓŁ I PODEJŚĆ TERAPEUTYCZNYCH

BOGDAN DE BARBARO

Refleksje na temat pięciu dylematów,
z którymi borykają się psychoterapeuci 153

JERZY W. ALEKSANDROWICZ

Dwa oblicza psychoterapii 165

IRENA NAMYSŁOWSKA

Ewolucja terapii rodzin – zapiski z długiej drogi terapeuty rodzinnego 179

IRENA JELONKIEWICZ
W lustrze superwizyjnym 189

LIDIA CIERPIAŁKOWSKA
Sojusz terapeutyczny w psychoterapii zaburzeń osobowości 207

MARYLA SAWICKA, AGNIESZKA ŻOCHOWSKA, STANISŁAW WÓJTOWICZ
Psychoterapia pozytywna w zaburzeniach psychicznych 225

KATARZYNA PROT-KLINGER
Duża grupa jako metoda pracy w społeczności terapeutycznej 241

LIDIA GRZESIUK, AGNIESZKA SZYMAŃSKA, KAMIŁA DOBRENKO
Znaczenie pracy nad przeniesieniem dla związku między zahamowaniem
pacjenta przed psychoterapią a dobrą relacją z psychoterapeutą i skutecznością
psychoterapii 259

KATARZYNA SCHIER
Bezcieleśni psychoterapeuci? Doświadczenie ciała
w procesie psychoterapii 275

HELENA JANET GRZEGOŁOWSKA-KLARKOWSKA
Życie nanizane na emocjonalną nitkę. Osobowościowe uwarunkowania
życia i twórczości trzech słynnych psychoterapeutów 293

BEATA HINTZE, AGNIESZKA EJSMONT
Metody terapeutyczne pomocne w procesie zdrowienia osób chorujących na
schizofrenię. Perspektywa profesjonalisty i eksperta przez doświadczenie 303

O Autorach 320

SŁOWO WSTĘPNE

Jubileusz pięćdziesięciolecia działalności zawodowej Pana Profesora Jana Czesława Czabały jest okazją do przybliżenia sylwetki Jubilata oraz przedstawienia Jego dokonań na polu teorii i praktyki psychologii klinicznej oraz psychoterapii, które są istotną częścią Jego życia. To przecież między innymi dzięki Jego wieloletnim i pełnym zaangażowania działaniom możliwy był rozwój, a także solidne ugruntowanie pozycji tych specjalności w naszym kraju. Z całą pewnością należy również wspomnieć o nieocenionych zasługach na arenie międzynarodowej, choćby w zakresie promowania zdrowia psychicznego przez realizację badań oraz przygotowywanie i wdrażanie programów treningowych w ramach prac w European Network on Training, Evaluation and Research in Mental Health (ENTER), której był współtwórcą. Jego pracowitość oraz umiejętne łączenie działalności naukowej z praktyką kliniczną zaowocowały ważnymi publikacjami, a Jego mądrość wynikająca z ogromnej wiedzy i nieprzeciętnej osobowości, życzliwość wobec innych i poczucie humoru sprawiły, że jest zarówno cenionym pedagogiem, profesjonalistą, jak i przyjacielem.

Postanowiliśmy uczcić tę uroczystą okoliczność wspólnie z przyjaciółmi, uczniami i współpracownikami z różnych ośrodków akademickich i różnych okresów pracy Profesora. Zgodnie zatem z tradycją uniwersytecką przygotowaliśmy książkę zawierającą teksty niejednokrotnie inspirowane dyskusjami z Nim lub lekturą Jego publikacji na temat zdrowia psychicznego, psychoterapii i poradnictwa zdrowotnego. W prezentowanych tekstach wyraźnie wyodrębniają się zarówno od lat obecne w naukowej literaturze przedmiotu i dyskusjach praktyków dylematy, jak i nowe zjawiska czy problemy, stanowiące wyzwanie dla obecnych i przyszłych pokoleń badaczy oraz praktyków psychologii klinicznej i psychoterapii. Różnorodność podejmowanych przez Autorów zagadnień, będąca także wyrazem ich zainteresowań naukowych i badawczych, świadczy o tym, jak niezwykle twórcze mogą być tego rodzaju intelektualne spotkania. Wszystkie jednak mieszczą się we wspomnianych już głównych nurtach zainteresowań czcigodnego Jubilata.

DOROTA DANIELEWICZ, JAROSŁAW ROLA

Jako redaktorzy tej publikacji chcielibyśmy podziękować wszystkim Autorom, którzy zechcieli wspólnie z nami w ten szczególny sposób uczcić jubileusz Profesora. Przekazując zaś Jubilatowi najlepsze życzenia kolejnych sukcesów w pracy naukowo-dydaktycznej i praktyce klinicznej oraz pomyślności w życiu osobistym, mamy nadzieję na realizację wielu jeszcze wspólnych przedsięwzięć.

Dorota Danielewicz, Jarosław Rola

MAŁGORZATA GAWRON

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

ŻYCIORYS NAUKOWO-ZAWODOWY PROFESORA JANA CZESŁAWA CZABAŁY

Profesor doktor habilitowany Jan Czesław Czabała swoją działalność zawodową związał głównie z psychologią kliniczną, a w szczególności z psychoterapią. W latach 60. XX wieku psychoterapia w Polsce była stosowana w niewielu placówkach lecznictwa psychiatrycznego. To właśnie Profesor Czabała, dzięki ogromnemu zaangażowaniu i podejmowanym aktywnościom, przyczynił się w dużej mierze do rozwoju i upowszechnienia psychoterapii na gruncie polskim oraz zaistnienia Polski w tej dziedzinie na gruncie międzynarodowym. W swojej aktywności naukowej podejmował przede wszystkim problematykę związaną z czynnikami leczącymi procesu psychoterapii grupowej, rodzajami zmian występujących w wyniku stosowania psychoterapii, charakterystyką relacji w rodzinach osób chorych na zaburzenia psychiczne, czynnikami leczącymi procesu terapii rodzin oraz promocją zdrowia psychicznego.

Profesor Czabała posiada certyfikat psychoterapeuty i superwizora psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, licencjat psychoterapeuty i superwizora psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz certyfikat terapeuty uzależnień. Oprócz działalności naukowo-dydaktycznej, nadal prowadzi psychoterapię, superwizuje pracę psychoterapeutów, bierze udział w egzaminach specjalizacyjnych z zakresu psychologii klinicznej oraz certyfikacyjnych do uprawnień psychoterapeuty i superwizora.

Tuż po ukończeniu studiów na Katolickim Uniwersytecie Lubelskim (1966) Profesor Jan Czesław Czabała rozpoczął pracę w zespole realizującym polsko- 11

-amerykański program rehabilitacji osób chorujących na schizofrenię. Zespołem kierowała promotorka pracy magisterskiej Czesława Czabały profesor Zenomena Płużek, która zainicjowała Jego zainteresowania dotyczące psychologii klinicznej. Podczas prac zespołu zwrócono uwagę na ważny element rehabilitacji osób chorujących, jakim jest psychoterapia. Wiedziony tym przekonaniem Profesor Czabała odbył staż z zakresu psychoterapii w Klinice Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie po zakończeniu programu w 1968 roku rozpoczął pracę. Kierownikiem Kliniki był wówczas profesor Stefan Leder, który wywarł znaczący wpływ na dalsze zainteresowania oraz rozwój kariery zawodowej i naukowej Profesora. Pod jego kierunkiem Jan Czesław Czabała rozpoczął badania do swojej pracy doktorskiej oraz kierował pierwszymi programami badawczymi. W gabinecie Profesora w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej po dziś dzień wisi portret profesora Ledera.

W roku 1976 na Uniwersytecie Jagiellońskim Jan Czesław Czabała uzyskał doktorat na podstawie rozprawy pt. „Osobowość a wyniki leczenia psychoterapią pacjentów nerwicowych”. Promotorem pracy doktorskiej była profesor Maria Susułowska, która stała się kolejną ważną postacią i późniejszym współpracownikiem Profesora. Jak pisze o niej sam Profesor Czabała: „nauczyła mnie niezwykle ważnej umiejętności wykorzystywania wiedzy teoretycznej i naukowej w praktyce klinicznej”.

W roku 1980 Jan Czesław Czabała został powołany na stanowisko kierownika Zakładu Psychologii Klinicznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. W tym czasie kierował realizacją programów badawczych dotyczących rodzin osób chorujących na schizofrenię i nerwicę oraz programu badań nad procesem terapii rodzin: „Wzajemna percepcja w rodzinach pacjentów chorych na nerwicę i schizofrenię” oraz „Proces terapii rodzin: cele i strategie”. Organizował również prace związane z nadzorem specjalistycznym w psychologii klinicznej. W latach 1980–1991 był przewodniczącym Zespołu ds. Nadzoru Specjalistycznego w Psychologii Klinicznej. Zespół ten przygotował program oraz zasady uzyskiwania specjalizacji w psychologii klinicznej przyjęte w 1984 roku przez Ministerstwo Zdrowia, które stanowiły formalne podstawy do uzyskiwania przez psychologów specjalizacji zawodowej.

Wpływ na tematykę badań i publikacji naukowych Profesora miała również współpraca z ośrodkami w Finlandii. W roku 1986 Jan Czesław Czabała odbył czteromiesięczny staż w klinice w Turku kierowanej przez profesora Yrjo Allanena i w Helsinkach w klinice, którą kierował wówczas profesor Kalle Achte.

W latach 1987–1991 Profesor był członkiem Grupy Roboczej World Health Organization (WHO) „Health Psychology”, której celem było wówczas przygotowanie raportu dotyczącego zastosowania psychologii do rozwiązywania problemów zdrowia publicznego oraz wypracowanie zaleceń WHO, a także diagnoza potrzeb rozwijania nowych form kształcenia w zakresie psychologii zdrowia. Również w ramach współpracy z WHO w 1999 roku został członkiem Grupy Roboczej „Mental Health Assessment”, której celem jest prowadzenie oceny stanu psychiatrycznej opieki zdrowotnej europejskiego regionu WHO. Funkcję tę pełnił do 2005 roku.

Stopień doktora habilitowanego nauk humanistycznych Jan Czesław Czabała uzyskał w roku 1990 na Uniwersytecie Jagiellońskim na podstawie monografii pt. „Rodzina a zaburzenia psychiczne – koncepcje i studia nad percepcją interpersonalną”.

Dwa lata później został powołany na stanowisko Zastępcy Dyrektora do spraw Badań Naukowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. W tym okresie zainteresowania Profesora zwróciły się w stronę problemów promocji zdrowia psychicznego.

Profesor Czabała pracował w zespole przygotowującym projekt ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W ramach tej działalności przygotował projekt artykułów opisujących promocję zdrowia psychicznego. W 1994 roku ustawa o ochronie zdrowia psychicznego została uchwalona i znalazł się w niej zapis o konieczności realizacji programu promocji zdrowia psychicznego jako jednego z ważniejszych zadań ochrony zdrowia psychicznego. W roku 1997 Minister Zdrowia powierzył Janowi Czesławowi Czabale funkcję przewodniczącego Rady do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, której zadaniem miał być nadzór nad realizacją tej części zapisów ustawy. W wyniku prac Rady ds. Promocji Zdrowia Psychicznego powstała monografia „Zdrowie psychiczne – zagrożenia i promocja” pod redakcją naukową Profesora Czabały.

W tym samym roku Profesor otrzymał prestiżowe stypendium Fulbrighta, dzięki któremu w latach 1992–1993 pracował w Brigham Young University w Provo, Utah. W trakcie trwania stypendium wspólnie z wybitnymi badaczami amerykańskimi – profesorem Michaelem Lambertem i profesorem Allenem Berginem prowadził badania nad psychoterapią.

W latach 1995–1998 Jan Czesław Czabała brał udział w europejskim programie Biomed II „Psychotherapies in Europe”, którego celem było porównanie metod psychoterapeutycznych stosowanych w siedmiu krajach europejskich.

Pobyt w *Brigham Young University*, prowadzone badania zarówno we współpracy międzynarodowej, jak i te o zasięgu krajowym oraz doświadczenia kliniczne pozwoliły Profesorowi na opracowanie monografii „Czynniki leczące w psychoterapii”. Pierwsze wydanie ukazało się w 1997 roku, a w 2006 roku zostało przygotowane wydanie czwarte zmienione, które jest stale dodrukowywane. W monografii Profesor przedstawia syntezę rozwoju różnych kierunków psychoterapeutycznych oraz wskazuje czynniki leczące wspólne dla psychoterapii psychodynamicznej, behawioralno-poznawczej, humanistycznej i systemowej. Jest to podejście, które wpisuje się w ideę integracji w psychoterapii. Profesor Czabała jest członkiem Polskiego Stowarzyszenia Integracji Psychoterapii, w którym obecnie pełni funkcję wiceprezesa. Wśród członków Stowarzyszenia znajdują się propagatorzy różnych nurtów psychoterapeutycznych, a także różnych podejść do samej integracji w psychoterapii.

W latach 1998–2000 Profesor Czabała był polskim koordynatorem polsko-amerykańskiego programu badań „Ocena skuteczności krótkiej interwencji terapeutycznej wobec osób nadużywających alkoholu” finansowanych ze środków Narodowego Instytutu Badań nad Alkoholizmem (NIAAA) w Waszyngtonie oraz koordynatorem programu PHARE „Primary prevention of drug demand within the local community”, w którym uczestniczyły zespoły z pięciu krajów. Od roku 2001 pełnił również funkcję polskiego koordynatora polsko-amerykańskiego programu „International Substance Abuse Research Training” oraz grantu Komisji Europejskiej, programu OSKAR dotyczącego zjawiska wypalenia zawodowego personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Ponadto w latach 2002–2011 Profesor współkierował międzynarodowym grantem „International Substance Abuse Research Training, grantem NIH Fogarty International Center, a w latach 2007–2011 kierował polską częścią grantu Komisji Europejskiej DataPrev – Developing the Evidence Base for Mental Health Promotion and Prevention in Europe: a Database of programmes and the production of guidelines for policy and practice.

W roku 2000 z inicjatywy profesora Petera Ryana z Londynu powstała międzynarodowa grupa ENTER Mental Health – European Network on Training, Evaluation and Research in Mental Health – zrzeszająca instytucje z wielu krajów europejskich zajmujące się szeroko pojętymi zagadnieniami związanymi ze zdrowiem psychicznym. Profesor Czabała należał do twórców grupy ENTER Mental Health. Za jego sprawą już w 2000 roku jej członkiem został Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, a w roku 2011 dołączyła Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. Od początku istnienia ENTER Mental Health Profesor był członkiem Steering Group, czyli organu koordynującego prace grupy. Obecnie ENTER Mental Health zrzesza

18 instytucji z 14 krajów europejskich. Dzięki działaniom grupy zostały zrealizowane międzynarodowe projekty badawcze: OSCAR, ISADORA, EMILIA, PROMISE, CAMILLE. Profesor Czabała pełnił w nich funkcję polskiego koordynatora.

W roku 2001 postanowieniem z dnia 30 listopada Profesorowi Czabale został nadany przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Aleksandra Kwaśniewskiego tytuł naukowy profesora nauk humanistycznych.

Przez lata swojej aktywności zawodowej Profesor Czabała był (w większości nadal jest) członkiem wielu krajowych i zagranicznych towarzystw naukowych, niejednokrotnie pełniąc w nich ważne funkcje i zasiadając w organach zarządzających. Należą do nich: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Sekcja Naukowa Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Komitet Nauk Psychologicznych PAN, Komitet Nauk Neurologicznych – Komisja Zdrowia Psychicznego PAN, European Society on Treatment of Alcohol Dependence and Related Disorders (ESTAD), International Federation for Psychotherapy, Society for Psychotherapy Research, International Family Therapy Association, International Association of Group Psychotherapy, European Family Therapy Association, European Health Psychology Association, Scientific Committee European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Working Party on Mental Health przy DG SANCO Komisji Europejskiej.

Spośród ważnych funkcji pełnionych przez Profesora Czabałę warto wymienić również kierowanie Zakładem Psychologii Instytutu Pielęgniarstwa Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, funkcję eksperta w programie badawczym Komisji Europejskiej „ProMenPol”, przewodniczenie Radzie Programowej ds. Kształcenia w zakresie Terapii Uzależnień przy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, przewodniczenie Radzie Programowej ds. Kształcenia w zakresie Terapii Uzależnień od Narkotyków przy Krajowym Biurze ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Profesor Czabała jest związany od czasu pracy w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, aktualnie pełni funkcję przewodniczącego Rady do spraw akredytacji certyfikacji terapeutów. Współpracuje również z Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii, między innymi oceniając projekty badań naukowych finansowanych przez Biuro.

Jan Czesław Czabała udziela się w komitetach redakcyjnych oraz pełni funkcję recenzenta wielu czasopism naukowych zarówno krajowych, jak i zagranicznych. Wśród nich można wymienić: *International Journal of Psychology*, *System Familii*, *International Group Psychotherapy Journal*, *Psychiatria*, *Postępy Psychiatrii*

i Neurologii, Psychoterapia, Alkoholizm i Narkomania, Lęk i Depresja, Suicydologia, Neurologica et Neurogeriatria, Neurologica: Magazyn Neurologów, Zdrowie Publiczne, Medycyna Praktyczna, Psychoonkologia.

Od 2002 roku Profesor Czabała podjął stałą współpracę z Akademią Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Najpierw jako kierownik Katedry Psychologii Klinicznej, a w latach 2006–2011 pełniąc funkcję Dyrektora Instytutu Psychologii Stosowanej. W tym czasie uczestniczył w pracach nad otwarciem w APS kierunku Psychologia na Wydziale Stosowanych Nauk Społecznych, co udało się osiągnąć w roku akademickim 2008/2009. Prócz prowadzenia zajęć dydaktycznych, seminariów magisterskich i prac organizacyjnych związanych z funkcjonowaniem Instytutu oraz Wydziału, Profesor nie zaniedbywał działalności naukowej. Dzięki jego zaangażowaniu APS miało szansę realizować międzynarodowe projekty badawcze: CAMHEE (Child and adolescent mental health in enlarged European Union: development of effective policies and practices), RAISE (European Masters Programme in Recovery and Social Inclusion), RAINBOW HAS (Rights through Alliances: Innovating and Networking BOth Within Homes and School), CAMILLE (Empowerment of children and adolescents of mentally ill parents through training of professionals working with children and adolescents). Pełnił w nich funkcję polskiego koordynatora lub konsultanta merytorycznego. W realizację projektów zostali włączeni liczni pracownicy Instytutu Psychologii, zyskując możliwości nawiązania międzynarodowej współpracy i rozwoju naukowego.

Działalność Profesora w międzynarodowym i krajowym życiu naukowym przejawia się również w uczestnictwie w licznych konferencjach i sympozjach naukowych. Jako prelegent tychże spotkań referował wyniki swoich badań, badań kierowanych przez siebie zespołów oraz występował w roli eksperta i moderatora naukowych dyskusji. Był wielokrotnie zaangażowany w pracę komitetów naukowych konferencji oraz komitetów organizacyjnych, często inicjując organizację wydarzeń naukowych.

Do 2011 roku Profesor Czabała pracował równolegle w APS oraz w Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Po rezygnacji z funkcji Dyrektora Instytutu Psychologii Stosowanej w APS kierował Katedrą Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego, przekształconą w 2016 roku w Katedrę Psychoterapii i Poradnictwa Psychologicznego. Po uzyskaniu w 2016 roku przez Wydział Stosowanych Nauk Społecznych APS uprawnień do nadawania stopnia doktora Profesor został przewodniczącym Komisji ds. Przewodów Doktorskich w dyscyplinie Psychologia. W tym samym roku decyzją Rady Wy-

działu *Stosowanych Nauk Społecznych APS* otwarto dwa pierwsze przewody doktorskie.

Profesor Czabała posiada duże doświadczenie dydaktyczne. Prowadzi zajęcia z zakresu psychologii klinicznej, psychologii osobowości, psychoterapii, poradnictwa psychologicznego, relacji terapeutycznej, promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych zarówno w uczelniach krajowych (APS, Uniwersytet Jagielloński, Uniwersytet SWPS), jak i zagranicznych (USA, Dania, Litwa). Bierze również udział w kształceniu podyplomowym, przybliżając słuchaczom wiedzę z zakresu psychoterapii grupowej, terapii rodzin, superwizji czy treningów grupowych (Instytut Psychiatrii i Neurologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, APS). Prowadzi seminaria magisterskie oraz jest promotorem prac doktorskich.

Ponadto Profesor Jan Czesław Czabała niezmiennie z zapałem i zaangażowaniem aktywnie podejmuje zawodowe wyzwania na niwie nauki i praktyki, służąc radą, wsparciem oraz będąc inspiracją i wzorem dla kolejnych pokoleń psychologów-praktyków i psychologów-badaczy.

MAŁGORZATA GAWRON

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

WYBRANE PUBLIKACJE PROFESORA JANA CZESŁAWA CZABAŁY

KSIĄŻKI

1. Czabała, J.C. (1997). *Czynniki leczące psychoterapii*. Warszawa: WN PWN.
2. Czabała, J.C., Dudek, B., Krasucki, P., Pietrzykowska, B., Brodniak, W. (2000). *Mental Health in the Workplace. Situation Analysis – Poland*. Geneva.
3. Czabała, J.C. (2006 – wyd. nowe). *Czynniki leczące psychoterapii*. Warszawa: WN PWN.

KSIĄŻKI POD REDAKCJĄ

1. Orwid, M., Czabała, J.C. (red.). (1986). *Terapia rodzin i małżeństw w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych*. Warszawa: PTP.
2. Czabała, J.C. (red.). (2000). *Zdrowie psychiczne – zagrożenia i promocja*. Warszawa: IPiN.
3. Siwiak-Kobayashi, M., Leder, S., Czabała, J.C. (red.). (2000). *Psychotherapy at the Turn of Century – from Past to Future*. Warszawa PPA and IFP.
4. Czabała, J.C., Zasepa, E. (red.). (2006). *Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
5. Jabłoński, P., Bukowska, B., Czabała, J.C. (red.). (2012). *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*. Warszawa: KBdsPN.
6. Czabała, J.C., Kluczyńska, S. (red.). (2015). *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: WN PWN.

ARTYKUŁY W CZASOPISMACH

1. Leder, S., Bigo, B., Kosewska, A., Czabała, J.C., Wysokińska, T. (1970). Zusammenhang zwischen therapeutischen Techniken und Charakter und Zusammensetzung der psychotherapeutischen Gruppen. *Journal of Neurology and Psychology*, H.10, 369–373.
2. Czabała, J.C. (1972). Próba analizy funkcji i roli zebrań społeczności. *Zeszyty Psychoterapeutyczne*, 1–2, 71.
3. Czabała, J.C., Kosewska, A. (1972). Analiza dynamiki grupy treningowej. *Zeszyty Psychoterapeutyczne*, 2, 57.
4. Czabała, J.C., Siwiak-Kobayashi, M. (1972). Założenia i realizacja programu terapeutycznego w Klinice Nerwic Instytutu Psychoneurologicznego. *Przegląd Lekarski*, t. XXIX, N8, 771–784.
5. Bigo, B., Czabała, J.C., Kuliszkiwicz, D., Leder, S., Siwiak-Kobayashi, M. (1972). Założenia programu terapeutycznego w Klinice Nerwic. *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, VIII, 25–43.
6. Bigo, B., Czabała, J.C., Kosewska, A., Leder, S., Pohorecka, A. (1973). Założenia i rehabilitacja zgrupowania szkoleniowego Sekcji Psychoterapii PTP. *Psychoterapia*, 5, 9–22.
7. Aleksandrowicz, J., Czabała, J.C., Czerniejewski, K., Małatyńska, G., Sęk, H. (1974). Stan psychoterapii w Polsce. *Materiały I Krajowego Sympozjum Psychoterapii w Polsce*. Warszawa, s. 17–30.
8. Czabała, J.C., Kosewska, A. (1974). Oczekiwania, aktywność i satysfakcja z posiedzeń psychoterapii grupowej. *Psychoterapia*, 9, 6–14.
9. Czabała, J.C., Kosewska, A. (1976). Osobowość a popularność w grupie psychoterapeutycznej. *Przegląd Psychologiczny*, 19, 311–322.
10. Czabała, J.C., Kosewska, A. (1976). Sztwywność zachowania i percepcja w sytuacji funkcjonowania w grupie a cechy osobowości. *Psychoterapia*, 16, 10–15.
11. Aleksandrowicz, J., Czabała, J.C. (1979). Metodologia badań nad skutecznością psychoterapii. *Materiały II Krajowego Sympozjum Psychoterapii w Polsce*. Warszawa, s. 391–396.
12. Aleksandrowicz, J., Czabała, J.C. (1982). Psychotherapy in Poland. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1051–1054.
13. Czabała, J.C., Kuliszkiwicz, D. (1982). Porównanie skuteczności 3 form psychoterapii w wynikach bezpośrednich. *Psychoterapia*, 42, 3–11.
14. Kuliszkiwicz, D., Wolniewicz-Grzelak, B., Czabała, J.C. (1982). Porównanie skuteczności 3 form psychoterapii w okresie katamnetycznym. *Psychoterapia*, 42, 13–26.
15. Czabała, J.C., Mroziak, B., Brykczyńska, C. (1985). Macierz Interakcji Hill'a – narzędzie do badania procesu psychoterapii grupowej. *Psychoterapia*, 52, 25–46.
16. Czabała, J.C., Płócińska, M. (1986). Percepcja interpersonalna w rodzinach pacjentów nerwicowych. *Biuletyn Instytutu Psychiatrii i Neurologii*, 61, 9–22.
17. Czabała, J.C. (1987). Lecznictwo psychiatryczne w Finlandii. *Psychiatria Polska*, 21(2), 151–153.
18. Czabała, J.C. (1987). Swoiste cechy psychoterapii w Polsce. *Psychoterapia*, 62, 13–17.
19. Czabała, J.C. (1987). Zmiana jako wynik psychoterapii. *Psychoterapia*, 62, 37–41.
20. Leder, S., Czabała, J.C. (1987). Some comments on indicational issues of psychotherapy. *The European Journal of Psychiatry*, 1, 20–28.
21. Czabała, J.C., Błaszczczyńska, G., Wierzbicki, S., Wysocka, A. (1988). Propozycja podziału zadań pracowników poradni zdrowia psychicznego. *Biuletyn Instytutu Psychiatrii i Neurologii*, 67, 63–69.

22. Leder, S., Siwiak-Kobayashi, M., Czabała, J.C. (1988). Zagadnienia oceny pracy psychoterapeutów. *Biuletyn Instytutu Psychiatrii i Neurologii*, 70/71, 29–32.
23. Orwid, M., Czabała, J.C. (1991). Family and history – Polish experiences. *Psychoterapia*, 1/76, 13–17.
24. Czabała, J.C. (1992). Psychoterapia po 100 latach widziana oczami Amerykanów. *Psychoterapia*, 4, 3–15.
25. Czabała, J.C. (1993). Nadal wiadomo niewiele. Przegląd aktualnych badań nad psychoterapią. *Psychoterapia*, 3, 3–14.
26. Czabała, J.C. (1994). Lęk w ujęciu egzystencjalnym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 3, 29–35.
27. Czabała, J.C. (1994). Promocja zdrowia psychicznego. *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1(3), 46–61.
28. Czabała, J.C. (1994). Wyniki badań nad psychoterapią – ich użyteczność dla praktyki klinicznej. *Psychoterapia*, 4(91), 33–40.
29. Czabała, J.C., Mroziak, B. (1996). Stosowanie psychoterapii w Polsce. *Psychoterapia*, 100(4), 19–29.
30. Mroziak, B., Czabała, J.C., Wójtowicz, S. (1997). Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, t. XXXI, 3, 257–268.
31. Czabała, J.C. (1997). Spotkanie chorego. *Znak*, 509, 60–65.
32. Czabała, J.C., Brykczyńska, C. (1998). Psychologiczne metody leczenia lęku. *Lęk i Depresja*, 3(2), 102–113.
33. Czabała, J.C., Brykczyńska, C. (1998). Psychologiczne metody leczenia lęku napadowego. *Lęk i Depresja*, 3, suppl., 113–119.
34. Czabała, J.C., Pałyska, M., Raduj, J., Wójtowicz, St. (1999). Porównanie stosowania psychoterapii w Polsce i innych krajach europejskich. *Psychoterapia*, 3, 5–14.
35. Aleksandrowicz, J., Bierzyński, K., Bomba, J., Czabała, J.C., Jaklewicz, H., Leder, S., Namysłowska, I., Orwid, M., Pawlik, J., Piotrowski, A., Siwiak-Kobayashi, M. (1999). Zasady stosowania psychoterapii. Wyniki dalszych prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. *Psychoterapia*, 111, 5–13.
36. Czabała, J.C., Brykczyńska, C. (2000). Psychoterapeuci w Polsce na tle innych krajów europejskich – badania w wybranych ośrodkach psychoterapeutycznych. *Psychoterapia*, 112, 5–9.
37. Czabała, J.C., Brykczyńska, C. (2001). A comparison of psychotherapists in Poland to Other European Countries, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3(4), 71–78.
38. Czabała, J.C., Pałyska, M., Raduj, J. (2001). Programy profilaktyczne realizowane w poradniach psychologiczno-pedagogicznych i ich znaczenie dla profilaktyki uzależnień. *Alkoholizm i Narkomania*, 14(4), 511–521.
39. Czabała, J.C., Pałyska, M., Raduj, J. (2001). Warunki i sposoby realizacji programów profilaktycznych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w Polsce. *Opieka, Wychowanie, Terapia*, 4(48), 14–19.
40. Czabała, J.C., Brykczyńska, C. (2001). A comparison of psychotherapists in Poland to Other European Countries, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3(4), 71–78.
41. Manwell, L.B., Ignaczak, M., Czabała, J.C. (2002). Prevalence of tobacco and alcohol use disorders in Polish primary care settings. *The European Journal of Public Health*, 12, 139–144.
42. Czabała, J.C. (2002). Psychoterapia jest skuteczna. *Terapia, Uzależnienia i Współuzależnienia*, 5(26), 2–3.
43. Manwell, L.B., Ignaczak, M., Czabała, J.C. (2002). Prevalence of tobacco and alcohol use disorders in Polish primary care settings. *European Journal of Public Health*, 12, 139–144.

44. Czabała, J.C. (2004). Reflections on psychotherapy by Professor Stefan Leder, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2(6), 5–14.
45. Ryan, P., Anczewska, M., Lajjvari, H., Czabała, J.C., Hill, L., Kurek, A. (2007). Demographic and situational variations in levels of burnout in European mental health services: a comparative study. *Diversity in Health and Social Care*, 4, 101–112.
46. Bobrowski, K., Czabała, J.C., Brykczyńska, C. (2007). Risk behaviours as a dimension of mental health assessment in adolescents. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1–2, 17–26.
47. Czabała, J.C. (2007). Europejski program ochrony zdrowia psychicznego (European Program of Mental Health Protection). *Psychiatria Polska*, 3, supl. 24.
48. Czabała, J.C., Danielewicz, D., Hryniewicka, A., Rola, J., Zasepa, E. (2008). Promocja zdrowia psychicznego jako działania zapobiegające samobójstwom. *Suicydologia*, 4(1), 1–8.
49. Czabała, J.C. (2008). Typologia pacjentów korzystających z instytucjonalnej pomocy w związku z używaniem narkotyków, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 4(43), 2–6.
50. Czabała, J.C., Danielewicz, D., Rola, J., Szulawski, M., Zabłocka-Żytka, L. (2009). Violence at Polish Schools – analysis of the phenomenon and prevention methods. *The Romanian Review of Child Psychiatry*, 3(1), 14–20.
51. Zabłocka-Żytka, L., Wojda, J., Smulczyk, M., Czabała, J.C. (2009). Zdrowie psychiczne gimnazjalistów uczęszczających do „Szkół z klasą”. Badania porównawcze. *Pedagogika Społeczna*, 3, VIII, 63–73.
52. Czabała, C. (2009). Wybrane problemy psychoterapii uzależnień. *Terapia. Uzależnienia i współuzależnienia*, 2, 3–5.
53. Czabała, C. (2009). Co dalej po dyplomie? Psychoterapia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2(14), 184–188.
54. Czabała, J.C. (2010). Psychotherapy in Poland. *International Journal of Psychotherapy*, 14(3), 66–68.
55. Czabała, J.C., Charzyńska, K., Mroziak, B. (2011). Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. *Health Promotion International*, 26, No S1, 70–84.
56. Czabała, J.C. (2011). Użyteczność kliniczna interwencji wspartych empirycznie. *Roczniki Psychologiczne*, t. XIV, 1, 35–40.
57. Bukowska, B., Wieczorek, D., Czabała, J.C. (2013). System szkoleń i certyfikacji – perspektywa historyczna i możliwości rozwoju. Serwis Informacyjny.
58. Miedziun, P., Czabała, J.C. (2015). Stress management techniques. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4(17), 23–30.
59. Sass-Stańczak, K., Czabała, J.C. (2015). Relacja terapeutyczna – co na nią wpływa i jak ona wpływa na proces psychoterapii. *Psychoterapia*, 1(172), 5–17.
60. Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Czabała, J.C. (2016). Empowering families with the experience of mental illness. A presentation of the Polish version of CAMILLE training package. *Psychiatria Polska*, 50(4), 859–871. Doi:10.12740/PP/59312.

ROZDZIAŁY W KSIĄŻKACH

1. Czabała, J.C., Leder, S., Pohorecka, A. (1973). Badania nad psychoterapią. W: H. Waraszk-Lyszkowska (red.), *Terapia grupowa w psychiatrii* (s. 181–208). Warszawa: PZWL.
2. Leder, S., Czabała, C., Kosewska, A. (1976). Versuche und Erfahrungen mit einer neuen Ausbildungsmethode für Psychotherapeuten. W: J. Helm (red.), *Klinischpsychologisch Forschungen* (s. 233–244). Berlin: VEB Deutscher Verl. D. Wissenschaften.
3. Leder, S., Kosewska, A., Czabała, J.C. (1979). Opyt oceny oddalonych rezultatów przygotowania psychoterapeutów w treningowych grupach w usługach kursów specjalizacji. W: B. Karwasarski (red.), *Kliniko-psychologiczeskije issledowanije grupowej psychoterapii* (s. 38–46). Leningrad.
4. Czabała, J.C., Mroziak, B. (1981). Neurotic disorders in Poland and their psychosocial determinants. W: *Psychosocial Factors* (s. 181–186). Brussels: Belgian-Polish Medical Week.
5. Leder, S., Czabała, J.C., Kosewska, A. (1982). Niektóre wyniki psychoterapii w obszarze grupowej psychoterapii. W: Wsiesojuznaja Konferencja po Waprosam Riehabilitacii (s. 278–282). Leningrad.
6. Siwiak-Kobayashi, M., Czabała, J.C. (1983). The therapeutic ideology and outcome of psychotherapy in the Department of Neurotic in the Psychoneurological Institute. W: W.R. Minsel, W. Kerff (red.), *Methodology in Psychotherapy Research* (t. I, s. 181–187). Frankfurt: Peter Lang.
7. Czabała, J.C., Leder, S. (1983). Client-centered therapy in some Eastern European countries. W: W.R. Minsel, W. Kerff (red.), *Research on Psychotherapeutic Approaches* (t. II, s. 119–125). Frankfurt: Peter Lang.
8. Bigo, B., Czabała, J.C., Isurina, G.L., Murzenko, W.A., Wysokińska-Gąsior, T. (1983). Metody i techniki psychoterapii grupowej. W: S. Leder, B. Karwasarski (red.), *Psychoterapia grupowa* (s. 11–135). Warszawa: PZWL.
9. Czabała, J.C., Leder, S. (1983). Badania nad psychoterapią grupową. W: S. Leder, B. Karwasarski (red.), *Psychoterapia grupowa* (s. 136–146). Warszawa: PZWL.
10. Bigo, B., Czabała, J.C., Kosewska, A., Leder, S. (1983). Wyniki prac i badań Kliniki Nerwicy IPIŃ w Warszawie. W: S. Leder, B. Karwasarski (red.), *Psychoterapia grupowa* (s. 147–162). Warszawa: PZWL.
11. Czabała, J.C., Kosewska, A., Taszłykow, W. (1983). Zagadnienia kształcenia psychoterapeutów grupowych. W: S. Leder, B. Karwasarski (red.), *Psychoterapia grupowa* (s. 180–191). Warszawa: PZWL.
12. Leder, S., Czabała, J.C. (1984). Comparative research in psychotherapy. W: J. Helm, A. Bergin (red.), *Behavior Modification* (s. 15–23). Berlin.
13. Czabała, J.C. (1986). Krótkoterminowa terapia rodzin nastawiona na rozwiązanie problemu. W: M. Orwid, J.C. Czabała (red.), *Terapia rodzin i małżeństw w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych* (s. 45–56). Warszawa: PTP.
14. Czabała, J.C. (1987). Progress in psychotherapy research. W: *Selected papers of 2nd European Conference on Psychotherapy research. Louvain-la-Neuve. September 3–7, 1985*.
15. Czabała, J.C. (1992). Rodzina jako system realizujący cele. W: A. Pohorecka (red.), *Rodzina w terapii* (s. 9–16). Warszawa: IPIŃ.
16. Czabała, J.C. (1992). Rodzina w procesie terapii. W: A. Pohorecka (red.), *Rodzina w terapii* (s. 239–243). Warszawa: IPIŃ.
17. Mroziak, B., Czabała, J.C. (1992). Cele terapii w percepcji terapeutów rodzin. W: A. Pohorecka (red.), *Rodzina w terapii* (s. 94–111). Warszawa: IPIŃ.

18. Mroziak, B., Czabała, J.C., Pohorecka, A. (1992). Proces terapii w kategoriach celów i strategii terapeutycznych. W: A. Pohorecka (red.), *Rodzina w terapii* (s. 173–187). Warszawa: IPiN.
19. Czabała, J.C. (1993). Prevention of illicit drug use in Poland. W: Ch.E.M. Normand, J.P. Vaughan (red.), *Europe without frontiers. The implications for health* (s. 325–330). Chichester: John Wiley and Sons.
20. Czabała J.C. (1993). Hasła. W: S. Pużyński (red.), *Leksykon psychiatrii*. Warszawa: PZWL.
21. Czabała, J.C. (1993). Standardy psychoterapii. W: S. Pużyński, M. Beręsewicz (red.), *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych* (s. 139–142). Warszawa: IPiN.
22. Czabała, J.C. (1993). Testy psychologiczne. W: S. Pużyński, M. Beręsewicz (red.), *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych* (s. 231–235). Warszawa: IPiN.
23. Czabała, J.C. (1995). Rola psychoterapii w polskiej psychiatrii. W: J. Bomba, B. de Barbaro (red.), *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych* (s. 42–43). Kraków: Collegium Medicum UJ.
24. Czabała, J.C., Borys, B. (1996). Mental health promotion programme resulting from the Mental Health Act. W: Z. Juczyński i in. (red.), *Health Promotion and Psychosocial Perspective*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
25. Pelec, I., Carta, M.G., Czabała, J.C., Corten, P. (1996). Questionnaire on legislative organisation concerning psychotherapeutic activities. W: M. Cesa-Bianchi, M.G. Carta, G. Rezzonico, M.A. Geda (red.), *Psychotherapies in Europe. A set of instruments for comprehensive research*. Cagliari: Saredit SRL.
26. Czabała, J.C., Brykczyńska, C. (1996). Die Hill-Interaktionsmatrix. W: B. Strauss (red.), *Methoden der Empirischen Gruppen-therapieforschung. Ein Handbuch*. Berlin: Springer Verlag.
27. Grzelak, J., Czabała, J.C. (1996). Psychological aspects of political and economic transformation. W: R. Cichocki, P. Marer (red.), *Education for transition to market economy in countries of Central and Eastern Europe* (s. 98–105). Warszawa.
28. Mroziak, B., Czabała, J.C., Zwoliński, M. (1996). Poczucie koherencji (SOC) jako determinant zdrowia psychicznego młodzieży – sprawozdanie z badań pilotażowych. W: H. Skłodowski (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata* (s. 101–105). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
29. Czabała, J.C., Mroziak, B., Pietrzykowska, B., Pużyński, S. (1997). Mierniki zdrowia psychicznego. W: J.B. Karski, H. Kirscher, J. Leowski (red.), *Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia* (s. 31–36). Warszawa.
30. Czabała, J.C. (2000). Norma a patologia psychiczna. W: J. Strelau (red.), *Psychologia* (t. III, s. 560–565). Gdańsk: GWP.
31. Czabała, J.C. (2000). Psychologiczna diagnoza zaburzeń psychicznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia* (t. III, s. 567–581). Gdańsk: GWP.
32. Czabała, J.C. (współpraca J. Meder, M. Sawicka). (2000). Podstawowe zaburzenia psychiczne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia* (t. III, s. 583–603). Gdańsk: GWP.
33. Sęk, H., Czabała, J.C. (2000). Pomoc psychologiczna. W: J. Strelau (red.), *Psychologia* (t. III, s. 605–621). Gdańsk: GWP.
34. Czabała, J.C., Bomba, J. (2000). Dwugłós w sprawie psychoterapii. W: J. Bomba (red.), *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie* (s. 85–91). Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
35. Czabała, J.C. (2000). Research on the psychotherapeutic proces – methodological issues. W: M. Siwiak-Kobayashi, S. Leder, J.C. Czabała (red.), *Psychotherapy at the turn of century – from past to future* (s. 109–113). Warszawa: PPA and IFP.

36. Czabała, J.C. (2002). Podstawy psychologiczne współczesnej psychiatrii. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii*. Wrocław: Urban & Partner.
37. Węgrzyn, J., Anczewska, M., Czabała, J.C. (2002). The needs of mental health teams on acute psychiatric wards. W: ENTER Mental Health, Conference Monograph Warsaw 2000, Cambridge (ed. Mervyn London).
38. Schaeffer, E., Świtaj, P., Czabała, J.C. (2002). Community care in Poland – a new mental health programme. W: ENTER Mental Health, Conference Monograph London 2000, Paris 2001 (ed. Mervyn London), Cambridge, 20–23.
39. Czabała, J.C., Meder, J., Szafranski, T., Wciórka, J. (2002). Profile of the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw. W: ENTER Mental Health, Conference Monograph London 2000, Paris 2001 (ed. Mervyn London), Cambridge, 75–81.
40. Aleksandrowicz, J., Czabała, J.C. (2003). Psychoterapia. W: A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.), *Psychiatria. Tom III. Metody leczenia. Zagadnienia, etyczne, prawne, publiczne, społeczne*. Wrocław: Urban & Partner.
41. Czabała, J.C. (2004). Implementation of National Mental Health Promotion Programme; the Case of Poland. W: I. Azueta, U. Katila-Nurkka, V. Lehtinen, J.C. Czabała (red.), *Mental Health in Europe – New Challenges. New Opportunities* (s. 111–113). Helsinki: Stakes.
42. Czabała, J.C. (2005). Znaczenie wyników badań naukowych nad psychoterapią dla praktyki klinicznej. W: M. Fajkowska-Stanik, K. Drat-Ruszczak, M. Marszał-Wiśniewska (red.), *Pułapki metodologiczne w badaniach empirycznych z zakresu psychologii klinicznej* (s. 210–218). Warszawa: Wydawnictwo Academica SWPS.
43. Cierpiąłkowska, L., Czabała, J.C. (2005). Psychoterapia indywidualna i grupowa. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 269–298). Warszawa: WN PWN.
44. Czabała, J.C., Ostaszewski, K., Okulicz-Kozaryn, K. (2006). Poland. W: E. Jane-Llopis, P. Anderson (red.), *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories* (s. 123–127). Luksemburg.
45. Anczewska, M., Ryan, P., Czabała, C., Świtaj, P., Waszkiewicz, J., Griffiths, Ch. (2008). Lifelong learning and mental health services – perspective from EMILIA project. W: N. Popov, C. Wolhuter, B. Leutwyler, M. Kysilka, J. Ogunleye (red.), *Comparative Education, Teacher Training, Education Policy and Social Inclusion* (t. 6, s. 210–214). Sofia: BES.
46. Anczewska, M., Roszczyńska-Michta, J., Chrostek, A., Waszkiewicz, J., Czabała, J.C., Świtaj, P. (2009). Personal recovery plan as educational and empowering tool for mental health services. W: N. Popov i in. (red.), *Comparative Education, Teacher Training, Education Policy, Social Inclusion and Child Psychology* (s. 293–299). Sofia: BES.
47. Herczyńska, G., Czabała, J.C. (2009). Poland. W: F. Braddick, V. Corral, R. Jenkins, E. Jane-Llopis (red.), *Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes* (s. 139–158). Luxemburg: European Communities.
48. Czabała, J.C. (2009). Promocja zdrowia psychicznego. Polityka dla Europy. W: H. Wrona-Polańska, J. Mastalski (red.), *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej* (s. 27–34). Kraków: Wydawnictwo UJ.
49. Czabała, J.C. (2010). Wspólne, uniwersalne czynniki leczące w psychoterapii. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Integracja* (s. 249–259). Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
50. Czabała, J.C., Zabłocka-Żytka, L., Szulawski, M., Wojda, J. (2010). Zapobieganie zachowaniom destrukcyjnym i autodestrukcyjnym wśród dzieci i młodzieży szkolnej. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce* (s. 13–22). Warszawa: IPiN.
51. Czabała, J.C. (2012). Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty, zagrożenia, promocja. W: J. Wciórka, S. Pużyński, J. Robakowski (red.), *Psychiatria* (t. 3, s. 575–585). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

52. Aleksandrowicz, J., Czabała, J.C. (2012). Podstawy psychoterapii. W: J. Wciórka, S. Pużyński, J. Robakowski (red.), *Psychiatria* (t. 3, s. 256–268). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
53. Czabała J.C. (2012). Psychologiczne metody w leczeniu uzależnień. W: P. Jabłoński, B. Bukowska, J.C. Czabała (red.), *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, KBd-sPN, 171–182.
54. Czabała, J.C., Charzyńska, K. (2013). Systematic review of mental health promotion in the workplace. W: F.A. Huppert, C.L. Cooper (red.), *Interventions and Policies to Enhance Wellbeing* (t. VI, s. 170–183). New York: Wiley.
55. Czabała, J.C., Charzyńska, K. (2014). Systematic review of mental health promotion in the Workplace. W: C.L.Cooper, F.A. Huppert (red.), *Wellbeing: A Complete Reference Guide* (s. 170–183) Vol. VI, *Interventions and Policies to Enhance Wellbeing*. Hoboken: Wiley Blackwell.
56. Czabała, J.C. (2015). Poradnictwo psychologiczne. W: J.C. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne* (s. 16–44). Warszawa: PWN.
57. Cierpiałkowska, L., Czabała, J.C. (2016). Poradnictwo psychologiczno-zdrowotne. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 639–656). Warszawa: PWN.
58. Cierpiałkowska, L., Czabała, J.C. (2016). Psychoterapia indywidualna i grupowa. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 605–637). Warszawa: PWN.

PETER RYAN, TIM GREACEN, IAN DAWSON
AND THE ENTER MENTAL HEALTH EUROPEAN NETWORK

PROFESSOR CZESLAW CZABALA: AN ENCOMIUM FROM THE PERSPECTIVE OF ENTER MENTAL HEALTH

Czeslaw was not only Director and Head of Clinical Psychology at the Polish Institute of Psychiatry and Neurology for many years and then Director of the Institute of Applied Psychology in the Academy of Special Education in Warsaw, but long ago established a European reputation in evidence-based practice, and in particular in identifying barriers and obstacles preventing effective implementation of clinical practice. He was a founding member of ENTER in 2000, and always gave the full weight of his very considerable professional authority to promoting ENTER as a European network of substance and gravitas. Czeslaw was at the very first ENTER Mental Health meeting in London in 2000, where he gave a fine talk on “A Profile of the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw”, which can be seen in full in the first ENTER monograph from that year.

Czeslaw actively encouraged the creative contribution of Polish colleagues in all the mental health bids put forward over the years and never lost an opportunity to enable Polish colleagues and Poland as a European member to make its full contribution to a wide variety of mental health issues. In this respect, he promoted and supported Polish membership of a significant number of ENTER’s successful European research projects, including:

2001–2003 Occupational Stress with respect to Clients in Acute Response (OSCAR)

2002–2004 Integrated Services Aimed at Dual diagnosis clients for Optimal Recovery from Addiction (ISADORA)

2005–2010 Empowerment of mental illness service users: lifelong learning, integration and action (EMILIA)

2013–2015 Empowerment of children and adolescents of mentally ill parents through training of professionals working with children and adolescents (CAMILLE)

2012–2014 Rights through Alliances: Innovating and Networking BOth Within Homes and School (RAINBOW-HAS)

Both he and the many Polish colleagues he introduced to work in the projects gave brilliant and wholly committed contributions to each of them. Perhaps particularly memorable was the highly competent and imaginative Polish leadership in the CAMILLE project with respect to qualitative research and data analysis, and in the EMILIA project, developing the final training programme on Mental Health Recovery in this major European project.

Czeslaw was a visionary for community mental health in Poland and throughout Eastern Europe at a time when that European region was still dominated by highly institutionalised hospital-based care in which the great majority of Polish patients were hospitalised for prolonged periods of time.

In 2001 in Paris, he talked about “Community Care in Poland – A New Mental Health Programme”, which was a highly significant change in direction, not only for Polish mental health services, but also served as a model and template for many other eastern European nations. In 2002, Czeslaw and his colleagues presented “The Needs of Mental Health Teams on Acute Psychiatric Wards”, which served to illustrate that he was also aware of the need to ensure that hospital care was itself subject to the highest standards of evidence-based practice. Czeslaw gave many plenaries at the ENTER Mental Health annual conferences, including a particularly memorable one on barriers to implementation of evidence-based practice at the Barcelona ENTER conference in 2007.

Czeslaw was always very open to hosting ENTER meetings and conferences in Poland and put a huge amount of personal effort into ensuring that these were a success. All this hard work was characterised by his own combination of personal warmth and professional competence and efficiency. ENTER has held the Annual General Meeting and annual conference in Warsaw twice, first in 2002 and then again in 2013, where Czeslaw has always offered everyone concerned the warmest of welcomes. Czeslaw sat on the ENTER Mental Health Steering Group from 2008 to 2012, where again his contributions were always characterised by warmth, humour and professional wisdom.

PROFESSOR CZESLAW CZABALA: AN ENCOMIUM FROM...

In summary, Professor Czeslaw Czabala has made a unique and distinguished contribution to European as well as Polish mental health and wellbeing and has throughout this distinguished contribution been a person of warmth, great integrity and intelligence. Working with Czeslaw Czabala has been a honour and pleasure for the whole ENTER Mental Health network.

JAN TYLKA

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

PRZYJAŹŃ I WSPÓLNE DZIAŁANIA NA NIWIE PSYCHOLOGII KLINICZNEJ

Kiedy otrzymałem propozycję włączenia się do opracowania publikacji, której celem jest uczczenie pięćdziesięciolecia pracy naukowej Profesora Czesława Czabały, pomyślałem, że zadanie jest proste i nienastręczające większych trudności. Przecież znamy się z Jubilatem od 1960 roku, a więc od czasu, kiedy byliśmy młodzi jak wiosenne liście, od prawie zaś trzydziestu lat działamy wspólnie na rzecz umocnienia psychologii klinicznej w naszym kraju. Zatem znamy się dobrze i darzymy uczuciem prawdziwej przyjaźni. To mocne atuty, które powinny ułatwić wywiązanie się z zobowiązania, jakim jest napisanie tekstu o Jubilacie. Zamysł okazał się dość prosty, ale jego wykonanie wcale nie takie łatwe.

Od czego zacząć, jak rozłożyć akcenty, aby zamysł przybrał postać tekstu godnego osoby, której dotyczy? „Zacznij od Bacha...” śpiewał znakomity muzyk i wokalista Zbigniew Wodecki; a więc od pięknych pełnych kolorytu przeżyć i wspomnień. A zatem... niech się tak stanie!

Moje rodzinne strony to piękne Podhale, bogate przyrodą i ludźmi uzdolnionymi artystycznie, otwartymi na innych. Rodzinne strony Czesława to wspaniałe w swej krasie Roztocze, urzekające zakątki i obszary leśne, mieszkańcy pełni ciepła i niezwykle gościnni. Kiedy więc Staszek Sykała, mój przyjaciel ze studiów w Łodzi, a pochodzący z tamtych stron, zaprosił mnie do siebie w okresie wakacyjnym, wybrałem się do Zalesia, gdzie był jego rodzinny dom i tam poznałem Czesia Czabałę (też studenta), który mieszkał w sąsiedniej miejscowości, a studiował w Lublinie.

Młodość ma swoje prawa, młodość emanuje życiem, młodość pokonuje przeszkody lub ich nie dostrzega, ujawnia istic „ułańską fantazję”. Tak było z nami! Czesław i Staszek byli posiadaczami motocykli m-ki WSK, co niezwykle ułatwiało przemieszczanie się, a w pięknej płci budziło przyjazne uczucia. Dzięki moim Przyjaciołom poznałem uroki Zamościa, Zwierzyńca i okolic. Ale niezapomniane przeżycia związane są z motocyklową wyprawą w Bieszczady! Studencka mizéria (zwłaszcza w początkach lat 60. XX w.) mocno limitowała korzystanie z udogodnień „socjalistycznej cywilizacji”, ale nie mogła w żadnej mierze ograniczyć naszej fantazji i chęci przeżycia nowej przygody. Dość powiedzieć, że z Roztocza przez Radom (a nie przez Rzeszów) wracałem na Podhale do rodzinnego domu, pełen wspaniałych przeżyć i bogatszy o nową przyjaźń.

Życie ciągle nas zaskakuje, bo nic nie jest nam dane na stałe. Powrót na studia, nowe wyzwania, życiowe niespodzianki, mocne zawirowania uniemożliwiły podtrzymywanie kontaktów między nami. W 1962 roku przeprowadziłem się do Warszawy celem podjęcia studiów psychologicznych na Akademii Teologii Katolickiej (ATK), po ukończeniu których na dobre osiadłem w stolicy i rozpocząłem swoją pracę w Instytucie Kardiologii Akademii Medycznej (AM). Swoistą mekką dla psychologów w tym okresie (początek lat 70. XX w. i w latach następnych) był Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN), gdzie można było szkolić się i doskonalić w psychologii klinicznej.

Pewnego dnia, jadąc autobusem do IPiN przy ulicy Sobieskiego, ze zdumieniem stwierdzam, że dwa metry przede mną stoi... Czesio Czabała. Czy to możliwe? Czy los znowu skrzyżował nasze drogi? Podszedłem i przywitaliśmy się z radością, choć nie bez zdziwienia. Bo skąd my tutaj? Kilka spotkań na gruncie prywatnym pozwoliło nam dopowiedzieć brakujące fragmenty naszych życiorysów i z satysfakcją potwierdzić wspólne działania na rzecz psychologii klinicznej.

Sytuacja tej dziedziny nauki i praktyki była wielce niezadowolająca zarówno w sferze umocowań prawnych, jak i w obszarze szkolenia. Osoby aspirujące do bycia specjalistą, posiadania tytułu „psycholog kliniczny”, w trybie indywidualnych starań podejmowały szkolenie w ośrodkach, które dysponowały kadrą zdolną (i co ważne chętną) do przekazania stosownej wiedzy i umiejętności.

W Warszawie miejscem, gdzie można było czegoś konkretnego i użytecznego się nauczyć, był bez wątpienia Instytut Psychiatrii i Neurologii, zatrudniający doskonałych specjalistów z psychiatrii i neurologii. Liczna i prężna kadra IPiN, specjalistyczne kliniki i zakłady teoretyczne, rzesze chorych to mocny grunt, na którym możliwe

działań mających na celu usytuowanie psychologii klinicznej wśród istniejących specjalizacji medycznych.

Osoba Czesława, od zarania powstania idei uporządkowania problemów psychologii klinicznej, wpisała się mocno i wyraziście w konkretne działania. Nie wdając się w szczegóły dotyczące organizowania spotkań-narad z uznanymi w latach 70. XX wieku psychologami i psychiatrami, zachęcania do przygotowania opracowań, będących zaczynem dla specjalizacji podyplomowej, koordynowania współdziałań z Ministerstwem Zdrowia i Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (CMKP), w każdym z tych obszarów istotną rolę pełnił Czesław. Wokół jego Osoby gromadzili się wszyscy ci, którym na sercu leżały problemy związane z sytuacją psychologów pracujących w placówkach leczniczych na terenie całego kraju. W gruncie rzeczy uporządkować należało wszystko to, co bezpośrednio lub pośrednio miało służyć zdobywaniu kwalifikacji w dziedzinie psychologii klinicznej przez osoby uprawnione (absolwentów uniwersyteckich kierunków psychologicznych).

Tryb, w jakim to zdobywanie kwalifikacji powinno się odbywać, miał być podobny do specjalizacji w specjalnościach medycznych, co wymagało uzyskania akceptacji przez Ministerstwo Zdrowia oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Niezbędne było stworzenie zaplecza kadrowego, dysponującego odpowiednimi kompetencjami do przeprowadzenia egzaminów weryfikujących z obszaru psychologii klinicznej wśród psychologów zatrudnionych w placówkach leczniczych i legitymujących się określonym stażem pracy. W ten sposób udało się zapewnić opiekę (kierowanie przebiegiem szkolenia) osobom wchodzącym na ścieżkę specjalizacji. Należało również wskazać właściwe miejsca (placówki), mogące prowadzić szkolenie, a co najważniejsze – opracować szczegółowy program szkolenia specjalistycznego.

Szerokie spectrum problemów do rozwiązania wymagało ogromnego zaangażowania w gruncie rzeczy niewielkiej grupy osób, pośród których znalazła się moja skromna osoba. Dane mi było od samego początku współpracować z Doktorem Czabałą przy rozwiązywaniu wspomnianych problemów, a kiedy w 1994 roku zostałem powołany przez Ministerstwo Zdrowia do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychologii Klinicznej, nasza współpraca mocno się zacieśniła i ugruntowała na długie lata. Trudno na kilku stronach tekstu opisać to wszystko, czym zajmowaliśmy się przez dziesiątki lat jako zespół osób skoncentrowanych wokół spraw mających zasadnicze znaczenie dla „dzisiaj i jutra” polskiej psychologii klinicznej.

To w dużej mierze dzięki staraniom osób skupionych wokół Zakładu Psychologii Klinicznej IPiN, którym kierował Czesław Czabała i jego osobistemu zaangażowa-

niu, specjalizacja z psychologii klinicznej stała się faktem, uzyskując status prawny; został opracowany program szkolenia podyplomowego, pojawiły się ośrodki akredytowane, uprawnione do prowadzenia szkoleń przewidzianych programem specjalizacji. Przez długie lata w ramach działalności tego Zakładu organizowane były przeze mnie spotkania Konsultantów Wojewódzkich, na które zawsze zapraszałem Profesora Czabałę jako osobę wnoszącą cenne spostrzeżenia do omawianych przez nas problemów. Zakład Psychologii Klinicznej IPiN był zawsze gościnnym miejscem dla Państwowej Komisji Egzaminacyjnej, której miałem honor przewodniczyć i osób przystępujących do egzaminu specjalizacyjnego. Gabinet Profesora Czabały był wtedy udostępniany przez niego jako pokój bezpośredniego przygotowania się kolejnej osobie przystępującej do egzaminu. W ostatnim okresie (lata 2011–2015) Państwowe Egzaminy do Specjalizacji z Psychologii Klinicznej odbywały się w Centrum Matki Polki w Łodzi, na które podążaliśmy samochodem zawsze razem, mimo że mieszkaliśmy na przeciwległych krańcach Warszawy. Po prostu inaczej być nie mogło!

Przez kolejne lata zawsze byliśmy z moim przyjacielem w tej samej Komisji Egzaminacyjnej, a właśnie w tym okresie konieczne było utworzenie dwóch równoległe działających Komisji ze względu na dużą liczbę zdających. Doskonale bowiem rozumieliśmy się i z łatwością komunikowaliśmy się, nawet w bardzo zawiłych sprawach. To może wydawać się dziwne, ale nigdy nie było między nami żadnego przykrego zdarzenia, a nawet jestem przekonany, że takie zdarzenie w ogóle nie mogłoby zaistnieć.

Pozwolę sobie na przywołanie pewnej sytuacji, która skłoniła mnie do publicznego sprzeciwu wobec (jak to spostrzegam) niewdzięczności, z jaką spotkał się Professor Czabała w IPiN, któremu poświęcił kilkadziesiąt lat swojego życia. Jako członek Rady Naukowej tegoż Instytutu wyraziłem na jednym z posiedzeń Rady swoje oburzenie, kiedy usłyszałem niesprawiedliwe słowa o jego osobie, tym bardziej niewłaściwe, że wypowiedziane pod nieobecność adresata. Bronić dobrego imienia osoby nieobecnej jest powinnością każdego życzliwego, stanąć zaś murem po stronie przyjaciela, to potwierdzenie wartości zawartej w przyjaźni.

Przez dziesiątki lat, w czasie licznych spotkań (najczęściej na gruncie zawodowym) nigdy nie byłem świadkiem braku życzliwości, wyrozumiałości ze strony Czesława dla osoby (bądź osób), kimkolwiek byłaby ta osoba. Pracowaliśmy obydwoj w znaczących instytutach naukowo-leczniczych, on w IPiN, ja w Instytucie Kardiologii, co było korzystne w sytuacji, kiedy trzeba było umożliwić komuś z naszych znajomych uzyskanie pomocy ratującej życie. Pamiętam kilka sytuacji, w których

34 zwracał się do mnie z prośbą o pomoc dla kogoś, kto rzeczywiście wymagał interwen-

cji kardiologicznej bądź kardiochirurgicznej. I zawsze w tej prośbie była serdeczna życzliwość i zatroskanie o zdrowie i życie tej osoby i w każdym przypadku dzięki tej interwencji osoba „protegowana” mimo poważnego problemu zdrowotnego otrzymywała skuteczną pomoc.

Nie jest moją intencją malowanie kolorowej laurki Osobie, która z racji tego kim jest i jakim cieszy się szacunkiem, żadnych laurek nie potrzebuje. Pragnę jedynie dorzucić do bogatego życiorysu Profesora Czesława Czabały garść serdecznych refleksji wybranych z naszej długiej i oby dalej trwającej przyjaźni.

Współczesne dylematy
związane ze zdrowiem
psychicznym

JACEK WCIÓRKA

Instytut Psychiatrii i Neurologii

CIERPIENIE – ZAGUBIONA PERSPEKTYWA KRYZYSU PSYCHOTYCZNEGO?

Temat tej krótkiej refleksji wynikał z kilku zdziwień napotkanych podczas pracy klinicznej, które pozostawiły drążący niepokój, uporczywie pobudzający do refleksji i uporczywie ponawiający pytanie: dlaczego? Chyba pierwszym z nich jest zdziwienie, z jakim moi rozmówcy, pacjenci, reagują niemal zawsze, gdy pytam, czy cierpią. Najwyraźniej takie pytanie pada w tych okolicznościach niezwykle rzadko. Choć przecież szlachetne słowo „pacjent” zawiera w sobie konstatację cierpienia. Inaczej niż forsowane dziś określenia „klient”, „użytkownik”, „beneficjent” czy „ocalony”, które przemieszczają relację pomagania z oczekiwań i powinności naznaczonych cierpieniem, do zgoła innych oczekiwań i powinności. Jaskrawość tej nowej tendencji semantycznej to drugi rodzaj zdziwienia. Trzeci rodzaj zdziwienia budzi się z kontrastu między opinią Antoniego Kępińskiego służącą za motto jego *Schizofrenii* (1972), która wiąże nadzwyczajną wrażliwość tak chorujących osób z ich nadzwyczajnym cierpieniem z jednej strony, a z drugiej – ze zubożeniem, jakie ci chorzy mają, w świetle licznych poglądów i badań uważanych za naukowe, przejawiać w doświadczeniu/wyrażaniu swych przeżyć. Czwarte zdziwienie płynie z fiaska poszukiwań w bazach bibliograficznych, które na pytanie o cierpienie w zaburzeniach psychicznych, w tym również psychotycznych, dostarczają znikomej liczby pozycji, jeśli nie liczyć frazy („cierpiący na...”, *suffering from...*), stanowiącej punkt wyjścia do rozważań o chorobie, w których samo cierpienie, jego istota i postać pozostają jednak nieobecne. Jako piąte wymieniałbym zdziwienie związane z praktyczną nieobecnością cierpienia w codziennym języku dyskusji klinicznej toczonej przez psychiatrów, psychologów,

psychoterapeutów i innych specjalistów definiujących swe profesjonalne wyzwanie jako pomoc ludziom w kryzysach psychotycznych.

Dlaczego tak się dzieje? Co takiego niesie z sobą znaczenie cierpienia, że z dialogu klinicznego znika, albo jest rugowane, ustępując miejsca niezliczonym substytutom, hipostazom czy metaforom opisującym kryzys psychotyczny w inny sposób, typowy dla nowego, wspanialszego świata współcześnie uznanych teorii i praktyk?

Czy semantyczna treść i wartość cierpienia uzasadnia próby przywracania mu pozycji i roli w dialogu klinicznym odnoszącym się do kryzysów psychotycznych? Czy może jest tylko trudem jałowym?

Cierpienie

Bez wątpienia cierpienie jest jednym z podstawowych wyzwań egzystencjalnych, ważnym aspektem indywidualnych planów życiowych, a także powracającym doświadczeniem wspólnoty ludzkiej. Można usłyszeć nawet, że cierpienie jest nieuniknionym składnikiem ludzkiej kondycji, którego znaczenie ujawnia się lub potęguje w okresach określanych jako *kryzys* (przełom, przesilenie), stan pojawiający się, gdy plan życiowy napotyka różnego rodzaju przewyciężalne lub nieprzewyciężalne przeszkody. Od wieków czyniono wiele, by perspektywę cierpienia oddalić, złagodzić lub choćby oswoić. Temat cierpienia był i jest z tych powodów przedmiotem wielorakich refleksji filozoficznych, dociekań psychologicznych, interpretacji społecznych, zawierzeń religijnych, które toczą ze sobą nieustanny, czasem zgodny, lecz częściej kontrowersyjny spór o to, jak pojmować cierpienie, jak opisać jego naturę, jak patrzeć na indywidualną i społeczną charakterystykę jego pojawiania się, a zwłaszcza czy ma ono jakoś zrozumiały i akceptowalny sens. Nie sposób tu, choćby w najogólniejszy sposób, wchodzić w te spory i stanowiska. Konfrontacja z nimi rodzi, wydaje mi się, częściej poczucie bezradności niż pociechy. Bez wątpienia jest to pole ścierania się wartości i konieczności ich wyboru. A wybór, choć trudny, nie jest przecież niemożliwy.

Jedną z funkcjonujących od wieków perspektyw przewyciężania cierpienia jest medycyna, której rozwój w ostatnich stuleciach i, jak niektórzy chcą, niemal niebotyczny postęp dotyczy kryzysów osadzonych między stanem zdrowia a stanem niezdrovia, ujmowanych jako „choroba”.

Cierpienie w posłudze medycznej

40 Chyba nadal, choć w ostatnich dekadach nieco mniej głośno, toczy się spór czy medycyna jest raczej rodzajem pomocnej ludziom posługi, czy raczej dziedziną

nauki obsługującej deklarowany przez medyków przedmiot zainteresowania, którym jest „choroba”. W pierwszym przypadku skupienie na podmiotowym cierpieniu jest dość oczywiste, w drugim schodzi ono na dalszy plan, ustępując pola rozpoznawaniu i badaniu przedmiotowej kategorii poznawczej. W ten sposób trudny, niepokojący, dręczący, nasycony wartościami i uczuciami, „subiektywny” temat cierpienia zastępowany jest pojęciem „choroby”, które łatwiej poddaje się obróbce właściwej dla dziedziny, aspirującej do roli „obiektywnej”, racjonalnej nauki, abstrahującej od wartościowania i uczuć. Wydaje się, że ten spór nie jest nieunikniony, a wspomniane podejścia można i trzeba godzić. Ryzykowna jest jednostronność.

Zastanawiające, że refleksje nad znaczeniem i rolą doświadczanego przez pacjentów cierpienia częściej pojawiają się w piśmiennictwie z dziedziny nauk pielęgniarskich niż lekarskich. Próbę zabrania i krytycznej analizy publikowanych poglądów na ten temat podjęli David Kahn i Richard Steeves (1986). Ich zdaniem cierpienie w praktyce pielęgniarskiej jest fenomenem odczuwanym i narzucającym się bardziej bezpośrednio niż w praktyce lekarskiej, bardziej codziennym i praktycznym, nieprzysłoniętym odniesieniami do zobiektywizowanej choroby. Ujmując je jako indywidualne doświadczenie zagrożenia dla siebie (*self*) oraz sposób nadawania znaczenia takim zdarzeniom, jak ból czy strata, autorzy szukają potem odpowiedzi, jak takie teoretyczne ujęcie służy dwóm aspektom ważnym dla praktyki pielęgniarskiej – rozumieniu cierpienia doświadczanego przez pacjenta i sposobu doświadczaniu jego cierpienia przez pielęgniarkę/pielęgniarza.

Dostrzegając swego rodzaju „zmowę milczenia”¹ wokół tematu cierpienia w literaturze medycznej i pielęgniarskiej, Beth Rodgers i Kathleen Cowles (1997) podjęły systematyczną analizę pojęciową fenomenu cierpienia na podstawie obszernej kwerendy dostępnych publikacji. Wynika z niej, że pojęcie cierpienia wyłania się z literatury przedmiotu jako zjawisko zindywidualizowane, subiektywne, złożone, o znaczeniu intensywnie negatywnym. Cytowani w artykule autorzy opisują zdarzenia poprzedzające jego pojawiania się (np. istotna strata lub zagrożenie – z powodu bólu, choroby fizycznej, niepełnosprawności, kalectwa; indywidualne właściwości usposabiające do refleksji), następstwa (głównie negatywne, czasem jednak wzrost) i terminy zastępcze (niefizyczne odmiany bólu, stres, dystres, depresja, lęk, udreka). Zdaniem autorek ich analiza prowadzi do wniosku o potrzebie odnowienia i ożywienia refleksji oraz badań nad rozumieniem cierpienia oraz bezpośrednim reagowaniem na jego występowanie w relacji osoby pielęgnującej z pacjentem.

¹ Ich zdaniem podobna zmowa dotyczy też innych nieuniknionych a dręczących wyzwań ludzkich i profesjonalnych, takich jak np. śmierć i umieranie. Widomym znakiem takiego przemilczania jest spostrzeżone przez autorki okresowe znikanie hasła *suffering* z międzynarodowych pielęgniarskich baz bibliograficznych, z podporządkowaniem tej tematyki hasłu *pain*.

Na przełomie stuleci Hastings Center, Badawczy Instytut Bioetyczny (Garrison, US) zainicjował międzynarodową, interdyscyplinarną dyskusję na temat celów współczesnej medycyny w zmieniającym się świecie. W końcowym raporcie tej konsultacji (1996) sformułowano je w sposób następujący:

- zapobieganie chorobom i urazom oraz promocja i podtrzymywanie zdrowia;
- niesienie ulgi w bólu i cierpieniu powodowanym przez choroby;
- leczenie i opieka nad chorującymi i opieka nad tymi, których nie można uleczyć;
- unikanie przedwczesnej śmierci i dążenie do umierania w spokoju.

Drugi z celów nawiązuje bezpośrednio do fenomenu cierpienia, a nietrudno zauważyć, że i w pozostałych jest on niewypowiedziane obecny.

W dyskusji z tą inicjatywą powstawał wcześniejszy tekst Erica Cassela (1982) na temat natury cierpienia w odniesieniu do celów medycyny, rozwijany potem w kolejnych wydaniach książki (wyd. 1 – 1991, wyd. 2 – 2004) pod tym samym tytułem. Autor, zwracając uwagę na skąpą obecność tematu cierpienia we współczesnej wiedzy i praktykowaniu medycyny, postuluje docenienie i uwzględnianie go jako warunku skutecznego i całościowego postępowania wobec chorych, przewyższania jednostronności wynikającej z dualizmu ciała i umysłu oraz z oddzielania podmiotowych doświadczeń *osoby* od przedmiotowych zdarzeń definiujących *chorobę*. Zauważa gorzko, że przedmiotowa koncentracja na leczeniu choroby paradoksalnie nierzadko powiększa cierpienie chorego, zamiast nieść mu ulgę. Przytacza dramatyczny przypadek artystki, którą agresywne leczenie onkologiczne pozbawiło kończyn, akceptowanego wyglądu, siły i swobody poruszania się, skazując na osamotnienie i bezczynność prowadzące do nieznośnego cierpienia i pragnienia śmierci, mimo „sukcesu terapii”. Postuluje, by przywrócić cierpieniu należne miejsce w planowaniu i prowadzeniu leczenia. Jego zdaniem natura cierpienia nierozzerwalnie wiąże je z osobą (*person*), a szerzej z osobowym stawianiem się (*personhood*) cierpiącego. Cierpienie, inaczej niż doznanie bólu, pojawia się wtedy, gdy różnorodne zdarzenia (w tym głównie, ale nie wyłącznie stan tkanek i narządów) zagrażają nienaruszalności (*intactness*) osoby. Nie każde zagrożenie uruchamia i potęguje pełne cierpienie, bo osoba może dysponować zasobami łagodzącymi je. Znanych jest wiele przykładów ukazujących, jak osobowa prężność (*resilience*), umiejętna pomoc innych osób (bliskich, współczujących, specjalistów), gotowość nadawania znaczenia i wysiłek transcendencji ułatwiają przywracanie zdrowotnej równowagi (*recovery*). Ale znanych jest też wiele przykładów, gdy nawet skuteczna eliminacja zagrożeń zdrowotnych nie uwalnia od cierpienia, którego źródła nie dostrzeżono lub je zlekceważono.

Stan van Hoof (1998) w polemice z poglądem Cassela zaproponował istotne
42 przeniesienie akcentów. Przedstawione przez niego ujęcie cierpienia ma mieć wa-

lor ujęcia obiektywnego, w przeciwieństwie do prywatnego i subiektywnego ujęcia, które krytykuje. Odwołując się do Arystotelesowego ujęcia „czterech części duszy” – wegetatywnej (biologicznej), apetytywnej (popędowej), deliberacyjnej (racjonalnej) i kontemplacyjnej (egzystencjalnej) – dowodzi, że cierpienie może być konsekwencją frustracji w każdym z tych wymiarów doświadczania i działania. Fizyczne choroba czy ból nie powodują cierpienia, lecz są jedną z jego form, obok innych form, które wynikają z naruszenia popędowych, racjonalnych czy egzystencjalnych potrzeb człowieka. Cierpienie jest, jego zdaniem, pierwotnym, podstawowym i obiektywnym faktem opisującym stan wspomnianej, wielorakiej frustracji. Cierpienie nie wynika z bólu, głodu, osamotnienia czy braku sensu życia, to ból, głód, osamotnienie czy brak sensu życia są formami cierpienia. Nawet wtedy, gdy doświadczająca jej istota nie ma świadomości (zwierzęta), nie rozwinęła jej (płód, noworodek), lub ją utraciła (przewlekły stan wegetatywny), albo z innych powodów nie doświadcza (nie nazywa) swego stanu cierpieniem. Twierdzi on, że podstawowe cele medycyny mogą ograniczać się do działań w sferze biologicznej, tj. wobec dolegliwości chorobowych (*malady*), ponieważ eliminacja uszkodzeń, urazów, chorób czy dysfunkcji tego rodzaju pociąga za sobą w jakimś stopniu redukcję frustracji w pozostałych sferach potrzeb, których oczekiwane społecznie kompetencje lekarza nie muszą obejmować. Oczywiście nieskuteczne przeciwdziałanie frustracji biologicznej (np. choroba nowotworowa) może pociągać za sobą także inne frustracje (np. popędowe niedożywienie, nieracjonalne korzystanie z roli chorego czy egzystencjalne doświadczenie depresji). Jego zdaniem lekarz źle robi, jeśli będzie zamykał na to oczy, ale w zasadzie reagowanie wobec tych form cierpienia nie należy do zasadniczych celów medycyny.

W odniesieniu do tych spornych ujęć Steven Edwards (2003) zaproponował ujęcie nazwane przez siebie intuicyjnym, ponieważ, zgodnie z sugestią Ludwiga Wittgensteina, odnosi jego znaczenie do praktycznego używania terminu „cierpienie” w życiu społecznym („w ludzkich grach językowych”). Według niego o cierpieniu można mówić wtedy, gdy doświadczany stan jest przeżywany jako własny, tj. należący do mnie (element osobowy), niesie z sobą sygnały o zabarwieniu negatywnym (element fenomenologiczny) i cechuje się przewidywalną trwałością (element czasowy). Takie ujęcie godzi w pewnym stopniu i łagodzi ostrość wcześniej dyskutowanych propozycji, choć oczywiście wielu wątpliwości nie usuwa.

Trudno ocenić, czy uzgodnienia i dyskusje dotyczące natury cierpienia w kontekście deklarowanych celów medycyny wywierają na nią jakiś znaczący praktycznie wpływ. Można przypuszczać, że dominacja myślenia technologicznego, tęsknota za efektami zobiektywizowanymi, powtarzalnymi i opartymi na dowodach, potrzeba bilansowania materialnych i ludzkich kosztów opieki medycznej pozostawiają refleksji nad cierpieniem we współczesnej medycynie raczej niewielkie pole oddziaływania.

W ostatnich latach pojawia się sporo tekstów na temat cierpienia *nieznośnego* (*unbearable*) lub *egzystencjalnego*, najczęściej w kontekście dylematów opieki paliatywnej lub w kontekście rozpatrywania wniosków o asystę medyczną w samobójstwie czy „eutanazji” (np. Ruijs i in., 2014; Bozzaro, 2015; de Hert i in., 2015). Ten swoisty rodzaj zainteresowania podkreśla, moim zdaniem, co najmniej ambiwalentny stosunek współczesnej praktyki i wiedzy medycznej do problematyki cierpienia. Można by sądzić, że jako problem pojawia się ono częściej wtedy, gdy granice praktyki medycznej są kwestionowane lub już zostały przekroczone.

Pojawiają się również prace na temat cierpienia egzystencjalnego czy ludzkiego pojawiającego się w kontekście opieki medycznej (np. Fridh i in., 2015). Jak można sądzić, przymiotnik „egzystencjalne” czy „ludzkie” zaznacza tu pewien dystans wobec praktyki medycznej, dla której nagie, bezprzymiotnikowe cierpienie chorych pozostaje najwyraźniej nadal zadaniem niejasnym, jakby niewidocznym, często przemilczanym, stanowiącym ledwie rodzaj tła dla innych wyzwań profesjonalnych.

Cierpienie psychotyczne?

Odpowiedzi na pytania o pozycję cierpienia w kontekście ogólnomedycznym, w kontekście psychiatrycznym stają się jeszcze bardziej niepewne, niejasne i niejednoznaczne zwłaszcza wtedy, kiedy pytać o cierpienie związane z kryzysem psychotycznym. Pojawiają się dodatkowe pytania, na które brak stanowczych odpowiedzi, ponieważ status ontologiczny, poznawczy, estetyczny i moralny pojęcia „choroba psychiczna” ewoluuje, jest daleki od krystalizacji, a tu i tam wzbudza żywe kontrowersje i zajadłą krytykę. Dlatego dalszy wywód warto poprzedzić kilkoma propozycjami porządkującymi pole refleksji.

Chorobę psychiczną² można uważać za medyczne ujęcie osobowego cierpienia psychicznego, a oba te pojęcia – za dwie odsłony (perspektywy, wymiary, ekspresje, artykulacje) egzystencjalnego kryzysu psychicznego. Kryzys taki, jak już wspomniano, można uważać za niezwykajny stan, w którym zewnętrzne i wewnętrzne czynniki patogenetyczne ścierają się z salutogenetycznymi, a w efekcie tego starcia funkcjonowanie psychiczne człowieka trafia na przeszkody zagrażające osiągniętemu poziomowi rozwoju: stagnację, regresję lub destrukcję. Mogą one zostać w jakimś stopniu przezwyciężone, albo nie. Obserwatorom kryzys odsłania się w różny sposób. Obok wspomnianych już dwóch perspektyw – medycznej (choroba) i osobowej (cierpienie) – szczególne znaczenie dla kryzysów

² Współcześnie, zgodnie z wpływowymi, międzynarodowymi klasyfikacjami, nazywana „zaburzeniem psychicznym” (*mental disorder*).

psychicznych mają, wydaje się, jeszcze dwie: podmiotowa (doświadczenie) i społeczna (piętno). Pierwsza z nich dlatego, że jako odsłona pierwszoosobowa jest w zasadzie bezpośrednio niedostępna nikomu poza osobą doświadczającą kryzysu. Druga dlatego, że rzuca na kryzys dodatkowy cień – stereotypowe, dyskredytujące, depersonifikujące brzemie utrudniające jego przezwyciężanie.

Psychotyczność kryzysu wskazuje na jego znaczną intensywność (powagę, ciężkość). Za jej wskaźniki tradycyjnie uważano uzewnętrzniane w wypowiedziach lub zachowaniach pacjenta wykroczenie poza wspólnotowe granice rozumienia i porozumienia (szaleństwo, *Irresein, madness, folie*), co we współczesnych klasyfikacjach zoperacjonalizowano jako ujawnianie urojeń, halucynacji albo znacznej dezorganizacji wypowiedzi czy zachowania. Uproszczonym, ale praktycznym synonimem psychotyczności jest określenie „poważne zaburzenie psychiczne”.

Cierpienie psychotyczne można zatem uważać za jedną z odsłon kryzysu psychotycznego, równoległą, ale nie tożsamą z chorobą psychotyczną, doświadczeniem psychotycznym i psychotycznym piętnem.

W piśmiennictwie medycznym i w codziennej praktyce psychiatrycznej o cierpieniu towarzyszącym chorobom psychotycznym mówi się rzadko, jeśli pominać depersonifikujący je zwrot „osoba cierpiąca na...”, który można uważać za nieco bardziej uroczystą wersję zwrotu „osoba chora na...”. O cierpieniu psychotycznym jako takim – jego naturze, rozmiarach, postaci, dynamice, znaczeniu – nie mówi się i nie pisze niemal zupełnie. Trudno się temu dziwić, skoro pierwszoosobowa wiedza o kryzysie (doświadczenie) jest mało lub zgoła wcale niedostępna, potoczna wiedza (piętno) tendencyjnie lub zafałszowana, a medyczne uwiarygodnienie poprzez próby intersubiektywizacji czy obiektywizacji (choroba) – zawodne.

W medycynie cierpienie (np. jako zagrożenie dla osobowej nienaruszalności albo jako frustracja ważnych potrzeb) jest zwykle dominującym motywem szukania pomocy. W psychiatrii prawdopodobnie też, choć zarówno samo doświadczanie kryzysu, jak i obrona przed napiętnowaniem mogą siłą tego motywu osłabiać, a prostotę relacji pomocowej niezwykle utrudniać i wiksłać. Ta sytuacja mogłaby jednak potrzebę dostrzegania cierpienia psychotycznego raczej akcentować niż pomijać. Ale tymczasem stanowi ono jedynie dość marginalny i rzadko podnoszony problem w postępowaniu klinicznym.

I znów, większość opublikowanych opracowań na temat cierpienia psychotycznego pojawia się w literaturze pielęgniarstwa i dotyczy głównie sposobu realizowania misji tego zawodu, wobec ujawnianego przez pacjentów cierpienia.

Dla przykładu, wyniki jakościowej analizy pogłębionych wywiadów Fagerjorda Lorema i Helene Hem (2012) z pracownikami opieki psychiatrycznej na temat ich doświadczeń w zetknięciu z cierpieniem psychotycznym prowadzą do

wniosku o potrzebie rozumienia zorientowanego na innych (*other-oriented*), dostrajania profesjonalnych gotowości do oczekiwania, wysiłków i niemożności cierpiących, czego nie wyczerpuje postawa prostej sympatii.

Fenomenologiczno-hermeneutyczna analiza przeprowadzona przez Lisbet Lindholm i Katie Eriksson (1993) na podstawie kilkunastu wywiadów z pielęgniującymi i pacjentami doprowadziła je do wniosku, że to forma cierpienia kształtuje opiekuńczą relację, a jego jakiegoś rodzaju dotknięcie w spotkaniu z innym może łagodzić nawet najgłębsze cierpienie. Opiekunowie skłonni są kierować uwagę na „dlaczego” (powody) cierpienia raczej niż na jego „jak” (zawartość), a właśnie ono wyznacza ramy i możliwości pomocy – zawiera w sobie ból, strach, rozpacz, bezsilę, utratę swobody i bezwład, jest starciem pomiędzy pragnieniem a rozumieniem, między winą a odpowiedzialnością. W podobnym duchu Lennart Fredriksson i Unni Lindström (2002) analizowali 20 opiekuńczych (*caring*) rozmów pacjentów z pielęgniarkami, dochodząc do wniosku, że cierpienie często skrywane jest za fasadą, która pomaga radzić sobie z nim i ze wstydem. Konfrontacja ze skrywanym cierpieniem w troskliwej rozmowie pozwala oczekiwać osiągnięcia przez pacjenta zwrotnego punktu, gotowości podjęcia ryzyka powrotu do witalnych części siebie, które wznoszenie fasady zablokowało, umożliwiając wprawdzie schronienie, ale i ograniczając kontakt z sobą samym i innymi. Odzyskanie swobody pozwala na wzrastanie i pojednanie, na kontynuowanie planu życiowego. Interesujący przyczynek do badań nad ochroną, przesłaniającą rolę fasady w cierpieniu psychotycznym, wnoszą badania (Sitvast, Abma i Widdershoven, 2010) z wykorzystaniem narracji fotograficznej jako zaczynu rozmowy i pracy w grupie pacjentów w kierunku zdrowienia.

Hila Avieli i współautorzy (2016) analizowali cierpienie jako element historii życia kilkunastu starzejących się osób z rozpoznaniem schizofrenii. Odnotowali takie wymiary (źródła) cierpienia, jak: odrzucenie społeczne i rodzinne, hospitalizacje, niepożądane działania leków, utrata możliwości zatrudnienia i niezależnego życia, brak życia towarzyskiego, utratę nadziei na życie w roli partnera lub rodzica. Narastający i ciągły efekt tych wielowymiarowych strat pociągał za sobą przytłaczającą egzystencjalną samotność i bezdomność, której przeciwdziałanie wymaga wyjścia poza szablon leczenia i opieki, wykorzystanie swego rodzaju asysty egzystencjalnej w procesie nadawania życiu znaczenia i odzyskiwania na nie wpływu, z możliwości domknięcia spraw w tym późnym etapie życia.

Jakościową metodą operowali też Christoph Moonen, Joke Lemiengre i Chris Gastmans (2016), opisując jak pielęgniarki we Flandrii radzą sobie w kontakcie z pacjentami, których cierpienie z powodu przewlekłych, poważnych zaburzeń psychicznych określane jest często jako nie do zniesienia. Wskazują na cztery fazy procesu wspierania ich w cierpieniu: spotkanie i poznanie, uznanie w pacjencie osoby i cierpiącego (*sufferer*), budowanie z pacjentem troskliwej relacji, opartej na zaufaniu i szacunku, i wreszcie formułowanie wniosków. Ostatecznie stwier-

dzają, że troskliwa relacja między pacjentem a pielęgniarzką/pielęgniarem jest podstawowym elementem praktyki opiekuńczej.

John Cutcliffe i współautorzy (2015) argumentują, że we współczesnym świecie dominuje złudna i nieefektywna tendencja do traktowania cierpienia jako rodzaju bólu, przeciwstawianego dążeniu do szczęścia, z konsekwencją w postaci jego bezwzględnej eliminacji. Ta tendencja zostawia cierpiącemu niewiele miejsca, by poczuć dumę ze swego trudnego doświadczenia, którego przezwyciężanie zawiera niemały potencjał rozwoju i wzrastania. Zdaniem autorów właśnie pielęgniarstwo psychiatryczne wymaga przemyślenia podejścia do cierpienia – jak odkrywać znaczenie tego doświadczenia, jak towarzyszyć cierpiącemu. Proponują szereg możliwych, pomocnych interwencji w takim postępowaniu. Nawet w tak swoistym środowisku, jakim jest oddział psychiatryczno-sądowy, dostrzeżenie za chorobą osoby ułatwia relacje i otwiera możliwości terapeutyczne (Salzmann-Eriksson, Rydlo i Wiklund Gustin, 2016).

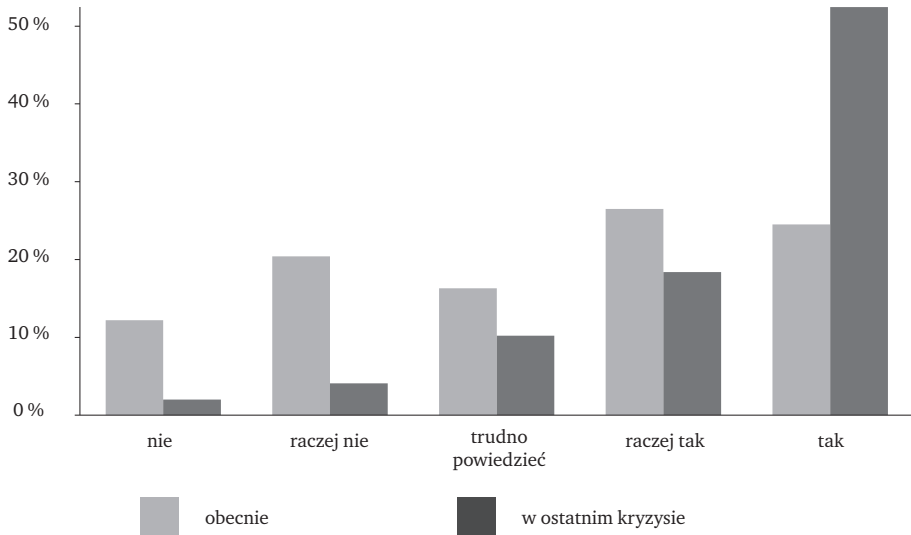
Te ginące w morzu innych tematów i zainteresowań próby budowania wiedzy na temat cierpienia psychotycznego trudno byłoby uznać za oznakę choćby rodzącego się zainteresowania. Są jednak, moim zdaniem, świadectwem, że nie jest to tematyka pusta ani bezowocna. Niewykluczone, że kiedyś doczeka swego czasu.

Przybliżenia

W celu przybliżenia ilościowych i jakościowych realiów cierpienia w kryzysie psychotycznym podjęto próbę empirycznej oceny tego fenomenu na podstawie wypowiedzi 50 chorych podejmujących w oddziale dziennym lub w oddziale zapobiegania nawrotom wysiłek zdrowienia, po ustąpieniu ostrej fazy kryzysu psychotycznego³. W dalszej części tekstu zamieszczono wybrane fragmenty uzyskanych wyników.

Odczuwanie cierpienia. Na rycinach 1 i 2 zobrazowano ilościową ocenę odpowiedzi pacjentów. Na podstawie danych zamieszczonych na rycinie 1 można stwierdzić, że w okresie kryzysu odczucie cierpienia jest udziałem znacznej większości (83%) pacjentów. Tylko 6% z nich go nie odczuwało, a 10% nie wyraziło jednoznacznej opinii. Po ustąpieniu ostrej fazy kryzysu odpowiedzi były znacznie bardziej podzielone. Zmniejszyła się częstość osób odczuwających cierpienie (do 52%), wzrosła zaś (do 32%) liczba osób nieodczuwających go. Na trudność odpowiedzi wskazało 16% badanych. Choć różnice nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej, obrazują tendencję zmiany w oczekiwanym kierunku.

³ Badanie statutowe IPiN nr 501-162-14001: *Czynniki zdrowienia: nasilenie, uwarunkowania i konsekwencje poczucia cierpienia u osób z zaburzeniami psychotycznymi.*

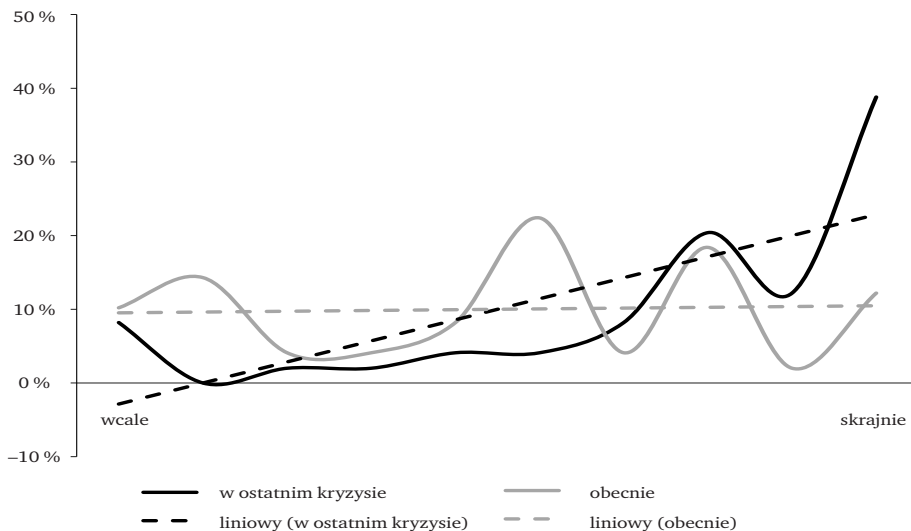


RYCINA 1.

Częstość odpowiedzi na pytanie o odczuwanie cierpienia obecnie (w początkowym okresie zdrowienia po ustąpieniu ostrej fazy kryzysu) oraz w okresie ostatniego kryzysu (N = 50)

Źródło: opracowanie własne.

Na rycinie 2 zilustrowano próbę oceny nasilenia odczuwanego cierpienia z wykorzystaniem skali analogii wzrokowej. Przy przyjętych założeniach interpretacyjnych, w ostrej fazie kryzysu pacjenci oceniali swe cierpienie jako przeciętnie wyższe (średnio 7,9 pkt) niż po jego ustąpieniu (5,6 pkt). Blisko 40% z nich odczuwało cierpienie w kryzysie jako skrajne, nie odczuwało go wcale prawie 10% badanych, a trend liniowy był wyraźnie rosnący. Natomiast deklaracje dotyczące cierpienia aktualnego (po ostrej fazie kryzysu) były słabiej zróżnicowane, bez wyraźnego trendu liniowego. Mniej więcej co dziesiąty pacjent odczuwał aktualne cierpienie jako skrajne i tyłuż jako niewystępujące wcale. Między ocenami w dwóch fazach chorowania/zdrowienia zachodziła raczej słaba korelacja ($\rho = 0,35, p < 0,05$).



RYCINA 2.

Ocena nasilenia cierpienia odczuwanego obecnie (w początkowym okresie zdrowienia po ustąpieniu ostrej fazy kryzysu) oraz w okresie ostatniego kryzysu. Wykorzystano skalę analogii wzrokowej (linia ciągła) ze zdefiniowanymi krańcami. Linie następnie dzielono na 10 równych części stanowiących jednostki miary doświadczanego cierpienia – linią kropkowaną zaznaczono liniowe trendy oceny (N = 50)

Źródło: opracowanie własne.

Obok ocen ilościowych, pytano pacjentów – w formie pytań otwartych – o ich opinie dotyczące źródeł odczuwanego w kryzysie cierpienia, czynników niosących ulgę i potęgujących je oraz o przypisywany mu sens. Tylko pięciu (10%) pacjentów nie odpowiedziało na żadne z tych pytań, choć warto zaznaczyć, że tylko jeden z nich deklarował nieodczuwanie cierpienia – można więc sądzić, że ich poziom refleksji, zainteresowania tematem okazał się w tym momencie lub trwale zbyt niski albo że wykorzystana kwestionariuszowa metoda nie sprzyjała wyrażaniu przez nich opinii.

Źródło. Wyróżniały się cztery grupy odpowiedzi. Dwie najczęstsze to wskazania na chorobę lub jej objawy (np. choroba, schizofrenia, urojenia, lęk, strach, „uczucia rozsadzające ciało”, bezsenność, stres/napięcie, „drczenie przez ludzi”, „poczucie inwigilacji”, „głosy”) oraz na cechy osobiste lub kontekst życiowy (np. samotność, niezrozumienie, „zranienia z przeszłości”, odrzucenie, brak zaufania, „nieszczerłość wobec ludzi”, „samotne wychowywanie córki”, „zamknięcie się”, „trudna sytuacja osobista”, „sprawiedliwość”, „brak wiary w siebie”, niepewność,

„złość za załamanie planów życiowych”, „bezsens życia”, „beznadziejność”, „oba-
wa przed śmiercią”, „grzeszność”, „wyrzuty sumienia”). Rzadziej wskazywano na
kontekst leczenia (np. pobyt w szpitalu psychiatrycznym, „neuroleptyki podawa-
ne siłą”, „agresywne zachowanie innej pacjentki”, „trudni pacjenci”, „zła reakcja
na leki”, „brak intymności”, „konieczność przebywania z innymi”) oraz na trudno-
ści powrotu do życia (np. „powrót do domu i zachowanie innych ludzi”, „ludzie
poza domem”). Niektórzy pacjenci wskazywali na różne źródła swego cierpienia.

Co nasila cierpienie? Często wskazywano tu na objawy lub sytuacje wymie-
nione wcześniej jako źródło cierpienia. Często wskazywano też na pobyt w szpi-
talu psychiatrycznym lub na różne związane z nim okoliczności (np.
„nieumiejętność nawiązania kontaktu z personelem”, „przebywanie z bardziej
chorymi”, „dziwne zachowania chorych”, „brak zaufanych osób i lekceważące
traktowanie”, „obojętność personelu”, „nieskuteczne rady personelu”, „nieuwaga
lekarza”, „brak leków”, „brak rozpoznania”). Trzecią grupę stanowiły różnorod-
ne, inne okoliczności zewnętrzne oraz cechy własnego zachowania i reagowania
(np. „brak empatii otoczenia”, „niemożność ustalenia przyczyn problemów”,
„obowiązki”, „nieprzyjazny stosunek ludzi”, „brak kontaktów z ludźmi”, „brak za-
dań”, „brak ćwiczeń usprawniających”, „brak pomocy”, „samotność”, „bezsilność”,
„ignorancja i troska dyktowana miłością opartą na ignorancji”, „rodzące się uczu-
cie”, „moja postawa-nie chciałam szpitala i brnęłam w chorobę”, „ciągłe kojarze-
nie-wymowa znaków-chaos”, „strach-złość-wytarcie z pamięci”, „brak wiary
w siebie”, „myślenie”, „myślenie o chorobie”, „negatywne myślenie”).

Co niesie ulgę? Dwojgu pacjentom ulgi nie przynosiło nic (u jednego z nich –
ostatecznie szpital). Pozostali wymieniali czynniki należące do kilku grup, często
łącząc je. Pierwsza z grup obejmowała różnorodne formy kontaktu (np. rozmowy
z bliskimi, z przyjaciółmi, z innymi pacjentami, psychologami, terapeutami, leka-
rzem) i związane z nimi poczucie wysłuchania, zrozumienia, zaufania, „możli-
wości wygadania się”. Druga grupa nawiązywała do dostępnych elementów
programu leczenia (np. „pobyt w szpitalu”, „odpowiednie leki”, „uczestnictwo
w zajęciach terapeutycznych”, „przepustki”, „wypis ze szpitala”). Trzecia grupa
wiązała się z zapewnieniem sobie jakiejś formy zajęć stwarzających poczucie
komfortu i odprężenia (np. „słuchanie muzyki”, „słuchanie radia”, „oglądanie tv”,
„spacery”, „czytanie”, „leżenie w łóżku”, „dobry sen”, „warunki uwalniające od
kontroli innych osób”, „dostępność telefonu, komputera, internetu”). Wreszcie
kolejną grupę wyróżniało przyjęcie jakiejś swoiście pomocnej postawy lub podję-
cie czynności dystansujących do cierpienia (np. wiara, modlitwa, „szukanie łaski
Boga”, „oderwanie się od rzeczywistości – wiara w magię”, „rozładowanie stresu”,
„zapominanie”, „odwracanie uwagi od problemów”, „odpieranie ksobności”,
„brak urojonych problemów”, „zaprzestawanie pewnych czynności”, „zajęcie
umysłu czymś innym”, „przeciwstawianie się urojeniom przez otoczenie”).

Sens. Na to pytanie około połowa badanych nie dała odpowiedzi, nie znalazła sensu (np. „nie wiem”, „nie potrafię”) lub zanegowała go (np. „stracony czas”, „tylko rozpacz w duszy”, „tak świat jest skonstruowany, że nie ma życia bez cierpienia”). Pozostali znajdowali sens w pozyskaniu nowych doświadczeń, umiejętności, wskazówek, nadziei, wiedzy, poglądu na świat, nowych motywów życiowych, w zrozumieniu siebie i innych ludzi, refleksji nad sobą, wzmocnieniu lub odzyskaniu wiary (np. „otworzenie się na Boga”, „poniesienia ofiary za innych”, „to jest jak niesienie krzyża”, „oczyszczenia z grzechów”), docenieniu pokory, weryfikacji znajomości i przyjaźni.

Nawet to pobieżne przybliżenie realnych wypowiedzi i ocen pokazuje, że cierpienie psychotyczne nie jest zbiorem pustym, jest doświadczeniem bardzo indywidualnym, wykraczającym poza sprawy i okoliczności związane z zabiegami wokół choroby. Dotyka szerszej perspektywy, której dostrzeżenie może otworzyć owocne tematy o potencjalnym wpływie na proces odzyskiwania zdrowia i oczekiwanego biegu życia.

* * *

Na temat znaczenia i potencjalnej roli cierpienia w kryzysie psychotycznym oraz w jego przewyciężaniu napisano wiele pięknych słów. Wprawdzie toną one w morzu innych, dziś wyżej cenionych zainteresowań profesjonalnych, to jednak, wydaje mi się, że zagubienie ich i wyeliminowanie z wyzwani i powinności profesjonalnych byłoby nieakceptowalnym marnotrawstwem. Gubiąc, tracilibyśmy coś niezwykle ważnego dla profesjonalnej cnoty roztropności. Jestem też przekonany, że odbieralibyśmy w ten sposób wielu pacjentom szansę na skuteczne zdrowienie, na odzyskiwanie po kryzysie psychotycznym siebie – nadziei, tożsamości, sprawczości wobec biegu życia i na ostateczne nadanie mu sensu.

BIBLIOGRAFIA

- Avieli, H., Mushkin, P., Araten-Bergman, T., Band-Winterstein, T. (2016). Aging with schizophrenia: A lifelong experience of multidimensional losses and luffering. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, 230–236.
- Bozzaro, C. (2015). Ärztlich assistierter Suizid: Kann „unerträgliches Leiden“ ein Kriterium sein? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 140(02), 131–134. Doi: 10.1055/s-0041-100030.
- Cassel, E.J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306, 639–645.
- Cassel, E.J. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine* (wyd. 2). Oxford: Oxford University Press.
- Cutcliffe, J.R., Hummelvoll, J.K., Granerud, A., Eriksson, B.G. (2015). Mental health nurses responding to suffering in the 21st century occidental world: accompanying people in their search for meaning. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 19–25.

- De Hert, M., Van Bos, L., Sweers, K., Wampers, M., De Lepeleire, J., Correll, C.U. (2015). Attitudes of psychiatric nurses about the request for euthanasia on the basis of unbearable mental suffering (UMS). *PLoS ONE* 10(12): e0144749. Doi:10.1371/journal.pone.0144749.
- Edwards, S.D. (2003). Three concepts of suffering. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6, 59–66.
- Fredriksson, L., Lindström, U.A. (2002). Caring conversations – psychiatric patients’ narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 396–404.
- Fridh, I., Kenne Sarenmalm, E., Falk, K., Henoch, I., Öhlén, J., Ozanne, A., Jakobsson Ung, E. (2015). Extensive human suffering: a point prevalence survey of patients’ most distressing concerns during inpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 444–453. Doi: 10.1111/scs.12148.
- Hastings Center (1996). The goals of medicine: setting new priorities. *The Hastings Center Report*, 26(6, suppl), S1–S27.
- Hooft van, S. (1998). Suffering and the goals of medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1, 125–131.
- Kahn, D.L., Steeves, R.H. (1986). The experience of suffering: conceptual clarification and theoretical definition. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 623–631.
- Kepiński, A. (1972). *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL.
- Lindholm, L., Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1354–1361.
- Lozem, G.F., Hem, M.H. (2012). Attuned understanding and psychotic suffering: a qualitative study of health-care professionals’ experiences in communicating and interacting with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 114–122.
- Moonen, C., Lemiengre, J., Gastmans, C. (2016). Dealing with existential suffering of patients with severe persistent mental illness: Experiences of psychiatric nurses in Flanders (Belgium). *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 219–225.
- Rodgers, B.L., Cowles, K.V. (1997). A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1048–1053.
- Ruijs, C.D., Wal van der, G., Kerkhof, A.J., Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2014). Unbearable suffering and requests for euthanasia prospectively studied in end-of-life cancer patients in primary care. *BMC Palliat Care* 23, 13(1), 62. Doi: 10.1186/1472-684X-13-62.
- Salzmann-Erikson M., Rydlo, C., Wiklund Gustin, L. (2016). Getting to know the person behind the illness – the significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9–10), 1426–1434. Doi: 10.1111/jocn.13252.
- Sitvast, J.E., Abma, T.A., Widdershoven, G.A. (2010). Facades of suffering: clients’ photo stories about mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(5), 349–361.

HELENA SĘK

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

MODELE ZDROWIA W TEORII I PRAKTYCE PSYCHOLOGICZNEJ – PROBLEMY I DYLEMATY WZAJEMNYCH RELACJI

Wprowadzenie

Tematyka zdrowia należy do tych obszarów wiedzy psychologicznej, która podlegała i nadal podlega wyraźnym wpływom kontekstu społecznego. Dotyczy to zwłaszcza okresu, w którym Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) zamieściła w swojej konstytucji definicję zdrowia pozytywnego i gdy pojawiły się liczne komentarze na ten temat. Można przypuszczać, że ta definicja określająca zdrowie jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności wytworzyła pewien stan pozytywnego „myślenia powinnościowego” o zdrowiu w wieku XX. Późniejsze badania nad czynnikami zdrowia wykazały, że znaczny procent stanowią warunki i oddziaływania społeczne oraz styl życia człowieka, czyli jego sposoby radzenia sobie z wymaganiami życia w toku rozwoju indywidualnego. W tym klimacie powstał interdyscyplinarny ruch społeczny na rzecz promocji zdrowia, który był także obecny w Polsce. Przedstawiciele nauk społecznych i medycznych obradowali w ramach działalności Rady do Spraw Promocji Zdrowia Psychicznego, której przez niemal dziesięć lat (1997–2006) przewodniczył Profesor Czesław Czabała. Pod jego redakcją powstała wówczas ważna zbiorowa praca *Zdrowie psychiczne – zagrożenia i promocja* (2000). Wyrazem rozwoju tego nurtu badań i tworzenia praktycznych programów prozdrowotnych było też powstanie pisma

Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna w Zakładzie Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie.

Sytuacja społeczna i praktyka społeczna w dziedzinie ochrony zdrowia się zmieniły. Działanie na rzecz promocji zdrowia było i jest prawdopodobnie realizowane dzięki tworzeniu środowisk sprzyjających zdrowiu, być może przekształciło także indywidualną świadomość znaczenia zachowań zdrowotnych, co wymagałoby jednak badań.

W pracach psychologów klinicznych i psychologów zdrowia, w ich sposobie konceptualizowania zdrowia i pojęć pokrewnych, w ich działalności akademickiej – badawczej i edukacyjnej – powstała w międzyczasie bogata wiedza o zdrowiu, jego promowaniu, ochronie i odzyskiwaniu oraz przywracaniu. Aktualna dyskusja nad sposobami integracji w tworzeniu teoretycznych założeń dla pomocnej prozdrowotnej działalności praktycznej psychologów i tworzenia modeli transteoretycznych stawia nowe problemy i dylematy.

Przedmiotem refleksji w obecnym opracowaniu była pamięć spotkań z Profesorem Czabałą, ożywionych i inspirujących dyskusji oraz lektura Jego publikacji na temat zdrowia psychicznego, jego wskaźników i determinant oraz różnych rodzajów działania na rzecz ochrony zdrowia, odzyskiwania zdrowia, a przede wszystkim promocji zdrowia (Czabała, 1994, 2000, 2012; Czabała i in., 1999). W pracach z zakresu psychoterapii i poradnictwa zdrowotnego (Czabała, 2010; Czabała i Kluczyńska, 2015; Cierpiąłkowska i Czabała, 2016) zawarta jest natomiast bogata propozycja dla analiz związanych z problemami stosowania w tych formach praktyki psychologicznej wiedzy o modelach zdrowia.

Sposoby konceptualizowania zdrowia

W związku z poszerzeniem obszarów zainteresowania autorki o zagadnienia psychoprophylaktyki i promocji zdrowia, a następnie psychologii zdrowia jako wyodrębnionej subdyscypliny zaistniała potrzeba stworzenia teoretycznych podstaw tych dziedzin zastosowania psychologii. Wymagało to pogłębionych studiów nad pojęciami zdrowia i teoretycznymi założeniami dla badań w tym zakresie (Sęk, 1985, 1991, 1995, 2001; Heszen i Sęk, 2007; por. Sęk, 2015).

Główne wątki myślenia o podejściach do tworzenia wiedzy o zdrowiu (Sęk, 2001, 2015) można aktualnie podsumować także w kontekście nowych podejść teoretycznych i badań.

Wyzwanie konstruowania pozytywnej definicji zdrowia psychicznego podjęła najwcześniej Marie Jahoda (1958)¹, stosując metodę indukcyjną. Analizowała

¹ Były to analizy i badania pod patronatem The Joint Commission of Mental Illness and Health i WHO. Pracę Jahody *Current concepts of positive mental health* cytuje i omawia Władysław Ta-

konceptje psychologiczne, zwłaszcza konceptje osobowości pod kątem pozytywnych postulatów związanych z rozwojem osobowości i procesami adaptacji. Stworzone przez nią zespoły kryteriów zdrowia psychicznego odnoszą się do (1) pozytywnej postawy wobec Ja, (2) zdolności do samoregulacji i rozwoju, (3) integracji, (4) autonomii, (5) realistycznego spostrzegania rzeczywistości, i (6) radzenia sobie z wymaganiami otoczenia. Podejście to krytykowane z uwagi na dowolne łączenie pojęć z różnych kierunków (Sowa, 1984). Współcześnie autorzy powracają do pracy Jahody (1958), tworząc na podstawie jej ustaleń kluczowe konstrukty pozytywnego zdrowia w ramach podejść integracyjnych, o czym piszę w dalszej części tego rozdziału.

Zalecane przez metodologów podejście dedukcyjne polega na konstrukcji i rekonstrukcji koncepcji zdrowia, którą odnajdujemy w teorii psychologicznej odnoszącej się najczęściej do osobowości i jej rozwoju, zawartej w głównych kierunkach (paradygmatach) (Sęk, 2001; Czabała, 2010). W tym podejściu odkrywa się założenia o naturze człowieka i pozytywnych, tj. rozwojowych, adaptacyjnych, kreatywnych cechach osobowości, podając także znaczenie kontekstu społeczno-kulturowego dla funkcjonowania tej koncepcji zdrowia. W tym ujęciu pisze się o zdrowiu psychicznym w ujęciu psychodynamicznym, humanistycznym, behawioralno-poznawczym i systemowym, a więc o człowieku świadomym siebie, realizującym swoje potencjały, posiadającym poczucie sensu, o człowieku racjonalnym posiadającym zróżnicowaną wiedzę, zdolnym do tworzenia więzi i kompetentnego komunikowania się itp. Centralne założenia o zdrowiu psychicznym wyprowadza się z konkretnych teorii psychologicznych i można je znaleźć w opisach celów psychoterapii i innych formach pomocy psychologicznej realizowanych zgodnie z określonym podejściem paradygmatycznym (Cierpiąłkowska i Czabała, 2016). Zmiany dla tych założeń wynikają z przekształceń, jakie zachodzą w ujęciach poszczególnych kierunków.

Tworzenie ogólnych metateoretycznych modeli zdrowia wydaje się mieć coraz większe znaczenie w naukach o zdrowiu; dotyczy psychologii klinicznej, a w szczególności psychologii zdrowia.

W odniesieniu do pojęcia zdrowia psychicznego wiele wniosło klasyczne porównanie pojęcia zdrowia psychicznego do szczęścia. Władysław Tatarkiewicz (1979/2015), przeprowadzając porównawczą analizę tych dwóch wieloznacznych pojęć wykazał, że są one do siebie formalnie podobne, ale nie tożsame. Zarówno zdrowie psychiczne, jak i szczęście można określać jako stan w określonej chwili lub stały układ czynności, czyli właściwość. Oba pojęcia można analizować od strony subiektywnej i badać obiektywnie. Ponadto Tatarkiewicz (1979/2015) stwierdza, podobnie jak Sowa (1984), że zdrowie psychiczne może mieć różne

przedmiotowe odniesienia. Jedni widzą jego istotę w samorealizacji i rozwoju, inni uznają za istotne trafne spostrzeganie siebie i otoczenia oraz pozytywną samoocenę, często też uważa się, że zdrowie polega na radzeniu sobie ze stresem, na harmonizowaniu i scalaniu różnych funkcji. Zdaniem Tatarkiewicza istnieje wiele treściowych koncepcji zdrowia, podobnie jak i szczęścia. Ludzie mogą więc być zdrowi na różne sposoby i posiadać własne zindywidualizowane, potoczne pojęcie zdrowia. W związku z tym nie można stworzyć jednej powszechnie obowiązującej definicji zdrowia, która odnosiłaby się do konkretnych postulatów psychologicznych. Świadomość tej różnorodności jest ważna w praktyce, gdy konstruujemy cele terapeutyczne i programy działań prozdrowotnych.

Istotny wkład do odkrywania tajemnicy zdrowia wniósł Aaron Antonovsky (1995, 1997), tworząc model salutogenetyczny nawiązujący do wiedzy o mechanizmach stresu psychologicznego.

Odpowiadając na pytanie, co powoduje utrzymywanie, rozwój i powrót do zdrowia, Antonovsky wyodrębnił kilka istotnych, salutogenetycznych czynników: uogólnione zasoby odpornościowe, stresory, poczucie koherencji i styl życia. Jego zdaniem uogólnione zasoby odpornościowe są to właściwości jednostki, grupy, środowiska i kultury, które wyróżniają się cechą funkcjonalną, polegającą na możliwości uniknięcia stresorów i usprawniania procesu radzenia z wymaganiami w ten sposób, że zapobiegają przekształceniu się napięcia w stan przewlekłego stresu; pomagając zwalczać stresory, sprzyjają ochronie zdrowia i procesom zdrowienia. Antonovsky nie dokonał, tak jak Stevan Hobfoll (2002, 2006) kategoryzacji zasobów. Z prezentowanych przez niego schematów i opisów wynika jednak, że mogą to być niemal wszystkie pozytywne cechy człowieka i cechy środowiska, w którym żyje. Wymienia zarówno cechy środowiska fizycznego i naturalnego, jak też cechy biologiczne (genetyczne, konstytucjonalne, biochemiczne). Zasoby mogą też tkwić w warunkach materialnych. Szczególną uwagę przywiązuje do czynników społeczno-kulturowych, a wśród nich wymienia wsparcie społeczne, kulturową stabilność, religię, filozofię, sztukę, instytucje społeczne, w tym także opiekę zdrowotną. Najbardziej rozbudowaną grupę zasobów stanowią cechy psychiczne jednostki, które jako zasoby odpornościowe i rozwojowe określa się też często potencjałami zdrowia. Wśród tych cech na czoło wysuwają się cechy struktury Ja, zwłaszcza poczucie tożsamości, poczucie sprawstwa i kontroli, wszelkie kompetencje, inteligencja i wiedza.

Poczucie koherencji składające się z poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności jest w tym modelu kluczowe. Funkcjonalne właściwości tego konstruktu ujawniają się w tym, że człowiek z dobrze rozwiniętym poczuciem koherencji jest zmotywowany do podejmowania aktywności radzenia sobie z wymaganiami, a przez funkcje regulacyjne steruje odpowiednim do wymagań wyborem zasobów. Badania empiryczne wykazały, że poczucie koherencji wpływa pozytywnie i w sposób zróżnicowany, zależnie od ukształtowania i nasilenia

elementów składowych na zdrowie, efektywność radzenia sobie ze stresorami, a przede wszystkim warunkuje ocenę trudności (Pasikowski, 2000; Sęk i Pasikowski, 2001).

W modelu salutogenetycznym zakłada się, że człowiek spotykając się z wymaganiami życia, dostraja się do wyzwań tak, aby zachować dynamiczną równowagę procesów życiowych na pewnym optymalnym dla funkcjonowania poziomie. Zdrowie jest więc procesem stałego reagowania na wymagania celem zachowania lub przywracania pewnego poziomu organizacji, który też bywa nazywany poziomem dynamicznej równowagi zewnętrznej i wewnątrz systemu. Antonovsky (1995) stworzył więc w toku odkrywania kluczowych czynników prozdrowotnych procesualną koncepcję zdrowia.

W ramach modelu socjoekologicznego zdrowia (por. Słońska, 1994), będącego podstawą działań promujących zdrowie, stosuje się pojęcie hierarchii systemów, w myśl którego każdy podsystem jest częścią ogólniejszego i pozostaje z nim we wzajemnych związkach, co przedstawia się za pomocą „mandali zdrowia”. Człowiek jako punkt środka i dwa skrajne kręgi – biosfera i kultura tworzą podstawowe odniesienia w definiowaniu zdrowia. Człowiek jest także ujmowany jako całościowy system funkcjonujący biologicznie, umysłowo i duchowo. Zdrowie człowieka podlega wielorakim wpływom, spośród których najistotniejsze są dążenia i działania człowieka zmierzające w kierunku rozwoju swoich potencjałów, w uzgodnieniu z wymaganiami społecznymi. Bardzo ważnym założeniem tego modelu jest, że człowiek posiada własne pojęcie zdrowia i że każdy człowiek nadaje znaczenie zdrowiu w swoim codziennym życiu (por. Sęk i in., 1993; Sęk, 1997). Oznacza to, że człowiek może swojemu zdrowiu nadać indywidualny sens i umieścić je w systemie swoich wartości. Należy więc nie tyle nadawać, przypisywać człowiekowi koncepcję zdrowia, ile ją w nim odkrywać.

Podstawowymi pojęciami tego modelu są dynamiczna równowaga powiązanych systemów i potencjał zdrowia. Potencjałem zdrowia mogą być zasoby odpornościowe człowieka, ale także zasoby zawarte we wszystkich istotnych polach „mandali zdrowia”. Szczególną rolę odgrywają zasoby wsparcia społecznego (Sęk, 2003). W związku z założeniami stworzonymi przez socjologów dominuje w tym modelu określenie zdrowia jako zdolności człowieka do osiągania pełni własnych możliwości fizycznych, psychicznych i społecznych i reagowania na wyzwania otoczenia (Słońska, 1994; Włodarczyk, 1994).

W literaturze spotyka się także określenia model biomedyczny zdrowia i model holistyczno-funkcjonalny. Są to najczęściej prace z zakresu problematyki psychologii zdrowia i zależności psychosomatycznych. Obrazują też niezakończoną jeszcze dyskusję na temat relacji między negatywnym a pozytywnym pojęciem zdrowia oraz znaczeniem podejścia patogenetycznego i salutogenetycznego w analizowaniu zdrowia w toku praktyki psychologicznej. Ponadto badania wykazały, że zarówno pacjenci, jak i lekarze posługują się określeniem zdrowia jako

stanu braku zaburzeń. Profesjonaliści posługują się też określeniem „brak objawów o znaczeniu klinicznym”. W badaniach występują też określenia „stan zdrowia psychicznego – wskaźniki niekliniczne” (por. Czapiński, 1994).

Warto jednak pamiętać, że w modelu biomedycznym zdrowie jest kategorią zobiektywizowaną i dotyczy organizmu. W stanie zdrowia organizm cechuje się brakiem dysfunkcji biologicznych. Zdrowie jest zależne od wyposażenia genetycznego i struktury organizmu. W stanie zdrowia profesjonalista nie jest potrzebny. Stan choroby pozostaje natomiast pod kontrolą lekarza profesjonalisty, który, stosując specjalistyczne metody, „naprawia organizm”. Zdrowie i choroba pozostają poza kontrolą podmiotu. Od człowieka nie oczekuje się aktywności prozdrowotnej, jedynie podporządkowania się zaleceniom lekarza w sytuacji choroby (Sęk, 2001).

W modelu holistyczno-funkcjonalnym, mającym swoje korzenie w starożytności uznaje się wzajemne powiązanie psychiki i ciała. To założenie znalazło wyraz w podejściu psychosomatycznym do chorób (por. Wrześniewski, 2000), które w naukach medycznych nazywa się medycyną psychosomatyczną. Zdrowie wyraża się we wzajemnej relacji, jaka zachodzi pomiędzy strukturami funkcjonalnymi człowieka oraz pomiędzy człowiekiem a jego środowiskiem. Jest to proces stałego dynamicznego równoważenia potrzeb człowieka i wymagań otoczenia. O poziomie decydują zasoby człowieka i wymagania, zwane też często stresorami. W tym modelu ujmującym zdrowie jako proces wyróżnione miejsce przypada świadomej aktywności podmiotu, który promuje swoje zdrowie, ochrania je i uczestniczy w procesie leczenia, gdy na skutek zbyt silnego działania patogenów i obniżonej odporności dochodzi do załamania dynamicznej równowagi, czyli do choroby.

Warto przypomnieć, że badania nad przekonaniem zdrowotnymi i potoczną wiedzą o zdrowiu wykazały, że w świadomości jednostkowej zawarte są zarówno przekonania z modelu biomedycznego, jak i holistyczno-funkcjonalnego, czyli naukowe modele zdrowia są odzwierciedlane w wiedzy potocznej (Sęk, 1997).

Podsumowując te wybrane sposoby konceptualizowania pojęcia zdrowia, można stwierdzić, że:

- zdrowie jest dobrem osobistym i społecznym określanym obiektywnie i subiektywnie;
- zdrowie jest zdolnością do realizacji potencjałów fizycznych, psychicznych i społecznych;
- poziom (stan) zdrowia zależy od dynamicznego równoważenia możliwości, potrzeb, wymagań i aktywności własnej podmiotu;
- zdrowy człowiek (a) zaspokaja potrzeby, (b) realizuje cele, (c) wypełnia zadania życiowe, (d) przezwycięża trudności i (e) tworzy więzi.

To ujęcie znalazło się także w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego (Dąbrowski i Pietrzykowski, 1997). W preambule Ustawy stwierdza się, że zdrowie

psychiczne jest fundamentalnym dobrem człowieka. Człowiek jest zdrowy psychicznie, gdy zaspokaja swoje potrzeby i realizuje wymagania uspołecznionej kultury, a to zależy od sprawności funkcji poznawczych, i/lub od sprawności i jakości funkcji emocjonalno-motywacyjnych, zdolności do rozwoju potencjałów, co w efekcie powoduje poczucie fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu.

Wiedza o zdrowiu a koncepcje dobrostanu

Z poczynionych ustaleń może wynikać, że człowiek świadomy swojej odpowiedzialności za zdrowie dąży więc do jego rozwoju i utrzymania, wykorzystuje w toku procesów równoważenia wymagań życia i działania czynników ryzyka swoje osobiste i społeczne potencjały zdrowia. Podczas tego procesu człowiek zaspokaja potrzeby, realizuje cele, wypełnia zadania życiowe i osiąga dzięki temu fizyczny, psychiczny, społeczny i duchowy dobrostan.

Problematyka dobrostanu zapoczątkowana przez definicję zdrowia WHO z 1948 roku pojawiła się także w pracach naukowych, w których porównuje się pojęcia zdrowia i szczęścia (Tatarkiewicz, 1979/2015; Czapiński, 1992, 1994). We wczesnych studiach i badaniach obecna była więc refleksja filozoficzna. Wydaje się jednak, że dopiero w ramach psychologii pozytywnej pojęcie dobrostanu jako wskaźnika dobrego życia znalazło swoje rozwinięcie (Trzebińska, 2008). Przejrzysta konceptualizacja pojęcia dobrostanu jest jednak utrudniona w związku z tym, że w pracach tych używa się terminów „dobrostan” i „szczęście” zamiennie.

W pracach Dienera i jego współpracowników (Diener, 2000; Diener, Lucas i Oishi, 2002) prezentowana jest koncepcja dobrostanu subiektywnego, na który składa się: ogólna pozytywna ocena własnego życia, częste doświadczanie emocji pozytywnych i rzadkie doświadczanie emocji negatywnych. To globalne przekonanie o własnym życiu zależy więc od oceny wydarzeń, w czym istotną rolę odgrywa sfera emocjonalna. Jednocześnie wykazano w badaniach, że subiektywny dobrostan zależy od czynników osobowościowych i może wpływać na działanie w kierunku pozytywnym. Ed Diener przygotował wraz zespołem bardzo zwarte narzędzia do wielokrotnego badania dobrostanu; jedno z nich zostało zaadaptowane do warunków polskich (por. Juczyński, 2001; Kaczmarek, 2016).

W myśleniu o zdrowiu psychicznym w ujęciu dobrostanu warto przywołać też koncepcję Carol Ryff (2014), która nawiązuje do indukcyjnej koncepcji pozytywnego zdrowia, jaką stworzyła Marie Jahoda (1958). To nowe otwarcie dla pozytywnego zdrowia przedstawiane jest jako model psychologiczny dobrostanu w ujęciu eudajmonistycznym. Na pozytywne funkcjonowanie człowieka składa się: cel i sens życia, autonomia, samoakceptacja, realizacja własnych potencjałów

i rozwój, skuteczne radzenie sobie z wymaganiami życia i pozytywne relacje społeczne.

Martin Seligman (2005) proponuje połączyć aspekty hedonistyczne i eudajmonistyczne w ocenie dobrego życia i dobrostanu, co zawarte jest w jego koncepcji autentycznego szczęścia, na które składają się przyjemności, dobro i sens życia. Autentyczne szczęście uwarunkowane jest oczywiście siłami charakteru człowieka.

Janusz Czapiński (1992, 2017) w swojej nowej odsłonie cebulowej teorii szczęścia także pokazuje, jak obszar hedonizmu i eudajmonizmu wraz z wolą życia warunkują dobrostan. Autor ten łączy też w swojej koncepcji dobrostan wynikający z doznań i bilansu emocjonalnego oraz z oceny jakości życia, cenionych wartości i potencjałów zdrowia; uwzględnia także w swojej teorii trudności i zaburzenia. Założenia teoretyczne i wzajemne zależności zmiennych weryfikowano w „Diagnozie Społecznej”². Wyniki tych badań informują, jak bardzo złożona jest tematyka zdrowia, jakości życia, różnych aspektów dobrostanu, co autor woli określać psychologią szczęścia.

Wybrane koncepcje zdrowia psychicznego a dobrostan

Nową próbę konceptualizacji zdrowia psychicznego podjął Corey L.M. Keyes (2002) zwolennik psychologii pozytywnej. Jego model nosi też nazwę „kompletne zdrowie psychiczne” (Keyes i Lopez, 2002; Keyes, 2005). Szczególnie ważny jest fakt, że autor ten proponuje, aby równocześnie oceniać poziom zaburzeń psychicznych (podejście patogenetyczne) i poziom zdrowia psychicznego (podejście salutogenetyczne). Uważa on, że subiektywny dobrostan jest zbiorem symptomów zdrowia psychicznego. Zbiór ten składa się z przejawów odzwierciedlających wymiar emocjonalnego funkcjonowania człowieka (hedonistyczny) i przejawów wynikających z wymiarów eudajmonistycznych, na które składają się właściwości psychicznego i społecznego pozytywnego funkcjonowania człowieka. Poziom pozytywnego zdrowia psychicznego jest sumą jego przejawów na wymiarze emocji, poznawczych procesów psychicznych wynikających z podmiotowych cech osobowości nastawionych na realizację celów i rozwój oraz pozytywny udział w życiu społecznym. Wymiar zaburzonego zdrowia, czyli poziom psychopatologii, zakotwiczony jest pod określeniami „wysoka psychopatologia emocjonalna, psychiczna i społeczna” oraz „niski poziom tych objawów”.

² Chodzi o podłużne badania panelowe prowadzone od 2000 roku do 2015 roku co dwa lata w tych samych gospodarstwach domowych i tym samym czasie, marzec–kwiecień. Wyniki tych badań są dostępne w Internecie.

Nie jest jasne, jak się określa oraz operacjonalizuje badanie i ocenę poziomu funkcjonowania człowieka na wymiarze psychopatologii. Wiadomo natomiast, że Keyes (2002) prowadził badania na podstawie poziomu symptomów depresyjnych wynikających z klasyfikacji DSM-III. Klasyfikację zaburzeń psychicznych typu DSM w międzyczasie zmieniono na zalecaną DSM-5. Badania empiryczne Keyesa (2002, 2005) na reprezentatywnej próbie osób dorosłych wykazały, że nie można dobrostanu i zaburzeń psychicznych ujmować na jednym kontinuum jako przeciwstawne bieguny, gdyż są to w zasadzie dwa niezależne wymiary. W związku z tym diagnoza kompletnego zdrowia psychicznego jest rozpoznaniem i oceną zarówno tego, jakich trudności i cierpień doświadcza człowiek w swoim życiu i jednocześnie jego osobistych i środowiskowych potencjałów skutecznego i twórczego radzenia sobie z wymaganiami życia. Taki sposób podejścia nazwano diagnozą zrównoważoną (Lopez, Synder i Rasmusen, 2003; Trzebińska, 2008). Ma ona cechy diagnozy typologicznej.

Podejście, jakie proponuje zespół Keyesa (Keyes, Ryff i Keyes, 1995; Keyes i Lopez, 2002; Ryff i Shmotkin, 2002) ma charakter transteoretyczny. W tworzeniu koncepcji dobrostanu scalono klasyczne podejście Jahody w nowym ujęciu Ryff (2014) i niezależne badania Keyesa (2002) nad wymiarem dobrostanu społecznego oraz wymiarem emocjonalnym. W ten sposób uzyskano prawie pełne wyjaśnienie złożonych mechanizmów dobrostanu, choć trzeba podkreślić, że pominięto wymiar psychofizyczny. Stworzone w tym podejściu narzędzia do badania zdrowia psychicznego stały się bardzo popularne w świecie, o czym świadczy liczba adaptacji. Powstała także polska adaptacja skróconej skali zdrowia psychicznego Keyesa w zespole badań nad osobowością i tożsamością (Karaś, Ciecuch i Keyes, 2014). Składa się ona z trzech wymiarów: emocjonalnego dobrostanu (3 pozycje), dobrostanu społecznego (5 pozycji) i dobrostanu psychicznego (6 pozycji), a suma wyników na tych wymiarach określa ogólny dobrostan. Wyniki te trzeba jednak porównać z oceną poziomu objawów psychopatologii i w tym względzie nie ma jasności odnośnie do operacjonalizacji tego wymiaru.

George Valliant (2012), poszukując także nowego podejścia do konceptualizacji zdrowia psychicznego, porównał tę sytuację do dziesięcioboju. Wysoki ogólny wynik w nim jest rezultatem różnych cech i sprawności, a kombinacja tych cech i ich nasilenie mogą być bardzo zindywidualizowane, co można by porównać z określeniem, że zdrowym można być w tym samym stopniu choć na równe sposoby.

Podejście Vallianta (2012) tym się różni od ujęcia Jahody (1958) i Keyesa (2002), że porównuje różne modele, a nie tylko potencjały zdrowia. Uwzględnia jednak także podejścia patogenetyczne i salutogenetyczne. W jego programie badań podłużnych nad rozwojem i zdrowiem wykazano, że pięć modeli – globalna ocena funkcji psychicznych GAF-50 z DSM-IV, dorosła dojrzałość (w podejściu

teorii rozwoju), inteligencja społeczna, subiektywny dobrostan i specyficznie rozumiana sprężystość psychiczna (*resilience*) – wysoko ze sobą korelują i były prognostyczne dla obiektywnego zdrowia psychicznego badanych osób po 15 latach.

Podsumowanie – problemy i dylematy zastosowania wiedzy o zdrowiu

Tworzenie wiedzy o zdrowiu i zaburzeniach dotyczącej wszystkich wymiarów funkcjonowania człowieka – fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego ma, jak może wynikać z tych refleksji, swoją historię. Drogi rozwoju tej wiedzy są dość zawikłane. Ma to prawdopodobnie związek z przemianami globalizacyjnymi i słabą komunikacją wiedzy między różnymi dziedzinami psychologii oraz między naukami medycznymi a psychologią. W badaniach polskich odzwierciedlają się wyraźnie nurty badań amerykańskich, rzadziej natomiast kierunek jest odwrotny. Z tej historii wyłaniają się ogólne problemy.

Najważniejszy problem dotyczy bardzo dużej złożoności i wieloaspektowości konceptualizacji zdrowia, jakości życia, dobrostanu i szczęścia. Niemniej, jak próbowano wykazać, każde z tych pojęć ma swoją bardzo dobrze uzasadnioną argumentację teoretyczną, popartą też często badaniami empirycznymi.

Współczesne tendencje do wykorzystywania wiedzy o kategoriach i wymiarach funkcjonowania zdrowotnego człowieka w sytuacji i środowisku zarówno zgodnie podejściem paradygmatycznym, jak i integracyjnym, zwanym też coraz częściej transteoretycznym, umożliwiają bardziej elastyczne stosowanie wiedzy w praktyce psychologa klinicznego i psychologa zdrowia.

Ponadto stwierdza się, że sprawdzony empirycznie model salutogenetyczny (Antonovsky, 1995) jest obecny w tekstach psychologów klinicznych informujących o jego znaczeniu dla diagnozy klinicznej i określania celów pomocy psychologicznej (Cierpiąłkowska i Czabała, 2016).

Natomiast pierwotna fascynacja psychologów zdrowia konceptualizacją pozytywnego zdrowia, a zwłaszcza zachowań zdrowotnych, typowa dla promocji zdrowia, coraz częściej jest konfrontowana w podejściu psychopatologicznym. Stąd poważna refleksja nad nowymi modelami uwzględniającymi ryzyko dla zdrowia i objawy psychopatologii, które mogą być także wynikiem wadliwych form stosowania wpływu społecznego w kształtowaniu stylów życia (Sęk, 1999, 2015).

Wiedza o zdrowiu i patologii zawiera też kilka podstawowych, bardzo ogólnych założeń. Jedno z nich kontynuuje sposób myślenia Antonovsky'ego (1995), że zdrowie i chorobę można opisać na wymiarze z biegunami *health ease* (pełne idealne zdrowie) i *dis ease* (głęboka choroba zagrażająca życiu). Stan zdrowia

w konkretnym czasie zależy od procesów równoważenia i oceny relacji między spostrzeganymi wymaganiami a zasobami człowieka i wzorami zachowań.

Na ten wymiar można spojrzeć od strony obciążeń i czynników ryzyka oraz mechanizmów patogenetycznych, a także od strony mechanizmów prozdrowotnych. Te podejścia stosuje się w praktyce komplementarnie. Próby ich integracji nie zakończyły się pełnym powodzeniem (Cierpiałkowska i Sęk, 2006; Sęk, 2015).

Powstała natomiast nowa propozycja odejścia od statycznego i linearnego rozumienia modelu struktury umysłu, poziomu patologii i zdrowia osobowości na rzecz modelu systemowo-dynamicznego. W hierarchicznej strukturze reprezentacji zapisane są potencjały zdrowia i czynniki potencjalnie patologiczne. W zależności od wpływów sytuacji trudnych lub zgodnych z potencjałem zdrowia osoba przejawia zachowania adaptacyjne lub dezadaptacyjne, które mogą przyjąć poziom symptomów zaburzeń psychicznych, trudności życiowych lub poziom rozwojowego zdrowia. Czyli poziom rozwoju umysłu, rozumiany jako system intrapsychoicznego i społecznego (interpersonalnego) doświadczenia, może w odpowiedzi na wydarzenia przejawiać funkcje i zachowania zdrowe lub zaburzone (Cierpiałkowska i in., 2017). Warto zaznaczyć, że model ten powstał w programie konceptualizacji zdrowia i zaburzeń w rozwoju osobowości.

W nowych propozycjach określania zwłaszcza zdrowia psychicznego powstają dylematy odnoszące się na przykład do konceptualizacji kompletnego zdrowia (Keyes, 2002). Zadziwia powrót do klasyki wyznaczników zdrowia psychicznego (Jahoda, 1958; Ryff, 2014), wydzielenie z psychicznego funkcjonowania wymiaru emocjonalnego i stworzenie odrębnych, ale bardzo ważnych wymiarów społecznego funkcjonowania. Wydaje się, że proponowany wymiar psychicznego dobrostanu jako zespół pewnych przejawów został inaczej skonceptualizowany niż ortogonalny wymiar nasilenia psychopatologii, który w badaniach Keyesa (2002) był reprezentowany tylko nasileniem objawów depresyjnych. Można zapytać: dlaczego na przykład nie użyto skali GAF – z DSM IV – lub kwestionariusza Goldberga i współpracowników (2001)? Ponadto w modelach zdrowia psychicznego pomija się wymiar somatyczny, a nawet psychosomatyczny. Na dodatek nazwy powstałe w nurcie psychologii pozytywnej dla kategorii będących wynikiem oceny dobrostanu i psychopatologii są bardzo metaforyczne i zadziwiające w tłumaczeniu na język polski (Trzebińska, 2008).

Problemy i dylematy w stosowaniu wiedzy pojawiają się w procesach wyboru podejścia dostosowanego do doświadczenia praktyka i potrzeb społecznych dotyczących rodzajów tej praktyki dla celów promocji zdrowia, zapobiegania zaburzeniom zdrowia i jego ochrony, interwencji w kryzysie i psychologicznym poradnictwie zdrowotnym, a zwłaszcza w psychoterapii. Wydaje się, że we wszystkich formach działania praktycznego być może wiedza o zasobach i skutecznych strategiach radzenia sobie z zadaniami (Hobfoll, 2002, 2006; Sęk, 2003, 2008, 2012) jako podejście metateoretyczne może być szczególnie przydatne.

Istnieją na to dowody empiryczne powstałe w badaniach nad sposobami konceptualizacji przypadków (por. Słysz, 2017), które pokazują między innymi to, jakie cele stawiają badani psychoterapeuci pracujący na podstawie różnych koncepcji zaburzeń w podejściu paradygmatycznym i ingracyjnym³ w pierwszej próbie określenia założeń dla interwencji. Dominowały w tej pracy nad tworzeniem przypadku kategorie dotyczące psychopatologii, objawów, trudności i czynników warunkujących zaburzenia, ale w propozycjach terapii występowały także postulaty dla zmian pozytywnych, takie jak: odkrycie zasobów, budowanie poczucia kompetencji, zaradności, wzmocnienie tożsamości, zwiększenie aktywności sprawiającej przyjemność, odbudowanie wspierającej relacji itp.

Dane te są zgodne z wynikami badań nad spostrzeganiem czynników ryzyka i zasobów zarówno przez osoby zdrowe, jak i osoby z doświadczeniem zaburzeń psychicznych (Cierpiałkowska i Sęk, 2014). Stwierdzono, że osoby zdrowe oceniają wyżej zasoby podmiotowe i wynikające z relacji niż osoby z zaburzeniami oraz, że świadomość posiadania zasobów wiąże się istotnie z subiektywnym poczuciem zdrowia i że związek ten jest silniejszy u pacjentów.

Stąd bardzo cenne są informacje na temat możliwości zastosowania podejścia salutogenetycznego w pracy terapeutycznej i nastawionej na poradnictwo zdrowotne (Czabała i Kluczyńska, 2015; Cierpiałkowska i Czabała, 2016). Autorzy tych prac, tworząc założenia zdrowotnego poradnictwa psychologicznego, nawiązują do wielu problemów zawartych w analizowanych modelach konceptualizacji zdrowia. Podkreślają znaczenie modelu biopsychospołecznego i koncentrują się na uaktywnianiu i budowaniu mocnych stron osoby, zwłaszcza zasobów indywidualnych i środowiskowych. Nawiązują także do wiedzy o stresie wydarzeń życiowych, a w koncepcji zachowania zasobów wspominają o roli prozdrowotnej tzw. metazasobów (por. Sęk, 2012). Podkreślają także znaczenie nowych idei zawartych w propozycjach psychologii pozytywnej i zawartych w niej modelach osiągnięcia dobrostanu, zarówno na wymiarach przyjemności, jak i cenionych wartości. Przedstawiają też, jak na różnych etapach procesu poradnictwa zdrowotnego aktywizować różne elementy wiedzy o zdrowiu. Wydaje się więc, mimo istniejących dylematów, że nowe podejścia w psychologii klinicznej, zdrowia i pozytywnej do problematyki zdrowia są obecne nie tylko w rozważaniach teoretycznych, ale znajdują także zastosowanie w różnych formach praktyki.

³ Badanie 90 psychoterapeutów polegało na tworzeniu koncepcji hipotetycznej zaburzeń Pani B. przedstawionej na sesji terapeutycznej granej przez aktorów według scenariusza konkretnego spotkania z „terapeutą” (film 35 minutowy) oraz po przeczytaniu transkrypcji tego spotkania.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wydawnictwo Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 206–231). Warszawa: WN PWN.
- Cierpiałkowska, L., Czabała, J.C. (2016). Poradnictwo psychologiczno-zdrowotne. W: L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 639–656). Warszawa: WN PWN.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2006). Zdrowie i patologia z perspektywy rozwojowej i procesualnej. Próba integracji podejścia salutogenetycznego i patogenetycznego. W: T. Pasikowski, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia, empiria* (s. 21–40). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Cierpiałkowska, L., Sęk, H. (2014). Zasoby i czynniki ryzyka a poczucie zdrowia osób z zaburzeniami i bez zaburzeń psychicznych. Referat na Zjeździe Naukowym PTP. Bydgoszcz, 18–26 września.
- Cierpiałkowska, L., Górską, D., Soroko, E., Marszał, M. (2017). *Heterogeniczność osób o organizacji osobowości borderline a przetwarzanie emocjonalne bodźców relacyjnych*. Poznań: Wydawnictwo WNS UAM.
- Czabała, J.C. (1994). Promocja zdrowia psychicznego. *Promocja Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna*, 1 (3), 46–61.
- Czabała, J.C. (2000). (red.). *Zdrowie psychiczne – zagrożenia i promocja*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Czabała, J.C. (2010). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: WN PWN.
- Czabała, J.C. (2012). Zdrowie psychiczne: definicje, wskaźniki, determinanty zagrożenia, promocja. W: J. Wciórka, S. Puzyński, J. Robakowski (red.), *Psychiatria* (3, s. 575–584). Wrocław: Elsevier.
- Czabała, J.C., Kluczyńska, S. (2015). *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: WN PWN.
- Czabała, J.C., Mroziak, B., Ostaszewski, K., Sokołowska, M. (1999). Promocja zdrowia psychicznego. W: J. Karski (red.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Ignis.
- Czapiński, J. (1992). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Akademos.
- Czapiński, J. (1994). Niekliniczne wskaźniki zdrowia psychicznego Polaków. Identyfikacja społecznych grup podwyższonego ryzyka. W: J.C. Czabała (red.), *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja* (s. 231–376). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Czapiński, J. (2017). *Psychologia szczęścia. Kto, kiedy, dlaczego kocha życie i co z tego wynika, czyli nowa odłona teorii cebulowej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Dąbrowski, S., Pietrzykowski, J. (1997). *Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychiatrii i Neurologii.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34–43.
- Diener, E., Lucas, R.R., Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *Handbook of Positive Psychology* (s. 63–73). Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D., Williams, P., Makowska, Z., Merecz, D. (2001). *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Wydawnictwo IMP.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: WN PWN.

- Hobfoll, S.E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307–324.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność*. Gdańsk: GWP.
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Pracowni Testów Psychologicznych PTP.
- Kaczmarek, Ł.D. (2016). *Pozytywne interwencje psychologiczne*. Poznań: Zys i S-ka.
- Karaś, D., Ciecuch, J., Keyes, C.L.M. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104–109.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207–222.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness or/and mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539–548.
- Keyes, C.L.M., Lopez, S.J. (2002). Toward a science of mental health: Positive direction in diagnosis and intervention. W: C.R. Snyder, J.S. Lopez (red.), *Handbook of Positive Psychology* (s. 26–44). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C.L.M., Ryff, C.D., Shmotkin, D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 107–122.
- Lopez, S.J., Snyder, C.R., Rasmussen, H.N. (2003). Striking a vital balance. Developing a complementary focus on human weakness and strength thru positive psychological assessment. W: S.J. Lopez, C.R. Snyder (red.), *Positive Psychological Assessment* (s. 3–20). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pasikowski, T. (2000). *Stres i zdrowie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Pasikowski, T. (2008). Co z tym zdrowiem? Pytania ważne i mniej ważne. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiąłkowska (red.), *Zdrowie i choroba* (s. 62–76). Gdańsk: GWP.
- Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10–28.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being, revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 471–479.
- Seligman, M.E.P. (2005). *Prawdziwe szczęście*. Poznań: Wydawnictwa Media Rodzina.
- Sęk, H. (1985). Podstawy psychoprophylaktyki. Wybrane zagadnienia teoretyczne. *Przegląd Psychologiczny*, 28(1), 83–99.
- Sęk, H. (red.). (1991). *Zagadnienia psychologii prewencyjnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sęk, H. (1995). Prevention in Poland: The sociocultural factors in the development of theory and practice. W: R.E. Hess, W. Stark (red.), *International Approaches to Prevention in Mental Health and Human Service* (s. 163–174). Harworth: Hartwoth Press Inc.
- Sęk, H. (1997). Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia. W: Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń* (s. 34–55). Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Sęk, H. (1999). Teoria wpływu społecznego a promocja zdrowia. W: H. Sęk, S. Kowalik (red.), *Psychologiczny kontekst problemów społecznych* (s. 157–170). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sęk, H. (2003). Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 17–32). Łódź: Wydawnictwo UŁ.

- Sęk, H. (2008). Udział pozytywnych emocji w osiągnięciu zdrowia. W: I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji* (s. 73–88). Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Sęk, H. (2012). Zastosowanie teorii zachowania zasobów S. Hobfolla do interpretacji mechanizmów działania zasobów w świetle wybranych badań z zakresu psychologii zdrowia. W: E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek (red.), *Teoria zachowania zasobów S.E. Hobfolla, polskie doświadczenia* (s. 65–80). Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Sęk, H. (2015). Znaczenie orientacji patogenetycznej i salutogenetycznej w rozwoju psychologii klinicznej. W: *Nauki humanistyczne i społeczne wobec problemów współczesnego świata* (s. 429–446). Poznań: Wydawnictwo Naukowe WNS UAM.
- Sęk, H., Pasikowski, T. (2001). Stres życiowy studentów – poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. Badania porównawcze i podłużne. W: H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby* (s. 101–126). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Sęk, H., Ścigała, I., Pasikowski, T., Beisert, M., Bleja, A. (1993). Subjective health concepts. Some personal and societal determinants W: H. Schroeder, K. Reschke, M. Johnston, S. Maes (red.), *Health Psychology: Potential in diversity* (s. 108–124). Regensburg: Roderer Verlag.
- Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia, zarys problematyki. *Promocja Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna*, 1–2, 37–52.
- Słysz, A. (2017). *Konceptualizacji przypadku w różnych modelach psychoterapii*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe WNS UAM.
- Sowa, J. (1984). *Kulturowe założenia pojęcia normalności w psychiatrii*. Warszawa: PWN.
- Tatarkiewicz, W. (1979/2015). *O szczęściu*. Warszawa: PWN.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: WaiP.
- Vaillant, G.E. (2012). Pozytywne zdrowie psychiczne: czy istnieje definicja międzykulturowa? *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21 (4), 229–250.
- Włodarczyk, C. (1994). Promocja zdrowia i polityka zdrowotna. W: J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia* (s. 15–42). Warszawa: Sanmedia.
- Wrześniewski, K. (2000). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 493–512). Gdańsk: GWP.

PAWEŁ BRONOWSKI

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA PROCES ZDROWIENIA W OPINII OSÓB CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE, ICH RODZIN I TERAPEUTÓW

Wprowadzenie

Osoby z doświadczeniem choroby psychicznej nadal są jedną z grup społecznych szczególnie silnie doświadczających stygmatyzacji i odrzucenia. Ich sytuacja życiowa jest trudna, możliwości satysfakcjonującego funkcjonowania społecznego ograniczone. Wpływa na to wiele czynników związanych z organizacją leczenia psychiatrycznego, wsparcia społecznego, warunkami życia oraz postawami społecznymi. Zaskakujące jest, że mimo licznych deklaracji i podejmowanych w minionych latach działań potrzeby i oczekiwania tej grupy są nadal lekceważone i pomijane.

Początek przemian demokratycznych z roku 1989 wydawał się obiecujący i przełomowy, również dla osób chorujących psychicznie. Polska psychiatria wchodziła w nowy ustrój z nadziejami i sprecyzowanymi oczekiwaniami. Znały one swoją częściową realizację w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Ustawa, 1994). Została ona wprowadzona w życie w roku 1994 i stanowiła przełom w podejściu do osób chorujących psychicznie. Koncentrowała się na dwóch kwestiach, na owe lata najistotniejszych: przestrzeganiu praw człowieka w leczeniu psychiatrycznym oraz stworzeniu możliwości prowadzenia godnego życia po opuszczeniu szpitala. Ustawa wprowadzała nowe, bazujące na poszano-

waniu praw człowieka, rozwiązania związane z tak istotnymi kwestiami, jak hospitalizacje wbrew woli oraz stosowanie przymusu bezpośredniego. Nowe rozwiązania były przełomowe w ówczesnej polskiej rzeczywistości. Przeprowadziły polską psychiatrię z ustroju totalitarnego w świat rozwiązań typowych dla społeczeństw demokratycznych. Dzięki nim chorzy stawali się na powrót obywatelami, których prawa w trudnym okresie, jakim jest hospitalizacja psychiatryczna, były w pełni chronione. Dotyczyło to szczególnie tak delikatnych i znaczących kwestii jak nadzór sądowy nad przymusowym pobylem w szpitalu, unieruchomienia oraz zapewnienie dostępu do pomocy ze strony Rzeczników Praw Pacjenta (Dąbrowski i Pietrzykowski, 2016).

Podobnie rewolucyjne, jak na ówczesną rzeczywistość, były proponowane w Ustawie rozwiązania dotyczące wspierania osób chorujących psychicznie w ich codziennym życiu. Nie dotyczyły one bezpośrednio lecznictwa psychiatrycznego, lecz programów wsparcia środowiskowego. W Ustawie pojawiły się zupełnie nowe w polskiej rzeczywistości programy, takie jak Środowiskowe Domy Samopomocy oraz Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze. Wzmacniają one możliwość prowadzenia udanego i dobrego życia dla osób chorujących, zwiększając ich szanse na satysfakcjonujące funkcjonowanie. Obie te formy wsparcia, niedostępne przed rokiem 1994, stanowiły przełom w sposobie rozumienia potrzeb osób chorujących psychicznie. Przesuwały punkt nacisku z paternalistycznego podejścia, w którym chory jest „wiecznym pacjentem”, na działania umożliwiające prowadzenie dobrego i samodzielnego życia poza azylowymi instytucjami psychiatrycznymi i opiekuńczymi.

Ustawa z roku 1994 stanowiła przełom w sposobie myślenia o wspieraniu osób chorujących psychicznie. Usuwała dwa podstawowe problemy: brak mechanizmów ochrony praw człowieka w szpitalach psychiatrycznych oraz brak wsparcia po ich opuszczeniu. Nie wprowadzała natomiast istotnych zmian w systemie lecznictwa psychiatrycznego. Podstawowe idee i kierunki tych zmian były już od wielu lat realizowane w innych krajach. Według ich założeń nowoczesna psychiatria ma wymiar środowiskowy, placówki lecznictwa są łatwo dostępne i zlokalizowane możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjenta. Hospitalizacja psychiatryczna powinna odbywać się w możliwie godnych i niestygmatyzujących warunkach, najlepiej w oddziałach psychiatrycznych będących częścią szpitali ogólnych. Podstawowymi placówkami oferującymi terapię powinny być zespoły leczenia środowiskowego oraz oddziały dzienne. Te założenia, dobrze znane na świecie od wielu lat, były dostępne w ograniczonym zakresie również w Polsce już na początku lat 90. XX wieku, na przykład w warszawskiej dzielnicy Targówek (Załużska, Prot i Bronowski, 2007). Jednakże powszechne wprowadzenie modelu środowiskowego odbywa się nadal bardzo powoli i opieszale. W polskim systemie lecznictwa psychiatrycznego nadal dominują duże szpitale psychiatryczne. Mimo wielu deklaracji kolejnych rządów model azyłowy w polskiej psychiatrii nadal pozostaje rzeczywistością opieki psychiatrycznej.

Nieco inaczej sprawa przedstawia się w sferze wsparcia społecznego. Można uznać, że w tym zakresie Ustawa z roku 1994 radykalnie zmieniła sytuację. Dotyczy to przede wszystkim znacznej dostępności wprowadzonych w Ustawie dziennych ośrodków oraz programów wsparcia realizowanych w domach osób chorujących. Te dwa rodzaje oddziaływań zapewniły realną pomoc osobom, które potrzebują efektywnego wsparcia w zakresie samodzielnego funkcjonowania. Sieć tych programów, głównie dzięki stabilnemu finansowaniu, powstała dość szybko i rozwija się nadal. Z biegiem lat dołączyły do nich nowe rodzaje programów. Były to Warsztaty Terapii Zajęciowej, kluby, mieszkania chronione i programy aktywizacji zawodowej. Warto podkreślić, że uruchamianie programów wsparcia środowiskowego w znaczącym stopniu dokonało się dzięki zaangażowaniu wielu środowisk. Dużą rolę odegrały Ośrodki Pomocy Społecznej, które podjęły wysiłki na rzecz wspierania osób chorujących, szczególnie w zakresie tworzenia i prowadzenia Środowiskowych Domów Samopomocy i Specjalistycznych Usług Opiekuńczych. Bardzo istotne okazało się również zaangażowanie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dzięki niemu powstały Warsztaty Terapii Zajęciowej oraz programy aktywizacji zawodowej i podnoszenia kwalifikacji. Również samorzady lokalne są od wielu już lat zaangażowane w prowadzenie działań na rzecz chorych. Trzeba zaznaczyć, że niewątpliwy sukces, jakim jest w Polsce działalność środowiskowych programów wsparcia, nie byłby możliwy bez aktywności organizacji pozarządowych zaangażowanych w wiele różnorodnych działań na rzecz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Perspektywa Warszawy – rok 2016

Można więc uznać, że po ponad dwudziestu latach przemian obecnie w Polsce dysponujemy dość dobrze rozwiniętymi programami wsparcia środowiskowego oraz wciąż mało nowoczesną i oczekującą na przełom psychiatrią.

Trzeba zaznaczyć, że dostęp do efektywnie działających programów wsparcia oraz nowoczesnych form leczenia psychiatrycznego jest w Polsce w znacznym stopniu zróżnicowany. Na terenach wiejskich i w małych miastach jest on ograniczony. W dużych miastach sytuacja wygląda natomiast znacznie lepiej. W wielu środowiskach wielkomiejskich w minionych latach w pełni wykorzystano szanse, jakie daje dostęp do licznych i wykwalifikowanych kadr, źródeł finansowania, aktywnie działających organizacji pozarządowych oraz przychylnych władz samorządowych. Dobrym przykładem jest tu Warszawa. Dostępnych jest tu dużo różnorodnych ścieżek wsparcia i możliwości wzmocnienia funkcjonowania osób chorujących w społecznościach lokalnych. W chwili obecnej w Warszawie dysponujemy rozbudowanym systemem lecznictwa psychiatrycznego i wsparcia spo-

łecznego. Jest to oczywiście sytuacja nietypowa w porównaniu z resztą Polski i wiąże się ze wspomnianą już specyfiką wielkich miast, w których dostępnych jest wiele różnorodnych form leczenia i wsparcia. Warszawa jest miastem, w którym działają dość liczne placówki odwołujące się do zasad psychiatrii środowiskowej. Należy tu wymienić dostępne praktycznie w każdej dzielnicy zespoły leczenia środowiskowego, oddziały dzienne oraz poradnie zdrowia psychicznego. Trzeba niestety jednocześnie zaznaczyć, że psychiatryczne hospitalizacje całodobowe nadal w Warszawie odbywają się przede wszystkim w dużych szpitalach psychiatrycznych (szpitale: Nowowiejski, Tworowski, Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz budowany od podstaw szpital w Drewnicy). Działają jedynie trzy oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych (szpitale: Bielański, Wolski, Bródnowski). Ten ostatni przeżywa od dłuższego czasu poważne trudności i groźba jego redukcji lub likwidacji jest nadal realna. Wobec trwającej stale rozbudowy bazy dużych szpitali psychiatrycznych trudno jest liczyć na to, aby sytuacja uległa zmianie. Jednakże można uznać, że poza bazą szpitalną Warszawa dysponuje dość dobrze rozbudowaną siecią placówek psychiatrii środowiskowej. Oczywiście ich finansowanie zapewniane przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest niedostateczne, co w wielu przypadkach skutkuje długim czasem oczekiwania na wizytę.

Sytuacja w zakresie dostępu do niemedycznych środowiskowych programów wsparcia jest dobra. W ciągu ostatnich dwudziestu lat udało się utworzyć wiele efektywnie działających form wsparcia. Na terenie Warszawy działają wszystkie dostępne obecnie rodzaje programów dla osób z zaburzeniami psychicznymi: Środowiskowe Domy Samopomocy, Dom pod Fontanną, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Ośrodki Wsparcia, Kluby, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze, Mieszkania Chronione oraz programy aktywizacji zawodowej. Oferta ta jest dość kompletna i dostępna praktycznie dla mieszkańców wszystkich dzielnic Warszawy. Programy te działają stabilnie od wielu lat, dysponują dobrze przygotowanym personelem oraz zapewniają wsparcie dla licznej grupy osób chorujących psychicznie. Badania dotyczące poziomu funkcjonowania społecznego, sieci społecznych oraz jakości życia ich użytkowników wykazały efektywność tego systemu (Bronowski, 2012).

System leczenia i wsparcia w świetle opinii osób chorujących psychicznie, ich rodzin i terapeutów

Mimo ponad dwudziestu lat, które minęły od rozpoczęcia budowy w Polsce nowoczesnych systemów leczenia i wsparcia, nadal mało wiemy o doświadczeniach i opiniach ich użytkowników. W ostatnich latach przeprowadzono dość dużo ba-

dań dotyczących różnych aspektów wspierania osób chorujących. Dotyczyły one: jakości życia (Bronowski i Sawicka, 2008), sieci społecznych (Bronowski i Załuska, 2008), funkcjonowania społecznego (Bronowski, Sawicka i Kluczyńska, 2009), wsparcia w miejscu zamieszkania (Bronowski i Sawicka, 2010), zespołów interdyscyplinarnych (Bronowski i Sawicka, 2011), mieszkań chronionych (Bronowski, Sawicka i Rozya, 2016) oraz ośrodków dziennych (Bronowski, Rowicka i Jarmakowicz, 2017).

Wymienione badania odwoływały się jednak jedynie do danych ilościowych, jak dotąd nie analizowano opinii i przekonań osób chorujących odnośnie do trudności, z którymi muszą się one zmagać. Ich opinie nie były brane pod uwagę. Jeśli byli oni obejmowani programami badawczymi, to zwykle koncentrowały się one na nasileniu objawów i deficytach funkcjonowania. Opinie osób, które najlepiej znają swoje potrzeby i problemy, czyli samych chorych, powinny stać się jednym z podstawowych źródeł wiedzy na temat optymalizacji systemu leczenia i wsparcia.

Badania dotyczące tych zagadnień, oparte na subiektywnych ocenach osób chorujących, zostały przeprowadzone w ramach projektu „Warszawski Zintegrowany System Leczenia i Wspierania Środowiskowego Osób z Zaburzeniami Psychicznymi” w ramach Programu Operacyjnego „Wiedza Edukacja Rozwój 2014–2020” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Sposób przeprowadzenia badań

Badania zostały zrealizowane w okresie czerwiec–sierpień 2016 roku. Zbieranie danych odbywało się w trakcie spotkań fokusowych dotyczących: oceny dotychczasowych doświadczeń z korzystania z programów wsparcia środowiskowego oraz leczenia psychiatrycznego, trudności związanych z codziennym funkcjonowaniem, stygmatyzacją oraz oczekiwaniami związanymi z systemami leczenia i wsparcia. W przypadku członków samopomocowej Grupy Wsparcia Trop spotkania fokusowe zostały poszerzone o wywiady pogłębione.

Badaniami objęto:

- 60 osób chorujących psychicznie. Były to osoby uczestniczące w dziennych programach wsparcia środowiskowego (Środowiskowe Domy Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Kluby, Ośrodki Wsparcia). Chorowały one głównie na schizofrenię, zaburzenia schizoafektywne oraz choroby afektywne. Średni wiek badanych wynosił 42 lata, średni czas trwania choroby – 18 lat, średni czas korzystania z programów wsparcia – 6 lat;
- 6 osób chorujących psychicznie uczestniczących w Grupie Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP. Chorują oni na schizofrenię (4 osoby) oraz na chorobę afektywną jednobiegunową (1 osoba).

Średni czas trwania choroby wynosi w tej grupie średnio 19 lat, wiek 46, czas uczestnictwa w działaniach Grupy TROP to 2,5 roku;

- 25 członków rodzin osób chorujących psychicznie;
- 20 terapeutów z warszawskich programów wsparcia (Środowiskowe Domy Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Kluby, Ośrodki Wsparcia). Byli to przede wszystkim psychologowie, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni oraz doradcy zawodowi. Średni czas pracy w ośrodkach wynosił 11 lat.

Dobór grupy badanej umożliwił zebranie dość kompleksowych danych dotyczących opinii na temat sytuacji osób chorujących psychicznie wyrażanych zarówno przez samych chorych, jak i przez członków rodzin i terapeutów.

Uzyskane dane

Leczenie psychiatryczne

Z analizy zebranych wypowiedzi wynika, że osoby chorujące za szczególnie dotkliwe uznały problemy związane z korzystaniem z psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wśród głównych jej wad wymieniano: długi czas oczekiwania na wizyty w placówkach psychiatrycznych i jednocześnie krótki czas ich trwania. Wiele miejsca w wypowiedziach poświęcono doświadczeniu przedmiotowego podejścia okazywanego przez personel medyczny, szczególnie podczas hospitalizacji całodobowych. Zwykle wiązało się to z przykrymi okolicznościami pobytu i mało empatycznymi postawami wobec chorych:

„Trzeba tam strasznie długo czekać na rozmowę z lekarzem albo psychologiem”. „Potrzebne jest więcej wyrozumiałości i empatii, żebyśmy byli na równi, żeby było grzeczniejsze podejście”. „Jak się ktoś pokłóci z lekarzem to zaraz w pasy i do wyra”. „Personel w szpitalu jest niefajny, nieprzyjemny, jest źle traktowanie”.

Przytoczone uwagi i na ogół krytyczny stosunek do tego, jak przebiega hospitalizacja, to niewątpliwie silny głos za deinstytucjonalizacją: „w szpitalach nie ma żadnej terapii, nic się tam nie robi, to czas stracony”. „Zgaszono nas w szpitalu, każdy krok był karany zwiększeniem dawki leku, pasami lub nawet cofnięciem przepustki”. „W szpitalu to było tak, że poza obchodem nie było rozmów i przez to też człowiek jest niedoinformowany, ma za mało kontaktu ze specjalistami w szpitalu”.

W wypowiedziach często pojawiał się wątek braku partnerstwa w relacjach personel – pacjent:

74 „Często jest nieufność w relacji terapeuta–klient, powinien być lepszy kontakt między psychologiem a pacjentem, powinna być możliwość negocjacji róż-

nych spraw z psychologiem i lekarzem, lekarz powinien pytać, czy taka pomoc odpowiada, czy taka pomoc jest wystarczająca”.

„Lekarze lekceważą skutki uboczne, jak się ktoś źle czuje, to lekarze nie wierzą, mówią, że to nie przez leki”.

„Psychiatrzy są przepracowani, mają za dużo pracy, psychiatrzy i pielęgniarki są niemili, opryskliwi, są naładowani złymi emocjami, personel się nie przejmuje chorymi”.

„Powinno się negocjować, nie powinno się upierać przy jakimś leku, jak się źle czujemy na tym leku, to powinno się negocjować, próbować dojść do porozumienia”.

„Dla mnie nawet najlepszy szpital to jest katastrofa. Jak byłem w szpitalu, niby tam wszystko ładnie porobione i pacjenci nie są agresywni czy coś, to mnie tak po prostu wymęczył, że do lekarza powiedziałem, że jeszcze trochę i bym zwariował i bym zmysły postradał, a on mi odpowiedział, że wie o tym”.

W wielu wypowiedziach osób chorujących często powtarzał się wątek braku jasno wytyczonej drogi postępowania, celu leczenia i udzielanego wsparcia. Skutkuje to zagubieniem wśród różnorodnych ofert lub brakiem jasnych ustaleń i zaleceń. Zarówno leczenie, jak i wsparcie nie ma wówczas wymiaru klarownie wyznaczonego procesu, lecz staje się zestawem przypadkowych lub doraźnych działań, których nikt nie koordynuje:

„Szczególnie ciężko jest zaraz po wyjściu ze szpitala, wtedy nie wiadomo, co robić ze sobą”.

„Jak ktoś zachoruje pierwszy raz, to nie wie nic, i jego rodzina też nic nie wie. I tak wchodzi w pustkę; a w szpitalach to jest tak, że jak pacjent się nie zgłosi, to lekarz nawet nie rozmawia, czasem osoby nie wiedzą, kto jest ich lekarzem prowadzącym”.

„Powinno się informować, gdzie są kluby pacjenta po wyjściu ze szpitala. A mnie nikt nic nie powiedział”.

„Ja po szpitalu tak źle się czułem... To znaczy lekarz myślał, że jakoś sobie poradzę, że pójde na Oddział Dzienny, ale tak źle się czułem po szpitalu, miałem źle dobrane leki, że trzy lata siedziałem w domu i zmieniłem lekarza”.

Jak wynika z przytoczonych uwag, szczególnie dotkliwy brak jasno sformułowanych zaleceń odczuwa się bezpośrednio po wyjściu ze szpitala, w sytuacji utrzymujących się jeszcze przez jakiś czas trudności związanych z częściowymi objawami i deficytami w kontaktach społecznych.

W opinii członków rodzin osób chorujących problem braku koordynacji oferowanych działań oraz słaby dostęp do informacji to również ważne i powszechne trudności negatywnie wpływające na przebieg procesu zdrowienia. Większość osób z tej grupy nisko ocenia poziom przekazywanych informacji dotyczących systemu wsparcia środowiskowego i leczenia psychiatrycznego. Podkreślano, że było by jeszcze gorzej, gdyby nie organizacje pozarządowe.

Zdaniem członków rodzin wiele problemów osób chorujących wiąże się z czynnikami psychologicznymi skoncentrowanymi wokół kwestii niskiej samooceny i poczucia odrzucenia. Podkreślano również trudności w podejmowaniu aktywności i konieczność stałego wsparcia: „brak inicjatywy własnej (dziecko szybko się zniechęca), nieumiejętność załatwienia spraw urzędowych”.

Zwracano uwagę również na to, że brakuje informacji ogólnej o sposobie radzenia sobie, osoby bliskie muszą szukać wskazówek i danych kontaktowych rozsianych po Internecie. Ponadto podkreślano brak informacji o całościowej ofercie wsparcia w placówkach psychiatrycznych: „w poradniach nie ma informacji, nie ma ogłoszeń, gdzie może udać się osoba chorująca, gdzie są prowadzone zajęcia. Nie ma takiej informacji”, „o Warsztacie Terapii Zajęciowej dowiedzieliśmy się przypadkiem”, „plakat wisi, lekarze nie informują”.

Wiele uwag zgłaszanych przez rodziny dotyczyło braku jasnych perspektyw co do dalszego postępowania w zakresie leczenia i wsparcia, szczególnie zaraz po zachorowaniu: „brak informacji, „pozbywanie się pacjenta”, „trzeba było radzić sobie samemu”, „syn nie był hospitalizowany, przepisano farmakoterapię i zalecono «pilnowanie» pacjenta”, „sama wszystko załatwiałam”; skutkuje to poczuciem osamotnienia: „po wypisaniu ze szpitala nie było informacji, większość uzyskałam samodzielnie z wykorzystaniem Internetu oraz «intuicyjnie»”. Trudności dotyczyły też podejścia w radzeniu sobie z chorobą członka rodziny w sytuacji pogorszenia – „lekarze zalecali natychmiastową hospitalizację”. „Nie było informacji, musiałam stale obserwować chorego, żyłam w napięciu”.

Podobnie widzą sytuację profesjonalści z systemów wsparcia, dla których brak konkretnej i długofalowej oferty dla osób z zaburzeniami psychicznymi może być szczególnie dotkliwy. Po raz kolejny pojawia się kwestia opuszczenia i poczucia bezradności po wypisie ze szpitali:

„Ci klienci, z którymi rozmawiamy, to oni nam mówią, że dla nich najgorszy moment jest, jak oni wychodzą ze szpitala, bo jest pustka. Mają skierowanie do PZP, bo to dostają w szpitalu. Ale w PZP będą z nimi krótko rozmawiać i dadzą im receptę. Albo fartownie ktoś już chodzi do jakiegoś ośrodka, albo psychiatra jakoś sobie przypomniał o tym. Ale najczęściej chory wychodzi w pustkę i albo ma troskliwą rodzinę, która znajdzie dla niego jakąś alternatywę i będzie z nim chodzić tam. Albo po prostu pozostanie w tym domu i będzie się gapił w ścianę, bo nikt mu nic nie powiedział. Prawdopodobnie dobrym rozwiązaniem jest, żeby w wielu przypadkach jacyś konsultanci zjawiali się w szpitalu przed wypisem i tam zaczęli rozmawiać”.

Według profesjonalistów problemem jest również małe wsparcie dla rodzin: „Rodziny głównie dostają grupę wsparcia raz w miesiącu i konsultacje. To dla nich nie jest wystarczające. Więcej grup wsparcia, psychoedukacji, dostęp do informacji, bo nie zawsze osoba chorująca powie – jest psychoedukacja, weź udział”.

Poczucie stygmatyzacji

W relacjach osób z doświadczeniem choroby psychicznej dotyczących napotykanym trudności w procesie zdrowienia często pojawiały się wątki związane z nastawieniami wobec nich innych ludzi. Jest to problem dotkliwy, często występujący i stanowiący wyraźną barierę w zdrowieniu:

„Przeszkadza to, że ludzie nie wiedzą, co to są choroby psychiczne, myślą choroby psychiczne z upośledzeniem umysłowym, przeszkadza to, że inni traktują nas gorzej”.

„Przeszkadza mi ponizające myślenie osób zdrowych o mnie, że jestem gorsza, nie mam zrozumienia nawet w rodzinie, w rodzinie czasem za dużo wymagają, nie słuchają”.

„Chcemy być traktowani jak inne osoby, to jest dla nas bardzo ważne. Trzeba brać pod uwagę, że jesteśmy wrażliwsi, ale jesteśmy tacy sami jak inni. Traktowanie nas tak, jakbyśmy nic nie wiedzieli i nie umieli jest bardzo złe. A my możemy wiele zrobić”.

„My nie spełniamy społecznych oczekiwań, odnośnie na przykład, że nie mamy męża, dzieci, rodziny. A normalnie ludzie, sąsiedzi lubią o tych sprawach rozmawiać. Nie mają może o czym z nami rozmawiać”.

Zwraca uwagę, że w wypowiedziach szczególnie często pojawiały się wątki dotyczące poczucia samotności, odrzucenia i braku zrozumienia u innych ludzi.

„To co najgorsze, to chyba siedzenie w domu beczynne, no głównie chyba siedzenie w domu”.

„Okropne są przykre uwagi na ulicy, brak zrozumienia na ulicy wśród ludzi, przykre komentarze. To jest bardzo trudne i okropne”.

Członkowie rodzin również akcentowali problemy z kontaktami z ludźmi, czyli niechętnie postawy społeczne wobec osób chorujących. Wymieniano tu: brak akceptacji ze strony otoczenia, bardzo wąskie kontakty społeczne poza rodziną, co skutkuje w wielu przypadkach zamknięciem się w sobie i tendencjami do wycofywania się z i tak nielicznych kontaktów (autostygmatyzacja).

Czynniki wspomagające proces zdrowienia

Wśród czynników, które osoby chorujące uważają za szczególnie pomocne dla zdrowienia, należy wymienić kwestie związane z dostępnością do kontaktów społecznych i wychodzeniem z izolacji:

„W zdrowieniu pomaga przebywanie w gronie osób, które mnie akceptują”.

„Spotkania z innymi osobami, ze znajomymi, wychodzenie z domu, bo jak się siedzi w domu, to dla zdrowia psychicznego to kiepskie jest, żeby siedzieć w domu”.

„Spotykam się w klubach z ludźmi i gadanie z normalnymi ludźmi. Przebywanie z innymi zdrowymi i się wtedy lepiej czuję, jestem bardziej usamodzielniony”,

Za ważne dla procesu zdrowienia osoby chorujące uznały również dostęp do zorganizowanej, wartościowej aktywności. Nadaje to strukturę dnia, pozwala zaplanować funkcjonowanie i zdobyć sens życia:

„Ważne są – domy środowiskowe i różne zajęcia w tych domach. Zajęcia w Warsztacie Terapii też, bo osoby chore nie mogą siedzieć w domu”.

„Narzucanie sobie obowiązków różnych, aktywność to jest dobre. Jest sens życia”.

„Ośrodek ma pozytywne działania, wychodzi się do innych ludzi”.

Podkreślane jest również znaczenie pracy zawodowej jako podstawy niezależności oraz waga relacji panujących w rodzinie: „dobra atmosfera w domu jest ważna”.

Z kolei członkowie rodzin równie jednoznacznie oceniają rolę dostępu do kontaktów społecznych i możliwości nawiązywania relacji interpersonalnych: „pomaga kontakt z ludźmi, sieci społeczne, proces zdrowienia społecznego dzięki uczestnictwie w WTZ”.

„Liczy się kontakt z ludźmi, wzrost sieci społecznych i niższy poziom samotności”.

Podobnie widzą to profesjonaliści, dla których rola kontaktów społecznych i zapobieganie stygmatyzacji są kluczowe:

„Przede wszystkim liczy się posiadanie sieci społecznej i kontakty z innymi osobami. Może się to odbyć również przez korzystanie z dóbr kultury, przebywanie wśród ludzi zdrowych, posiadanie zdrowych przyjaciół, spotkania w miejscach, które nie są tylko dla chorych psychicznie, na przykład w domach kultury. Trzeba mieć połączenie ze zdrowymi ludźmi”.

Uwagi zgłaszane przez członków rodzin często odnosiły się również do kwestii samooceny i poczucia własnej wartości jako czynników wzmacniających zdrowienie:

„Ważna jest praca w domu, praca na działce, praca fizyczna, pomoc w «drobnych» rzeczach, zadowolenie z wykonanej pracy, wewnętrzne zadowolenie, dbanie o wygląd, wzrost samodzielności, poszerzanie sieci społecznych”.

„Przydaje się praca w zespole, powierzanie obowiązków może być lecznicze, ponieważ problemem jest niska samoocena osoby chorującej”.

Terapeuci w swoich wypowiedziach również akcentowali znaczenie indywidualnych czynników psychologicznych związanych ze zdrowieniem: „liczy się odpowiednie postrzeganie własnej osoby, samoakceptacja, czy akceptuję swoje dobre i złe strony, czy jestem w stanie się realizować”.

„Ważne jest, aby była zgoda na bycie sobą nawet z objawami choroby, potrzebne jest więcej radości i poczucia szczęścia, mniej lęku i napięcia”.

Według profesjonalistów ze środowiskowych programów wsparcia ważny dla zdrowienia jest udział w ruchu samopomocowym – „wzmacnia to samoocenę oraz daje poczucie wpływu na różne życiowo ważne sprawy”.

Aktywność samopomocowa

Od osób z doświadczeniem choroby psychicznej zaangażowanych w prace Grupy Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP zebrano dane dotyczące ich opinii na temat prowadzonych w jej ramach aktywności. Wszyscy badani jednoznacznie pozytywnie wypowiadają się o swojej pracy w ramach Grupy:

„Wrażenia są niesamowite dlatego, że mogę pomagać innym. [...] jestem naprawdę zadowolony, że udało mi się wkręcić w tę grupę TROP”.

„Dla mnie jest to ważne, bo ja przynależę do jakiejś grupy”.

Dość jasno określają swoją motywację do udziału w Grupie: „Chcę być potrzebna w społeczeństwie, jak wszystkie osoby chcą się czuć potrzebna dla innych osób. To podwyższa naszą wartość, czujemy się dowartościowani przez to, że jesteśmy potrzebni. Kiedy wiele osób, słysząc o naszej chorobie, odmawiało nam przyjęcia do pracy, czuliśmy się odrzuceni przez społeczeństwo, niepotrzebni. Natomiast tutaj czujemy się potrzebni. Jesteśmy programem innowacyjnym i to mnie również motywuje do pracy i zachęca [...]”.

Aktywność w ruchu samopomocowym wiąże się jednoznacznie z nastawieniami altruistycznymi: „Dlatego, że wiem, jak cierpią ludzie chorzy, ja to przeżyłem sam, widziałem, kiedy nie byłem w stanie nic zrobić, bałem się wszystkiego, bałem się wyjść na ulicę [...]. To jest motywacja taka, że wiem, jak ci ludzie cierpią i wiem, że oni potrzebują tej pomocy, [...] i to jest moja satysfakcja, że ja jestem w stanie im jakoś pomóc, spełnić w jakimś procencie ich marzenia pragnienia”.

„Warto działać w Tropie, bo organizacja ta daje możliwość podejmowania różnych inicjatyw, na przykład dzięki programowi «Doradcy Telefoniczni», na bieżąco wykonujemy ważną pracę na rzecz innych chorych”.

W wypowiedziach dość często pojawiają się informacje o pozytywnym wpływie zaangażowania na ich samopoczucie psychiczne:

„Ja pracując w tej Grupie, należąc do niej, to czuję, że to dla mnie jest takie ozdrowieńcze, a druga rzecz, to jest bardzo fajnie, że ja mam poczucie, że mogę komuś pomóc, zawsze powtarzałam, że nawet pomagając jednej osobie to ja już się super czuję”

„[...] to jest jakaś forma terapii, dziś szczerze mówiąc nie za bardzo mi się chciało wstać, no ale musiałem i teraz się cieszę, że tu jestem, to jest autoterapia”.

„Otwieram się na ludzi, poznałam dużo nowych osób, sama dowiedziałam się o wielu kolejnych możliwościach, bo pracując w Grupie Wsparcia Trop, mamy szereg informacji o tym, jak pomagać, o tym jak radzić sobie z tą chorobą. Cieszę

się, że inni mogą korzystać z mojego doświadczenia, że mogą innym pomóc, że mogą dostrzec swoją szansę dzięki mnie”.

Członkowie Grupy Wsparcia Trop widzą celowość swojej pracy, wierzą, że może ona coś zmienić w sytuacji osób chorujących:

„Może zmienić wiele, jeśli to dojdzie do lekarzy, do szpitali, do placówek, że są ludzie przy telefonie, ludzie, którzy pomagają, może to uczuli naszą służbę zdrowia, że trzeba bardziej otworzyć się na ludzi chorych. [...] żeby człowiek, który wychodzi ze szpitala, nie był pozostawiony sam sobie na łasce losu”.

„Dużo może zmienić, nawet ta świadomość, gdzie próbujemy do uczniów dotrzeć i przekazać im wiedzę o tym, jak wygląda chorowanie, o tym, że chory to nie jest wariat, tylko media kreują nas na wariatów i zmienienie tej świadomości, to już jest bardzo duży krok i tak jak mówiłam dotarcie do tych specjalistów do profesjonalistów, żeby oni też bardziej nas zauważali i w tym kierunku prowadzili leczenie to też jest duża wartość”.

„Wydaje mi się, że to jest bardzo potrzebne, i że może dużo zmienić, że osoby chore psychicznie nie będą musiały czekać tak wiele lat na to, by ich stan zdrowia się polepszył, nie muszą sami przechodzić przez to wszystko, nie muszą przechodzić przez to w osamotnieniu w izolacji społecznej”.

Pożądane zmiany w systemie leczenia i wsparcia

Wymieniając potrzebne zmiany, osoby z zaburzeniami psychicznymi często wskazywały na znaczenie szybkiego dostępu do blisko zlokalizowanych źródeł pomocy oraz uzyskanie jej klarownej perspektywy:

„Dostępne punkty pomocy powinny być zrobione w każdej dzielnicy”.

„Powinny być punkty z osobami, które pomagają, pomoc prawna, która by poszła z nami coś załatwić, w tych punktach powinien być asystent, trener pracy, prawnik, ktoś kto zna się na urzędach”.

Zwracano również uwagę na potrzebę zmian w społecznościach lokalnych i zapobiegania stygmatyzacji:

„Trzeba uświadomić ludzi, żeby wiedzieli, o co chodzi w chorobach psychicznych, żeby się nas nie bali”.

„Żeby psychologowie zjawili się, powiedzieli środowisku, otoczeniu, o chorobie, objawach, o tym, że są grupy wsparcia”.

„Potrzebne jest przeszkolenie osób, żeby oswajać społeczeństwo z chorobami”.

Zwracano również uwagę na potrzebę wsparcia dla rodzin, szczególnie w zakresie psychoedukacji:

„Potrzeba, żeby pomoc środowiskowa weszła też do rodziny, powinien być jakiś kurs o chorobie, przynajmniej dla najbliższej rodziny”.

Zdaniem członków rodzin należy przede wszystkim poprawić system informacji o dostępnych ofertach, szczególnie jeśli chodzi o psychiatryczny system

opieki zdrowotnej. Wiele miejsca w swych wypowiedziach członkowie rodzin poświęcili kwestiom związanym z mieszkalnictwem. Dostęp do bezpiecznych („chronionych”) miejsc zamieszkania wydaje się w pełni korespondować z wyrażaną przez nich troską o niedostateczną samodzielność życiową ich chorujących dzieci. Szczególnie akcentowana była kwestia braku tzw. mieszkań „docelowych”. Obecnie dostępne są jedynie mieszkania „treningowe”, zakładające ograniczony czas korzystania z nich. Powstaje jednak kwestia co zrobić dalej, czyli jak rozwiązana zostanie sprawa miejsca do bezpiecznego mieszkania w perspektywie długoterminowej – poza instytucją totalną, jaką jest całodobowy dom pomocy społecznej. „Ważna jest nadzieja na mieszkanie docelowe, coś co wspierałoby pracę w zespole pod opieką psychologów, w «oderwaniu» od rodziny”.

Inny ważny postulat zgłaszany przez członków rodzin dotyczył uczenia się samodzielności, „warsztatów dla osób młodszych, na początkowych stadiach choroby”, również przez samodzielne zamieszkiwanie przy jednoczesnym wsparciu aktywności.

Zdaniem profesjonalistów pracujących z osobami chorującymi szczególnie ważnym zadaniem dla systemu leczenia i wsparcia jest koordynacja działań:

„W Warszawie jest dużo możliwości, a nasi uczestnicy są wśród nich zagubieni, zostają tam, gdzie trafiają na początku. Wydaje się potrzebna perspektywa ponad tym wszystkim – konsultant, doradca, który będzie potrafił ustalić plan działania”.

„[...] jest potrzeba indywidualnego doradcy, terapeuty, który obejmuje wsparciem osobę w momencie, gdy trafia do szpitala i kieruje ją w odpowiednią stronę”.

„Może jak będzie taki konsultant do spraw poprawy jakości życia osób chorujących psychicznie, to się poprawi”.

„Osoba chora powinna dostać konsultacje, wsparcie, ocenę – musi być ktoś, taki konsultant, który będzie potrafił wiele rzeczy, musi mieć dużo umiejętności, więc to musi być zespół. Muszą to być wyszkolone osoby, więc musi być też jakiś specjalistyczny program szkoleniowy. Taki konsultant musi umieć ocenić sytuację, potrafić nawiązać kontakt z chorym, ocenić skalę problemów wymyślić i przeprowadzić dla niego ścieżkę pomocy. Konsultant musi mieć w małym palcu wszystkie lokalne oferty”.

Profesjoniści akcentowali dość jednoznacznie konieczność objęcia społeczności lokalnych działaniami, dzięki którym zmieni się ich nastawienie do osób z zaburzeniami psychicznymi:

„Prelekcje osób profesjonalnie pomagających, prowadzenie wykładów i spotkań dla młodzieży i seniorów”.

„Potrzebna jest też duża kampania destygmatyzacyjna w dzielnicy”.

„Znakomite są prelekcje w szkołach prowadzone przez osoby chorujące psychicznie”.

„Potrzebujemy też czegoś stałego, bo to, co my robimy, to jest akcyjne, nic nie jest ciągłe”.

Zdaniem profesjonalistów warto rozwinąć działalność lokalnych placówek wsparcia prowadzących od wielu lat działania destygmatyzacyjne:

„My mamy projekt «Otwarty Dom», gdzie młodzi artyści mają okazję prezentować się, są koncerty, przychodzą rodzice, młodzież ze szkoły i nasi uczestnicy. I na takie wydarzenia przychodzi społeczność lokalna, przychodzi też dużo seniorów. Integrują się przez to”.

„Zapraszamy młodzież ze szkół i na przykład młodzież ze szkoły filmowej robi zdjęcia naszym uczestnikom. Wtedy nasi uczestnicy poznają fajnych młodych ludzi. Mamy też dni otwarte. Mamy dni sąsiada, było super, bo było dużo młodzieży. To są fajne działania, ale tylko raz w roku”.

„ŚDS może organizować pewne wydarzenia, które zachęcają społeczność lokalną po to, by zbliżyć się do osób chorujących”.

Profesjoniści podkreślali również korzystne aspekty związane z uczestnictwem w ruchu samopomocowym. Ich zdaniem wzmacnia on indywidualne parametry związane z procesem zdrowienia, takie jak samoocena, poczucie własnej wartości i przydatności oraz sensu życia. Podkreślano również, że środowisko osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego powinno wreszcie być zapraszane jako eksperci do planowania strategii związanej z deinstytucjonalizacją opieki.

Omówienie opinii prezentowanych przez osoby chorujące, rodziny i terapeutów

Zaprezentowane opinie w dość kompleksowy sposób opisują aktualną sytuację osób chorujących psychicznie, korzystających z warszawskich programów wsparcia środowiskowego i leczenia psychiatrycznego. W ich świetle warto zwrócić uwagę na poważne niebezpieczeństwo polegające na wtłoczeniu przez personel placówek psychiatrycznych osób chorujących w rolę „wiecznego pacjenta”. Nic od niego nie zależy, jest on tylko biernym odbiorcą zabiegów medycznych. Wymieniając najistotniejsze problemy wpływające na funkcjonowanie osób chorujących, należy przede wszystkim wymienić swoiste „zagubienie” wśród dostępnych ofert, programów i ośrodków. Wyraźnie widoczna jest duża luka w systemie, wpływająca znacząco na jego efektywność. Jest nią brak koordynacji zróżnicowanych działań, uniemożliwiający przygotowywanie zwartej i kompleksowej indywidualnej oferty wsparcia. Potrzebne jest stworzenie mechanizmu pomocy w wyborze zestawu działań oraz towarzyszenia osobie chorującej w możliwie efektywnym jego wykorzystaniu. Obecnie chorzy są często zagubieni w systemie, korzystają z niego nierzadko w sposób przypadkowy lub wobec braku informacji

w ogóle do niego nie trafiają. Niezbędne jest więc zapewnienie im dostępu do regularnego doradztwa indywidualnego, które spowoduje, że korzystanie z dostępnych ofert będzie efektywne i satysfakcjonujące. Wpłyne to na odzyskanie poczucia kontroli nad własnym życiem i procesem zdrowienia. Da szansę na przełamanie osamotnienia i przedmiotowego traktowania. Pozwoli na wyjście z roli wiecznego pacjenta i podjęcie funkcjonowania w roli pełnoprawnego członka społeczności lokalnej efektywnie korzystającego z dostępnych ofert wsparcia. Wydaje się, że rozwiązaniem tych trudności byłoby zapewnienie indywidualnego dostępu do pomocy ze strony doradcy do spraw zdrowienia pełniącego funkcję konsultanta w sprawach możliwości doboru i pełnego wykorzystania dostępnych ofert. Taki sposób koordynowania pomocy jest realizowany w wielu krajach na podstawie modelu *case management* (Lieberman i Silbert, 2005).

Jednym z dotkliwych problemów utrudniających proces zdrowienia wymienianych przez badanych jest odczuwana przez nich samotność. W przypadku osób chorujących psychicznie poczucie samotności pojawia się szczególnie często (Booth, 2002). Wiąże się to z występującą w tej grupie destrukcją indywidualnych sieci społecznych. Jest to zjawisko dotkliwe, silnie wpływające na jakość życia (Bengtsson, Tops i Hansson, 2001; Browne i Courtney, 2007). Sieć społeczna redukuje się drastycznie, a po latach chorowania może zmniejszyć się do zaledwie kilku osób. Ich związki interpersonalne są ubogie i zogniskowane. Relacja jest ambiwalentna, osoba chora najczęściej jest wyłącznie biorcą wsparcia. W miarę trwania choroby w sieci wsparcia pozostaje jedynie najbliższa rodzina (Bronowski i Załuska, 2008). Z uzyskanych opinii wynika, że zarówno dla osób chorujących, ich rodzin, jak i terapeutów osamotnienie oraz brak dostępu do kontaktów społecznych stanowi nadal poważny problem (Lieberman i Kopelowicz, 2002). Przeciwdziała mu w znacznym stopniu udział w programach wsparcia. Jednakże za szczególnie istotną należy uznać możliwość nawiązywania relacji interpersonalnych z osobami zdrowymi, spoza kręgu najbliższej rodziny, innych chorych lub profesjonalistów z ośrodków wsparcia.

Kolejnym wymienianym przez badanych zjawiskiem negatywnie wpływającym na ich sytuację życiową jest stygmatyzacja. Można ją opisać jako niechętną i odrzucającą postawy społeczne. Są one nadal dość głęboko zakorzenione w społeczeństwie. Negatywny stosunek do osób chorujących w znaczący sposób określa realia ich funkcjonowania. Wpływa na osamotnienie, poczucie braku przydatności oraz zepchnięcie na margines (Kleim i in., 2008). Skutkuje tendencjami do wycofywania się z kontaktów społecznych i pozostawania w osamotnieniu lub funkcjonowanie jedynie na podstawie programów wsparcia. Szczególnie wymownym przykładem skutków działania postaw stygmatyzacyjnych jest ograniczony dostęp osób chorujących psychicznie do zatrudnienia. Mimo że stygmatyzacja jest zjawiskiem dotkliwym, szczególnie niebezpieczna bywa w kontekście jakości życia (Watson i in., 2007). W Polsce nie prowadzi się regularnych i dobrze

przygotowanych kampanii zapobiegających temu zjawisku. W ostatnich latach podejmowane są raczej nieliczne tego rodzaju działania, mają one jednak charakter akcyjny, brak w nich dłuższej perspektywy czasowej.

Należy podkreślić, że w kontekście efektywności zapewnianego wsparcia zjawisko stygmatyzacji ma znaczenie szczególne (Landeem i in., 2007). Jeśli udzielane wsparcie ma doprowadzić do tego, aby osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego oderwały się od instytucjonalnych form zapewniania opieki i prowadziły możliwie satysfakcjonujące życie w społecznościach, to istotnego znaczenia nabiera kwestia zapobiegania stygmatyzującym postawom. W przeciwnym razie funkcjonowanie osób chorujących w środowiskach lokalnych będzie trudne. Generowane przez niechętnie postawy osamotnienie i poczucie braku przydatności uniemożliwi prowadzenie udanego życia i znacząco utrudni przynależność do małych ojczyzn.

Warto podkreślić bardzo pozytywny wpływ uczestnictwa w ruchu samopomocowym, jaki jest wyraźnie akcentowany w wypowiedziach osób uczestniczących w Grupie Wsparcia Trop objętych badaniami. Istniejąca od ponad trzech lat Grupa prowadzi dość szeroką działalność (Bronowski, Chotkowska i Bednarzak, 2016). Wzmacnia poczucie przydatności, poprawia samoocenę i pozytywnie wpływa na proces zdrowienia. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na szczególnie istotny problem występujący obecnie w Polsce, jakim jest brak organizacji samopomocowych wyłonionych przez to środowisko. Korzystne zmiany, jakie możemy obserwować w krajach zachodnich, zarówno w dziedzinie organizacji opieki psychiatrycznej, jak i przełamywania stygmatyzacji, wiążą się w znacznym stopniu z aktywnością ruchów samopomocowych (Repper i Carter, 2011). W chwili obecnej w Polsce aktywność ruchu samopomocowego osób chorujących psychicznie znajduje się początkowych stadiach tworzenia. Obserwujemy powolny rozwój procesu samoorganizowania się. Niezbędne jest wspieranie tych inicjatyw, bez ich aktywności trudno będzie przywrócić podmiotowość osobom z doświadczeniem choroby.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania objęły dość szeroką i reprezentatywną grupę respondentów: osoby chorujące (w tym członkowie ruchu samopomocowego), ich rodziny i profesjonaliści z programów wsparcia. Można uznać, że zebrane dane w sposób kompleksowy opisują sytuację osób chorujących z doświadczeniem choroby psychicznej korzystających z warszawskich programów wsparcia środowiskowego. Na podstawie zaprezentowanych opinii można sformułować nastę-

1. Mimo dostępności wielu ofert wsparcia i leczenia brak jest kompleksowej, długofalowej indywidualnej strategii dla osób chorujących. W wielu przypadkach skutkuje to poczuciem zagubienia i osamotnienia. Brak koordynacji udzielanego w środowisku wsparcia może przyczyniać się do nieefektywnego wykorzystania dostępnych zasobów.

2. Dla przebiegu procesu zdrowienia, poza aspektami medycznymi, szczególnie istotne znacznie mają: czynniki psychologiczne (poczucie własnej wartości i pozytywna samoocena), dostęp do kontaktów społecznych, poczucie samodzielności i niezależności oraz przełamanie izolacji.

3. Niechętnie postawy wobec osób z zaburzeniami psychicznymi są nadal silnie odczuwane i stanowią znaczącą przeszkodę w procesie zdrowienia. Potrzebne są działania destygmatyzacyjne, dzięki którym trudności te zostaną skutecznie zredukowane.

4. Udział w ruchu samopomocowym jednoznacznie pozytywnie wpływa na proces zdrowienia. Daje poczucie przydatności, poprawia samoocenę i przywraca poczucie podmiotowości. Warto wspierać jego rozwój przez wzmacnianie działających obecnie inicjatyw oraz budowanie nowych grup samopomocowych.

BIBLIOGRAFIA

- Bengtsson-Tops, A., Jansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 67–77.
- Booth, R. (2002). Loneliness as a component of psychiatric disorders. *Medscape General Medicine*, 2(2), 1–7.
- Bronowski, P. (2012). *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorujących psychicznie*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Bronowski, P., Chotkowska, K., Bednarzak, J. (2016). Ruch samopomocowy osób z doświadczeniem choroby psychicznej – Grupa Wsparcia TROP. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 3, 190–195.
- Bronowski, P., Rowicka, M., Jarmakowicz, M. (2017). Sieci społeczne i poziom funkcjonowania społecznego uczestników warsztatów terapii zajęciowej i środowiskowych domów samopomocy – dwóch podstawowych placówek wsparcia dla osób chorujących psychicznie. *Psychiatria Polska*, 51(1), 139–152.
- Bronowski, P., Sawicka, M. (2008). Jakość życia u osób przewlekle chorujących psychicznie objętych środowiskowym programem wsparcia społecznego. *Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo*, 1(17), 53–69.
- Bronowski, P., Sawicka, M. (2010). Specjalistyczne usługi opiekuńcze jako ważny element środowiskowego leczenia osób chorych psychicznie. *Psychoterapia*, 4(155), 35–51.
- Bronowski, P., Sawicka, M. (2011). Zespół interdyscyplinarny – nowa jakość w opiece środowiskowej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20(3), 193–199.

- Bronowski, P., Sawicka, M., Kluczyńska, S. (2009). Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1, 43–50.
- Bronowski, P., Sawicka, M., Rozya, P. (2016). Kim są i czego oczekują użytkownicy mieszkań chronionych? *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25, 32–41.
- Bronowski, P., Załuska, M. (2008). Social support of chronically mentally ill patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2, 13–19.
- Browne, G., Courtney, M. (2007). Schizophrenia housing and supportive relationships. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 73–80.
- Dąbrowski, S., Pietrzykowski, J. (2016). *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kleim, B., Vauth, R., Adam, G., Stieglitz, R., Hayward, P., Corrigan, P. (2008). Perceived stigma predicts low self-efficacy and poor coping strategy in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 17, 482–491.
- Landen, J., Seeman, M., Goering, P., Streiner, D. (2007). Schizophrenia: Effect of perceived stigma on two dimensions of recovery. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 4, 64–68.
- Liberman, P., Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14, 245–255.
- Liberman, R., Silbert, K. (2005). Community Re-Entry: Development of Life Skills. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*: Vol. 68, 3: Special Topic: Constituting Community: Creating a Place for Oneself, p. 220–229.
- Repper, J., Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health service. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375; zm.: Dz. U. z 2011 r. Nr 122, poz. 696.
- Watson, A., Corrigan, P., Larson, J., Sells, M. (2007). Self – stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312–1318.
- Załuska, M., Prot, K., Bronowski, P. (2007). *Psychiatria środowiskowa jako środowiskowa opieka nad zdrowiem psychicznym*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

LIDIA ZABŁOCKA-ŻYTKA

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

PROMOCJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W PRAKTYCE PSYCHOLOGA KLINICZNEGO

Wprowadzenie

Początek XXI wieku wiąże się z istotnymi kwestiami w obszarze zdrowia psychicznego. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO, 2005) zaznaczyła, że „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego”, w Deklaracji zaś o Ochronie Zdrowia Psychicznego (2005, s. 15) przyjęto, że „zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny mają zasadnicze znaczenie dla jakości życia i produktywności jednostek, rodzin, wspólnot oraz narodów, umożliwiając ludziom doświadczanie życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami”. Podkreślenie znaczenia zdrowia psychicznego w życiu jednostki otworzyło dyskusję na temat sposobów dbania o zdrowie psychiczne, nie tylko w kontekście leczenia zaburzeń psychicznych, lecz także jego kształtowania i wzmacniania (por. Komisja Wspólnot Europejskich, 2005). Wśród celów aktualnego „Spójnego Planu Działania w zakresie Zdrowia Psychicznego na lata 2013–2020” jest między innymi wdrożenie strategii zapobiegania zaburzeniom i promocji zdrowia psychicznego (WHO, 2013).

Promocja zdrowia psychicznego jest jedną z form pomocy psychologicznej wymienianą obok poradnictwa psychologicznego, interwencji kryzysowej czy psychoterapii (Czabała, 2000; Heszen i Sęk, 2007; Włodarczyk i Jakubowska-Wińska, 2007). Coraz częściej jest także rekomendowana zarówno przez badaczy, jak i osoby odpowiedzialne za organizację pomocy w obszarze zdrowia psychicz-

nego jako forma zapobiegania zaburzeniom psychicznym oraz niezbędny sposób na kształtowanie i utrzymanie zdrowia psychicznego (Moskalewicz i Boguszewska, 2012; Ostaszewski, 2014). To właśnie promocja zdrowia psychicznego, pomoc w kształtowaniu kompetencji osobistych jest wskazywana jako forma oddziaływań, mająca szczególne znaczenie przy aktualnym wzroście zapotrzebowania na usługi w obszarze zdrowia psychicznego. Wiele dokumentów krajowych, jak również europejskich zaleca wprowadzanie oraz realizację programów promocji zdrowia psychicznego między innymi w placówkach medycznych (Dz.U. z 2016 poz. 1492; *Priorytety ochrony zdrowia...*, 2011; WHO, 2013). Nie zawsze jednak wiadomo, jak ową promocję zdrowia psychicznego przygotowywać i realizować. Czym owe działanie różni się od profilaktyki? Celem rozdziału jest próba usystematyzowania dotychczasowej wiedzy dotyczącej promocji zdrowia psychicznego, przedstawienie aktualnych obszarów, w których powinna być ona realizowana oraz propozycja form realizacji promocji zdrowia psychicznego przez psychologa klinicznego.

Promocja zdrowia psychicznego – definicja, cel, założenia

Promocja zdrowia to według Karty Ottawskiej z 1986 roku proces, który umożliwia każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w celu poprawy i utrzymania zdrowia (por. www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/; Woynarowska, 2008). W definicji tej warto zwrócić uwagę na kilka aspektów promocji, a mianowicie, że jest to:

1. Proces, co oznacza działania rozłożone w czasie, systematyczne, długoterminowe.

2. Działanie przeznaczone dla każdego, zatem odbiorcą promocji zdrowia powinien być każdy człowiek, niezależnie od płci, wieku, wykształcenia i innych zmiennych socjodemograficznych.

3. Pomoc, której celem jest poprawa i utrzymanie zdrowia – co ponownie podkreśla uniwersalność tej formy pomocy. Może być kierowana do osób, które mają już kłopoty ze zdrowiem, by owo zdrowie wzmocnić lub do tych, którzy są zdrowi, w celu utrzymania zdrowia na dobrym poziomie.

Definicja promocji zdrowia wynika ze społeczno-ekologicznego modelu ujmowania zdrowia, szerszego niż ujęcie medyczne (Heszen i Sęk, 2007, 2013; Woynarowska, 2008). Definicja promocji zdrowia z Karty Ottawskiej jest aktualna również w odniesieniu do zdrowia psychicznego, przy czym istotne jest uwzględnienie specyfiki zdrowia psychicznego (Czabała, 2000). Niezbędne jest zatem zdefiniowanie, czym jest owo zdrowie psychiczne.

Aktualnie przyjmuje się dwa sposoby ujmowania zdrowia psychicznego – negatywny i pozytywny. Rozumienie zdrowia psychicznego jako brak zaburzeń psychicznych (diagnoza zaburzeń zgodnie z aktualnymi klasyfikacjami ICD-10, DSM-5) stanowi tzw. ujęcie negatywne, od lat prezentowane przez praktyków i badaczy. Pozytywne ujęcie pojawia się w definicji WHO (2001), gdzie zdrowie psychiczne rozumiane jest jako stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, radzi sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie i owocnie pracuje oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty (WHO, 2001). Nie ma tu mowy o objawach chorobowych, zaburzeniach, natomiast podkreślone jest znaczenie zdrowia psychicznego w funkcjonowaniu jednostki, jej rozwoju, realizacji potrzeb własnych i otoczenia. Powstało wiele prób definicji zdrowia psychicznego oraz istotnych jego determinantów w ujęciu pozytywnym dla celów empirycznych, które mogłyby owocować wskazówkami w praktyce klinicznej (Vaillant, 2012; Kluczyńska, 2015). Nie mogą być one jednak oderwane od psychopatologii, czyli skutków zagrożenia czy niewłaściwego kształtowania się zdrowia psychicznego. Wydaje się niezbędne, zarówno w praktyce klinicznej, jak i w obszarze badań, uwzględnianie w definicji zdrowia psychicznego zarówno ujęcia pozytywnego, jak i negatywnego.

Jeden z modeli opisujących zdrowie psychiczne, a mianowicie model *kompletnego zdrowia psychicznego* (*The Complite State Model of Mental Health*) Coreya Keyesa i Shane Lopez (2002) w sposób szczególny podkreśla konieczność ujmowania jednocześnie wskaźników negatywnych (objawy psychopatologii) oraz pozytywnych zdrowa psychicznego, tym samym łączy dwa ujęcia zdrowia psychicznego. Autorzy łączą dwa wymiary funkcjonowania, a mianowicie dobrostan, czyli korzystne funkcjonowanie oraz psychopatologię, czyli niekorzystne funkcjonowanie. W wyniku połączenia tych wymiarów wyróżniają cztery odrębne formy (jednostki) zdrowia psychicznego:

- **kompletne zdrowie** (prosperowanie, ang. *flourishing*) – wysoki poziom dobrostanu i niski poziom psychopatologii;
- **niekompletne zdrowie psychiczne** (słabnięcie, ang. *languishing*) – niski poziom dobrostanu i niski poziom psychopatologii;
- **niekompletne zaburzenie psychiczne** (zmaganie się; ang. *struggling*) – wysoki poziom dobrostanu i wysoki poziom psychopatologii;
- **kompletne zaburzenie psychiczne** (grzeźnięcie, ang. *floundering*) – niski poziom dobrostanu i wysoki poziom psychopatologii (Keyes i Lopez, 2002; Kluczyńska, 2015).

Zwrócenie uwagi na subiektywny dobrostan psychiczny, tu rozumiany jako psychologiczny, społeczny i emocjonalny, wydaje się mieć podstawowe znaczenie w każdych okolicznościach, nie tylko w kontekście zmagania się z objawami choroby psychicznej. Analiza tego modelu wskazuje na fakt, że brak objawów psychopatologii nie oznacza kompletnego zdrowia psychicznego. Gwarantem

kompletnego zdrowia psychicznego jest zarówno brak psychopatologii, jak i wysoki poziom dobrostanu psychicznego. Takie ujęcie zdrowia psychicznego wydaje się szczególnie ważne w praktyce klinicznej. Obniżenie lub nawet całkowite zniesienie objawów psychopatologicznych (różnymi formami terapeutycznymi) nie daje gwarancji subiektywnego dobrostanu pacjenta/klienta. Niezbędne wydaje się wsparcie w obszarze kształtowania zasobów, na przykład nowych umiejętności, poszerzania samoświadomości czy korektywnych doświadczeń. Z kolei wzmacnianie zdrowia psychicznego jest szansą na utrzymanie go w sytuacjach jego zagrożenia i przeciwdziałanie psychopatologii. Istotną rolę może pełnić tu właśnie promocja zdrowia psychicznego.

Promocja zdrowia psychicznego jest pojęciem szerszym od profilaktyki. Celem tej pierwszej jest zapobieganie zaburzeniom psychicznym (podobnie jak w działaniach profilaktycznych), lecz także budowanie i wzmacnianie zdrowia (Ostaszewski i Bobrowski, 2008).

Promocja zdrowia psychicznego ma zatem polegać na:

- wzmacnianiu i rozwijaniu indywidualnych właściwości jednostki – poszerzaniu wiedzy, budowaniu świadomości oraz kształtowaniu umiejętności, które umożliwią realizację własnych potrzeb, zadań życiowych oraz radzenie sobie z codziennymi trudnościami;
- tworzeniu warunków sprzyjających zdrowiu, na przykład w rodzinie, szkole, miejscu pracy (Czabała, 1994, 2000, 2009; Czabała i in., 2008).

Aktualne rekomendacje w obszarze promocji zdrowia psychicznego

W wyniku międzynarodowej współpracy badawczej w 2005 roku wyodrębniono dziesięć istotnych obszarów działań w ramach promocji zdrowia psychicznego w krajach europejskich:

- wspieranie rodzicielstwa i pierwszych lat życia;
- promowanie zdrowia psychicznego w szkołach;
- promocja zdrowia psychicznego w miejscu pracy;
- wspieranie zdrowego psychicznie starzenia się;
- zajmowanie się grupami zagrożonymi zaburzeniami psychicznymi;
- zapobieganie depresji i samobójstwom;
- zapobieganie przemocy i szkodliwemu używaniu substancji psychoaktywnych;
- zaangażowanie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej;
- zmniejszenie upośledzenia społecznego i zapobieganie stygmatyzacji;
- nawiązanie współpracy z innymi sektorami (Jané-Lopis i Anderson, 2005).

Promocja zdrowia psychicznego zalecana jest zatem na przestrzeni całego życia (od wczesnych lat dziecięcych po okres senioralny, punkty 1.–4.); powinna być realizowana w naturalnych środowiskach życia, przebywania (rodzina – punkt 1., szkoła i praca, odpowiednio punkty 2. i 3.); należy w niej pamiętać, w sposób szczególny, o zagrożeniach zdrowia psychicznego (punkty 5.–7.) i powinna być realizowana przez równie szerokie grono specjalistów, instytucji (punkty 8. i 10.). Sposobem na realizację tych działań ma być przestrzeganie pięciu zasad, a mianowicie: pogłębianie wiedzy o zdrowiu psychicznym; wspieranie efektywnego wdrażania; rozwijanie kompetencji i szkolenie pracowników; włączanie do działania różnych podmiotów; ewaluacja wpływu polityki i programu (Jané-Lopis i Anderson, 2005). Wydaje się, że są to bardzo precyzyjne podpowiedzi odnośnie do tego, w jaki sposób wdrażać promocję zdrowia społecznego i tym samym dbać o wzmacnianie i utrzymanie zdrowia całej populacji.

Podobnie jak w obszarze szeroko rozumianego zdrowia, działania w obszarze promocji zdrowia psychicznego powinny mieć charakter długofalowy (systematyczne, powtarzalne) oraz powszechny, czyli skierowane do całej populacji, z równym dostępem do nich dla każdego (WHO, 2013). Programy promocji zdrowia powinny być zatem przygotowywane oraz realizowane z uwzględnieniem standardów, które stanowią gwarancję ich skuteczności i realizację założonych celów. Przygotowując programy promocji zdrowia psychicznego, warto korzystać z dotąd wypracowanych zasad i wziąć pod uwagę następujące zalecenia (Greacen i in., 2012).

Podstawą programu promocji zdrowia powinno być zdrowie psychiczne i jego wskaźniki. Zatem istotne jest zdefiniowanie zdrowia psychicznego oraz sposobów jego empirycznej weryfikacji, czyli operacjonalizacji. Dla przykładu, Ville Lehtinen (2008) uważa, że osoba zdrowa psychicznie charakteryzuje się między innymi umiejętnością cieszenia się życiem, umiejętnością radzenia sobie ze stresem i stawiania czoła przeciwnościom w życiu, aktywnym uczestnictwem w codziennym życiu, podejmowaniem racjonalnych decyzji oraz budowaniem pozytywnych relacji. Zatem celem programu promocji zdrowia powinno być między innymi wzmacnianie sposobów radzenia sobie ze stresem w codziennym życiu oraz umiejętności nawiązywania i utrzymywania dobrych relacji interpersonalnych.

Program promocji zdrowia powinien bazować na wybranym kontekście teoretycznym i aktualnych danych epidemiologicznych. Podczas organizowania działań promocyjnych istotna jest aktualna wiedza na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych oraz zagrożeń zdrowia psychicznego. Zmiany polityczne, socjoekonomiczne i demograficzne niosą ze sobą nowe zagrożenia, które należy brać pod uwagę także w kontekście zdrowia psychicznego. Dla przykładu, aktualny kryzys migracyjny, ataki terrorystyczne czy rozpowszechnienie nowych środków psychoaktywnych powinny być uwzględniane w programach promocji zdrowia psychicznego.

Istotna jest aktywizacja społeczności, w której jest realizowany dany program i włączenie jej do tworzenia programu. Efektywność programu promocji zdrowia psychicznego zależy między innymi od znajomości grupy, do której jest on skierowany. Przez aktywizację odbiorców promocji, z jednej strony, można lepiej poznać ich potrzeby, z drugiej zaś zachęcić do udziału w programie (Szymańska, 2012). Odnosi się to zarówno do osób zdrowych, chorych, w różnym wieku (dzieci, młodzież, osoby starsze), jak i różnych miejsc, a mianowicie placówek medycznych, instytucji edukacyjnych, domów kultury, klubów seniora, zakładów pracy.

Interdyscyplinarne ramy programu, co oznacza udział w tworzeniu i realizacji programu specjalistów z różnych dziedzin zajmujących się zdrowiem psychicznym. Personel medyczny, pracownicy socjalni oraz nauczyciele to osoby, którzy w swej pracy mają kontakt często z bardzo dużą liczbą osób i tym samym, włączając się w promocję zdrowia psychicznego, mogą dotrzeć do szerokiej grupy odbiorców. Cenne jest także ich zróżnicowane przygotowanie zawodowe, które łączy praca na rzecz innych osób. Istnieją programy promocji zdrowia psychicznego, które są kierowane do tych grup zawodowych i tym samym, z jednej strony zwiększają kompetencje pracowników, z drugiej mogą być materiałem przez nich wykorzystanym do promowania zdrowia psychicznego wśród ich podopiecznych (patrz: pakiet szkoleniowy Camille, za: Tabak, Zabłocka-Żytka i Czała, 2016).

Objęcie programem i warsztatami osób z zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin. Wspomniano już, że do wzmacniania zdrowia psychicznego niezbędna jest świadomość istnienia psychopatologii. Istotne jest, by w ramach programów promocji zdrowia informować o objawach, sposobach radzenia sobie z nimi, miejscach otrzymania pomocy medycznej, psychologicznej i psychoterapeutycznej zarówno wobec osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, jak i ich bliskich. Zgodnie z modelem kompletnego zdrowia Keyesa i Lopez (2002) w warsztatach z osobami z zaburzeniami psychicznymi warto wzmacniać ich subiektywnie odczuwany dobrostan. Na przykład wspierać osoby w radzeniu sobie z codziennymi obowiązkami, w realizacji zainteresowań mimo utrzymujących się objawów wytwórczych bądź okresowo pojawiającego się obniżonego nastroju.

Diagnoza potrzeb środowiska oraz dostosowanie odpowiednich strategii. Niezbędne jest poznanie potrzeb adresatów promocji (Biechowska, 2014; Sokołowska i in., 2016) i w jego wyniku adekwatne dobranie sposobów oddziaływania. Diagnoza potrzeb i oczekiwań powinna poprzedzać projektowanie działań promocyjnych, odnosić się do wspomnianej wcześniej aktualnej wiedzy i epidemiologii, ale także wiedzy i doświadczeń danej grupy osób. Bieżące oczekiwania warto monitorować podczas realizacji programu promocji zdrowia psychicznego, na przykład w formie ankiet ewaluacyjnych po każdym spotkaniu

Analiza zagrożeń związanych z promocją zdrowia psychicznego w danym środowisku. W pracy nad efektywnością programu promocji zdrowia istotna jest świadomość potencjalnych zagrożeń oraz sytuacji, które mogą mieć znaczenie dla niepowodzenia działań promocyjnych. Dla przykładu, nieprzyjazna infrastruktura, brak możliwości dotarcia na spotkanie przez uczestników może sprawić, że grupa docelowa nie skorzysta w programie promocji zdrowia psychicznego. Innym częstym i istotnym powodem niepowodzenia działań jest brak informacji dotyczącej programu promocji lub błędna informacja na temat jego celów, co skutkuje innymi oczekiwaniami adresatów niż w założeniach programu.

Ewaluacja programu – przygotowanie i wdrożenie podczas realizacji programu. Ocena przydatności i skuteczności jest niezbędnym elementem każdej inicjatywy dotyczącej promocji zdrowia psychicznego. Dzięki rzetelnej ewaluacji można ocenić, czy założenia programu zostały zrealizowane, czy ma sens jego realizacja w dotychczasowej formule (Greacen i in., 2012).

W Polsce nadal istnieje pewien chaos dotyczący programów promocji zdrowia psychicznego (Jané-Lopis i Anderson, 2006; Okulicz-Kozaryn, Borucka i Pisarska, 2010; Wciórka, 2014). Z jednej strony promocja jest realizowana z lub poprzez liczne programy, których celem jest profilaktyka zaburzeń psychicznych. Istnieje wiele gotowych programów przygotowanych przez polskich specjalistów lub zaadaptowanych do krajowych warunków. Stworzona została baza rekomendowanych programów w systemie Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia (<http://programyrekomendowane.pl>). Z drugiej strony nie udało się zrealizować jednego z podstawowych celów Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego na lata 2011–2015. Nadal są obszary w kraju oraz grupy, na przykład studenci, pracownicy tzw. zawodów pomocowych, osoby doświadczające kryzysu, które nie są objęte żadnymi działaniami w obszarze promocji zdrowia psychicznego. Możliwe, że brak realizacji celów NPPZP 2011–2015 wiąże się nadal między innymi z brakiem wiedzy na temat samej promocji zdrowia psychicznego, nieumiejętnością definiowania zdrowia psychicznego inaczej niż przez brak choroby oraz brakiem struktur, które kierowałyby polityką w obszarze wprowadzania i realizacji promocji zdrowia psychicznego w skali kraju (Ostaszewski, 2014).

W Polsce Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 roku (Dz.U. z 1994 r. Nr 111 z późn. zm.) określa ochronę zdrowia psychicznego między innymi jako działania w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym i zobowiązuje do działania na rzecz zdrowia psychicznego organy administracji rządowej (m.in. Ministerstwo Zdrowia), samorządy oraz instytucje, które są powołane, aby zajmować się ochroną zdrowia psychicznego, także stowarzyszenia, organizacje społeczne, fundacje, kościoły itp. W wielu tych miejscach pracują psychologowie kliniczni. Zatem zarówno ze względów legislacyjnych, jak i w odniesieniu do aktualnych potrzeb istotne jest

wprowadzanie działań w obszarze promocji zdrowia psychicznego, między innymi przez psychologów klinicznych.

Rola i zadania psychologa klinicznego w promocji zdrowia psychicznego

Rola psychologa klinicznego jest istotna na różnych poziomach opieki oraz w pracy z osobami o różnych potrzebach (Wahass, 2005). Wśród kompetencji psychologa klinicznego jest diagnoza, udzielanie różnej formy pomocy, a także włączanie się w obszar badań, zgodnie z ideą modelu naukowca-praktyka (*Standardy psychologicznych świadczeń zdrowotnych*, 1999; Brzeziński i Toeplitz-Winiewska, 2013; Sęk, 2013; Waszkiewicz i Nizio, 2014; Izydorczyk, 2016). Zdrowie psychiczne jest jednym z rodzajów zdrowia, obok somatycznego, społecznego, które gwarantuje prawidłowy rozwój i realizację zadań życiowych (WHO, 2005; Sturgeon, 2006; Czabała, 2015). Stąd zainteresowanie psychologów klinicznych poziomem zdrowia psychicznego powinno dotyczyć nie tylko pacjentów oddziałów psychiatrycznych, poradni zdrowia psychicznego, ale także wszystkich oddziałów somatycznych oraz poradni specjalistycznych, gdzie mogą być zatrudnieni psychologowie kliniczni. Literatura przedmiotu wskazuje na istotną rolę pielęgniarek w promowaniu zdrowia psychicznego, poddając jednocześnie pod wątpliwość rolę psychologów w tym zakresie, a pozostawiając psychologom udział w leczeniu pacjentów (Stein, 2012). Wydaje się jednak, że we wszystkich aktywnościach psychologów (diagnoza, pomoc psychologiczna, badania naukowe) jest miejsce na promocję zdrowia psychicznego i to niezależnie od miejsca zatrudnienia. Przedstawione przykłady realizacji promocji zdrowia są możliwe do zastosowania przez psychologów klinicznych w placówkach medycznych.

Edukacja pacjentów i ich bliskich (Olejniczak, 2016). Może odbywać się na różne sposoby, na przykład przez indywidualne lub grupowe spotkania z pacjentami i członkami ich rodzin, których celem jest zwiększanie wiedzy dotyczącej zdrowia psychicznego oraz jego determinantów. Budowanie świadomości zdrowia psychicznego jest poszerzeniem perspektywy pacjentów, a przez to wzmocnieniem ich gotowości do dalszego rozwoju, zgodnie z aktualnymi możliwościami. Podczas spotkań organizowanych cyklicznie (np. raz w tygodniu, danego dnia tygodnia, o tej samej godzinie) mogą być prowadzone krótkie wykłady oraz dyskusja, podczas której pacjenci mają szansę na zadanie pytania, czy podzielenie się własnymi spostrzeżeniami. Edukacja pacjentów może być wzmacniana materiałami przygotowywanymi w formie broszur, gazetek ściennych czy literatury dostępnej na oddziale lub polecanej przez psychologa do samodzielnej lektury w domu. Istotne tematy do podejmowania podczas edukacji to dla przy-

kładu: stres i sposoby radzenia sobie z nim; zaburzenia psychiczne, ich wpływ na życie osoby chorej i jej bliskich oraz formy pomocy; związek zdrowia psychicznego ze zdrowiem somatycznym; uzależnienia (rodzaje i formy pomocy); zdrowy styl życia (dieta, aktywność fizyczna) i znaczenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego (Sturgeon, 2006; Hutcheson i in., 2010; Sokołowska i in., 2015). Istotne jest przygotowanie aktualnej bazy miejsc, gdzie osoby w kryzysie i ich bliscy mogą skorzystać z pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej.

Warsztaty umiejętności. To spotkania grupowe, podczas których uczestnicy mogą wzmacniać lub kształtować istotne dla zdrowia psychicznego umiejętności, na przykład: efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem; efektywne sposoby komunikacji interpersonalnej; asertywność; planowanie dnia, aktywności adekwatnie do własnych możliwości. Wszystkie propozycje umiejętności powinny być zgodne z aktualnymi potrzebami oraz możliwościami uczestników. Podstawą warsztatów powinna być praca na zasobach uczestników, co już jest doświadczeniem wzmacniającym i motywującym ich do dalszego rozwoju.

Przygotowywanie programów promocji zdrowia psychicznego. Psychologowie kliniczni na co dzień pracujący z pacjentami i ich rodzinami, ze względu na swoją wiedzę i doświadczenie kliniczne, mogą włączać się w przygotowywanie programów promocji zdrowia psychicznego (Waszkiewicz i Nizo, 2014) i również zachęcać do współpracy oraz do współtworzenia programów swoich pacjentów. Tak powstałe programy mogą być realizowane w miejscach pracy psychologów klinicznych lub być udostępniane innym profesjonalistom.

Edukacja personelu medycznego. Jej celem jest zwiększanie dobrostanu personelu przez zwiększanie świadomości dotyczącej czynników istotnych dla ochrony zdrowia psychicznego oraz kształtowanie umiejętności niezbędnych dla utrzymania zdrowia. Pracownicy medyczni są przedstawicielami tzw. zawodów pomocowych, ze względu na specyfikę pracy, w sposób szczególnie narażeni są na wypalenie zawodowe (Jakubowska-Winecka, 2007; Wilczek-Różycka, 2008; Sęk, 2013). Poszerzanie wiedzy odnośnie do zdrowia psychicznego i dbania o nie jest jedną z form przeciwdziałania wypaleniu. W ramach cyklicznych spotkań, warsztatów psychologowie mogą prezentować informacje z obszaru radzenia sobie ze stresem, efektywnej komunikacji interpersonalnej, organizacji pracy i wypoczynku, zasadności korzystania z pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej, informacji na temat miejsc, gdzie z takiej pomocy można skorzystać. Treści te mogą być przekazywane także podczas spotkań klinicznych lub warsztatów szkoleniowych przygotowanych dla tych celów.

Szkolenia personelu medycznego w obszarze zdrowia psychicznego to nie tylko dbanie o dobrostan samego personelu, ale również zdrowie psychiczne ich pacjentów, podopiecznych. Wyniki badań dotyczących potrzeb szkoleniowych profesjonalistów z perspektywy pacjentów i ich rodzin podkreślają konieczność zwiększania kompetencji profesjonalistów między innymi w obszarze

umiejętności interpersonalnych, respektowania potrzeb emocjonalnych podopiecznych oraz obniżenia stygmatyzacji (Tabak i in., 2016a).

Udział w mediach w roli eksperta. Niezwykle popularne w ostatnim czasie są programy w mediach dotyczące różnych aspektów zdrowia, w tym zdrowia psychicznego. Media są bardzo skutecznym narzędziem dotarcia do szerokiej rzeszy odbiorców i propagowania wiedzy, w tym w promowaniu zdrowia psychicznego. Psychologowie kliniczni zapraszani do różnych programów w roli eksperta w obszarze zdrowia psychicznego mają możliwość przekazać adekwatne informacje dotyczące zdrowia psychicznego oraz sposobów utrzymania zdrowia psychicznego, co także wchodzi w zakres promocji zdrowia psychicznego.

Aktywny udział w sieciach eksperckich. Tworzenie grup profesjonalistów na poziomie lokalnym, krajowym czy międzynarodowym jest formą dzielenia się własnym doświadczeniem, wymiany informacji oraz realizacji badań na szeroką skalę czy tworzenia standardów, między innymi promocji zdrowia psychicznego. Zaleca się, by w skład grup eksperckich wchodziłi zarówno praktycy, jak i badacze (Ostaszewski, 2014), co daje szansę na owocną wymianę doświadczeń. Przykładem takiej sieci jest ENTER Mental Health (European Network on Training, Evaluation and Research in Mental Health), utworzona w 2000 roku przez grupę specjalistów ds. zdrowia psychicznego z różnych krajów, w tym z Polski, przez profesora Czesława Czabałę (www.entementalhealth.net). ENTER aktualnie zrzesza 17 ośrodków badawczych, akademickich oraz leczniczych z 14 krajów Unii Europejskiej. Zasadniczym celem ENTER jest promowanie zdrowia psychicznego przez realizację badań oraz przygotowywanie i wdrażanie programów treningowych (jeden z programów opisano w dalszej części tekstu). Każdego roku członkowie ENTER organizują międzynarodowe konferencje, podczas których podejmowane są aktualne problemy z obszaru promocji zdrowia psychicznego, prezentowane wyniki badań oraz przygotowane programy promocji zdrowia psychicznego i ich ewaluacja.

Istotne wydaje się podkreślenie faktu, że wspomniane sposoby promocji zdrowia psychicznego przez psychologów klinicznych są rekomendowane nie tylko na oddziałach czy w poradniach psychiatrycznych. Wzmacnianie zdrowia psychicznego powinno odbywać się także na różnych oddziałach somatycznych. Niejednokrotnie choroba somatyczna staje się silnym stresorem i przyczynia się do powstawania kryzysu psychicznego. Holistyczne podejście do sytuacji pacjenta, włączenie pod opiekę rodziny pacjenta, jest szansą na poprawienie jakości życia i skuteczniejsze poradzenie sobie z chorobą i jej konsekwencjami. Niektóre choroby somatyczne w swej specyfice wiążą się z trudnościami w obszarze zdrowia psychicznego (Zabłocka-Żytka, 2016). Swoistym błędem diagnostycznym i terapeutycznym jest pominięcie sfery psychicznej w pracy z pacjentem przewlekle chorym somatycznie. Zdarza się, że zarówno personel medyczny, jak i pacjent oraz jego rodzina są tak silnie skoncentrowani na leczeniu choroby podstawowej,

na przykład onkologicznej, że pomijają sferę psychiczną. Działania w ramach promocji zdrowia zachęcają do konfrontacji ze sferą emocjonalną, do przyjrzenia się przeżywanym stanom, rozmowy na ich temat i szukania efektywnych sposobów radzenia sobie.

Przykłady materiałów do zastosowania w obszarze promocji zdrowia psychicznego

Istnieje wiele programów promocji zdrowia i prewencji zaburzeń psychicznych dostępnych między innymi w systemie Rekomendacji Programów Profilaktycznych i Promocji Zdrowia (<http://programyrekomendowane.pl>). Mogą być one inspiracją i pomocą w pracy psychologów klinicznych. Liczne sposoby pracy w ramach promocji zdrowia opisano w literaturze (Sturgeon, 2006; Okulicz-Kozaryn i Ostaszewski, 2008, 2010; Woźniak i in., 2009; RPO, 2014; Sokołowska i in., 2015). Niejednokrotnie, na podstawie istniejących sposobów pracy, praktycy przygotowują własne, autorskie narzędzia promocji zdrowia psychicznego. Warto w tym miejscu raz jeszcze podkreślić, że programy promocji zdrowia powinny być ewaluowane, czyli istotne jest, by monitorować ich skuteczność (Greacen i in., 2012).

W ramach współpracy ekspertów w sieci ENTER zrealizowano kilka grantów finansowanych przez Komisję Europejską. Efektem projektów są między innymi ogólnie dostępne materiały szkoleniowe na stronie internetowej www.entementalhealth.net. Materiały te są skierowane zarówno do profesjonalistów, jak i osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego i ich bliskich. Ideą pakietów szkoleniowych jest rozpowszechnienie wiedzy na temat zdrowia psychicznego i sposobów jego wzmacniania, a także kryzysów zdrowia psychicznego oraz form pomocy. Przykładem pakietu szkoleniowego, z którego w swej pracy mogą skorzystać między innymi psychologowie kliniczni jest program treningowy przygotowany w ramach projektu Camille (*Empowerment of children and adolescents of mentally ill parents through training of professionals working with children and adolescents*). Projekt był realizowany w latach 2013–2015 przez ośrodki z siedmiu krajów w Unii Europejskiej. Partnerem polskim byli pracownicy Instytutu Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Jednym z celów projektu było przygotowanie, także w języku polskim, materiałów wspierających w pracy specjalistów na co dzień pracujących z dziećmi z rodzin, gdzie rodzice (lub jedno z rodziców) doświadczają kryzysu psychicznego (Tabak i in., 2016b). Materiały są dostępne po zalogowaniu na stronie www.camilletraining.net. Pakiet szkoleniowy przygotowano do pracy grupowej podczas dwóch dni sześciogodzinnego szkolenia lub do pracy indywidualnej, dostosowanej do aktualnych potrzeb szkoleniowych uczestnika. Program składa się

z dziewięciu tematów podzielonych na trzy części. Pierwsza część nosi nazwę „Potrzebna wiedza” i są w niej zawarte następujące bloki tematyczne: Choroba psychiczna i nadużywanie substancji psychoaktywnych; Rozwój dzieci i młodzieży; Przywiązanie. Druga część jest poświęcona „Doświadczeniom i potrzebom rodziny” i znajdują się w niej materiały ułożone w kolejne trzy bloki tematyczne, a mianowicie: Mieszkanie z rodzicem; Bycie rodzicem; Stygmatyzacja. Trzecia i zarazem ostatnia część dotyczy „Metod wspierania rodziny” i składa się z bloków o tematyce: Rozmowa z dziećmi; Odporność; Skuteczne instytucje (www.camillatrainig.net).

Każdy blok tematyczny jest dokładnie opisany w specjalnie przygotowanej instrukcji. Zaznaczony jest jego cel, sposób wykorzystania materiałów. Szczegółowa instrukcja daje możliwość wykorzystania materiałów w indywidualnej pracy oraz przy przygotowywaniu na przykład warsztatów dla pracowników medycznych przez psychologa klinicznego, o czym była mowa we wcześniejszej części rozdziału.

Materiały szkoleniowe składające się na poszczególne bloki tematyczne są przygotowane na bardzo ogólnym poziomie. Daje to możliwość ich wykorzystania przez bardzo szerokie grono odbiorców – różnych profesjonalistów (psychologów, lekarzy różnych specjalności, pielęgniarki, pracowników socjalnych), a także samych pacjentów i ich rodziny. Zasadniczym celem szkolenia jest zwrócenie uwagi na problem, w tym wypadku, dzieci wychowujących się w rodzinach z rodzicami z doświadczeniem kryzysu psychicznego i poszerzenie wiedzy, na przykład dzięki proponowanej literaturze. Zwrócenie uwagi choćby na zaburzenia psychiczne i ich wpływ na rodzicielstwo ma uwrażliwić profesjonalistów, zachęcić do refleksji, dyskusji nad sposobami wspierania rodzin z tego typu problemem. Materiały prezentowane w pakiecie treningowym Camille składają się z prezentacji multimedialnych, nagrań audio oraz wideo, plików Word. Jest to urozmaicony materiał, stąd wydaje się interesujący i wzbogacający, co potwierdziła ewaluacja pilotażowej wersji programu (Viganò i in., 2017). Pakiet szkoleniowy Camille może być wykorzystywany przez psychologów klinicznych do szkoleń personelu medycznego, a także w trakcie spotkań z pacjentami i ich rodzinami. Modułowy układ tematów umożliwia dowolne, zgodne z potrzebami, wykorzystywanie treści. Opisywane materiały szkoleniowe z pewnością nie wyczerpują wszystkich tematów oraz potrzeb szkoleniowych, jednak są gotowe do wykorzystania i mogą stanowić inspirację do dalszej pracy w obszarze promocji zdrowia psychicznego dla psychologów klinicznych.

Innym przykładem działań promujących zdrowie psychiczne jest aktywność Stowarzyszenia „3majmy się razem” (<http://3majmysierazem.pl>), które wykorzystuje w tym celu między innymi media społecznościowe. Stowarzyszenie działa od 2008 roku, zrzesza młode osoby chorujące na choroby zapalne tkanki łącznej, na przykład toczeń, reumatoidalne zapalenie stawów oraz współpracuje

ze specjalistami, między innymi psychologami. Od roku 2014 Stowarzyszenie organizuje warsztaty relaksacyjne, spotkania z psychologiem, wykłady w ramach corocznych zlotów osób chorujących oraz dyżury psychologa na czacie. Podczas wszystkich tych wydarzeń podejmowana jest problematyka zdrowia psychicznego w przebiegu chorób tkanki łącznej. Uczestnicy spotkań otrzymują rzetelną wiedzę na temat zaburzeń psychicznych, znaczenia stresu i sposobów radzenia sobie, aby zachować zdrowie somatyczne i kondycję psychiczną, form pomocy. Przygotowywane są poradniki, raporty, publikacje o charakterze naukowym i popularnonaukowym, które są udostępniane osobom chorującym na przykład przez media społecznościowe. W ten sposób osoby przewlekle chorujące somatycznie, często z ograniczoną mobilnością, mogą dowiedzieć się więcej na temat między innymi związku zdrowia somatycznego i psychicznego oraz poznać sposoby wzmacniania zdrowia psychicznego. Zdarza się, że dla wielu chorych jest to pierwsza i zarazem jedyna możliwość otrzymania wsparcia, rozmowy (na czacie) z psychologiem itp. Warto podkreślić, że w ramach Stowarzyszenia działają same osoby chorujące przewlekle. Ich aktywność już sama w sobie jest przykładem wzmacniania zdrowia psychicznego przez działanie, realizację własnych potrzeb, rozwijanie umiejętności i budowanie relacji z innymi.

Konkluzje praktyczne

Prezentowane w rozdziale treści miały na celu między innymi podkreślenie możliwości pracy psychologów klinicznych w obszarze promocji zdrowia psychicznego, a tym samym zachęcenie ich do skorzystania w praktyce klinicznej z tej formy pracy. Uzasadniając rolę psychologów klinicznych w promowaniu zdrowia psychicznego, warto raz jeszcze podkreślić, że:

1. Istnieją ustawy/rozporządzenia prawne dotyczące ochrony zdrowia psychicznego i działań na rzecz promocji zdrowia psychicznego, które są podstawą działań także psychologów klinicznych zatrudnionych w różnych placówkach medycznych (Okulicz-Kozaryn i Ostaszewski, 2008). Stanowi to wyraźną wskazówkę do działań w tym zakresie.

2. Sformułowano wytyczne oparte o wyniki badań empirycznych, dotyczące zasad przygotowywania programów promocji zdrowia psychicznego, które mogą być wskazówką do tworzenia nowych lub wyboru najlepszych, już istniejących programów.

3. Wskazano wiele obszarów, w których promocja zdrowia psychicznego powinna być realizowana oraz grup, które powinny być nią objęte.

4. Kolejne wyniki badań oraz płynące z nich rekomendacje wskazują promocję zdrowia psychicznego jako istotną formę wsparcia zdrowia, przeciwdziałania zaburzeniom psychicznym (Moskalewicz i Boguszewska, 2012; Szymańska, 2012).

5. Istotna rola psychologów klinicznych w upowszechnianiu promocji zdrowia psychicznego wiąże się ze specyfiką ich wykształcenia oraz charakterem pracy (Brzeziński i Toeplitz-Winiewska, 2013). Z jednej strony jest to grupa zawodowa, która ma wiedzę kliniczną niezbędną w promocji zdrowia psychicznego, z drugiej zaś stały kontakt osobami zmagającymi się z chorobą (psychiczną, somatyczną) oraz ich bliskimi. Wszystkie te osoby z racji sytuacji zdrowotnej są zagrożone kryzysem zdrowia psychicznego. Promocja zdrowia psychicznego w tej grupie jest sposobem przeciwdziałania zaburzeniom psychicznym i zwiększenia dobrostanu, jakości życia tych osób.

6. Psychologowie kliniczni, dzieląc się swoją wiedzą z całym personelem medycznym, mogą rozszerzać idee zdrowia psychicznego dzięki współpracy z innymi pracownikami służby zdrowia. Jest to jednocześnie jeden ze sposobów przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

BIBLIOGRAFIA

- Biechowska, D. (2014). Prewencja. W: J. Wciórka (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO* (s. 38–41). Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Brzeziński, J., Toeplitz-Winiewska, M. (2013). Model zawodowy psychologa klinicznego. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 299–324). Warszawa: WN PWN.
- Czabała, J.C. (1994). Promocja zdrowia psychicznego. Promocja zdrowia. *Nauki społeczne i Medycyna*, R. 1, 3–4, 46–61.
- Czabała, J.C. (2000). *Zdrowie psychiczne – zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Czabała, J.C. (2009). Promocja zdrowia psychicznego. Polityka dla Europy. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej* (s. 27–35). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Czabała, J.C. (2015). Poradnictwo psychologiczne. W: S. Kluczyńska, J.C. Czabała (red.), *Poradnictwo psychologiczne* (s. 16–44). Warszawa: WN PWN.
- Czabała, J.C., Danielewicz, D., Hryniewicka, A., Rola, J., Zasepa, E. (2008). Promocja zdrowia psychicznego jako działania zapobiegające samobójstwom. *Suicydologia*, 4(1).
- Deklaracja o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla Europy oraz Plan Działań na rzecz Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy*. (2005). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 16 września 2016 r., poz. 1492.
- Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 marca 2017 r., poz. 458.
- Greacen, T., Jouet, E., Ryan, P., Cserhati, Z., Grebenc, V., Griffiths, Ch., Hansen, B., Leahy, E., da Silva, K.M., Šabić, A., de Marco, A., Flores, P. (2012). Developing European guidelines for training care professionals in mental health promotion. *BMC Public Health*, 12, 1114. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1114>.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: WN PWN.
- Izydorczyk, B. (2016). Psychologia kliniczna – specjalizacja mająca zastosowanie w ochronie zdrowia. *Acta Universitatis Lodziana Folia Psychologica*, 20. Doi: doi.org/10.18778/1427-969X.20.02.

- Jakubowska-Winecka, A. (2007). Zespół wypalenia zawodowego. W: A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk (red.), *Psychologia w praktyce medycznej* (s. 167–178). Warszawa: PZWL.
- Jané-Llopis, E., Anderson, P. (2005). *Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Polityka dla Europy*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Jané-Llopis, E., Anderson, P. (red.). (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. Luxembourg: European Communities.
- Karta Ottawska (1994). Zdrowie i promocja zdrowia. W: J.B.Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia* (s. 423–429). Warszawa: Sandmedia.
- Keyes, C.L.M., Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health: positive direction in diagnosis and interventions. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *The Handbook of Positive Psychology* (s. 26–44). New York: Oxford University Press.
- Kluczyńska, S. (2015). Zdrowie psychiczne – wybrane definicje i koncepcje wyjaśniające. W: E. Sokołowska, L. Zabłocka-Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Kornacka (red.), *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia* (s. 25–39). Warszawa: Difin.
- Komisja Wspólnot Europejskich (2005). *Zielona Księga. Poprawa zdrowia psychicznego ludności. Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej*. Bruksela: Komisja Wspólnot Europejskich.
- Lehntinen, V. (2008). *Building up good mental health*. Gummerus Printing. Jyväskylä: Gummerus Printing.
- Moskalewicz, J., Boguszewska, L. (2012). Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnostyka i rekomendacje. W: J. Szyborski (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa* (s. 100–109). Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego 2011–2015. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010.
- Okulicz-Kozaryn, K., Borucka, A., Pisarska, A. (2010). Stan zdrowia psychicznego w Polsce na przykładzie województwa mazowieckiego. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część druga* (s. 23–41). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Okulicz-Kozaryn, K., Ostaszewski, K. (2008). *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Okulicz-Kozaryn, K., Ostaszewski, K. (2010). *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Część II*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Olejniczak, D. (2016). Praktyczne wykorzystanie health literacy – alfabetyzmu zdrowotnego jako narzędzia osiągnięcia celów zdrowotnych. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(2), 238–243.
- Ostaszewski, K. (2014). Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce. Stan i pilne potrzeby. Promocja. W: J. Wciórka (red.), *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO* (s. 34–38). Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Priorytety ochrony zdrowia psychicznego w ochronie zdrowia (2011). Warszawa: Ministerstwo Zdrowia.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 roku.
- Sęk, H. (2013). Promocja zdrowia i prewencja zaburzeń z perspektywy psychologii. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna. Tom I* (s. 256–268). Warszawa: WN PWN.
- Sokołowska, E., Zabłocka-Żytka, L., Kluczyńska, S., Wojda-Kornacka, J. (2015). *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Difin.
- Standardy psychologicznych świadczeń zdrowotnych (1999). Warszawa: PTP. ptp.org.pl/teksty/Standardy_Zdrowotne.doc.

- Stein, D.J. (2012). Pozytywne zdrowie psychiczne: przestroga. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(4), 249–250.
- Sturgeon, S. (2006). Promoting mental health as an essential aspect of health promotion. *Health Promotion International*, 21(suppl_1), 36–41. Doi: <https://doi.org/10.1093/heapro/dal049>.
- Szymańska, J. (2012). *Programy proaktywne. Podstawy profesjonalnej psychoprolaktyki*. Warszawa: ORE.
- Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Czabała, J.C. (2016). Empowering families with the experience of mental illness. A presentation of the Polish version of CAMILLE training package. *Psychiatria Polska*, 50(4), 859–871. Doi: 10.12740/PP/59312.
- Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, Sz., Jaronen, K., Vigano, G., Simpson, W., Paavilainen, E., Scherbaum, N., Smith, M., Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 319–329. Doi: 10.1111/inm.12194.
- Vaillant, G.E. (2012). Pozytywne zdrowie psychiczne: czy istnieje definicja międzykulturowa? *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 21(4), 229–250.
- Viganò, G., Kaunonen, M., Ryan, P., Simpson, W., Dawson, I., Tabak, I., Scherbaum, N., Zanone, S.P. (2017). Are different professionals ready to support children of parents with mental illness? Evaluating the impact of a Pan-European Training Programme. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 44, 304–315. Doi: 10.1007/s11414-016-9548-1.
- Wahass, S.H. (2005). The role of psychologists in health care delivery. *Journal of Family and Community Medicine*, 12(2), 63–70.
- Waszkiewicz, A.A., Nizio, A.M. (2014). Rola psychologa klinicznego w szpitalu psychiatrycznym. *Psychiatria i Psychoterapia*, 10(1), 3–10.
- Wciórka, J. (red.). (2014). *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Włodarczyk, D., Jakubowska-Winecka, A. (2007). Podstawowe zasady pomocy psychologicznej dla chorych somatycznie. W: A. Jakubowska-Winecka, D. Włodarczyk (red.), *Psychologia w praktyce medycznej* (s. 192–214). Warszawa: PZWL.
- World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa 21 November 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
- WHO (2001). *Mental Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Genewa: World Health Organization.
- World Health Organization – Regional Office for Europe (2005). Resolution EUR/04/5047810/6 Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions.
- World Health Organization (2013). Resolution WHA66.8 Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020.
- Wojnarowska, B. (2008). Kształcenie kadr dla promocji zdrowia w Polsce i w Unii Europejskiej. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), *Promocja zdrowia psychicznego, badania i działania w Polsce* (s. 17–32). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woźniak, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Brzyska, M. (2009). Promocja zdrowia wśród osób starszych w Polsce w świetle badań przeprowadzonych w projekcie healthPROelderly – wypracowanie opartego na faktach przewodnika dotyczącego promocji zdrowia wśród osób starszych. *Problem High Epidemiology*, 90(4), 459–464.
- Zabłocka-Żytka, L. (2016). Wzajemne powiązania funkcjonowania psychicznego i somatycznego człowieka na przykładzie chorych onkologicznie. W: L. Zabłocka-Żytka, E. Sokołowska (red.), *Pomoc psychologiczna chorym somatycznie. Wybrane zagadnienia* (s. 8–27). Warszawa: Difin.

SYLWIA KLUCZYŃSKA

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

PROBLEMY ZDROWOTNE I FORMY POMOCY DOROSŁYM OFIAROM PRZEMOCY DOMOWEJ

Wprowadzenie

Powszechnie uważa się, że przemoc w rodzinie to zamierzone działanie skierowane przeciw członkowi rodziny, wykorzystujące przewagę sił, naruszające prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienie i szkody. Przemoc to każdy akt godzący w osobistą wolność jednostki, zmuszanie jej do zachowań niezgodnych z jej wolą (Mellibruda, 2009).

W polskim porządku prawnym przemoc w rodzinie została zdefiniowana w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy jako jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste członków rodziny, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.

Zgodnie z definicją przyjętą przez Konwencję Rady Europy w sprawie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec kobiet (2011) przemoc domowa to wszelkie akty przemocy fizycznej, seksualnej, psychicznej lub ekonomicznej w rodzinie lub w domu między byłymi lub obecnymi małżonkami bądź partnerami, bez względu na to, czy sprawca dzieli lub dzielił to samo miejsce zamieszkania z ofiarą. Do jednej z najczęstszych form przemocy w rodzinie należy ta skierowana 103

przeciwko kobietom. Połowa z nich doznaje więcej niż jednego rodzaju przemocy (Howard, Trevillion i Agnew-Davies, 2010). Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni doświadczają przemocy fizycznej i seksualnej, której sprawcami są ich partnerzy i często są poddawane z ich strony systematycznym i długotrwałym prześladowaniom. Kobiety znacznie częściej korzystają z pomocy medycznej z powodu doznawanej przemocy i częściej padają ofiarą morderstw ze strony swoich partnerów (Makara-Studzińska, Grzywa i Turek, 2005; WHO, 2013).

Przemoc w rodzinie jest obarczona dużym ryzykiem problemów zdrowotnych. Bycie ofiarą przemocy można uznać za poważny czynnik ryzyka wielu chorób i schorzeń. Istnieje silna zależność między przemocą ze strony partnera a pogorszeniem stanu zdrowia ofiary. Wiele kobiet doświadczających przemocy boryka się z bezpośrednimi obrażeniami ciała, z chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym (por. Golding, 1999; Campbell, 2002; Bonomi i in., 2007; Karakuła i in., 2011; WHO, 2013; Wong i Mellor, 2014).

Celem niniejszej pracy jest podkreślenie skutków zdrowotnych przemocy domowej oraz prezentacja form pomocy dorosłym ofiarom przemocy.

Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia somatycznego i psychicznego wśród kobiet – ofiar przemocy domowej

Przemoc w rodzinie jest najczęstszą przyczyną uszkodzeń ciała kobiet. Najczęstsze obrażenia to urazy twarzy, szyi, gardła, klatki piersiowej, brzucha i narządów płciowych (Mullerman, Lenaghan i Pakieser, 1996). Wiele ofiar doznaje poważnych uszkodzeń głowy, takich jak pęknięcie podstawy czaszki oraz złamań kości kończyn, nosa, szczęki, co wiąże się z powikłaniami neurologicznymi, np. wstrząśnienie mózgu (Karakuła i in., 2011). Według badań Claudii Díaz-Olavarriety i współpracowników (1999) 31% kobiet z przewlekłymi zaburzeniami neurologicznymi jest ofiarami przemocy domowej. Kobiety będące ofiarami przemocy częściej korzystają z pomocy medycznej, w tym pogotowia ratunkowego i szpitalnych oddziałów ratunkowych. Cechuje je większa skłonność do somatyzacji, specyficznych problemów zdrowotnych oraz ogólna większa liczba objawów somatycznych (McCauley i in., 1995; Karakuła i in., 2011). Najczęściej borykają się z takimi schorzeniami somatycznymi, jak: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, kamienie żółciowe, zaburzenia krążenia, nadciśnienie tętnicze, nieznacowany ból w klatce piersiowej, nieznacowany ból brzucha i głowy, zaburzenia miesiączkowania, infekcje macicy, infekcje pęcherza, przewlekły ból w miednicy, choroby weneryczne, w tym HIV/AIDS (Campbell, 2002; Bonomi

i in., 2009; Karakuła i in., 2011). Ofiary przemocy są o 16% bardziej narażone na urodzenie dziecka z niską masą urodzeniową i ponad dwa razy częściej decydują się na aborcję (WHO, 2013).

Najpoważniejszą konsekwencją przemocy w rodzinie jest śmierć. Z raportu WHO (2013) wynika, że blisko 40% zabitych na świecie kobiet zostało zamordowanych przez swojego partnera. W Polsce 150 kobiet rocznie umiera w wyniku tak zwanych nieporozumień rodzinnych, zabijana jest przez swoich mężów czy partnerów (Gruszczyńska, 2007).

Przemoc psychiczna powoduje występowanie większości skutków zdrowotnych, takich jak w przypadku przemocy fizycznej i znacząco zwiększa ryzyko takich zaburzeń, jak zapalenie stawów, przewlekły ból, migrena oraz inne częste bóle głowy, jąkanie się, przewlekły ból w obrębie miednicy, wrzody żołądka, zespół jelita drażliwego, częsta niestrawność, biegunki lub zaparcia (Coker i in., 2000).

Przemoc ze strony partnera jest główną przyczyną problemów ze zdrowiem psychicznym kobiet. Kobiety doświadczające psychicznej lub fizycznej przemocy ze strony partnera wykazują poważniejsze objawy depresji, lęku oraz PTSD, a także silniejsze tendencje samobójcze w porównaniu z kobietami niebędącymi ofiarami przemocy (Ruiz-Perez i Plazaola-Castano, 2005; Pico-Alfonso i in., 2006; Howard, Trevillion i Agnew-Davies, 2010; Salom i in., 2015). W przypadku kobiet, które wielokrotnie doświadczały przemocy lub doświadczały więcej niż jednej formy przemocy, istnieje większe ryzyko zaburzeń psychicznych i ich współwystępowania (Lagdon, Armour i Stringer, 2014). Istniejące wcześniej problemy związane ze zdrowiem psychicznym mogą również zwiększać podatność na przemoc w rodzinie (Cattaneo i Goodman, 2005; Bonomi i in., 2007; Friedman i Loue, 2007). Badacze podkreślają, że ofiary przemocy borykają się z problemami zdrowotnymi nawet wiele lat po zakończeniu związku, w którym doświadczały przemocy. Problemy te mogą objawiać się ogólnie złym stanem zdrowia, obniżeniem jakości życia oraz zwiększoną potrzebą korzystania z pomocy medycznej (Campbell, 2002; Zlotnick, Johnson i Kohn, 2006).

W różnych pracach badawczych wskazuje się, że ofiary przemocy domowej stanowią grupę szczególnego ryzyka dla występowania depresji (por. Al-Modallal, 2012; Jaquier, Hellmuth i Sullivan, 2013; Makara-Studzińska i Madej, 2015). Średni wskaźnik rozpowszechnienia depresji wśród kobiet doznających przemocy domowej wynosi 48% (Golding, 1999). Z podwójnym ryzykiem występowania symptomów depresji mamy do czynienia u tych kobiet, które doznawały przemocy w okresie dzieciństwa (Ouellet-Morin i in., 2015). Ponadto doświadczanie przemocy w dzieciństwie prawie pięciokrotnie zwiększa ryzyko uzależnienia od substancji psychoaktywnych, prawie dwukrotnie ryzyko uzależnienia od alkoholu, prawie czterokrotnie ryzyko prób samobójczych oraz trzykrotnie ryzyko hospitalizacji psychiatrycznych w okresie dorosłości (Dąbkowska, 2006).

Analiza stopnia nasilenia przemocy i skutków zdrowotnych wykazała, że przemoc o wysokim poziomie nasilenia wiąże się z występowaniem większej liczby problemów zdrowotnych niż przemoc o niskim poziomie nasilenia. Natomiast przemoc o niskim poziomie nasilenia jest związana z występowaniem większej ilości problemów zdrowotnych niż brak przemocy. Występowanie depresji i zaburzeń snu jest wprost proporcjonalne zarówno do skali nasilenia przemocy, jak i liczby incydentów przemocy (Bonomi i in., 2006, 2007). W porównaniu z kobietami, które nie doświadczyły agresji ze strony partnerów, kobiety będące ofiarami przemocy fizycznej i seksualnej dwa razy częściej cierpią na depresję. Kobiety cierpiące na depresję istotnie częściej doświadczały fizycznej, emocjonalnej i seksualnej przemocy niż kobiety zdrowe. W grupie ofiar przemocy domowej symptomy depresji korelują negatywnie z umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach stresowych (Craparo i in., 2014).

Bonomi i współpracownicy (2007) zaobserwowali znaczne różnice w grupie kobiet doznających przemocy seksualnej ze strony partnera lub przemocy fizycznej i seksualnej w porównaniu z tymi, które doświadczały tylko przemocy fizycznej. U osób doświadczających jednocześnie przemocy fizycznej i seksualnej zanotowano większe nasilenie symptomów depresyjnych oraz większe nasilenie dolegliwości somatycznych. Kobiety doznające przemocy fizycznej, emocjonalnej i seksualnej zgłaszały wyższy poziom niepokoju, depresji, zaburzeń snu, dysocjacji i problemów seksualnych niż kobiety z dwoma rodzajami doświadczonej przemocy w wywiadzie. Kobiety te zgłaszały więcej problemów psychologicznych niż ofiary dotknięte jedną formą przemocy.

Przemoc seksualna wiąże się z większym nasileniem objawów depresji i większą częstotliwością podejmowanych prób samobójczych (Ruiz-Perez i Plazaola-Castano, 2005; Pico-Alfonso i in., 2006). Przemoc w rodzinie uważana jest za czynnik ryzyka samobójstwa zwłaszcza wtedy, gdy ofiara przemocy domowej cierpi na depresję i jest przekonana o braku możliwości zmiany swojej sytuacji. Własna śmierć może się jawić jako jedyny sposób uwolnienia się od kontroli i zachowań agresywnych partnera. Brak odpowiedniej pomocy czy wsparcia w sytuacji ujawnienia przemocy może być ostatecznym impulsem do zachowań suicydalnych.

Przemoc stosowana przez bliską osobę o wiele bardziej sprzyja ujawnieniu się PTSD niż przemoc doznana ze strony obcych osób. Intymna relacja ze sprawcą jest niekorzystnym czynnikiem ryzyka PTSD u ofiar przemocy (Temple i in., 2007). Analizując związek pomiędzy doświadczeniem przemocy domowej i zespołem stresu pourazowego (PTSD), stwierdzono, że występowanie PTSD w grupie kobiet będących ofiarami przemocy wynosi od 33% do 90% w zależności od badanej grupy, metodyki badania i czasu trwania przemocy (Stein i Kennedy, 2001; Coker i in., 2005; Dąbkowska, 2009; Ogińska-Bulik, 2016). Kobiety doznające przemocy wykazywały o około trzy razy większe prawdopodobieństwo wy-

stąpienia objawów PTSD i prawie dwukrotnie wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia objawów dużej depresji w porównaniu z kobietami, które nie doznały przemocy w związkach (Fedovskiy, Higgins i Paranjape, 2008).

Z badań przeprowadzonych przez Małgorzatę Dąbkowską (2009) wynika, że większość ofiar przemocy (76%) ma nasilenie objawów PTSD w stopniu ciężkim lub pomiędzy umiarkowanym a ciężkim. Aż u 47% ofiar zanotowano podtyp PTSD o odroczonej postaci. Gwałtowność i dotkliwość przemocy sprzyja utrzymywaniu się objawów PTSD przez dłuższy czas (Chung i Breslau, 2008). Na nasilenie objawów PTSD ma wpływ rodzaj doświadczanej przemocy. W grupie kobiet, które doświadczyły przemocy seksualnej ze strony partnera, istnieje większe prawdopodobieństwo diagnozy PTSD oraz większe nasilenie objawów tego zespołu, w porównaniu z kobietami, które nigdy nie doświadczyły tego rodzaju przemocy (Norwood i Murphy, 2011). Objawy PTSD może nasilać również charakterystyczny typ relacji pomiędzy ofiarą a sprawcą przemocy. Zarówno lękowy typ przywiązania, charakteryzujący się obawą przed porzuceniem ze strony partnera, a także typ zależny, ujawniający się brakiem samodzielności, zwiększają prawdopodobieństwo objawów PTSD w grupie ofiar przemocy (Scott i Babcock, 2010). Prawdopodobieństwo wystąpienia objawów PTSD zwiększa silna skłonność sprawcy do dominacji, izolowanie ofiary od wsparcia społecznego oraz nasilenie agresji fizycznej wobec niej (Cascardi, O'Leary i Schlee, 1999). PTSD wiąże się ze zwiększoną częstością zachorowania na depresję, zaburzeniami lękowymi uogólnionymi, lękiem panicznym, zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, nadużywaniem substancji psychoaktywnych (Barrett i in., 1996). Obecność objawów PTSD jest związana z obniżeniem funkcjonowania w wielu obszarach życia: społecznego i zawodowego oraz znacznymi kosztami społecznymi i ekonomicznymi. Koszty ekonomiczne wynikają z trudności w zdobyciu i utrzymaniu pracy, ale także z kosztów pomocy lekarskiej, w tym hospitalizacji osób doświadczających przemocy w rodzinie (Campbell i in., 2008).

Przemoc w rodzinie ma również silny związek z nadużywaniem/uzależnieniem od środków psychoaktywnych, zaburzeniami snu i odżywiania oraz zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym (Terelak i Kluczyńska, 2007; Olshen i in., 2007). W porównaniu z kobietami, które nie doświadczyły agresji ze strony partnerów, kobiety – ofiary przemocy fizycznej i seksualnej, prawie dwa razy częściej borykają się z problemem alkoholowym (WHO, 2013).

W związku z dużą częstością występowania przemocy domowej, jej konsekwencjami zarówno w sferze psychicznej, jak i zdrowiu somatycznym niezwykle ważne jest stworzenie odpowiednich warunków pomocy dla ofiar przemocy. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO, 2013) podkreśla pilną potrzebę podjęcia działań – zarówno w zakresie zapobiegania przemocy, jak i zapewnienia profesjonalnej pomocy jej ofiarom.

Pomoc dorosłym ofiarom przemocy domowej

Obowiązujące przepisy prawa w Polsce, w tym szczególnie: Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz rozporządzenie Rady Ministrów z 13 września 2011 roku w sprawie procedury „Niebieskie Karty” – nakładają konkretne zadania na przedstawicieli policji, pomocy społecznej, oświaty, ochrony zdrowia oraz komisji rozwiązywania problemów alkoholowych w sytuacjach, gdy w ramach pełnienia czynności służbowych nasunie im się podejrzenie, że w rodzinie pacjenta/klienta stosowana jest przemoc. Podstawowym działaniem w takich przypadkach jest udzielenie osobom dotkniętym przemocą: wsparcia, informacji o możliwościach pomocy w lokalnym środowisku oraz uruchomienie procedury „Niebieskie Karty”. Istotą tej procedury jest zatrzymanie przemocy, dokonanie diagnozy i określenie planu pomocy danej rodzinie, w zakresie psychologicznym, medycznym, prawnym i socjalnym (np. udzielenie schronienia, pomocy materialnej). Pomoc realizowana jest przez tzw. zespoły interdyscyplinarne w gminach lub – najczęściej – grupy robocze, powołane przez zespoły, do pomocy konkretnej rodzinie. W skład zespołów i grup roboczych wchodzi przedstawiciele wymienionych wcześniej podmiotów. Działania podejmowane w ramach prac zespołu interdyscyplinarnego są podstawą realizowania przez gminę jej obowiązków w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie (Wrona, 2013). Lokalny system przeciwdziałania przemocy w rodzinie powinien zapewnić rodzinom, w których występuje problem przemocy, dostęp do poradnictwa, a także przeprowadzić skuteczną interwencję w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Ofiary przemocy w rodzinie mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy takich instytucji, jak: specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki interwencji kryzysowej, komisje ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, prokuratura, sąd rodzinny i opiekuńczy, policja.

Z badań przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w 2013 roku, wynika że osoby, które korzystały z lokalnego systemu pomocy za najbardziej skuteczną formę działań wskazywały: okazanie zrozumienia, wsparcie emocjonalne, wskazanie miejsc schronienia, skierowanie do grupy wsparcia, indywidualne rozmowy z psychologiem, pomoc materialną i socjalną, edukację i interwencję prawną polegającą na pomocy w przygotowaniu pism procesowych czy wyjaśnieniu, jakie kroki prawne należy podjąć. Osoby badane za szczególnie pomocne działania interwencyjne uznawały rozmowy ze sprawcami przemocy, zarówno te odbywające się na posiedzeniach grup roboczych, jak i te prowadzone indywidualnie przez dzielnicowych (Bedyńska i in., 2013).

Ofiary przemocy szukają pomocy medycznej z powodu różnych dolegliwości. Często nie ujawniają faktu doświadczania przemocy, z tego powodu leczenie

może być nieskuteczne. Pracownicy służby zdrowia powinni mieć na uwadze ewentualność doświadczania przez pacjentów przemocy i pytać o to w wywiadzie. W wielu krajach rekomenduje się rutynowe badania przesiewowe wszystkich pacjentek pod kątem przemocy w rodzinie (Kluczyńska, 2013).

Ścisłe powiązanie faktu przemocy domowej z pogorszeniem zdrowia psychicznego wskazuje na konieczność przeprowadzania oceny kondycji psychicznej ofiar przemocy w trakcie podejmowanych działań interwencyjnych. Zarazem u kobiet z objawami depresji czy PTSD w wywiadzie należy uwzględnić, że mogą być one ofiarami przemocy domowej (Dąbkowska, 2009). Właściwe rozpoznawanie i leczenie skutków przemocy to ważny etap pomocy osobom doświadczającym przemocy w rodzinie.

Trafna diagnoza jest warunkiem skutecznej pomocy. Celem diagnozy jest rozpoznanie form przemocy, oszacowanie stopnia nasilenia przemocy, ocena stanu psychicznego i fizycznego oraz ocena zagrożenia zdrowia i życia ofiary. Ponadto należy ustalić poziom jej zdolności do samodzielnego działania, dostępne możliwości radzenia sobie z trudnościami oraz systemy wsparcia. Cały proces diagnozy może być podzielony na dwa etapy. Pierwszy z nich to diagnoza wstępna, dokonywana na początku procesu pomagania. Drugi etap diagnozy to ocena zmian w procesie wychodzenia z kryzysu przemocy. Pozwala ona na analizowanie aktualnych potrzeb i oczekiwań oraz modyfikowanie planu pomocy. O przemoc należy pytać wprost z troską i empatią. Pytania te mogą wywoływać negatywne uczucia, ale uzyskane odpowiedzi pozwolą lepiej ocenić rozmiar przemocy. Ujawnianie przemocy i mówienie o niej ma też walor terapeutyczny. W celu zdiagnozowania form przemocy można wykorzystać następujące pytania:

- Przemoc fizyczna: *Czy przychodzi Pani na myśl choć jeden przypadek, kiedy partner szarpnął Panią lub popchnął? Czy zdarzyło się kiedyś, że partner mocno Panią schwytał lub nie pozwolił opuścić pokoju? Czy miał miejsce przypadek, kiedy partner rzucił czymś w Panią? Czy partner bił Panią po głowie, kopał, wykręcał ręce? Czy zdarzyło się, że partner Panią dusił?*

- Przemoc psychiczna: *Gdy Pani partner chce Panią obrazić, jakich wyzwisk używa? Czy partner kiedykolwiek zabraniał Pani spotykania się czy rozmawiania z określonymi osobami z Pani rodziny? Czy naciskał na zerwanie z nimi kontaktów? Jeśli dochodzi do kłótni, czy partner straszy Panią? Jakiego rodzaju groźby padają? Czy partner rzucał kiedyś jawne groźby, że zabije Panią, dzieci lub siebie?*

- Przemoc seksualna: *Czy zdarzyło się choć raz, że partner zawstydził Panią lub sprawił, że poczuła się Pani niezręcznie z powodu seksu? Czy naciska Panią do odbycia stosunku? Czy partner ma jakieś sposoby skłonienia Pani do odbycia stosunku, kiedy nie ma Pani na to ochoty?*

- Wykorzystywanie dzieci do sprawowania kontroli i karania ich matki: *Czy partner w jakiś sposób usiłuje wykorzystać dzieci przeciwko Pani? Czy partner kiedykolwiek groził, że zabierze dzieci lub zrobi im krzywdę, jeśli Pani go opuści?*

Ponadto należy zadać pytania, które pomogą oszacować stopień nasilenia przemocy zarówno pod względem częstotliwości, jak i jej intensywności: *Czy może Pani opisać pierwszy incydent, kiedy partner uderzył panią lub przestraszył? Kiedy to miało miejsce? Czy może Pani opisać najpoważniejszy akt przemocy, który zaniepokoił panią lub najbardziej przestraszył? Czy może Pani przytoczyć ostatni incydent? Jak często dochodzi do stosowania przez partnera przemocy? Czy którykolwiek z rodzajów przemocy (fizyczna, emocjonalna bądź seksualna) uległ nasileniu?* (Kluczyńska, 2013).

Podstawowym celem pomocy ofiarom przemocy jest zapewnienie bezpieczeństwa. Każda sytuacja związana z przemocą zawiera w sobie aspekt zagrożenia, który powinien być oceniany w dwóch obszarach. Pierwszy z nich to zagrożenie ze strony ofiary dla niej samej lub dla jej otoczenia. Może ona rozważać samobójstwo lub zabójstwo jako sposób rozwiązania sytuacji trudnej czy uwolnienia się od bólu i cierpienia. Drugi obszar, to zagrożenie ze strony sprawcy przemocy. W trakcie każdego spotkania z osobą doświadczającą przemocy szacujemy potencjalne zagrożenie życia. Kobiety-ofiary przemocy ze strony partnera najczęściej stosują agresję w odwecie, gdy doświadczają intensywnej przemocy zarówno fizycznej, jak i seksualnej, w wyniku której ponoszą liczne obrażenia. Natomiast bezpieczeństwo i życie ofiary jest znacznie zagrożone, gdy sprawca ma dostęp do broni, używa gróźb śmiertelnych, zabił lub zranił domowe zwierzę, dokonał napaści fizycznej na osoby spoza rodziny, wielokrotnie dotkliwie pobił ofiarę, jest obsesyjnie zazdrosny oraz grozi, że popełni samobójstwo, czy też dokonywał uprzednio prób samobójczych (Kluczyńska, 2013).

W celu zapewnienia bezpieczeństwa osobom doznającym przemocy prokurator ma możliwość nakazania sprawcom przestępstw z użyciem przemocy opuszczenia miejsca zamieszkania zajmowanego wspólnie z osobami pokrzywdzonymi. Nakaz taki może zostać nałożony jeszcze przed wniesieniem aktu oskarżenia przeciwko sprawcy. Jest on nakładany na czas do trzech miesięcy i może być przedłużony decyzją sądu. W przypadku skazania sprawcy przemocy w rodzinie ustawodawca wprowadza możliwość nałożenia na sprawcę zobowiązania do:

- powstrzymania się od kontaktowania się z pokrzywdzonym lub innymi osobami w określony sposób bądź zbliżania się do pokrzywdzonego lub innych osób;
- opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym;
- uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych (Wrona, 2013).

Szczególnie ważną rolę w procesie pomocy odgrywa wsparcie, którego ofiary potrzebują zwłaszcza w sytuacjach ostrego kryzysu. Prawidłowo udzielone wsparcie przełamuje dotychczasową alienację i wyizolowanie ofiary oraz przywraca poczucie własnej wartości (Sęk i Cieślak, 2006). Pomoc i wsparcie bliskich są ważnym

elementem na drodze do wyjścia z przemocy. Im wyższy poziom odczuwanego wsparcia przez kobiety doświadczające przemocy, tym mniejszy poziom depresji u tych osób (Suvak i in., 2013). Wsparcie społeczne zwiększa poczucie bliskości i utrwala więzi z innymi, poprawia dobrostan psychiczny i sprzyja podejmowaniu bardziej skutecznych sposobów radzenia sobie. Dostępne badania potwierdzają znaczenie wsparcia społecznego w procesie redukcji objawów PTSD (Łuszczynska, 2004; Perez i Johnson, 2008) i pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych (Ogińska-Bulik, 2014). Wyniki badań przeprowadzonych przez Ninę Ogińską-Bulik (2016) potwierdzają, że czynnikiem sprzyjającym redukcji objawów PTSD okazała się skłonność do dzielenia się informacjami, odnoszącymi się do negatywnych aspektów doświadczanych zdarzeń. Ofiary przemocy, które częściej rozmawiały o negatywnych skutkach przemocy ujawniły niższe nasilenie PTSD. Z kolei rozmawianie o pozytywnych skutkach traumy wiąże się ze zmniejszaniem objawów PTSD w zakresie unikania oraz zwiększaniem pozytywnych zmian potraumatycznych w percepcji siebie. Przeprowadzone badania longitudinalne przez Concepción Blasco-Ros i współpracowników (2010) dowodzą, że otrzymane wsparcie społeczne i zatrzymanie przemocy fizycznej przyczynia się do poprawy jakości funkcjonowania ofiar przemocy.

Ważne jest, by pomagając ofiarom przemocy, pamiętać o wzmacnianiu ich zasobów, czyli tych czynników, które wspomagają proces radzenia sobie z trudnościami. Zalicza się do nich: poczucie humoru, optymizm, wsparcie społeczne oraz umiejętność nadawania znaczenia wydarzeniom o charakterze traumatycznym (Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy, 2000).

Trudności etyczne w pomaganiu ofiarom przemocy domowej

Efektywne pomaganie wymaga kompetencji i umiejętności elastycznego zastosowania strategii pomagania w zależności od potrzeb klienta. Aby profesjonalnie pomagać, trzeba nie tylko posiadać wiedzę i umiejętności, ale także przestrzegać zasad etycznych. Osoby pracujące w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie borykają się z wieloma złożonymi problemami natury etycznej. Wielokrotnie poszukują odpowiedzi na pytanie: w jaki sposób najlepiej zadbać o dobro i bezpieczeństwo ofiar przemocy w rodzinie? Jak pomagać, respektując ich prawo do autonomii i samostanowienia?

Głównym celem pomocy w sytuacji przemocy jest dbanie o bezpieczeństwo klienta. Psycholog udzielający pomocy ofiarom przemocy domowej nie powinien sugerować rozstania z krzywdzącym partnerem jako prostej recepty na zatrzymanie przemocy. Należy zdawać sobie sprawę, że ofiary decydujące się na opuszcze-

nie partnera są narażone na eskalację przemocy, która może prowadzić nawet do ich śmierci. Kobiety opuszczające partnerów stosujących przemoc są bardziej narażone na utratę życia niż kobiety, które z nimi zostają (WHO, 2013). W niektórych przypadkach bezpieczniejszym rozwiązaniem jest pozostanie w związku przemocowym aż do momentu, kiedy nie zostanie opracowany realny plan bezpiecznego rozstania ze sprawcą. Zarazem mogą zdarzyć się sytuacje, w których natychmiastowe opuszczenie sprawy będzie jedynym właściwym rozwiązaniem ratującym życie klientki. Brak właściwej diagnozy sytuacji oraz odpowiedniej interwencji może prowadzić do negatywnych konsekwencji. W trakcie każdego spotkania z osobą doświadczającą przemocy należy szacować bezpieczeństwo. Ważne jest, by psycholog był świadomy zarówno swojej roli, jak i odpowiedzialności w ocenie bezpieczeństwa klienta i podjęciu właściwych działań na jego rzecz (Kluczyńska, 2012).

Udzielając pomocy psychologicznej, należy respektować prawo każdego człowieka do autonomii, czyli wolności działania oraz wolności wyboru własnych sądów i przekonań. Respektowanie prawa klienta do kierowania się swoim systemem wartości to kolejna ważna zasada etyczna. Psycholog nie narzuca swoich wartości i preferencji, natomiast wspiera decyzje klienta, tym samym wzmacniając jego niezależność i zaufanie do siebie (Schneider-Corey i Corey, 2002). Pomagając warto pamiętać, że ofiara przemocy pomimo trudnej sytuacji życiowej jest zdolna do kierowania własnym życiem. Ważnym elementem psychologicznych oddziaływań jest wzmocnienie jej niezależności w podejmowaniu własnych wyborów i decyzji. Znaczącą częścią procesu pomagania jest współdziałanie ofiary w procesie pomocy – wspólne jej planowanie i realizowanie celów. Integralnym elementem tego procesu jest dostarczanie rzetelnej wiedzy na temat mechanizmów i dynamiki przemocy, wpływu przemocy na funkcjonowanie poszczególnych członków rodziny, dostępnych form pomocy oraz możliwej eskalacji zachowań agresywnych ze strony sprawcy (Kluczyńska, 2013). Ważne jest, by miała ona możliwość podjęcia świadomej zgody na określone postępowanie psychologa, by wpływała na kierunek udzielanej pomocy. Do pomocy psychologicznej nikt nie może być przymuszany (Poznaniak, 1994). Pomaganie nie może być formą manipulacji, narzucaniem gotowych rozwiązań. Za nieskuteczne, a wręcz szkodliwe uznaje się wszelkie próby pomocy zwiększające zależność i bierność pacjenta. Ważnym momentem nawiązania właściwej relacji między klientem a psychologiem jest ustalenie zasad współpracy, czyli kontraktu. Rozpoczynając pracę, psycholog omawia z klientem cel i zakres swoich oddziaływań, oczekiwane przez niego efekty, czas trwania usługi oraz zasadnicze sposoby postępowania.

Dyskrecja to jeden z podstawowych warunków efektywnej pracy psychologicznej. Tajemnicą zawodową jest objęte wszystko, o czym psycholog dowiedział się, udzielając pomocy. Może on ujawnić informacje na temat swojego klienta innym osobom (np. małżonkowi, pracodawcy) tylko za jego wiedzą i zgodą. Tajem-

nica zawodowa jest nieograniczona w czasie, obowiązuje pomagającego nawet po zakończeniu kontaktu, także po śmierci klienta. Zapewnienie warunków poufności należy do obowiązków psychologa (Stepulak, 2000). Warunki, w jakich prowadzone są konsultacje, powinny zapewnić klientowi poczucie komfortu, dyskrecji i bezpieczeństwa. Informacje, dokumentacja, nagrania czy też inne materiały zebrane podczas konsultacji lub badań powinny być przechowywane w bezpieczny sposób, bez ryzyka, że dostaną się one w niepowołane ręce. Prowadząc dokumentację, należy wykazać się również dbałością o dobro klienta. Zaleca się umieszczać w niej tylko rzeczowe dane z pominięciem materiału subiektywnego, takiego jak wartości, postawy czy własne opinie i komentarze. Należy być wrażliwym na potencjalne negatywne konsekwencje zamieszczanych informacji w chwili ujawnienia ich przez sąd (Kluczyńska, 2012).

Psycholog, zapewniając klienta o prawie do dyskrecji, zobowiązany jest do poinformowania go o ograniczeniach tej zasady. Zgodnie z Ustawą o zawodzie psychologa (2001) i zasadami Kodeksu etyczno-zawodowego psychologa (1992) od zasady poufności psycholog może odstąpić w sytuacji, gdy poważnie jest zagrożone zdrowie, życie klienta lub innych osób. Ochrona tajemnicy jest drugorzędna wobec ochrony życia i zdrowia (Rakowska, 1998; Wrona, 2013). Zwolnienie z obowiązku przestrzegania tajemnicy zawodowej regulują również przepisy Kodeksu postępowania karnego na podstawie:

Art. 180. § 1. Osoby obowiązane do zachowania tajemnicy służbowej lub tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu lub funkcji mogą odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek, chyba że sąd lub prokurator zwolni te osoby od obowiązku zachowania tajemnicy.

§ 2. Osoby obowiązane do zachowania tajemnicy adwokackiej, lekarskiej lub dziennikarskiej mogą być przesłuchane co do faktów objętych tą tajemnicą tylko wtedy, gdy to jest niezbędne dla dobra wymiaru sprawiedliwości, a okoliczność nie może być ustalona na podstawie innego dowodu. O przesłuchaniu lub zezwoleniu na przesłuchanie decyduje sąd. Na postanowienie sądu przysługuje zażalenie.

Psycholog pracujący w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie może być wezwany przez sąd w charakterze świadka. Zgodnie z artykułem 177 Kodeksu postępowania karnego (1997) ma on obowiązek stawić się i złożyć zeznania. Jeśli psycholog uważa, że ujawnianie informacji o kliencie byłoby dla niego niekorzystne, może powołać się na artykuł 180 tegoż kodeksu, zezwalający na odmowę zeznań dotyczących okoliczności, na które rozciąga się obowiązek tajemnicy zawodowej. Odpowiedzialność za decyzje w kwestii naruszenia zasady

dyskrecji spoczywa na psychologu, który musi dokonać profesjonalnej oceny, z uwzględnieniem wszystkich okoliczności (Jones i in., 2004)).

W trakcie szkoleń z zakresu psychologicznych aspektów przeciwdziałania przemocy w rodzinie psychologowie powinni uwrażliwiać inne grupy zawodowe na etyczne aspekty związane z pomaganiem. Wiedza z zakresu przemocy w rodzinie powinna być prezentowana w sposób rzetelny i obiektywny. Psychologowie prowadzący warsztaty przy użyciu zarejestrowanych sesji terapeutycznych na taśmie również muszą uzyskać zgodę klientów na wykorzystanie tych materiałów do celów dydaktycznych. Posługiwanie się casusami powinno uczyć tolerancji, wrażliwości, empatii do drugiej osoby. Psycholog-trener powinien unikać podwójnej relacji. Sytuacja, w której zajęcia ćwiczeniowo-warsztatowe zamieniają się w terapię grupową, jest niedopuszczalna. Gdy w trakcie szkolenia uczestnicy uświadomią sobie osobiste trudności, należy wskazać miejsce, w którym osoby te mogą uzyskać profesjonalną pomoc (Brzeziński i Toeplitz-Winiewska, 2005).

Podsumowanie

Pomagając ofiarom przemocy w rodzinie, niezbędne są zaangażowanie, troska i empatia oraz wiedza dotycząca prawnych aspektów przeciwdziałania przemocy. Ważne jest, aby osoby pomagające nie kwestionowały przeżywanych przez ofiarę uczuć, nie bagatelizowały zagrożeń, nie umniejszały poziomu lęku oraz nie nakłaniały do podejmowania takich działań, które aktualnie przekraczają jej możliwości. Istotna jest możliwość pracy zespołowej, wsparcie ze strony przełożonych i kolegów w pracy, a także możliwość współpracy z innymi służbami, zajmującymi się pomocą w sytuacji przemocy w rodzinie.

BIBLIOGRAFIA

- Al-Modallal, H. (2012). Psychological partner violence and women's vulnerability to depression, stress, and anxiety. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 560–566.
- Badura-Madej, W., Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (2000). *Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Barrett, D.H., Greek, M.L., Morris, R.G., Giles, W.H., Croft, J.B. (1996). Cognitive functioning and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(11), 1492–1494.
- Bedyńska, S., Sędek, G., Łukowska, K., Malinowska, M., Pilchowska, I. (2013). Ewaluacja lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie – doświadczenia dotyczące sposobów pomagania i nasilenia stresu pourazowego (PTSD) z perspektywy osób dotkniętych przemocą w rodzinie. https://rownosc.info/media/uploads/ewaluacja_lokalnego_systemu_przeciwdzialania_przemocy_w_rodzinie_2013.pdf.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S., Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psycho-

- logical, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *Psychiatry*, 10(98), 1–12.
- Bonomi, A.E., Anderson, M.E., Reid, R.J., Rivara, F.P., Carrell, D., Thompson, R.S. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Archives of Internal Medicine*, 169, 1692–1697.
- Bonomi, A.E., Anderson, M.L., Rivara, F.P., Thompson, R.S. (2007). Health outcomes in women and physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Women's Health*, 16, 987–995.
- Bonomi, A.E., Thompson, R.S., Anderson, M., Reid, R.J., Carrel, D., Dimer, J.A., Rivara, F.P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 458–466.
- Brzeziński, J., Toeplitz-Winiewska, M. (2005). Model zawodowy psychologa klinicznego. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (t. 1, s. 299–324). Warszawa: WN PWN.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331–1335.
- Campbell, R., Greeson, M.R., Bybee, D., Raja, S. (2008). The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2), 194–207.
- Cascardi, M., O'Leary, D., Schlee, K. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14(3), 227–249.
- Cattaneo, L.B., Goodman, L.A. (2005). Risk factors for reabuse in intimate partner violence: a cross-disciplinary critical review. *Trauma Violence Abuse*, 2, 141–175.
- Chung, H., Breslau, N. (2008). The latent structure of post-traumatic stress disorder: tests of invariance by gender and trauma type. *Psychological Medicine*, 38(4), 563–573.
- Coker, A., Weston, R., Creson, D., Justice, B., Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: the role of risk and protective factors. *Violence and Victims*, 20, 625–643.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R., McKeown, R.E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9, 451–457.
- Craparo, G., Gori, A., Petrucci, I., Cannella, V., Simonelli, C. (2014). Intimate partner violence: relationships between alexithymia, depression, attachment styles, and coping strategies of battered women. *Journal of Sexual Medicine*, 11(6), 1484–1494.
- Dąbkowska, M. (2006). Wpływ traumatycznych doświadczeń na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 4(6), 161–164.
- Dąbkowska, M. (2009). Zaburzenie stresowe pourazowe u kobiet jako wynik przemocy ze strony partnera. *Alkoholizm i Narkomania*, 22(1), 11–20.
- Diaz-Olavarrieta, C., Campbell, J.C., Garcia de la Cadena, C., Paz, F., Villa, A. (1999). Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Archives of Neurology*, 56, 681–685.
- Fedovskiy, K., Higgins, S., Paranjape, A. (2008). Intimate partner violence: How does it impact major depressive disorder and posttraumatic stress disorder among immigrant latinas? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10, 45–51.
- Friedman, S.H., Loue, S. (2007). Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *Journal of Women's Health*, 16, 471–480.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99–132.

- Gruszczyńska, B. (2007). *Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawnokryminologiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Howard, L.M., Trevillion, K., Agnew-Davies, R. (2010). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 525–534.
- Jaquier, V., Hellmuth, J.C., Sullivan, T.P. (2013). Posttraumatic stress and depression symptoms as correlates of deliberate self-harm among community women experiencing intimate partner violence. *Psychiatry Research*, 206(1), 37–42.
- Jones, C., Shillito-Clarke, C., Syme, G., Hill, D., Casemor, R. (2004). *Co wolno, a czego nie wolno terapeutycznie. Zagadnienia etyczne w pytaniach i odpowiedziach*. Gdańsk: GWP.
- Karakuła, H., Łukasik, P., Juchnowicz, D., Pitucha, A., Leczyk, A. (2011). Związek między przemocą ze strony partnera a występowaniem skarg i chorób somatycznych. *Current Problems of Psychiatry*, 12(2), 205–209.
- Kluczyńska, S. (2012). Etyka zawodowa psychologa klinicznego. W: M. Sawicka, A. Kuhn-Dymecka (red.), *Psychologia kliniczna. Podręcznik praktyczny dla specjalistów. Program podstawowy* (s. 335–347). Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Kluczyńska, S. (2013). Psychologiczne aspekty przeciwdziałania przemocy w rodzinie. W: S. Kluczyńska, G. Wrona, *Lekarzu, reaguj na przemoc! Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia* (s. 16–51). Warszawa–Kraków: Instytut Łukasiewicza.
- Kodeks etyczno-zawodowy psychologa (1992). Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Kodeks postępowania karnego (1997). Dz.U. z 1997 r. Nr 89, poz. 555, z późn. zm.
- Konwencja Rady Europy w sprawie zapobiegania i zwalczania przemocy wobec kobiet i przemocy domowej (2011). Stambuł. http://www.niebieskalinia.pl/spaw/docs/konwencja_PL.pdf.
- Lagdon, S., Armour, C., Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimization: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 24794. Doi: 10.3402/ejpt.v5.24794.
- Łuszczynska, A. (2004). Wsparcie społeczne a stres traumatyczny. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres a zdrowie* (s. 190–205). Warszawa: WN PWN.
- Makara-Studzińska, M., Grzywa, A., Turek, R. (2005). Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14, 131–136.
- Makara-Studzińska, M., Madej, A. (2015). Przemoc wobec kobiet a depresja – przegląd badań. *Journal of Education, Health and Sport*, 5, 373–388.
- McCauley, J., Kern, D., Kolodner, K., Derogatis, L., Bass, E. (1998). Relation of low-severity violence to women's health. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 687–691.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., De Chant, H.K., Rydel, J., Bass, E.B., Deroeatis, L.R. (1995). The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123, 737–746.
- Mellibruda, J. (2009). *Przeciwdziałanie przemocy domowej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Mullerman, R., Lenaghan, P., Pakieser, R. (1996). Battered women: Injury locations and types. *Annals of Emergency Medicine*, 28, 486–492.
- Norwood, A., Murphy, C. (2012). What forms of abuse correlate with PTSD symptoms in partners of men being treated for intimate partner violence? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 596–604.
- Ogińska-Bulik, N. (2014). Wsparcie społeczne a potraumatyczny wzrost u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. W: T. Gałkowski, E. Zasepa (red.), *Oblicza współczesnej psychologii klinicznej* (s. 67–86). Gdańsk: GWP.

- Ogińska-Bulik, N. (2016). Objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost u kobiet doświadczających przemocy w rodzinie. *Psychiatria i Psychoterapia*, 3, 15–29.
- Olshen, E., McVeigh, K.H., Wunsch-Hitzig, R.A., Rickert, V.I. (2007). Dating violence, sexual assault and suicide attempts among urban teenagers. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161, 539–545.
- Ouellet-Morin, I., Fisher, H.L., York-Smith, M., Fincham-Campbell, S., Moffitt, T.E., Arseneault, L. (2015). Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depress Anxiety*, 32(5), 316–324.
- Perez, S., Johnson, D.M. (2008). PTSD Compromises Battered Women's Future Safety. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(5), 635–651.
- Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, I., Celda-Navarro, N., Blanco-Ros, C., Echeburua, E., Martinez, M. (2006). The Impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15, 599–611.
- Poznaniak, W. (1994). Przedmiotowe i podmiotowe aspekty pomagania psychologicznego. W: J. Brzeziński, W. Poznaniak (red.), *Etyczne problemy działalności badawczej i praktycznej psychologów* (s. 111–121). Poznań: Wydawnictwo Humaniora.
- Rakowska, J. (1998). Zagadnienia etyczne związane z manipulacją w psychoterapii. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5–14.
- Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castano, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 67, 791–797.
- Salom, C.L., Williams, G.M., Najman, J.M., Alati, R. (2015). Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug and Alcohol Dependence*, 151(1), 121–127.
- Schneider-Corey, M., Corey, G. (2002). *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Scott, S., Babcock, J.C. (2010). Attachment as Moderator Between Intimate Partner Violence and PTSD Symptom. *Journal of Family Violence*, 25, 1–9.
- Sęk, H., Cieślak, R. (2006). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: WN PWN.
- Stein, M., Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66(2–3), 133–138.
- Stepulak, M. (2000). Tajemnica zawodowa w działalności badawczej i praktycznej psychologów. W: J. Brzeziński, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyczne dylematy psychologii* (s. 103–134). Poznań: Wydawnictwo Humaniora.
- Suvak, M.K., Taft, C.T., Goodman, L.A., Dutton, M.A. (2013). Dimensions of Functional Social Support and Depressive Symptoms: A Longitudinal Investigation of Women Seeking Help for Intimate Partner Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 455–466.
- Temple, J.R., Weston, R., Rodriguez, B.F., Marshall, L.L. (2007). Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence Against Women*, 13, 285–297.
- Terelak, J., Kluczyńska, S. (2007). Płeć psychologiczna a style radzenia sobie ze stresem u kobiet – ofiar przemocy ze strony partnera. *Przegląd Psychologiczny*, 50(1), 45–64.
- Ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. Dz.U. z 2001 Nr 73, poz. 763.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. z dnia 20 września 2005 r. Nr 180, poz. 1493.

- WHO (2013). *Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner Violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organisation.
- Wong, J., Mellor, D. (2014). Intimate partner violence and women's health and wellbeing: Impacts, risk factors and responses. *Contemporary Nurse*, 46(2), 170–179.
- Wrona, G. (2013). Prawne aspekty przeciwdziałania przemocy w rodzinie. W: S. Kluczyńska, G. Wrona, *Lekarzu, reaguj na przemoc! Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia* (s. 52–93). Warszawa–Kraków: Instytut Łukasiewicza.
- Zlotnick, C., Johnson, D.M., Kohn, R. (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 262–267.

KRZYSZTOF OSTASZEWSKI

Instytut Psychiatrii i Neurologii

PSYCHOSPOŁECZNE CZYNNIKI PROBLEMÓW INTERNALIZACYJNYCH MŁODZIEŻY W WIEKU 15 LAT

Wprowadzenie

Problemy psychiczne młodych ludzi można podzielić na internalizacyjne i eksternalizacyjne. Autorem tej popularnej taksonomii zaburzeń emocjonalnych oraz behawioralnych dzieci i młodzieży jest Thomas Achenbach, który w latach 60. XX wieku poddał analizie czynnikowej kilkadziesiąt objawów zaburzeń psychicznych i behawioralnych występujących u bardzo młodych pacjentów szpitala psychiatrycznego. Wyniki tych dociekań wskazywały, że większość z objawów zaburzeń psychicznych obserwowanych u dzieci i młodzieży można empirycznie zredukować do dwóch składowych. Charakterystyka objawów należących do jednej składowej wskazywała na powiązane ze sobą problemy w relacjach młody człowiek – środowisko społeczne, natomiast charakterystyka objawów drugiej składowej sugerowała występowanie rozmaitych problemów młodego człowieka z samym sobą. Te pierwsze zostały określone przez Achenbacha (1966) jako problemy eksternalizacyjne, a te drugie jako internalizacyjne, w celu podkreślenia „zewnątrznych” lub „wewnętrznych” konsekwencji tych problemów.

Do grupy zaburzeń internalizacyjnych zaliczane są problemy emocjonalne i behawioralne, w których dominuje poczucie dyskomfortu psychicznego i fizycznego nawet w sytuacjach pozbawionych wyraźnych czynników stresujących. Wyróżnia się cztery grupy objawów, które należą do syndromu problemów internalizacyjnych dzieci i młodzieży: 1/ zaburzenia lękowe, np. nadmierny lęk,

2/ objawy depresji i zaburzenia nastroju, np. poczucie przygnębienia i smutku, 3/ wycofanie, np. chorobliwe unikanie kontaktów społecznych, 4/ objawy somatyczne bez wyraźnej medycznej przyczyny, np. brak energii, zawroty głowy i inne dolegliwości somatyczne (Wolańczyk, 2002). Zaburzenia internalizacyjne utrudniają nastolatkom osiągnięcie sukcesów, blokują ich naturalną chęć działania i bardzo często wiążą się z ich gorszym statusem społecznym. Bronisław Urban (2000) podkreśla, że lękowi i wycofani młodzi ludzie często nie wykorzystują w szkole swojego potencjału intelektualnego i nie spełniają standardowych wymagań, co prowadzi do niepowodzeń i podkopuje wiarę w swoje możliwości. Do negatywnych następstw tych niepowodzeń należą zaniżona samoocena, gorsza pozycja w grupie rówieśniczej i zakłócony rozwój społeczny.

Krajowe badania nad uwarunkowaniami problemów internalizacyjnych i eksternalizacyjnych młodzieży nie mają zbyt długiej tradycji. Dotyczą przede wszystkim sposobów pomiaru oraz szacowania rozmiarów tych problemów, a także ich wzajemnych związków (Wolańczyk, 2002; Czabała i in., 2005; Bobrowski, 2010, 2013). Niewiele jest krajowych badań dotyczących psychospołecznych czynników związanych z problemami internalizacyjnymi dorastającej młodzieży. Pochodzą one przede wszystkim z badań przekrojowych, mających słabsze podstawy do wnioskowania o związkach między badanymi zmiennymi. Ich wyniki wskazują na chroniącą rolę dobrej (jasnej) komunikacji w rodzinie młodego człowieka (Tabak, 2008, 2011). Biorąc pod uwagę ten stan rzeczy, podjęto badania podłużne nad uwarunkowaniami problemów internalizacyjnych gimnazjalistów¹. Badania podłużne dają pewniejsze podstawy do wnioskowania o związkach przyczynowo-skutkowych między psychospołecznymi czynnikami (ryzyka i ochrony) a problemami internalizacyjnymi młodzieży.

Zachętą do podjęcia badań własnych nad problemami internalizacyjnymi młodzieży były doświadczenia zdobyte w czasie kilkunastoletniej współpracy z Profesorem Czesławem Czabałą. W latach 1999–2011 Profesor Czabała, jako kierownik Zakładu Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, inicjował szereg działań mających na celu nasze większe zainteresowanie badawcze problematyką zdrowia psychicznego. Był pomysłodawcą i organizatorem cyklu trzech pierwszych krajowych konferencji poświęconych zagadnieniom promocji zdrowia psychicznego (Warszawa 2005, Gierłoż 2007 i Sandomierz 2009). Efektem tych konferencji były dwie monografie naukowe prezentujące krajowe dokonania badawcze i aplikacyjne w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych (Okulicz-Kozaryn i Ostaszewski, 2008, 2010). Profesor Czabała włączył Zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” w nurt badań nad problemami zdrowia psychicznego

¹ Badania zrealizowano w ramach programu statutowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii: 120 *Psychospołeczne uwarunkowania internalizacyjnych problemów młodzieży. Badania podłużne.*

oraz w tworzenie w naszym kraju podstaw promocji zdrowia psychicznego. Namacalnym wynikiem tej współpracy były projekty badawcze (m.in. badania motokowskie poszerzone o problematykę zdrowia psychicznego i badania podłużne warszawskich gimnazjalistów) oraz publikacje naukowe dotyczące zdrowia psychicznego młodzieży (m.in. Czabała i in., 2005; Bobrowski, 2010, 2013; Borucka, Okulicz-Kozaryn i Pisarska, 2006; Ostaszewski i in., 2013). Niniejszy artykuł jest symbolicznym wyrazem wdzięczności dla Profesora Czabały za inspirację i wsparcie merytoryczne okazane zespołowi badawczemu Pracowni „Pro-M”².

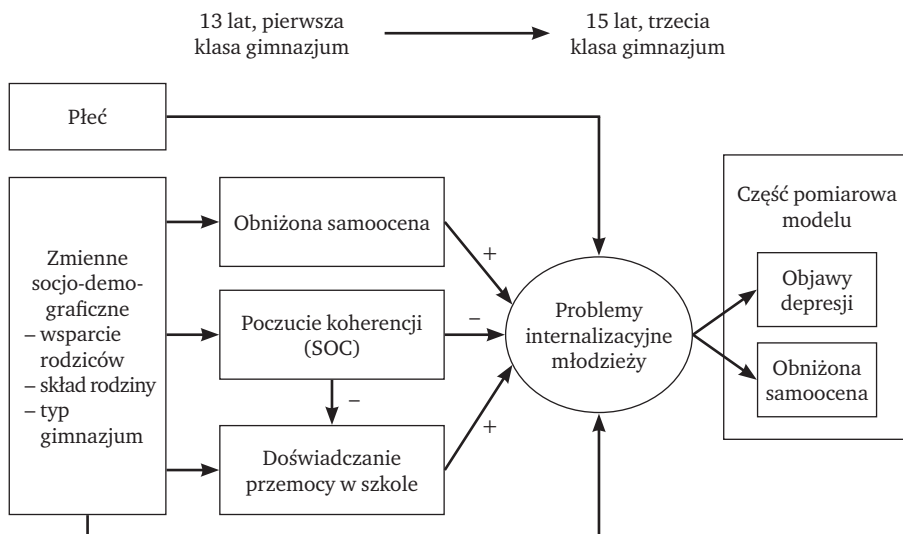
Cel i założenia badań

Celem badań była weryfikacja w planie badań podłużnych modelu zależności między psychospołecznymi czynnikami ryzyka/chroniącymi a problemami internalizacyjnymi młodzieży gimnazjalnej. Model zależności, który poddano analizie, ma kilka źródeł naukowej inspiracji. Są nim tezy koncepcji *resilience*, która wskazuje na znaczenie mechanizmów ochronnych. Działanie tych mechanizmów zostało opisane w kilku modelach teoretycznych (Garmezy, Masten i Tellegen, 1984; Fergus i Zimmerman, 2005). W modelu kompensacyjnym przyjmuje się, że czynniki chroniące (np. wspierające relacje w rodzinie nastolatka) mają bezpośredni wpływ na stan zdrowia psychicznego młodego człowieka, kompensując wpływy czynników ryzyka. W modelu interakcyjnym przyjmuje się moderującą rolę czynników chroniących, które osłabiają działanie czynników ryzyka, np. wsparcie emocjonalne rodziców moderuje (zmniejsza) negatywny wpływ konfliktów w rodzinie. Drugim źródłem inspiracji dla tych zależności jest koncepcja Aarona Antonovsky’ego (1997), która w poczuciu koherencji upatruje jednego z najważniejszych zasobów osobistych sprzyjających zachowaniu zdrowia i dobrego samopoczucia psychicznego. Trzecim istotnym wspólnym źródłem inspiracji dla analizowanego modelu są doniesienia badawcze dotyczące wpływu czynników społeczno-demograficznych na zdrowie psychiczne młodzieży. Jak dowodzą wyniki badań nad nierównościami w zdrowiu, struktura rodziny, zamieszkanie rodziny, wykształcenie rodziców są istotnymi predyktorami jakości życia związanej ze zdrowiem (Mazur, 2007, 2014; Tabak, 2011).

Testowany model uwzględniał kilka psychospołecznych czynników związanych z własnościami indywidualnymi nastolatków (por. ryc. 1). Założono, że dwa czynniki – obniżona samoocena oraz częstość przemocy rówieśniczej na

² Zespół badawczy Pracowni „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie: mgr Krzysztof Bobrowski, mgr Anna Borucka, dr Katarzyna Kocoń, dr Katarzyna Okulicz-Kozaryn, dr Krzysztof Ostaszewski, dr Agnieszka Pisarska, mgr Anna Rustecka-Krawczyk, mgr Magdalena Wójcik, który w latach 1999–2011 współpracował z Profesorem Czesławem Czabałą.

początku nauki w gimnazjum – mają bezpośredni wpływ na większe nasilenie problemów internalizacyjnych u 15-letniej młodzieży kończącej gimnazjum. Z drugiej strony przyjęto, że wysokie poczucie koherencji ogranicza nasilenie problemów internalizacyjnych oraz chroni młodzież przed przemocą rówieśniczą w szkole. Model tych zależności był poddany analizom przy kontrolowaniu takich zmiennych socjodemograficznych, jak płeć, skład rodziny, wsparcie rodziców oraz typ gimnazjum.



RYCINA 1.

Teoretyczny model zależności pomiędzy właściwościami indywidualnymi oraz zmiennymi socjodemograficznymi a nasileniem problemów internalizacyjnych młodzieży

Źródło: opracowanie własne.

Metoda

Próba oraz jej wykonanie

Próba została wyłoniona w drodze losowania warstwowego na podstawie listy klas pierwszych warszawskich gimnazjów publicznych i niepublicznych. Warstwą był typ gimnazjum (publiczne/niepubliczne), a jednostką losowania była klasa szkolna. Z listy 484 klas pierwszych należących do 149 gimnazjów publicznych wylosowano 131 klas (z 78 gimnazjów), co stanowiło 27% wszystkich klas

pierwszych warszawskich gimnazjów publicznych. Z listy 65 klas pierwszych należących do 36 gimnazjów niepublicznych wylosowano 19 klas (z 16 gimnazjów), co stanowiło 29% wszystkich klas pierwszych z warszawskich gimnazjów niepublicznych. W wylosowanej próbie znalazło się łącznie 150 klas z 94 gimnazjów, czyli ok. 3600 uczniów. Ta kohorta młodzieży była ankietowana trzykrotnie w odstępach jednorocznych: w pierwszej, drugiej i trzeciej klasie nauki w gimnazjum. We wszystkich trzech pomiarach uczniowie wypełniali anonimową ankietę podczas lekcji w szkole.

Dane podłużne. W niniejszym badaniu skoncentrowano się na tych uczestnikach, którzy brali udział w pierwszym i trzecim pomiarze. Do identyfikacji ankiet tych samych osób wykorzystano następujące informacje: miesiąc i rok urodzenia, pierwsze dwie litery imienia matki, pierwsze dwie litery imienia ojca, płeć i kod klasy. Za pomocą tych informacji połączonoankiety 2056 uczniów (45% chłopcy), co stanowiło ok. 68% osób zbadanych w pierwszym pomiarze. Największymi źródłami wykruszenia się osób badanych były odmowy dyrektorów wylosowanych szkół, odmowy rodziców na udział ich dzieci w badaniu oraz losowe nieobecności uczniów w dniu badania. Dane prospektywne pochodzą więc od uczniów, którzy uczestniczyli w dwóch pomiarach (pierwszym i trzecim) i prawidłowo posługiwali się kodem osobistym. W pierwszym pomiarze średnia wieku uczestników badań wynosiła 13,5 roku, w trzecim pomiarze – 15,5 roku.

Do badań audytoryjnych wykorzystano kwestionariuszankiety przygotowany przez zespół Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Ankieta zawierała ok. 65 pytań, z których większość składała się z kilku do kilkunastu podpunktów (Ostaszewski i in., 2006). Uczniowie wypełniali tę ankietę w klasach lekcyjnych. Ankieterami były przeszkolone osoby niezwiązane ze szkołami. Badania przeprowadzono z zachowaniem procedur zapewniających anonimowość pojedynczych uczniów, klas i szkół. Procedura badań została zaaprobowana przez Komisję Bioetyczną działającą przy Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Zmienne oraz sposób ich pomiaru

Problemy internalizacyjne młodzieży

Problemy internalizacyjne młodzieży zostały zbadane w trzecim pomiarze, czyli w wieku 15,5 roku. Do ich pomiaru wykorzystano dane dotyczące obniżonej samooceny oraz objawów zaburzeń depresyjnych (por. tab. 1). Te dwie zmienne były mierzone za pomocą skal o wysokiej spójności wewnętrznej, alpha Cronbacha = 0,87. Rozkłady wartości zmiennych wykorzystanych do pomiaru problemów internalizacyjnych były prawostronnie skośne (wartość współczyn-

nika skośności > 0). Parametry rozkładu dotyczące symetrii (skośność), jak również koncentracji rozkładu (kurtoza) odbiegały od rozkładu normalnego (por. tab. 2).

TABELA 1.

Charakterystyka skal wykorzystanych do pomiaru problemów internalizacyjnych młodzieży

	Czynniki (liczba itemów)	Zakres tematyczny	Przykładowe pytania (rodzaj i zakres skali odpowiedzi)	Źródło
1	Obniżona samoocena (4)	Poczucie zadowolenia/niezadowolenia z siebie, stosunek do samego siebie	Zaznacz na skali od 1 do 5, które ze zdań w każdej parze jest w twoim przypadku prawdziwe lub czy znajdujesz się gdzieś pomiędzy: np. „Uważam że jestem do niczego” (wartość 5) versus „Uważam, że bardzo dobrze sobie radzę w życiu” (wartość 1)	Zimmerman (2014)
2	Objawy obniżonego nastroju, depresji (4)	Smutek, osamotnienie, przygnębienie i płacz	„W ciągu ostatnich 7 dni jak często było ci smutno”, 4-punktowa skala Likerta odp. od 1 = nigdy lub rzadko do 4 = cały czas	Radloff (1977)

Źródło: opracowanie własne.

TABELA 2.

Statystyki opisowe i charakterystyka psychometryczna skal do pomiaru nasilenia dwóch rodzajów problemów internalizacyjnych młodzieży, wiek 15,5 roku, N = 2056

Skala	Liczba itemów	Zakres wartości	Średnia (odchylenie standardowe)	Skoś- ność	Kur- toza	Alpha Cron- bacha
Obniżona samoocena	4	1–5	2,21 (0,88)	0,77	0,39	0,87
Objawy obniżonego nastroju, depresji	4	1–4	1,78 (0,69)	0,92	0,46	0,87

Źródło: opracowanie własne.

Indywidualne czynniki psychospołeczne

Indywidualne czynniki psychospołeczne zostały zbadane w pierwszym pomiarze, czyli w wieku 13,5 roku. Do ich pomiaru wykorzystano skale o wysokiej spójności wewnętrznej oraz jedno pojedyncze pytanie. Za ich pomocą mierzono: (1) wsparcie emocjonalne rodziców (alpha Cronbacha = 0,92), (2) poczucie koherencji (alpha = 0,83), (3) doświadczanie przemocy ze strony kolegów/koleżanek w szkole oraz 4) obniżoną samoocenę (alpha = 0,86). Charakterystyka tych zmiennych została zamieszczona w tabeli 3.

TABELA 3.

Charakterystyka skal i pojedynczych pytań wykorzystanych do pomiaru psychospołecznych czynników w wieku 13,5 roku

	Czynniki (liczba itemów)	Zakres tematyczny	Przykładowe pytania (rodzaj i zakres skali odpowiedzi)	Źródło
1	Wsparcie emocjonalne rodziców (10)	Przejawy wsparcia emocjonalnego okazywane przez matkę oraz przez ojca nastolatka	„Mogę liczyć na wsparcie emocjonalne mojej mamy”, „Mogę liczyć na wsparcie emocjonalne mojego taty”: 5-punktowa skala Likerta od 1 = nieprawdziwe/fałszywe do 5 = całkowicie prawdziwe	Procidano, Heller (1983)
2	Poczucie koherencji (13)		„Jak często masz poczucie, że tak naprawdę nie obchodzi Cię to, co dzieje się wokół Ciebie?” 5-punktowa skala odp. od 1 = nigdy do 5 = bardzo często	Zwoliński, Jelonkiewicz i Kosińska-Dec (2001)
3	Doświadczanie przemocy ze strony kolegów/koleżanek w szkole (1)		„Od początku roku szkolnego, jak często osobiście doświadczałeś przemocy (czyli byłeś ofiarą przemocy) na terenie swojej szkoły lub w pobliżu szkoły?” 4-punktowa skala odp. od 1 = nigdy do 4 = codziennie lub prawie codziennie	Adlaf i Paglia (2001)
4	Obniżona samoocena (4)	Poczucie zadowolenia/niezadowolenia z siebie, stosunek do samego siebie	Zaznacz na skali od 1 do 5, które ze zdań w każdej parze jest w twoim przypadku prawdziwe lub czy znajdujesz się gdzieś pomiędzy: np. „Uważam że jestem do niczego” (wartość 5) versus „Uważam, że bardzo dobrze sobie radzę w życiu” (wartość 1)	Zimmerman (2014)

Zmienne socjodemograficzne

W badaniach uwzględniono płeć, wiek, strukturę rodziny oraz typ gimnazjum (publiczne/ niepubliczne). Struktura rodziny była mierzona za pomocą pytania: „Z kim głównie mieszkasz?” z pięcioma kategoriami odpowiedzi do wyboru: „z rodzicami”, „tylko z ojcem”, „tylko z matką”, „z jednym z rodziców oraz macochą/ojczymem”, „z kimś innym”. Do analiz wykorzystano zdychotomizowaną postać tej zmiennej: wartość 1 = rodzina pełna, oznaczająca rodzinę składającą się z dziecka i jego biologicznych rodziców oraz wartość 2 = rodzina niepełna/zrekonstruowana. Ta ostatnia kategoria oznaczała wszystkie pozostałe możliwości odpowiedzi, a więc dzieci wychowywane przez samotną matkę/samotnego ojca, rodzinę pełną, ale zrekonstruowaną (z ojczymem lub macochą) oraz dzieci wychowywane przez kogoś z dalszej rodziny lub placówki opiekuńczo-wychowawczej. Taki sposób podziału struktury rodziny nawiązuje do tradycji badawczej, która przyjmuje, że rodzina składająca się biologicznych rodziców ma większy ochronny wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo dzieci niż wszystkie pozostałe opcje struktury rodziny (Steinberg, 1987; Hair i in., 2009). Proporcje uczestników badań ze względu na zmienne kontrolowane przedstawiono w tabeli 4.

TABELA 4.

Charakterystyka uczestników badań podłużnych ze względu na dychotomiczne zmienne kontrolowane wraz ze sposobem ich kodowania, N = 2056

Płeć	Odsetki/przypisane wartości
Chłopcy	44,7 (wartość 1)
Dziewczęta	55,3 (wartość 2)
Typ gimnazjum	
– uczniowie gimnazjów publicznych	91,0 (wartość 1)
– uczniowie gimnazjów niepublicznych	9,0 (wartość 2)
Struktura rodziny i pomiar	
– pełna (z obojgiem rodziców)	82,7 (wartość 1)
– niepełna lub zrekonstruowana	17,3 (wartość 2)

Źródło: opracowanie własne.

Analizy statystyczne. Związki pomiędzy problemami internalizacyjnymi a psychospołecznymi czynnikami zostały zweryfikowane za pomocą metody modelowania strukturalnego (*structural equation modeling*, SEM) (Schreiber i in., 2006; Januszewski, 2011; Kline, 2011; Bedyńska i Książek, 2012). Ze względu na znaczne odstępstwa od rozkładu normalnego w zmiennych obserwowanych, we wszystkich analizach zastosowano metodę asymptotycznie wolną od rozkładu

(ADF). Metoda ta nie wymaga wielowymiarowego rozkładu normalnego, a jedynie dużej próby (Bedyńska i Książek, 2012). Liczebność naszej próby ($N = 2056$) spełnia te wymagania, biorąc pod uwagę liczbę zmiennych oraz parametrów wykorzystanych do oszacowania trafności modelu pomiarowego.

Dla oceny dopasowania modeli zastosowano funkcje rozbieżności oparte na statystyce χ^2 (CMIN, CMIN/DF) oraz miary dopasowania modeli: SRMR (standaryzowany pierwiastek ze średniego kwadratu reszt), CFI (wskaźnik porównawczy dopasowania) i RMSEA (pierwiastek średniokwadratowego błędu przybliżenia), które są rekomendowane w literaturze jako odpowiednie dla metody asymptotycznie wolnej od rozkładu (Hu i Bentler, 1998). Przyjęto na podstawie literatury (Schreiber i in., 2006; Bedyńska i Książek, 2012), że o dobrym dopasowaniu modelu teoretycznego i danych empirycznych świadczą wartości, $SRMR \leq 0,08$, $CFI > 0,90$, $RMSEA \leq 0,06$. Warto jednak zaznaczyć, że te kryteria mają jedynie wartość orientacyjną, ponieważ dla metody ADF nie ma jednoznacznych kryteriów.

Braki danych. Poprawne oszacowanie modeli strukturalnych wymagało poradzenia sobie z problemem braków danych, które są nieodłączną konsekwencją badań ankietowych. W tym celu zastosowano metodę wielokrotnej imputacji (*multiple imputation*, MI) rekomendowaną w literaturze jako poprawną statystycznie metodę uzupełniania braków danych (Graham, 2009; Moczko, 2012). Metoda wielokrotnej imputacji pozwala na uzupełnianie braków danych w odpowiedziach danego uczestnika badań z wykorzystaniem innych ważnych danych ankietowych tej osoby. Jest to metoda, która zdaniem specjalistów pozwala na zmniejszenie „skrzywienia” analizowanych związków w porównaniu do metod opartych na wyłączeniu z analiz obserwacji z brakami danych lub zastępowaniu ich średnią (Schafer i Graham, 2002). Struktura braków danych w analizowanym zbiorze pozwalała przyjąć, że mieliśmy do czynienia w dużym stopniu z losowym mechanizmem powstawania braków danych (*missing at random*, MAR). Wykorzystano pięciokrotną liczbę przypisań, co pozwala na osiągnięcie poprawnej imputacji przy liczbie braków danych nieprzekraczającej 50% przypadków (Moczko, 2012).

Wyniki i ich omówienie

Analizy opisowe

Problemy internalizacyjne młodzieży mierzone w wieku 15,5 roku: porównanie ze względu na płeć

Pierwszym etapem analiz było porównanie średnich wartości uzyskanych na skalach do pomiaru problemów internalizacyjnych młodzieży w wieku 15,5 roku.

Średnie dla dziewcząt i chłopców porównywano za pomocą testu t-studenta dla prób niezależnych. Wyniki wskazują na istotnie wyższe średnie wartości u dziewcząt zarówno na skali depresji ($p < 0,001$), jak i na skali obniżonej samooceny ($p < 0,005$) (por. tab. 5). Wyniki te są zgodne z rezultatami innych badań wskaźujących na wyższy poziom problemów internalizacyjnych u dziewcząt (Czabała i in., 2005; Tabak, 2011; Bobrowski, 2013).

TABELA 5.

Średnie wartości na skalach do pomiaru problemów internalizacyjnych dziewcząt i chłopców wieku 15,5 roku, $N = 2056$

	Skala depresji			Skala obniżonej samooceny		
	Średnia (SD)	t	p	Średnia (SD)	t	p
Chłopcy	1,62 (0,66)	-9,96	0,001	2,15 (0,92)	-2,82	0,005
Dziewczęta	1,91 (0,68)			2,26 (0,84)		

Źródło: opracowanie własne.

Czynniki psychospołeczne mierzone u uczestników badań w wieku 13,5 roku: porównanie ze względu na płeć

Kolejnym etapem analiz było porównanie średnich wartości uzyskanych na skalach do pomiaru czynników psychospołecznych u młodzieży w wieku 13,5 roku (w pierwszym pomiarze). Podobnie jak poprzednio średnie dla dziewcząt i chłopców porównywano za pomocą testu t-studenta dla prób niezależnych. Wyniki tych porównań wykazały, że chłopcy częściej niż dziewczęta doznają przemocy rówieśniczej w szkole ($p < 0,001$). W przypadku pozostałych trzech zmiennych porównania ze względu na płeć nie wykazały istotnych różnic (tab. 6). Te wyniki wskazują, że dziewczęta i chłopcy zbadani w wieku 13,5 roku mieli podobny poziom poczucia koherencji, obniżonej samooceny oraz wsparcia rodziców.

TABELA 6.

Średnie wartości na skalach do pomiaru psychospołecznych czynników ryzyka i czynników chroniących u dziewcząt i chłopców wieku 13,5 roku, N = 2056

	Skala poczucia koherencji (SOC)			Skala obniżonej samooceny		
	Średnia (SD)	t	p	Średnia (SD)	t	p
Chłopcy	3,70 (0,63)	1,78	0,075	2,06 (0,89)	0,73	0,466
Dziewczęta	3,65 (0,64)			2,08 (0,87)		
	Skala wsparcia rodziców			Częstość przemocy w szkole		
	Średnia (SD)	t	p	Średnia (SD)	t	p
Chłopcy	4,03 (0,86)	1,25	0,212	1,70 (0,91)	8,17	0,001
Dziewczęta	3,98 (0,88)			1,40 (0,71)		

Źródło: opracowanie własne.

Modelowanie strukturalne

Cała grupa (N = 2056). W pierwszym kroku testowano przyjęty model zależności pomiędzy czynnikami psychospołecznymi a problemami internalizacyjnymi w całej grupie osób badanych.

Dopasowanie modelu. Wartości statystyki χ^2 (485,32: DF 72, $p < 0,001$, CMIN/DF = 6,74) wskazują na istotne różnice pomiędzy zakładaną (teoretyczną) i wynikającą z obserwacji (empiryczną) macierzą wariancji-kowariancji. Istotny wynik testu rozbieżności między macierzą zakładaną a obserwowaną macierzą wariancji-kowariancji był jednak oczekiwany ze względu na dość dużą próbę i liczbę parametrów (Willoughby, Chalmers i Busseri, 2004). Dlatego w ocenie jakości modelu kierowano się przede wszystkim rekomendowanymi indeksami dopasowania. Wartość CFI (0,802) była poniżej przyjętego progu, a wartości SRMR (0,057) oraz RMSEA (0,053) spełniały przyjęte kryteria. Na podstawie tych wyników możemy przyjąć, że model jest umiarkowanie dopasowany do danych.

Efekty bezpośrednie. Na rycinie 2 przedstawiono wyniki modelowania strukturalnego dla całej grupy badanej młodzieży. Wyniki analiz wskazują, że przy kontrolowaniu wstępnego poziomu samooceny poczucie koherencji wiąże się bezpośrednio z mniejszym nasileniem problemów internalizacyjnych młodzieży, a doświadczanie przemocy rówieśniczej w szkole z większym nasileniem tych problemów. Standaryzowane wartości współczynników ścieżkowych β pomiędzy tymi zmiennymi a problemami internalizacyjnymi wyniosły odpowiednio $-0,15$ (dla poczucia koherencji) i $0,08$ (dla przemocy rówieśniczej w szkole). Im wyższe poczucie koherencji i mniejsza częstość przemocy rówieśniczej w szkole

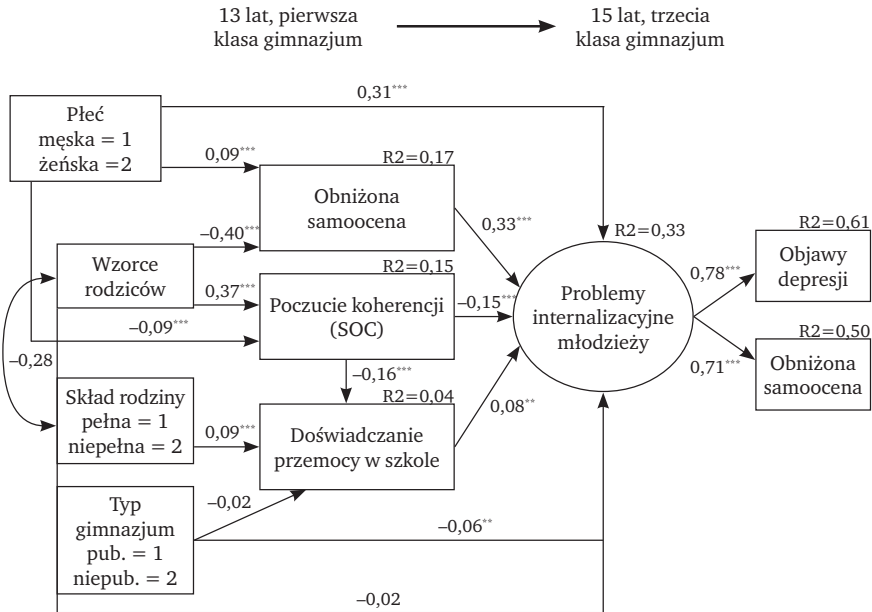
w wieku 13 lat, tym mniejsze nasilenie problemów internalizacyjnych w wieku 15 lat. Co więcej, wyniki potwierdziły, że poczucie koherencji działa również pośrednio na mniejsze nasilenie problemów internalizacyjnych, ograniczając ekspozycję na przemoc rówieśniczą w szkole $\beta = -0,16$).

Zgodnie z oczekiwaniami najsilniejszymi predyktorami problemów internalizacyjnych w wieku 15 lat była obniżona samoocena w wieku 13 lat: płć męska $\beta = 0,33$) oraz płć żeńska $\beta = 0,31$). Typ gimnazjum okazał się znaczącym predyktorem problemów internalizacyjnych $\beta = -0,06$, $p < 0,003$, co oznacza, że nauka w niepublicznym gimnazjum wiązała się z mniejszym nasileniem problemów internalizacyjnych młodzieży. Analizy nie wykazały jednak znaczącego związku pomiędzy typem szkoły a częstością przemocy rówieśniczej doświadczanej przez uczestników badań $\beta = -0,02$, n.i.

Wsparcie rodziców mierzone w wieku 13,5 roku (przy kontrolowaniu innych zmiennych uwzględnionych w modelu) nie było bezpośrednio związane z nasileniem problemów internalizacyjnych w wieku 15,5 roku $\beta = -0,02$). Natomiast zgodnie z modelem, wsparcie rodziców było istotnym predyktorem większego poczucia koherencji dorastających dzieci $\beta = 0,37$) oraz ujemnie wiązało się z obniżoną samooceną $\beta = -0,39$). Im wyższe wsparcie rodziców, tym większe poczucie koherencji u dorastającego dziecka oraz tym mniejsza wartość obniżonej samooceny dziecka. Wyniki badań wskazały również na związek pomiędzy wychowywaniem się w rodzinach niepełnych a częstością doświadczania przemocy rówieśniczej w szkole $\beta = 0,09$). W tym miejscu należy dodać, że spostrzegane przez uczestników badań wsparcie rodziców było ujemnie skorelowane z wychowywaniem się w rodzinach niepełnych/zrekonstruowanych ($r = -0,28$). Innymi słowy, wychowywanie się w rodzinach niepełnych/zrekonstruowanych wiązało się z niższym wsparciem dorastającego dziecka ze strony rodziców, co potwierdzają analizy innych autorów (Namysłowska i Siewierska, 2000).

Wyniki analiz wskazują również, że płć żeńska jest powiązana dodatnio z obniżoną samooceną oraz mniejszym poziomem koherencji u dorastającej młodzieży. Te wyniki wskazują na znaczenie czynnika płci dla wziętych pod uwagę czynników psychospołecznych.

Model zależności pomiędzy indywidualnymi czynnikami psychospołecznymi oraz zmiennymi socjodemograficznymi a nasileniem problemów internalizacyjnych młodzieży wyjaśniał ok. 33% wariancji zmiennej zależnej, co należy uznać za wynik potwierdzający spore znaczenie wybranych zmiennych dla wyjaśniania problemów zdrowia psychicznego młodzieży.



RYCINA 2.

Strukturalny model zależności pomiędzy właściwościami indywidualnymi w wieku 13 lat a nasileniem problemów internalizacyjnych w wieku 15 lat (N = 2056), z pośredniczącą rolą zmiennych socjodemograficznych;

** p < 0,01; ***p < 0,001

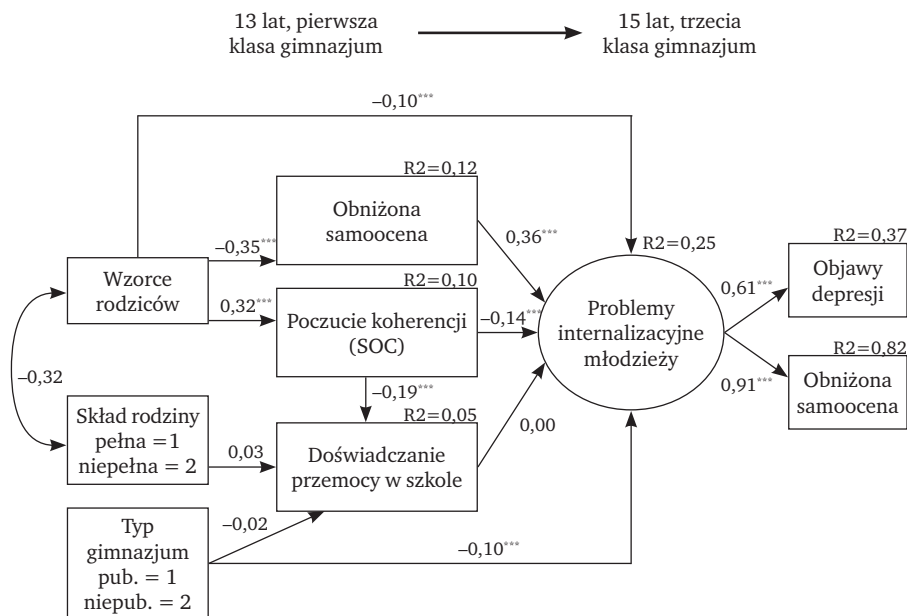
Źródło: opracowanie własne.

Modelowanie strukturalne oddzielnie w grupie chłopców (N = 920) i dziewcząt (N = 1136)

Ze względu na silny wpływ czynnika płci na nasilenie problemów internalizacyjnych, a także ze względu na związek czynnika płci z analizowanymi zmiennymi psychospołecznymi modelowanie strukturalne prowadzono w podgrupach wyróżnionych ze względu na płeć.

Dopasowanie modelu. Najlepsze dopasowanie modelu zależności osiągnięto w grupie chłopców (por. ryc. 3). W tej grupie wartości miar dopasowania kształtowały się następująco: χ^2 90,94, DF 61, p < 0,008, GMIN/DF = 1,49, CFI = 0,960, SRMR = 0,034, RMSEA = 0,023. Na tej podstawie można przyjąć, że model był dobrze dopasowany do danych. Nieco słabsze, ale również dobre dopasowanie, odnotowano w grupie dziewcząt (por. ryc. 4). W tej grupie wartości miar dopasowania kształtowały się następująco: χ^2 117,10, DF 61,

$p < 0,001$, $CMIN/DF = 1,92$, $CFI = 0,947$, $SRMR = 0,031$, $RMSEA = 0,028$. Reasumując, dopasowanie modelu w obu grupach wyróżnionych ze względu na płeć było dobre; znacznie lepsze niż dopasowanie modelu w całej analizowanej grupie młodzieży, co potwierdza trafność decyzji o przeprowadzeniu analiz oddzielnie dla dziewcząt i chłopców.



RYCINA 3.

Strukturalny model zależności pomiędzy właściwościami indywidualnymi w wieku 13 lat a nasileniem problemów internalizacyjnych w wieku 15 lat w grupie chłopców (N = 920), z pośredniczącą rolą zmiennych socjodemograficznych;

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Źródło: opracowanie własne.

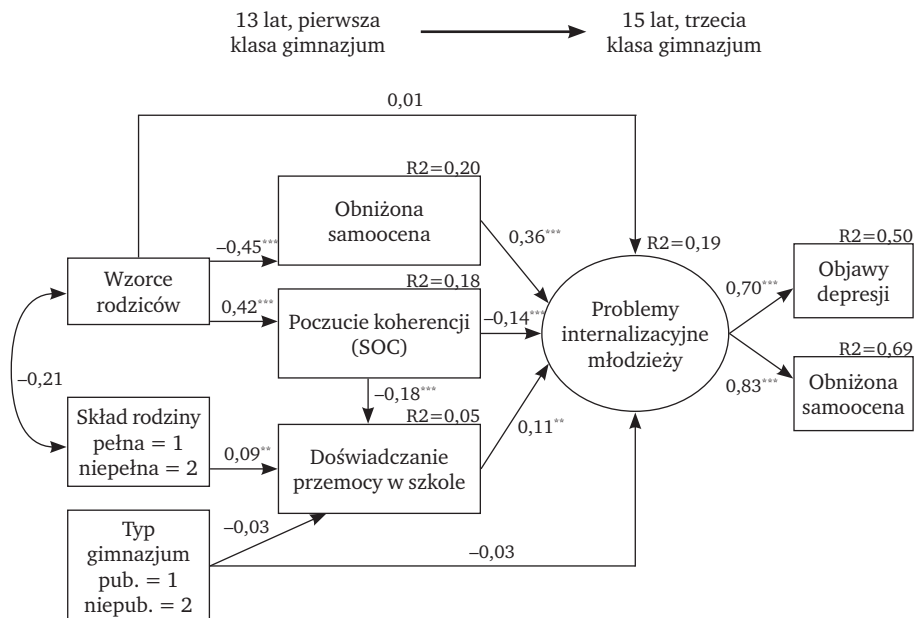
Efekty bezpośrednie. Wyniki dotyczące dwóch zmiennych wyjaśniających mierzonych w wieku 13,5 roku (obniżona samoocena, poczucie koherencji) uzyskane w grupach dziewcząt i chłopców były w dużej mierze zgodne z wynikami uzyskanymi w całej grupie. Obniżona samoocena mierzona w wieku 13,5 roku w obu grupach okazała się silnym czynnikiem ryzyka $\beta = 0,36$; $\beta = 0,33$). Poczucie koherencji natomiast w obu grupach było czynnikiem chroniącym o umiarkowanej mocy $\beta = -0,14$; $\beta = -0,13$). W obu grupach poczucie koherencji w podobnym stopniu miało dodatkowo wpływ pośredni na nasilenie problemów internalizacyjnych, ograniczając ekspozycję na przemoc rówieśniczą w szkole $\beta = -0,19$; $\beta = -0,18$).

W przypadku dwóch zmiennych wyjaśniających związanych ze szkołą (przemoc rówieśnicza w szkole oraz typ gimnazjum) uzyskano inne wyniki w grupie dziewcząt i w grupie chłopców. Najbardziej widoczne różnice były związane ze znaczeniem przemocy rówieśniczej w szkole oraz znaczeniem typu gimnazjum dla nasilenia problemów internalizacyjnych. W przypadku chłopców częstość przemocy w szkole (przy kontrolowaniu innych zmiennych zawartych w modelu) nie różnicowała nasilenia problemów internalizacyjnych osób badanych ($\beta = 0,00$), natomiast w przypadku dziewcząt częstość przemocy w szkole okazała się istotnym predyktorem większego nasilenia problemów internalizacyjnych ($\beta = 0,11$). W przypadku chłopców uzyskane wyniki sugerują, że uczęszczanie do gimnazjum niepublicznego zmniejszało ryzyko problemów internalizacyjnych ($\beta = -0,10$), natomiast w grupie dziewcząt typ gimnazjum nie miał istotnego znaczenia dla nasilenia tych problemów ($\beta = -0,03$).

Wyniki wskazują, że w grupie dziewcząt bezpośredni wpływ wsparcia rodzicielskiego na powstawanie problemów internalizacyjnych nie był znaczący ($\beta = 0,01$). Ale wsparcie rodziców miało bardzo duże bezpośrednie znaczenie dla kształtowania się obniżonej samooceny ($\beta = -0,45$) oraz poczucia koherencji w grupie dziewcząt ($\beta = 0,42$). Ten wynik wskazuje na duże pośrednie znaczenie ochronne wsparcia rodzicielskiego dla powstawania problemów internalizacyjnych u dziewcząt. W grupie chłopców natomiast bezpośredni wpływ wsparcia rodzicielskiego na powstawanie problemów internalizacyjnych okazał się znaczący ($\beta = 0,10$). Co oznacza, że im wyższe wsparcie rodziców, tym mniejsze nasilenie problemów internalizacyjnych u chłopców. Jednocześnie wsparcie rodziców okazywane chłopcom miało istotne znaczenie dla kształtowania się samooceny ($\beta = -0,35$) oraz poczucia koherencji ($\beta = 0,32$). Ten wynik sugeruje, że wsparcie rodziców miało zarówno bezpośredni, jak i pośredni chroniący wpływ na nasilenie problemów internalizacyjnych w grupie chłopców.

Interesujący jest również wynik, który sugeruje, że w grupie dziewcząt wychowywanie się w rodzinie niepełnej zwiększa ryzyko ekspozycji na przemoc rówieśniczą w szkole ($\beta = 0,09$). W przypadku dziewcząt więc niepełny skład rodziny i oraz przemoc rówieśnicza w szkole były wzajemnie powiązanymi czynnikami, które zwiększały ryzyko rozwoju problemów internalizacyjnych.

Modele zależności analizowane oddzielnie dla dziewcząt i chłopców wyjaśniały w grupie chłopców ok. 25% wariancji zmiennej zależnej i 19% wariancji w grupie dziewcząt, co wskazuje na nieco większy udział czynników psychospołecznych w wyjaśnianiu problemów internalizacyjnych u chłopców.



RYCINA 4.

Strukturalny model zależności pomiędzy właściwościami indywidualnymi w wieku 13 lat a nasileniem problemów internalizacyjnych w wieku 15 lat w grupie dziewcząt (N = 1136), z pośredniczącą rolą zmiennych socjodemograficznych; **p < 0,01; ***p < 0,001

Źródło: opracowanie własne.

Ograniczenia badań. Niewątpliwym ograniczeniem tych badań są błędy pomiaru wynikające z niedoskonałości metody samoopisowej do badania problemów internalizacyjnych młodzieży. Dobrze znany jest mechanizm aprobaty społecznej, który utrudnia rzetelne udzielanie odpowiedzi na pytania ankietowe. Szczególnie, jeśli pytania ankietowe dotyczyły „trudnych” tematów, takich jak: objawy depresji, zaniżona samoocena, jakość relacji z rodzicami. Niektórzy spośród uczniów mogli obawiać się ujawnienia odpowiedzi wobec personelu szkoły lub rówieśników. W związku z tym podjęto starania, aby zminimalizować podawanie nieprawdziwych odpowiedzi. W tym celu zapewniano uczniów o całkowitej anonimowości badań na poziomie indywidualnym, klasy i szkoły. Podkreślano także w ustnej i pisemnej instrukcji dobrowolny charakter udziału w badaniach oraz ich poufny charakter. Po wypełnieniu ankiet zwracano również uwagę na sprzeczności w odpowiedziach, przeglądano uważnie wszystkie ankietę zawierające skrajne odpowiedzi, dopiski mogące świadczyć o niepoważnym traktowaniu badań, a następnie metodą sędziów kompetentnych oceniano wiarygodność takich ankiet.

Podsumowanie i wnioski

Psychospołeczne czynniki chroniące

Poczucie koherencji. Wyniki naszych badań są jeszcze jednym empirycznym dowodem potwierdzającym znaczenie wysokiego poczucia koherencji dla ograniczania problemów zdrowia psychicznego dorastającej młodzieży. Poczucie koherencji mierzone w wieku 13,5 roku było istotnie powiązane z mniejszym nasileniem problemów internalizacyjnych dwa lata później. Te wyniki, co warto podkreślić, uzyskano w badaniach podłużnych. Można więc z pewną ostrożnością przyjąć, że związek ten ma charakter przyczynowo-skutkowy, gdzie przyczyną jest wysoki poziom koherencji, a skutkiem niskie nasilenie problemów internalizacyjnych.

Co więcej, poczucie koherencji ogranicza również ryzyko ekspozycji na przemoc rówieśniczą w szkole. Prawdopodobnie nastolatki odznaczające się wysokim poziomem poczucia koherencji lepiej radzą sobie w relacjach z rówieśnikami oraz w sytuacjach konfliktowych lub konfrontacyjnych, które nieuchronnie towarzyszą nauce w szkole. Nasze wyniki dotyczące poczucia koherencji wśród gimnazjalistów są zgodne z wynikami badań Ireny Jelonkiewicz nad zdrowiem młodzieży. Zdaniem tej autorki poczucie koherencji to zasób uniwersalny oddziałujący na różne aspekty życia młodego człowieka (Jelonkiewicz, 2012).

Wsparcie rodziców. Wyniki naszych badań są również jeszcze jednym empirycznym dowodem potwierdzającym pośrednie znaczenie zasobów rodzinnych mających wpływ na ograniczanie problemów internalizacyjnych dorastającej młodzieży. Pozytywne czynniki związane ze środowiskiem rodzinnym – wsparcie rodzicielskie – były istotnie powiązane z wyższym poczuciem koherencji i mniejszym ryzykiem obniżonej samooceny. A te czynniki okazały się istotnymi predyktorami problemów internalizacyjnych 15-letniej młodzieży. Potwierdza to znaczenie dobrych relacji w rodzinie dla zdrowia psychicznego dorastającej młodzieży (Tabak, 2008, 2014; Schleider i Weisz, 2017).

Psychospołeczne czynniki ryzyka

Przemoc rówieśnicza w szkole. Wyniki naszych badań są jeszcze jednym dowodem wskazującym na ryzyko związane z poczuciem zagrożenia psychicznego i fizycznego w szkole. Doświadczanie przemocy w szkole wiązało się z większym nasileniem problemów internalizacyjnych u badanej młodzieży. Analizy prowadzone oddzielnie dla dziewcząt i chłopców wskazują, że dziewczęta są bardziej niż chłopcy narażone na koszty psychiczne związane z przemocą rówieśniczą w szkole. Przemoc fizyczna i psychiczna w szkole jest istotnym czynnikiem ryzyka problemów zdrowia psychicznego. Jak wskazują badania i obserwacje praktyków

przemoc rówieśnicza może przyczyniać się do powstawania obniżonej samooceny, zaburzeń lękowych i psychosomatycznych, objawów depresji i prób samobójczych młodych ludzi (Tabak, 2014).

Obniżona samoocena. Wyniki naszych badań wskazują na duże znaczenie samooceny. Obniżona samoocena na początku edukacji w gimnazjum była najsilniejszym czynnikiem ryzyka problemów ze zdrowiem psychicznym w ostatniej klasie tego etapu edukacyjnego. Młodzi ludzie z obniżoną samooceną funkcjonują gorzej w szkole i w relacjach rówieśniczych. Ten stan przyczynia się do wycofywania się z życia towarzyskiego i powstawania problemów zdrowia psychicznego (Borucka, Okulicz-Kozaryn i Pisarska, 2006).

BIBLIOGRAFIA

- Achenbach, T. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1–37.
- Adlaf, E., Paglia, A. (2001). *The mental health-being of Ontario students. Findings from the OSDUS 1991–1999*, Ontario: Centre for Addiction and Mental Health. <https://ozone.scholarsportal.info/bitstream/1873/7997/1/10294920.pdf>.
- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 206–231). Warszawa: WN PWN.
- Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno–Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.
- Bobrowski, K. (2010). Monitorowanie wybranych wskaźników zdrowia psychicznego 15-latków w badaniach mokotowskich. Zmiany pomiędzy 2004 i 2008 rokiem. W: K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część II* (s. 145–158). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe–Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Bobrowski, K. (2013). Problemy zdrowia psychicznego młodzieży w latach 2004–2012. W: K. Ostaszewski, K. Bobrowski, A. Borucka, K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, J. Raduj, D. Biechowska (2013). *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012* (s. 56–76). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Borucka, A., Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A. (2006). Wybrane psychologiczne i psychospołeczne zasoby zdrowia warszawskich nastolatków. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3(201), 115–136.
- Czabała, J.C., Bryczyńska, C., Bobrowski, K., Ostaszewski, K. (2005). Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 14(1), 1–9.
- Fergus, S., Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419.
- Garnezy, N., Masten, A., Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97–111.
- Graham, J. (2009). Missing data analysis: making it work in the real word. *Annual Review of Psychology*, 60, 549–576.

- Hair, E., Park, M., Ling, T., Moore, K. (2009). Risky behaviors in late adolescence: co-occurrence, predictors, and consequences. *Journal of Adolescent Health, 45*, 253–261.
- Hu, L., Bentler, P. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods, 3*(4), 424–453.
- Januszewski, A. (2011). Modele równań strukturalnych w metodologii badań psychologicznych. Problematyka przyczynowości w modelach strukturalnych i dopuszczalność modeli. *Studia z psychologii w KUL, 17*, 213–245.
- Kline, R. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling, Third Edition*. New York–London: The Guilford Press.
- Mazur, J. (red.). (2007). *Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazur, J. (2014). Nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży z perspektywy całego życia. *Studia Biura Analiz Sejmowych, 2*(38), 67–89.
- Moczko, J. (2012). Wnioskowanie statystyczne w przypadku występowania brakujących danych. *Przegląd Lekarski, 69*(10), 1035–1039.
- Namysłowska, I., Siewierska, A. (2000). Kondycja polskich rodzin a zdrowie psychiczne. W: J.C. Czabała (red.), *Zdrowie psychiczne, zagrożenia i promocja* (s. 122–143). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Okulicz-Kozaryn, K., Ostaszewski, K. (red.). (2008). *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Okulicz-Kozaryn, K., Ostaszewski, K. (red.). (2010). *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Część druga*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ostaszewski, K., Bobrowski, K., Borucka, A., Kocoń, K., Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A. (2006). *Adaptacja skal do pomiaru czynników ryzyka i czynników chroniących związanych z rozwojem zachowań problemowych oraz do pomiaru zachowań problemowych*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, Maszynopis.
- Ostaszewski, K., Bobrowski, K., Borucka, A., Okulicz-Kozaryn, K., Pisarska, A., Raduj, J., Biechowska, D. (2013). *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Procidano, M., Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology, 11*, 1–24.
- Radloff, L. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression for research in general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385–401.
- Schafer, J., Graham, J. (2002). Missing data: our view of the state of the art. *Psychological Methods, 7*(2), 147–177.
- Schreiber, J., Stage, F., King, J., Nora, A., Barlow, E. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: a review. *The Journal of Educational Research, 99*(6), 323–337.
- Schleider, J., Weisz, J. (2017). Family process and youth internalizing problems: A triadic model of etiology and intervention. *Development and Psychopathology, 29*(1), 273–301.
- Steinberg, L. (1987). Single parents, stepparents, and susceptibility of adolescents to antisocial peer pressure. *Child Development, 58*, 269–275.
- Tabak, I. (2008). *Dobre relacje w rodzinie jako czynnik chroniący w grupie uwarunkowań związanych ze środowiskiem rodzinnym*. W: J. Mazur, I. Tabak, A. Małkowska-Szcutnik, K. Ostaszewski, H. Kołoto, A. Dzielska, A. Kowalewska, *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka. Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży.
- Tabak, I. (2011). Rodzinne determinanty zdrowia psychicznego 17-latków w kontekście uwarunkowań społeczno-ekonomicznych. W: J. Mazur (red.), *Społeczne determinanty zdrowia młodzieży szkolnej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

- Tabak, I. (2014). Zdrowie psychiczne u dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów. *Studia Biura Analiz Sejmowych*, 2(38), 113–138.
- Urban, B. (2000). *Zachowania dewiacyjne młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Willoughby, T., Chalmers, H., Busseri, M. (2004). Where is the syndrome? Examining co-occurrence among multiple problem behaviors in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1022–1037.
- Wolańczyk, T. (2002). *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży w Polsce*. Warszawa: Akademia Medyczna w Warszawie.
- Zimmerman, M. (2014). Flint [Michigan] Adolescent Study (FAS): A Longitudinal Study of School Dropout and Substance Use, 1994-1997. ICPSR34598-v1. Ann Arbor, MI: Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2014-11-07. <http://doi.org/10.3886/ICPSR34598.v>.
- Zwoliński, M., Jelonkiewicz, I., Kosińska-Dec, K. (2001). Skala poczucia koherencji dla młodzieży i jej właściwości psychometryczne. *Sztuka Leczenia*, 2, 31–35.

MAGDALENA ROWICKA

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

UZALEŻNIENIA BEHAWIORALNE

Termin „uzależnienia” kojarzony jest najczęściej z alkoholem, tytoniem i innymi substancjami psychoaktywnymi, czasem z graniem w gry hazardowe, ale rzadziej z uprawianiem ćwiczeń fizycznych, seksem, zakupami czy korzystaniem z internetu. To, co łączy wymienione zachowania z uzależnieniami od substancji, to krótkotrwałe poczucie nagrody. Może ono prowadzić do utraty kontroli na wykonywaniu tych czynności mimo świadomości negatywnych konsekwencji. Obecnie brakuje konsensusu co do samego nazewnictwa tej kategorii i jej klasyfikacji (Starcevic, 2016), ale można przyjąć (dzięki badaniom), że pewne zachowania wykonywane w sposób niekontrolowany prowadzą do podobnych konsekwencji co uzależnienie, na przykład od alkoholu. W związku z tym samą kategorię nazywa się uzależnieniami (nałogami), ale nie od substancji, a od zachowania.

Zostało to wyraźnie zaznaczone w najnowszej rewizji DSM, w której zaburzenie związane z graniem w gry hazardowe zmieniło swoją nazwę i miejsce. Zamiast „patologicznego hazardu” stosuje się „zaburzenie grania w gry hazardowe”, zamiast zaś kategorii „zaburzeń kontroli impulsów” stosuje się nowo powstałą kategorię „uzależnień nie od substancji” (APA, 2013). Obecnie jedynie zaburzenie grania w gry hazardowe reprezentuje kategorię uzależnień behawioralnych, choć nieformalnie należą do niej także między innymi zaburzenie grania w gry komputerowe, problemowe korzystanie z internetu, kompulsyjne kupowanie, hiperseksualność czy zaburzenie związane z uprawianiem ćwiczeń fizycznych. To, czy dane zachowanie może należeć do kategorii uzależnień, będzie z pewnością przedmiotem badań przez kolejne lata.

Współcześnie można przyjąć, że w kontekście uzależnień nie od substancji rozróżniamy trzy kategorie zachowań: pierwsza – zachowań, które można opisać mianem uzależnień na podstawie danych empirycznych i klinicznych (np. zaburzenie grania w gry hazardowe); druga – zachowań, które są opisane jako zabu-

rzenia obsesyjno-kompulsyjne (np. kleptomania); trzecia – zachowań, które potocznie, ale nieprawidłowo określa się mianem uzależnień, mając na myśli pasję lub słabość (np. „książkopolizm” czy „czekoladoholizm”). Prowadzenie badań nad wszystkimi trzema kategoriami będzie stanowiło wyzwanie w najbliższych latach, przy czym rozstrzygnięcie, dlaczego niektóre zaburzenia zachowania przynależą do pierwszej lub drugiej kategorii, będzie przedmiotem badań naukowych i klinicznych. Natomiast trzecia kategoria stanowi poważny problem w społecznym odbiorze samych uzależnień behawioralnych – z badań opinii publicznej (CBOS, 2012) wynika, że uzależnienia od substancji są postrzegane jako poważne i w związku z tym finansowanie terapii ze środków publicznych jest akceptowane przez społeczeństwo, podczas gdy uzależnienia od hazardu, seksu czy zakupów są traktowane jako fanaberie, próżność czy skutek niskiego poziomu moralności. Niedostrzeganie powagi problemu wiąże się z brakiem akceptacji finansowania terapii ze środków publicznych, ale także, co gorsza, z bagatelizowaniem zjawiska nie tylko w wymiarze społecznym, lecz także w wymiarze osobistym – kiedy cierpią najbliżsi czy sami uzależnieni. W związku z tym wysiłki czynione w najbliższych latach (zarówno badawcze, jak i popularyzatorskie), powinny być skupione wokół promocji zdrowia psychicznego, również w zakresie uzależnień behawioralnych.

Podstawową charakterystyką uzależnień behawioralnych jest utrata kontroli nad danym zachowaniem opisywanym często jako przymus jego wykonania mimo negatywnych konsekwencji, co jest spójne z definicją uzależnień od substancji. Do negatywnych konsekwencji należą między innymi konflikty z rodziną, przyjaciółmi, zaniedbywanie obowiązków, rezygnacja z (często opisywana jako porzucanie) zainteresowań na rzecz wykonywania danej czynności. Badacze są raczej zgodni co do podstawowej listy kryteriów diagnostycznych uzależnień behawioralnych. Należą do nich: (1) zaabsorbowanie (zarówno behawioralne, jak i poznawcze), (2) zmiana nastroju, (3) wzrastająca tolerancja na działanie czynnika uzależniającego (w tym przypadku danego zachowania), (4) symptomy odstawienne (głównie psychologiczne, ale także fizjologiczne, takie jak przyspieszony rytm serca) pojawiające się w przypadku ograniczenia możliwości wykonywania danego zachowania, (5) konflikt na poziomie interpersonalnym i intrapersonalnym, (6) nawrót (Griffiths, 2005).

Od czego można się uzależnić behawioralnie?

Najprostsza odpowiedź na to pytanie brzmi: od wszystkiego. Świadomość tego faktu także wśród laików skutkuje nadużywaniem słowa „uzależnienie” w odniesieniu do zjawisk z opisanej wcześniej trzeciej kategorii zachowań, tj. pasji lub hobby. Jednakże precyzja języka naukowego wymaga stosowania zasady nie-

mnożenia bytów (tzw. brzytwy Okhama). Według niej, jeśli istnieje już adekwatna kategoryzacja danego zaburzenia, nie należy zaliczać go do bardziej modnych kategorii – zaburzenia kompulsyjne nie są przecież tożsame z uzależnieniami behawioralnymi. Przykładami braku konsensusu co do pozycjonowania pojedynczego zaburzenia są kleptomania i zakupoholizm, które wykraczają poza ramy uzależnień behawioralnych i w dużej mierze zakorzenione są w zachowaniach kompulsyjnych.

Co więcej, zgodnie z najpowszechniejszą koncepcją, zakupoholizm formalnie powinien nazywać się kompulsyjnym kupowaniem (Ogińska-Bulik, 2010). Nieprawidłowo w mediach opisuje się zakupoholika jako osobę próżną, dbającą o swój wizerunek (przez notoryczne zakupy), podczas gdy kompulsyjnemu kupowaniu nie towarzyszy chwalenie się, ale wstyd i wyrzuty sumienia. Zatem zamiast ubierać się w zakupione w ten sposób ubrania czy buty, osoba chowa je do szafy, ponieważ ich widok przypomina jej o poniesionej porażce (w kontroli). Zaburzenie to jest o tyle specyficzne, że współwystępuje z nim najszerszy wachlarz zaburzeń towarzyszących, takich jak: zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia kontroli impulsów, zaburzenia zachowania (np. zaburzenia odżywiania) (Müller i Mitchell, 2011). Może to tym bardziej sugerować, że kompulsyjne kupowanie staje się jedynym znanym (i chwilowo działającym) mechanizmem radzenia sobie z emocjami, który został zapoczątkowany w dzieciństwie.

Inną formą zachowania, które często opisuje się w kategorii uzależnień behawioralnych, jest patologiczna hiperseksualność, czyli silna, niekontrolowana potrzeba związana z czynnościami seksualnymi (w tym np. oglądaniu materiałów o charakterze pornograficznym) (Kafka, 2010).

Kolejnym zachowaniem wchodzącym nieformalnie do kategorii uzależnień behawioralnych jest uzależnienie od ćwiczeń fizycznych, czyli niekontrolowana potrzeba uprawiania ćwiczeń – najczęściej aerobowych, czyli biegania, pływania i jazdy na rowerze. W związku z pewną zbieżnością pomiędzy zaburzeniami odżywiania się a uprawianiem sportu należy rozróżnić uzależnienie od ćwiczeń w swojej pierwotnej i wtórnej postaci (wtórne jest postrzegane jako następstwo innego zaburzenia, na przykład odżywiania się, ale także dysmorfii). Osoba, która uzależnia się od ćwiczeń, spędza coraz więcej czasu na ćwiczeniach (dłuższe albo częstsze pojedyncze sesje), planuje swój dzień tak, aby dostosować inne czynności do ćwiczeń, denerwuje się, kiedy nie zdąży na trening albo z innego powodu nie może ćwiczyć, odczuwa zarówno psychiczne, jak i fizyczne negatywne konsekwencje braku ćwiczeń (w związku ze zwiększonym wydzielaniem beta-endorfin).

Zaburzeniami, które stanowią wyzwanie w dobie rozwoju nowych technologii, są tzw. e-uzależnienia, czyli problemowe korzystanie z internetu, problemowe granie w gry komputerowe czy korzystanie z sieci społecznościowych (np. Facebooka). Wirtualna rzeczywistość niesie ze sobą wiele korzyści, przykładowo

w obszarze szybszej komunikacji niezależnie od dzielącego dystansu daje nowe możliwości nauki (np. e-learning) czy pracy. Jest wykorzystywana w terapii, profilaktyce i promocji zdrowia psychicznego (Giacco i in., 2017). Najczęściej jednak świat wirtualny i narzędzia, które oferuje (chaty, fora tematyczne, Skype) stanowią jedynie poszerzenie czy usprawnienie tego, co było dostępne bez internetu, tzn. terapia wspomagana pracami domowymi wykonywanymi online jest w dalszym ciągu oparta o kontakt terapeuty i klienta – trudno wyobrazić sobie, by terapię prowadziła sztuczna inteligencja.

Taką funkcję nowego medium – internetu – można opisać, korzystając z koncepcji Marshalla McLuhana (1992) jako wzmacnianie (poszerzenie już istniejących możliwości). Poza szeregiem korzyści płynących z używania nowych technologii wielu badaczy zwraca jednak uwagę na pewne niebezpieczeństwa, choćby poprzez zastąpienie relacji twarzą w twarz – relacjami online. Jest to z jednej strony zaleta, gdyż pozwala utrzymać kontakt podczas braku fizycznej obecności, ale z drugiej strony coraz więcej dzieci i młodzieży, zamiast wychodzić na podwórko, spędza czas przed ekranami komputerów czy telefonów, rozmawiając ze sobą na chacie czy za pomocą SMS-ów. I takie wykorzystanie nowych technologii, gdzie zamiast komunikacji werbalnej jej rolę przejmuje komunikacja wizualna (często za pomocą znaków zwanych emotikonami) nosi nazwę eliminacji. W efekcie, medium, którego rolą miało być zbliżanie ludzi, ograniczanie poczucia osamotnienia, wspieranie rozwoju kompetencji, działa odwrotnie – pogłębia pustkę, ogranicza rozwój umiejętności komunikowania się.

Takimi konsekwencjami używania internetu zainteresowani byli badacze w połowie lat 90. XX wieku. Ivan Goldberg jako pierwszy zaproponował, aby internet potraktować jak hazard i opisać za pomocą kryteriów diagnostycznych jako zaburzenie. Pierwotnie miało to być żartem, aby ukazać środowisku naukowemu, medycznemu i opinii publicznej, że nie można się jednak od wszystkiego uzależnić. Goldberg był jednak w błędzie i już rok później tacy badacze, jak Kimberly Young czy Mark Potenza, a później Mark Griffiths, zainteresowali się zagadnieniem uzależnienia od internetu. Pierwotnie założono, że można wyróżnić pięć obszarów zachowań związanych z internetem, które mogą prowadzić do kompulsyjnego zachowania: (1) uzależnienie od sieci, czyli od wykonywania pewnych czynności online, które mają swoje odpowiedniki offline (np. granie w gry hazardowe online); (2) socjomanię internetową, czyli uzależnienie od internetowych kontaktów społecznych (np. od Facebooka); (3) erotomanię internetową; (4) przymus pobierania informacji prowadzący do przeciążenia informacyjnego; (5) uzależnienie od komputera rozumiane jako od czynności, która nie ma swojego odpowiednika offline (np. od gier komputerowych) (Young, 1996; Griffiths, 2000). Ostanie dwadzieścia lat intensywnych badań w tym obszarze pozwoliło na usystematyzowanie wiedzy i terminologii. Po pierwsze, badacze uznają, że granie w gry hazardowe online czy offline ma jednak podobną genezę i nie należy

traktować tych zachowań oddzielnie. Wprawdzie różnią się pewne mechanizmy czy profil użytkownika, ale przyczyny leżące u podłoża pozostają takie same. Podobnie w przypadku erotomanii internetowej – badacze nie rozdzielają zaburzenia związanego z patologiczną hiperseksualnością ze względu na źródło pobieranych materiałów (Kafka, 2010; Gola i in., 2016).

Po drugie, można przyjąć, że pewną formą przymusu pobierania informacji jest tzw. niespecyficzne problemowe używanie internetu, które polega na przeglądaniu różnych stron czy oglądaniu krótkich filmów na YouTube, ale – co ważne – wykonywaniu czynności niespecyficznych (nierobienie niczego konkretnego). Ta koncepcja, rozszerzona o komponenty modelu poznawczo-behawioralnego, została opisana po raz pierwszy przez Richarda A. Davisa w 2001 roku (i uzupełniona przez Scotta Caplana w 2002) jako koncepcja problemowego zgeneralizowanego używania internetu. Zgodnie z nią u podłoża sięgania do internetu leżą pewne uwarunkowania indywidualne (np. podwyższony lęk) i deficyty psychospołeczne (np. niskie kompetencje komunikacyjne). W związku z czym korzystanie z internetu (m.in. w celu komunikacji) jest mniej zagrażające niż relacje osobiste. Internet daje fałszywe poczucie anonimowości, znosi granice, pozwala na natychmiastowe zakończenie komunikacji, jeśli wydaje się ona zagrażająca. Jednakże nie same deficyty psychospołeczne prowadzą do zaburzenia – ważne jest także używanie internetu jako sposobu na regulację nastroju (tzn. w przypadku nieradzenia sobie ze stresem albo z negatywnymi emocjami – uciekanie do internetu). Jeśli dodatkowo upośledzona jest kontrola zachowania („nie jestem w stanie przestać, nawet jeśli tak postanowię”), to można uznać, że mamy do czynienia z problemowym (kompulsyjnym) używaniem internetu. Jego nieodłącznym elementem jest także zaabsorbowanie poznawcze („nie jestem w stanie myśleć o niczym innym”), co w oczywisty sposób prowadzi do negatywnych konsekwencji dla funkcjonowania w wymiarze społecznym, zawodowo-szkolnym i intrapsychoznym. Podobny mechanizm zachodzi w przypadku nieprawidłowego korzystania z sieci społecznościowych, takich jak Facebook – brak lub niskie kompetencje psychospołeczne (np. brak umiejętności radzenia sobie ze stresem) prowadzą do preferencji interakcji online nad offline. Towarzyszące zniekształcenia poznawcze wzmacniają zachowania związane z nadużywaniem Facebooka, a przy braku samoregulacji prowadzą do kompulsyjnego zachowania o charakterze porównywalnym z uzależnieniem.

Nieco inny model został zaproponowany w odniesieniu do problemowego grania w gry komputerowe. Po pierwsze, zaproponowano, by włączyć to zaburzenie do piątej rewizji DSM (w sekcji trzeciej) wraz z kryteriami diagnostycznymi. Po drugie, proponowane są konkurencyjne modele skupiające się na mechanizmach specyficznych do grania w gry. Propozycja kliniczna (z DSM-5), jak również pozostałe modele, nie wykluczają się wzajemnie, ale stanowią ujęcie tego samego problemu z różnych perspektyw. Zgodnie z koncepcją obecną w DSM-5

zaburzenie to jest związane z: (1) zaabsorbowaniem myśleniem o grach, o tym co się w nich dzieje zwłaszcza podczas niegrania; (2) coraz większą potrzebą angażowania się w granie; (3) zaniedbywaniem/porzuceniem zainteresowań innych niż te związane z grami internetowymi; (4) występowaniem symptomów odstawiennych w przypadku pozbawienia możliwości grania (np. gdy zabraknie prądu); (5) uciekaniem w świat gier przed smutkiem i/lub problemami; (6) zaniżaniem czasu spędzonego na grach internetowych w rozmowach z rodziną, terapeutą; (7) nieudanymi próbami kontroli grania; (8) problemami w relacjach interpersonalnych, pracy, nauce w związku z angażowaniem się w gry komputerowe; (9) kontynuowaniem nadużywania grania pomimo świadomości wiążących się z nim problemów psychologicznych (APA, 2013). Podobnie jak w przypadku każdego innego zachowania, także granie w gry charakteryzuje się specyficznymi mechanizmami wspierającymi proces uzależnienia (np. ciągłość gry także jak sami nie gramy). Dotyczy to jednak gier, w których gracz wchodzi w interakcje z innym człowiekiem (np. Massive Multiplayer Online, MMO). Badacze tego obszaru podkreślają, że gry można podzielić na dwie kategorie – online i offline. Pierwsza charakteryzuje się tym, że gra się w czasie rzeczywistym, a spotykane w grze postacie są avatarami rzeczywistych osób, z którymi można rywalizować lub kooperować.

Drugi typ gier jest równie pochłaniający co pierwszy ze względu na fabułę, ale gra jest opisana scenariuszem, który rozwija się dynamicznie w miarę wyborów gracza. Podstawową różnicą pomiędzy tymi rodzajami gier jest aspekt społeczny – w pierwszym obecny, gdyż można wchodzić w interakcje, w drugim nieobecny, gdyż gra się ze stworzonymi przez autorów gier postaciami. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że chociaż część badaczy sugeruje, że to gry online mają potencjał uzależniający, być może także ten drugi rodzaj gier nie jest tego potencjału pozbawiony. Być może gry offline są wybierane przez jednostki silniej przeżywające lęk i niegotowe na interakcje, nad którymi nie mają żadnej kontroli, co jeszcze bardziej obniża kompetencje związane z nawiązywaniem i podtrzymywaniem relacji interpersonalnych. Może być też tak, że gry offline wybierają gracze, którzy nie mają potrzeby kompensowania deficytów psychospołecznych, a po prostu lubią fantastykę i dla nich naturalnym krokiem po książkach i filmach są dużo bardziej interaktywne gry. W celu usystematyzowania różnych hipotez dotyczących motywów grania węgierski badacz Zsolt Demetrovics zaproponował koncepcję motywacji do grania w gry, zgodnie z którą w gry można grać, aby: (1) kogoś poznać, przebywać w towarzystwie osób o tych samych zainteresowaniach, (2) nie myśleć o problemach; (3) fantazjować; (4) zrelaksować się; (5) rozwijać swoje umiejętności; (6) rywalizować (Demetrovics i in., 2011). Warto podkreślić zatem, że granie w gry komputerowe (online czy offline), w przeciwieństwie do zażywania substancji psychoaktywnych, może być motywowane przystosowawczo (w celach rozwojowych czy

rozrywkowych) i tylko niektóre motywy mają charakter negatywny i mogą przyczynić się do rozwoju zaburzenia.

Uzależnienia behawioralne a uzależnienia od substancji

Ponieważ oba typy zaburzeń – uzależnienia od substancji i od zachowania dzielą w dużej mierze podobną etiologię, mechanizmy, czynniki ryzyka i czynniki chroniące zostały umieszczone w tej samej kategorii w najnowszej rewizji DSM.

Oba rodzaje uzależnień mają swoje początki w adolescencji i wczesnej dorosłości (Chambers i Potenza, 2003), podobny (chroniczny) przebieg wraz z nawrotami i potrzebą kontynuowania, która staje się z czasem motywowana nie poszukiwaniem przyjemności, ale ulgi – redukcji negatywnego afektu czy symptomów odstawienia (Brewer i Potenza, 2008). Ponadto oba często są wykorzystywane w celu obniżenia lęku i mogą prowadzić do (chwilowej) poprawy nastroju, która przy deregulacji emocji przyczynia się do wzmożonego odczuwania głodu (narkotyku lub zachowania) (de Castro i in., 2007).

Kolejną cechą wspólną jest podobne podłoże osobowościowe – najczęściej wymienianymi są: wysoka impulsywność, poszukiwanie przyjemności i neurotyczność (Kim i Grant, 2001). Im wyższa nerwowość, podatność na lęk, tym wyższe prawdopodobieństwo unikania negatywnego afektu poprzez angażowanie się w zachowania zastępcze. Uzależnienia behawioralne nie stanowią jednak jednorodnej grupy zaburzeń – granie w gry hazardowe czy uprawianie ćwiczeń wiąże się z większym zapotrzebowaniem na stymulację niż kompulsyjne kupowanie. Jednakże w każdym przypadku przyczyna angażowania się w zachowanie, nad którym jednostka traci kontrolę, wynika z unikowego, lecz także nieadaptacyjnego sposobu radzenia sobie z emocjami czy stresem.

Bohdan Woronowicz (2009) twierdzi, że osoby skłonne do uzależnień to nie tylko te, które nie radzą sobie ze stymulacją (w tym z emocjami), ale także te, które mają większą potrzebę aktywności, niż zapewnia im ich środowisko. Na uwagę zasługują tzw. e-uzależnienia, tj. zaburzenia, które nieformalnie wchodzą w zakres uzależnień behawioralnych, ale są związane z internetem (zaburzenie korzystania z internetu, grania w gry i korzystania z sieci społecznościowych). Osoby kompulsyjnie korzystające z Facebooka czy telefonów komórkowych charakteryzują się zarówno podwyższoną neurotycznością, jak i ekstrawersją. Sugeruje to dwu-, a nawet trójkierunkowy model – być może część osób (z wysoką neurotycznością, ale niską ekstrawersją) wybiera ucieczkę w świat wirtualny jako formę radzenia sobie w świecie realnym, inne (z niską neurotycznością i wysoką ekstrawersją) traktują sieci społeczne jako dodatkowy obszar realizacji potrzeby

towarzyskości. Jeszcze inne (o podwyższonej neurotyczności i ekstrawersji), charakteryzujące się drażliwością, wybuchowością i impulsywnością, odreagowują swoje emocje w sieci.

Poza pięcioczynnikową teorią osobowości weryfikowano także koncepcję osobowości typu D (Ogińska-Bulik, 2010), na którą składają się: negatywna emocjonalność (skłonność do przeżywania negatywnego afektu) i hamowanie społeczne (powstrzymanie się od wyrażania emocji z obawy o brak akceptacji). Osoby o wysokim natężeniu osobowości typu D przejawiają tendencje do zamartwiania się, odczuwania napięcia i ruminacji, a także obniżonego nastroju czy depresji, niskiej samooceny (Ogińska-Bulik, 2010). Wyniki badań uzyskane przez autorkę wykazały, że istnieje związek pomiędzy osobowością typu D a kompulsyjnym kupowaniem, jedzeniem, pracoholizmem i uprawianiem hazardu (głównie w celu redukcji napięcia i negatywnych emocji).

Mimo że brakuje rzetelnych danych o charakterze epidemiologicznym, badania subpopulacyjne wskazują na silne współwystępowanie zaburzenia grania w gry hazardowe i używania substancji, co można po części wyjaśnić obniżoną kontrolą zachowania po spożyciu alkoholu (Petry, Stinson i Grant, 2005). Najczęściej współwystępującymi zaburzeniami w przypadku problemowego korzystania z internetu lub gier są ADHD, OCD, ale także depresja. W przypadku ADHD badacze hipotetyzują, że angażowanie się w granie w gry komputerowe może być sposobem radzenia sobie z natłokiem myśli (Ginsberg i in., 2014).

Poza podobieństwami na poziomie zachowania, omawiane dwa rodzaje uzależnień łączy także charakterystyka poznawcza – zarówno w przypadku nadużywania (i uzależnienia od) hazardu, jak i substancji psychoaktywnych dochodzi do upośledzenia procesów podejmowania decyzji (typowo weryfikowanych przez test Iowa), w tym obniżoną elastyczność poznawczą i umiejętność planowania (Bechara, 2003).

Coraz częściej badacze sięgają do podstaw biologicznych w celu wyjaśnienia zaburzeń zachowania. Do jednego z głównych nurtów badań należy analiza neuronalnych i komórkowych mechanizmów, które mogą leżeć u podstaw procesu uzależnienia. Z jednej strony serotonina bierze udział w kontroli zachowania, a dopamina jest zaangażowana w procesy uczenia się i motywacyjne (w tym te związane z nagrodą). Serotonina jest pośrednio związana z impulsywnością i poszukiwaniem przyjemności wśród hazardzistów (Potenza, 2008), podczas gry dopamina z pewną wrażliwością i pożądaniem nagrody (Zack i Poulos, 2009). Z drugiej strony upośledzona aktywność w części kory przedczołowej została zaobserwowana zarówno u osób cierpiących z powodu zaburzenia grania w gry hazardowe, jak i uzależnień od substancji, lecz także u osób grających w sposób wymykający się spod kontroli w gry komputerowe (Ko i in., 2009).

Do ciekawych wniosków doszedł zespół Mateusza Goli (2016) badający zaburzenie związane z problemowym oglądaniem pornografii. Badacze analizowa-

li aktywność w tylnej części kory oczodołowej, która przetwarza nagrody i wskazówki pierwszorzędowe, takie jak seks i jedzenie, jak również w przedniej, która przetwarza nagrody drugorzędowe, takie jak uznanie społeczne, pieniądze czy punkty w grze (nagrody o charakterze abstrakcyjnym). Wyniki wskazują na brak różnic w aktywności części tylnej kory oczodołowej pomiędzy grupą kontrolną a grupą problemowo oglądającą pornografię na ekspozycję materiałów o charakterze erotycznym, ale w przypadku tej drugiej odnotowano silniejszą reakcję w części przedniej tejże kory. Oznacza to, że u przeciętnej osoby i u osoby problemowo oglądającej pornografię (można powiedzieć, uzależnionej od oglądania pornografii) obserwujemy pobudzenie tylnej kory oczodołowej i jest to naturalna reakcja. Jednakże tylko u osób uzależnionych aktywizuje się także przednia część kory oczodołowej, czyli ta, która jest związana z nagrodą o bardziej abstrakcyjnym charakterze. Analogiczna sytuacja występuje u osób problemowo grających w gry hazardowe – u nich zarówno przednia, jak i tylna kora oczodołowa jest aktywna, przy czym nagrody pieniężne powinny aktywizować jedynie tylną część tej kory. Można zatem przyjąć, że w przypadku osób uzależnionych reakcja na bodziec związany z uzależnieniem ma charakter zarówno pierwotny, jak i wtórny. Seks będący nagrodą pierwotną, staje się także nagrodą wtórną, pieniądze zaś – nagroda wtórna – stają się nagrodą pierwotną (Sescousse i in., 2013).

Drugim nurtem badań związanych z poszukiwaniem biologicznych uwarunkowań zaburzeń są badania genetyczne. Badacze wskazują, że od 12% do 20% wariancji zaburzenia grania w gry hazardowe może być wyjaśniana genetycznie (Slutske i in., 2007). Natomiast aż 67% wariancji współwystępowania zaburzenia grania w gry hazardowe i choroby alkoholowej może być wyjaśnione genetycznie, co sugeruje wspólne podłoże obu zaburzeń. Do jednego z nich należy obecność allele D2A1 na genie kodującym dopaminę (D2) u osób cierpiących zarówno z powodu zaburzenia grania w gry hazardowe, jak i współwystępowania tego zaburzenia z uzależnieniami od substancji (Comings, 1998). Kilka polimorfizmów pojedynczego nukleotydu zostało powiązanych z impulsywnością, ale badania skupiające się na identyfikacji podłoża genetycznego uzależnień behawioralnych są na chwilę obecną w stadium początkowym, choć obok neuroobrazowania stanowią najbardziej prawdopodobną ścieżkę badawczą na najbliższą dekadę.

Uzależnienia od substancji i od zachowania są z podobną efektywnością poddawane tym samym terapiom, głównie psychologicznym, lecz także farmakologicznym. Zaburzenie grania w gry hazardowe, patologiczna hiperseksualność, kompulsyjne kupowanie były poddawane terapii poznawczo-behawioralnej, ale także terapiom opartym na wzmacnianiu motywacji (w tym dialog motywujący) (Mitchell i in., 2006; Petry i in., 2006). Interwencje stosowane w przypadku obu rodzajów uzależnień skupiają się wokół identyfikacji wzorca nadużywania, unikania i radzenia sobie z sytuacjami podwyższonego ryzyka, ale również wprowa-

dzania zmian w funkcjonowaniu w celu wspierania zdrowszych zachowań. Dla odmiany, terapie zaburzeń OCD skupiają się na ekspozycji nauczycieli strategii służących prewencji reakcji (Potenza, Koran i Pallanti, 2009).

Mimo pewnego sukcesu w obrębie terapii, uzależnienia behawioralne wzbudzają także kontrowersje, między innymi w obszarze samej diagnozy. W związku z tym, że formalnie jedynie zaburzenie grania w gry hazardowe zostało umieszczone w klasyfikacji DSM (także w ICD), to jako jedyne posiada kryteria diagnostyczne – można zatem dokonywać formalnej diagnozy. Pozostałe zaburzenia są opisane w literaturze za pomocą adaptacji kryteriów diagnostycznych z patologicznego hazardu (z DSM-IV). Pewien wyjątek stanowią opracowania modelu zaburzenia korzystania z internetu i grania w gry komputerowe, choć brakuje konsensusu, co owocuje multiplikowaniem teorii i modeli przez niezależnych badaczy w miejsce testowania tych, które są już opisane. Brak uniwersalnego modelu skutkuje także brakiem jednorodnych narzędzi, a tym samym porównywalnych wyników badań – w zależności od zastosowanego modelu teoretycznego i narzędzia można uzyskać inne dane epidemiologiczne¹, a także nieco inne dane dotyczące związków pomiędzy zmiennymi o charakterze psychologicznym i psychopatologicznym. Innym problemem diagnostycznym jest kwestia impulsywności i kompulsyjności – część badaczy twierdzi, że są to dwa bieguny tego samego wymiaru, inni, że są to ortogonalne do siebie wymiary i danemu zaburzeniu może towarzyszyć pewne natężenie zarówno impulsywności, jak i kompulsyjności (Lochner i Stein, 2006).

Podsumowanie

Prowadzone od lat badania sugerują, że uzależnienia behawioralne pod wieloma względami są podobne do uzależnień od substancji – zarówno ze względu na ich przebieg (chroniczny, często z nawrotami), charakterystykę (pożądanie, symptomy odstawienne itd.), jak i współwystępujące zaburzenia, uwarunkowania psychologiczne, mechanizmy neurobiologiczne, aż po strategie terapeutyczne. Warto jednak podkreślić, że jedynie zaburzenie grania w gry hazardowe zostało kompleksowo zanalizowane. Jest to w dużej mierze związane z umieszczeniem tego zaburzenia w klasyfikacjach DSM i ICD wiele lat temu. Pozostałe zaburzenia, które można włączyć do kanonu uzależnień behawioralnych, nie zostały do tej pory poddane tak szczegółowym badaniom. Jest to związane przede wszystkim z brakiem ujednoczonych modeli teoretycznych, na przykład wielu badaczy

¹ Przyjmuje się, że z powodu poszczególnych uzależnień behawioralnych cierpi do ok. 5% populacji, kolejne 10%–15% wykonuje te czynności w sposób problemowy. Statystyki różnią się w zależności od kraju i badanych subpopulacji (jak i dobranych narzędzi i próby).

w dalszym ciągu korzysta z modelu uzależnienia od internetu zaproponowanego przez Kimberly Young w latach 90. ubiegłego wieku. Brakuje także opisu kryteriów diagnostycznych i narzędzi. Obecnie, po niemal dwóch dekadach badań, dysponujemy dość spójnymi modelami zaburzeń związanych z korzystaniem z nowych technologii, prowadzone są badania zarówno mające na celu analizę korelatów psychospołecznych, jak i neurobiologicznych, co będzie szczególnie istotne w pracy na poziomie profilaktyki, a także w terapii.

BIBLIOGRAFIA

- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Association: Washington, DC.
- Bechara, A. (2003). Risky business: emotion, decision-making, and addiction. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 23–51.
- Brewer, J., Potenza, M. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology*, 75(1), 63–75.
- Caplan, S.E. (2002). Problematic Internet use and psychosocial well-being: Development of a theory-based cognitive-behavioral measurement instrument. *Computers in Human Behavior*, 18(5), 553–575.
- CBOS (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego/patologicznego oraz innych uzależnień behawioralnych*. CBOS: Warszawa.
- Chambers, R.A., Potenza, M.N. (2003). Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 53–84
- Comings, D.E. (1998). Why different rules are required for polygenic inheritance: lessons from studies of the DRD2 gene. *Alcohol*, 16(1), 61–70.
- Castro de, V., Fong, T., Rosenthal, R., Tavares, H. (2007). A comparison of craving and emotional states between pathological gamblers and alcoholics. *Addict Behaviors*, 32(8), 1555–1564.
- Davis, R.A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17(2), 187–195.
- Demetrovics, Z., Urbán, R., Nagygyörgy, K., Farkas, J., Zilahy, D., Mervó, B., Reindl, A., Ágoston, C., Kertész, A., Harmath, E. (2011). Why do you play? The development of the motives for online gaming questionnaire (MOGQ). *Behavior Research Methods*, 43(3), 814–825.
- Giacco, D. et al. (2017). Scenarios for the future of mental health care: a social perspective. *The Lancet Psychiatry*, 4(3), 257–260.
- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M., Upadhyaya, H. (2014). Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. *Prim Care Companion CNS Disorders*, 16, 3.
- Gola, M., Wordecha, M., Marchewka, A., Sescousse, G. (2016). Visual sexual stimuli – cue or reward? A perspective for interpretation of recent and future brain imaging findings on human sexual behaviors. *Frontiers in Human Neuroscience*, 10, 402.
- Griffiths, M. (2000). Internet addiction – Time to be taken seriously? *Addict Research*, 8, 413–418.
- Griffiths, M. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197.

- Kafka, M. (2010). Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377–400.
- Kim, S., Grant, J. (2001). Personality dimensions in pathological gambling disorder and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 104(3), 205–212.
- Ko, C., Liu, G., Hsiao, S., Yen, J., Yang, M., Lin, W., Yen, C., Chen, C. (2009). Brain activities associated with gaming urge of online gaming addiction. *Journal of Psychiatric Research*, 43(7), 739–747.
- Lochner, C., Stein, D. (2006). Does work on obsessive-compulsive spectrum disorders contribute to understanding the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30(3), 353–361.
- McLuhan, M. (1992). *Laws of Media: The new Science*. University of Toronto Press. 7 Toronto–Buffalo–London.
- Mitchell, J.E., Burgard, M., Faber, R., Crosby, R.D., Zwaan de, M. (2006). Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1859–1865.
- Müller, A., Mitchell, J. (red.) (2011). *Compulsive Buying: Clinical Foundations and Treatment*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Ogińska-Bulik, N. (2010). Osobowość typu D a ryzyko uzależnienia od czynności. *Psychiatria*, 7(1), 11–24.
- Petry, N., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R., Molina, C., Steinberg, K. (2006). Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 555–567.
- Petry, N., Stinson, F., Grant, B. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(5), 564–574.
- Potenza, M. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 363(1507), 3181–3189.
- Potenza, M., Koran, L., Pallanti, S. (2009). The relationship between impulse-control disorders and obsessive-compulsive disorder: a current understanding and future research directions. *Psychiatry Research*, 170(1), 22–31.
- Sescousse, G., Barbalat, G., Domenech, P., Dreher, J. (2013). Imbalance in the sensitivity to different types of rewards in pathological gambling. *Brain*, 136, 2527–2538.
- Slutske, W.S., Eisen, S., True, W.R., Lyons, M.J., Goldberg, J., Tsuang, M. (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 666–673.
- Starcevic, V. (2016). Behavioural addictions: a challenge for psychopathology and psychiatric nosology. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(8), 721–725.
- Woronowicz, B. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia i powrót do zdrowia*. Parpamedia Warszawa.
- Young, K.S. (1996). Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 1(3), 237–244.
- Zack, M., Poulos, C. (2009). Parallel roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant addiction. *Current Drug Abuse Review*, 2(1), 11–25.

Wyzwania psychoterapii
w obliczu
zróźnicowania szkół
i podejść terapeutycznych

BOGDAN DE BARBARO

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

REFLEKSJE NA TEMAT PIĘCIU DYLEMATÓW, Z KTÓRYMI BORYKAJĄ SIĘ PSYCHOTERAPEUCI

Mojemu nauczycielowi sprzed lat – Czesławowi

– Zbyszek

(bo przecież nie: Janowi – Bogdan)

Wprowadzenie

Jako psychoterapeuci często mamy do czynienia z pytaniami czy problemami, na które nie ma prostych i jednoznacznych odpowiedzi. Algorytmy, drzewa decyzyjne czy schematy często nie wystarczą do rozwiązania konkretnych zagadek (zarówno teoretycznych, jak i praktycznych), a pozostawanie w stanie twórczego niepokoju wprawdzie może zniechęcać umysły nawykłe do jednoznaczności i precyzyjnej logiki, lecz dla wielu czynią zawód psychoterapeuty atrakcyjnym mentalnie i emocjonalnie.

Przedstawię kilka takich wyzwań, z którymi borykamy się jako psychoterapeuci. Dylematy te zachęcają do osobistego namysłu, niepoddającego się jednoznacznym rozwiązaniom. Będzie więc mowa o napięciu między wiedzą a niewiedzą, o niejednoznaczności pojęcia prawdy w psychoterapii, o idei wielowesyjności w terapii rodzin oraz o trudach terapeuty, gdy stara się być neutralny.

Łatwo zauważyć, że antynomie te stanowią swoiste *signum temporis*: odzwierciedlają perspektywę postmodernistyczną, czy – jak to określał Zygmunt Bauman (2000) – płynnej nowoczesności. (Już samo uznanie, że nasza rzeczywistość jest „płynna” i niejednoznaczna pozwala uznać, że trudno ją opisać obiek-

tywnie.) I chociaż o ponowoczesności na ogół myśli się i mówi z niechęcią jako o źródle nihilizmu, konsumeryzmu, upadku kultury wysokiej czy innych chorób XXI wieku, to – być może – obszar psychoterapii ma szansę wziąć z ponowoczesności to, co stanowi o jej wartości, jednocześnie nie wpadając w te pułapki, na które nie bez racji zwracają uwagę i które piętnują jej krytycy¹. Nie zagłębiając się jednak w analizowanie i recenzowanie ponowoczesności, skoncentruję się na wspomnianych antynomiach z nadzieją, że refleksja nad nimi może się okazać użyteczna praktycznie.

Wiedza – niewiedza

Jest oczywiste, że terapeuta powinien być przygotowany do wykonywania swojego zawodu. Powinien **wiedzieć** i **umieć**. Cztero- lub pięcioletnie szkolenie, jakie obowiązuje w krajach europejskich należących do European Psychotherapy Association (także w Polsce) pozwala kandydatowi na psychoterapeutę poznać podstawy teoretyczne głównych modalności. Kodeksy etyczne nakładają na psychoterapeutów obowiązek stałego rozwoju i zdobywania wiedzy². Byłoby wręcz absurdem kwestionowanie tej obligacji, zwłaszcza w czasie, gdy dominującym jest paradygmat przyrodoznawczy, a coraz bardziej popularna *neuroscience* dostarcza mocnych argumentów za tezą, że efekty psychoterapii znajdują wymierne odzwierciedlenie w zmianach w CSN. Wiedza powinna być oparta na naukowych podstawach, potwierdzonych badaniami, tak jak w *evidence based medicine*. Ten ostatni wymóg w różnych stowarzyszeniach w różnym stopniu akcentowany, staje się coraz mocniejszy zwłaszcza wtedy, gdy świadczone usługi psychoterapeutyczne opłacane są przez firmy ubezpieczeniowe, potrzebujące twardych dowodów na skuteczność danej procedury terapeutycznej.

A jednocześnie wśród psychoterapeutów, których orientacja teoretyczna, a zwłaszcza epistemologia jest zbliżona do konstrukcjonizmu społecznego, popularne są takie idee, jak „myślenie słabe”³, które nakazuje pozostawać sceptycznym wobec własnej wiedzy czy – co bardziej kontrowersyjne: zaleca wobec

¹ Więcej na ten temat: Chrzastowski, de Barbaro (2011).

² Przykładowo: zgodnie z Kodeksem Etycznym Sekcji Naukowej Psychoterapii i Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego [psychoterapeuci są] „[...] zobowiązani do poszerzania wiedzy dotyczącej zachowania człowieka, jego rozumienia siebie oraz innych, a także do wykorzystania tej wiedzy dla dobra jednostki. [...] Psychoterapeuci stale uzupełniają swoją wiedzę o bieżące informacje medyczne, naukowe i zawodowe, związane z wykonywanymi usługami”. Z kolei według Kodeksu Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychodynamicznej „elementarnym warunkiem rzetelnej i uczciwej postawy psychoterapeuty psychodynamicznego jest należyte przygotowanie teoretyczne i osobowościowe”.

pacjenta *not-knowing stance*, a więc pozycję niewiedzenia. Przykładowo, owo nie-wiedzenie stanowi fundamentalne założenie w podejściu Harlene Anderson, współzałożycielki – wraz z Haroldem Goolishianem – Galveston Institute, kolebki *Postmodern Collaborative Therapy*. Anderson wskazuje, że pozycja nie-wiedzenia jako postawa intelektualna pozwala na autentyczny i efektywny dialog terapeutyczny. Pisze Anderson (2007, s. 34): „Dialog, ze swej natury zawiera niewiedzenie i niepewność”. Dodajmy od razu, że – paradoksalnie – nie jest łatwo „nie-wiedzieć”, gdyż trzeba zawiesić, a przynajmniej być świadomym własnych uprzedzeń i przed-wiedzy.

Harold Goolishian (1924–1991) domagał się od terapeutów: „Usłysz to, co pacjent mówi”. Wbrew pozorom to zadanie jest niezwykle trudne. Przeszkadza w tym nie tylko przeciwprzeniesienie, ale także nasze aktualne (w danej godzinie) samopoczucie i szereg innych nieswoistych czynników. W tym sensie teoria może stać się niebezpieczna, bo jeśli będziemy mieli do niej stosunek nadmiernie nabożny, to może zasłaniać pacjenta.

Podobnie na problem wiedzy patrzył współtwórca mediolańskiej szkoły terapii rodzin, Gianfranco Cecchin (1932–2004), jeden z tych psychoterapeutów, którzy terapię systemową wzbogacili o perspektywę konstrukcjonistyczną. Za kluczową postawę wobec własnego myślenia uznawał on irrewerencję (Cecchin, 1995). Ta gotowość do „lekceważenia własnych myśli i przekonań” pozwala wyzwolić się z dogmatycznego przywiązania do wyznawanych przez terapeutę teorii i modeli, a w efekcie w sposób wolny i zaciekawiony słuchać innych.

Skrajny pogląd na temat (bez)użyteczności wiedzy reprezentował twórca tematu reflektującego, norweski psychiatra i terapeuta Tom Andersen (1936–2007). Uważał on, że wiedza może być balastem i najlepszy byłby taki udział w dialogu, w którym terapeuta nie byłby skażony żadną wiedzą ani przed-wiedzą⁴. Nie rozstrzygając tu wątpliwości, na ile ta idea jest realistyczna, a na ile ma być, jest użyteczną utopią, warto spojrzeć na nią jako na pewną przestrożę przed dogmatyzmem ideologicznym i praktycznym.

Swego rodzaju głosem w dyskusji nad wartością stanu niewiedzenia jest myśl płynąca z kultury Wschodu. W swej książce o medytacji zen Shunryu Suzuki (1973, s. 21) pisze, że „w umyśle początkującego jest wiele możliwości, w umyśle eksperta – parę”. Jest w tej refleksji swego rodzaju zachęta do szanowania i cenięcia spojrzenia świeżego, nieuprzedzonego. A uprzedzenie to właśnie wiedzenie u-przednio, czyli przed wejściem w doświadczenie.

⁴ Tak w czasie jednej z konferencji w Krakowie powiedział przed laty wprost na pytanie o sens wiedzy i wykształcenia, wskazując jak ważne jest słuchanie pacjenta/klienta z ominięciem przed-wiedzy.

Powstaje pytanie, czy da się pogodzić te dwie perspektywy, te dwa spojrzenia na rolę wiedzy terapeuty w procesie psychoterapii. Myślę, że rozwiązanie tego dylematu nie polega na zakwestionowaniu sensu wiedzy ani – z drugiej strony – na uznaniu idei irrewerencji za absurdalną.

Dogmatyczne traktowanie wiedzy jako uniwersalnego, niezawodnego i wszechobecnego „wyjaśniacza” i umieszczenie jej między tym, co płynie od pacjenta do naszego umysłu prowadzi do tego, że tracimy z oczu (i umysłu) samego pacjenta, jego świat, jego problemy. Wówczas teoria, tworząc swoistą ramę narracyjną (poznawczą), pełni funkcję swoistego filtra, przez który przechodzi do naszego umysłu to, co mówi pacjent. W efekcie do odbiorcy (w tym przypadku: terapeuty) dociera tekst zniekształcony, w pewnym sensie uszkodzony interpretacją (ta teorią) i staje się w ten sposób materiałem jedynie potwierdzającym założenia. Przykładowo, osoba gorąco przywiązana do teorii, zgodnie z którą objaw u dziecka spełnia funkcję czynnika homeostatycznego w rodzinie, nie będzie w stanie dostrzec objawu inaczej niż występującego w tej roli. Podobnie, zagorzali zwolennicy teorii psychoanalitycznych czy humanistycznych mogą mieć trudności w opuszczeniu własnego horyzontu poznawczego. Kolejne opowieści pacjenta staną się w ten sposób „ilustracjami” teorii wyznawanych przez terapeutów, pozostających w pułapce samospełniających się przepowiedni.

Z drugiej jednak strony pogląd kwestionujący sens dysponowania wiedzą może nas prowadzić do ślepej uliczki bezradności i skazuje nas nie tyle na bezzałożeniowość, ile założeńiowość, której nie jesteśmy świadomi. Terapeuta, nawet najbardziej oczyszczony z uprzedzeń, zawieszający swoją wiedzę teoretyczną, będzie skazany na wiedzę doraźną, opartą o dotychczasowe doświadczenia osobiste, uczucia wynikające z kontekstu. Niewykluczone, że bezzałożeniowość, owa Andersonowska *not-knowing stance* jest po prostu niemożliwa, a psychoterapeutyczna *tabula rasa* to nierealistyczna utopia, a w każdym razie naiwność. (A można by też dodać z nutą ironii, że założenie bezzałożeniowości jest ideą wewnątrznie sprzeczną.) Teoria okazuje się niezbędna chociażby do porządkowania tego, co słyszymy, do inspirowania nas do nowych myśli, do wzbogacenia obrazu otrzymanego od pacjenta.

Jakie jest wyjście z tego dylematu?

Fakty czy interpretacje?

Friedrich Nietzsche uznał, że „nie ma faktów, a są jedynie interpretacje”. Nawet gdybyśmy nie przyjęli tak mocnej tezy i sprowadzili ją do sceptycyzmu epistemologicznego (fakty istnieją, ale pełne i obiektywne ich poznanie jest ograniczone lub wręcz niemożliwe), to dla naszych rozważań jest istotne uzupełnienie, proponowa-

ne przez Vattimo (2010, s. 54), który analizując myśl Heideggera zgadza się, że „wiedza jest zawsze interpretacją i niczym więcej”, ale też dodaje: „interpretacja jest jedynym faktem, o którym można mówić”⁵.

Z tego z kolei dla naszych rozważań wynika, że skoro nie mamy co liczyć na dostępną obiektywną do obiektywnie przedstawianego świata, to możemy/powinniśmy się skupić na jakości owej interpretacji i zadbać, by nie utonęła ona w uprzedzeniach i fałszywych przesłankach. A zatem wiedza powinna być w zasięgu, a nie powinna zasłaniać. Powinna być doradcą a nie dyktatorem. Powinna proponować spojrzenie, ale go nie narzucać. Idąc dalej za tą metaforą: lepiej mieć kilku doradców i nie uzależniać się od jednego, chociażby najmądrzejszego. A stąd już tylko jeden krok do uznania sensu podejścia niedogmatycznego i życzliwości do koncepcji eklektycznych, integracyjnych czy wręcz pluralistycznych. Jakość psychoterapeuty będzie więc zależeć od tego, jak szeroki jest wachlarz jego wiedzy (pluralizm versus dogmatyzm) oraz od tego, czy umie on sięgać po różne teorie, które by mu „obsłużyły” (ale „irrewerentnie”, a więc „niestanowczo”) dialog z pacjentem. Pozostaje otwartym (a niezwykle ważnym!) pytanie, od czego będzie zależało, jak zareaguje terapeuta, jakie pytanie postawi pacjentowi (a wcześniej je pomyśli) w odpowiedzi na to, co powiedział pacjent. I kiedy na słowa pacjenta terapeuta zareaguje opisem, a kiedy interpretacją? Czy będzie świadom tej różnicy? Ale to jest temat na inne rozważania.

Między prawdą obiektywną a wieloma wersjami

Pytanie o prawdę, choć w swojej istocie ma naturę filozoficzną, w XXI wieku mocno wkracza w obszar psychoterapii. Nawet jeśli by zawiesić spór między szkołami terapeutycznymi (Która ma rację? Która dociera do prawdy o człowieku?) pozostaje wiele wątków dotyczących zagadnienia prawdy. Problem ten w obszarze psychoterapii znajduje odzwierciedlenie w sporze między modernistyczną a postmodernistyczną koncepcją psychoterapii. Zdaniem jednych psychoterapia to dziedzina nauki, a zadaniem terapeuty jest na podstawie wiedzy o patomechanizmach usuwanie dolegliwości u osoby chorej, zdaniem innych psychoterapia to rodzaj rozmowy, która ma pomóc pacjentom w zmianie myślenia o sobie i świecie. Jest tu więc więcej przestrzeni na twórczość, filozofię, życia, poszukiwanie

⁵ Uwagi te byłyby jednak wysoce jednostronne, gdybyśmy abstrahowali od innego nurtu, często określanego jako neorealizm, zgodnie z którym „najistotniejsza cecha rzeczywistości [to] coś, co nazywamy «niekorygowalnością»” (Ferraris, 2015, s. 229). Argument, że „woda moczy, a ogień parzy niezależnie od tego, czy posiadamy tę wiedzę, czy też nie; niezależnie od języków i kategorii” (Ferraris, 2015, s. 229) odwołuje się jednak do rzeczywistości fizycznej i nie miałyby on swej mocy, gdybyśmy mówili na przykład o subiektywnym przeżywaniu gorąca bądź wilgoci.

sensu (Rosińska, 2012). W tej drugiej perspektywie oddala się idea prawdy obiektywnej, a ważne staje się szukanie zindywidualizowanych wersji.

Terapeuci rodzinni podkreślają szczególną okoliczność dotyczącą napięcia między wieloma interpretacjami rzeczywistości. Jeśli do gabinetu terapeutycznego zgłasza się rodzina i każdy z członków rodziny przedstawia inny opis tej samej rzeczywistości (a terapeuci – w zależności od swojego „wyznania wiary terapeutycznej” – nazwą te osobiste opisy interpretacją, narracją, opowieścią, ramą poznawczą czy jeszcze jakoś inaczej), to terapia nie będzie polegała na dociekaniu, która wersja jest prawdziwa, lecz będzie miała na celu takie uzgodnienie językowe, żeby system rodzinny zamienił walkę i impas rozwojowy na współpracę i rozwój⁶. Znamienne, że tak jak rodzina wstępnie dysponowała licznymi, ale destruktywnymi opisami, tak za sukces terapeuty uznać może nie tyle ujednolicenie opisu i dotarcie do obiektywnej prawdy, ile uzyskanie wielu wersji, ale już nie destruktywnych, lecz fundujących empatyczne wzajemne rozumienie i gotowość do wzajemnej mentalizacji. Ideę poszukiwania prawdy zastępuje więc idea szukania użytecznych (często: wielu) wersji.

Sprawa nabiera dodatkowego znaczenia, gdy terapeuta – zgodnie ze wskazówkami szkoły mediolańskiej (Selvini-Palazzoli i in., 1995) – poszukuje hipotez cyrkularnych, czyli takich opisów rzeczywistości, których autorami są poszczególne osoby w rodzinie, a które tworzą sprzężenia zwrotne podtrzymujące dysfunkcje. W tej sytuacji przestaje mieć znaczenie „prawda obiektywna”, a istotne staje się prześledzenie, jak poszczególne wersje siebie wzajemnie „współ-komponują”⁷.

Jednak rezygnacja z poszukiwania prawdy ma swoje poważne – i w pewnym sensie: niebezpieczne – praktyczne konsekwencje. Jeśliśmy mieli przyjąć tezę postmodernistyczną, zgodnie z którą *everything goes*, to wtedy zawieszona zostaje nasza odpowiedzialność, a wielowersyjność światów zwalnia nas od zajęcia stanowiska. Różnica między prawdą a postprawdą przestaje mieć znaczenie, podobnie jak prawdziwa informacja prasowa nie musi różnić się od *fake newsa*. Snyder ostrzega: „Porzucenie faktów oznacza porzucenie wolności. Jeżeli nic nie jest prawdą, wówczas nikt nie może krytykować władzy, gdyż nie ma do tego żadnych

⁶ Należy zaznaczyć, że ten rodzaj rozumowania, chociaż powszechnie obecny w terapii rodzin, ma swoje ograniczenia: przykładowo, w rodzinie, w której dochodzi do przestępstwa (np. przemoc seksualnej) interpretacja faktu będzie się odbywać nie w ramach słownika psychologicznego czy psychodynamicznego, lecz za pomocą języka prawnego. A terapeuta będzie miał obowiązek zawiesić swoje zadania zawodowe i przyjąć rolę obywatela, któremu nie wolno legitymizować przestępstwa.

⁷ Warto tu wspomnieć, że ten rodzaj wrażliwości poznawczej może być niezwykle użyteczny poznawczo już poza psychoterapią, na przykład wtedy, gdy chcemy zrozumieć zjawiska społeczne i jesteśmy gotowi zrezygnować z prostych dychotomii i podziału na „złych i dobrych” lub „mądrych i głupich”.

podstaw. Jeżeli nic nie jest prawdą, to wszystko jest spektaklem, w którym najjaśniejszy blask reflektorów można kupić za największą sumę pieniędzy” (Snyder, 2017, s. 65). A na dowód przytacza wyniki próby weryfikacji wypowiedzi Donalda Trumpa z czasów kampanii prezydenckiej 2016 roku: 78% stwierdzeń odnoszących się do faktów było fałszywych (Snyder, 2017, s. 66).

Porzucenie idei prawdy niesie więc ze sobą dramatyczne niebezpieczeństwa nie tylko wtedy, gdy terapeuta ma pomóc przemocowej rodzinie, lecz także wtedy, gdy chcemy zrozumieć świat w skali globalnej.

Neutralność czy stronniczość (w gabinecie terapeutycznym)

Chociaż psychoterapia jest głęboko zanurzona w etyce (skoro ma w perspektywie pytanie o to, jak dobrze żyć), to dylematy etyczne nieczęsto są poruszane w podręcznikach psychoterapii. Jednym z chlubnych wyjątków jest rozdział „Ethics and psychotherapy” w podręczniku Gabbarda i współautorów, w którym Gwen Adshear (2007, s. 484) zwraca uwagę na fakt, że „psychologiczna zmiana w osobie ma dla niej moralne i polityczne implikacje”, a „etyczne rozumowanie będzie zawsze integralne z procesem terapeutycznym”. Temat „etyka w psychoterapii” jest niezwykle obszerny i przekracza ramy tego opracowania. Zajmę się jednym z wątków, który budzi wśród terapeutów silne kontrowersje: neutralność. Wobec wielości prac na ten temat (zwłaszcza w tradycji psychoanalitycznej i systemowej) przedstawię jedynie kilka poglądów, by uwyraźnić dylemat.

Pobieżny przegląd poglądów na temat neutralności wskazuje na różne rozumienie tego terminu i można odnieść wrażenie, że dyskusja nad neutralnością i jej znaczeniem w psychoterapii jest w istocie kontrowersją między różnymi tradycjami i modalnościami terapeutycznymi. Uporządkowanie definicyjne tego terminu zaproponował Girard Franklin (1990). Odróżnia on pięć rodzajów neutralności: behawioralny (etyczna anonimowość terapeuty), dotyczący postaw (nieoceniając pacjenta), interpersonalny (nieoceniając relacji pacjenta z innymi), interakcyjny (abstynencja terapeuty wobec pacjenta eksplorującego swoje problemy) i istotowy (dotyczący celów terapii).

U psychoanalityków (Moore i Fine, 1996, s. 177) to zalecana postawa terapeuty, możliwa dzięki kontroli przeciwprzeniesienia, nienarzucaniu własnego systemu wartości, unikaniu nadmiernego zaangażowania i dystansowania się. Nie oznacza to a-etyczności, skoro wskazuje się na wartości promowane: poszukiwanie prawdy, wiedzy, zrozumienia, skierowanie ku rzeczywistości, zmianie, dojrzałości. Za bliską zasady neutralności można uznać zasadę wstrzemięźliwości (Freud, 1915, za: Moore i Fine, 1996, s. 406).

Z kolei Frank Yeomans i Eve Caligor (2016) zwracają uwagę, że chociaż pozycja neutralna powinna być przyjmowana przez terapeutę, to całkowita neutralność jest niemożliwa, chociażby w sprawie celów terapii czy wartości życia (czy jesteśmy gotowi pozostawać neutralni, gdy pacjent przejawia zamiary samobójcze lub zabójcze?). Autorzy artykułu uważają, że neutralność pozwala pozostać terapeutcie w pozycji obserwatora wobec konfliktowych sił w pacjencie, co stwarza pacjentowi możliwość przyjęcia pozycji obserwatora, osoby poddającej refleksji swoje konflikty, a w końcu rozwiązującej swoje problemy. Na koniec swego artykułu o narcystycznym zaburzeniu osobowości (pisanego po wyborze Trumpa na prezydenta Stanów Zjednoczonych) formułują następującą opinię: *This [utrzymanie pozycji neutralnej] could be the first step in helping the patient move away from an internal world where defensive self-aggrandizement trumps [podkreślenie – B.DB.] any movement toward mutuality and intimacy.*

Frank Pittman III (2016) kwestionuje sens neutralności. Twierdzi, że idea neutralności, której celem miałyby być, zgodnie z tradycją klasycznej psychoanalizy, regresja do „nerwicy przeniesieniowej”, jest niemożliwa do pełnej realizacji, a próby utrzymania neutralności przez terapeutę mogą mieć wręcz odcień sadystyczny.

Tak rozumiana idea neutralności zbliża do wskazówek Carla Rogersa, który uważa, że terapeuta powinien być szczerym, empatycznym, autentycznym, akceptującym, przyjaznym słuchaczem, powinien szanować osobę klienta. Taka postawa zawieszka przynajmniej niektóre z Franklinowskich definicji neutralności.

Natomiast dla terapeutów rodzinnych neutralność to „zbalansowana akceptacja każdego członka rodziny” (Adams, 2003, s. 143). W konsekwencji „terapeuta nie traktuje nikogo z rodziny jako powodującego problem” (Lyness, Haddock i Zimmerman, 2003, s. 442). Z perspektywy szkoły mediolańskiej postawa neutralności terapeuty to przyjmowanie pozycji nie-oceniającej (w odróżnieniu od tendencji członków rodziny zgłaszających się do terapii). To tworzy „meta-pozycję”, która pozwala opisywać, co się dzieje między osobami (epistemologia cyrkularna), a nie ocenia, kto jest dobry, a kto zły. I nie oznacza to braku zaangażowania, lecz wręcz przeciwnie: to postawa zaciekawienia jak u antropologa, który po raz pierwszy spotyka członków jakiejś nowej dotąd nieznannej grupy (Rivett i Street, 2009). Warto też zauważyć, że w praktyce terapeutycznej terapeutów rodzinnych mamy niekiedy do czynienia z interwencją terapeutyczną, która jest szczególnego rodzaju „nie-neutralnością”. Chętnie (często z pozytywnym skutkiem) stosowane tak zwane pozytywne przeformułowanie czy pozytywna konotacja polega na nadaniu pozytywnej oceny zachowaniom, które powszechnie mogą być uznawane za patologiczne lub „chore” (a niekiedy krzywdzące innych) (Goldenberg i Goldenberg, 2006).

Ten pobieżny przegląd poglądów wskazuje, że zarówno istota pozycji neutralnej, jak i celowość przyjmowania jej przez terapeutę jest w różnych tradycjach 160 różnie rozumiana. Jednak niezależnie od tego jak bardzo jesteśmy przywiązani

do idei neutralności i jak bardzo wierzymy w możliwość jej realizacji, pojawiają się pytania natury etycznej, szczególnie wyraźnie obecne w obszarze terapii rodzin. Czy terapeuta ma być neutralny na sesji, w czasie której zostaje ujawnione, że rodzice są przemocowi wobec dzieci? A co ma zrobić terapeuta, jeśli w rodzinie dochodzi do przemocy seksualnej? W zasadzie tu sytuacja jest jednoznaczna: terapeuta ma zawiesić rolę terapeuty i jako obywatel ma obowiązek zablokować przestępstwo. Lecz sytuacja staje się bardziej skomplikowana, kiedy przemoc ma charakter emocjonalny (np. osoba silniejsza stosuje emocjonalny terror wobec słabszej), ekonomiczny (np. mąż utrzymujący rodzinę stosuje wobec pozostałych członków rodziny szantaż finansowy) czy kulturowy (np. w rodzinach patriarchalnych, w których kobieta jest mocą wzorca kulturowego pozbawiona podstawowych praw) (Lyness, Haddock i Zimmerman, 2003 s. 442). A – rozwijając ten ostatni przykład – czy wobec zachowań i postaw homofobicznych czy szowinistycznych terapeuta ma być neutralny i po Rogeriańsku akceptujący?

Oczywiście, można mieć nadzieję, że pacjent w czasie procesu terapeutycznego uzna za potrzebny namysł nad swoimi zachowaniami, za którymi będzie się krył „neurotyczny system wartości”. Ale czy zadaniem terapeuty jest penetrować wraz z pacjentem ten obszar, czy może ma pozostać w neutralnym dystansie do pacjenta przekonanych społecznych, politycznych czy religijnych, także wtedy, gdy będzie zachodziło silne podejrzenie, że ów system wartości zbudowany jest na niedojrzałych obronach, a pacjent je chroni tezą, że taki jest jego system wartości.

Neutralność czy stronnictwo terapeuty (w przestrzeni publicznej)

Kontynuując rozważania na temat neutralności, warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden jej aspekt: na neutralność polityczną terapeuty. Druga dekada XXI wieku przynosi wiele wydarzeń, które wymuszają pytanie: czy terapeuta powinien pozostać bierny (milczący) wobec tego, co dzieje się w świecie polityki, czy też – podobnie jak w sytuacji bycia świadkiem przemocy w rodzinie – powinien (a przynajmniej ma prawo) dawać świadectwo własnym poglądom? Sprawa nie jest jednoznaczna. Za milczeniem terapeuty w sprawach politycznych przemawia ponad stuletnia tradycja psychoterapii zamkniętej w gabinecie oraz wartość owej neutralności, chroniącej jakość procesu terapeutycznego⁸. Z kolei za zabieraniem

⁸ Warto jednak podkreślić, że wśród terapeutów są także i tacy, którzy uważają, że warto i należy w czasie sesji rozmawiać z pacjentem o jego „wewnętrzny polityku”, zwracając między innymi uwagę na to, jakie procesy społeczne wywołują jego cierpienie, jakie jest pochodzenie jego poglądów politycznych, czy i do jakiego stopnia jest zaangażowany intelektualnie i emocjonalnie w politykę (Samuels, 2012).

głosu w sprawach publicznych przemawia idea społeczności obywatelskiej, zgodnie z którą każdy obywatel może (powinien?) uczestniczyć w działaniu na rzecz dobra wspólnego. Czy opinie terapeuty zabierającego głos w mediach mogą przyczynić się na przykład do redukcji destruktywnej wrogości? Może (powinien?) chronić wartości uniwersalne dla naszego kręgu kulturowego? Czy namysł nad procesami społeczno-politycznymi powinien należeć wyłącznie do socjologów, psychologów społecznych, dziennikarzy i polityków?

Paradoksalnie na publiczne stawianie diagnoz psychiatrycznych i psychologicznych pozwalają sobie właśnie dziennikarze i politycy, używając przy tym określeń ze słownika psychopatologicznego w charakterze inwektyw. Nie budzi wątpliwości, że nie wolno tego robić psychoterapeucie ani psychiatrze, podobnie jak niedopuszczalna byłaby agitacja polityczna w gabinecie. Neutralność i powściągliwość terapeutów pozostawia jednak pewien niepokój: jeśli widzę niebezpieczeństwo (a widzę je właśnie dzięki swej fachowej wiedzy wyraźniej niż inni), to czy mam pozostawać bierny i milczący po to tylko, by uniknąć podejrzenia o stronniczość i o przekraczanie swych kompetencji? Czy terapeuta, który dysponuje wiedzą na temat związków między procesami intrapsychicznymi a interpersonalnymi i społecznymi, powinien tę wiedzę utrzymywać w tajemnicy? Można by tę kwestię rozstrzygnąć uspokajającym wyjaśnieniem, że wiedza (interpretacja? diagnoza?) powstała w umyśle terapeuty to jedynie jedna z możliwych wersji rozumienia rzeczywistości i nie powinna ona mieć rangi jednoznacznej ekspertyzy. Lecz wówczas pojawia się kontrargument: niech terapeuci ujawnią swoje różne (bo przecież nie ma tu jednogłośności) opinie i niech z tego płynie rozwój refleksji społecznej. Jest wówczas szansa, że rozumienie tego, co się dzieje (w społeczeństwie, w kraju, na świecie) będzie głębsze, a nawet bardziej dojrzałe. I w ten sposób przybędzie tego, co Andrew Samuels nazywa polityczną energią, uznając ją za niezwykle cenny element rozwoju indywidualnego i społecznego (Samuels, 2012), a *political self* (Tweedy, 2017) zostanie poddane refleksji.

Dla tych, którzy woleliby trzymać się z dala od polityki (a psychoterapeuci do takiego dystansu z wielu słusznych powodów poczuwają się), ważna może być uwaga wcześniej już wspomnianego Timothy'ego Snydera (2017, s. 34): „Życie jest polityką nie dlatego, że świat się przejmuje tym, co myślisz, ale dlatego, że reaguje na to, co robisz”. Jeśli dodać do tego słowa Ditricha Boenhoffera: „Milczenie w obliczu zła samo jest złem, [...], niemówienie jest mówieniem, niedziałanie jest działaniem” problem milczenia terapeuty staje się ostrzejszy niż kiedykolwiek dotąd. Terapeuta staje przed dylematem: na ile zasada neutralności obowiązująca w gabinecie w czasie terapii pacjenta powinna go dotyczyć także poza gabinetem. Czy jeśli pacjent zobaczy swego terapeutę, uczestniczącego w jakiejś demonstracji, albo napotka w mediach (we wszechobecnym internecie) jego uwagi o procesach społeczno-politycznych, to zaburzy to proces terapeutyczny? (Terapeuta przestanie być „pustym ekranem”.) Kiedy terapeuta ma prawo (powi-

nien) kierować się zasadą zawodowej powściągliwości, a kiedy poczuciem obywatelskiego obowiązku? Oczywiście, można uniknąć jednoznacznej odpowiedzi, odwołując się do argumentu, że każdy przypadek należy rozważać indywidualnie albo w każdej wątpliwej sytuacji sięgać po pomoc superwizora. Być może jedyne, co w takich sytuacjach może zrobić terapeuta, to być świadomym owego dylematu, świadomym przesłanek, którymi się kieruje i każdorazowo starać się ważyć swą decyzję. I ponosić za nią odpowiedzialność. Świat zewnętrzny (podobnie jak wewnętrzny) bez konfliktów to obraz z wyspy stworzonej 501 lat temu (!) przez Thomasa Morusa, a wyspa ta nazywa się Utopia. Bo konflikty dzieją się nie tylko w przestrzeni intrapsychicznej, lecz także interpersonalnej i społecznej. Czy jako terapeuci powinniśmy pozostawać w tak zwanym zaciszu gabinetu i abstrahować od tego, co się dzieje na zewnątrz? Czy powinniśmy reagować na kontekst społeczny? Trudno jest uciec od tego pytania...

Zakończenie

Na wstępie podkreślałem, że refleksje mają charakter swobodnych rozważań i stanowią okazję do dzielenia się wątpliwościami, a nie są wywodem prowadzącym do klarownych wniosków. Mam jednak nadzieję, że samo postawienie pytań może stanowić użyteczną inspirację. Wobec zaś tych, którzy mieli nadzieję na znalezienie jednoznacznej odpowiedzi, mam usprawiedliwienie stare, bo autorstwa Pliniusza Starszego, żyjącego w I wieku p.n.e. (23–77), który twierdził, że „jedyną pewną rzeczą jest to, że nie ma nic pewnego”.

BIBLIOGRAFIA

-
- Adams, J. (2003). *Milan System Therapy*. W: L.L. Hecker, J.L. Wetchler (red.), *An Introduction to Marriage and Family Therapy*. New York: The Haworth Clinical Practice Press.
- Adshead, G. (2007). *Ethics and psychotherapy*. W: G.O. Gabbard, J. Beck, J. Holmes (red.), *Oxford Textbook of Psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Anderson, H. (2007). *Dialogue: People creating meaning with each other and finding ways to go on*. W: H. Anderson, D. Gehart, *Collaborative Therapy. Relationship and Conversations that make a Difference*. New York: Routledge.
- Bauman, Z. (2000). *Płynna nowoczesność*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Bonhoeffer, D. (1970). *Wybór pism*. Warszawa: Biblioteka Więzi.
- Cecchin, G. (1995). *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum UJ.
- Chrzastowski, Sz., Barbaro de, B. (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

- Ferraris, M. (2015). *Powrót do mocnej myśli*. W: M. Surma-Gałkowska, A. Zawadzki (wybór, przekład i opracowanie), *Mysł mocna – myśl słaba. Hermeneutyka włoska od połowy XX wieku. Antologia tekstów*. Kraków: Wydawnictwo Księgarnia Akademicka.
- Franklin, G. (1990). The multiple meanings of neutrality. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 195–220.
- Goldenberg, H., Goldenberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Lyness, K., Haddock, S., Zimmerman, T.S. (2003). *Contextual issues in marital and family therapy: Gender, culture, and spirituality*. W: L.L. Hecker, J.L. Wetchler (red.), *New York: An Introduction to Marriage and Family Therapy*. The Haworth Clinical Practice Press.
- Moore, B.E., Fine, B.D. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski.
- Pittman, I.F. III (1994). The myth of therapeutic neutrality. *Psychology Today*, 1 I.
- Rivett, M., Street, E. (2009). *Family Therapy. 100 Key Points & Techniques*. London: Routledge.
- Rosińska, Z. (2012). Psychoterapia i filozofia. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Pogranicza. Podręcznik akademicki* (s. 167–174). Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Samuels, A. (2012). *Psychoterapia, polityka i społeczeństwo – szanse i ograniczenia*. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Pogranicza. Podręcznik akademicki* (s. 305–324). Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1995). Stawianie hipotez – cyrkularność – neutralność: trzy wskazówki dla prowadzącego sesję. W: *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*. Kraków: Wydawnictwo Collegium Medicum UJ.
- Snyder, T. (2017). *O tyranii. Dwadzieścia lekcji z dwudziestego wieku*. Kraków: Znak – Horyzont.
- Suzuki, S. (1973). *Zen Mind, Beginner's Mind*. Weatherhill: New York–Tokio (wydanie polskie na prawach rękopisu: *Umysł zen, umysł początkującego*).
- Tweedy, R. (2017). *The Political Self. Understanding the Social Context for Mental Illness*. London: Karnac.
- Vattimo, G. (2006). *Koniec nowoczesności*. Kraków: TAIWPN Universitas.
- Vattimo, G. (2010). *Wiek interpretacji*. W: R. Rorty, G. Vattimo (red. S. Zabala), *Przyszłość religii*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Yeomans, F., Caligoe, E. (2016). What is neutrality in psychotherapy? *Psychiatry and Psychotherapy*, Published online: June 01.

JERZY W. ALEKSANDROWICZ

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

DWA OBLICZA PSYCHOTERAPII

Określenie „psychoterapia” jest wieloznaczne. Odnosi się je zarówno do uspokajania, poprawiających nastroj ciepłych, życzliwych relacji międzyludzkich, jak i do profesjonalnego działania rozmaitych grup i szkół, kierujących się któryms z „podejść teoretycznych”. Podobnie jak „farmakoterapia”, psychoterapia jest pojęciem ogólnym, opisującym bardzo wiele różnych sposobów oddziaływania, podejmowanego w rozmaitych celach. Chyba najczęściej stosuje się ją po to, by pomagać ludziom mającym rozmaite problemy z sobą lub w relacjach z innymi np. w rodzinie, z własną sytuacją życiową (na przykład przewlekłą chorobą), nieco rzadziej po to, żeby leczyć zaburzenia zdrowia.

Różnice między tymi dwoma obliczami psychoterapii, odmiennosc specyfiki pomagania (zarówno zdrowym osobom, jak i chorym) od specyfiki leczenia, wydają się istotniejsze od odmiennosci założeń teoretycznych, do których odwołują się różne nurty psychoterapii – psychoanalityczny, behawioralno-poznawczy, humanistyczny i inne¹ – i od ram organizacyjnych, w jakich osadzona jest terapia (krótka- lub długoterminowa, indywidualna, grupowa, terapia rodziny itd.) oraz od różnicy stosowanych technik (*talking therapy*, psychodrama, hipnoterapia itp.).

Mimo że konsekwencje odmiennosci pomagania od leczenia w znacznym stopniu decydują o aktualnym kształcie wiedzy i praktyki psychoterapeutycznej, różnice między nimi są niedoceniane, a nawet dość często negowane. Argumenty

¹ Próby integracji tych teorii, będące naturalnym etapem rozwoju wszelkiej wiedzy naukowej (Kuhn, 1985; Czabała, 1997; Aleksandrowicz, 2010), nie doprowadziły do powstania systemu twierdzeń zastępującego istniejące już podejścia, a „politycznie poprawna” teza o równej wartości wszystkich modalności sprowadziła podejście integracyjne do roli jednej z wielu opcji. W praktyce na ogół dochodzi do wykorzystywania elementów różnych teorii i rozmaitych technik, zależnie od powodów podejmowania i okoliczności przebiegu psychoterapii.

za deprecjonowaniem istotności i znaczenia tych różnic odwołują się między innymi do niejasności granicy między chorobą a zdrowiem. Współcześnie dominuje koncept *continuum*, na którego jednym biegunie mieści się „zdrowie”, rozumiane szeroko zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (*well-being*), a na drugim jego przeciwieństwo, „choroba”, zakłócająca funkcjonowanie chorej osoby. Stan zdrowia ujmowany jest raczej w kategoriach ilościowych niż jakościowych. Wprawdzie prowadzi to do rozmaitych paradoksów², ułatwia też „medykalizację”³ stanów naruszenia tego „dobrostanu”, będących powszechnymi i zazwyczaj okresowymi doświadczeniami wszystkich ludzi, niemniej trudno całkowicie odmówić zasadności takiego podejścia.

Ale ponadto, jeśli psychoterapia jest pomaganiem w uzyskiwaniu optymalnego dobrostanu jednostki, niezależnie od przyczyn deficytu w tym zakresie, to wszystkie działania podejmowane w tym celu mają jednakową wartość, zwłaszcza że posługują się one identycznymi sposobami oddziaływania (technikami) i korzystają z tych samych systemów twierdzeń (teorii psychoterapii). To ostatnie bywa często przywoływanym argumentem za przekonaniem o jednorodności psychoterapii, włączając w nią także coaching. Psychoterapii, która plasuje się na pograniczu psychologii i medycyny, antropologii, socjologii i filozofii, nie będąc ani nauką biologiczną, ani nauką humanistyczną.

Jednakże psychoterapia, której celem jest pomaganie ludziom w rozmaitych trudnych sytuacjach lub w uzyskaniu większej wiedzy o sobie⁴, intensyfikacji „samorozwoju” czy „wzrostu” – tego wszystkiego, co dominuje w ofercie choćby psychoanalizy czy psychologii humanistycznych, podobnie jak pomoc w uzyskaniu umiejętności, na przykład sprawnego radzenia sobie w sytuacjach społecznych, rządzi się innymi prawami i regułami niż ta, która ma służyć leczeniu zaburzeń zdrowia. Różnice dotyczą nie tylko celów, lecz także zasad rządzących procesami pomagania klientom i leczenia pacjentów.

Praca z klientem sterowana jest na ogół uświadamianą i jasno przez niego określaną potrzebą uzyskania pomocy. Jej rodzaj, zakres i sposób realizacji mogą oczywiście podlegać negocjacji i przeformułowaniu (zwłaszcza w ramach określania i zawierania kontraktu), jednak zawsze decydujące powinno być zdanie klienta. Psychoterapia przypomina wówczas wszystkie inne rodzaje usług, których nabywca decyduje, jaki rodzaj towaru chce nabyć.

² Bo jak zakwalifikować np. osobę, której wysoka jakość życia nie została naruszona procesem nowotworowym, jeszcze niepowodującym żadnych ograniczeń funkcji ani dolegliwości?

³ Powszechnym obecnie przykładem tego zjawiska jest skłonność do uznawania na przykład wszelakich smutków za zaburzenia afektywne a nieśmiałości za fobię społeczną.

⁴ Wgląd w nieświadome procesy psychiczne powszechnie uznawany jest za wzbogacenie jednostki. Nie należy jednak zapominać o możliwości negatywnych, a nawet zagrażających życiu konsekwencjach uzyskania wiedzy wglądowej.

Chyba najczęściej taka pomoc (zwłaszcza nieprofesjonalna) ma charakter pocieszenia i uspokojenia w sytuacjach stresowych, powodujących chwilowe dezorganizujące napięcie jednostki. Jest też powszechnie użyteczna w rozmaitych, często dramatycznych sytuacjach kryzysowych, które dotyczą większych grup ludzi. Powodem poszukiwania takiej pomocy bywa też potrzeba zmniejszenia poczucia niezadowolenia z siebie, doświadczanie istnienia rozmaitych „problemów” w przeżywaniu i funkcjonowaniu, ograniczających możliwość przeżywania satysfakcji z życia, poczucia szczęścia, zadowolenia z osiągnięć i sukcesów. Często też potrzebę uzyskania takiej pomocy, o charakterze przede wszystkim edukacyjnym, stwarza poczucie (lub diagnoza) ograniczeń asortymentu lub nieadekwatności sposobów radzenia sobie, na przykład w sytuacjach interakcji społecznych. Skłania to wówczas do korzystania z treningów interpersonalnych, treningów asertywności i tym podobnych sposobów kształcenia umiejętności.

Z takiej psychoterapii, bardzo podobnej do świadczeń określanymi mianem „coaching”⁵ (Czabała i Kluczyńska, 2015; Feltham i Horton, 2013), najczęściej korzystają osoby nieuznające się za zaburzone czy chore. Niewątpliwie słusznie nazywane są „klientami”, gdyż, jak wspomniano, steruje nimi poszukiwanie określonej przez siebie usługi. Nie ma powodu, by nazywać ich pacjentami, jeśli nie doświadczają dolegliwości powodowanych przez objawy chorobowe. Używanie tego określenia mogłoby być nawet jatrogenne, ze względu na ukrytą w nim sugestię chorowania. Wprawdzie można czasem mieć wątpliwości, czy osoby potrzebujące profesjonalnej pomocy w radzeniu sobie ze swoimi „problemami”, nieraz sprawiającymi wrażenie symptomów jakiegoś zaburzenia nie wymagają w gruncie rzeczy leczenia. Nazywanie ich klientami pozwala jednak na uniknięcie stygmatyzacji, dotykającej osoby leczone się z powodu zaburzeń psychicznych.

Pomaganie „zdrowym klientom” na ogół nie wymaga dysponowania wiedzą medyczną. Potrzebne są raczej przekonania o tym, czym jest – a raczej jaki powinien być – człowiek, swoista ideologia antropologiczna. Na takie przekonania składają się twierdzenia opisujące stan idealny, może i nieosiągalny, ale taki, do którego można usilnie dążyć, na przykład niezależność, dojrzałość, integracja, kierowanie się powszechnie akceptowanymi systemami wartości itp.

Psychoterapia, której celem jest pomaganie, bywa czasem określana jako „psychologiczna”, w odróżnieniu od tej „medycznej”. Nie wydaje się to ani trafne, ani uzasadnione. Taka funkcja psychoterapii pojawia się też w intuicyjnych działaniach lekarzy „mających dobre podejście do pacjenta”, często nawet decydując o skuteczności prowadzonego przez nich leczenia. Zarazem jest ona niezmiernie potrzebna osobom chorującym – pacjentom – potrzebującym wsparcia

⁵ Podobieństwa i różnice psychoterapii i coachingu nie są jednoznacznie określone, stanowią wciąż przedmiot wielu dyskusji i sporów. Ostatnio jednak także w Polsce coaching zaczyna być traktowany jako odmienna od psychoterapii forma pomocy psychologicznej.

w radzeniu sobie z uciążliwościami stwarzanymi przez same schorzenia i przez ich leczenie, w radzeniu sobie z ograniczeniami powodowanymi przez kalectwo, z sytuacjami kryzysowymi czy terminalnymi. Znaczenie pomocy psychoterapeutycznej (psychologicznej?) w procesie leczenia – somatycznego czy psychiatrycznego – oraz w rehabilitacji, jest nie do przecenienia. Oczywiście kompetentnymi w udzielaniu takiej pomocy są nie tylko lekarze, ale także psycholodzy – zwłaszcza kliniczni – oraz psychoterapeuci o rozmaitym wcześniejszym wykształceniu zawodowym: pielęgniarki, pedagodzy, rehabilitanci, socjolodzy itp. W odróżnieniu od pomagania osobom zdrowym, pomaganie w sytuacjach chorowania wymaga jednak dysponowania nie tylko wiedzą psychologiczną czy „psychoterapeutyczną”, ale także wiedzą medyczną, zwłaszcza wiedzą o okolicznościach związanych z zaburzeniem zdrowia osoby, której się pomaga.

Szczególnym przypadkiem pomagania chorym jest uruchamianie „niespecyficzných czynników terapeutycznych”. Opisane przez Jeromy’ego i Julię Franków (2005) w latach 60. XX wieku, były one przez jakiś czas uznawane nawet za istotę wszelakiej psychoterapii. Budowanie relacji z osobą leczącą, mobilizowanie i „dodawanie ducha”, wzbudzanie pozytywnych oczekiwań i nadziei na odzyskanie zdrowia, wyjaśnianie tego, co spotkało chorego (w takiej samej mierze wyjaśnianie racjonalne co irracjonalne) itp., mają ogromne znaczenie dla efektywności każdego postępowania leczniczego. Zastosowanie tej wiedzy w rozumieniu zjawisk sugestii i działania placebo znakomicie zwiększa możliwości psychoterapii mającej charakter pomagania osobom chorującym na rozmaite zaburzenia zdrowia.

Działanie niespecyficzných czynników terapeutycznych, wykorzystywane przez uzdrowicieli we wszystkich kulturach i epokach, wyjaśnia skuteczność pomagania przez znachorów, kapłanów, wróżki, bioenergoterapeutów, homeopatów itp. Czasami taka pomoc doprowadza do poprawy lub nawet ustąpienia zaburzeń (a prawie zawsze przynosi znakomitą ulgę w cierpieniu), nie ma ona jednak charakteru leczenia przyczynowego, terapii *sensu stricto*.

Psychoterapia jest jednak na ogół opisywana i definiowana w sposób bardzo jednostronny, pomijający pomaganie chorym, a tym bardziej ich leczenie – i sprowadzający ją do pomagania zdrowym klientom. Przykładem może być sformułowanie Johna Norcossa z 1990 roku (Prochaska i Norcoss, 2005 s. 6): „Psychoterapia to świadome i zamierzone zastosowanie wywodzących się z uznanych zasad psychologii, metod klinicznych i postaw interpersonalnych w celu pomagania ludziom w modyfikacji ich zachowań, procesów poznawczych, emocji i/lub innych cech osobowych w kierunku, który korzystający z terapii uważają za pożądany”. Definicje takie, na ogół formułowane przez psychologów, zazwyczaj nie wspominają ani słowem o tej drugiej (w gruncie rzeczy pierwotnej przecież) funkcji psychoterapii – leczeniu zaburzeń zdrowia. Można by więc sądzić, że

dziedzin psychologii, niemającą zbyt wiele wspólnego z medycyną. Takie przekonanie podziela obecnie wielu lekarzy, co w konsekwencji skłania ich do przekazywania wszelkich oddziaływań na stan psychiczny swoich pacjentów psychologom, zatrudnianym w placówkach leczniczych⁶.

Rzadziej spotyka się definiowanie psychoterapii podkreślające to drugie jej oblicze – leczenie. Niekiedy wówczas rezerwuje się nawet określenie „psychoterapia” jedynie dla leczenia, zgodnie ze znaczeniem pojęcia „terapia”. (Psychoterapia, której celem jest pomaganie, nazywana bywa wówczas pomocą psychologiczną czy „psychospołeczną”.) Czasem, by podkreślić tę funkcję leczniczą, stosuje się termin „psychoterapia medyczna”. Psychoterapia jest wówczas określana jako np. „takie bezpośrednie oddziaływanie jednej osoby – terapeuty – na drugą – pacjenta, które ma na celu usunięcie choroby przez oddziaływania psychiczne” (w odróżnieniu od wpływania na przeżywanie chorego np. farmakoterapią) i to wyłącznie w zakresie, „który dotyczy dolegliwości i powodujących je zaburzeń oraz tego, co można – przy aktualnym stanie wiedzy – zidentyfikować jako źródło choroby” (Aleksandrowicz, 1996, s. 15). Definicje takie wydają się również jednostronnymi uproszczeniami i w obecnym stanie rzeczy nie odpowiadają realnemu stanowi praktyki psychoterapeutycznej, podobnie jak definicje psychologiczne.

W publicznej opinii rozpowszechnione jest jednak przekonanie, że psychoterapia to dziedzina należąca raczej do psychologii niż do medycyny. Chyba większość osób praktykujących obecnie psychoterapię i wypowiadających się w mediach, także większość badaczy psychoterapii, ma wykształcenie psychologiczne. Najprawdopodobniej sprawia to, że współczesne kierunki rozwoju wiedzy psychoterapeutycznej sterują się głównie paradygmatami właściwymi psychologii. W gruncie rzeczy to drugie, medyczne oblicze psychoterapii ujawnia się głównie w oczekiwaniach, że wszystkie działania określane tą nazwą będą refundowane przez ubezpieczenia zdrowotne...

Medyczna funkcja psychoterapii ujawnia się w pełni wówczas, gdy jest ona podejmowana w celu specyficznego i przyczynowego leczenia niektórych zaburzeń zdrowia (Aleksandrowicz, 2003). Wskazania do takiego działania wynikają z prób wyjaśniania etiopatogenezy tych zaburzeń, zarówno psychicznych, jak i somatycznych, czynnikami psychosocjogenetycznymi⁷. Niezależnie od tego, czy

⁶ Niewątpliwie ma to swój udział w powszechnym niezadowoleniu pacjentów z kontaktów z lekarzami i w przeświadczeniu o krytycznym stanie współczesnej medycyny, mimo jej ogromnego postępu technologicznego.

⁷ Hipotezy dotyczące psychogenezy zaburzeń stosunkowo szybko się zmieniają. Na przykład doszukiwanie się przyczyny chorób w specyficznych konfliktach, emocjach lub cechach osobowości, dość szybko okazało się niewystarczające. W ostatnim czasie wyjaśnianie wielu zaburzeń odwołuje się raczej do domniemania zakłóceń procesów neurotransmisji, skłaniając do interwencji farmakologicznych w miejsce psychoterapii.

rozumiane są one jako „czysta psychogeneza” – na przykład w znaczeniu związku przyczynowo-skutkowego między rodzajem przeżyć a rodzajem schorzenia lub w znaczeniu reakcji na stres i na spiętrzenie trudności życiowych – czy jako dominację wpływu takich okoliczności w złożonym kompleksie czynników patogenicznych, dostrzeganie ich znaczenia sprawia, że psychoterapia uznawana jest wówczas za leczenie „z wyboru”. Dotyczy to przede wszystkim zaburzeń funkcjonalnych, takich jak zaburzenia nerwicowe i zaburzenia osobowości czy zespoły behawioralne, ale również wielu innych zaburzeń psychicznych, uzależnień i schorzeń somatycznych.

Poważnym ograniczeniem zastosowania i rozwoju takiej psychoterapii są jednak ewidentne niedostatki współczesnej psychopatologii. Na przykład: wydaje się pewne, że są przypadki zaburzeń psychotycznych o obrazie z kręgu schizofrenii czy zaburzeń afektywnych, w których psychoterapia może mieć charakter leczenia przyczynowego – na przykład modyfikując schematy poznawcze. Nie ma jednak wystarczających podstaw do różnicowania między przypadkami, w których wskazaną jest psychoterapia, a tymi, w których niezbędne jest przede wszystkim leczenie biologiczne. Informacje o rodzaju „zaburzenia” formułowane w kategoriach klasyfikacji ICD czy DSM nie wystarczają. Jak się wydaje, ich założenia i konstrukcja są przydatne bardziej statystyce medycznej niż porządkowaniu wiedzy o zaburzeniach zdrowia.

Przyczynia się to do pomijania przez psychoterapeutów „oficjalnej” psychopatologii i odwoływania się do rozmaitych podejść teoretycznych, które na ogół zawierają jakieś twierdzenia odnoszące się do zaburzeń zdrowia. Często przy tym pretendują one do roli wiedzy użytecznej niezależnie od rodzaju schorzenia (np. psychoanaliza). Przyjmowanie takich założeń sprawia jednak, że terapia często bywa nieadekwatna do specyfiki zaburzenia i mało skuteczna.

Mimo wspomnianych ograniczeń i niedoskonałości psychopatologii, prowadzenie psychoterapii, której celem jest leczenie, wymaga odwoływania się do wiedzy medycznej w znacznie większej mierze niż w przypadku pomagania ludziom chorym na rozmaite schorzenia. Stanowi to chyba najważniejszą, fundamentalną różnicę między tymi dwoma obliczami psychoterapii.

Zarazem wiele wskazuje na to, że leczenie wymaga kierowania się innymi zasadami działania niż pomaganie, niekiedy nawet sprzecznymi z tymi, które sprawdzają się w pomaganiu klientom. Dotyczy to, na przykład, kwestii kompetencji i odpowiedzialności za przebieg oraz wyniki psychoterapii.

W przypadku pomagania wydaje się słuszne przekonanie, że decyzje dotyczące sposobu i zakresu pomagania zawsze powinny należeć przede wszystkim do klienta, a jego motywacja i współpraca determinują efekty terapii. Terapeutów przestrzega się przed złudnym przeświadczeniem, że „wiedzą lepiej” i uczy, że

nie mają prawa narzucać swoich przekonań dotyczących tego, czego potrzebuje klient i co byłoby dla niego dobre⁸.

Natomiast w przypadku leczenia zaburzeń zdrowia wiedza psychoterapeuty o naturze tych zaburzeń i o możliwościach ich leczenia jest (a w każdym razie powinna być) znacznie większa od wiedzy pacjenta. Dlatego trudno odmówić słuszności przekonaniu, że decyzje o kierunku, przebiegu i sposobach leczenia powinien podejmować przede wszystkim terapeuta i on też ponosi główną odpowiedzialność za jego efekty.

Na przykład: jeśli klient pragnący bliskiego związku emocjonalnego z terapeutą domaga się psychoterapii indywidualnej i stanowczo odmawia udziału w terapii grupowej, najprawdopodobniej słusznie będzie zgodzić się z jego wyborem. Jednak jeśli indywidualnej psychoterapii będzie domagał się pacjent odczuwający zagrożenie we wszelkich relacjach społecznych, psychoterapeuta ma prawo i obowiązek skierowania go do terapii grupowej. Wie bowiem, że psychoterapia indywidualna najprawdopodobniej nie stworzy szansy na przeuczenie i modyfikację takich zaburzeń przeżywania i że prawdopodobnie będzie jedynie źródłem doraźnych korzyści.

Wynika z tego postulat dyrektywności psychoterapeuty, która oczywiście nie oznacza rezygnacji z obowiązku negocjacji i przekonywania. Niemniej w przypadku ich niepowodzenia, czasami może dopuszczać nawet odmowę podjęcia leczenia. Trochę przypomina to sytuację, w której chirurg powinien odmówić leczenia zachowawczego wówczas, gdy stan pacjenta wymaga natychmiastowego zabiegu ratującego życie.

Dyrektywność psychoterapeuty ma jednak istotne ograniczenia. Nikt poza samym pacjentem nie ma pełnego dostępu do jego zaburzonego przeżywania i bezpośredniego oglądu tych zakłóceń, nikt też nie może wymusić ich zmiany. Świadomość tych ograniczeń skłania do elastyczności, gotowości do dokonywania korekt diagnozy i decyzji terapeutycznych, zależnie od tego, co pacjent ujawni w czasie terapii. Nie oznacza to jednak gotowości do zaspokajania wszystkich oczekiwań pacjenta, mogących być wyrazem jego zaburzenia (np. neurotycznych potrzeb).

Różnice zasad działania w przypadku pomagania i w przypadku leczenia dostrzegane są także w posługiwaniu się interpretacjami. W pracy z klientem wydaje się uzasadnione pomaganie mu informacjami o domniemanych nieuświadomianych przyczynach jego trudności. Teorie psychoterapii umożliwiają formułowanie wyjaśnień, które stwarzają szansę na opanowanie chaosu w prze-

⁸ W praktyce nie zawsze się tak dzieje. Powszechne przekonanie o celowości posługiwania się interpretacjami sprawia, że terapeuta prezentuje się (a co najmniej sugeruje), że jest tym, który wie lepiej od klienta, co się dzieje w jego przeżywaniu.

żywaniu i uzyskanie wglądu⁹. Wprawdzie oparte na nich, wyrażane w interpretacjach domysły psychoterapeuty będą przede wszystkim jego fantazjami, nieraz znacznie zniekształcającymi rzeczywistość, mogą jednak być użyteczne, a czasem stanowić inspirację umożliwiającą odkrycie prawdy o sobie. Nawet jeśli te wyjaśnienia są odległymi od prawdy racjonalizacjami, mogą być bardzo pomocne klientom (także chorym). Także przekazywanie poglądów dotyczących na przykład „sensu życia”, „salutogenezy” czy innych modnych elementów aktualnej wiedzy psychologicznej (antropologicznej?), może przynosić korzyści i ulgę w cierpieniu.

Natomiast w leczeniu, którego celem jest modyfikacja zakłóceń przeżywania, jak się wydaje, znacznie większą wartość od interpretowania ma pobudzenie pacjenta do samodzielnego formułowania wyjaśnień i sprawdzania ich trafności¹⁰. Przede wszystkim dlatego, że osobie postronnej znacznie trudniej jest dostrzec indywidualne, specyficzne okoliczności i przyczyny zakłóceń (a zatem trafnie je zinterpretować) niż samemu pacjentowi, podmiotowi tych przeżyć¹¹. Ale także dlatego, że nawet trafne wyjaśnienie przez terapeutę znaczenia jakiejś dysfunkcji ma mniejsze znaczenie w procesie leczenia niż uzyskanie umiejętności ich rozumienia i samodzielnego interpretowania. Co więcej, zindoktrynowanie wyjaśnieniami nieadekwatnymi do specyfiki zaburzeń obecnych w przeżywaniu pacjenta utrudnia mu uzyskanie rzeczywistego, trafnego wglądu.

Praktyka pomagania i leczenia psychoterapią prowadzą też do przekonania o różnicach w znaczeniu wglądu w nieuświadomiane procesy psychiczne. W pomaganiu klientom (zwłaszcza osobom niezaburzonym) w poznaniu siebie, zrozumieniu ukrytych motywów swoich decyzji i zachowań, wgląd wydaje się podstawową siłą sprawczą pozytywnych zmian. Nawet bez żadnych dodatkowych zabiegów, samo uzyskanie wglądu może doprowadzić do zmian oczekiwanych przez klienta i przez terapeutę. Nie ma bowiem istotnych przeszkód, by

⁹ Interpretacje oparte na ogólnych twierdzeniach teorii psychoterapii mają na ogół niewielką trafność w przypadku leczenia konkretnych osób i często są odrzucane ze względu na ich niedostateczną adekwatność. Ale brak zgody klienta na te twierdzenia traktowany jest zazwyczaj jako przejaw oporu, który trzeba zmniejszać tak długo, jak długo interpretacja nie zostanie uznana za prawdziwą. Wydaje się przy tym, że pojęcie oporu jest często stosowane w przypadku odmowy przyjęcia ewidentnie nieużytecznej lub błędnej interpretacji.

¹⁰ Oczywiście nie oznacza to, że interpretacja wytworzona przez pacjenta w wyniku pobudzenia jest zawsze trafna i miarodajna ani, że jest niezależna od wyobrażeń terapeuty, decydujących o kierunku wskazywanym przez jego interwencje. Pacjent ma jednak swobodę sformułowania swojej interpretacji w sposób niezgodny z oczekiwaniami terapeuty i często zaskakujący go, zmuszając do zmiany wyobrażeń o istocie zaburzenia.

¹¹ W sytuacji pomagania (zwłaszcza zdrowej osobie), o wiele łatwiej jest dostrzec i zinterpretować powszechne i w związku z tym znane terapeutę z własnego doświadczenia lub opisywane w literaturze lub w ogólnych twierdzeniach rozmaitych teorii, istotę i przyczyny trudności, z którymi chce poradzić sobie klient.

klient wyciągnął konstruktywne wnioski z tego, co stało się świadome. Niewątpliwie użyteczne jest przy tym poznawanie uwarunkowań aktualnego przeżywania, motywów decyzji itp. wcześniejszymi doświadczeniami, zwłaszcza z okresu dzieciństwa. Wgląd w okoliczności wydarzeń, do których doszło w przeszłości i w wyparte wspomnienia rozmaitych traum, w genezę dysfunkcyjnych schematów poznawczych, systemów wartości, umożliwi klientowi wykształcenie lub uruchomienie dotychczas niewykorzystywanych mechanizmów radzenia sobie.

Natomiast w leczeniu zaburzeń zdrowia znaczenie wglądu wydaje się ograniczone. Przede wszystkim specyfika większości zaburzeń sprawia, że samo uświadomienie nie może mieć takiej samej mocy sprawczej, jak w przypadku pomagania osobom niezaburzonym. Przeszkadzają temu rozmaite zakłócenia procesów psychicznych – deficyty osobowościowe, wymagające korekty błędne schematy poznawcze, uwikłania w irracjonalne systemy wartości itp. Dlatego w procesie leczenia znacznie większe znaczenie od uzyskania wglądu mają procesy przeuczania, korektywne doświadczenia i uczenie sprawcze, będące motorem powstawania korzystnych zmian w zaburzonym funkcjonowaniu, a koncentracja na uzyskaniu wglądu w znaczenie wydarzeń w dzieciństwie i pomijanie okoliczności, do których doszło w późniejszych okresach życia, bywa nawet powodem nieskuteczności terapii. Często z tego między innymi powodu zdarza się, że efektem leczenia jest przeświadczenie pacjenta, że już wie, dlaczego jest chory, podczas gdy jego dolegliwości są nadal takie same, jak były.

Zarazem usuwanie zaburzeń zdrowia wymaga, jak się wydaje, przede wszystkim uzyskania wglądu w nieuświadomiane, aktualne przeżycia wyrażające się „symptomami”, zakłóceniami funkcji związanymi z doświadczaniem dolegliwości. Przeświadczenie o tym, że są one jedynie refleksem wcześniejszych wydarzeń, utrudnia dostrzeganie bieżących okoliczności, stanowiących np. realne, nieuświadomiane zagrożenie, wyrażające się objawami lękowymi. Koncentracja uwagi pacjenta na poszukiwaniu śladów dawnych traum doświadczanych w dzieciństwie może powodować, że pozostanie on bezradny wobec aktualnych trudności, będących przyczyną zaburzeń zdrowia. Skądinąd kierowanie się przekonaniem o istnieniu determinującego aktualne procesy psychiczne „przymusu powtarzania” może prowadzić do uznania wszelkich wysiłków terapeuty za mało racjonalne¹².

Dotyczy to – jak się wydaje – również terapii zaburzeń osobowości. Wiedza o ich kształtowaniu się w dzieciństwie ma marginalne znaczenie w porównaniu

¹² Zjawisko nazywane „przymusem powtarzania” nieraz dobrze wyjaśnia rozmaite trudności racjonalnego działania klientów, słusznie bierze się je pod uwagę w psychoterapii mającej moc w rozumieniu i zmianie przeżywania osób niezaburzonych. W przypadku leczenia zaburzeń funkcjonalnych możliwości zmiany w wyniku poznania powtarzanych, ukształtowanych w dzieciństwie schematów okazują się ograniczone.

z wglądem w aktualne zakłócenia przeżywania, powodujące nieadekwatne funkcjonowanie. Nota bene, u wielu osób patologia osobowościowa kształtuje się przecież dopiero okresie adolescencji, a nawet dorosłości (np. PTSD).

Skądinąd psychoterapia, której celem jest pomaganie w radzeniu sobie z świadomie doświadczanymi dolegliwościami czy ograniczeniami, również wymaga koncentracji uwagi klienta i terapeuty na aktualnych przyczynach tych ograniczeń czy cierpienia, a nie tylko na wczesnodziecięcych traumach.

Niewątpliwie w sytuacji pomagania zdrowym osobom w zrozumieniu siebie, takie „archeologiczne” nastawienie może ogromnie ułatwić osiąganie założonych celów. Tacy klienci są chyba najliczniejszą grupą w prywatnych gabinetach psychoterapeutów, zwłaszcza o orientacji psychoanalitycznej. Może dlatego przeświadczenia o konieczności „pracy archeologicznej” są tak bardzo powszechne i stanowią jeden z fundamentalnych, „założycielskich mitów” psychoterapii?

Spśród bardzo wielu przekonań i reguł prowadzenia psychoterapii, powstałych w wyniku doświadczeń pomagania (i adekwatnych do tych działań, a nie sprawdzających się w takiej samej mierze w leczeniu zaburzeń), szczególne znaczenie ma przeświadczenie o leczącym wpływie relacji terapeutycznej.

Niewątpliwie, bez powstania relacji między dwoma osobami (najlepiej o pozytywnym wydzwisku emocjonalnym) trudno sobie wyobrazić jakiegokolwiek skutecznego oddziaływanie. Pozytywny związek, przymierze w realizowaniu wspólnie akceptowanych celów, jest oczywistym „warunkiem koniecznym” jakichkolwiek efektów każdej psychoterapii. W przypadku pomagania może decydować o gotowości do współpracy do przyjmowania treści interpretacji, decydować o uruchomieniu procesów modelowania przez terapeutę itp. Co więcej, może stanowić *per se* wystarczającą pomoc, zaspokajającą doraźne potrzeby doświadczania więzi i poprawiającą samopoczucie klienta.

Jest jednak wątpliwe, czy samo powstanie relacji jest także czynnikiem leczącym zaburzenia zdrowia. Przekonanie o takim efekcie powstania relacji terapeutycznej jest oparte głównie na obserwacjach zmniejszania się nasilenia, a nawet ustępowaniu objawów. Ale jak wiadomo, sama poprawa objawowa nie jest miarodajnym kryterium skuteczności terapii¹³. Jeśli objawy ustępują w czasie psychoterapii, może to oznaczać, że były one przede wszystkim formą komunikowania otoczeniu poczucia braku zainteresowania innych osób, ich uwagi, braku więzi. Otrzymywanie takiej uwagi i poczucie emocjonalnej bliskości psychoterapeuty sprawia, że apel o zaspokojenie tych potrzeb poprzez ekspresję objawów przestaje być potrzebny. Nie oznacza to jednak usunięcia zaburzenia manifestują-

¹³ Poprawa objawowa jest najpowszechniejszym kryterium oceny efektów leczenia. Jego wartość podważają jednak wahania występowania i nasilenia symptomów zaburzeń czynnościowych, spontaniczne ich ustępowanie nawet bez żadnego leczenia i pozornie niczym nieuzasadnione nawroty.

cego się tym zespołem objawów. Dlatego zapowiedź dłuższej przerwy lub zakończenia psychoterapii zazwyczaj powoduje nawrót złego samopoczucia. Pojawiają się symptomy uznawane za świadectwo „emocji rozstaniowych”, w gruncie rzeczy na ogół świadczących o utrzymywaniu się niemożności doświadczenia bliskości poza relacją terapeutyczną.

Poprawa objawowa w wyniku powstania relacji terapeutycznej prawdopodobnie jest więc jedynie dowodem skuteczności pomocy, zaspokajającej potrzebę pacjenta, ale nie postępu leczenia, które powinno doprowadzić do uzyskiwania gratyfikacji potrzeby bliskości w relacjach tworzonych poza terapią¹⁴. O ile więc te „wtórne korzyści” mogą być źródłem skuteczności pomagania, to mogą zarazem utrudniać leczenie mające uczynić pacjenta zdolnym do samodzielnego budowania więzi.

Tworzenie bliskiej, pozytywnej relacji terapeutycznej wiąże się z odsłanianiem się psychoterapeuty, ujawnianiem swoich cech, poglądów, statusu społecznego itp. Jak w przypadku każdej relacji międzyludzkiej, należy się wówczas spodziewać równorzędnego zaangażowania partnerów. Tymczasem jedną z powszechnych dyrektyw dotyczących funkcjonowania w roli społecznej psychoterapeuty jest unikanie ujawniania informacji o sobie, zachowanie dystansu. Wydaje się, że nie sprzyja to skutecznemu udzielaniu pomocy klientom, chociaż zdaniem terapeutów kierujących się teorią psychoanalityczną ułatwia powstanie przeniesienia (a w ślad za tym możliwości identyfikacji zakłóceń i traum w relacjach z osobami ważnymi w przeszłości)¹⁵.

Poza tym w psychoterapii, której celem jest udzielanie pomocy, wydaje się bardzo ważna zgodność kulturowa klienta i terapeuty, kierowanie się przez nich podobnymi systemami wartości, bliskość postaw i poglądów, podobieństwo miejsca w hierarchii społecznej itp. Stąd rekomendacje podejmowania psychoterapii u terapeutów wyznających taką samą jak klient religię, o takim samym kolorze skóry itd. oraz ujawniania informacji, mogących stworzyć poczucie wspólnoty.

Zasada „szczelności” terapeuty i zachowywania dystansu wydaje się bardziej adekwatna do sytuacji leczenia zaburzeń, niż pomagania. Wiele wskazuje na to, że dopuszczenie do powstania nadmiernie silnego, emocjonalnego związku między pacjentem a terapeutą może zmniejszać możliwość obiektywnego spostrzeżenia zaburzeń i podejmowanie niezbędnych działań, mogących powodować przykrość czy chwilowe cierpienie pacjenta.

¹⁴ Wyjątkiem wydają się okoliczności, w których powstanie relacji terapeutycznej pełni rolę doświadczenia korektywnego, zmniejszającego lęk przed bliskością i więzią.

¹⁵ Oczywiście uznanie, że emocje kierowane do terapeuty są w gruncie rzeczy emocjami do kogoś innego, obecnego w nieuświadomianych wspomnieniach z przeszłości, ma walor odbarczający. Terapeuta nie musi rozważać, co takiego w jego zachowaniu mogło spowodować na przykład negatywne emocje klienta lub pacjenta.

Budowanie relacji terapeutycznej, życzliwość i okazywanie pacjentowi sympatii nie wymagają zaprzyjaźnienia się, a zwłaszcza zwracania się z własnych przekonań czy trudności i kłopotów, mogących utrudnić proces psychoterapii i uzyskanie pozytywnych efektów¹⁶. Skądinąd leczenie każdego chorego, bez względu na kolor jego skóry, poglądy polityczne czy na przykład orientację seksualną jest obowiązkiem terapeuty. Ujawnienie przez niego na przykład zaangażowania w ruch „obrony życia” uniemożliwiłoby spełnianie tego obowiązku wobec pacjentki przeżywającej konflikt z powodu konieczności przerwania ciąży.

Pomaganie klientom wymaga możliwie pełnego i trafnego odróżniania własnych problemów i trudności terapeuty od tego, w czym należy dopomóc klientowi. Podobieństwo przeżywania psychoterapeuty i niezaburzonego klienta jest na ogół znacznie większe, niż psychoterapeuty i pacjenta. W związku z tym wydaje się w pełni uzasadnione wymaganie uwrażliwiania terapeutów na własne przeżywanie i jego uwarunkowania, na możliwość popełniania pomyłek wynikających z subiektywności własnych doświadczeń, a w czasie sesji terapeutycznych zwracanie bacznej uwagi na swoje emocje, oddzielania ich od tego, co jest wzbudzane przez klienta.

Jest to oczywiście ważne także w sytuacji leczenia. Ale leczenie psychoterapeutyczne wymaga koncentracji terapeuty na osobie pacjenta i jego przeżywaniu a nie na sobie samym. Nieustanne przeprowadzanie analizy własnych przeżyć może bardzo przeszkadzać w usiłowaniu zrozumienia pacjenta, chociaż niewątpliwie niekiedy taka analiza jest konieczna¹⁷.

Wszystkie te różnice, dostrzegane przez psychoterapeutów, których działania czasami mają charakter pomagania, a czasem leczenia, wymuszają krytyczną weryfikację wielu powszechnych przekonań, wynikających z doświadczenia pomagania klientom. Jak widać z opisanych przykładów wiele wskazuje na to, że psychoterapia, której celem jest leczenie, nie może być bezkrytycznie sterowana przepisami, sformułowanymi na podstawie doświadczenia w pomaganiu niezaburzonym osobom. Automatyczne stosowanie tych samych reguł może znacznie zmniejszać skuteczność leczenia.

Być może uznawanie pomagania i leczenia za dwa oblicza psychoterapii, a nie za odmiennie dziedziny wiedzy i praktyki, bardziej jej przeszkadza, niż służy. Może to być jednym z powodów niepowodzeń w usiłowaniach uzyskania przez psychoterapię statusu wiedzy naukowej. Nauka bowiem, jest to system twierdzeń

¹⁶ Ujawnienie przez terapeutę na przykład własnych lęków może wzbudzić przekonanie pacjenta, że jego lęki będą dobrze zrozumiane, ale może też spowodować uznanie tego terapeuty za niezdolnego do uwolnienia od dolegliwości.

¹⁷ Własna, „treningowa” psychoterapia lub psychoanaliza, stwarzając nawyk przyglądania się własnemu przeżywaniu, może – wbrew założeniom – bardzo utrudniać radzenie sobie z rozpraszającym myśleniem o sobie samym, w miejsce koncentrowania się na przeżywaniu pacjenta.

odnoszących się do wyodrębnionego obszaru rzeczywistości. Natomiast współczesna psychoterapia aspiruje do modyfikowania zarówno trudności wynikających z zaburzeń zdrowia, jak i tych, które stanowią element codziennej egzystencji. W tej sytuacji trudno oczekiwać przekonującego uzasadnienia prawdziwości twierdzeń, mających odnosić się do obu tych, w istocie rzeczy różnych obszarów.

W przypadku pomagania, odwoływanie się do reguł *evidence based medicine* budzi uzasadnione wątpliwości i krytykę. Wydaje się, że mają rację ci, którzy twierdzą, że nie jest to adekwatny sposób oceny trafności twierdzeń z obszaru wiedzy humanistycznej, której bliskie są zasady, na których opiera się pomoc psychoterapeutyczna. Natomiast trafność sposobów leczenia psychoterapią najprawdopodobniej może i powinna być oceniana zgodnie z regułami metodologii EBM.

Udowodnienie zasadności leczenia psychoterapią na podstawie tych procedur napotyka jednak na rozliczne trudności. Są one związane między innymi z niedoskonałościami współczesnej psychopatologii. Posługiwanie się kategoriami obowiązujących klasyfikacji nie stwarza możliwości formowania rzeczywiście homogennych grup pacjentów, niezbędnej w celu sprawdzania efektywności oddziaływań. Już chociażby z tego powodu informacje o częstości popraw w grupach osób o podobnej charakterystyce (w kategoriach ICD czy DSM), otrzymujących identyczne oddziaływania, są mało wiarygodne.

Również założenie identyczności oddziaływań wydaje się bezpodstawne, nie bierze ono pod uwagę indywidualnych różnic między psychoterapeutami, ich chwilowych wahań nastroju czy stopnia zmęczenia, często decydujących o sposobie oddziaływania i skuteczności terapii. Różnic tych nie da się wyeliminować wymaganiem nawet bardzo ścisłego realizowania zaleceń „podręcznika” czy „protokołu”, mających ujednoczyć oddziaływania i niejako „zautomatyzować” przebieg procesu oddziaływań. Skądinąd ścisłe stosowanie się do takich reguł powoduje trudność adekwatnego reagowania na okoliczności, wynikające z różnic indywidualnej specyfiki zaburzeń i specyfiki procesów psychoterapii¹⁸.

Ograniczenia w prowadzeniu zasadnej, opartej na wiedzy medycznej psychoterapii zaburzeń zdrowia są tym większe, że „personalizacja” diagnozy wymaga znacznego nakładu czasu i otwartości na nieoczekiwane, zaskakujące związki przyczynowe, mogące wyjaśniać mechanizmy zaburzeń przeżywania. Wiedza teoretyczna nieraz bardziej w tym przeszkadza niż pomaga, a wobec znacznej różnorodności specyfiki przypadków udowodnienie zasadności wniosków metodami opartymi na statystyce często wydaje się niemożliwe. Wszystko

¹⁸ Psychoterapia sprowadza się wtedy przede wszystkim do uruchamiania niespecyficznych czynników leczniczych. Trudno się dziwić, że prowadzi to do przekonania o jednakowej skuteczności wszystkich rodzajów psychoterapii.

to sprawia, że powstanie naukowej wiedzy o leczeniu psychoterapią wydaje się znacznie odleglejsze niż stworzenie spójnej wiedzy o pomaganiu.

Różnice między tymi dwoma obliczami współczesnej psychoterapiami są na tyle znaczne, że trudno uznać je za różne zastosowania tej samej wiedzy i umiejętności. Może więc warto dążyć do powstania odrębnych zestawów twierdzeń – jednego pełniącego funkcję teorii pomagania, a drugiego będącego teorią leczenia psychoterapią? Może należy rozważyć potrzebę przeprowadzenia „operacji kosmetycznej” i rozdzielenia tych dwóch twarzy współczesnej psychoterapii, zweryfikować zasadność twierdzenia o istnieniu jednej wspólnej wiedzy psychoterapeutycznej?

Może wtedy działania nazywane psychoterapią będą opierać się na założeniach, mających rzeczywiście naukowy charakter. A rozdzielenie teorii pomagania i teorii leczenia w niczym nie przeszkadza, by ci sami psychoterapeuci jednym osobom pomagali, a inne leczyli, korzystając jednak z odmiennej wiedzy i kierując się nieco innymi zasadami postępowania.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J.W. (1996). *Psychoterapia medyczna*. Warszawa: WL PZWL.
- Aleksandrowicz, J.W. (2003). What psychotherapy is and is not: an essay on redefining of the term. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 5(1), 59–68.
- Aleksandrowicz, J.W. (2010). Kilka uwag o procesach integracji teorii psychoterapii. *Psychiatria i Psychoterapia*, 6, 1.
- Czabała, J.C. (1997). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: WN PWN.
- Czabała, J.C., Kluczyńska, S. (red.). (2015). *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: WN PWN.
- Feltham, C., Horton, J. (red.). (2013). *Psychoterapia i poradnictwo*. Sopot: GWP.
- Frank, J.D., Frank, J.B. (2005). *Perswazja i uzdrawianie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Kuhn, T.S. (1985). *Dwa bieguny*. Warszawa: PIW.
- Prohaska, J.O., Norcross, J.C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.

IRENA NAMYSŁOWSKA

Warszawski Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii

EWOLUCJA TERAPII RODZIN – ZAPISKI Z DŁUGIEJ DROGI TERAPEUTY RODZINNEGO

Moja droga terapeuty rodzinnego rozpoczęła się w latach 70. XX wieku, trwa więc całkiem długo i myślę, że w związku z tym mogę sobie pozwolić na subiektywną ocenę ewolucji terapii rodzin, której byłam i jestem nadal świadkiem. Na tej drodze dane mi było współpracować z Profesorem Czesławem Czabałą i jego zespołem w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Okres zaś ten wspominam jako bardzo ważny nie tylko w zakresie praktyki terapeutycznej, ale także badań naukowych. Należy pamiętać, że były to początki rozwoju terapii rodzin w Polsce i towarzyszył im niezwykły entuzjazm, jaki często budzi nowa teoria i nowa metoda terapeutyczna. Od tego czasu minęło wiele lat, podczas których dokonała się istotna ewolucja terapii rodzin, zarówno w zakresie teorii, jak i praktyki terapeutycznej.

Z wielu powodów nie jest łatwo opisać zmiany zachodzące w terapii rodzin, które doprowadziły do dominującego w Polsce modelu terapii systemowej.

Po pierwsze, brakuje jednej spójnej teorii stanowiącej podstawę terapii. Najważniejsza teoria – systemów – uległa znacznej ewolucji pod wpływem nowych myśli filozoficznych, czyli konstruktywizmu i konstrukcjonizmu społecznego. Na systemową terapię rodzin zaczęły oddziaływać inne teorie, np. teoria przywiązania, czy też ruchy społeczne, chociażby takie jak feminizm.

Po drugie, być może najważniejsze i od tego powinnam zacząć, znacznej ewolucji uległo pojęcie rodziny, a w konsekwencji pojęcie terapii. Nie jest już łatwo odpowiedzieć na pytanie, co jest rodziną – dawna jasna definicja przestała być aktualna. Nie ulega wątpliwości, że rodzina przeżywa kryzys, choć wiadomo, że nie wymyślono dla niej alternatywy spełniającej skomplikowane zadania

i funkcje systemu rodzinnego. Pojęcie rodziny rozszerzyło się na różne jej formy, choćby takie jak:

- rodzina zrekonstruowana, składająca się z nowych partnerów po rozwodzie lub rozstaniu i ich dzieci z poprzednich oraz obecnego związku;
- rodzina składająca się z rodziców tej samej płci i własnych lub adoptowanych dzieci;
- rodzina, częsta w chwili obecnej, składająca się z rodzica samotnie wychowującego dziecko lub dzieci.

Zmiana w rozumieniu, czym jest rodzina i kto jest jej częścią, z pewnością w istotny sposób determinuje sposób pracy terapeutycznej. Próby oceny funkcjonowania tak szybko zmieniającej się rodziny w nieunikniony sposób konfrontują nas z dylematem, czy pojęcia „rodzina funkcjonalna i dysfunkcyjna” mają dalej rację bytu, zwłaszcza w sytuacji istnienia równocześnie tak wielu różnych systemów wartości w rodzinach.

Po trzecie, stale zmienia się także pojęcie terapii – od tradycyjnego, wynikającego ze słowa „terapia” – leczenia, do obszaru rozwoju czy to jednostki, czy rodziny. W pierwszym okresie terapii rodzin powstało wiele koncepcji dotyczących tego, jak dysfunkcja rodziny wpływa na powstawanie objawów u jednego z jej członków i jak to zmienić przez zaplanowane interwencje terapeutyczne. Klasyycznym przykładem tego wczesnego podejścia do rodziny jest termin „matka schizofrenogenna”, który właściwie powinien być całkowicie usunięty z leksykonu psychiatrii i terapii rodzin, budził bowiem głębokie poczucie winy, a terapie na nim oparte mogły być jedynie mało skuteczne. Rosło też zrozumienie złożoności zależności w systemie rodzinnym o charakterze sprzężeń zwrotnych. Poglądom tym towarzyszyła charakterystyczna rola terapeuty jako „sędziego” rodziny, a następnie eksperta, który wiedział, na czym polega jej dysfunkcja, a co więcej posiadał wiedzę, jak ją zmienić przez aktywną postawę i dobrane techniki. Do tego zagadnienia powrócimy w dalszej części tekstu.

Warto również wspomnieć, że w ramach ewolucji pojęcia terapii dokonuje się zmiana od terapii rodziny do interwencji rodzinnej obejmującej znacznie szerszy zakres działań wobec rodziny i odchodzącej od dość sztywnych ram klasycznej terapii.

Po czwarte, nawet w obrębie systemowej terapii rodzin istnieje wiele różnych, znacznie różniących się szkół terapii, które w gruncie rzeczy należałoby omówić oddzielnie.

Wydawać by się mogło, że wiele lat pracy terapeutycznej ułatwi mi opis, czym jest terapia rodzin i jak przebiega jej ewolucja. Jest jednak wprost przeciwieństwo, podobnie jak w rodzinie „patchworkowej” mój obraz, a zwłaszcza rozumienie terapii rodzin, ma w sobie coś z przemieszania teorii, pojęć i wreszcie praktyki psychoterapii. Różne szkoły terapii rodzin, z którymi kolejno się spotkałam i które próbowałam praktykować, nakładają się na siebie i każda z nich zostawia jakiś

ślad w moim umyśle i tworzeniu koncepcji rozumienia problemu rodziny i opracowywania planu terapeutycznego. W obrębie podejścia teoretycznego wpływ wywarł na mnie konstruktywizm i konstrukcjonizm społeczny, choć może w nieco mniejszym stopniu niż w odniesieniu do innych młodszych terapeutów, mniej „skażonych” dawnymi koncepcjami terapii rodzin.

Być może na tym polega integracja w psychoterapii, choć wydaje mi się, że w moim przypadku jej wyznacznikami są wiek i doświadczanie wielu zmian zarówno w zakresie teorii, jak i praktyki terapii rodzin.

Dla przykładu, pierwszy pobyt w Stanach Zjednoczonych w roku 1978 i możliwość uczestniczenia w seminarium strukturalnej terapii rodzin i pracy terapeutycznej w tym nurcie spowodowały, że zawsze, choć czasami prawie podświadomie, zwracam uwagę na strukturę rodziny, choć oczywiście nie idą za tym techniki restrukturyzacji typowe dla szkoły Salvatora Minuchina (1974). Tak na marginesie, sądzę, że co najmniej kilka innych kierunków terapii rodzin zaczerpnęło wiele z terapii strukturalnej, nie przyznając się do tego otwarcie.

Z nowo nabytą wiedzą i pewnymi umiejętnościami praktycznymi wróciłam z USA do Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie wraz z magister Anną Siewierską próbowałyśmy dołączyć terapię rodzin do realizowanego tam standardowego programu terapeutycznego. Stworzono nam dobre warunki do realizacji tego celu w postaci lustra weneckiego, umożliwiającego obserwację sesji terapeutycznych, co na ówczesne czasy było bardzo nowoczesne. Pracowałyśmy głównie z rodzinami pacjentów cierpiących na schizofrenię i szybko okazało się, że klasyczna terapia strukturalna jest mało skuteczna w pomocy tak trudnym rodzinom. Sam zresztą jej twórca pracował głównie z rodzinami „psychosomatycznymi” osób chorujących na zaburzenia odżywiania, których wtedy nie było w Klinice.

Kolejny pobyt w USA i możliwość pracy w Instytucie Ackermana w Nowym Jorku stworzyły mi szansę nauki terapii opartej o zasady tak zwanej szkoły mediolańskiej u jej najciekawszych amerykańskich przedstawicieli. Coraz mocniejsze osadzenie w tożsamości terapeuty rodzinnego, fascynacja nowym paradygmatem myślowym, dotyczącym zachowania ludzi zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie oraz przyjęcie, że objawy, dysfunkcyjne zachowania mają związek z procesami zachodzącymi w systemie rodzinnym spowodowało chęć pracy w instytucji dającej więcej szans na pracę terapeuty rodzinnego. I tak znalazłam się w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

W tym czasie zespół Zakładu Psychologii Klinicznej kierowany przez Pana Profesora Czesława Czabałę, który, obok innych obowiązków, był zainteresowany funkcjonowaniem rodzin i terapią rodzinną. Było to dla nas – pracowników Kliniki Dzieci i Młodzieży – niezwykle wsparcie, zwłaszcza w zakresie badań nad rodziną. Zakład Psychologii korzystał z konsultacji Profesora Adama Frączka z Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, co stwarzało nam

szansę nauki metodologii badań nad rodziną i z wielką treścią uczestniczyliśmy w seminariach tam organizowanych. Nasza treść wynikała z faktu przewagi naszych umiejętności terapeutycznych nad metodologią badań, której standard, dzięki wiedzy obu Profesorów, był bardzo wysoki.

Nie oznacza to, że nasza współpraca z zespołem Profesora Czesława Czabały ograniczała się do dyskusji nad metodologią badań naukowych. Zakład Psychologii Klinicznej prowadził też poradnię, w której pracownicy przyjmowali rodziny, głównie pacjentów Instytutu. Dawało to szansę na omawianie przebiegu terapii, doprowadzające do żywych dyskusji. Zaowocowało też rozpoczęciem kursów psychoterapii uwzględniających systemową terapię rodzin. Parokrotnie zorganizowaliśmy wspólnie wyjazdowe zajęcia z terapii rodzin w Strzyżynie, małej wiosce, w której Instytut Psychiatrii i Neurologii posiadał dom. Myślę, że pozostali uczestnicy tych spotkań, podobnie jak ja, wspominają je bardzo dobrze, intensywnie bowiem uczyliśmy się prowadzenia terapii rodzin. Brała w nich bardzo aktywny udział grupa pracowników Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Krakowie, z której wywodzą się współcześni, wybitni terapeuci rodzinni.

Dalsze lata pracy z młodymi pacjentami dały szansę zespołowi Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży doskonalic umiejętności terapeutyczne, a jednocześnie uczestniczyć w ewolucji terapii rodzin, głównie pod wpływem konstruktywizmu i konstrukcjonizmu społecznego.

Sądzę, że dla opisu i zrozumienia rozwoju terapii rodzin może być przydatny klucz opisu, dzielący terapie rodzin na terapie modernistyczne i postmodernistyczne (ryc. 1).

RODZAJE TERAPII RODZINY	
MODERNISTYCZNE	POSTMODERNISTYCZNE
Strukturalna	Postmediolańska
Strategiczna	Narracyjna
Interakcyjno-komunikacyjna	Zespół reflektujący
Systemów rodzinnych	Terapia oparta na współpracy językowej
Kontekstualna	Podjęcie zorientowane na rozwiązanie
Klasyczna szkoła mediolańska	
TERAPIA TRANSGENERACYJNA	

RYCINA 1.

Podział terapii rodzin

Źródło: opracowanie własne.

Terapię transgeneracyjną umieściłam pod wymienionymi wcześniej grupami terapii, ponieważ jej elementy są według mnie zawarte we wszystkich rodzajach terapii.

Wspólne dla obu typów terapii jest uznanie rodziny za otwarty system, odrębną całość od sumy części. To, czy terapeuci w swoim podejściu teoretycznym koncentrują się bardziej na twierdzeniu, że rodzina jest systemem osób powiązanych, swoistą strukturą, strategiami, sposobem komunikowania się jej członków, czy wreszcie swoistymi więzami emocjonalnymi definiowało poszczególne szkoły terapii.

Z kolei kształtujące się pod wpływem konstruktywizmu i konstrukcjonizmu społecznego terapie postmodernistyczne zakwestionowały niezależną pozycję obserwatora wobec przedmiotu poznania, czyli systemu, podkreślając, że to, co poznajemy, uwarunkowane jest naszą strukturą, a nie odzwierciedleniem obiektywnej rzeczywistości (Maturana, 1978) oraz, że zdolni jesteśmy jedynie do konstruowania obrazu świata (Glaserfeld, 1988), a poznanie i wiedza są wytworem określonej kultury i języka (Berger i Luckman, 1983; Gergen i Gergen, 2003). Harlene Anderson i Harold A. Goolishian (1988), podobnie jak Bogdan de Barbaro (2004), podkreślali z kolei, że systemy ludzkie, w tym także system rodziny należy rozważać jako generujące język i system znaczeń.

Najważniejsze konsekwencje tej zmiany podejścia do przedmiotu poznania, jakim jest dla terapeuty system rodzinny, to przede wszystkim trudność, a być może niemożność obiektywnej diagnozy rodziny. W terapiach „modernistycznych” terapeuta miał w umyśle jasny obraz rodziny funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej, jakkolwiek różny w odrębnych szkołach terapii. W terapiach zaliczanych do grupy „postmodernistycznych” diagnoza nie tylko jest trudna ze względu na udział terapeuty w konstruowaniu obrazu rodziny, ale jest także zbyt ciężka. Wynika z tego trudność planowania jednej, słusznej, specyficznej interwencji terapeutycznej w procesie terapii. Interwencja taka zawsze będzie bardziej zależna od właściwości i w pewnym sensie „decyzji” systemu rodzinnego niż od terapeuty.

Kładzie się też nacisk na konieczność zaakceptowania subiektywnej wizji rodziny i ograniczenie lub, jak chcą niektórzy, rezygnację z teorii, która zawęży swobodę naszego myślenia o rodzinie, generując obrazy systemu przystające do wyznawanej teorii. Warto tu jednak podkreślić umowność tego podziału, ponieważ zwłaszcza w drugiej grupie terapii postmodernistycznych zachodzą duże różnice choćby np. między szkołą postmediolańską a terapią narracyjną. Różnice te są w pewnym sensie odbiciem coraz silniejszego wpływu teorii konstrukcjonizmu społecznego na proces terapii i pozycję terapeuty.

Ponieważ w artykule pozwałam sobie na ocenę zmian zachodzących w terapii rodzin przez pryzmat moich subiektywnych doświadczeń jako terapeuty, podzielię się refleksjami na temat zarówno różnic, jak i podobieństw w obu grupach terapii bardziej w procesie terapeutycznym niż w teorii.

Moje pierwsze zetknięcie się z terapią rodzin to szkolenia w terapii strukturalnej. Już kolejne doświadczenie uczenia się w Instytucie Ackermana, a następnie identyfikacji ze szkołą mediolańską nie było łatwe. Na pewien czas szkoła mediolańska stała się moją „terapeutyczną miłością”, nie tylko dzięki teorii bliskiej mi z powodu pracy z osobami cierpiącymi na schizofrenię, ale przede wszystkim dzięki fascynacji systemowymi interwencjami paradoksalnymi, które często okazywały się niezwykle i spektakularnie skuteczne, gratyfikując narcyzm terapeutyczny. Ale nawet wtedy, często pierwsze moje spojrzenie na rodzinę było mniej lub bardziej świadomą analizą jej struktury, zaczerpniętą z terapii Salvatora Minuchina. Dziś interwencje paradoksalne wydają się anachroniczne i zawierające jednak w sobie sporo intruzywności, a nawet agresywności. Przez rodzinę mogły być czasami odbierane jako budzące poczucie winy, obce ich rozumieniu świata i siebie, a także zagrażające tożsamości rodzinnej. Nie bez racji Mara Palazzoli Selvini i współpracownicy (1988) uznali, że interwencja w terapii mediolańskiej to jak rzucenie bomby, po którym należy uciekać. W praktyce interwencje tego typu okazywały się albo bardzo skuteczne, albo rodziny rezygnowały z terapii. Zmuszały terapeutę do dużej kreatywności w ich tworzeniu, a równocześnie wymagały bardzo dużej znajomości funkcjonowania systemu rodzinnego, wnikliwej analizy rzeczywistości rodzinnej – musiały bowiem dotyczyć systemu rodzinnego jako całości, a nie poszczególnych jego członków. Jednym słowem stanowiły duże wyzwanie dla terapeuty.

Nie stosuję ich od lat, ale niedawno przyparta do muru przez nasilającą się trudność rodziny w zaakceptowaniu zmiany, zrezygnowałam z pozostawienia decyzji o zmianie systemowi rodzinnemu i wiary w mądrość systemu, który wie, czy jest gotowy do zmiany, i zaproponowałam klasyczną interwencję paradoksalną. Po zakończeniu sesji czułam się co najmniej niezręcznie i żałowałam swojej decyzji, próbując zrozumieć, jakie powody mnie do niej skłoniły. Miałam też obawy, czy rodzina przyjdzie na następne spotkanie. Jednakże przyszli całkowicie odmienieni, zmiana zaś utrzymywała się do końca terapii.

Niewątpliwie jednak pytania cyrkularne, „uczące” rodzinę myślenia systemowego o wewnątrzrodzinnych zależnościach i zasada neutralności, która stała się podstawową postawą terapeutyczną mimo jej utopijnego charakteru, z którego czego zdajemy sobie coraz lepiej sprawę, stanowią do dziś niezwykle ważną zasadę postępowania terapeutów rodzinnych.

Kiedy porównuję klimat sesji rodzinnych z tamtego okresu z obecnym sposobem pracy, różnica wydaje mi się uderzająca. Wymagało to też olbrzymiej zmiany we mnie jako terapeucie, „porzucenia” przywiązania do diagnozy systemu rodzinnego, która do pewnego stopnia jest związana jest z tym, że jestem lekarzem, częściowej rezygnacji lub raczej powstrzymania się od posługiwania się całą wiedzą o rodzinie, którą dały mi terapie „modernistyczne” i stojące za nimi teorie funkcjonowania rodziny. Ważna w tym procesie zmiany była konieczność rezy-

gnacji z wiary w skuteczność technik terapeutycznych na korzyść prób utrzymania przez cały proces terapeutyczny Cecchinowskiego (1995) zaciekawienia.

Można więc powiedzieć, że w procesie ewolucji terapii rodzin terapeuta stał się *tylko* – a może *aż* – uczestnikiem dialogu z rodziną, a terapia systemowa dialogiem między rodziną-systemem w kryzysie, w opresji a terapeutą desygnowanym do udzielania mu pomocy. Dialog ten jest różny od zwykłej rozmowy, przez katalizującą obecność terapeuty, stwarzanie przestrzeni do rozmowy, zaciekawienie rodziną – jak często mówią członkowie rodziny „rozmawiamy inaczej niż zwykle”.

Dialog ten może dotyczyć: innego rozumienia rzeczywistości, zmiany znaczeń nadawanych przez rodzinę różnym faktom, np. chorobie, tworzenia nowej mapy świata, analizy przekazów transgeneracyjnych, mitów, rytuałów i ich wpływu na przeszłość, teraźniejszość i przyszłość rodziny. Prowadzi do powiązania relacji rodzinnych i objawów jednego z członków rodziny (IP) i zrozumienia, jakie mają one znaczenie dla systemu rodzinnego – „uczy” rodzinę myślenia systemowego, pozwala zrozumieć ważność i równowartość poglądów wszystkich członków rodziny.

Sposób dyskursu terapeuty z rodziną stwarza szansę na modelowanie rodzinnej komunikacji, interakcji emocjonalnej. Pozwala sięgnąć do pierwotnych wzorców przywiązania i ich wpływu na relacje emocjonalne. Warunkiem, aby był skuteczny i pomagał rodzinie znaleźć własną drogę wyjścia z impasu, jest to, że musi przebiegać w atmosferze bezpieczeństwa, szacunku do autonomii rodziny, jej systemu wartości, gotowości do akceptacji i zasięgu zmiany, o których to ona decyduje, a nie terapeuta. W pewnym sensie dialog przebiega w nieco innym niż dotychczas języku, zmieniając znaczenie faktów z opowieści rodzinnej i pozwalając zmienić dotychczasową narrację rodziny, która doprowadziła do kryzysu, wprowadzając nieco inną, dającą szansę na wyjście z opresji.

W mojej pracy, a prawdopodobnie także większości terapeutów praktykujących terapię rodzinną wywodzącą się z terapii „modernistycznych”, opisana zmiana niosła wiele trudności i wymagała znacznej samokontroli. Dużo łatwiej jest się w niej odnaleźć młodym terapeutom, którzy zaczęli szkolenie od terapii postmodernistycznych i nie byli „skażeni” wpływem poprzednich terapii z ich zupełnie innymi zasadami. Osobiście, dla mnie jako osoby aktywnej, raczej mówiącej niż milczącej z dyskretną (mam nadzieję) tendencją do dyrektywności i bycia „ekspertem” zmiana ta była szczególnie trudna. Pomogła mi wiara w mądrość systemu rodzinnego, tendencja do koncentracji na zasobach rodziny, a przede wszystkim docenianie znaczenia przekazów transgeneracyjnych i ich znaczenia dla przeszłości, teraźniejszości i przyszłości rodziny, które pozostają zarówno dla mnie, jak i dla rodziny ważnym obszarem dialogu.

Ostatnie lata przyniosły wyraźną tendencję do integracji w psychoterapii. Dla terapii rodzin, a zwłaszcza terapii par, oznaczało to docenienie znaczenia wewnątrzpsychicznych czynników i przeżyć wczesnodziecięcych poszczególnych

członków systemu rodzinnego. Zaowocowało to zwróceniem uwagi na procesy przeniesienia i przeciwprzeniesienia w procesie terapeutycznym, zupełnie nieobecne i można powiedzieć zaniedbane w dotychczasowej pracy terapeuty. Stąd częste zarzuty wobec terapii systemowej, że jest ona zbyt „intelektualna”, przypomina mniej lub bardziej cierpliwe układanie skomplikowanego puzzla, z całkowitym pominięciem analizy emocji wszystkich jej uczestników. Szybko okazało się, że emocje terapeuty wyrażane w przeciwprzeniesieniu w sposób istotny rzutują na proces terapii. Co więcej, sądzę, że bardziej niż one na proces terapii rzutują doświadczenia rodzinne terapeuty. Stąd można powiedzieć, że w pokoju terapii nad terapeutą i rodziną unoszą się duchy ich rodzin. Dlatego tak ważne jest, aby terapeuta w trakcie szkolenia zanalizował własny genogram. Można tu doszukać się pewnej analogii do konieczności odbycia własnej psychoanalizy przez przyszłych analityków. Czasami w trakcie kryzysu w terapii pomocne jest porównanie obu genogramów – rodziny i terapeuty, aby ukryte czynniki hamujące proces terapeutyczny stały się zrozumiałe.

Zrozumieliśmy więc, że terapia rodzin czerpie ostatnio z teorii innych niż tylko teoria systemów, takich jak np. teoria przywiązania. Powstały nowe szkoły terapii – terapia rodzin oparta o analizę wzorców przywiązania czy terapia skupiająca się na analizie emocji członków systemu rodzinnego.

Wymieniając wszystkie nowe doświadczenia, z których czerpie terapia rodzin, nie sposób pominąć wpływu feminizmu na sposób rozumienia systemu rodzinnego, w wyniku czego możemy mówić o feministycznej terapii rodzin, która próbuje zintegrować założenia terapii rodzin z perspektywą feministyczną (Braverman, 2003). Mają one pomóc terapeutom zrozumieć wpływ systemu patriarchalnego na pozycje kobiet w rodzinie, ograniczenia wynikające z męskiego modelu rozwoju psychoseksualnego, zaprzestać ograniczać się w swoim myśleniu do stereotypowego rozumienia ról związanych z płcią, wystrzegać się uprzedzeń. Jeszcze inni przypisują systemowej terapii rodzin negację jej politycznego wymiaru, brak zrozumienia, że relacja terapeutyczna jest związana z władzą i krytykują znaczenie neutralności jako zasady bardziej szkodliwej, zwłaszcza w odniesieniu do kobiet, niż pozytywnej.

Ten krótki i powierzchowny przegląd zmian, jakie dokonują się w teorii, a zwłaszcza praktyce systemowej terapii rodzin z pewnością nie odzwierciedla w pełni ich zakresu. Sama ich doświadczyłam, choć powolność tego procesu rozłożonego w latach dawała czas na adaptacje do kolejnych zmian i przenikanie się nowych teorii i sposobów pracy. Z pewnością, jak próbowałam pokazać w trakcie dzielenia się refleksjami nad tymi zmianami, nie pracuję tak jak ponad 35 lat temu. Ale czasami przychodzą mi do głowy refleksje, że ta zmiana nie jest aż tak duża, jak wydaje się na pierwszy rzut oka. Sądzę bowiem, że podstawa pracy z rodziną jest w gruncie rzeczy ta sama. Może nieco inne są podstawy teoretyczne, inne rozumienie świata, rodziny, terapii i roli terapeuty przez wpływ założeń filo-

zoficznych konstruktywizmu i konstrukcjonizmu społecznego, a dialog z rodziną zastąpił inne techniki.

Jednakże nadal pomoc rodzinie możemy przede wszystkim przez stworzenie poczucia bezpieczeństwa zezwalającego na rozmowę o kryzysie i drogach wyjścia z niego. Rozmowę, w której terapeuta jest gotowy na wysłuchanie każdego, zaakceptowanie, że jest wiele sposobów widzenia i rozumienia tego samego zjawiska, nawet pozornie sprzecznych ze sobą.

Terapeuta jako uczestnik dialogu, ekspert nie od świata i rodziny, ale od zadawania pytań, nadaje temu dialogowi kierunek, pomagający rodzinie zrozumieć, jakie przeszkody doprowadziły do szukania przez nią pomocy, jak inaczej można rozumieć rzeczywistość – mapę świata, jakie nowe znaczenia nadawać różnym faktom. Istotnym fragmentem tego dyskursu jest analiza tego, jak przekazy transgeneracyjne, mity rodzinne wpływają na przeszłość, teraźniejszość oraz przyszłość rodziny i jakie to ma znaczenie dla myślenia rodziny o sobie i o świecie, a także relacjach rodzinnych. Mimo że szkoła postmediolańska formalnie wprowadziła zasadę zaciekawienia, trudno wyobrazić sobie jakkolwiek rodzaj psychoterapii, w której terapeuta nie jest zaciekawiony pacjentem, nie stwarza przestrzeni do rozmowy przez aktywne słuchanie. Jednocześnie jego sposób komunikowania się z członkami rodziny stwarza szansę na modelowanie rodzinnej komunikacji i transakcji oraz pozwala przyjrzeć się sposobom interakcji emocjonalnej, sięgając często do pierwotnych wzorów przywiązania poszczególnych członków rodziny i ich wpływu na bieżący klimat emocjonalny. Używając metafory – „Niewypowiedziane staje się wypowiedzianym, szept staje się głośny, niektóre okna zostają otwarte, podobnie jak drzwi zamkniętych szaf, a rodzina swobodnie może swobodnie kontynuować zatrzymaną wędrówkę po kole cyklu życia”.

Na zakończenie chciałam usprawiedliwić się, ze swojego czysto subiektywnego spojrzenia na terapię rodzin, od którego powinnam zacząć ten tekst. Artykuł w żadnym stopniu nie pretenduje do naukowego opisu terapii rodzin, jest raczej opisem mojej dość długiej drogi terapeuty, drogi, na której spotykały się różne teorie, jedne zastępowały kolejne, a początkowe techniki, czasem wyrafinowane, zostały „zredukowane” do dialogu z rodziną.

Wybór raczej swobodnych refleksji wynika z tego, że kompetentnych opisów terapii jest wiele i nie roszczę sobie prawa do tworzenia jeszcze jednego. Opisując swoją drogę terapeuty rodzinnego, dużo myślałam o Panu Profesorze Czesławie Czabale i o jego równie długiej drodze jako terapeuty. Mogę przypuszczać, że na tej drodze doświadczał podobnych zmian, skłaniających do integracji różnych teorii i praktyk psychoterapii. Z różnych publikacji i wystąpień wiem, jak problematyka integracji w obszarze psychoterapii jest Panu Profesorowi bliska.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, H., Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic system, preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 4, 371–393.
- Barbaro de, B. (2004). Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”. *Psychiatria Polska*, 138(5), 771–782.
- Berger, P.L., Luckman, T. (1983). *Społeczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: PIW.
- Braverman, L. (red.). (2003). *Podstawy feministycznej terapii rodzin*. Gdańsk: GWP.
- Cecchin, G. (1995). *Mediolańska szkoła terapii rodzin*. Kraków: Collegium Medicum UJ.
- Gergen, M., Gergen, K.J. (2003). *Social Construction. A Reader*. London: Sage.
- Glaserfeld, E. (1988). The reluctance to change the way of thinking. *Irish Journal of Psychology*, 9(1), 83–90.
- Maturana, H.R. (1978). Biology of language: The epistemology of reality. W: G. Miller, E. Lenneberg (red.), *Psychology and Biology of Language and Thought* (s. 27–63). Riverport: Academic Press.
- Minuchin, S. (1974). *Families and Family Therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G.F., Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutralty: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3–12.

IRENA JELONKIEWICZ

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

W LUSTRZE SUPERWIZYJNYM

Obecnie superwizja w psychoterapii jest nie tylko innowacyjną i bardzo specjalistyczną praktyką szkolenia psychoterapeutów. Stała się standardowym i powszechnie obowiązującym modelem monitorowania procesu psychoterapii oraz miejscem szkolenia terapeutów. Jaka jest specyfika procesu superwizyjnego? Jakie zjawiska pojawiają się w trakcie superwizji? Czy podejmowane są badania nad superwizją? Te i inne pytania pojawiają się podczas wielu dyskusji przeprowadzanych w gronie superwizorów. Jeśli superwizja jest lustrem, w którym próbujemy zobaczyć, co dzieje się w trakcie sesji terapeutycznych, to może warto również zajrzeć na drugą stronę lustra? W trakcie superwizji jesteśmy „zanurzeni” w rzeczywistości opisywanej przez terapeutów, ale równocześnie konstruujemy razem z nimi kolejny świat opisu przeżyć pacjenta i terapeuty, w którym pojawia się jeszcze jeden dodatkowy uczestnik psychoterapii – superwizor. Mam nadzieję, że ten rozdział, mający charakter dość dowolnego i autorskiego przeglądu opracowań na temat superwizji, będzie korespondował z zainteresowaniami badawczymi Profesora Czesława Czabały, który od wielu lat obserwuje proces psychoterapii.

Czym jest superwizja? Jakie są jej elementy składowe?

Zacznijmy od zakresu znaczeniowego słowa „superwizja”. Sarah Kalai (2007) pisze, że w języku angielskim termin ten oznacza „spoglądanie ponad”, w języku francuskim – „kontrolowanie”, w języku arabskim – „prowadzenie w kierunku wiedzy”, w języku hebrajskim zaś „przewodnictwo, kierowanie”. W podawanych 189

konotacjach można dostrzec różne aspekty superwizji, które z kolei mogą wyznaczać rodzaje aktywności i role pełnione przez superwizora.

Clifton E. Watkins (2011a, s. 242) określa superwizję jako:

interwencję zapewnianą przez starszego profesjonalistę młodszemu profesjonalistcie, relacja ta jest hierarchiczna, oceniająca i rozciągnięta w czasie, a jej celem jest wzmacnianie zawodowego funkcjonowania superwizanta, monitorowanie profesjonalnych usług oferowanych klientowi.

Sposób omawiania superwizji zazwyczaj opiera się na modelach, w których próbuje się lepiej zrozumieć treść i proces efektywnej superwizji oraz sposób oceniania i etyczne aspekty praktyki superwizyjnej (Townend, 2008). W analizie procesu superwizyjnego i jego rezultatów można również uwzględnić inne zagadnienia, np. czynniki paralelne, wydarzenia krytyczne, składniki sojuszu roboczego, ocenę satysfakcji z procesu, stadia zmiany tożsamości superwizantów (Walker, n.d.).

Michael Townend (2008) po jakościowej analizie wywiadów przeprowadzonych z szesnastoma osobami prowadzącymi szkolenia w podejściu poznawczo-behawioralnym (Cognitive Behavioral Therapy, CBT) stworzył listę ośmiu podstawowych kategorii opisujących proces superwizji. Lista ta obejmuje następujące tematy:

- moderatory – np. strukturę organizacyjną superwizji;
- role i relacje – np. władzę;
- przekonania i wartości superwizora – np. szacunek dla superwizanta;
- aspekty poznawcze – np. formułowanie hipotez, konceptualizację;
- proces nauczania – np. strategie edukacyjne;
- mechanizmy – np. integrowanie teorii i praktyki;
- monitoring i ocena – np. przekazywanie obserwacji i informacji zwrotnych;
- wyniki – np. przyrost kompetencji superwizanta.

Ogólnie można powiedzieć, że w podejściu CBT wiedza deklaratywna („co się dzieje w psychoterapii?”) łączy się z wiedzą proceduralną („jak prowadzić psychoterapię?”) i jest bazą dla emocjonalnych i behawioralnych działań w superwizji.

Według Nicholasa Ladany'ego (2002) empiryczne badania **procesu psychoterapii** obejmują tysiące publikacji, a podobne badania **procesu superwizji i jego rezultatów** można odnaleźć w zaledwie paruset artykułach. Szczególnie interesujące są dwa pytania badawcze: co działa i co nie działa w superwizji psychoterapii. Być może nawet więcej wiemy o tym, na co nie zwraca się uwagi w praktyce superwizyjnej. Na przykład pomijana jest ważność sojuszu roboczego w relacji superwizyjnej. Sojusz (zgodnie z modelem Bordina z 1983 r.) tworzy się wtedy, gdy istnieje obopólna zgoda między superwizorem a superwizantem

co do celów, zadań superwizji oraz powstaje między nimi emocjonalna więź opierająca się na wzajemnej trosce, zaufaniu i sympatii. Badania wskazują, że sojusz roboczy jest pozytywnie powiązany z kompetencjami superwizantów, efektywną praktyką ewaluacji, otwartością i zadowoleniem uczestników superwizji. Początkujący lub mało doświadczeni superwizorzy często zapominają o wadze sojuszu roboczego. Koncentrując się na podnoszeniu zdolności terapeutycznych, nie zwracają uwagi na potrzeby swoich uczniów. Nie myślą o tym, czy uczeń ich lubi, czy nie lubi. Nauczanie staje się priorytetem. W konsekwencji superwizant niezwiązany emocjonalnie z superwizorem częstokroć ignoruje informacje zwrotne.

Innym mankamentem superwizji, dokumentowanym również w badaniach ankietowych, jest przekraczanie zasad etycznych. Ponad 50% respondentów podało, że ich superwizorzy naruszyli przynajmniej jedną z takich zasad (Ladany, 2002). Norma wskazująca: „dostarcz odpowiedniej informacji zwrotnej i oceń superwizanta” – była najczęściej przekraczana u 33% osób. Inne przykłady naruszeń to: nieprzesłuchiwanie nagrań, nieprzekazywanie informacji zwrotnych lub nadmierne odślanianie i krytycyzm superwizora.

Ladany (2002) uważa, że dość często „niedobre” superwizje wynikają z połączenia kilku czynników. Jednym z nich jest brak doświadczenia i treningu superwizora. Innym zaś brak poczucia odpowiedzialności, również będący pochodną niewystarczających mechanizmów oceniających i kontrolujących pracę superwizora oraz większej tolerancji wobec superwizorów – ponieważ nadal jest ich mniej niż superwizantów potrzebujących szkolenia. W niektórych przypadkach można wręcz mówić o nieprawidłowych zachowaniach superwizora, gdy próbuje nawiązywać relacje seksualne z superwizantem lub zachowuje się wobec niego w sposób znieważający. „Uszkodzony” superwizor może powodować „uszkodzenie” superwizanta.

Według Jessiki Walker (2008) istnieją trzy najważniejsze elementy superwizji psychoterapii. Pierwszy z nich to **przeciwprzeniesienie superwizyjne**. Superwizorzy powinni zauważyć przeciwprzeniesienie superwizanta wynikające z relacji psychoterapeutycznej z klientem, ale często nie dostrzegają własnego przeciwprzeniesienia, które manifestuje się przez wzmacnianie pozytywnych lub negatywnych reakcji na osobowość ucznia, koncentrację na procesie lub treści terapii, wzmacnianie pozytywnych lub negatywnych reakcji na osobowość klienta. Co dzieje się wtedy z superwizorem? Rozprasza ją go zewnętrzne wydarzenia – czuje się chory, zmęczony, myśli o osobistych sprawach niezwiązanych z superwizją. Doświadcza uczuć związanych z procesem superwizyjnym – jest niepewny intencji superwizanta, czuje się winny za brak zaangażowania superwizyjnego. Rozpoznaje własne reakcje na zachowania superwizantów – frustrację lub zaniepokojenie klinicznymi decyzjami ucznia. Negatywnie reaguje na zachowania superwizanta typu spóźnianie się lub brak motywacji do nauki. Przykłady reakcji

przeciwprzeniesieniowych superwizora przypominają to, co dzieje się między terapeutą a klientem.

Drugim elementem jest **samoujawnienie** (*self disclosure*) superwizora, które obejmuje szeroki zakres wypowiedzi od własnych pozytywnych doświadczeń terapeutycznych do niezwiązanych z terapią doświadczeń i opinii na tematy superwizyjne. Liczba i częstość osobistych komentarzy superwizora ilustruje styl superwizyjny i ma związek ze spostrzeżeniami jego uczniów. Superwizorzy, którzy częściej odsłaniają siebie, są postrzegani przez superwizantów jako przyjacielscy, ciepłi, elastyczni. Ujawnianie siebie przez superwizora łączy się również z sojuszem superwizyjnym. Uczniowie podają, że im bardziej otwarci są superwizorzy, tym silniej odczuwają zgodność między sobą w zakresie celów i zadań superwizji oraz czują się mocniej związani z superwizorami. Oczywiście samoujawnianie superwizora nie zawsze jest efektywne w procesie superwizyjnym, ponieważ może prowadzić do niepotrzebnej i nadmiernej bliskości z superwizantem. Kluczowe pytanie, które powinien zadać sobie superwizor, brzmi: dla kogo to robię? Czy moje odsłonięcie jest odpowiedzią na potrzeby własne, czy potrzeby mojego superwizanta?

Trzeci element dotyczy zagadnienia **płci** w relacji superwizyjnej. Eric Neumaier (2009) zastanawiał się, czy płeć i orientacja płciowa wpływają na relację superwizyjną oraz czy dopasowanie płci między superwizorem i superwizantem przynosi jakieś korzyści dla ich współpracy. Badania podejmowane w tym obszarze pokazują, że superwizorzy obu płci traktują swoich superwizantów (kobiety lub mężczyzn) w różny sposób. Zwracał również uwagę, że kobiety superwizantki otrzymują bardziej bezpośrednie instrukcje, mniej wzmacnia się ich autorytet, są rzadziej pytane o działania podejmowane w trakcie sesji oraz częściej negatywnie oceniane przez superwizorów mężczyzn. Superwizanci, którzy omawiają z superwizorem temat podobieństwa i różnic płci w superwizji, zazwyczaj są bardziej zadowoleni z superwizji i sojuszu terapeutycznego.

Odsłanianie superwizora można również odnieść do podnoszonego problemu granic relacji superwizyjnej. Granice terapeutyczne to element struktury określającej właściwości relacji terapeutycznej. Superwizor, podobnie jak terapeuta, tworzy tę strukturę, na przykład planując czas i miejsce superwizji. Podtrzymywanie granic jest szczególnie ważne w tworzeniu efektywnej i pełnej zaufania relacji superwizyjnej. Incydenty naruszania granic terapeutycznych zwykle dotyczą nawiązywania relacji seksualnej lub pojawiania się zachowań przemocowych wobec superwizanta.

Alison Heru, David Strong, Marilyn Price i Patricia R. Recupero (2004) zbadali kwestionariuszowo 43 superwizorów i 52 superwizantów, których pytano o opinię w sprawie stosowności działań podejmowanych przez superwizora psychoterapii. Badani (szkolący i szkoleni) byli zgodni w ocenach granic, które są właściwe w superwizji. Rozbieżność dotyczyła tylko jednej pozycji, superwizanci

uznawali omawianie erotycznych fantazji superwizora za mniej stosowne niż superwizorzy. Samoujawnienie było związane z płcią badanych – mężczyźni poszerzali granice superwizji i w większym stopniu niż kobiety byli gotowi odsłaniać się.

Przykładem samoujawnienia jest superwizja odbywana w publicznym miejscu lub w domu, spotkanie się poza superwizją, omawianie tematów niezwiązanych z superwizją, rozmawianie o własnym leczeniu psychoterapeutycznym superwizora lub wcześniejszym nadużywaniu substancji psychoaktywnych.

Problem samoujawnienia w superwizji omawiają również Leo Weinstein, Jerome Winer, Eric Ornstein (2015). Wątpliwości budzi zakres takich zachowań – czy przejawem samoujawnienia jest ubiór terapeuty, wyposażenie jego gabinetu, charakterystyczne symbole występujące w przestrzeni spotkań superwizyjnych, czy raczej słowne wypowiedzi odsłaniające wewnętrzne doświadczenia, myślenie i odczuwanie terapeuty? Oczywiście można mieć etyczne zastrzeżenia co do przekazywania doświadczeń własnych superwizora, na przykład związanych z innymi procesami terapeutycznymi. Zazwyczaj ujawnianie osobistych doświadczeń terapeuty tworzy nadzieję na uzyskanie większej bliskości z nim w bliżej nieokreślonej przyszłości. Jednakże te oczekiwania nie mogą być zrealizowane. Z drugiej strony wiemy, że współodczuwanie z pacjentami sprzyja zacieśnieniu więzi i pogłębieniu relacji terapeutycznej. Podobny mechanizm pojawia się w relacji superwizyjnej. Odsłonięcie własnych przeżyć superwizora może służyć zbliżeniu z superwizantem.

W pracy superwizyjnej można koncentrować się głównie na omawianym pacjencie, na superwizancie lub na relacji superwizyjnej. Jeśli tematem sesji superwizyjnej staje się samo odsłaniające zachowanie terapeuty, w różny sposób można omawiać to zagadnienie. Superwizor moralny potępia takie zachowanie terapeuty, superwizor terapeutyczny próbuje interpretować dynamikę relacji między pacjentem a terapeutą, która doprowadziła do samoujawnienia terapeuty. Superwizor empiryczny wspólnie z superwizantem próbują ocenić konsekwencje spowodowane odsłonięciem terapeuty. Superwizor modelujący przytacza przykłady własnych interwencji lub odsłania własne przeżycia związane z superwizją, pokazując sposób pracy doświadczonego terapeuty. Możemy oczywiście zastanawiać się, czy któraś z tych metod jest bardziej wartościowa? Czy w interakcji superwizyjnej nie jest tak, że płynnie przechodzi się od stosowania jednej do drugiej?

Co badać w superwizji?

Superwizja psychoterapii od kilkudziesięciu lat stała się obszarem badań empirycznych. Edward Watkins (2010b) odnalazł w naukowych bazach danych 25 artykułów z okresu od lat 70. XX wieku do 2010 roku omawiających zagad-

nienie **sojuszu roboczego, procesu paralelnego i przeciwprzeniesienia**. Sojusz roboczy, jak już wcześniej wspomniano, tworzą według Edwarda Bordina (1983) więź (zaufanie, lubienie się, bliskość), cele (zgodne i wzajemne zrozumienie celów pracy) i zadania (zgoda i rozumienie aktywności podejmowanych na superwizji). Proces paralelny pojawia się wtedy, gdy tematy, zagadnienia lub zachowania wyłaniające się w relacji terapeutycznej są obecne również w relacji superwizyjnej i vice versa. Nierozwiązane lub problematyczne sprawy powtarzające się między terapeutą a pacjentem mogą być przenoszone do relacji superwizyjnej. Natomiast przeciwprzeniesienie jest jakkolwiek reakcją superwizora na superwizanta.

W 17 doniesieniach potwierdzono ważność **sojuszu roboczego** w procesie superwizyjnym. Stwierdzono pozytywne związki między sojuszem roboczym a poczuciem własnej skuteczności, satysfakcją z superwizji i pracy własnej superwizanta. W 7 pracach badających proces paralelny potwierdzono równoległość tematów pojawiających się w terapii i sytuacji superwizyjnej. Tylko jedna praca z tego przeglądu opisywała objawy i źródła przeciwprzeniesienia. Podsumowując – korzystnie spostrzegany sojusz roboczy prowadzi do korzystnie postrzeganych doświadczeń superwizyjnych. Chociaż uzyskane dane mają charakter korelacyjny, pochodzą z badań kwestionariuszowych lub z badań *ex post facto* – Watkins (2010b) formułuje ogólny wniosek – „Superwizyjny sojusz jest sercem efektywnej superwizji”. Badania procesu paralelnego wykorzystujące głównie analizy przypadków nie są empirycznie przekonujące, ograniczenia wniosków wynikają między innymi z planów badawczych i właściwości badanych prób – na przykład jednorazowego pomiaru, doboru osób badanych (tylko białe kobiety), braku oceny niezależnych sędziów.

Pojęcie procesu paralelnego, wprowadzone w 1958 roku przez Rudolfa Eksteina i Roberta Wallersteina, jest używane w psychoanalitycznym wyjaśnianiu zjawisk pojawiających się w superwizji (Jacobsen, 2007). Pewien temat w obrębie relacji psychoterapeutycznej powtarza się w relacji superwizyjnej oraz analogicznie – problem pojawiający się w superwizji można odnaleźć w sesji psychoterapeutycznej. Współcześnie termin ten pojawia się również w terapii racjonalno-emotywniej i behawioralnej, poradnictwie i terapii systemowej.

Evita Cassoni (2007) określa proces paralelny jako dwie symetryczne interakcje między terapeutą a klientem oraz między terapeutą a superwizorem. Oba relacyjne procesy wpływają na siebie, terapeuta z jednej strony reprezentuje świat terapii w superwizji, z drugiej strony – świat superwizji w terapii. Pacjent i superwizor istnieją w tych dwóch porządkach, nie spotykają się bezpośrednio, ale obaj są w kontakcie z terapeutą.

Według Cassoni (2007) pojęcie procesu paralelnego łączy podejście psychoanalityczne z innymi orientacjami teoretycznymi, może również wzmacniać

choanalytycznej termin ten pojawił się około 1980 roku. Oba procesy można dostrzec w niewerbalnej komunikacji i nieświadomych powtórzeniach relacyjnych wzorów stosowanych w ważnych pierwotnych interakcjach. Decyzja o prezentacji określonego pacjenta na superwizji jest interpretowana wtedy w taki sposób, że doszło do nieświadomej internalizacji projekcji przypisanej terapeutce lub też terapeuta świadomie przyjął części wyprojektowane przez pacjenta i po przepracowaniu w superwizji będzie je mógł „oddać” pacjentowi.

Jeśli superwizora interesuje proces paralelny, powinien przenosić uwagę z objawów i zdarzeń z życia pacjentów na analizę zarówno sytuacji, relacji, jak i procesu terapeutycznego. Ciekawy jest również neurobiologiczny kontekst tego procesu. Wyrównywanie stanu umysłów dwojga ludzi to rezonans przebiegający w korowych i podkorowych okolicach, szczególnie angażujący elementy limbiczne. Prawdopodobnie istnieje biologiczny fundament tych dwóch relacyjnych procesów, podobnie jak w empatii, w której dochodzi do wyrównania stanów mentalnych dwóch osób.

Wyjaśniając to zjawisko, można odwołać się do: a) uniwersalności tematów lub podobieństwa między procesem terapii i superwizji, b) pojawiania się przeniesienia terapeuty w obu procesach, c) identyfikacji terapeuty z krytycznym lub autorytarnym dystansem superwizora i odwzorowania tego zachowania wobec pacjenta. Również Claus H. Jacobsen (2007) wymienia czynniki decydujące o pojawieniu się procesu paralelnego. Są nimi: a) psychodynamika pacjenta, b) poziom doświadczenia psychoterapeuty, c) praca z trudnym materiałem, d) niezbyt bezpieczna struktura superwizji.

Jak rozwija się superwizant?

Superwizja kliniczna rozumiana jako proces profesjonalnego rozwoju jest z jednej strony czymś więcej niż zwykłym szkoleniem, z drugiej zaś czymś mniej niż psychoterapią (Moro, 2007). Kolejne etapy rozwoju superwizowanego terapeuty można podsumować ogólnymi stwierdzeniami opisującymi stan jego wiedzy i świadomości. Po początkowym: „Nic nie rozumiem”, w miarę rozwijania się procesu superwizyjnego pojawia się: „Rozumiem i porównuję”, które doprowadza do: „Dostrzegam, to się dzieje i umiem tym zarządzać”.

Spróbujmy bliżej opisać nauczanie superwizanta, wykorzystując metaforę rozwojową Watkinsa (1994). W trakcie szkolenia superwizanci przechodzą przez kolejne stadia, w których określone kryzysy i problemy muszą być rozwiązane, żeby osiągnąć postęp. Dokładnie rzecz ujmując, w **rozwojowym modelu** superwizji: a) superwizanci przesuwają się przez serie zdefiniowanych, sekwencyjnych stadiów: b) różne potrzeby superwizantów pojawiają się w różnych fazach superwizyjnego rozwoju, na przykład na początku tego pro-

cesu są bardziej ustrukturowane; c) superwizorzy powinni różnicować superwizję w taki sposób, żeby ją dopasować do potrzeb superwizantów.

Watkins (2010c) wyróżnia następujące fazy superwizji. W **fazie symbiozy** superwizant jest w stanie zależności od superwizora, czasami go idealizuje, ma niewielki wgląd, nasiloną wrażliwość na oceny. Superwizor tworzy bezpieczną przestrzeń do „wykluwania się ucznia”. Zmniejsza niepewność i wątpliwości poprzez strukturowanie sytuacji superwizyjnej oraz organizację psychoterapeutycznych działań superwizanta. Jest konkretny i dyrektywny. W **fazie dyferencjacji** – superwizor łagodnie „rozluźnia” uścisk przytrzymujący superwizanta, nadal potwierdza jego przemyślenia i działania, pozwalając mu „wyłonić się”. W **fazie praktykowania** – superwizant eksperymentuje ze stylami i technikami pracy, zwiększa się jego autonomia i chęć eksploracji. Superwizor wzmacnia, inspiruje i ocenia superwizanta. W **fazie zbliżenia** – wzrasta autonomia superwizanta, superwizor staje się bardziej emocjonalnie dostępny. Ostatecznie – superwizant internalizuje siebie w roli psychoterapeuty, a superwizor zapewnia bardziej holistyczną perspektywę wspólnej pracy.

W podobnie fazowy sposób analizuje się również proces kształcenia superwizorów. Przykładem sekwencyjnego myślenia o kształceniu superwizora jest model SCM (Supervisor Complexity Model) zaproponowany przez tego samego autora (1994). Wyróżnia on cztery stadia rozwojowe: w pierwszym pojawia się „szok” roli (czy jestem profesjonalistą, czy uczniem?) łącznie z poczuciem przygniecenia, niekompetencji, brakiem identyfikacji z rolą superwizora. W drugim – dochodzi do „uzdrowienia” roli i przemiany – percepcja własnych słabości oraz mocnych stron staje się bardziej realistyczna i lepiej są rozpoznawane aspekty procesu terapeutycznego i przeniesienia. W trzecim stadium – następuje konsolidacja roli superwizora i formowanie tożsamości superwizora, wzmacnia się spójność myślenia i działania superwizyjnego. W czwartym – rola superwizora jest opanowana, osoba szkolona umie zajmować się aspektami procesu superwizji, przeniesieniem i przeciwprzeniesieniem, a spotkania szkoleniowe stają się rzadsze i mniej regularne.

W 2012 roku Watkins dokonał kolejnego przeglądu prac teoretycznych i empirycznych zajmujących się superwizją psychoterapii opublikowanych w ciągu ostatnich 30 lat. W opracowanych (w latach 80. i 90. XX wieku) modelach rozwoju superwizora psychoterapii najczęściej wyróżniano trzy lub cztery stadia, po przejściu których tożsamość i umiejętności superwizantów są wzmocnione. Rozwój jest określany na wymiarze poznawczym (pojawia się pojęciowe rozumienie), afektywnym (niepokój zmienia się w radość), behawioralnym (rozszerza się arsenał strategii superwizyjnych). W badaniu procesu rozwojowego ważne jest stosowanie takich kategorii, jak: identyfikacja z rolą, klaryfikacja granic lub profesjonalna integracja. Watkins zwraca uwagę na szczegółowe mechanizmy obecne w procesie zmiany i rozwoju superwizantów: zainteresowanie „byciem”

profesjonalistą i pragnienie ulepszenia siebie, otwartość na doświadczanie zmiany, możliwość przyjmowania superwizyjnej autorefleksji oraz potrzebę działania i praktycznego eksperymentowania. W teoretycznym wyjaśnianiu rozwoju superwizanta ważna jest również analiza krytycznych incydentów w rozwoju, wpływu zmiennych osobowościowych na proces szkolenia oraz koncepcji tłumaczącej cykliczne postępy i regresy wiedzy, lecz także umiejętności w trakcie szkolenia.

Czym jest relacja w superwizji, czym jest opór superwizora, jak wykorzystać informacje zwrotne od klienta?

Jacek Bomba (2011), podsumowując badania z lat 90. XX wieku, pisze, że żaden z modeli superwizyjnych nie jest bardziej efektywny. Cytuje definicję superwizji: „Kliniczna superwizja – forma szkolenia i nauczania wymagająca zorganizowanej, intensywnej, związanej przypadkiem **relacji**, w której doświadczony praktyk wspiera, prowadzi i kieruje pracą swojego kolegi”. Superwizor powinien używać profesjonalnych metod: zewnętrznego monitoringu, informacji zwrotnej, oceny i odniesienia do wiedzy empirycznej i teoretycznej. Najważniejszym czynnikiem dobrej superwizji jest **relacja**, która niejednokrotnie nazywana jest czynnikiem niespecyficznym w psychoterapii.

Możemy zastanawiać się, czy istnieje specyficzna relacja superwizyjna. Ten problem omawiał Watkins (2011b). Według niego **rzeczywista relacja superwizyjna** jest kluczowym składnikiem superwizji. W sytuacji superwizyjnej często wyróżniane są tylko dwa elementy – sojusz superwizyjny i interwencje superwizyjne. Watkins uważa, że ta specyficzna relacja istnieje od początku do końca superwizji, jest często przemilczana, choć wywiera duży wpływ na powstawanie i utrzymanie superwizyjnego sojuszu roboczego oraz używanie doświadczeń przeniesieniowych i przeciwprzeniesieniowych w sytuacji superwizyjnej.

Relację superwizyjną charakteryzują co najmniej dwa wymiary – **realizm** i **autentyczność**, które różnią się ważnością i wielkością. Realizm oznacza wolne od konfliktów i przeniesienia, niezniekształcone interakcje lub doświadczenia (wewnętrzne i zewnętrzne) superwizora i superwizanta, które pojawiają się w relacji superwizyjnej.

Autentyczność określa rodzaj związku między superwizorem a superwizantem, i podobnie jak w psychologii humanistycznej, może mieć centralną pozycję w procesie terapeutycznej zmiany. Watkins stawia ważne pytanie: jeśli zajmujemy się w superwizji bogatym zniekształconym materiałem przeniesieniowo-przeciwprzeniesieniowym, dlaczego nie zwracamy uwagi na niezniekształcone

(lub minimalnie zniekształcone) dane związane z rzeczywistą relacją między superwizorem a superwizantem?

Próbując opisać relację superwizyjną w bardziej szczegółowy sposób, pamiętajmy o trzech powiązanych ze sobą składnikach: sojuszu roboczym, konfiguracji przeniesienia-przeciwprzeniesienia i rzeczywistej relacji. Każdy z trzech wymienionych elementów jest niezbędnym fragmentem superwizyjnej matrycy. Termin rzeczywistej relacji jest obecny w podejściu psychoanalitycznym i opisuje to, co powstaje między analitykiem a pacjentem. Oczywiście możemy mieć wątpliwości co do znaczenia słowa „rzeczywisty”. Co i dla kogo staje się „rzeczywiste” i w jaki sposób jest widoczne w interakcji superwizyjnej? Przykładem zachowań superwizora ilustrujących rzeczywistą relację są na przykład życzenia, pozdrowienia, takt, uprzejmość, przyjazne zainteresowanie, odsłanianie siebie, reagowanie emocjonalne na wydarzenia, które wpłynęły na życie superwizanta oraz wydarzenia wynikające z procesu superwizyjnego.

Inne ciekawe pytanie dotyczy zjawiska **oporu** w procesie superwizji. Rozważanie nad **oporem superwizorów** prowadził Watkins (2010a). Opór jest dość rzadko omawiany w kontekście superwizji. Jeśli mówi się o oporze superwizanta, to pomijany jest temat oporu superwizora. Możemy zapytać, dlaczego opór superwizora ma być niekorzystny dla rozwoju superwizanta? Według Watkinsa: a) początkujący superwizor pełni rolę nauczyciela, artysty, modelu, mentora, b) superwizanci przypisują superwizorom zaawansowaną wiedzę, zdolności, c) początkujący superwizorzy są świadomi swojej ograniczonej wiedzy, zdolności i braku doświadczenia, d) superwizorzy mogą zdawać sobie sprawę z atrybucji superwizantów związanych z superwizją, e) zbieżność postrzeganych atrybucji superwizantów oraz własnego nieprzygotowania i nieefektywności może wywoływać poczucie zagrożenia u superwizorów, f) superwizor równocześnie jest konfrontowany z potrzebą spełnienia oczekiwań superwizanta i własnym brakiem możliwości spełnienia tych oczekiwań, g) aby ochronić „profesjonalne self” superwizorzy stosują w sytuacji superwizyjnej defensywne manewry oddalające postrzegane zagrożenie.

Watkins (2010a) analizował trzy typy oporu. W oporze opartym na autonomii – sytuacja superwizyjna jest spostrzegana jako wymagająca kontroli, superwizant zaś staje się osobą, która powinna być kontrolowana i nauczana. Pojawiają się wtedy autorytarne zachowania superwizora i tendencja do nadmiernej strukturalizacji superwizji. W oporze opartym na wstydzie – sytuacja superwizyjna budzi uczucie niepewności, zmieszania. Superwizor czuje się bezradny i nieefektywny w oczach superwizanta, może doświadczać wstydu. Broniąc siebie, ochronnie wycofuje się i ogranicza informacje zwrotne. W oporze opartym na narcyzmie – superwizor prezentuje zachowania narcystyczne, podkreślające jego omnipotencję, wspaniałość, perfekcjonizm, pragnie stać się wybranym, najlepszym superwizorem dla superwizanta.

Watkins uważa, że źródłem indukującym opór może stać się temat zaufania, autonomii, tożsamości, wstydu i narcyzmu superwizora. Nierozwiązane zagadnienia superwizora (np. autonomii czy kontroli) ujawniają się pod wpływem lęku i stają się widoczne w zachowaniach mających znamiona oporu. Proces formowania się profesjonalnej tożsamości to intrapersonalne i interpersonalne rozwijanie się. Gdy przebiega adaptacyjnie, „stawanie się” superwizora zmienia się w „bycie” superwizorem.

Ważnym elementem procesu superwizyjnego jest przekazywanie superwizantowi informacji zwrotnej. **Dostarczanie jasnej informacji zwrotnej** ułatwia terapeutyczny proces i rozwój superwizanta. Badania wskazują, że efektywna superwizja powinna zawierać zrównoważoną liczbę pozytywnych i negatywnych informacji zwrotnych. Dodatkowym źródłem takich informacji jest poddawany superwizji proces psychoterapeutyczny. W trakcie psychoterapii klient może dostarczać informacji o postępie lub braku postępów w terapii. Ten typ informacji zwrotnej staje się wtedy materiałem superwizyjnym.

W badaniu przedstawianym przez Roberta J. Reese i współautorów (2007) klienci na początku każdej sesji oceniali za pomocą krótkiego 4-pozycyjnego narzędzia postęp leczenia, a na końcu sesji oceniali sojusz terapeutyczny. Dziewięciu superwizantów losowo przydzielono do grupy eksperymentalnej i kontrolnej. W grupie eksperymentalnej terapeuci przedstawiali materiał uzyskany od klientów na cotygodniowych sesjach superwizyjnych. W grupie kontrolnej pacjenci również oceniali postęp terapii, ale materiał ten nie był omawiany na superwizji. Wyniki wskazywały, że terapia w obu grupach zyskała na jakości, ale terapeuci z grupy eksperymentalnej uzyskali więcej korzystnych zmian w terapii. Badani superwizanci podawali, że model pracy wykorzystujący informację od klienta ułatwiał proces superwizyjny oraz poprawiał strukturę sesji superwizyjnej. Równocześnie superwizorzy czuli, że mogą bardzo efektywnie monitorować postęp pacjentów prowadzonych przez szkolących się psychoterapeutów.

Gdzie szukać pomysłów dla superwizji?

Podejście psychoanalityczne było źródłem i inspiracją wielu modeli teoretycznych i prac badających superwizję psychoterapii. Ale również inny kontekst teoretyczny, na przykład związany z orientacją systemową, może wspomagać pracę superwizyjną. Marilyn Montgomery, C. Bret Hendricks i Loretta J. Bradley (2001) zajmowali się przydatnością perspektywy systemowej w superwizji. Co praktycznie może oznaczać przyjęcie teorii systemowej jako podstawy działań superwizyjnych? Należy diagnozować system, a nie objawy klienta – wtedy celem interwencji superwizanta staje się system, a nie jednostka. Trzeba zobaczyć kontekst problemu – dlatego superwizor z superwizantem badają, jakie czynniki pod-

trzymują określoną sytuację. Warto koncentrować się na zmianie systemowej, czyli w zależności od preferowanego podejścia superwizor z superwizantem rozważają na przykład zmianę percepcji zachowań klienta lub zmianę struktury sytuacji, w której znalazł się klient.

Superwizor utrzymujący terapię i superwizję w duchu systemowym będzie stosował odpowiednie interwencje. Po pierwsze, przekazuje podstawowe pojęcia teorii systemowych i ich zastosowanie wobec jednostki i rodziny. Pyta: Jakie znaczenie ma problem w szerszym kontekście (dalszej rodziny, sąsiadów, społeczności lokalnej)? Po drugie, tematy kontekstualne są dodatkową warstwą rozumienia procesu terapii i procesu superwizyjnego. Przykładowe pytania superwizora są następujące: Co dla terapeuty, a co dla klienta oznacza „bycie superwizowanym”? Gdy klient pogarsza się lub poprawia, jakie będzie to miało znaczenie dla szerszego systemu społecznego? Co to znaczy dla terapeuty i superwizora?

Przy stosowaniu podejścia strukturalno-strategicznego przykładowe zagadnienie oporu w terapii nie jest omawiane w kategoriach braku postępu czy porażki terapeuty. Rozmawia się o zmianie, którą można wprowadzić i która będzie odpowiedzialna za efektywne interwencje. W podejściu międzygeneracyjnym superwizor asystuje superwizantowi we wprowadzaniu takich pojęć, jak: trójka, role, zasady, wzory bliskości lub dystansu w rodzinie. Analizowany materiał z rodziny podchodzenia superwizanta może wzbogacać superwizję. W podejściu narracyjnym można zmierzać do rewizji opowieści terapeuty o ich klientach i o nich samych. Superwizor bardziej pomaga określić superwizantowi, kim terapeuta chciałby być, niż kim powinien być. Jeśli przykładowo superwizant czuje się niekompetentny, superwizor może zwrócić uwagę na to, że zaangażował się w „historię o własnej niekompetencji” i zaproponować rozważenie, co zauważyłby, jeśli patrzyłby na siebie oczami klienta. Czy kiedyś w przeszłości udało mu się uwolnić od wpływu niekompetencji oraz braku poczucia bezpieczeństwa i używał swojej siły?

Sposobem wzmacniania praktyki terapeutycznej, zapewnienia wsparcia emocjonalnego i budzenia refleksji wykraczającej poza sztywne ramy sesji superwizyjnych mogą stać się **listy superwizyjne** (Desmond i Kindsvatter, 2010). Listy takie, uruchamiając dodatkową analizę materiału superwizyjnego, stają się ważną podstawą do wymiany poglądów między osobą szkolącą a szkoloną. Autorzy opisują trzy rodzaje listów: 1) listy nauczające, w których doświadczenia praktyczne są osadzone w kontekście teoretycznym; umieszcza się w nich porady, instrukcje lub wskazówki dla terapeuty, 2) listy doradzące – dotyczące rozwoju osobistego superwizanta i jego intrapsychicznego doświadczenia, oddziaływania klientów na poglądy terapeuty dotyczące jego funkcjonowania zawodowego (ułatwiają zobaczenie swojego profesjonalnego *self*), 3) listy konsultacyjne – obejmujące wymianę doświadczeń co do nowych idei, pomysłów terapeutycznych, co z kolei przypomina koleżeńską współpracę.

W procesie superwizyjnym innym sposobem pokazującym transmisję wzorów rodzinnych może być **genogram** (Magnusson i Shaw, 2003). Superwizant, konstruując własny genogram, wykrywa na przykład tendencję do nadmiarowego i niedostatecznego funkcjonowania, dystansowania się/dążenia lub triangulacji. Próbuje sprawdzić, czy w pracy terapeutycznej z rodzinami nie odtwarza wzorów relacyjnych własnej rodziny. Można również rozważać podwójne omawianie genogramu: klienta i superwizanta. Odmianą tej techniki jest tak zwany **etyczny genogram** określający specyficzne obszary, w których superwizanci są szczególnie wrażliwi na problemy zgłaszane przez klienta, co może prowadzić do podejmowania etycznie niezbyt przemyślanych decyzji. Ten rodzaj genogramu pozwala narysować bliskie związki z członkami rodziny superwizanta, jak również określić obszar podejmowania etycznych decyzji, który może stanowić trudność dla terapeuty. Jennifer Bilot i Paul Peluso (2009) piszą o tym, że jako klinicyści jesteśmy odpowiedzialni za przestrzeganie etycznych zasad w naszym zawodzie. Aby wykonać to zadanie, powinniśmy być świadomi własnych konfliktów i ograniczeń w pracy nad nimi. Temu właśnie – przyglądaniu się zasadom, sposobowi podejmowania decyzji terapeutycznych – może służyć etyczny genogram.

Jedną z najbardziej popularnych metod uczenia (po nagraniach wideo i audio) jest **superwizja „na żywo”**. Stosowana od ponad 50 lat, znalazła zastosowanie w wielu obszarach leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego (Champe i Kleist, 2003). Badania eksperymentalne tego rodzaju superwizji koncentrowały się na sprawdzaniu efektu przerywania sesji (np. superwizor puka do drzwi w trakcie psychoterapii, terapeuta w ustalonym czasie wychodzi z sesji, telefon superwizora wywołujący terapeutę z sesji). Niezbyt częste telefony od superwizora (mniej niż sześć w trakcie sesji) oraz niezbyt częste przekazywanie wskazówek lub sugestii (około czterech) nie naruszały treści i procesu terapii.

Sprawdzano również wpływ częstości i złożoności przerywania sesji, rodzaju zachowań superwizora (wspierające, uczące lub współpracujące) oraz zachowań klientów (współpracujące, prezentujące opór) na przebieg terapii. Superwizja „na żywo” zazwyczaj zmniejsza niepokój superwizanta, podnosi umiejętności superwizora, choć może również wprowadzać niejasność u pacjenta wywołaną odmienną rolą niż zazwyczaj superwizora i superwizanta.

Jeśli wyróżnimy trzy ważne obszary dla rozwoju superwizanta: 1) uczenie/kierowanie, 2) wspieranie, 3) współpraca, to okazuje się, że superwizorzy wszystkie trzy wymienione obszary spostrzegają jako ważne, a superwizanci za pomocne uznają tylko wspieranie i współpracę. Badanie satysfakcji klientów korzystających z terapii indywidualnej lub małżeńskiej czy rodzinnej wykazało, że superwizja „na żywo” z wykorzystaniem szyby nie naruszała ich komfortu.

Czy superwizja wpływa korzystnie na pacjentów?

Watkins (2011a) dokonał przeglądu 18 prac oceniających **wpływ superwizji psychoterapii na rezultaty osiągnięte przez pacjentów**. Badacze poszukują odpowiedzi na dwa pytania: czy superwizja jest korzystna dla superwizujących i superwizantów oraz czy superwizja ma korzystny wpływ na pacjentów poddawanych terapii. Na to drugie zagadnienie zwrócono uwagę w latach 90. XX wieku, uznając, że dopiero wtedy można ocenić superwizję, gdy określimy jej wpływ na stan pacjenta. Wnioski z kilku poprawnie zrealizowanych badań mówią, że pacjenci korzystający z superwizowanej psychoterapii w porównaniu do pacjentów z niesuperwizowaną psychoterapią mają mniejszą liczbę objawów po psychoterapii. Ale Larry E. Beutler i Myeisha. Howard (2003) zwracali uwagę, że superwizja jest dość słabym sposobem wpływania na zachowania pacjenta. Superwizorzy zajmują się zwykle ostatnim zgłaszanym przez superwizanta problemem. Terapeuci otrzymują pewne sugestie zajęcia się kryzysem lub problemem, ale reagują odpowiednim działaniem z przesunięciem czasowym, co zmniejsza prawdopodobieństwo korzystnego oddziaływania superwizji na pacjenta.

Matthew Bambling, Robert King, Patrick Raue, Robert Schweitzer (2006) omawiali przesłanki, które wyjaśniają możliwy wpływ superwizji na przebieg terapii. Pozytywna relacja superwizyjna zwiększa tendencję do przyjmowania przez superwizanta zaobserwowanych u superwizora zdolności, co z kolei prowadzi do przejawiania tych umiejętności w pracy z klientem. Superwizja zmniejsza niepokój superwizanta, niejasność jego roli psychoterapeutycznej i zwiększa zaufanie do praktyki terapeutycznej. Może również pomóc terapeucie w tworzeniu sojuszu terapeutycznego i rozwiązywaniu terapeutycznych impasów.

Autorzy ci uważają, że obecnie można mówić o dwóch ścieżkach wpływu superwizji na wyniki pacjenta. Superwizja oddziałuje na sojusz terapeutyczny między terapeutą a klientem oraz umożliwia terapeutę zarządzanie procesem interpersonalnym w terapii.

W swoich badaniach sprawdzali dwa podejścia do superwizji terapii przeprowadzanej z pacjentami diagnozowanymi z powodu depresji. W jednej grupie superwizyjnej koncentrowano się na rozwoju umiejętności terapeutycznych superwizanta wzmacniających sojusz terapeutyczny, w drugiej – na świadomości i wrażliwości terapeuty na relację terapeutyczną. Stworzono trzy grupy badawcze: a) bez superwizji, b) z superwizją skoncentrowaną na zdolnościach terapeuty (identyfikacja zachowań lub właściwości klienta przyspieszających terapię, ocena informacji zwrotnej między sesjami, zadowolenia z terapii, jasności celów terapeutycznych, terapeuci otrzymywali wyraźne wskazówki i instrukcje, które miały wzmacniać sojusz), c) z superwizją skoncentrowaną na procesie (rozumienie interpersonalnej dynamiki pojawiającej się w terapii, monitorowanie informacji zwrotnej dla klienta, obserwacja zmian w poziomie niepokoju i oporu klienta).

Dokonano pomiaru sojuszu terapeutycznego (po 1, 3, 8 sesji) oraz nasilenia objawów (po 1 i 8 sesji). Zastosowano wystandaryzowane podejście terapeutyczne opierające się na rozwiązywaniu problemów. W badaniu uczestniczyło 127 terapeutów, 127 pacjentów i 40 superwizorów.

Wyniki pokazały, że klienci uczestniczący w superwizowanej terapii wyżej oceniali sojusz roboczy, w większym stopniu zredukowali objawy depresyjne, byli bardziej zadowoleni, rzadziej rezygnowali z terapii niż pacjenci z niesuperwizowaną psychoterapią. Natomiast nie stwierdzono, żeby superwizja skoncentrowana na procesie prowadziła do lepszego sojuszu roboczego niż superwizja skoncentrowana na zdolnościach terapeuty. Ten wynik sugeruje, że prawdopodobnie uzyskiwanie zdolności i koncentracja na procesie terapeutycznym ma równorzędne znaczenie w pracy nad sojuszem roboczym, co oznaczałoby, że techniki relacyjne i wglądowe nie przewyższają technik poznawczych i behawioralnych w tworzeniu sojuszu.

W konkluzji stwierdzono, że superwizja odgrywa rolę w rozwijaniu sojuszu roboczego i wzmacnianiu rezultatów terapii.

Jakie są potrzeby szkoleniowe superwizorów psychoterapii?

Superwizja jest uznawana za kluczowy element procesu nauczania psychoterapii i współcześnie nabiera coraz większego znaczenia (Watkins, 2012b). Pojawiają się podręczniki do nauki superwizantów, powstają modele teoretyczne procesu superwizji, włączane są nowoczesne narzędzia technologiczne do procesu superwizji, tworzone są użyteczne narzędzia pomiaru superwizji dla superwizowanych. Choć w większym stopniu uwaga jest skierowana na potrzeby osób superwizowanych, to warto również zastanawiać się nad **potrzebami szkoleniowymi superwizorów psychoterapii**. Watkins (2012b) uważa, że otrzymują oni zbyt mało treningu uczonego, jak być superwizorem. Jeśli standardowo nie dopuszczamy niewyszkolonych terapeutów do pacjentów, to dlaczego pozwalamy na to, by niewytrenowani superwizorzy kształcili psychoterapeutów? Uważa, że przyrost kompetencji superwizora nie może być ograniczone hasłem: *do one, see one, teach one*.

Współcześnie akceptowane szkolenie superwizorów składa się z dwóch części: dydaktycznej (seminaria, warsztaty) i praktyki doświadczeniowej (analiza nagrań, notatek z sesji).

Tematy wymieniane jako ważne w szkoleniu superwizorów to: rola i odpowiedzialność superwizora i superwizantów, modele superwizji, zagadnienia etyczne, ocena w superwizji, modele rozwoju terapeuty, stworzenie i podtrzymanie sojuszu roboczego, interwencje superwizyjne, badania procesu superwizji.

Najbardziej użytecznymi metodami pracy superwizorów są: przekazywanie konstruktywnej informacji zwrotnej, ustalanie odpowiedniego czasu na refleksję i dyskusję, szkoleniowe odgrywanie ról, modelowanie pożądanych zachowań, uczenie niezbędnych pojęć lub umiejętności, używanie wybranych materiałów superwizyjnych do czytania lub dyskusowania, przeglądanie nagrań, zapisów sesji i poddanie dyskusji, webinaria.

Przedmiotem szczególnego zainteresowania jest rola kompetencji w szkoleniu superwizyjnym. Próbuje się określać doświadczenia kształtujące kompetencje i strategie pozwalające oceniać kompetencje superwizorów w różnych fazach nauczania i szkolenia. Kompetencje te dotyczą wiedzy, umiejętności i wartości. Watkins (2012b) podaje przykłady pewnych kategorii grupujących kompetencje: 1) wiedza i rozumienie zawodu, 2) wiedza i umiejętność efektywnej praktyki, 3) umiejętność rozwijania i zarządzania sojuszem superwizyjnym, 4) umiejętność oceniania psychologicznych kompetencji superwizanta, 5) umiejętność oceniania procesu superwizyjnego, 6) świadomość różnorodności, 7) umiejętność odwoływania się do prawnych i etycznych rozważań związanych z praktyką profesjonalną.

W bazach danych pojawiają się prace badające szkolenia superwizorów. Najczęstszy wniosek ma dość ogólny zakres – superwizja jest uznawana za stymulującą rozwój superwizantów i dobrze przygotowującą do roli superwizora psychoterapii. Nie ma też przekonujących dowodów, że poszczególne elementy systemu dydaktyczno-szkoleniowego są bardziej efektywne od innych. Nie istnieje jedyny poprawny standard szkolenia: *one size does not fit all*. Prawdopodobnie ważne jest dopasowanie szkolenia do zróżnicowanych grup superwizantów.

Nadal nie wiemy, jakie są cechy efektywnego nauczyciela superwizyjnego, ponieważ w prowadzonych badaniach rzadko opisuje się właściwości nauczającego superwizora. Pewnym elementem charakterystyki superwizorów są wyróżnione przez Johna Rowana (w: Chinnock, 2011) style superwizyjne. Można je podzielić na: a) *laissez faire*, b) autorytatywny, c) dydaktyczno-konsultacyjny, d) zorientowany na wgląd, e) zorientowany na uczucia doświadczane przez terapeutę w kontakcie z klientem. Opiswane style można dopasować do określonej fazy rozwoju superwizanta. Ale niezależnie od podanej kategoryzacji – według Lee Jaffe (1996) superwizanci mają zazwyczaj dużo władzy nad superwizorem, który chciałby, żeby go polubili (choć sami superwizanci o tym nie wiedzą!).

Krótkie podsumowanie

Z przeglądu prac zajmujących się superwizją psychoterapii przedstawionych w tym rozdziale możemy wyprowadzić kilka ogólniejszych refleksji. W konceptualizacji procesu superwizji prezentowane prace sugerują, że nadchodzi czas for-

mułowania bardziej zintegrowanych modeli teoretycznych, testowania ich użyteczności i tworzenia specjalistycznych narzędzi do pomiaru efektów oddziaływań superwizyjnych. Podobnie jak w obszarze psychoterapii – narasta zainteresowanie problemem efektywności działań superwizyjnych, zarówno w kontekście przyrostu umiejętności superwizantów, jak i wpływu na stan pacjentów objętych superwizowaną psychoterapią. Badania aspektów procesu superwizyjnego podkreślają ważność relacji superwizyjnej jako realnego, autentycznego i specyficznego związku powstającego w trakcie wieloletniego szkolenia. Niezwykle interesujące jest zagadnienie znaczenia superwizji dla relacji między psychoterapeutą a klientem. Innym obiecującym tematem jest obraz hipotetycznego, ale również spostrzeganego wpływu działań superwizyjnych na to, co dzieje się z klientem. Zgodnie z przytoczonymi doniesieniami zjawiska powstające w rzeczywistości pozaterapeutycznej, w relacji terapeuty i superwizora, mogą mieć korzystne oddziaływanie również na pacjenta. Nakładanie tych dwóch rzeczywistości – terapeutycznej i superwizyjnej – nie tworzy chaosu, ale pozwala zbudować dodatkowy i inny sposób oddziaływania na pacjenta. Intrygujące jest to, że działania, które możemy traktować po prostu jako terapeutyczną edukację, mają też głębszy sens wychodzący poza zwykłe działania szkoleniowe.

BIBLIOGRAFIA

- Bambling, M., King, R., Raue, P., Schweitzer, R. (2006). Clinical supervision: Its influence on client-rated working alliance and client symptom reduction in the brief treatment of major depression. *Psychotherapy Research*, 16(3), 317–331.
- Beutler, L.E., Howard, M. (2003). Training in psychotherapy: Why supervision does not work. *Clinical Psychologist*, 56(4), 12–16.
- Bilot, J., Peluso, P.R. (2009). The use of the ethical genogram in supervision. *The Family Journal of Counseling and Therapy for Couples and Families*, 17(2), 175–179.
- Bomba, J. (2011). Psychotherapy supervision as viewed from psychodynamic standpoint. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 45–49.
- Bordin, E.S. (1983). A working alliance model of supervision. *The Counseling Psychologist*, 11, 35–41.
- Cassoni, E. (2007). Parallel process in supervision and therapy. An opportunity for reciprocity. *Transactional Analysis Journal*, 37(2), 130–139.
- Champe, J., Kleist, D.M. (2003). Live supervision: A review of the research. *The Family Journal of Counseling and Therapy for Couples and Families*, 11(3), 268–275.
- Chinnock, K. (2011). Relational Transactional Analysis Supervision. *Transactional Analysis Journal*, 41(4), 336–350.
- Desmond, K.J., Kindvatter, A. (2010). Intentional practices in supervision of family counseling. *The Family Journal of Counseling and Therapy for Couples and Families*, 18(1), 31–35.
- Heru, A.M., Strong, D.R., Price, M., Recupero, P.R. (2004). Boundaries in psychotherapy supervision. *American Journal of Psychotherapy*, 58(1), 76–89.
- Jacobsen, C.H. (2007). A qualitative single case study of parallel processes. *Counseling and Psychotherapy Research*, 7(1), 26–33.

- Jaffe, L. (1996). Supervision as an intersubjective process: hearing from candidates and supervisors. *Panel American Psychoanalytic Association, 48*(2), 561–570.
- Kalai, S. (2007). Group supervision of individual therapy. *Group Analysis, 40*(2), 204–215.
- Ladany, N. (2002). Psychotherapy Supervision: How Dressed is the Emperor? *Psychotherapy Bulletin, 37*, 14–17.
- Magnusson, S., Shaw, H.E. (2003). Adaptation of the multifaceted genogram in counseling, training, and supervision. *The Family Journal of Counseling and Therapy for Couples and Families, 11*(1), 45–54.
- Montgomery, M.J., Hendricks, C.B., Bradley, L.J. (2001). Using systems perspectives in supervision. *The Family Journal of Counseling and Therapy for Couples and Families, 9*(3), 305–313.
- Moro, L. (2007). The role of supervision in training psychotherapists. *Group Analysis, 40*(2), 178–188.
- Neumaier, E.R. (2009). American Psychological Association, Convention Presentation: Impact of Gender and Gender Role Orientation in Psychotherapy Supervision.
- Reese, R.J., Rowlands, S., Halstead, J., Norsworthy, L., Chisholm, R., Bowman, D., Williams, M., Lippe, B. (2007). American Psychological Association. Convention Presentation. Effects of Using a Client Feedback Model in Psychotherapy Supervision.
- Townend, M. (2008). Clinical supervision in cognitive behavioral psychotherapy: development of a model for mental health nursing through grounded theory. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*, 328–339.
- Walker, J. (n.d.). Psychotherapy supervision: Three critical considerations, *Psychotherapy Bulletin, 21–24*. Doi:10.1037/e536452009-009.
- Watkins, C.E. (1994). The supervision of psychotherapy supervisor trainees. *American Journal of Psychotherapy, 48*(3), 417–431.
- Watkins, C.E. (2010a). Considering characterological resistances in the psychotherapy supervisor. *American Journal of Psychotherapy, 64*(3), 239–256.
- Watkins, C.E. (2010b). Psychoanalytic constructs in psychotherapy supervision. *American Journal of Psychotherapy, 64*(4), 393–416.
- Watkins, C.E. (2010c). Psychoanalytic development al psychology and the supervision of psychotherapy supervisor trainee. *Psychodynamic Practice, 16*(4), 392–407.
- Watkins, C.E. (2011a). Does Psychotherapy Supervision Contribute to Patient Outcomes? Considering 30 years of Research. *Clinical Supervisor, 30*(2), 235–256.
- Watkins, C.E. (2011b). The real relationship in psychotherapy supervision. *American Journal of Psychotherapy, 65*(2), 99–116.
- Watkins, C.E. (2012a). Development of the psychotherapy supervision: Review of and reflections on 30 years of theory and research. *American Journal of Psychotherapy, 66*(1), 45–83.
- Watkins, C.E. (2012b). Educating psychotherapy supervisors. *American Journal of Psychotherapy, 66*(3), 279–308.
- Weinstein, L.S., Winer, J.A., Ornstein, E. Supervision and self-disclosure: modes of supervisory interaction. Doi: 10.1177/0003065109356576.

LIDIA CIERPIAŁKOWSKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza

SOJUSZ TERAPEUTYCZNY W PSYCHOTERAPII ZABURZEŃ OSOBOWOŚCI

Wprowadzenie

Poznanie i wyjaśnienie czynników wpływających na efektywność psychoterapii zaburzeń psychicznych i zachowania, zwłaszcza zaburzeń osobowości, aktualnie jest jednym z najważniejszych problemów i wyzwań podejmowanych zarówno w nurcie badań *evidence-based practice* (EBP), jak i w obszarze konkretnych szkół psychoterapeutycznych. Na podstawie metaanaliz wielu badań stwierdzono, że na efektywność psychoterapii z podobną siłą wpływają, obok specyficznych czynników leczących, uaktywnianych przez konkretne strategie i procedury charakterystyczne dla określonej szkoły terapeutycznej, wspólne czynniki leczące aktywowane w relacji terapeutycznej (Lipsey i Wilson, 2001; Czabała, 2008). Przeglądy analiz statystycznych pokazują, że wpływ przymierza terapeutycznego na skuteczność psychoterapii zaburzeń osobowości wynosi od 0,21 do 0,26 wielkości efektu (np. por. Safran, Muran i Proskurov, 2009). Chociaż tak ogólne wnioski są źródłem wiedzy o znaczeniu sojuszu między pacjentem a terapeutą dla wyniku terapii, to ich użyteczność dla praktyki klinicznej zależy od poziomu ich uszczegółowienia.

Badania pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi pokazały, że nie tyle typ zaburzenia (jednostka kliniczna), ile jakość aktualnych i przeszłych relacji interpersonalnych pacjentów wpływa na siłę przymierza terapeutycznego i efektywność psychoterapii (np. Hersoug i in., 2002; Gibbons i in., 2003). Ponieważ osoby z konkretnym typem zaburzenia osobowości charakteryzują się znie-

kształconym sposobem postrzegania i przeżywania rzeczywistości i samego siebie, utrwalonymi trudnościami w zakresie regulacji emocji i kontroli impulsów, a nade wszystko powtarzającymi się problemami i trudnościami w relacjach interpersonalnych (ICD-10, ŚOZ, 1997; DSM-5, APA, 2013), dlatego szczególnie istotne jest ustalenie, jakie czynniki sprzyjają, a jakie utrudniają proces budowania sojuszu terapeutycznego w przebiegu leczenia. Doświadczenia kliniczne, a także badania wskazują, że zasadniczo inne trudności w konstytuowaniu i utrzymywaniu relacji interpersonalnych występują u pacjentów z zaburzeniami osobowości z wiązki A (schizotypowe, paranoidalne i schizoidalne zaburzenia osobowości) i B (antyspołeczne, borderline, histrioniczne i narcystyczne zaburzenia osobowości), którzy odznaczają się mechanizmami eksternalizacji problemów, a jeszcze inne z wiązki C (unikające, lękowe i obsesyjno-kompulsywne zaburzenie osobowości), osób z tendencjami do internalizacji trudności (Blais i Hopwood, 2016). Każdy z tych typów mechanizmów regulacji emocjonalnej powoduje odmienne problemy w przebiegu i jakości relacji z najbliższymi, co znajduje odzwierciedlenie w relacji terapeutycznej z terapeutą.

W dalszej części tekstu przedstawiono analizę zagadnień w trzech obszarach zagadnień: po pierwsze, jakie występują trudności w konstytuowaniu sojuszu terapeutycznego u pacjentów z różnymi zaburzeniami osobowości, po drugie, jaka jest dynamika fluktuacji siły sojuszu między pacjentem z zaburzeniami osobowości z wiązki A, B i C a terapeutą, w końcu po trzecie, jakie są zalecane strategie postępowania terapeutycznego, gdy występuje wysokie prawdopodobieństwo przerwania przymierza i relacji terapeutycznej, co zazwyczaj powoduje przedwczesne zakończenie terapii.

Rozważania poprzedzono krótkim omówieniem ewoluowania koncepcji przymierza terapeutycznego – od modeli powstałych w psychoanalizie i terapii skoncentrowanej na kliencie (koncepcje paradygmatyczne), po aktualne mające u podłoża założenia transteoretyczne i transdyscyplinarne. Konstrukty te znajdują szerokie zastosowanie w badaniach nad skutecznością leczenia chorób somatycznych czy szeroko pojętej rehabilitacji.

Koncepcje i modele sojuszu terapeutycznego – od ujęć paradygmatycznych do transteoretycznych

Gdy poszukuje się prekursorów koncepcji sojuszu terapeutycznego i jego znaczenia dla przebiegu i efektywności leczenia zaburzeń psychicznych, zawsze wtedy przywołuje się Sigmunda Freuda (1912/1958), który opisał istotę relacji terapeutycznej z perspektywy psychoanalizy. Jest to przykład konceptualizowania sojuszu zgodnie z założeniami specyficznej koncepcji psychologicznej, zwanej

często paradygmatyczną. W podejściach tych istota sojuszu terapeutycznego jest zawsze rozważana w kontekście działania specyficznych procedur i strategii terapeutycznych skoncentrowanych na uzyskaniu u pacjenta zakładanej zmiany. Odmienne grupę koncepcji stanowią podejścia transteoretyczne, w których większą uwagę zwraca się na czynniki wspólne niż specyficzne relacji i sojuszu terapeutycznego w różnych podejściach psychoterapeutycznych.

Freud (1912/1958) wyodrębnił w relacji terapeutycznej trzy główne elementy: (a) przeniesienie ze strony pacjenta, polegające na nieświadomym przeżywaniu relacji z terapeutą w kontekście uaktywnionych, wypartych w okresie edypalnym konfliktów intrapsychicznych, (b) przeciwprzeniesienie ze strony terapeuty, przejawiające się w postaci uaktywniania wobec pacjenta doświadczeń związanych ze znaczącymi osobami i nierozwiązanymi konfliktami intrapsychicznymi oraz (c) bardziej świadome nastawienie pacjenta wobec terapeuty i kojarzenie go zarazem z pozytywnymi, jak i ze znaczącymi postaciami z przeszłości. W leczeniu nerwic Freud przypisywał większe znaczenie w odniesieniu do stabilizowania się relacji terapeutycznej pozytywnemu przeniesieniu i przeciwprzeniesieniu niż świadomie działającemu ego pacjenta, współpracującemu z terapeutą na rzecz zmiany. Właśnie ten element relacji terapeutycznej, który później nazywano przymierzem czy sojuszem terapeutycznym, stał się przedmiotem dalszych opracowań we współczesnych nurtach psychoanalizy (np. Gutheil i Havens, 1979; Skolnick, 2006).

Pośród psychoanalityków jedną z pierwszych, definiujących przymierze terapeutyczne w kategoriach ego, była Elizabeth Zetzel (1956), która wskazywała, że jest to nieneurotyczny i nieprzeniesieniowy, czyli bardziej świadomy niż nieświadomy aspekt relacji terapeutycznej. Kilka lat później Ralph Greenson (1965) podkreślił, że pracujące przymierze jest realną, odwołującą się do zasady rzeczywistości konsekwencją umowy o współpracy między terapeutą a pacjentem, Edward Horwitz (1974) i inni analitycy zaś zaczęli opisywać jakościowe różnice między przeniesieniem pozytywnym i negatywnym a sojuszem terapeutycznym. Odkryto, że zarówno zbyt silne pozytywne (idealizujące, symbiotyczne, niszczące zdolność do eksploracji własnej i terapeuty) i negatywne (dewaluujące, niszczące terapię i terapeutę) przeniesienie stanowi zagrożenie dla relacji terapeutycznej, które może być przezwyciężone odpowiednią siłą przymierza terapeutycznego. Świadoma decyzja pacjentów wyrażona określonym kontraktem o pracy nad zmianą siebie, swoich problemów i trudności pozwala na kontynuowanie psychoterapii. Aby uzyskać taką siłę przymierza terapeutycznego, konieczne jest uaktywnienie wielu możliwości pacjentów w zakresie testowania rzeczywistości, w tym procesu terapeutycznego, co pozostaje jednym z najważniejszych problemów w pracy terapeutycznej z pacjentami z zaburzeniami osobowości (np. Perry i Bond, 2000; Bedics i in., 2015).

Obok psychoanalityków, przedstawiciele terapii humanistycznej, zwłaszcza Carl Rogers (1951) twórca terapii skoncentrowanej na kliencie, podkreślał, że najistotniejszym czynnikiem leczącym jest relacja terapeutyczna, konstytuowana przez terapeutę, który odznacza się odpowiednim poziomem spójności (kongruencji), empatii oraz bezwarunkową, pozytywną akceptacją klienta. Relacja klienta z terapeutą, w której doświadczy on zrozumienia i bezwarunkowej akceptacji dla swoich przeżyć jest zarówno konieczna, jak i wystarczająca dla uaktywnienia naturalnych, wewnętrznych procesów samoakceptacji, szacunku do siebie i samorozwoju każdej osoby, bez względu na przejawiane przez nią zaburzenia psychiczne.

W latach 90. XX wieku każda szkoła psychoterapii próbowała określić, jakie znaczenie leczące ma sojusz terapeutyczny w kontekście specyficznych czynników leczących w procesie leczenia oraz jaki ma wpływ na efektywność psychoterapii. Terapeuci i klinicyści podejścia poznawczo-behawioralnego (Raue i Goldfried, 1974), interpersonalnego (Henry i Strupp, 1994), opartej na doświadczeniu (Watson i Greenberg, 1994) czy odwołującego się do teorii relacji z obiektem (Frieswyk i in., 1986) dokonują pewnych podsumowań na temat istoty i znaczenia sojuszu terapeutycznego dla przebiegu procesu leczenia (por. omówienie Cierpiałkowska, 2008).

Rozwój koncepcji i modeli sojuszu terapeutycznego ewoluował w kierunku podejścia transteoretycznego, które pozwoliło na dokonanie porównań między szkołami psychoterapii, a także tworzenie pewnych uogólnień, które nie były możliwe, gdyby występowały tylko modele konkretnych szkół psychoterapii. W ślad za transteoretyczną koncepcją Edwarda Bordina (1979) i nowymi narzędziami badawczymi (np. *Working Alliance Inventory*, WAI; Horvath i Symonds, 1991; Horvath, 1994) pojawiła się realna możliwość porównania sposobu konceptualizacji przymierza w różnych psychoterapiach i pokazania różnic w ujmowaniu specyficznych i wspólnych czynników leczących w kontekście skuteczności terapii. Bordin zakładał, że rozwój przymierza terapeutycznego jest niezbędny we wszystkich rodzajach i formach psychoterapii, chociaż poziom porozumienia między klientem a terapeutą, co do trzech wyodrębnionych aspektów, tj. więzi, celów i zadań terapii, traktowany jest odmiennie. W konsekwencji ich wpływ na skuteczność terapii różni się w zależności od podejścia.

Jakość pracującego przymierza terapeutycznego jest, jest zdaniem Bordina (1994), wyznaczona poziomem współpracy klienta z terapeutą, która zdeterminowana jest nie tylko siłą więzi między nimi (afektywny komponent przymierza – poczucie bycia lubianym, akceptowanym i rozumianym), ale także poziomem współuczestnictwa klienta w uzgodnieniu ważniejszych celów terapii (komponent poznawczy) oraz ważniejszych zadań koniecznych do osiągnięcia celów. Siła więzi, poziom uzgodnionych celów oraz stopień akceptacji zadań ważnych dla postępów terapii stanowią o zaangażowaniu klienta (i terapeuty) w pracę nad

zmianą samego siebie. Ustalanie celów terapii odbywa się w procesie negocjacji, przy znaczącym współdziałaniu pacjenta, natomiast zadania terapeutyczne określa zazwyczaj terapeuta, ponieważ pozostają one w ścisłym związku z założeniami szkoły psychoterapii. Na przykład w terapii poznawczo-behawioralnej wykonywanie zadań domowych przez pacjenta wpływa bardziej na skuteczność leczenia niż w psychoterapii psychodynamicznej.

Sojusz terapeutyczny a wzorce relacji interpersonalnych w zaburzeniach osobowości

Osoby z zaburzeniami osobowości charakteryzują się konkretnymi wzorcami relacji społecznych, które mają bardziej lub mniej dezadaptacyjny charakter, co zostało przedstawione w klasyfikacji ICD-10 (ŚOZ, 1997) oraz DSM-5 (APA, 2013). Odnosząc się do obrazu klinicznego zaburzeń osobowości wiązki A, B i C, Donna Bender (2005) wskazała na te wzorce relacji, które stanowią szczególne zagrożenie, a także na te, które mogą stanowić pewną szansę na zawiązanie i utrzymanie sojuszu z owymi pacjentami.

Osoby o zaburzeniach osobowości z wiązki A (zaburzenia osobowości paranoicznej, schizotypowej i schizoidalnej) wykazują dziwne i ekscentryczne zachowania, a występujące problemy w relacjach międzyludzkich mają zazwyczaj charakter paranoiczny, czyli są oni podejrzliwi, nieufni, nieracjonalni, chłodni emocjonalnie, co przejawia się w postaci albo agresywnych, albo izolujących się zachowań. W procesie konstytuowania sojuszu terapeutycznego ci pacjenci są ogromnym wyzwaniem dla terapeutów, ponieważ w relacji przejawiają wysoki poziom dyskomfortu. Są niepewni pozytywnej intencji pomagającego, nadwrażliwi na postrzeganą krytykę i doszukują się „drugiego dna” nawet w pozytywnych informacjach zwrotnych i zachowaniach lojalnościowych. Osoby o zaburzeniach osobowości z wiązki B (zaburzenia osobowości antyspołeczne, *borderline*, narcystyczne i histrioniczne) wykazują zachowania teatralne, są nadmiernie emocjonalni i ekspresyjni („dramatyczni”), chwiejni emocjonalnie i nieprzewidywalni. Tworzenie sojuszu terapeutycznego jest znacznie utrudnione, ponieważ odznaczają się w relacji z terapeutą wysoką chwiejnością emocjonalną – łatwo przechodzą od zachwyty do niechęci i negacji kompetencji terapeuty, domagają się szczególnych praw i traktowania, oczekują ciągłego potwierdzania ich ważności, łatwo przekraczają granice wyznaczone relacją terapeutyczną. Zamiast rozmawiać o różnych emocjach i stanach wewnętrznych, łatwo przechodzą do rozgrywania, inicjując i prowokując do wejścia w gry transakcyjne (por. Hargaden i Sills, 2002; tab. 1).

TABELA 1.

Wyzwania w relacji terapeutycznej a funkcjonowanie interpersonalne osób z zaburzeniami osobowości

Zaburzenie osobowości	Cechy osobowości i wyzwania w kształtowaniu sojuszu	Punkt potencjalnego zaangażowania w terapię
Paranoiczne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Spodziewają się, że zostaną wykorzystani i oszukani – Nadwrażliwi na krytykę – Wycofują się z relacji lub reagują gniewem i atakiem 	Wykazują potrzebę afirmacji
Schizotypowe zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Podejrzliwi/paranoiczni – Przejawiają dziwaczne spostrzeganie i doznania fizyczne – Odczuwają silny lęk w sytuacjach społecznych 	Przejawiają motywację do bycia w związku
Schizoidalne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Nie przywiązują się do innych – Są emocjonalnie obojętni – Izolują się od innych – Nieczuli na krytykę i pochwałę 	Odnaczają się wrażliwością i poczuciem braku
Borderline zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Niestabilni emocjonalnie i poznawczo – Przywiązują się mocno do innych i obawiają się porzucenia – Szybko się nudzą i odczuwają pustkę 	Poszukujący związku Reagują pozytywnie na akceptację i wsparcie
Narcystyczne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Przekonanie o własnej wielkości i potrzeba bycia podziwianym – Mają poczucie szczególnych praw – Wyniośli i aroganccy wobec innych 	Reagują pozytywnie na empatię i akceptację
Histrioniczne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Oczekują bycia w centrum zainteresowania innych – Dwuznaczeni i uwodzicielscy – Labilni emocjonalnie 	Reagują pozytywnie na ciepło i wsparcie
Antyspołeczne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Kłamią, oszukują i manipulują innymi – Brak empatii i szacunku dla innych – Narażają siebie i innych na niebezpieczeństwo 	Uczestniczą w leczeniu, gdy inne zaburzenia psychiczne są źródłem cierpienia, np. alkoholizm
Unikowe zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Spodziewają się krytyki i odrzucenia – Przejawiają tendencje do przeżywania wstydu i upokorzenia – Cechuje ich niechęć do ujawniania informacji o sobie 	Reagują pozytywnie na empatię i akceptację Pragną bycia w relacji mimo podatności na zranienie
Zaburzenie osobowości zależnej	<ul style="list-style-type: none"> – Lęk przed odrzuceniem i separacją – Brak pewności siebie, wymagają zachęt i porad – Ich podporządkowanie prowadzi do pseudo-przymierza 	Przyjaźni i ugodowi Chętnie pozostają w leczeniu

Zaburzenie osobowości	Cechy osobowości i wyzwania w kształtowaniu sojuszu	Punkt potencjalnego zaangażowania w terapię
Obsesyjno-kompulsyjne zaburzenie osobowości	<ul style="list-style-type: none"> – Skoncentrowani na kontroli siebie i innych – Perfekcyjny i wymagający wobec siebie i innych – Obawiają się krytyki ze strony terapeuty – Nie są spontaniczni 	<p>Używają intelektualizacji</p> <p>Próbują być „dobrym pacjentem”</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bender, 2005; Millon i in., 2004.

Uważa się, że wiązka C (zaburzenia osobowości zależnej, unikającej i obsesyjno-kompulsyjne) skupia osoby pełne niepokoju, emocjonalnie zahamowane i niedopuszczające do powstania nieporozumienia czy konfliktu interpersonalnego. Budowanie sojuszu z tymi klientami wymaga pewnych konkretnych wyzwań, ponieważ są oni nadmiernie wrażliwi na krytykę, którą dostrzegają nawet w pozytywnych informacjach zwrotnych, mało spontaniczni i zahamowani, wysoko kontrolujący się i skrupulatni w szczegółach. Taki sposób przeżywania siebie i drugiej osoby powoduje, że są bardziej skoncentrowani na kontroli niż na możliwości budowania autentycznego związku terapeutycznego.

W koncepcjach psychodynamicznych i behawioralno-poznawczych, zwłaszcza teorii skryptów, zakłada się, że opisane stany intrapsychiczne i zachowania osób z zaburzeniami osobowości są wynikiem działania systemu prymitywnych mechanizmów obronnych, zwłaszcza rozszczepienia, i tych bardziej dojrzałych, podtrzymujących te prymitywne obrony, które powodują utrzymywanie się niezintegrowanych reprezentacji relacji z obiektem (por. Caligor i Clarkin, 2013) bądź charakterystycznych schematów poznawczych (Young, Klosko i Weishaar, 2014).

Wychodząc w podejściu psychodynamicznym poza myślenie linearne o strukturze osobowości na rzecz myślenia systemowo-dynamicznego, można założyć, że: (1) osobowość konstytuują reprezentacje relacji z obiektem o różnym stopniu zintegrowania, które wiążą się ze sobą i tworzą specyficzny, zindywidualizowany system ego; (2) reprezentacje relacji z obiektem tworzące różne sieci powiązań (także o charakterze hierarchicznym) w swej istocie mają zarówno postać epizodyczną, konkretną (reprezentacje mniej zintegrowane), jak i bardziej uogólnioną i wyabstrahowaną (reprezentacje bardziej zintegrowane) oraz (3) na skutek transakcji ze środowiskiem społecznym dochodzi do aktywowania określonej sieci reprezentacji relacji z obiektem o różnym poziomie zintegrowania. To, co przejawia się we wzorcach funkcjonowania jednostki, jest funkcją aktualnie aktywowanej reprezentacji relacji z obiektem, która pozostaje w pewnych związkach z pozostałymi reprezentacjami, tworzącymi ich sieć. Jeśli w odpowiedzi na bodźce społeczne (np. zachowanie terapeuty jest zgodne z oczekiwaniami pacjenta), 213

aktywowane są bardziej zintegrowane reprezentacje relacji z obiektem, wtedy osoba przejawia bardziej adaptacyjne wzorce zachowania, jeśli dochodzi do aktywowania (np. w sytuacji stresu w relacji terapeutycznej na skutek zastosowania konfrontacji czy interpretacji) mniej zintegrowanych reprezentacji, wówczas pojawiają się symptomy zaburzeń osobowości o bardziej dezadaptacyjnym charakterze (por. Górska i Cierpiałkowska, 2016; Cierpiałkowska i in., 2017).

Fluktuacje sojuszu terapeutycznego

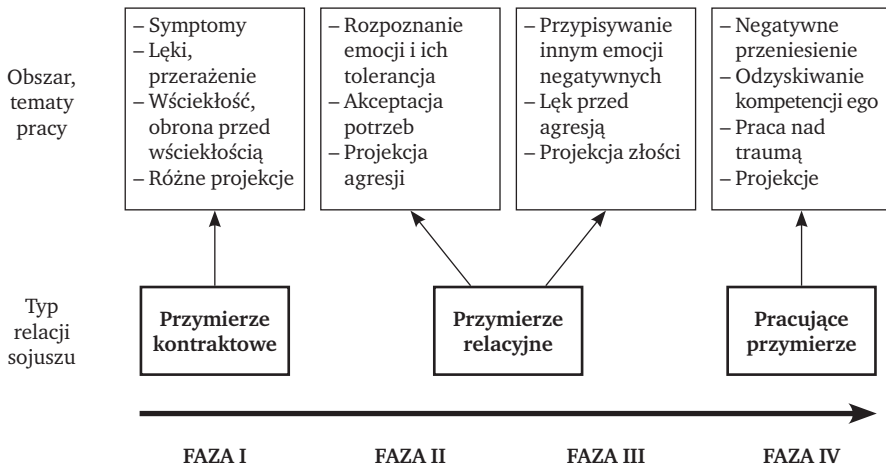
Terapeuci i klinicyści zaobserwowali, że pacjenci z zaburzeniami psychicznymi różnią się w zakresie konstytuowania oraz trwałości relacji i sojuszu terapeutycznego. Pacjenci neurotyczni w porównaniu z tymi z zaburzeniami osobowości odznaczali się większą stabilnością relacji terapeutycznej i znacznie rzadziej przerywali terapię po kilku sesjach. Początkowo uważano, że zjawisko to głównie występuje w grupie pacjentów z zaburzeniami osobowości narcystycznej i *borderline*, którzy bardzo często porzucali ledwo rozpoczętą psychoterapię, poszukując następnego, „lepszego” psychoterapeuty. Analizy procesu psychoterapii skoncentrowanej na przeniesieniu Otto Kernberga wraz z zespołem badaczy (2008) pokazały, że w procesie terapii u pacjentów z niższym i wyższym poziomem organizacji osobowości *borderline* i neurotycznej występują z jednej strony podobne, z drugiej odmienne zjawiska we fluktuacji siły przymierza terapeutycznego.

Opisując zjawisko zmian w sile i procesie przebiegu sojuszu terapeutycznego, należy odróżnić dwa zjawiska: (1) fluktuacje, czyli zmiany siły (poziomu) przymierza terapeutycznego, które oscyluje od mniej do bardziej optymalnego od (2) stanu takiego spadku jego siły, że powstaje wysokie prawdopodobieństwo przerwania (*ruptures episodes*) przymierza, co za tym idzie relacji terapeutycznej. Zmiany siły przymierza między pacjentem a terapeutą to zjawisko, które próbowano opisać w kategoriach etapów jego konstytuowania się bądź jako bezpośredni efekt stosowanej przez terapeutę interwencji czy strategii postępowania. W tym obszarze poczyniono wiele obserwacji i badań, które przynoszą nieco odmienne rezultaty w kontekście krótkoterminowych i długoterminowych psychoterapii. Zjawisko przerwania sojuszu terapeutycznego, czyli współpracy między pacjentem a terapeutą, częściej analizowano na podstawie studiów nad przebiegiem terapii indywidualnych pacjentów (*case study*) niż w badaniach na większych grupach. Dopiero badania „drugiej generacji” przybliżają kwestie uwarunkowań i znaczenia epizodów zagrożenia przerwaniem sojuszu, a także znaczenia jego naprawy dla przebiegu i efektów psychoterapii (por. Safran i Muran, 2006; Safran i Kraus, 2014).

Fluktuacje, zakłócenia siły sojuszu są nieuniknione i występują częściej niż 214 zauważają to klinicyści, przybierając raz silniejszą, a innym razem słabszą postać.

Luborski wraz ze współpracownikami (1975, s. 94) stwierdził, że należy wyodrębnić dwa typy przymierza terapeutycznego: typ 1 – pojawia się od pierwszych sesji i oparty jest na doświadczaniu przez pacjenta terapeuty jako osoby rozumiejącej, wspierającej i przynoszącej ulgę w cierpieniu; typ 2 – występuje zazwyczaj po kilku sesjach (po wprowadzeniu przez terapeutę interwencji prowadzących do zmiany) i łączy się u pacjenta z pojawieniem się większego zaangażowania i współpracy na rzecz zmiany oraz poczucia odpowiedzialności za osiągnięte efekty leczenia. O ile interwencje terapeuty polegające na słuchaniu i rozumieniu wzmacniają siłę przymierza, o tyle interwencje skutkujące poszerzeniem i pogłębieniem świadomości, zwykle polegające na odzwierciedlaniu, konfrontacji czy interpretacji często najpierw ją osłabiają, a dopiero później wzmacniają (gdy pacjent uzna, że interwencje te nie są skierowane przeciwko niemu i zauważy konkretne efekty terapii).

W przebiegu długoterminowej psychoterapii psychodynamicznej z pacjentami z zaburzeniami osobowości *borderline* John Gunderson (2000) wyodrębnił trzy główne typy (formy) przymierza, które występują na czterech etapach psychoterapii długoterminowej. Typ pierwszy przymierza, zwany kontrakto- wym (behawioralnym), dotyczy najbardziej podstawowego poziomu uzgodnienia między terapeutą a pacjentem w zakresie ogólnych celów terapii oraz pełnionych przez osoby ról dla ich osiągnięcia. Kontrakt obejmuje zarówno kwestie formalne (np. częstość sesji, odpłatność), jak i dotyczy obecności pacjenta na sesjach (faza I – 0–3 miesiące). Drugi, zwany relacyjnym (emocjonalno-empatycznym), pojawia się wtedy, gdy pacjent doświadcza troski, zrozumienia, autentyczności terapeuty oraz jego akceptacji. Konieczność przyjęcia takiej postawy była szczególnie podkreślana przez Alfreda Adlera i Heinza Kohuta, którzy twierdzili, że pacjenci *borderline* potrzebują w pierwszym roku terapii większej aktywności i zaangażowania terapeuty. Taka postawa konstytuuje się przymierza terapeutycznego zarówno w II fazie terapii (1 miesiąc – 1 rok), gdy pacjenci ujawniają wiele autodestrukcyjnych i impulsywnych zachowań i doświadczenia w relacji z terapeutą zależności, która wzbudza wysoki poziom lęku, jak i w III fazie (1 rok – 3 lata), gdy występuje znacząco więcej zachowań i relacji adaptacyjnych, a przywiązanie i zależność od terapeuty przeżywana jest pozytywnie. W tym okresie terapii, zdaniem Gundersona, aktywność terapeutów psychodynamicznych jest podobna do postawy terapeuty w terapii rogeriańskiej skoncentrowanej na kliencie.



RYCINA 1.

Typy sojuszu terapeutycznego w przebiegu długoterminowej psychoterapii psychodynamicznej

Źródło: opracowano na podstawie Gunderson, 2000, s. 44.

Trzeci typ, określane jako pracujące przymierze (poznawcze i motywacyjne), występuje wówczas, gdy pacjent przyłącza się do terapeuty jako wiarygodnej, współpracującej z nim osoby, która pomaga mu poznać i zrozumieć siebie. Dzieje się to zazwyczaj w fazie IV psychoterapii, gdy u pacjenta pojawiają się lęki przed separacją i zakończeniem relacji z terapeutą. Drugi i trzeci typ przymierza Gunderson (2000, s. 41) uważa za najbardziej owocny dla osiągnięcia celów psychoterapii psychodynamicznej, jednak są one możliwe, gdy u pacjenta wystąpią istotne zmiany wskutek dotychczasowej pracy nad sobą (por. ryc. 1). Niewielu pacjentów z zaburzeniami osobowości *borderline* osiąga kolejne etapy terapii i formy przymierza, ponieważ często następuje nagłe przerwanie relacji i psychoterapii.

Gunderson i współpracownicy (1997) przeprowadzili badania siły przymierza terapeutycznego na grupie pacjentów *borderline* i ich terapeutów w przebiegu psychoterapii długoterminowej. Kilkukrotnej oceny sojuszu terapeutycznego dokonano za pomocą *Penn Helping Alliance Questionnaire* – po sześciu tygodniach, sześciu miesiącach i każdego roku w kolejnych pięciu latach psychoterapii. Wyniki badań pokazały, że (1) w trakcie leczenia sojusz terapeutyczny był wysoko oceniony zarówno przez pacjentów, jak i terapeutów; (2) siła sojuszu wraz z upływem czasu psychoterapii stale wzrastała (nie stwierdzono istotnego pogorszenia się w kolejnych pomiarach); (3) w pierwszych dwóch latach leczenia pacjenci i terapeuci byli zgodni w ocenie siły przymierza; (4) w trzecim i czwartym roku psy-

choterapii terapeuci ocenili wyżej siłę sojuszu niż pacjenci. Wielkość siły sojuszu terapeutycznego po sześciu tygodniach leczenia okazała się najtrafniejszym predyktorem przerwania terapii.

Zaproponowana przez Gundersona typologia sojuszu terapeutycznego w kontekście etapów psychoterapii znalazła zastosowanie nie tylko w przypadku innych zaburzeń osobowości, ale także w innych szkołach terapeutycznych, na przykład dialektycznej terapii zachowania Marshi Linehan (2007) czy psychoterapii schematów poznawczych Jeffrey Younga, Janet Klosko, Marjorie E. Weishaar (2014). O przebiegu relacji terapeutycznej w terapii osób cierpiących z powodu różnych zaburzeń psychicznych pisał też Czesław Czabała (2008; Sass-Stańczak i Czabała, 2015), który podkreślał znaczenie wrażliwości i zdolności terapeuty w ocenie poziomu współpracy i poczucia odpowiedzialności pacjentów w osiągnięciu zamierzonych celów terapii.

W procesie psychoterapii ogromnie istotne jest trafne rozpoznawanie przez terapeutę różnych sygnałów, które są wskaźnikami zmiany siły przymierza terapeutycznego u pacjenta. Właściwe rozpoznanie ma na celu podjęcie określonych strategii terapeutycznych, które służą zaangażowaniu pacjenta w pogłębioną współpracę. Badania pokazały, że certyfikowani terapeuci nie tyle różnią się kompetencjami w zakresie stosowania technik terapeutycznych (Okiishi i in., 2003; Lutz i in., 2007), o ile szeroko pojętymi umiejętnościami społecznymi i interpersonalnymi, które decydują o jakości relacji terapeutycznej (Horvath i in., 2011; Safran, Muran i Eubanks-Carter, 2011). Każda szkoła psychoterapeutyczna uznała konieczność szkolenia terapeutów w zakresie nie tylko diagnozowania i monitorowania siły sojuszu, ale także w poszerzania ich umiejętności interpersonalnych w rozwiązywaniu kryzysów związanych z jego załamaniem się.

Załamanie i naprawa sojuszu terapeutycznego

Badania nad załamaniem się przymierza terapeutycznego zmierzają z jednej strony do wykrycia okoliczności i uwarunkowań intrapsychicznych pojawienia się tego zjawiska w relacji terapeutycznej, z drugiej na opisie schematu załamania i reparacji sojuszu między pacjentem a terapeutą a pozytywnymi i negatywnymi efektami psychoterapii. Przeglądy badań nad zjawiskiem przerwania psychoterapii przez pacjentów z zaburzeniami osobowości pokazują, że jest grupa od 38% a 57% leczących się, podczas gdy średnia przerwania terapii w przypadku innych zaburzeń psychicznych wynosi od 15% do 22% (Leichsenring i Leibing, 2003).

Jednocześnie zaobserwowano, że po epizodach znaczącego osłabienia, czasami wręcz załamania się przymierza, które współwystępowały z udanymi zabiegami terapeutycznymi kończącymi się jego naprawą, dochodziło do znaczącej poprawy siły sojuszu terapeutycznego i pozytywnych efektów terapii (por. Safran, 217

Muran i Proskurov, 2009). Opisano charakterystyczny wzór fluktuacji przymierza w kształcie litery V i niektóre badania pokazały, że taki przebieg przymierza jest skorelowany z większą skutecznością psychoterapii. Badania nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej przeprowadzone przez Jennifera Straussa i współpracowników (2006) dowodzą, że pacjenci z zaburzeniami osobowości z wiązki C, zwłaszcza z osobowością unikającą i obsesyjno-kompulsyjną, którzy przeszli załamanie i naprawę sojuszu terapeutycznego, ujawniają bardziej pozytywne efekty psychoterapii (zmniejszenie liczby symptomów, zmniejszenie nasilenia depresji) niż pacjenci bez takich doświadczeń w procesie leczenia.

W modelu załamania się, przerwania sojuszu terapeutycznego Jeremy Safran i Christopher Muran (1996, 2000) wyodrębnili dwa wzorce zachowania się pacjentów: wycofanie się z relacji i podjęcie konfrontacji i walki z terapeutą. Wycofanie się może przyjąć bardziej lub mniej bezpośredni charakter: od niedzielenia się ważnymi informacjami (np. z powodu lęku, strachu, poczucia upokorzenia podczas przeżywania bezradności) po „zagadywanie”, poruszanie banalnych tematów i aktywne unikanie dzielenia się ważnymi doświadczeniami. Ten rodzaj załamania się przymierza występuje najczęściej w zaburzeniach osobowości zależnej i obsesyjno-kompulsyjnej. Natomiast załamanie się przymierza terapeutycznego przez konfrontację jest najczęściej jawne, pacjenci skarżą się na brak postępów lub krytykują terapeuta za różne działania lub ich brak. Często bywają też bardzo dramatyczne i burzliwe, połączone z ekspresją negatywnych emocji w postaci gniewu, wściekłości, a także formułowania różnych gróźb pod adresem terapeuty. Po takiej konfrontacji może dojść do zerwania relacji terapeutycznej, co najczęściej następuje w wypadku pacjentów z bardzo kruchym ego, czyli osób z zaburzeniami osobowości *borderline*, narcystycznej i paranoidalnej.

Naprawa sojuszu terapeutycznego wymaga większych umiejętności ze strony terapeuty niż tylko jego utrzymanie na określonym poziomie. W każdej szkole psychoterapii formułuje się wiele wskazówek na temat możliwych sposobów naprawy załamującego się sojuszu terapeutycznego. Niemniej wydaje się, że terapeuci powinni dysponować wiedzą ogólną na temat zasad, które należy stosować w wypadku załamania się współpracy pacjenta z terapeutą w trakcie terapii.

Przed omówieniem zasad warto nawiązać do przedstawionej koncepcji Bordina (1979) sojuszu terapeutycznego i wynikających z niej ogólnych przesłanek, co do naprawy współpracy między pacjentem a terapeutą. W wypadku znacznego obniżenia się zaangażowania pacjenta w pracę nad zmianą w procesie terapii, terapeuta powinien skoncentrować się na zweryfikowaniu trzech kwestii: (1) czy występuje zgodność między terapeutą a pacjentem, co do celu terapii; (2) czy terapeuta w wystarczającym stopniu uzgodnił z pacjentem sposoby pracy nad zmianą, a także (3) czy poziom akceptacji i lubienia terapeuty przez pacjenta uległ zasadniczej zmianie. Przykładem rozbieżności co do celu terapii jest sytuacja, w której pacjent z objawami zaburzeń somatoformicznych oczekuje natych-

miastowego ustąpienia dolegliwości po uświadomieniu niektórych przeżywanych emocji, a terapeuta uważa, że jest z nim umówiony na uzyskanie wglądu. Przykładem rozbieżności co do wymiaru zadania jest sytuacja, w której pacjent uważa, że prowadzona na sesji analiza powinna koncentrować się na aktualnych przeżyciach, terapeuta zaś uznaje, że konieczne jest wracanie do doświadczeń z przeszłości. Natomiast przykładem osłabienia na wymiarze więzi może być sytuacja, w której pacjent czuje się urażony lub poniżony, np. zastosowaną przez terapeuta konfrontacją. Dość rzadko załamanie współpracy następuje na skutek niezgodności w zakresie jednego z wymiarów sojuszu terapeutycznego, znacznie częściej, gdy rozbieżności pojawiają się na dwóch, a nawet trzech wymiarach.

Safran i Muran (2000; Safran i in., 2005) opracowali założenia terapii skoncentrowanej na sojuszu, którą nazwali krótkoterminową terapią relacyjną (*brief relational therapy*, SRT) oraz trening skoncentrowany na przymierzu (*alliance focused training*, AFT), którego celem jest poszerzenie umiejętności terapeutów w zakresie naprawy sojuszu terapeutycznego. W obu formach przyjmuje się kilka najważniejszych założeń i zasad, które powinny wyznaczać postawę i sposób funkcjonowania terapeuty: (a) założenie o równie istotnym, wzajemnym oddziaływaniu na siebie dwóch osób – terapeuty i pacjenta – uczestniczących w procesie terapii; (b) skoncentrowanie się na relacji terapeutycznej *tu i teraz*; (c) założenie, że terapia jest procesem, w którym występuje ciąg następujących po sobie aktów współpracy między pacjentem a terapeutą w zakresie eksplorowania ich wkładu w relację terapeutyczną; (d) skoncentrowanie się na pogłębianiu eksploracji w kontekście rozwijającej interakcji terapeutycznej; (e) odpowiedzialne wykorzystanie przez terapeuta interwencji, polegających na ujawnianiu własnych doświadczeń czy przeżyć (*self-disclosure*); (f) uznanie przez terapeuta subiektywizmu w spostrzeganiu zjawisk w relacji terapeutycznej oraz (g) przyjęcie przez terapeuta założenia, że interwencje odnoszące się do relacji między nim a pacjentem mają zasadnicze znaczenie (Safran i Kraus, 2014, s. 381).

W ramach badań nad zasadami postępowania terapeuty w obliczu załamującego się sojuszu terapeutycznego Safran, Muran i Eubanks-Carter (2011) radzą terapeutom rozważyć i uwzględnić w interwencjach skoncentrowanie się na niektórych z opisanych dalej kwestii.

1. Uzasadniać potrzebę i ważność podjęcia psychoterapii przez pacjenta. Wskazywać na załamanie się sojuszu jako przejaw wzorca zachowań autodestrukcyjnych w relacjach z ludźmi.

2. Rozważyć podjęcie negocjacji nad zadaniami lub celami terapii. Załamanie się sojuszu może być spowodowane nietrafnym rozpoznaniem problemów pacjenta i celów terapii.

3. Zwrócić uwagę na ewentualne nieporozumienia, które mogły zajść w relacji pacjenta z terapeutą. Rozpoznać ewentualne zaistniałe negatywne emocje 219

i doświadczenia pacjenta w relacji z terapeutą, które mogą osłabiać siłę sojuszu terapeutycznego.

4. Rozważyć i poddać analizie tematy relacyjne związane z osłabieniem sojuszu. Mogą być związane z uczuciami i przekonaniami pobudzonymi u pacjenta przez konkretne interwencje, na przykład interpretację czy konfrontację.

5. Połączyć załamanie sojuszu i relacji terapeutycznej z podobnymi wzorcami relacji i funkcjonowania z innymi ludźmi w życiu pacjenta.

6. Spojrzeć na załamanie sojuszu jako próbę uaktywnienia i doświadczenia przez pacjenta nowych sposobów funkcjonowania w relacjach interpersonalnych – przejaw eksploracji (Safran, Muran, Eubanks-Carter, 2011).

Podsumowanie

Zagadnienia fluktuacji sojuszu terapeutycznego między pacjentami z zaburzeniami osobowości a terapeutami różnych szkół psychoterapii pozostają w centrum zainteresowania wielu badaczy. Obok opisu tych wzorców funkcjonowania psychospołecznego, które utrudniają ustabilizowanie się relacji terapeutycznej w poszczególnych wiązках zaburzeń osobowości, skoncentrowano się na odróżnieniu dwóch zjawisk związanych z fluktuacją siły sojuszu terapeutycznego, tj. osłabienia i załamania się współpracy między pacjentem a terapeutą. Obserwacje kliniczne, a następnie badania nad skutecznością psychoterapii przyniosły wyniki, które wskazują na pozytywne związki między załamaniem się przymierza i jego naprawą a końcowymi efektami psychoterapii.

Aktualne rozważania teoretyczne i badania zmierzają do ustalenia nie tylko źródeł fluktuacji sojuszu, ale także koncentrują się na wskazaniu na te umiejętności terapeuty, które są konieczne do odbudowy załamującego się przymierza i współpracy na rzecz uzyskania oczekiwanego efektu terapii. Konieczne jest kontynuowanie tych badań, zwłaszcza w zakresie zdolności terapeutów do analizy procesu i zjawisk występujących w relacji terapeutycznej oraz umiejętności komunikowania tych obserwacji pacjentom.

BIBLIOGRAFIA

APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wyd. 5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Bedics, J.D., Atkins, D.C., Harned, M.S., Linehan, M.M. (2015). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy*, 52(1), 67–77. Doi: 10.1037/a0038457.

- Bender, D.S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatry Practice*, 11(2), 73–87.
- Blais, M.A., Hopwood, Ch.J. (2016). Model-based approaches for teaching and practicing personality assessment. *Journal of Personality Assessment*. Doi: 10.1080/00223891.2016.1195393.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy. Theory Research and Practice*, 16, 252–260.
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (s. 13–37). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Caligor, E., Clarkin, J. (2013). Model osobowości i patologii osobowości oparty na teorii relacji z obiektem. W: J.F. Clarkin, P. Fonagy, G.O. Gabbard (red.), *Psychoterapia psychodynamiczna zaburzeń osobowości* (s. 23–61). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Cierpiałkowska, L. (2008). Relacja i przymierze terapeutyczne a efektywność psychoterapii. W: J. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.), *Psychologia zdrowia i kliniczna. Problemy diagnozy, teorii i praktyki* (s. 140–159). Gdańsk: GWP.
- Cierpiałkowska, L., Górska, D., Soroko, E., Marszał, M. (2017). Heterogeniczność osób o organizacji osobowości *borderline* a przetwarzanie emocjonalne bodźców relacyjnych. Materiały publikowane UAM.
- Czabała, J.C. (2008). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: WN PWN.
- Freud, S. (1912/1958). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. W: J. Strachey (red.), *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (t. 12, s. 122–144). London: Hogarth Press.
- Frieswyk, S.H., Allen, J.G., Colson, D.B., Coyne, L., Gabbard, G.O., Horwitz, L., Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 32–38.
- Gibbons, M.B.C., Crits-Cristoph, P., de la Cruz, C., Barber, J.P., Siqueland, L., Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59–76.
- Górska, D., Cierpiałkowska, L. (2016). Mentalizacja jako stan i jako cecha – perspektywa strukturalno-procesualna i kliniczna. W: L. Cierpiałkowska, D. Górska (red.), *Mentalizacja z perspektywy rozwojowej i klinicznej* (s. 13–41). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155–181.
- Gunderson, J.G. (2000). Psychodynamic psychotherapy for borderline personality disorder. W: J.G. Gunderson, G.O. Gabbard (red.), *Psychotherapy for Personality Disorders* (s. 33–64). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gunderson, J.G., Najavits, L., Leonhard, Ch., Sullivan, Ch., Sabo, A. (1997). Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients. *Psychotherapy Research*, 7(3), 301–309.
- Guthel, T.G., Havens, L.L. (1979). The therapeutic alliance: Contemporary meanings and confusions. *International Review of Psychoanalysis*, 6, 467–481.
- Hargaden, H., Sills, Ch. (2002). *Transactional Analysis: A Relational Perspectives*. New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Henry, W.P., Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (s. 51–84). New York: Wiley.
- Hersoug, A.G., Monsen, J., Havik, O.E., Høglend P. (2002). Quality of working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18–27.

- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C., Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. W: J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-based Responsiveness* (s. 25–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O., Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>.
- Horvath, P. (1994). Empirical validation of bordin's pantheoretical model of the alliance: the working alliance inventory perspective. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (s. 109–130). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Horwitz, L. (1974). *Clinical Prediction in Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- ICD-10 (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Kernberg, O.F., Yeomans, F.S., Clarkin, J.F., Levy, K.N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601–620.
- Leichsenring, F., Leibing, E. (2007). Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 217–228.
- Linehan, M.M. (2007). *Zaburzenia osobowości z pogranicza. Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Lipsey, M.W., Wilson, D.B. (2001). *Practical Meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that “everyone has won and all must have prizes?”. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- Lutz, W., Leon, S.C., Martinovich, A., Lyons, J.S., Stiles, W.B. (2007). Therapist Effects in Outpatient Psychotherapy: A Three-Level Growth Curve Approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32–39.
- Millon, T., Millon, C.M., Meagher, S.E., Grossman, S.D., Ramnath, R. (2004). *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielsen, S.L., Ogles, B.M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(6), 361–373.
- Perry, J.C., Bond, M. (2000). Empirical studies of psychotherapy for personality disorders. W: J.G. Gunderson, G.O. Gabbard (red.), *Psychotherapy for Personality Disorders* (s. 1–31). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Raue, P.J., Goldfried, M.R. (1974). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (s. 131–152). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered Therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Safran, J.D., Kraus, J. (2014). Alliance Ruptures, Impasses, and Enactments: A Relational Perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 447–458.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Safran, J.D., Muran, J.C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy*, 43, 286–291. Doi: 10.1037/0033-3204.43.3.286.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Demaria, A., Boutwell, C., Eubanks-Carter, C., Winston, A. (2014). Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research*, 24, 269–285. Doi:10.1080/10503307.2013.874054.

- Safran, J.D., Muran, J.C., Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. W: J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-based Responsiveness* (s. 224–238). New York: Oxford University Press.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Proskurov, B. (2009). Alliance, negotiation, and rupture resolution. W: R.A. Levy, J.S. Ablon (red.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy* (s. 201–225). Humana Press. Doi: 10.1007/978-1-59745-444-5_9.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for potential treatment failures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 512–531. Doi:10.1037/0033-3204.42.4.512.
- Sass-Stańczak, K., Czabała, C. (2015). Therapeutic relationship – what influences it and how does it influence on the psychotherapeutic process? *Psychoterapia*, 1(172), 5–17.
- Skolnick, N.J. (2006). What's a good object to do? *Psychoanalytic Dialogues*, 16(1), 1–27.
- Strauss, J.L., Hayes, A.M., Johnson, S.L., Newman, C.F., Brown, G.K., Barber, J.P., Laurenceau J.-P., Beck, A.T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a non-randomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 74(2), 337–345. Doi:10.1037/0022-006X.74.2.337.
- Watson, J.C., Greenberg, L.S. (1994). The alliance in experiential therapy: Enacting the relationship conditions. W: A.O. Horvath, L.S. Greenberg (red.), *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (s. 153–172). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańsk: GWP.
- Zetzel, E.R. (1956). Current concept of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369–378.

MARYLA SAWICKA

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

AGNIESZKA ŻOCHOWSKA

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Jana Mazurkiewicza

STANISŁAW WÓJTOWICZ

Uniwersytet Medyczny w Warszawie

PSYCHOTERAPIA POZYTYWNA W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH

[...] każdy pacjent może odnaleźć w sobie wystarczająco dużo siły, aby uwolnić się od koszmarów przeszłości, terażniejszości i przyszłości, jeżeli tylko terapeuta stworzy mu warunki do podjęcia odpowiedzialności za zmiany, jakie chce wprowadzić w swoim życiu.

(Czabała, 1997)

Psychoterapia pozytywna stanowi nowy kierunek terapeutyczny, w którym podstawowym celem jest osiągnięcie dobrostanu psychicznego, bez względu na rodzaj prezentowanych zaburzeń czy identyfikowanego problemu. Celem psychoterapii pozytywnej jest poprawa zadowolenia z życia przez wzmacnianie pozytywnych emocji oraz budowanie umiejętności dostrzegania w codziennym życiu pozytywnych elementów. Psychoterapia pozytywna jest metodą skupiającą się na zasobach jednostki i jej pozytywnych doświadczeniach. Redukowanie trudności pacjentów odbywa się przez pracę nad: przewyciężaniem pesymizmu, brakiem nadziei oraz wzmacnianiem optymistycznego myślenia, delektowaniem się przyjemnymi doświadczeniami i samym ich rejestrowaniu w świadomości, identyfikowaniu własnych mocnych stron charakteru i skutecznym ich wykorzystywaniu.

Zgodnie z założeniami psychoterapii pozytywnej zaburzenia psychiczne pojawiają się wtedy, gdy naturalne zdolności i umiejętności pacjenta skłaniające go do wzrostu, spełnienia i dobrostanu zostają zablokowane przez czynniki: biologiczne, psychologiczne i społeczne. Dobrostan i psychopatologia są ze sobą w ciągłej interakcji i podlegają wpływom wynikającym z ciągłego kontaktowania się pacjenta ze środowiskiem. Gdy ta interakcja staje się dysfunkcjonalna, to naturalny wzrost staje się zablokowany i wtedy pojawiają się objawy zaburzeń psychicznych. Psychopatologia pojawia się zwykle wtedy, gdy wzrost i dobrostan są z jakichś powodów ograniczone. W takich momentach nadzieję daje psychoterapia, która oferuje unikalną możliwość uświadomienia sobie własnego potencjału oraz ożywienia go w taki sposób, aby możliwym się stał wzrost. W założeniach psychoterapii pozytywnej podkreśla się, że sama analiza negatywnych aspektów życia pacjentów jest ważna, jednak nie najbardziej istotna. Dużo ważniejsze jest dostrzeżenie, budowanie i takie stymulowanie mocnych stron charakteru, by możliwy był osobisty wzrost, a że jest możliwy, wskazują na to badania ludzi żyjących, w nawet skrajnie niekorzystnych warunkach (Seery, Holman i Silver, 2010).

W psychoterapii pozytywnej przywiązuje się tak samo dużą wagę do faktu przeżywania pozytywnych emocji i mocnych stron, jak i demonstrowanych objawów i zaburzeń. Jednocześnie mocne strony charakteru nie są tu traktowane jako mechanizmy obronne osobowości czy też optymistyczne iluzje upożytywniające świat. W bilansie życia tak samo ważne są takie właściwości pacjenta, jak szczerść, umiejętność współpracy, wdzięczność, życzliwość, jak również konsekwencje nieuczciwości, nadmiernego współzawodnictwa, żalu, chciwości czy niepokoju. Jednocześnie ważne jest tu wielokrotnie powtarzane stwierdzenie, że brak choroby psychicznej nie oznacza automatycznie obecności dobrostanu, a sama poprawa objawowa w przypadku choroby nie spowoduje automatycznie pojawienia się dobrostanu (Keys i Eduardo, 2012). Jednakże wzmocnienie atutów może przyczynić się do przeżywania satysfakcjonującego i spełnionego życia, co samo w sobie może pełnić rolę buforującą przed nawrotem objawów zaburzeń psychicznych.

Jak wiadomo, ważnym czynnikiem leczącym w psychoterapii jest relacja terapeutyczna. Podczas interwencji pozytywnej relacja może osiągać swój wymiar terapeutyczny przez analizę pozytywnych cech charakteru przejawiających się w doświadczeniu osobniczym pacjenta. Może to być szczególnie ważne w przypadku tych pacjentów, którzy nie potrzebują lub nie umieją skorzystać z pogłębionej analizy i przedłużonego konfrontowania się z problemami. Nadmierne skupianie się na problemach podczas psychoterapii może mieć także niekorzystny, bo stygmatyzujący skutek dla samej decyzji o rozpoczęciu psychoterapii. To nie tylko utrzymuje niekorzystny, stygmatyzujący obraz zdrowia psychicznego,

rapia pozytywna jest daleka od całkowitego zaprzestania poruszania problemów, z jakimi zjawiają się pacjenci, bo to one motywują do poszukiwania pomocy. Jednakże badania wskazują, że odnoszenie się do mocnych stron i emocji pozytywnych pomaga terapeutom w budowaniu związków pełnych zaufania oraz aktywuje jeszcze jeden czynnik leczący, jakim jest zaszczepianie nadziei (Scheel i Davis, 2012).

Psychoterapia pozytywna bazuje na założeniach teoretycznych dobrostanu i koncepcji szczęścia autorstwa Martina Seligmana (2002). Najważniejszym elementem praktycznym tej koncepcji jest operacjonalizacja tych subiektywnych pojęć, umożliwiającą ich pomiar. Tak zostało stworzonych pięć podstawowych i najważniejszych dla osiągnięcia szczęścia i dobrostanu mocnych stron charakteru: pozytywne emocje (*Positive emotion*), zaangażowanie (*Engagement*), relacje (*Relationships*), poczucie sensu (*Meaning*), osiągnięcia (*Accomplishment*). Tym sposobem powstał model PERMA, będący podstawą tworzenia interwencji pozytywnych w psychoterapii.

Psychoterapia pozytywna konstruowana na podstawie założeń modelu PERMA może być podzielona na kilka etapów. Pierwszy dotyczy odkrywania sposobu narracji pacjenta oraz tworzenia specyficznej sieci pamięciowej pozytywnych przeżyć płynących z własnego życia. Pamięć pozytywnych przeżyć odgrywa ważną rolę w regulacji nastroju (Joormann, Dkane i Gotlib, 2006). Dzięki niej pozytywne emocje stają się dostępne bezpośrednio poznaniu, co umożliwia delektowanie się nimi i smakowanie ich odcieni. Pozytywne emocje w szczególności w pierwszej fazie procesu terapeutycznego stają się ważną przesłanką w przewidywaniu pozytywnych zmian terapeutycznych przez umożliwienie rozwijania umiejętności stawiania nowych hipotez dotyczących własnego życia, rozważania nowych perspektyw oraz budowanie długoterminowych i skumulowanych zasobów (Fitzpatrick i Stalkas, 2008).

Jeżeli ten proces zostanie zainicjowany na samym początku terapii istnieje duże prawdopodobieństwo, że pozytywne emocje staną się ważnym punktem odniesienia dla całej pracy terapeutycznej. Aby go ułatwić, powinien być poprzedzony przez terapeutę dużą dawką empatii i akceptacji sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent. Dopiero wtedy pacjent powinien zostać zachęcony do przedstawiania siebie i swojego życia przez zwracanie uwagi na to, co w tej egzystencji jest najlepsze, jakie są w nim osiągnięcia, jakimi sposobami dochodził do przezwyciężania przeciwności losu, czy podejmował się nowych wyzwań (Raschid i Ostermann, 2009). W taki sposób pacjenci uczą się stosowania metody „pozytywnego wprowadzenia” we własnym życiu.

Celem stosowania „pozytywnych wprowadzeń” jest pomoc pacjentom w osiągnięciu osobistej pozytywnej narracji, zawierającej złożony obraz deficytów oraz mocnych stron. Przez „pozytywne wprowadzenie” pacjenci nie tylko mają możliwość powiedzenia i przekazania swojej historii, ale także dzięki obec-

ności terapeuty mogą zintegrować części własnego Ja, które mogły wymknąć się z ich świadomości przez nieelastyczność poznawczą, niestabilność emocjonalną czy brak poczucia bezpieczeństwa w relacjach. Pacjenci są proszeni o tworzenie narracji o bardziej osobistym znaczeniu oraz odnoszącej się do ich aktualnych wyzwań życiowych.

Kolejnym krokiem następującym bezpośrednio po „pozytywnym wprowadzeniu” jest szacowanie mocnych stron pacjentów. W tym miejscu terapii dochodzi do zainicjowania procesu wyłaniania własnych mocnych stron charakteru. Dzieje się to przy aktywnym udziale terapeuty, który zachęca do dzielenia się wspomnieniami, doświadczeniami, osiągnięciami i umiejętnościami, które stanowią ilustrację osobistych mocnych stron. Dzięki tym opowieściom dochodzi do powolnego zbliżenia się do tej najważniejszej, głównej mocnej strony oraz jej nazwania. Ta główna mocna strona charakteru może być także przejawem cech sygnaturowych. Przez wzmacnianie procesów elastyczności psychologicznej i tym samym zdolności adaptacyjnych do zmieniających się wymogów sytuacji, dochodzi do ponownego przekonfigurowania zasobów psychicznych i włączenia mocnych stron do własnego obrazu siebie. Takie dopełnienie obrazu skutkuje osiągnięciem równowagi pomiędzy rywalizującymi pragnieniami i potrzebami życiowymi oraz daje poczucie stabilizacji i pewności (Kashdan i Rottenberg, 2010). Na tym etapie terapii ważne jest także, aby terapeuta uświadomił pacjentowi, że opieranie się w życiu na mocnych stronach nie gwarantuje funkcjonowania bezkolizyjnego i pełnego zadowolenia. Czasem może dochodzić do trudności wynikających z działania dwóch mocnych stron jednocześnie, na przykład chęci wybaczenia występującej jednocześnie z silnym poczuciem sprawiedliwości w sytuacji łamania zasad przez osoby bliskie.

W fazie drugiej terapii dochodzi do ustalenia celów terapeutycznych. Zazwyczaj są one bezpośrednio połączone z redukcją cierpienia psychicznego, zwiększeniem dobrostanu i polepszeniem codziennego funkcjonowania. W tej fazie dochodzi także do wykorzystywania zidentyfikowanych mocnych stron w sposób adekwatny, adaptacyjny i elastyczny, tak aby pacjent stopniowo uczył się umiejętności pomocnych w różnorodnych sytuacjach. Ważnym aspektem poruszonym w tej fazie jest zwrócenie uwagi na to, że trudności w funkcjonowaniu oraz objawy mogą być wyjaśniane zarówno przez brak, jak i nadmiar mocnych stron. Tayyab Rashid (2015) prezentuje to zjawisko jako relację pomiędzy symptomami i mocnymi stronami, traktując: poczucie beznadziejności jako wynik przyjemności, zamartwianie się jako skutek braku uznania i niezdolność do odpuszczenia, niezdeterminowanie jako brak determinacji, trudność z podejmowaniem decyzji w skutek nadmiernej roztropności. Autor podkreśla, że ważne jest, aby terapeuta uczulał pacjenta na fakt, że można wpaść w kłopoty przez nadużywanie miłości i przebaczenia (godzenie się), niedostateczną regulację w niektórych dziedzinach życia (pobłażliwość) czy uczciwość stosowaną tylko w określonych

sytuacjach (uprzedzenia). Terapeuta i pacjent ciągle monitorują realizację postawionych celów, by wprowadzać konieczne zmiany przez odkrywanie niuansów i wszystkich subtelności mocnych stron, w szczególności wtedy, gdy pojawiają się nieprzewidywane wyzwania. Pacjenci uczą się tu także identyfikowania emocji oraz radzenia sobie z takimi, które sprawiają im problemy. Jest to możliwe dzięki wykorzystywaniu inteligencji emocjonalnej w taki sposób, by stonować urazy przez uzyskiwanie dostępu do pozytywnych wspomnień konkretnych sytuacji czy doświadczeń. Wtedy zamiast unikać trudnych sytuacji, pacjenci muszą zdobyć się na odwagę, by się z nimi zmierzyć.

Oprócz pracy nad aktywowaniem mocnych stron charakteru oraz ich wykorzystania w radzeniu sobie z nasilonymi objawami psychicznymi, drugim ważnym obszarem pracy terapeutycznej jest trenowanie umiejętności kultywowania emocji pozytywnych, takich jak: wdzięczność, delektowanie się, zadowolenie. Ważnym założeniem przyświecającym skupianiu się na emocjach pozytywnych w terapii są ich właściwości umożliwiające likwidowanie takich negatywnych skutków przeżywania emocji negatywnych, jak: ograniczanie zasobów fizjologicznych oraz poznawczych w radzeniu sobie z problemami (Jislin-Goldberg, Tannay i Bernstein, 2012). W związku z tym podczas pracy terapeutycznej dochodzi do nabywania umiejętności samoobserwacji przebiegu emocji pozytywnych, adekwatnego ich nazywania oraz wykorzystywania podczas formułowania alternatywnych sposobów rozwiązywania problemów tworzonych na ich podstawie. Do realizacji tego celu może być wykorzystywanych wiele ćwiczeń, takich jak: pozytywne przedstawienie, dziennik wdzięczności, list i wizyta wdzięczności, jedne drzwi zamknięte i jedne drzwi otwarte. Ćwiczenia te bezkolizyjnie wpływają na kultywowanie pozytywnych emocji podczas całego przebiegu terapii.

Barbara Fredrickson (2009) tworząc „współczynnik pozytywności”, odnotowała, że osoby doświadczające rozkwitu przeżywają trzy pozytywne zdarzenia na jedno negatywne. Z kolei osoby cierpiące i poszukujące terapii doświadczają mniej niż jedną pozytywną sytuację na każde negatywne wydarzenie (Schwartz i in., 2002). Pacjenci uczestniczący w terapii zwykle odwołują się do swoich negatywnych emocji. Z tego powodu następnym krokiem po nauczeniu pacjentów aktywnego i autentycznego celebrowania pozytywnych emocji przynoszących ulgę ostrym objawom, jest zmierzenie się z trudnymi wspomnieniami, urazami, żałami. Wtedy to właśnie dochodzi do skonfrontowania się z ważnym procesem, jakim jest przebaczenie. W tym miejscu terapii wiele miejsca poświęca się na pozytywne oszacowanie i umiejętność przebaczenia, czego celem jest wsparcie dobrostanu klientów oparte na mocnych stronach.

Należy tu zaznaczyć, że psychoterapia pozytywna, podobnie jak jakakolwiek inna psychoterapia, generuje negatywne i niewygodne emocje i niektóre z nich mogą być kojarzone z traumą. Jednakże podczas empatycznego towarzyszenia pacjentowi w procesie ujawniania przez niego tych bolesnych doświadczeń zwią-

zanych z traumatycznymi przeżyciami, terapeuta zachęca do eksplorowania znaczeń i mentalnego wzrostu. Terapeuci unikają również zbyt szybkiego ukazywania pozytywnych skutków traumy, straty czy nieszczęścia. Przez łączenie mocnych stron z objawami łatwiej jest nauczyć się stawiania czoła negatywnym doświadczeniom. Z bardziej pozytywnym nastawieniem łatwiej jest zmienić postrzeganie tych doświadczeń na bardziej pomocne w życiu i bardziej adaptacyjne.

W fazie trzeciej i ostatniej terapii pozytywnej dochodzi do określenia znaczenia mocnych stron we własnym życiu. Dochodzi do poszukiwania możliwości wykorzystania ich w sposób celowy, by służyły czemuś znaczącemu i sensownemu. Jednym z takich celów jest nadawanie znaczenia i uwydatniania cennych momentów we własnym życiu, w których inni ludzie dzielą się dobrymi wiadomościami. Innym jest zacieśnianie więzów w relacjach lub podążanie za artystycznymi, intelektualnymi czy naukowymi innowacjami czy też oddanie się filozoficznej lub religijnej kontemplacji (Gable i in., 2004; Stillman i Baumeister, 2009). Posiadanie znaczenia i celu pomaga pacjentom w zdrowieniu, oderwaniu się od nieszczęść czy też sprzeciwianiu się beznadziejności i brakowi kontroli nad własnym życiem (Graham i in., 2008).

Psychoterapia pozytywna ma zastosowanie w terapii zaburzeń psychicznych. Dotychczasowe badania pokazują, że ten typ oddziaływań może być skuteczny w pracy z takimi problemami klinicznymi, jak: depresja (Wood i in., 2008; Pietrowsky, 2012), PTSD (Gilman, Chard i Schumm, 2012), uzależnienie od narkotyków (Akthar i Boniwell, 2010), choroba afektywna dwubiegunowa (Murray i Johnson, 2010), zaburzenia i choroby neurologiczne (Evans, 2011), zaburzenia lękowe (Kashdan i in., 2006), zespół stresu bojowego (Al-Krenawi i in., 2011).

Terapia pozytywna znajduje także zastosowanie w leczeniu osób chorych na schizofrenię i stanowi próbę przezwyciężenia dotychczasowego sposobu myślenia na temat pomocy osobom z tego typu zaburzeniem. Standardowe procedury w leczeniu psychoz opierają się głównie na łączeniu metody podstawowej, jaką jest farmakoterapia z psychoedukacją oraz z różnego rodzaju treningami umiejętności: treningami umiejętności społecznych, treningami kognytywnymi czy społecznego poznania. Celem, któremu służy tak skonfigurowane postępowanie, jest zredukowanie doznań psychotycznych, znormalizowanie nastroju, zarządzanie chorobą oraz powrót do pełnienia ról społecznych często już różnych od tych sprzed choroby. W nowym podejściu terapeutycznym, jakie proponuje psychoterapia pozytywna, chodzi przede wszystkim o zrównoważone oddziaływanie, które skupia się w takim samym stopniu na psychopatologii, jak i mocnych stronach pacjenta. W takim samym stopniu przywiązuje się wagę do leczenia i opanowania psychozy, jak i realizowania najlepszych z możliwych osobistych celów, by życie było satysfakcjonujące i dobre w stopniu przynajmniej wystarczającym. Psychoterapia pozytywna integruje symptomy choroby z mocnymi stronami charakteru, zasoby z zagrożeniami, jakie niesie ze sobą psychoza, słabości z zaletami oraz

nadzieję z zalem. To zrozumienie dla złożoności ludzkiego doświadczenia osoby chorej na schizofrenię daje szansę na zachowanie równowagi w realizowaniu celów leczniczych, osobistych i egzystencjalnych.

Opracowane dotychczas programy psychoterapii pozytywnej dla osób chorych na schizofrenię różnią się zawartością, sposobem przebiegu oraz szczegółowymi celami oddziaływań, ale wszystkie nastawione są na poprawę zadowolenia z życia w sposób trwały i przekładający się na funkcjonowanie. W ostatnich latach powstało kilka programów psychoterapii pozytywnej, które można podzielić ze względu na cel i metodę pracy. Jeśli chodzi o cele terapeutyczne, istnieją interwencje skupiające się na strategiach intensyfikowania emocji pozytywnych i dobrostanu lub metody aktywowania mocnych stron charakteru. Biorąc pod uwagę metody pracy terapeutycznej, można je podzielić na metody treningowe lub te należące do nurtu psychoterapii behawioralno-poznawczych oraz takie, które uwzględniają różnorodne aspekty medytacji. W pracy przedstawiono podział programów terapeutycznych ze względu na zakres realizowanych celów terapeutycznych: intensyfikowanie przeżyć pozytywnych, mocne strony charakteru i dobrostan. Wewnątrz wymienionych grup psychoterapii pozytywnej przedstawiono najnowsze interwencje i ich skuteczność. Wreszcie, zaprezentowano najnowsze trendy w dziedzinie psychoterapii pozytywnej osób chorych na schizofrenię, które wiążą się z uwzględnianiem różnic indywidualnych każdego pacjenta oraz specyfiki jego psychopatologii.

Intensyfikowanie pozytywnych przeżyć

Pozytywne przeżycia w życiu osób chorych na schizofrenię stanowią poważny problem, ponieważ schizofrenia z całą jej psychopatologią ogranicza obszar rzeczy, z których można się cieszyć lub tylko być z nich zadowolonym. Intensyfikowanie przeżyć pozytywnych w życiu każdego człowieka jest ważne, gdyż skutkuje korzystnymi konsekwencjami w obszarze funkcjonowania psychologicznego i zdrowotnego (Fredrickson, 2001; Cohen i in., 2003). Przeżycia pozytywne przyczyniają się do normalizacji szkód, do jakich mogą się przyczynić emocje negatywne przez zredukowanie pobudzenia fizjologicznego (Fredrickson i in., 2000). Z tego powodu szczególne znaczenie mają modele interwencji pozytywnych opisujące strategie, które uruchamiają proces pozytywnych emocji u osób chorych na schizofrenię. W 2012 roku badacze z Południowej Karoliny zaadaptowali pozytywną psychoterapię w wersji grupowej – *Positive Living* – do potrzeb osób chorych na schizofrenię. W programie znalazły się takie cele terapeutyczne, jak: kształtowanie umiejętności wzbudzania nadziei, zdolności delektowania się, zadowolenia oraz pozytywnej samooceny. Program zawierał 10 ustrukturuowanych sesji terapeutycznych dedykowanych kształtowaniu pozytywnych emocji

w życiu. Otrzymane wyniki pokazały istotny wzrost poczucia nadziei, dobrego samopoczucia, zdolności do delektowania się różnymi aspektami własnego życia. Dodatkowym wynikiem była ogólna poprawa zdrowia badanych w tym spontanicznie relacjonowane zmniejszenie się doznań psychotycznych oraz depresyjnych. Pacjenci zaobserwowali większe umiejętności budowania życzliwych i satysfakcjonujących relacji interpersonalnych oraz podkreślali, że pozytywne emocje i doświadczenia zmniejszają ich skupienie na doznaniach psychotycznych. Wzrost w każdym z wymienionych obszarów utrzymywał się na tym samym poziomie także w pomiarze po trzech miesiącach od zakończenia terapii (Meyer i in., 2012).

„Program Pozytywnych Emocji w Schizofrenii” powstał jako próba przezwyciężenia przeżywanego przez pacjentów konsekwencji: objawów negatywnych, anhedonii oraz także ograniczonej zdolności do ekspresji emocji. Jego celem jest wzmacnianie motywacji oraz poprawy odczuwania przyjemności przez kształtowanie umiejętności delektowania się wśród chorych na schizofrenię. Program jest pomyślany jako cykl ośmiu sesji, w czasie których pacjenci uczą się umiejętności przezwycięzania negatywnego myślenia, zwiększania umiejętności przewidywania pozytywnych i negatywnych następstw swoich działań oraz utrzymywania pozytywnych emocji. Badania wskazują, że zaletą tego programu są jego prostota i użyteczność w krótkoterminowej pomocy. Efektywność tej interwencji wiąże się z wyraźną redukcją poziomu anhedonii, apatii, awolucji. Wzrastają również umiejętności delektowania się codziennymi zdarzeniami uczestników terapii. Należy jednak zaznaczyć, że poważnym niedociągnięciem prezentowanych wyników jest brak grupy kontrolnej, w opisie efektywności, oraz jasno sprecyzowanych celów terapeutycznych (Favrod i in., 2015; Nguyen i in., 2016).

Interwencje mające na celu wspieranie pozytywnych emocji są także wplatanie w inne oddziaływania terapeutyczne, czego najlepszym przykładem jest „Trening inteligencji emocjonalnej” dla osób chorych na schizofrenię, dostępny także w polskiej wersji językowej. Jego istotną część stanowi wspieranie uczuć pozytywnych, gdzie oddziaływania dotyczą kształtowania takich umiejętności, jak: postrzeganie emocji pozytywnych, zarządzanie ich przeżywaniem i zmiana proporcji między przeżyciami pozytywnymi i negatywnymi na korzyść tych pierwszych. Szczegółowymi umiejętnościami, jakie są kształtowane, są przede wszystkim umiejętność wywoływania i podtrzymywania pozytywnego nastroju w codziennym życiu. Dzieje się to na podstawie aktywowania pozytywnych przeżyć, jakie mogą być dostarczane z różnych modalności zmysłowych: smaku, węchu, wzroku, słuchu, ruchu („pięć zmysłów”). Jednocześnie każdy uczestnik tworzy własny scenariusz sytuacji, dających możliwość przeżywania pozytywnych uczuć. Metodami służącymi realizacji tych celów terapeutycznych oprócz metod treningowych są: psychoedukacja, delektowanie się, techniki samowzmacniania zachowań utrwalających pozytywne przeżycia. Efektywność tej metody

pokazuje, że jest ona przydatna w samomonitorowaniu pozytywnego nastroju i może być ważnym uzupełnieniem rehabilitacji psychospołecznej osób chorych na schizofrenię (Vauth i Stieglitz, 2014).

Mocne strony charakteru

Stanowią one narzędzie do budowania dobrostanu psychicznego każdego człowieka. W przypadku terapii osób chorych na schizofrenię ważna jest nie tylko refleksja i praca nad negatywnymi aspektami własnego życia, ale także dostrzeżenie mocnych stron charakteru, bo to one mogą odgrywać główną rolę w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi i rozwoju osobistym nawet w skrajnych sytuacjach życiowych. Wzmacnianie własnych atutów sprzyja nie tylko tworzeniu życia satysfakcjonującego i spełnionego, może również stanowić bufor przeciwko przyszłym nawrotom psychozy. Praca terapeutyczna budowana na podstawie mocnych stron pacjentów sprzyja tworzeniu pełnego zaufania związku terapeutycznego i w konsekwencji zaszczepianiu nadziei – obydwie stanowią czynniki leczące w schizofrenii. Wiedza dotycząca własnych zasobów osobistych stanowi ważny czynnik w budowaniu samoświadomości oraz daje możliwość ich wykorzystania we własnym życiu.

W związku z tym Sims z zespołem (2015) jako cel terapeutyczny postawili zmianę negatywnych schematów poznawczych w pozytywne, w taki sposób, aby można je było wykorzystać podczas procesu zdrowienia osób chorych na schizofrenię. Narzędziem w realizowaniu tak postawionego celu miało się stać samodzielne zidentyfikowanie własnych mocnych stron charakteru uczestników i wykorzystanie ich w budowaniu dobrego samopoczucia. Strategie, jakie zostały do tego użyte, pochodziły z repertuaru terapii behawioralno-poznawczej. Wyniki otrzymane po zakończeniu badania nie potwierdziły postawionych hipotez badawczych i pokazały, że sama świadomość posiadania określonych mocnych stron nie przekłada się bezpośrednio na intensywność ich wykorzystywania, poczucie własnej skuteczności z nimi związane oraz na poziom własnej samooceny. Wydaje się jednak, że trudno oczekiwać, by po jednorazowym udziale w kilkunastu sesjach terapeutycznych pacjenci natychmiast zmienili swoje poczucie skuteczności czy samoocenę. Takie właściwości kształtuje się przez zbieranie doświadczeń ich konceptualizację i rekonstruowanie osobistej teorii umysłu. Niepodważalnym jest jednak fakt, że być może pierwszym krokiem do tej zmiany jest właśnie samoświadomość mocnych stron charakteru (Sims i in., 2015).

Siły charakteru – mocne strony – stanowią, podobnie jak intensyfikowanie pozytywnych przeżyć, aktywny czynnik pozytywnych interwencji. Dotychczas powstały interwencje terapeutyczne, których celem było kształtowanie następujących mocnych stron: życzliwości, wdzięczności, wybaczenia. W przypadku 233

interwencji dedykowanych osobom chorym na schizofrenię propozycję kształtowania mocnych stron zaproponował David Johnson z zespołem (2009) i była to życzliwość. Życzliwość to swego rodzaju motywacja udzielania dobrowolnej i bezwarunkowej pomocy. Jest przejawem altruizmu. *Loving-Kindness Meditation* (LKM) miała na celu zredukowanie nasilenia objawów negatywnych schizofrenii przez zwiększenie uczucia ciepła i troski do siebie oraz innych osób. Metoda ta nawiązywała bezpośrednio do starożytnej medytacji buddyjskiej (praktyka metty).

Autorzy opracowali zsekularyzowaną wersję LKM w celu systematycznego kultywowania życzliwości wobec siebie i innych, aby zmienić orientację doświadczeń życiowych i doprowadzić do poszerzenia zakresu reakcji emocjonalnych oraz własnych możliwości wyboru postaw życiowych. Realizowanie tak postawionych celów odbywało się na cotygodniowych sesjach, podczas których pacjenci ćwiczyli się w nauce uważności i skupiania się na chwili obecnej, co umożliwiło zdobycie warsztatu potrzebnego w nauce umiejętności odczuwania współczucia lub pozytywnego nastawienia do innych ludzi za ich dobroć. Uczyli się wzbudzania życzliwości wobec innych ludzi – dotychczas obojętnych lub nieznanymi. Pacjenci uczyli się sterowania swoimi myślami i uczuciami przez skupianie się na kwestii życzliwości wobec siebie i innych oraz na własnym i innych szczęściu, spokoju, zdrowiu i bezpieczeństwie. Odbywało się to przez uczestniczenie w sesjach grupowych medytacji LKM oraz słuchania medytacji podczas stresujących sytuacji. Szczegółowe metody, jakie były wykorzystywane podczas terapii, składały się z: nauki metody uważności, dyskusji na temat życzliwości i jej znaczenia w życiu, praktykowania uważności realizowanego przez zadania domowe. Efektem terapii było zwiększenie przeżywanych emocji pozytywnych, życzliwości, obniżeniu uległ poziom nasilenia objawów negatywnych. Autorzy zaznaczają, że w wyniku terapii dochodzi do aktywowania mechanizmu zdrowienia. Jednocześnie podkreślają, że jak dotychczas nierozwiązanym problemem jest generalizacja nabytych umiejętności i postaw życiowych poza sytuacje terapeutyczne (Johnson i in., 2011).

Budowanie dobrostanu

Dobrostan psychiczny jest tak samo istotny dla ludzi zdrowych, jak i dla osób zmagających się z psychozą. W badaniach termin ten występuje w kontekście: jakości życia, zdrowia psychicznego, życiowej satysfakcji oraz przystosowania społecznego. Standardy psychoterapii pozytywnej dla osób chorych na schizofrenię w Wielkiej Brytanii stworzono na podstawie założeń Medical Research Council i to właśnie one stały się podstawą modelu terapii pozytywnej WELLFOCUS. Aktualnie jest to najdojrzały i najpełniejszy program terapeutyczny adresowany do osób chorych na schizofrenię, który powstał na bazie doświadczeń pozytyw-

nych interwencji związanych z intensyfikowaniem przeżyć pozytywnych oraz budowaniem mocnych stron charakteru. W dużej mierze stworzono go w oparciu o doświadczenia terapii poznawczo-behawioralnej ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności budowania trwałych, znaczących i satysfakcjonujących relacji interpersonalnych, specyfiki przeżywania dobrego samopoczucia w psychozie (Schranc i in., 2013a, 2013b) oraz znaczenia pozytywnej identyfikacji w procesie zdrowienia (Leamy i in., 2011).

Podstawą tego typu terapii są cztery wymiary samopoczucia: nieobserwowalne (sens i cel życia), obserwowalne (zdrowie fizyczne), proksymalne (relacje interpersonalne), dystalne (dostęp do różnego rodzaju dóbr i usług). Dodatkowym wymiarem był odrębny, zdefiniowany przez odbiorcę wymiar subiektywnego dobrostanu psychicznego. Tak nakreślone ramy oddziaływań pozwalają na budowanie kompleksowego dobrostanu dostosowanego do indywidualnych potrzeb pacjentów. Ponadto wyodrębniono siedem kluczowych wskaźników przyczyniających się do wzmocnienia dobrostanu psychicznego, do których należą: pozytywne emocje, redukcja objawów psychozy, więź, nadzieja, poczucie własnej wartości i siły wewnętrznej oraz jej znaczenie we własnym życiu. Treścią grupowych zajęć terapeutycznych ujętych w czternastu sesjach było przede wszystkim definiowanie i identyfikowanie we własnym i innych życiu mocnych stron charakteru. Innymi szczegółowymi obszarami pracy terapeutycznej były: wybaczenie, wdzięczność, akceptacja, nadzieja, optymizm, wzrost posttraumatyczny, altruizm, życie pełnią, delektowanie się.

W programie WELLFOCUS szczególną uwagę zwraca się na stwarzanie warunków, które ułatwiają budowanie pozytywnych interakcji społecznych. Z punktu widzenia celów program kładzie nacisk na umiejętność doceniania małych rzeczy w życiu oraz ułatwianie dostępności do tego, co jest znaczące i wartościowe dla ludzi. Wszystkie ćwiczenia terapii zostały tak zmodyfikowane, aby uniknąć złych doświadczeń, przewidzieć możliwe trudności, przede wszystkim poprzez koncentrację uwagi. Ponadto ze względu na świadomość istnienia trudnych wydarzeń życiowych i sytuacji rodzinnych pacjentów zakłada się, że zaproponowana forma terapii przyniesie jedynie pozytywne doświadczenia.

Efekty metody WELLFOCUS, odnotowane w grupie osób chorych na schizofrenię, ujawniają jej podobną skuteczność porównywaną z terapią poznawczo-behawioralną oraz terapią dialektyczno-behawioralną w radzeniu sobie z problemami związanymi z chorobą i interpersonalnymi oraz dużo większą w odczuwaniu dobrostanu psychicznego (Schranc i in., 2014). Porównanie skuteczności WELLFOCUS z takimi metodami nie jest przypadkowe. Terapia poznawczo-behawioralna stanowi znaną i uznaną metodę terapii osób chorych na schizofrenię, gdzie odnotowana efektywność dotyczy wielu aspektów funkcjonowania, począwszy od redukcji nasilenia objawów psychotycznych po korzystne zmiany myśleniu i działaniu. Terapia dialektyczno-behawioralna stanowi nową

propozycję pracy terapeutycznej z zastosowaniem terapii uważności (*mindfulness*), gdzie istotą pracy jest skupianie się na sytuacjach aktualnie ważnych. Ćwiczenia, jakie są tu proponowane, dotyczą: umiejętności kontaktowania się z własnym ciałem, ćwiczenia oddechowe, uważna praca z ciałem, świadome przeżywanie chwili obecnej oraz świadome wykonywanie codziennych czynności (Linehan, 1999). Program WELLFOCUS w terapii pozytywnej został opracowany przez zespół badaczy, klinicystów i, co najważniejsze, przy współudziale pacjentów z doświadczeniem psychozy. Jego głównym przeznaczeniem jest zastosowanie w leczeniu środowiskowym.

Podsumowanie

Zaprezentowane pozytywne interwencje terapeutyczne stanowią początek drogi dostosowania tej nowej i wielce obiecującej metody do potrzeb osób chorych na schizofrenię. Wszystkie powstały na podstawie założeń swoistej matrycy, jaką jest model PERMA w terapii pozytywnej, stworzony przez Seligmana, i porządkujący subiektywne pojęcie szczęścia i dobrostanu w pięciu mierzalnych składnikach, które przytoczono na początku tego rozdziału. Przedstawione propozycje terapii pozytywnych dla osób chorych na schizofrenię są jednymi z pierwszych zajmujących się tą problematyką. Pierwsze doniesienie wyraźnie odwołujące się do terapii pozytywnej pochodzi 2012 roku, co nie oznacza, że pozytywne elementy nie pojawiały się także w innych wcześniejszych pracach dotyczących schizofrenii.

Mimo stawiania różnych celów terapeutycznych wszystkie propozycje oddziaływań odnoszą się do zmiany przeżywanego emocji z przewagą pozytywnych oraz upożytywnienia swojej sytuacji życiowej. Jednocześnie ważne jest również to, że przy tej okazji starają się zmierzyć z nierozwiązywalnymi jak dotąd problemami terapeutycznymi osób chorych na schizofrenię, czyli z niemożnością zredukowania objawów negatywnych. Jak dotąd niewiele jest metod wykorzystujących założenia psychoterapii pozytywnej w pracy z osobami cierpiącymi z powodu schizofrenii. Jednakże zainteresowania naukowców, by w pracy terapeutycznej skupić się na zasobach pacjentów zamiast na ich trudnych doświadczeniach i przeżyciach wynikających z choroby, stopniowo rośnie. Rośnie także świadomość ograniczeń w stosowaniu tych nowych programów terapeutycznych.

Interwencje pozytywne próbują także przełamać niepisane zasady pracy z osobami chorymi na schizofrenię. Dzieje się to przez proponowanie takich technik, jak uważność czy medytacja. Techniki dotąd uważanych za szkodliwe i niedopuszczalne w schizofrenii, gdyż nadmiernie skupiających uwagę na przeżyciach wewnętrznych pacjentów, czyli być może i na całym świecie psychopatologii, co wzbudza podejrzenia i niechęć bardziej ortodoksyjnych klinicystów.

Psychoterapia pozytywna jest krytykowana za brak wystarczająco głębokiej eksploracji ludzkich problemów i zbyt szybkie ukierunkowywanie pacjentów w stronę dobrostanu i mocnych stron bez zrozumienia kontekstu prezentowanych sytuacji (McNulty i Fincham, 2012). Jednakże psychoterapia pozytywna, stosowana u osób chorych na schizofrenię, nie ignoruje i nie zaprzecza istnieniu negatywnych przeżyć związanych z psychozą i ich konsekwencjom w życiu rodzinnym oraz społecznym. Nie zachęca także do poszukiwania pozytywów zbyt szybko lub patrzenia na świat przez „różowe okulary”. W profesjonalny i zindywidualizowany sposób stara się wzbudzać chęć do eksplorowania ich nienaruszonych przez psychozę źródeł oraz nauki kontekstualnego, wyważonego i celowego używania tych zasobów do pokonywania trudności i wyzwań, ale nigdy kosztem zaprzeczania, oddalania się czy unikania negatywów, co porusza wewnętrzne procesy stymulujące osobiste mocne strony i w dalszej perspektywie służy zdrowieniu.

BIBLIOGRAFIA

- Akhtar, M., Boniwell, I. (2010). Applying positive psychology to alcohol-misusing adolescents: A group intervention. *Groupwork. An Interdisciplinary Journal for Working with Groups*, 20, 6–31.
- Al-Krenawi, A., Elbedour, S., Parsons, J.E., Onwuegbuzie, A., Bart, W.M., Ferguson, A. (2011). Trauma and war: Positive psychology/strengths approach. *Arab Journal of Psychiatry*, 22, 103–112.
- Cohen, S., Doyle, W.J., Turner, R.B., Alper, C.M., Skoner, D.P. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65, 652–657.
- Czabała, J.C. (1997). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: WN PWN.
- Evans, J. (2011). Positive psychology and brain injury rehabilitation. *Brain Impairment*, 12, 117–127.
- Favrod, J., Nguyen, A., Franchauser, C., Ismailaj, C., Hasler, J.D., Ringuet, A., Rexhais, S., Bon-sack, H. (2015). Positive Emotions Program for Schizophrenia (PEPS): a pilot intervention to reduce anhedonia and apathy. *BMC Psychiatry*. Doi:10.1186/s12888-015-0610-y.
- Fitzpatrick, M.R., Stalikas, A. (2008). Integrating positive emotions into theory, research and practice: A new challenge for psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 248–258.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positiviti: Discover the Ratio that Tips Your Life Toward Flourishing*. New York, NY: Crown.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.
- Fredrickson, B.L., Mancuso, R.A., Branigan, C., Tugade, M.M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation & Emotion*, 24, 237–258.
- Gable, S.L., Reis, H.T., Impett, E.A., Asher, E.R. (2004). What do you do when things go right? The intrapersonal and interpersonal benefits of sharing positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 228–245.
- Gilman, R., Chard, K.M., Schumm, J.A. (2012). Hope as a change mechanism in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4, 270–277.

- Graham, J.E., Lobel, M., Glass, P., Lokshina, I. (2008). Effects of written anger expression in chronic pain patients: Making meaning from pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 201–212.
- Jislin-Goldberg, T., Tanay, G., Bernstein, A. (2012). Mindfulness and positive affect: Cross-sectional, prospective intervention and real-time relations. *The Journal of Positive Psychology*, 7, 349–361. Doi: 10.1080/17439760.2012.700724.
- Johnson, D.P., Penn, D.L., Fredrickson, B.L., Kring, A.M., Meyer, P.S., Lahnna, I., Brantley, M. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129, 137–140.
- Johnson, D.P., Penn, D.L., Fredrickson, B.L., Meyer, P.S., Kring, A.M., Brantley, M. (2009). Loving-kindness meditation on enhance recovery from negative symptoms of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 499–509.
- Joormann, J., Dkante, M., Gotlib, I.H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relations to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269–280.
- Kashdan, T.B., Julian, T., Merritt, K., Uswatte, G. (2006). Social anxiety and posttraumatic stress in combat veterans: Relations to well-being and character strengths. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 561–583.
- Kashdan, T.B., Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30, 865–878.
- Keys, C.L.M., Eduardo, J.S. (2012). To flourish or not: Level of positive mental health predicts ten-year all-cause mortality. *American Journal of Public Health*, 102, 2164–2172.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., Slade, M. (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445–452.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J., Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavioral therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependency. *The American Journal on Addiction*, 8, 279–292.
- McNulty, J.K., Fincham, F.D. (2012). Beyond positive psychology? Toward a contextual view of psychological processes and well-being. *American Psychologist*, 67, 101–110.
- Murray, G., Johnson, S.L. (2010). The clinical significance of creativity in bipolar disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 721–732.
- Meyer, P.S., Johnson, D.P., Parks, A., Iwansky, C., Penn, D.L. (2012). Positive living: a pilot study of group positive psychotherapy for people with schizophrenia. *The Journal of Positive Psychology*, 7, 239–248.
- Nguyen, A., Frobert, L., McCluskey, I., Golay, P., Bonsack, C., Favrod, J. (2016). Development of the Positive Emotions Program for Schizophrenia: An Intervention to Improve Pleasure and Motivation in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 7(13), 1–9. Doi: 10.3389/fpsy.2016.00013.
- Pietrowsky, R. (2012). Effects of positive psychology interventions in depressive patients? A randomized control study. *Psychology*, 3, 1067–1073.
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25–40.
- Rashid, T., Ostermann, R.F.O. (2009). Strength-based assessment in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65, 488–498.
- Scheel, M.J., Davis, C.K., Henderson, J.D. (2012). Therapist use of client strengths: A qualitative study of positive processes. *The Counseling Psychologist*, 41, 392–427.
- Schranc, B., Bird, V., Tylee, A., Coggins, T., Rashid, T., Slade, M. (2013a). Conceptualising and measuring the well-being of people with psychosis: systematic review and narrative synthesis. *Social Science & Medicine*, 92, 9–21.

- Schranc, B., Riches, S., Coggins, T., Raschid, T., Tylee, A., Slade, M. (2014). WELLFOCUS PPT – modified positive psychotherapy to improve well-being in psychosis: study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*, 15(1), 203.
- Schranc, B., Riches, S., Coggins, T., Tylee, A., Slade, M. (2013b). From objectivity to subjectivity: conceptualisation and measurement of well-being in mental health. *Neuropsychiatry*, 3, 525–534.
- Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K., Lehman, D.R. (2002). Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1178–1197.
- Seery, M.D., Holman, E.A., Silver, R.C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 1025–1041. Doi: 10.1037/a0021344.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic Happiness: Using the new Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York, NY: Free Press.
- Sims, A., Barker, C., Price, C., Fornells-Ambrojo, M. (2015). Psychological impact of identifying character strengths in people with psychosis. *Psychosis*, 7(2), 179–182.
- Stillman, T.F., Baumeister, R.F. (2009). Uncertainty, belongingness and four needs for meaning. *Psychological Inquiry*, 20, 249–251.
- Vauth, R., Stieglitz, R.D. (2014). *Trening inteligencji emocjonalnej w schizofrenii*. Warszawa: Wydawnictwo DK Media Poland.
- Wood, A.M., Maltby, J., Gillett, R., Linley, P.A., Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress and depression: two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*, 42, 854–871.

KATARZYNA PROT-KLINGER

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

DUŻA GRUPA JAKO METODA PRACY W SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ

Wprowadzenie

Postanowiłam zająć się tematem społeczności terapeutycznej, gdyż jest to forma terapii prowadząca do radykalnych zmian w strukturze i relacjach w placówkach leczących, która w dużym stopniu została zapomniana. Charakterystyczne jest, że w wielotomowej polskiej publikacji dotyczącej psychoterapii, społeczność terapeutyczną wspomniano na dwóch stronach i tylko w odniesieniu do leczenia zaburzeń osobowości (Sikora i Chrzastowski, 2011). Trudno uwierzyć, że blisko 40 lat temu Zdzisław Bizoń (1980, s. 358) pisał: „W historii psychiatrii światowej ostatnich 20 lat niewiele było idei, które by tak żywo poruszały umysły i serca, jak idea społeczności leczniczej”. W Polsce idee społeczności leczniczej były wprowadzane już na początku lat 60. XX wieku i traktowane jako ważne oddziaływanie psychoterapeutyczne.

Zapomnienie tej formy prowadzi do sytuacji, w której personel wielu oddziałów deklaruje, że ma „społeczność” (to znaczy zebranie oddziału) lub „pracuje społecznością”, rozumiejąc pod tym określeniem bardzo różne oddziaływania, nieprowadzące do zmian strukturalnych w oddziale. Poprzez przypomnienie historii społeczności terapeutycznych chcę pokazać, jak rewolucyjne było i jest myślenie w tych kategoriach. Od tego czasu warunki leczenia w wielu oddziałach szpitalnych uległy poprawie, ale nie uległ zmianie (czy czasami wręcz nasilił się) krytykowany przez reformatorów biurokratyczny styl zarządzania oraz hierarchiczność struktury oddziałów. Tak zwane zebrania społeczności często polegają na „odpytywaniu” pacjentów o przebieg przepustek, rzadko bierze w nich udział

cały personel oddziału (na przykład lekarze uważają, że zebrania z pacjentami są domeną psychologów).

Jak pisze jeden z twórców drugiego etapu eksperymentu w Northfield Harold Bridger (1990) pierwszy etap miał doprowadzić do zmiany szpitala jako całości i napotkał opór ze strony biurokracji szpitalnej, drugi miał doprowadzić do zmiany społecznej. Niestety zarówno on, jak i inni reformatorzy (Dopson, 2010) widzą zmiany zarówno w strukturze lecznictwa, jak i społecznej jako znikome lub jako regres w stosunku do lat 50. i 60. poprzedniego stulecia. Opisywane przeze mnie doświadczenie włoskie pokazuje, w jaki sposób wprowadzenie społeczności doprowadziło do rzeczywistej zmiany społecznej – zamknięcia szpitali psychiatrycznych we Włoszech. Obecnie idea społeczności terapeutycznej została w dużym stopniu „zawłaszczona” przez hierarchicznie ustrukturyzowane społeczności bazujące na koncepcji Synanon przeznaczone dla osób uzależnionych od substancji i stosujących przede wszystkim techniki behawioralne (Vandeveldel i in., 2004). Szczególnie w kontekście amerykańskim TC (*therapeutic community*) staje się tożsame z leczeniem odwykowym.

Zapomniany został nie tylko radykalizm społeczny twórców społeczności, lecz także ich myślenie psychoanalityczne o grupach. Przez wiele lat podstawowym narzędziem psychoterapeutycznym w społeczności terapeutycznej było spotkanie dużej grupy. Wydaje się, że razem z odchodzeniem od myślenia psychoanalitycznego na rzecz koncepcji behawioralno-poznawczych koncepcja dużej grupy, jako metody leczenia w społeczności, została zastąpiona „zebraniem społeczności”. Moim zdaniem prowadzi to w wielu miejscach leczenia (nawet zorientowanych psychodynamicznie) do zubożenia tej formy oddziaływania przez koncentrowanie się na poziomie świadomym czy strukturyzowanie (rundka, prasówki etc.) celem rozładowania napięcia wynikającego z udziału w dużej czy średniej grupie.

Zdzisław Bizon (1980) zwraca uwagę, że samo określenie „zebranie” nie jest szczęśliwe w odniesieniu do spotkania mającego w założeniu charakter terapii grupowej i międzygrupowej. W zaleceniach dotyczących zebrania społeczności sformułowanych przez Bizona w 1980 roku wyraźnie widać, że spotkanie to ma mieć charakter dużej/średniej grupy – ma być swobodnie toczącą się dyskusją, unika się formalnego kierowania, nie wyznacza się porządku zebrania, tolerowane są okresy ciszy. Zebranie prowadzi jeden lub kilku moderatorów dbających o porządek wypowiedzi na ogólnych zasadach prowadzenia grup analitycznych. Być może zanik rozumienia spotkań społeczności jako istotnego oddziaływania terapeutycznego prowadzi do zjawisk opisywanych w artykule Marii Siwiak-Kobayashi (2013). Autorka cytuje psychoterapeutę, który narzeka, że „społeczność” służy omawianiu „cieknących kranów”. W wypowiedzi tej widać kolejną redukcję – od myślenia o ca-

łym oddziale czy szpitalu jako społeczności terapeutycznej do uznawania spotkań za „społeczność” (tak często określane są w programie oddziału).

Skoncentruję się zatem na społeczności i jej zasadach oraz na dużej grupie jako podstawowym narzędziu pracy społeczności terapeutycznej.

Duże, średnie i małe grupy w psychoanalizie grupowej

Temat tak zwanych dużych i średnich grup terapeutycznych jest bardzo istotny dla rozwoju obecnej formy społeczności terapeutycznej. Mała grupa terapeutyczna to zwykle osiem, maksimum 12 osób. Jest to grupa o charakterze „rodzinnym”, w której stabilność i zaufanie do innych członków grupy pozwala na przepracowanie w przeniesieniu problematyki rodziny pierwotnej.

Duża grupa to grupa powyżej 40–50 członków (czasami definiowana jako taka, której nie jest się w stanie objąć jednym rzutem oka), a średnia ilościowo lokalizuje się pomiędzy małą a dużą grupą. W dalszej części artykułu będę używała określenia „duża grupa” w opozycji do małej grupy, włączając średnie do kategorii dużej grupy, gdyż system pracy w nich jest zbliżony. W dużych grupach uczestnicy mają poczucie utraty swojej indywidualności, rozplątnięcia się w grupie, czego w mniejszym stopniu doświadczają uczestnicy mniej licznych grup. Zjawiska wynikające z liczebności dużej grupy, jak brak stałego miejsca w grupie, zmienność uczestników, nieznanostwo uczestników przez prowadzących grupę prowadzą do wyraźnej przewagi procesu grupowego nad indywidualnym. Dochodzi do regresji i zaczyna dominować proces pierwotny (Weinberg i Weishut, 2015). Duża grupa jest archetypalną Wielką Matką, która może dawać bezpieczeństwo, ale też zagraża pochłonięciem.

W grupie średniej zjawiska te występują z mniejszą intensywnością. W oddziałach często mamy do czynienia z grupami średnimi, których cechy związane są w większym stopniu z procesami dotyczącymi dużej grupy, chociaż też wykazują pewne różnice – na pierwszym planie jest doświadczanie rezonansu, odzwierciedlenie, doświadczenie korektywne i trenowanie ego w działaniu (Pisani, 2013).

Historia koncepcji dużej grupy i społeczności terapeutycznej

Idea leczenia grupowego i społeczności terapeutycznej jako metody leczenia zaburzeń psychicznych pojawiła się już w latach 30. XX wieku¹, a jej rozwój przypada na koniec drugiej wojny światowej (Kennard, 1998).

W tworzeniu tej idei można wyróżnić dwa nurty. Pierwszy, tworzony głównie przez psychiatrów o orientacji psychoanalitycznej, związany z leczeniem żołnierzy. Drugi, związany z myśleniem humanistycznym, tworzony przez psychiatrów pracujących w dużych szpitalach psychiatrycznych z pacjentami psychotycznymi.

W czasie wojny do szpitali psychiatrycznych trafiali żołnierze wycofywani z frontów, a po wojnie żołnierze po doświadczeniach z bitwy, a także obozów jeńców. Terapię grupową żołnierzy – pacjentów w szpitalu wojskowym Northfield w Birmingham stworzyli Wilfried R. Bion, John Rickman, Harold Bridger, S.H. Foulkes, Pat de Mare oraz Tom Main.

Tak zwany eksperyment w Northfield przebiegał w dwóch etapach. Pierwszy, który stworzyli psychoanalitycy – Bion z Rickmanem w 1942 roku – został zakończony po sześciu tygodniach z powodu zderzenia kulturowego pomiędzy porządkiem wojskowym a szpitalnym (Hinshelwood, 1999). Stworzyli oni metodę leczenia nerwic za pomocą terapii grupowej oraz nową metodę wybierania dowódców podczas swobodnej rozmowy „grupy bez przywódcy”. Zmiana w kierunku społeczności terapeutycznej dotyczyła oddziały rehabilitacyjnego, na który wojskowi trafiali przed opuszczeniem szpitala i powrotem na front. Podstawą było (podobnie jak w wojsku) myślenie grupowe, traktowanie „grupy jako całości”. W tym okresie myślenie, że grupa jest oddzielnym bytem, a nie tylko sumą uczestniczących w niej jednostek, było w psychiatrii całkowicie nowe. Za podstawę leczenia Bion uznał spotkania oddziały terapeutycznego liczące 100–200 uczestników. W czasie tych spotkań analizowano napięcia powstające podczas zajęć pacjentów w małych grupach i całego pobytu w oddziale (Bridger, 1990). Poza spotkaniami dużej grupy pacjenci swobodnie tworzyli grupy zgodne z ich zainteresowaniami. Bion odróżniał grupy zainteresowań od klasycznej terapii zajęciowej, którą widział jako narzucone przez personel działania na poziomie przedszkola (Bridger, 1990). Doświadczenia z Northfield pozwoliły Bionowi (2015) na sformułowanie, w późniejszym okresie, „podstawowych założeń”, będących do dziś istotnym wkładem w rozumienie sytuacji grupowych i społecznych.

¹ Na przykład małe i duże grupy w szpitalu psychiatrycznym prowadził w 1938 roku Joshua Bierer (2004), który później brał udział w drugim etapie eksperymentu w Northfield (za: Jones, 2004).

W drugim etapie eksperymentu Northfield, który został podjęty w 1943 roku i był kierowany początkowo przez Bridgera, a następnie przez Foulkesa, brał udział Tom Main. Na oddziale funkcjonowały małe grupy analityczne, a także spotkania pacjentów i personelu – duże grupy. Foulkes (2015), już wówczas doświadczony psychoanalityk, opisuje kolejne fazy tego etapu. W tak zwanej fazie B cały szpital, to znaczy oddział szpitalny oraz oddział rehabilitacyjny, został przekształcony w społeczność terapeutyczną. W okresie „foulkesowskim” w Northfield podstawą leczenia były zarówno małe, jak i duże grupy. Foulkes bardzo cenił duże grupy – widział ich wielorakie zastosowanie, zarówno w obszarze psychiatrii, jak i edukacji, więziennictwie czy w przedsiębiorstwach.

Współuczestniczący w tym etapie eksperymentu psychiatra Tom Main (1977) podkreśla zmianę myślenia z indywidualnego na systemowe – uznanie, że zaburzenia pacjenta mają związek z systemem, którego jest członkiem. Main jako pierwszy użył określenia „społeczność terapeutyczna”, rozumiejąc przez to zmianę, w której oddział z instytucji kierowanej przez lekarzy staje się społecznością ukierunkowaną na rzeczywiste działania, a także analizę interpersonalnych barier utrudniających udział w życiu społecznym. W związku z tym zmienia się rola psychiatry w społeczności terapeutycznej – staje się członkiem społeczności leczniczej, jednym z elementów leczących. Pacjent wychodzi z pozycji dziecka, staje się partnerem w leczeniu.

Zasady społeczności terapeutycznej sformułował po raz pierwszy Maxwell Jones w początku lat 50. XX wieku, także na podstawie doświadczeń klinicznych w leczeniu żołnierzy. W oddziale w Mill Hill przeprowadził zmiany w kierunku demokratyzacji i pracy grupowej. Jones uważał, że środowisko terapeutyczne powinno być demokratyczne, kierujące się zasadą konsensusu, tolerancyjne wobec niestandardowych zachowań, promujące wspólnotę pomiędzy członkami społeczności. Równocześnie członkowie społeczności terapeutycznej powinni być konfrontowani z tym, jak ich zachowanie jest rozumiane i odczuwane przez innych (Jones, 1953). Jako społeczność leczniczą rozumiał Jones określoną zbiorowość ludzką. Leczenie grupowe w społeczności terapeutycznej odpowiadało na potrzebę terapii dużej liczby pacjentów przy ograniczonych zasobach personelu, ale także na potrzebę odbudowania związków międzyludzkich po destrukcji wojny (Pedriali, 2008).

Drugi nurt tworzenia społeczności terapeutycznej jest związany, jak wspominałam, z psychiatrami, którzy próbowali zmienić życie chorych psychicznie zamkniętych w szpitalach psychiatrycznych/azylach (Hinshelwood, 2008) na podstawie idei społecznych i humanistycznych, jak Denis Martin², David Clark i Bertram Mandelbrote. Pracowali oni z osobami chorymi psychicznie. Zwracali

² Na przykład Denis Martin zwracał uwagę w latach 50. XX wieku na konflikt między terapią zajęciową rozumianą jako świadczenie dla szpitala a interesem pacjenta (Long, 2016).

szczególną uwagę na instytucję, w której odbywa się leczenie, pokazując, że może mieć ona zarówno terapeutyczny, jak i antyterapeutyczny charakter. David Clark jako pierwszy użył określenia „leczenie społecznością terapeutyczną” w rozumieniu oddziaływań psycho- i socjoterapeutycznych. Leczenie to jest związane z tworzeniem środowiska „trzymającego” w rozumieniu Winnicottowskim. Podobnie jak holding matki pozwala dojrzewać dziecku, tak społeczność terapeutyczna powinna prowadzić do rozwoju jej członków. W instytucjach psychiatrycznych zrodziło się pytanie, czy tak zwany defekt schizofreniczny, objawy „pacjenta chronicznego” są skutkiem choroby czy rezultatem długotrwałego przebywania w izolacji społecznej. A może „chronicyzacja” pacjenta psychotycznego może być rozumiana jako proces koluzji pomiędzy zaburzeniem a zjawiskami zachodzącymi w instytucji leczącej? Jeżeli uznamy, że podstawowym problemem osoby psychotycznej jest zaburzenie tożsamości, to instytucja, która przez swoje reguły depersonalizuje chorych, pogłębia ich poczucie zagubienia i trudności w samo-określeniu (Hinshelwood, 2008).

Wprowadzenie idei społeczności terapeutycznej do szpitali psychiatrycznych było w pewnym sensie powrotem do idei „leczenia moralnego” Tuka. Był to XVIII-wieczny ruch wywodzący się z ideologii quaków. Jego założyciel, William Tuke, tworzył ośrodki, w których chorzy mieli możliwość wzięcia odpowiedzialności za swoje emocje i postępowanie. Idee Tuka odnoszą się do poszanowania praw, szacunku dla osób chorych, prezentują wiarę w uzdrawiającą moc relacji z drugim człowiekiem, dają nadzieję przez wiarę religijną, że każdy człowiek jest posiadaczem „Wewnętrznego Światła” (Borthwicki in., 2001). Nie bez znaczenia jest, być może, fakt, że twórcy idei społeczności terapeutycznej zarówno w modelu psychoanalitycznym, jak i humanistycznym – John Rickman oraz David Clark – pochodzili z rodzin quaków (Kraemer, 2011).

Spółeczność terapeutyczna w praktyce – reforma włoska

Praktyczne rozumienie i wprowadzanie idei społeczności terapeutycznej pokazuje doświadczenie włoskie Franco Basaglii (Mosher i Burti, 1989). W 1961 roku grupa psychiatrów pod kierownictwem Basaglii rozpoczęła pracę w szpitalu psychiatrycznym w Gorizii, małym mieście w północno-wschodnich Włoszech, gdzie w okropnych warunkach przebywali pacjenci uznani za chronicznie psychotycznych. Basaglia (1968) łączył podejście fenomenologiczne do choroby z ideami społeczności terapeutycznej Maxwella Jonesa. Uważał, że instytucja i przemoc „azylu” prowadzi do objawów chronicznych. W tym sensie chory psychicznie jest „chory”, ponieważ jest marginalizowany. Basaglia nie negował istnienia choroby

psychicznej. Interesowały go jej konsekwencje, które – jak uważał – są bardzo związane z naturą relacji pomiędzy pacjentem a osobą leczącą. W przypadku relacji instytucjonalnej pacjent zostaje pozbawiony swoich praw. Według Basaglii o rokowaniu nie decydowała sama choroba, ale możliwość zachowania swojej roli społecznej oraz poczucia kontroli nad leczeniem. Psychiatrycy, a także inni pracownicy związani z psychiatrią powinni zaprzeczyć, zanegować instytucję. Nie powinni być urzędnikami systemu, ale tworzyć warunki pozwalające na rozpoznanie i zaspokojenie potrzeb pacjentów. Podejście Basaglii było socjologiczne, niemedyczne, do pewnego stopnia antypsychiatryczne. Różnił się jednak znacznie od angielskich i amerykańskich antypsychiatrów tym, że był mniej radykalny w opiniach, a bardziej zorientowany na działanie. Basaglia był bardzo krytyczny wobec radykalnie liberalnego ruchu amerykańskiego, który jego zdaniem skutkowało zaniedbaniem pacjentów, szczególnie w przypadku, gdy nie wyrażali zgody na leczenie. Sam twierdził, że nie robi antypsychiatrii tylko nie-psychiatrię.

W Gorizii Basaglia i jego współpracownicy zaczęli reorganizować szpital na podstawie zasad społeczności terapeutycznej. W praktyce otwierali oddziały, pozwalając pacjentom poruszać się po szpitalu i wychodzić do miasta. Działania uznane za przemoc wobec pacjentów, jak elektrowstrząsy, izolacja, unieruchomienie czy przymusowe podawanie leków, zostały zakazane. W przypadku pobudzenia personel zostawał z pacjentem tak długo, jak to było konieczne, pacjent nie był unieruchamiany. Zmiany w pracy personelu były dyskutowane podczas wspólnych spotkań społeczności terapeutycznej. Powstawały formy samorządności pacjentów. Każdy dzień rozpoczynało spotkanie wszystkich pracowników i pacjentów, następnie spotkanie pracowników oraz liderów zebrania, po południu spotkania poszczególnych oddziałów. Wskazuje to na odejście od koncepcji leczenia indywidualnego na rzecz leczenia społecznością terapeutyczną. Basaglia stopniowo wprowadził całkowitą zmianę struktury i funkcjonowania oddziałów. Zrezygnowano z wszelkich elementów i symboli władzy (jak na przykład szpitalne fartuchy), decyzje związane z prowadzeniem oddziału podejmowano grupowo podczas zebrań. Kolejnym etapem było wprowadzenie spotkań otwartych nie tylko dla pacjentów wszystkich oddziałów, lecz także dla wszystkich zainteresowanych (Morzycka-Markowska, Drozdowicz i Nasierowski, 2015a).

Basaglia, mimo zmian, do których doszło na terenie szpitala – samorządności, powstania spółdzielni socjalnych, dających pacjentom możliwość realnej pracy – uznał samą instytucję, jaką jest duży szpital psychiatryczny za antyterapeutyczną, sprzyjającą deterioracji instytucjonalnej. W związku z tym społeczność terapeutyczna została uznana tylko za okres przejściowy, a celem stało się całkowite rozmontowanie instytucji psychiatrycznej. Konsekwencją tego myślenia było wprowadzenie w 1978 roku prawa Basaglii zamykającego szpitale psychiatryczne we Włoszech (Morzycka-Markowska, Drozdowicz i Nasierowski, 2015b).

Historia zmian we Włoszech pokazuje, jak myślenie kategoriami społeczności terapeutycznej, a w rezultacie rzeczywiste wsłuchanie się w potrzeby pacjentów, może prowadzić do przemian społecznych. W konsekwencji zamknięcia szpitali i powstania placówek środowiskowych zmianie ulega stosunek do chorego psychicznie.

Idee społeczności terapeutycznej w leczeniu szpitalnym i pozaszpitalnym

Idee społeczności terapeutycznej powstawały w środowisku szpitalnym, ale nie dotyczą tylko szpitala, lecz także instytucji zajmujących się leczeniem w środowisku. Także w leczeniu w placówkach środowiskowych aktualne są postulaty Maxwella Jonesa. Społeczność środowiskową powinien charakteryzować szacunek dla osoby w rozumieniu ochrony jej godności i prywatności, a także tolerancji dla nietypowych zachowań. Podstawowe znaczenie ma środowisko kontenerujące, w którym zarówno personel, jak i użytkownicy mogą oddziaływać terapeutycznie przez codzienne relacje. W rozumieniu procesów zachodzących w społeczności pomagają wiedza dotycząca dynamiki małych i dużych grup społecznych (Cox, 1998).

Julia Kipp (2009) na podstawie przeglądu literatury proponuje następujące cechy społeczności terapeutycznych:

1. Przekonanie, że pacjenci są w stanie pomagać sobie wzajemnie. Jest to, zdaniem autorki, najbardziej radykalna teza związana ze społecznością terapeutyczną (i psychoterapią grupową).

2. Spłaszczona hierarchia (demokratyzacja) zarówno między członkami personelu, jak i między personelem a pacjentami.

3. Spotkania społeczności. Autorka zauważa, że rola tych spotkań w praktyce uległa ograniczeniu. W przeszłości miały charakter dużej grupy i były uważane za „kamień węgielny” leczenia. Obecnie służą dzieleniu się informacjami i ustalaniu porządku.

4. Uczenie się relacji społecznych w toku codziennych sytuacji życiowych.

Te cztery cechy autorka uważa za podstawowe dla społeczności terapeutycznych. Kolejne cztery są ważne, zostały określone przez wspomnianych uprzednio twórców społeczności, jak Main i Clark, ale – zdaniem autorki – zanikają we współczesnych społecznościach terapeutycznych:

5. Otwarta komunikacja. Trudność w przestrzeganiu tej zasady jest związana z oczekiwaniem poufności ze strony pacjentów/klientów i trudnościami w wyznaczaniu granic: prywatne – publiczne.

6. Analiza wszystkich wydarzeń (tworzenie kultury wspierającej, badanie i rozumienie wydarzeń). Myślenie to wywodzi się z koncepcji psychoanalitycz-

nych i zanika, być może, w związku z wypieraniem psychoanalizy na rzecz innych kierunków w psychoterapii.

7. Grupy wsparcia dla personelu są ważnym elementem umożliwiającym wykrycie i zrozumienie procesu paralelnego. Zanikają w związku z dodatkowymi kosztami, jakie generują – zarówno w rozumieniu czasu personelu, jak i opłaty konsultanta/supervizora zewnętrznego.

8. Zmiana na jednym poziomie organizacyjnym instytucji wpływa na całość. Jest to holistyczne i systemowe rozumienie Maina, które jest rzadkie w obecnych instytucjach.

Społeczność terapeutyczna może pełnić bardzo ważną rolę i być lecznicza przez samo wprowadzenie jej zasad. Jednocześnie bardzo ważna jest stała refleksja nad relacjami wewnątrz społeczności i ze światem zewnętrznym. Niektóre idee społeczności (jak permisywność) nie są zgodne z wymaganiami świata zewnętrznego. Jak pisał Antoni Kępiński (2001, s. 162): „odnosi się wrażenie, że *societas schizophrenica* jest zdrowsza niż przeciętna społeczność ludzi psychicznie zdrowych. Więcej jest w niej wzajemnego zrozumienia, szczerego współczucia, gotowości pomocy, a nie ma rywalizacji, intryg, wzajemnego niszczenia się”. Niesie to jednak niebezpieczeństwo ulegania Bionowskiemu podstawowemu założeniu o walce/ucieczce, kiedy „zło” jest projektowane na zewnątrz. Uczestnicy pozostają w symbiotycznej relacji z ośrodkiem, w której świat społeczności terapeutycznej postrzegany jest jako karmiący, a świat zewnętrzny jako wrogi. W inny więc sposób niż szpital społeczność terapeutyczna pozbawiona refleksji nad swoim procesem może także wejść w koluzję z paranoidalnym zaburzeniem pacjenta.

Kolejnym ryzykiem jest próba tworzenia systemu „całościowego”, w którym pacjent przechodzi z jednego etapu do drugiego. Widać to w propozycji tworzenia „centrów zdrowia psychicznego” w Narodowym Programie Zdrowia Psychicznego. Z punktu widzenia użytkowników może to odtwarzać model groźnej, choć wiecznie karmiącej matki – instytucji. Marcel Sassolas (2008), odwołując się do koncepcji „narcystycznego uwiedzenia” Paula-Claude Racamiera, wskazuje na niebezpieczeństwo sytuacji, w której pacjent i zespół uważają, że nie mogą przeżyć bez siebie nawzajem. Można tego uniknąć przez wspieranie aktywności pacjenta poza „społecznością”, świadomą odmowę realizowania wszystkich potrzeb pacjenta. Dotyczy to potrzeb terapeutycznych (np. nie zawsze jest korzystne, aby lekarz prowadzący był członkiem zespołu) oraz socjalno-rekreacyjnych, które także powinny odbywać się poza kontekstem środowiskowej społeczności terapeutycznej.

Analiza procesu paralelnego w społeczności terapeutycznej

Ważna jest stała refleksja nad procesem przebiegającym w społeczności terapeutycznej. Klasyczna interpretacja problemów w zespole terapeutycznym polega na widzeniu ich w kategoriach identyfikacji projekcyjnej, w procesie której bardzo zaburzeni pacjenci umieszczają swoje „chore” części w terapeutach. Nie negując tego procesu, warto jest zwrócić uwagę, że spotkania społeczności uruchamiają prymitywne obrony występujące w dużych grupach nie tylko wśród pacjentów, lecz także wśród personelu (Voorhoeve i van Putte, 1994). Drastyczne zmiany w settingu z powodu procesów wewnętrznych lub spowodowane z zewnątrz (przykładowo z powodów socjoekonomicznych) mogą wzbudzać lęk, regresję i trudności w testowaniu rzeczywistości także u terapeutów. Z kolei niepewność, lęk i tendencja do regresji u członków personelu wzbudza prymitywne mechanizmy obronne pacjentów. To nie patologia pacjentów powoduje proces paralelny u personelu, ale jest to zjawisko przebiegające w obie strony jako cyrkularny proces zwiększający regresję. Robert D. Hinshelwood i Sheena Grunberg (1979) opisują „syndrom dużej grupy” – długimi okresami ciszy, patrzeniem przez okno, brakiem istotnych wymian między członkami. Uważają to za objaw trudnych do wyrażenia problemów, które są raczej rozgrywane niż nazywane. W sytuacji dużej grupy projekcje stają się tak masywne, że blokują komunikację. W opisywanym przez nich przykładzie, autorzy uznali, że problemem społeczności był splitting na szereg małych grup. W związku z tym zmienili setting dużej grupy tak, że w ciągu pierwszych 15 minut relacjonowane były wydarzenia z mniejszych grup – psycho- i socjoterapeutycznych, a w kolejnych 30 minutach uczestnicy zachęceni byli do wolnych skojarzeń na zasadzie dużej grupy. Część znanych mi z superwizji zespołów spontanicznie dochodzi do takiego rozwiązania, oddzielając część organizacyjną, która na nieświadomym poziomie może pełnić funkcje łączące, od następującej po niej dużej grupy.

Szymon Szumiał (2017) opisuje procesy zachodzące w ośrodkach wsparcia dla osób z doświadczeniem psychozy w kategoriach regulacji napięć. Napięcia przeżywane przez osoby korzystające z ośrodka są przekazywane do skontenerowania terapeutom pracującym w ośrodku, od których oczekuje się dojrzałego radzenia sobie i właściwego reagowania. Jeżeli zespół terapeutyczny nie poradzi sobie z tym napięciem, wraca ono do uczestników ośrodka. Ta sekwencja może być realizowana wielokrotnie, aż do znalezienia punktu, w którym poziom napięcia będzie możliwy do przyjęcia przez obie strony.

Czynniki leczące w społeczności terapeutycznej

Powstaje pytanie, co jest specyficznym czynnikiem leczącym w społeczności terapeutycznej. Steve Pearce i Hanna Pickard (2012) uważają, że mało jest prac opisujących specyfikę oddziaływań społeczności terapeutycznej. Przyczynę takiego braku badań, a nawet refleksji upatrują w:

- kontrkulturowym charakterze społeczności terapeutycznej;
- trudnościach w porównywaniu bardzo zróżnicowanych społeczności terapeutycznych;
- postrzeganiu przez niektórych społeczności terapeutycznej jako przestrzeni pomieszczonej, w której stosowane są inne techniki terapeutyczne, ale która sama w sobie nie jest metodą terapeutyczną;
- w fakcie, że społeczność terapeutyczna może być widziana jako struktura społeczna (podobnie jak szkoła czy rodzina), wobec której trudno jest zastosować analizy psychologiczne, a ich pozytywne znaczenie jest przyjmowane jako oczywiste.

Autorzy porównują różne grupowe oddziaływania terapeutyczne, starając się określić co jest unikalnym czynnikiem leczącym w społeczności. Uważają, że takim specyficznym czynnikiem psychoterapeutycznym jest wytwarzanie poczucia przynależności oraz odpowiedzialności. Uważają, że połączenie tych dwóch obszarów jest unikalne dla społeczności terapeutycznej.

Czynniki leczące w dużej grupie

Ani duża grupa, ani praca społecznością terapeutyczną nie może oczywiście zastąpić pracy w małej grupie terapeutycznej, w której dochodzi do eksplorowania problemów indywidualnych, wglądu i przepracowania.

Uczestniczący zarówno w pierwszym, jak i w drugim etapie eksperymentu w Northfield Pat de Maré (1991) rozwinął myślenie o dużych grupach jako łączniku pomiędzy psychoterapią a socjoterapią. Uważał, że duża grupa jest miejscem, gdzie nienawiść społeczna prowadząca do konfliktów może zostać bezpiecznie wyrażona i ulec przekształceniu w komunikację, że można w nich osiągnąć poczucie wspólnoty.

Duża grupa może mieć specjalną funkcję w miejscach, w których poza tym odbywa się leczenie grupowe. Niektóre emocje łatwiej jest wyrazić, czując wsparcie dużej grupy niż w małych grupach. Duże grupy dają pozwolenie na zachowania w większym stopniu odbiegające od „normy” niż małe grupy – częściej występuje w nich otwarta złość do prowadzących, ale także ich kreatywność jest większa niż w małych grupach – częściej w dużej grupie powstaje nowa myśl czy idea (Behr i Hearst, 2005).

Haim Weinber i Daniel Weishut analizują czynniki leczące w dużej grupie, przyjmując jako punkt wyjścia czynniki leczące w małych grupach wymieniane przez Irvina Yaloma i Mołyna Leszcza (2006):

- wzbudzanie nadziei;
- poczucie podobieństwa (uniwersalność);
- dostarczanie informacji;
- altruizm;
- korektywne odtwarzanie (rekapitulacja) rodziny pierwotnej;
- rozwój umiejętności społecznych;
- naśladowanie;
- uczenie interpersonalne;
- spójność grupowa;
- odreagowanie (*katharsis*);
- czynniki egzystencjalne.

Według Weinbera i Weishuta takie czynniki terapeutyczne, jak: spójność grupowa, wzbudzanie nadziei, dzielenie się informacjami oraz korektywne doświadczenie związane z rodziną pierwotną są trudne do osiągnięcia w dużej grupie. Częściowo obecne jest w niej uczenie interpersonalne, rozwój umiejętności społecznych oraz altruizm. Z wymienionych czynników leczących w dużej grupie znaczenie ma odreagowanie, uniwersalność oraz naśladowanie. Autorzy uważają natomiast, że są czynniki leczące właściwe tylko dla dużych grup, jak specyficzne doświadczenie społeczne określane przez nich jako „reprezentowanie społeczeństwa” i walka o władzę. Oba te czynniki są związane z dojrzałym stopniem rozwoju osobowości. Przeżycie różnorodności społeczeństwa w dużej grupie prowadzi do korektywnego doświadczenia odpowiadającego przepracowaniu problemów związanych z rodziną pierwotną w małej grupie. Doświadczenie to jest szersze, nie dotyczy tylko rodziny, ale także innych relacji i powiązań. Podobnie rozwijanie technik społecznych w dużej grupie jest bardziej złożone niż nabywanie społecznych umiejętności właściwe dla pracy w małej grupie terapeutycznej. Reprezentowanie społeczeństwa w dużej grupie prowadzi do doświadczania różnorodności w kategoriach społecznych oraz pluralizmu rozumianego jako uznanie prawa do równego dostępu do społecznych możliwości różnych etnicznie, religijnie, społecznie i seksualnie podgrup.

Kolejnym czynnikiem leczącym w dużej grupie zdaniem Weinbera i Weishuta jest walka o władzę. W odróżnieniu od małych grup zapewniających intymny kontakt i bezpieczeństwo w dużych grupach odbywa się walka o fizyczne miejsce, czas i temat rozmowy oraz możliwości wpływu na innych. Walka o władzę prowadzi w dużych grupach do doświadczania własnej sprawczości, czyli tego co bywa określane jako umacnianie (*empowerment*). Umacnianie jest ważnym czynnikiem zdrowienia w odniesieniu do osób doświadczających różnego rodzaju zaburzeń psychicznych (Cechnicki i in., 2009; Anczewska i Wciórka, 2007). Pojęcie

sprawczości jest poczuciem niezależności i możliwości dokonywania wolnych wyborów. Nie zawiera w sobie czynnika interpersonalnego – chęci przewodnictwa czy użycia swojej siły wobec innych. Może także prowadzić do aktu użycia swojej siły dla dokonania zmiany, na przykład włączenia się do dyskusji stron będących w opozycji.

Leczenie społeczeństwa – społeczne zastosowanie metody dużej grupy

Metoda pracy za pomocą dużej grupy wyszła poza obszar społeczności terapeutycznych i znalazła zastosowanie w pracy z różnymi instytucjami (Pawlik i Skowrońska, 2008). Tavistock Institute of Human Relation powstał w 1947 roku w celu badania i naprawy instytucji przede wszystkim na podstawie Bionowskiego myślenia dotyczącego mentalności grupowej (Bion, 2015). Celem konsultacji instytucji jest odkrycie nieświadomych lęków panujących w instytucji i stosowanych obron przed tymi lękami. Pomaga to dokonać zmian w organizacji pracy.

Heribert Knott (2012) uważa, że duża grupa w sposób najwierniejszy odwzorowuje społeczeństwo i procesy w nim zachodzące. Uczestnik może poznać swoje relacje ze społeczeństwem i różnymi grupami w tym społeczeństwie. Spotkania Dużych Grup w różnych społeczeństwach – określane jako *Listening Posts* – czyli placówki obserwacyjne, prowadzone są od lat 80. XX wieku przez brytyjską organizację OPUS (Organisation for Promoting Understanding of Society) promującą badanie kultur i społeczeństw za pomocą warsztatu psychoanalitycznego. Wraz z grupą psychologów skupionych wokół Instytutu Analizy Grupowej „Raszów” i Akademii Pedagogiki Specjalnej podjęliśmy inicjatywę rozmowy o Polsce w metodologii dużej grupy. Spotkania takie opierają się na założeniu, że w grupie podejmującej refleksję nad społeczeństwem uwidacznia się dynamika całej zbiorowości. Uczestnicy takiej grupy nieświadomie wyrażają mechanizmy większego systemu, do którego przynależą.

Rezultatem spotkania w 2014 roku w grupie psychoterapeutów i psychologów jest książka *Polska na kozetce* (Zajenkowska, 2016), której autorzy próbują zrozumieć głębokie przyczyny społecznych podziałów w Polsce. Drugie spotkanie, którego znaczącą część stanowiła duża grupa, odbyło się w listopadzie 2016 roku i zgromadziło także osoby innych profesji – filozofów, socjologów, działaczy społecznych, nauczycieli, emerytów. Dyskusję całkowicie zdominował temat swój – obcy. Czy Polakiem stajemy się przez tradycję i więzy krwi, czy poprzez samookreślenie? Spotkanie dobrze pokazało podstawowe konflikty w społeczeństwie polskim wraz z pragnieniem stworzenia idealnej wspólnoty (Skowrońska, 2017).

Przykłady ilustrujące

Przytoczone studia przypadków pokazują, że na zebraniach społeczności ujawniają się, podobnie jak w dużej grupie, problemy relacyjne w ośrodku, ale struktura zebrania utrudnia nawet doświadczonym terapeutom pracę nad nieświadomym przekazem w grupie.

Przykład 1

Na dziennym oddziale psychiatrycznym pracującym w modelu psychodynamicznym kolejnymi stażystkami są osoby z rosyjskiej strefy językowej. W oddziale praca odbywa się poprzez różne zajęcia psycho- i socjoterapeutyczne oraz leczenie w małej grupie analitycznej. Zebranie społeczności jest silnie ustrukturyzowane, prowadzone przez pacjenta – składa się z „prasówki” i ustaleń dotyczących programu oddziału. Omawiane są także konflikty pomiędzy pacjentami i inne sprawy dotyczące całego oddziału. W małej grupie, w której uczestniczy część pacjentów, nie ma żadnych odniesień do obcego akcentu stażystek, natomiast w czasie zebrania społeczności pacjent zaczyna mówić dosyć agresywnie o hostelu dla Ukraińców, który powstał w jego „dobrej dzielnicy”. Personel uaktywnia się w obronie imigrantów, pokazując, jak Polacy źle byli traktowani w okresie ich masowej emigracji do Niemiec.

Omówienie

Przykład ten pokazuje zjawisko opisywane w dynamice dużej grupy, jakim jest w tendencja do tworzenia podgrup, pojawiają się tematy my – oni (Weinberg i Weishut, 2015). W przytoczonym przykładzie w warstwie świadomej Polacy–Ukraińcy, czy Polacy–Niemcy, w warstwie nieświadomej być może pacjenci – personel. Przykład ten dobrze pokazuje problemy wynikające z zaniku pracy w metodologii dużej grupy. Personel rozumie, że uwagi są związane z obecnością stażystek w oddziale, ale sposób prowadzenia narzucający wymianę na poziomie konkretnego uniemożliwia głębsze zrozumienie i odpowiedzenie na niepokój pacjenta. Widać też, jak sytuacja zewnętrzna – obawa przed „obcym” – wpływa na wyrażanie niepokojów w oddziale. W tym czasie w oddziale z powodów ekonomicznych nagle zwiększyła się liczba pacjentów, a równocześnie rozpoczął się okres urlopowy. Być może pacjent w ten sposób mówił o swoim niepokojach wobec „obcych” – innych pacjentów zajmujących jego miejsce. Mógł też w ten bezpieczniejszy dla niego sposób atakować personel za brak dostatecznej opieki związanej z urlopami. Pacjentom łatwiej jest wyrażać złość do salowych i stażystów niż stojących na szczycie hierarchicznej struktury lekarzy czy psychoterapeutów. Po-

traktowani przez personel i pacjentów jako kolejne obciążenie, czy jako pomoc. Odtwarza to zewnętrzną sytuację społeczną – czy imigranci są pomocą, wykonując pożyteczną pracę, czy balastem, którego powinniśmy się jako społeczeństwo pozbyć?

Przykład 2

Na zebraniu społeczności w Domu Pomocy Środowiskowej pracującym w podobnej strukturze jak opisany wcześniej, uczestnik mówi, że jest zadowolony z nieobecności jednej z terapeutek, bo będzie mógł pozwolić sobie na bardziej swobodne wypowiedzi. Inna terapeutka odpowiada, że chciałaby, żeby uczestnik liczył się również z jej obecnością.

Omówienie

Terapeutka podobnie jak osoby z personelu w poprzednim przykładzie jest po szkoleniu psychoterapeutycznym. Rozumie, że wypowiedź pacjenta może kamuflować jego przywiązanie do nieobecnej terapeutki, żal i złość z powodu jej nieobecności. Ma obawy, żeby dać taką interpretację uczestnikowi, która być może odśloniłaby go nadmiernie przed grupą. Wybiera więc na świadomym poziomie „obronę” nieobecnej terapeutki, na nieświadomym być może mówi „nie jesteś opuszczony, ja tu jestem”. Podobnie jak w poprzednim przykładzie dochodzi do polaryzacji uczestnik – personel, która pozostaje bez omówienia. Bez omówienia pozostają też uczucia braku spowodowane, jak w poprzednim przykładzie, przerwami urlopowymi personelu.

W obu opisanych sytuacjach wprowadzenie kultury dużej grupy dałoby możliwość omówienia niezadowolenia, które dotyczy być może całej społeczności – poczucia nadmiernego obciążenia, braku wsparcia w okresach urlopowych przy niezmienionej lub większej liczbie pacjentów. Przykłady te pokazują, jak brak takiej kultury prowadzi do polaryzacji: agresywny (chory) pacjent – spokojny, korygujący niewłaściwe wypowiedzi personel. W dalszym rozwoju takie rozszczepienie może nasilać agresywne zachowania pacjentów. Duża grupa daje szansę na pomieszczenie uczuć złości i utraty zarówno wśród pacjentów, jak i wśród personelu.

Zakończenie

Dotychczasowe doświadczenia pokazują, że realizowanie zasad społeczności terapeutycznej przyczynia się do rozwoju członków danej społeczności – zarówno pełniących funkcję pacjentów, jak i personelu. Podobnie jak w grupach terapeu- 255

tycznych społeczności zmagają się z pokusą „zarządzania”, na przykład przez większą strukturyzację spotkań społeczności. Społeczności terapeutyczne podlegają zjawiskom paralelnym oraz innym procesom, które mogą prowadzić do powstawania mechanizmów destrukcyjnych. Dlatego też społeczności terapeutyczne powinny korzystać z regularnej superwizji. W tym artykule zajmuję się społecznością terapeutyczną jako metodą leczenia. Doświadczenie społeczności terapeutycznej można traktować także jako doświadczenie bycia w grupie, obserwacji procesów zachodzących w różnych grupach i sposobach ich leczenia. Może to prowadzić do refleksji społecznej dotyczącej przywództwa i zagrożeń, jakie niesie zbyt ścisły związek z ideą lub grupą.

BIBLIOGRAFIA

- Anczewska, M., Wciórka, J. (red.). (2007). *Umacnianie: nadzieja czy uprzedzenia?* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata [rapporto da un ospedale psichiatrico]*. Torino: Einaudi.
- Behr, H., Hearst, L. (2005). *Group-Analysis Psychotherapy. A Meeting of Mind*. London-Philadelphia: Whurr Publishers.
- Bion, W.R. (2015). *Doświadczenia w grupach i inne prace*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Bizoń, Z. (1980). Społeczność lecznicza. W: H. Wardaszko-Łyskowska (red.), *Terapia grupowa w psychiatrii* (s. 358–404). Warszawa: PZWL.
- Borthwick, A., Holman, C., Kennard, D., McFetridge, M., Messruther, K., Wilkes, J. (2001). The relevance of moral treatment to contemporary mental health care. *Journal of Mental Health*, 10, 427–439.
- Bridger, H. (1990). The Discovery of the Therapeutic Community. The Northfield Experiments. W: E. Trist, H. Murray (red.), *The Social Engagement of Social Science. A Tavistock Anthology Volume 1: The Socio-Psychological Perspective* (s. 68–87). Philadelphia: The University of Pennsylvania Press.
- Cechnicki, A., Bielańska, A., Kaszyński, H., Liberadzka, A. (red.). (2009). *Umacnianie i zdrowienie. Trzeba dać świadectwo*. Kraków: Text.
- Cox, J. (1998). Reflection on contemporary psychiatry: Where is the therapy? *Therapeutic Communities*, 19(1), 3–10.
- Dopson, L. (2010). *Doctor David Clark: Pioneer of the social model in psychiatry*. <http://www.independent.co.uk/news/obituaries/doctor-david-clark-pioneer-of-the-social-model-in-psychiatry-2029631.html>.
- Foulkes, S.H. (2015). *Wprowadzenie do psychoterapii grupowo-analitycznej*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Hinshelwood, R.D. (1999). How Foulkesian Was Bion? *Group Analysis*, 32, 469–488.
- Hinshelwood, R.D. (red.). (2008). *Foreword*. W: J. Gale, A. Realpe, E. Pedriali. *Therapeutic Communities for Psychosis. Philosophy, History and Clinical Practice* (s. XV–XVII). London–New York: Routledge.
- Hinshelwood, R.D., Grunberg, S.R. (1979). *The Large Group Syndrome* (with Sheena Grunberg). W: R.D. Hinshelwood, N. Manning (red.), *Therapeutic Communities: Reflections and Progress*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Jones, E. (2004). War and the Practice of Psychotherapy: The UK Experience 1939–1960. *Medical History*, 48, 493–510.
- Jones, M.J. (1953). *The Therapeutic Community*. Basic Books. New York
- Kennard, D. (1998). *An Introduction to Therapeutic Communities*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kępiński, A. (2001). *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Kipp, J. (2009). Sustaining relationships in milieu treatment: a corollary to Summers. W: D. Garfield, D. Mackler (red.), *Beyond Medication. Therapeutic engagement and the recovery from psychosis* (s. 80–92). East Sussex, New York: Routledge.
- Knott, H. (2012). On analysing large groups. *Group Analysis*, 45(3), 289–309.
- Kraemer, S. (2011). The dangers of this atmosphere': a Quaker connection in the Tavistock Clinic's development. *History of the Human Sciences*, 24(2), 82–102.
- Long, V. (2016). Work in therapy? The function of employment in British psychiatry after 1959. W: W. Ernst (red.), *Work, psychiatry and society, c. 1750–2015* (s. 334–350). Manchester: Manchester University Press.
- Main, T. (1977). The concept of the therapeutic community. *Variations and Vicissitudes. Group Analysis*, 10(2), S2–S16.
- Maré, de P. (1991). *Koinonia: From Hate through Dialogue to Culture in the Larger Group*. London: Karnac Books.
- Morzycka-Markowska, M., Drozdowicz, E., Nasierowski, T. (2015a). Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część I. Przebieg deinstytucjonalizacji – działalność grupy Basaglii. *Psychiatria Polska*, 49(2), 391–401.
- Morzycka-Markowska, M., Drozdowicz, E., Nasierowski, T. (2015b). Deinstytucjonalizacja psychiatrii włoskiej – przebieg i skutki. Część II. Skutki deinstytucjonalizacji. *Psychiatria Polska*, 49(2), 403–412.
- Mosher, L.R., Burti, L. (1989). *Community Mental Health. Principles and Practice*. New York. London W.W. Norton & Company.
- Pawlik, J., Skowrońska, J. (2008). Superwizja pracy z grupami. W: J. Pawlik (red.), *Psychoterapia analityczna. Procesy i zjawiska grupowe* (s. 339–366). Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Pearce, S., Pickard, H. (2012). How therapeutic communities work: Specific factors related to positive outcome. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(7), 636–645.
- Pedriali, E. (2008). The decline and rediscovery of the therapeutic community. W: J. Gale, A. Realpe, E. Pedriali (red.), *Therapeutic Communities for Psychosis. Philosophy, History and Clinical Practice* (s. 28–38). London–New York: Routledge.
- Pisani, R.A. (2013). Large, small and median groups in group analysis. *Group Analysis*, 46(2), 132–143.
- Sassolas, M. (2008). Psychological care in therapeutic communities. W: J. Gale, A. Realpe, E. Pedriali (red.), *Therapeutic Communities for Psychosis. Philosophy, History and Clinical Practice* (s. 153–161). London–New York: Routledge.
- Sikora, G., Chrzastowski, S. (2011). Dwa podejście do leczenia pacjentów z zaburzeniami osobowości. W: L. Grzesiuk, H. Suszek (red.), *Psychoterapia. Problemy pacjentów* (s. 127–156), Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Siwiak-Kobayashi, M. (2013). Co leczy w społeczności terapeutycznej? Parę refleksji nad znaczeniem uczenia społecznego w terapii nerwic. *Psychoterapia*, 3(166), 55–59.
- Skowrońska, J. (2017). *Matryca Obcych*. W: *Pragnienie jednorodności a konflikt. Biuletyn dla członków i kandydatów* (nr 15, s. 43–48). Warszawa: Instytut Analizy Grupowej Rasztów.
- Szumiał, S. (2017). *Jak rozumieć proces równoległy w ośrodkach dla osób wsparcia z doświadczeniem psychozy?* III Międzynarodowa Konferencja Polskiego Stowarzyszenia Integracji Psychoterapii i Akademii Pedagogiki Specjalnej. Warszawa.

- Vandavelde, S., Broekaert, E., Yates, R., Kooyman, M. (2004). The development of the therapeutic community in correctional establishments: a comparative retrospective account of the 'democratic' Maxwell Jones TC and the hierarchical concept-based TC in prison. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 66–79.
- Voorhoeve, J.N., Putte van, F.C. (1994). Parallel process' in supervision when working with psychotic patients. *Group Analysis*, 27(4), 459–466.
- Weinberg, H., Weishut, D.J. (2015). The large group: Dynamics, social implications and therapeutic value. W: J.L. Kleinberg (red.), *The Wiley Blackwell Handbook of Group Psychotherapy* (s. 457–477). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Yalom, I., Leszcz, M. (2006). *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Zajenkowska, A. (red.). (2016). *Polska na kozetce. Siła obywatelskiej refleksyjności*. Sopot: Smak Słowa.

LIDIA GRZESIUK

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

AGNIESZKA SZYMAŃSKA

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

KAMIŁA DOBRENKO

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

ZNACZENIE PRACY NAD PRZENIESIENIEM DLA ZWIĄZKU MIĘDZY ZAHAMOWANIEM PACJENTA PRZED PSYCHOTERAPIĄ A DOBRĄ RELACJĄ Z PSYCHOTERAPEUTĄ I SKUTECZNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII

Wprowadzenie

Zespół Profesor Lidii Grzesiuk przeprowadził badania¹ nad procesem psychoterapii, analizując powiązania między trzema grupami zmiennych: (1) cechy pacjenta przed podjęciem psychoterapii, (2) doświadczenia z przebiegu psychoterapii oraz (3) ocenę jej skuteczności (Szymańska i in., 2014a, 2014b, 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2016a, 2016b, w druku).

¹ Projekt finansowany ze środków przeznaczonych na badania statutowe Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (2012/2013, nr 164633).

Wyniki tych badań opublikowane dotychczas i przedstawione w konferencyjnych prezentacjach ujawniły między innymi, że dokonana przez pacjenta ocena (2) relacji z psychoterapeutą jest jedyną w tych badaniach zmienną bezpośrednio objaśniającą (3) skuteczność psychoterapii (Szymańska i in., w druku). Ponadto model strukturalny ujawniający zależności w procesie psychoterapii wykazał, że zmienne (1) cechy pacjenta, w tym między innymi jego oczekiwania wobec psychoterapii oraz zahamowanie w kontaktach z innymi ludźmi, (2) jego doświadczenia z przebiegu psychoterapii, w tym interwencje psychoterapeutyczne, łączą się ze zmienną *relacja z psychoterapeutą* (Szymańska i in., 2014c, 2015a, 2015b, 2015c, 2016a). Badania te są spójne z danymi z literatury wskazującymi na ważność (2) charakteru relacji psychoterapeutycznej dla (3) skuteczności procesu psychoterapii (Gelso i Carter, 1994; Gelso, 2009; Cooper, 2010).

W niniejszej pracy przedstawiamy wyniki nowych analiz statystycznych, które wskazują na znaczenie *zahamowania pacjenta* przed psychoterapią dla relacji psychoterapeutycznej. Uwzględnienie tej zmiennej w analizach było rezultatem stwierdzenia, że spośród kilkunastu zmiennych charakteryzujących pacjentów przed psychoterapią w dotychczasowych badaniach wyłoniło się – jako znaczące w grupie problemów w kontaktach z innymi ludźmi – zahamowanie w kontaktach (Szymańska i in., w druku). Ponadto stwierdzono, że wyodrębnione podgrupy pacjentów różniły się wyraźnie między innymi w zakresie relacji psychoterapeutycznej i *pracy nad przeniesieniem* (Grzesiuk i in., w przygotowaniu). Powstało przypuszczenie, że ostatnia z tych zmiennych może moderować związek między zahamowaniem pacjenta a relacją psychoterapeutyczną. Ponadto w niniejszych badaniach sprawdzono, w jakim związku pozostają trzy wymienione zmienne ze *skutecznością psychoterapii*.

Cechy pacjenta a relacja psychoterapeutyczna

Wcześniejsze dane z literatury, w których opisano badania ilustrujące związek między cechami pacjenta a relacją psychoterapeutyczną, informują, że jakość relacji psychoterapeutycznej wynika głównie z charakterystyki psychoterapeuty – jego autentyczności, elastyczności, szacunku do pacjenta, akceptacji, empatii (Snyder i Snyder, 1961). We współczesnych tekstach dane empiryczne informują, że jakość relacji psychoterapeutycznej wynika z interakcji właściwości obu stron – pacjenta i psychoterapeuty – biorących w niej udział, między innymi wzajemnych postaw uczuciowych (Gelso, Carter, 1994; Gelso, Hayes, 2004; Hill i in., 2011). Właściwości osobowe pacjentów są związane z tym, w jaki sposób funkcjonują oni w procesie psychoterapii (Prochaska i Norcross, 2006; Rakowska, 2006a; Białas, 2009; Grzesiuk i Suszek, 2011; Izydorczyk i Gąska, 2015; Hadżiahmetović i in., 2016).

Badania sugerują podobieństwa między jakością relacji z innymi ludźmi a relacją z psychoterapeutą wśród grupy osób zdrowych, zwłaszcza w czasie pierwszych sesji terapeutycznych (Tellides i in., 2008). Praca nad przeniesieniem w pierwszych etapach terapii może prowadzić do poprawy relacji psychoterapeutycznej – a w konsekwencji do większej skuteczności terapii – dzięki większemu kontaktowi z lękiem i wstydem pacjenta. Zahamowanie pacjenta w kontaktach z ludźmi może mieć wpływ na jakość relacji z psychoterapeutą, o czym informują rezultaty badań wskazujące na to, że pacjenci, którzy mają większe trudności w kontaktach z ludźmi, przejawiają też problemy w zawieraniu więzi z psychoterapeutą (Piper i in., 1991, 1993, za: Crits-Christoph i Gibbons, 2001; Gullo i in., 2012; Bachelor, 2013, Keefe i in., 2014).

Relacja psychoterapeutyczna w literaturze przedmiotu jest wymieniana jako jeden z najważniejszych czynników leczących (Gelso i Hayes, 2004; Corey, 2005; Czabała, 2006; Szymańska i in., 2015a, 2016a, w druku). Badania zespołu Lidii Grzesiuk także wykazały, że ocena relacji psychoterapeutycznej przez pacjenta jest kluczową zmienną w procesie psychoterapii (Szymańska i in., 2016). W zależności od tego, czy relacja ta jest oceniana jako dobra, czy jako niedobra, proces przebiega inaczej – prowadzi do oceny psychoterapii jako skutecznej lub nieskutecznej (Szymańska i in., w druku). W badaniach tego zespołu opisano również dwie grupy, skupienia pacjentów, które różniły się między innymi w zakresie zahamowań w kontaktach z innymi oraz pracy nad przeniesieniem. Wyniki te były inspiracją do dokładniejszego przyjrzenia się tym zmiennym oraz pomysłu, aby sprawdzić rolę pracy nad przeniesieniem jako moderatora między zmiennymi *zahamowanie w kontaktach z innymi* a *dobra relacja psychoterapeutyczna*. Pomysł ten został wykorzystany w analizach prezentowanych w tym rozdziale (Grzesiuk i in., w przygotowaniu). Nie obliczano efektu moderacji dla związku zahamowania pacjenta z niedobrą relacją z psychoterapeutą, gdyż – jak ujawniły wcześniejsze analizy (Szymańska i in., 2016 i w druku) – nie stwierdzono, aby praca nad przeniesieniem była związana z niedobrą relacją z psychoterapeutą. Zmienna *praca nad przeniesieniem* nie może zatem moderować związku między (1) zahamowaniem pacjenta a (2) niedobrą relacją z psychoterapeutą, skoro nie ma dowodu na to, że jest związana z tymi dwiema zmiennymi.

Relacja psychoterapeutyczna a skuteczność psychoterapii

W ujęciu psychoanalitycznym na relację psychoterapeutyczną składają się przy-
mierze psychoterapeutyczne (określane też jako sojusz roboczy, sojusz psy-
choterapeutyczny czy współpraca) (*working alliance*) oraz przeniesienie/ 261

przeciwprzeniesienie (*transference/countertransference*) (Bordin, 1979; Fhaner, 1996; Moore i Fine, 1996; Kokoszka, 2015).

Dane empiryczne informują, że jakość relacji psychoterapeutycznej znacząco przekłada się na skuteczność procesu psychoterapii (Aleksandrowicz i Sobański, 2004; Clemence i in., 2005; Czabała, 2006; Percevic i in., 2006; Joseph i Linley, 2007; Cierpiałkowska, 2008; Gullo i in., 2012; Bachelor, 2013; McElvaney i Timulak, 2013). Metaanalizy badań wskazują, że czynniki związane z relacją psychoterapeutyczną wyjaśniają dwa razy więcej zmienności efektów psychoterapii (7% do 30% tłumaczonej zmienności) niż stosowane w psychoterapii techniki (Cooper, 2010). Problemy w relacji psychoterapeutycznej prowadzą do mniejszej skuteczności psychoterapii, co przejawia się między innymi większą liczbą rezygnacji z psychoterapii (*drop out*) (Clemence i in., 2005; Gullo i in., 2012; Bachelor, 2013; McElvaney i Timulak, 2013; Kokoszka, 2015).

Praca nad przeniesieniem jako moderator związku między cechami pacjenta a relacją psychoterapeutyczną

Istnieją dane empiryczne sugerujące, że na związek między relacją psychoterapeutyczną a skutecznością psychoterapii mogą mieć wpływ inne zmienne stanowiące moderator tej zależności; postulowane są poszukiwania w zakresie technik, kompetencji terapeuty czy cech pacjenta (Hendriksen i in., 2013). Prezentowane w tym rozdziale badania koncentrują się na jednej z technik pracy psychoterapeutycznej – pracą nad przeniesieniem.

Praca nad przeniesieniem jest jedną z najważniejszych technik psychoterapeutycznych w zakresie nurtów psychoanalitycznego i szkół psychodynamicznych (Sokolik, 2005; Pajor, 2009; Kokoszka, 2015). Niektórzy autorzy postulują, że praca nad przeniesieniem występuje również w terapiach nieanalitycznych, jako jeden z uniwersalnych procesów w terapii znacząco związanych z cechami pacjenta (Gelso i Bhatia, 2012).

Badacze roli *pracy nad przeniesieniem* w licznych tekstach opisujących badania nad procesem psychoterapii podkreślają znaczenie tej zmiennej w kształtowaniu zwłaszcza relacji psychoterapeutycznej (Andrusyna i in., 2006; Gelso i in., 2013). Cechy pacjenta, takie jak wiek, płeć, problemy pacjenta, z którymi zgłasza się na terapię, są związane z pracą nad przeniesieniem (Robiner, 1987; Ulberg i in., 2009; Høglend i in., 2011). Starsi pacjenci przenoszą na terapeutów chętniej aspekty relacji ze swoimi dziećmi, młodszy natomiast łatwiej przenoszą aspekty relacji z rodzicami (Robiner, 1987). Istnieją rezultaty badań świadczące o tym, że

przeniesieniem, mężczyźni natomiast – gdy terapia nie zawiera pracy nad przeniesieniem (Ulberg i in., 2009). Pacjenci cierpiący na zaburzenia osobowości w wyniku terapii zawierającej pracę nad przeniesieniem, w porównaniu z pacjentami, których terapia nie zawierała tej techniki:

- poprawili funkcjonowanie interpersonalne (wskaźniki wycofania zmniejszyły się do zera);
- ich korzystanie z usług zdrowotnych zmniejszyło się o 50%;
- trzy lata po zakończeniu terapii ta grupa pacjentów w 73% nie spełniała już kryteriów diagnostycznych zaburzeń osobowości; natomiast tylko 43% członków grupy pacjentów po terapii niezawierającej pracy nad przeniesieniem nie spełniało tego kryterium (Høgland i in., 2011).

Powstał nawet specyficzny sposób pracy psychoterapeutycznej – terapia skoncentrowana na przeniesieniu (Diamond i in., 2013). Badania dotyczące tej szkoły psychoterapii informują, że prowadzi ona do widocznych zmian u pacjentów narcystycznych i z rysem borderline. Po dwunastu miesiącach terapii ponad 53% takich pacjentów nie spełniało już kryteriów diagnostycznych borderline. Terapia skoncentrowana na przeniesieniu zwiększyła ich zdolność mentalizacji oraz zmniejszyła wskaźniki agresji. Praca nad przeniesieniem jest również ważnym narzędziem pracy terapeutów skoncentrowanych na relacji/przywiązaniu (*attachment-oriented therapist*) (Grzesiuk, 2011; Gelso, 2013).

W przeprowadzonych dotychczas badaniach sprawdzano, czy funkcję pośredniczącą między relacją terapeutyczną a skutecznością terapii mogą spełniać cechy pacjenta, stosowane techniki czy właściwości psychoterapeuty (Andrusyna i in., 2006; Ulberg i in., 2009). Istnieją badania, w których stwierdzono, że jakość relacji pacjenta z innymi ludźmi okazała się niesatysfakcjonującym moderatorem zależności między pracą nad przeniesieniem (interpretacją przeniesienia) a skutecznością psychoterapii (Piper i in., 1991, za: Crits-Christoph i Gibbons, 2001). Nie udało się natomiast znaleźć w literaturze badań, które weryfikowałyby *pracę nad przeniesieniem* jako moderatora.

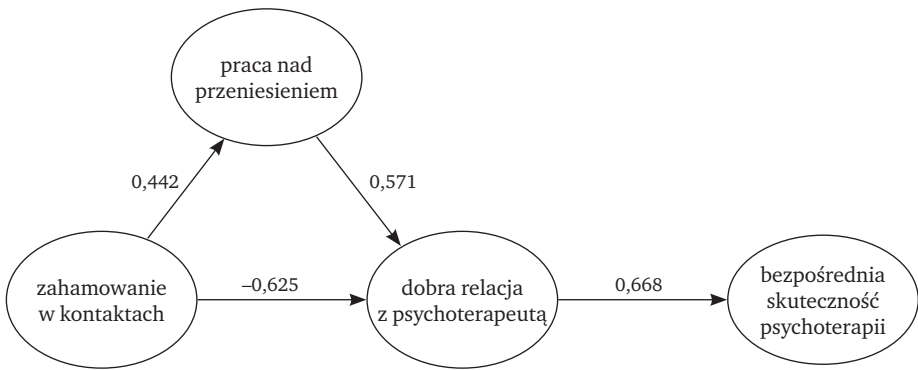
Przedmiotem analizy w niniejszym badaniu było (1) odkrycie powiązań między czterema zmiennymi: (1.1) zahamowanie w kontaktach z innymi ludźmi, (1.2.1) praca nad przeniesieniem, (1.2.2) relacja psychoterapeutyczna, (1.3) skuteczność psychoterapii oraz (2) zbadanie moderującej roli pracy nad przeniesieniem dla związku między zahamowaniem pacjenta a dobrą relacją z psychoterapeutą. W celu oszacowania relacji między zmiennymi oraz efektu moderacji posłużono się głównie modelowaniem za pomocą równań strukturalnych (Hair i in., 2006).

W badaniu postawiono następujące hipotezy:

H1: zahamowanie pacjenta w kontaktach z innymi ludźmi jest związane z jego relacją z psychoterapeutą,

H2: relacja psychoterapeutyczna jest związana z bezpośrednią skutecznością psychoterapii,

H3.1 i H3.2: praca nad przeniesieniem moderuje związek między zahamowaniem w kontaktach a dobrą relacją z psychoterapeutą.



RYCINA 1.

Model ilustrujący związki między zmiennymi zawarte w hipotezach

Źródło: opracowanie własne.

Metoda badań

Plan badań

Badanie miało charakter naturalistyczno-korelacyjny. Zmiennymi były:

- (1) *zahamowanie pacjenta w kontaktach*,
- (2) *dobra relacja z psychoterapeutą*,
- (3) *praca nad przeniesieniem*,
- (4) *bezpośrednia skuteczność psychoterapii*.

Sposób pomiaru zmiennych, badana próba i procedura badawcza

Pomiaru zmiennych dokonano przy użyciu ankiety katamnesticznej, wysyłanej do byłych pacjentów Akademickiego Ośrodka Psychoterapii (AOP) Katedry Psychopatologii i Psychoterapii Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

264 Pracujący w AOP psychoterapeuci stosują metody kilku szkół psychoterapeutycz-

nych (psychoanalizę, podejście systemowe, NLP, podejście poznawczo-behawioralne, integracyjne/eklektyczne).

Ankieta składa się z trzech zasadniczych części opisujących – z perspektywy pacjenta – zmienne:

- cechy pacjenta przed podjęciem psychoterapii, w tym zahamowanie w kontaktach z innymi ludźmi;
- doświadczenia z przebiegu terapii, w tym praca nad przeniesieniem – jako jedna z technik – oraz relacja psychoterapeutyczna;
- ocena skuteczności psychoterapii bezpośrednio po jej zakończeniu oraz odroczone (okres katamnezy wahał się od 1 roku do 12 lat); w tym badaniu uwzględniono wyłącznie skuteczność bezpośrednią.

Ankiety katamnestyczną wysłano do 1210 byłych pacjentów AOP. Uzyskano odpowiedzi od 276 osób, co stanowi ~23% liczby ankiet. Ten względnie niski procent respondentów może się wiązać zwłaszcza z: (1) dość długim w niektórych przypadkach okresem katamnezy i (2) często występującą wśród studentów/absolwentów zmianą miejsca zamieszkania. Respondenci to 55% kobiet i 45% mężczyzn; w większości poniżej 30 roku życia (wiek podany w metryczce ankiety katamnestycznej odnosi się do okresu, w którym ankieta była wypełniana).

Zbadano różnice między respondentami a pacjentami, którzy nie odesłali ankiety (Grzesiuk, 2006). Wykorzystano do tego celu informacje od psychoterapeutów. Okazało się, że częściej respondentami byli pacjenci, którzy:

- odbyli więcej sesji terapeutycznych; dłużej trwała ich psychoterapia; nie przerywali jej;
- deklarowali większe korzyści z odbytej terapii;
- ich okres katamnestyczny był krótszy (Fila, 1992).

W badaniach opartych na wynikach wywiadów z pacjentami AOP nie stwierdzono różnic między respondentami a nierespondentami w zakresie cech pacjentów, przebiegu i efektów psychoterapii (Lenkiewicz, 1992). Różnice rezultatów obu badań mogą wynikać z odmiennych danych – w badaniu I uwzględniano perspektywę psychoterapeutów, w badaniu II – pacjentów.

Wyniki badań

Metody analizy statystycznej

W celu odpowiedzi na stawiane w pracy pytania wykorzystano jako główną metodę układów równań strukturalnych do sprawdzenia relacji między czterema badanymi zmiennymi i moderującej roli jednej z nich – pracy nad przeniesieniem.

Powstały dwa modele równań strukturalnych. W modelu pierwszym obliczono związki między zahamowaniem pacjenta a dobrą relacją z terapeutą i bez-

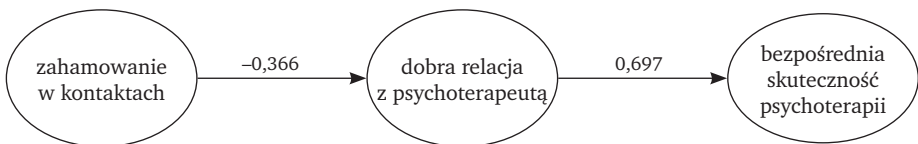
pośrednią skutecznością psychoterapii. Do modelu drugiego natomiast wprowadzono moderator, jakim była praca nad przeniesieniem, która powiązała zahamowanie pacjenta oraz dobrą relację z psychoterapeutą. Celem tej drugiej analizy było sprawdzenie, jak zmienia się ten związek w wyniku włączenia pracy nad przeniesieniem.

Drugim rodzajem analizy było zilustrowanie interakcji między zahamowaniem pacjenta, dobrą relacją z terapeutą oraz pracą nad przeniesieniem – na wykresie. Wykorzystanie wykresu pozwoliło lepiej zobrazować efekt moderacji, który został ujawniony przez układy równań strukturalnych.

Uzyskane rezultaty

W pierwszej części tego podrozdziału będą przedstawione wyniki ilustrujące efekt moderacji, a w drugiej wykres prezentujący relacje między trzema zmiennymi (zahamowaniem pacjenta, pracą nad przeniesieniem i relacją psychoterapeutyczną).

Na podstawie rezultatów obliczeń modeli równań strukturalnych stwierdzono, że zahamowanie pacjenta jest nisko ujemnie związane z dobrą relacją z psychoterapeutą, natomiast dobra relacja na poziomie wysokim jest związana z bezpośrednią skutecznością psychoterapii (por. ryc. 2).



RYCINA 2.

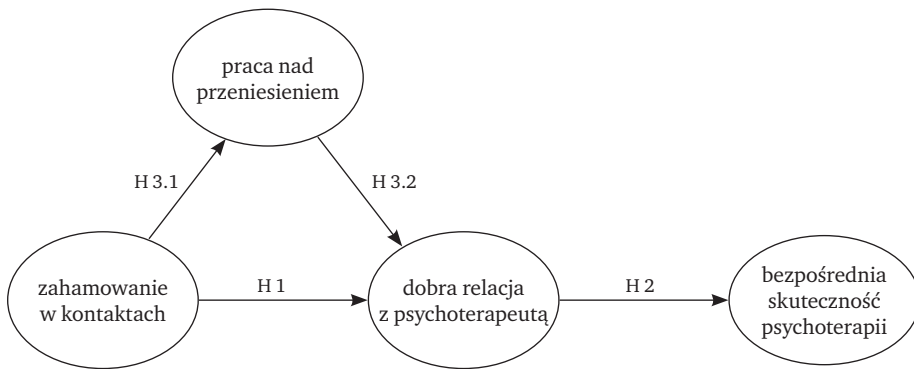
Model strukturalny dla relacji między zahamowaniem pacjenta, dobrą relacją z psychoterapeutą oraz bezpośrednią skutecznością psychoterapii. $\chi^2(75) = 128,500$;

$p < 0,005$; CFI = 0,972; RMSEA = 0,051

Źródło: opracowanie własne.

Na rycinie 3 zilustrowano efekt moderacji po wprowadzeniu do modelu zmiennej *praca nad przeniesieniem*. Okazało się, że jest ona umiarkowanie związana z zahamowaniem pacjenta oraz dobrą relacją z psychoterapeutą. Praca nad przeniesieniem zmienia siłę związku między zahamowaniem pacjenta a dobrą relacją z psychoterapeutą. W wyniku włączenia do modelu zmiennej *praca nad przeniesieniem* czysty związek między zahamowaniem pacjenta a dobrą relacją

z psychoterapeutą podnosi się trzykrotnie – z poziomu niskiego do poziomu umiarkowanego. Jest to bardzo silny efekt moderacji.



RYCINA 3.

Model strukturalny dla relacji między zahamowaniem pacjenta, dobrą relacją z psychoterapeutą i bezpośrednią skutecznością psychoterapii – z uwzględnionym moderatorem *praca nad przeniesieniem*. $\chi^2(131) = 200,130$; $p < 0,005$; CFI = 0,965; RMSEA = 0,044

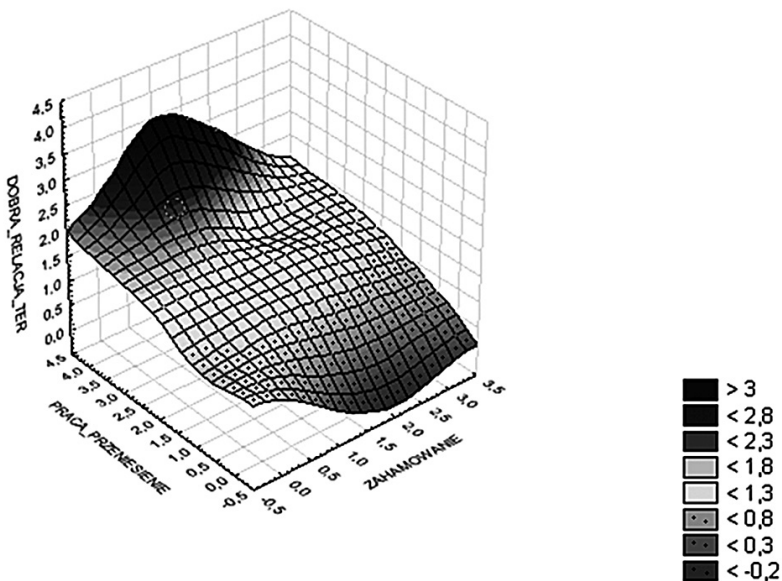
Źródło: opracowanie własne.

Pacjenci zahamowani w wyniku pracy nad relacją przeniesieniową uzyskiwali dobrą relację z psychoterapeutą.

Dane przedstawione na rycinie 4 ilustrują następujące zależności:

- wyniki osób, które nie pracowały nad relacją przeniesieniową – a były bardziej zahamowane w kontaktach – nie oceniały relacji z psychoterapeutą jako dobrej;
- praca nad przeniesieniem podnosi wyniki osób w zakresie dobrej relacji z psychoterapeutą – nawet u tych pacjentów, którzy mieli wysoki poziom zahamowania w kontaktach z innymi;
- natomiast gdy terapeuta nie pracował nad przeniesieniem, to nawet przy niskim poziomie zahamowania relacja psychoterapeutyczna nie była oceniana jako dobra;
- zupełnie inaczej była oceniana relacja z terapeutą (wynik bliski zera), gdy terapeuta nie pracował nad przeniesieniem, zwłaszcza z pacjentami z podwyższonym wynikiem w zahamowaniu w kontaktach (na ryc. 4 ciemnoszara z czarnymi kropkami dolina);
- najlepsza relacja z psychoterapeutą występowała wówczas, gdy pacjent pracował nad przeniesieniem, a równocześnie miał niższy lub przeciętny

wynik w zakresie zahamowania w kontaktach (czarna i ciemnoszara wypukłość bez kropek na ryc. 4).



RYCINA 4.

Relacja między zahamowaniem pacjenta, pracą nad przeniesieniem a dobrą relacją z psychoterapeutą

Źródło: opracowanie własne.

Uwagi końcowe

Zgodnie z informacją podaną w metodzie badań – psychoterapeuci AOP nie stosują technik pracy zgodnych z jednym nurtem teoretycznym (Grzesiuk, 2006b). Nie stanowili więc jednorodnej grupy pod względem zmiennej *praca nad przeniesieniem*. Badani pacjenci uczestniczyli w psychoterapii, w której praca nad przeniesieniem odbywała się ze zróżnicowanym nasileniem (intensywne w przypadku psychoanalizy, średnie – podejścia integracyjnego/eklektycznego, niskie – zwłaszcza podejścia behawioralno-poznawczego).

Zgodne z wynikami naszych badań są rezultaty opisane w literaturze wskazujące, że praca nad przeniesieniem przynosi pozytywne rezultaty, przyczynia się do poprawy relacji psychoterapeutycznej, zwłaszcza na początku psychoterapii (Telldes i in., 2008). Dobra relacja psychoterapeutyczna przekłada się na skuteczność psychoterapii – jak podają Corey (2005), Czabała (2006) oraz Gelso i Hayes (2004). Badania innych autorów wskazują, że praca nad przeniesieniem (inter-

pretacja przeniesienia) wpływa na poprawę relacji pacjenta poza psychoterapią, poprawia jego kontakty z innymi ludźmi (Tellides i in., 2008). Można w literaturze też znaleźć badania ilustrujące pozytywny wpływ na skuteczność psychoterapii pracy nad przeniesieniem u pacjentów mających poważne problemy w kontaktach z innymi – w przypadku stwierdzenia u pacjentów diagnoz: zaburzeń osobowości narcystycznych i borderline (Høglend i in., 2011; Diamond i in., 2013). Z badań tych wynika, że praca nad przeniesieniem jest wyjątkowo korzystna w wymienionych grupach pacjentów. Wyniki te są spójne z prezentowanymi w tym rozdziale. Choć nie znaleziono w literaturze danych, które w taki sam sposób jak w naszych badaniach ilustrowałyby zależności między zmiennymi.

Nasze badania pokazują, że jeżeli pacjenta charakteryzuje zahamowanie w kontaktach z innymi ludźmi, to korzystna jest dla niego praca nad przeniesieniem. Trzykrotnie wzrasta siła związku między zahamowaniem w kontaktach z innymi a dobrą relacją z psychoterapeutą. Uzyskany efekt moderacji jest bardzo silny, gdy moderatorem związku między zahamowaniem pacjenta w kontaktach z innymi i dobrej relacji z psychoterapeutą jest praca nad przeniesieniem. Dane te są spójne z doniesieniami z literatury, zgodnie z którymi w przypadku specyficznych problemów wybrane metody pracy mogą być skuteczniejsze od innych (Rakowska, 2005, 2006a, 2006b; Prochaska i Norcross, 2006).

Prezentowane w tym rozdziale badania pokazują rezultaty w pewnym stopniu sprzeczne z danymi, w których stwierdzana jest skuteczność psychoterapii niezależnie od jej nurtu teoretycznego (Grzesiuk, 2006c; Prochaska i Norcross, 2006; Cook i in., 2010; Keefe i in., 2014; Leichsenring i Schauenburg, 2014). Specyficzne nurty posługują się charakterystycznymi dla siebie technikami, a mimo to wykazują podobną skuteczność bezpośrednią psychoterapii – metaanalizy opisane w literaturze przedmiotu informują, że psychoterapia jest skuteczną metodą leczenia niezależnie od jej nurtu teoretycznego.

Badania ilustrują również efektywność czynników wspólnych psychoterapii niezależnie od stosowanych w niej metod (Aleksandrowicz i Sobański, 2004; Lutz i in., 2006; Rakowska, 2005, 2006b; Prochaska i Norcross, 2006). Podczas gdy w naszych badaniach wyraźnie widać, że konkretna technika, jaką jest praca nad przeniesieniem – charakterystyczna dla nurtu psychoanalitycznego i szkół psychodynamicznych – zwiększa jakość relacji psychoterapeutycznej, co prowadzi do wyższej skuteczności psychoterapii. Odmienne niż zostało to stwierdzone w naszych badaniach – dane z literatury wskazują, że techniki psychoterapii odgrywają drugorzędne znaczenie, w mniejszym stopniu przyczyniają się do skuteczności psychoterapii niż czynniki związane z osobą psychoterapeuty i pacjenta (Rakowska, 2005, 2006a; Czabała, 2006).

Psychoterapeuci praktycy poszukują konkretnych wskazówek dotyczących tego, jakich technik używać, w jakich okolicznościach i dlaczego. Gdy coraz większa rzesza terapeutów stosuje metody eklektyczne i integracyjne, dane z naszych

badan̄ dostarczają istotnej dla nich informacji. Pokazują bowiem, jaka technika przynosi zauważalnie lepsze rezultaty w zakresie jednego z elementów procesu psychoterapeutycznego – relacji psychoterapeutycznej – ktory ma znaczenie dla skuteczności psychoterapii.

BIBLIOGRAFIA

- Aleksandrowicz, J.W., Sobański, J.A. (2004). *Skuteczno psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Andrusyna, T.P., Luborsky, L., Pham, T., Tang, T.Z. (2006). The mechanisms of sudden gains in Supportive-Expressive therapy for Depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 526–536.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(2), 118–135.
- Biaas, A. (2009). Psychotherapy effectiveness and the possibility of personality traits changes depending on the patients' age. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, 11–19.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260.
- Cierpiakowska, L. (2008). Relacja i przymierze terapeutyczne a efektywno psychoterapii. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiakowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki* (s. 140–159). Gdańsk: GWP.
- Clemence, A.J., Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Strassle, C.G., Handler, L. (2005). Facets of the therapeutic alliance and perceived progress in psychotherapy: Relationship between patient and therapist perspectives. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 443–454.
- Cooper, M. (2010). *Efektywno psychoterapii i poradnictwa psychologicznego. Wyniki badań i praktyka kliniczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Corey, G. (2005). *Teoria i praktyka poradnictwa i psychoterapii*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C. (2001). Relational interpretations. *Psychotherapy*, 38(4), 423–428.
- Czabała, J.C. (2006). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: WN PWN.
- Diamond, D., Yeomans, F.E., Stern, B., Levy, K.N., Horz, S., Doering, S., Fischer-Kern, M., Delaney, J., Clarkin, J.F. (2013). Transference Focused Psychotherapy for Patients with Comorbid Narcissistic and Borderline Personality Disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 527–551.
- Fhaner, S. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Gdańsk: GWP.
- Fila, U. (1993). *Badanie katamnestyczne nad psychoterapi. Związek między problematyk pacjenta, procesem psychoterapeutycznym a efektami psychoterapii*. Niepublikowana praca magisterska. Warszawa: Wydzia Psychologii Uniwersytet Warszawski.
- Gelso, C.J. (2009). Real relationship. The time has come: The real relationship in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(3), 278–282.
- Gelso, C.J., Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 384–390.
- Gelso, C.J., Hayes, J.A. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: GWP.
- Gelso, C.J., Palma, B., Bhatia, A. (2013). Attachment theory as a guide to understanding and working with transference and the real relationship in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 69(11), 1160–1171.

- Gelso, C.J., Carter, J.A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306.
- Grzeziuk, L. (red.). (2006a). *Psychoterapia. Badania i szkolenie*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Grzeziuk, L. (2006b). Badania nad psychoterapią prowadzoną w Akademickim Ośrodku Psychoterapii. W: L. Grzeziuk (red.), *Psychoterapia. Badania i szkolenie* (s. 333–350). Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Grzeziuk, L. (red.). (2011). *Psychoterapia. Szkoły i metody*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Grzeziuk, L., Cierpiałkowska, L., Dudek, Z. (red.). (w przygotowaniu). *Psychoterapia w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Grzeziuk, L., Suszek, H. (red.). (2011). *Psychoterapia. Problemy pacjentów*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Gullo, S., Coco, G.L., Gelso, C. (2012). Early and later predictors of outcome in brief therapy: The role of real relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 68(6), 614–619.
- Hadžiahmetović, N., Alispahić, S., Tuce, D., Hasanbegović-Anić, E. (2016). Therapist's interpersonal style and therapy benefit as the determinants of personality self-reports in clients. *Vojnosanitetski Pregled*, 73(2), 135–145.
- Hair, J.J., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E., Tatham, R.L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Hendriksen, M., Peen, J., Van, R., Barber, J.P., Dekker, J. (2014). Is the alliance always a predictor of change in psychotherapy for depression? *Psychotherapy Research*, 24(2), 160–170.
- Hill, C.E., Chui, H., Huang, T., Jackson, J., Liu, J., Spangler, P. (2011). Hitting the wall: A case study of interpersonal changes in psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(1), 34–42.
- Høglend, P., Dahl, H.S., Hersoug, A.G., Lorentzen, S., Perry, J.C. (2011). Long-term effects of transference interpretation in dynamic psychotherapy of personality disorders. *European Psychiatry*, 26, 419–424.
- Izydorczyk, B., Gąska, A. (2015). Application of psychological diagnosis in the process of establishing criteria for psychodynamic therapy designed for patients with personality disorders. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 5–16.
- Joseph, S., Linley, P.A. (2007). *Terapia pozytywna: pozytywna teoria psychologiczna praktyki terapeutycznej*. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 211–229). Warszawa: WN PWN.
- Keefe, J.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34, 309–323.
- Kokoszka, A. (2015). *Psychoanalityczne ABC Podstawy psychoanalitycznego myślenia*. Kraków: TAIWPN Universitas.
- Lenkiewicz, M. (1992). *Badania katamnesticzne nad psychoterapią. Związek pomiędzy problematyką pacjenta, przebiegiem procesu psychoterapeutycznego a efektami psychoterapii*. Niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- McElvaney, J., Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(4), 246–253.
- Moore, B.E., Fine, B.D. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: Jacek Santorski & CO Wydawnictwo.
- Pajor, K. (2009). *Psychoanaliza Freuda po stu latach*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.

- Percevic, R., Lambert, M.J., Kordy, H. (2006). What is the predictive value of responses to psychotherapy for its future course? Empirical explorations and consequences for outcome monitoring. *Psychotherapy Research*, 16(3), 364–373.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.O. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Rakowska, J.M. (2005). *Skuteczność psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Rakowska, J.M. (2006a). *Skuteczność psychoterapii a cechy pacjenta i terapeuty*. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Badania i szkolenie* (s. 155–188). Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Rakowska, J.M. (2006b). *Wyniki badań nad skutecznością psychoterapii podsumowane w metaanalizach*. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Badania i szkolenie* (s. 83–100). Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Robiner, N. (1987). An Experimental Inquiry into Transference Roles and Age. *Psychology and Aging*, 2(3), 306–311.
- Saloheimo, H.P., Markowitz, J., Saloheimo, T.H., Laitinen, J.J., Sundell, J., Huttunen, M.O., Aro, T.A., Mikkonen, T.N., Katila, H.O. (2016). Psychotherapy effectiveness for major depression: a randomized trial in a Finnish community. *Psychiatria*, 16(131), 1–9.
- Snyder, W.U., Snyder, B.J. (1961). *The Psychotherapy Relationship*. New York: The Macmillan Company.
- Sokolik, Z. (2005). *Psychoanaliza*. W: L. Grzesiuk (red.), *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (2014a). Doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii a jej skuteczność – referat na I Polskiej Konferencji Psychologii Klinicznej (krajowa), 27–29 listopada, Poznań.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (2014b). Rozbieżność między oczekiwanymi i uzyskanymi korzyściami z psychoterapii a jej skuteczność – referat na I Polskiej Konferencji Psychologii Klinicznej (krajowa), 27–29 listopada, Poznań.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (2014c). Cechy pacjenta a przebieg psychoterapii. Wykorzystanie metody równań strukturalnych do analizy danych katamnesticznych – referat na I Polskiej Konferencji Psychologii Klinicznej (krajowa), 27–29 listopada, Poznań.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (2015a). Relacja między pacjentem i psychoterapeutą a skuteczność psychoterapii. Wyniki badań katamnesticznych. W: M. Kornaszewska-Polak (red.), *Wystarczająco dobre życie. Konteksty psychologiczne* (s. 165–178). Sosnowiec: Oficyna Wydawnicza Humanitas.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (2015b). „Badania nad psychoterapią. Cechy pacjenta, jego doświadczenia z przebiegu psychoterapii a jej skuteczność” – wykład gościnny na Wydziale Psychologii UW zorganizowany przez Katedrę Psychoterapii UW, 16 czerwca, Warszawa.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (2015c). Badania nad psychoterapią. Cechy pacjenta, jego doświadczenia z przebiegu psychoterapii a jej skuteczność – wykład gościnny – w Wyższej Szkole Administracji Publicznej im. Stanisława Staszica, 16 maja, Białystok.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (2016a). Doniesienia z badań nad psychoterapią. Cechy pacjenta, jego doświadczenia z przebiegu psychoterapii i jej skuteczność. *Roczniki Psychologiczne*, 3, 583–603.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (2016b). Cechy pacjenta a przebieg psychoterapii i jej bezpośrednia skuteczność – wystąpienie na III Sympozjum z cyklu Psychologia i Psychoterapia „Osobowość i temperament a psychoterapia” 18–19 marca, Warszawa.
- Szymańska, A., Dobrenko, K., Grzesiuk, L. (w druku). Cechy i doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii oraz skuteczność psychoterapii. Podejście strukturalne. *Psychiatria Polska*.

- Tellides, C., Fitzpatrick, M., Drapeau, M., Bracewell, R., Janzen, J., Jaouich, A. (2008). The manifestation of transference during early psychotherapy session. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(2), 85–92.
- Town, J.M., Diener, M.J., Abbass, A., Leichsenring, F., Driessen, E., Rabung, S. (2012). A Meta-Analysis of Psychodynamic Psychotherapy Outcomes: Evaluating the Effects of Research-Specific Procedures. *Psychotherapy*, 49(3), 276–290.
- Ulberg, R., Johansson, P., Marble, A., Høglend, P. (2009). Patient Sex as Moderator of Effects of Transference Interpretation in a Randomized Controlled Study of Dynamic Psychotherapy. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(2), 78–86.

KATARZYNA SCHIER

Uniwersytet Warszawski

BEZCIELEŚNI PSYCHOTERAPEUCI? DOŚWIADCZANIE CIAŁA W PROCESIE PSYCHOTERAPII

Wprowadzenie

Zaproszenie do udziału w tak ważnym przedsięwzięciu naukowym jak jubileusz pięćdziesięciolecia aktywności zawodowej Pana Profesora Czesława Czabały uważam za wyjątkowy zaszczyt. Należę do pokolenia pierwszych uczniów Pana Profesora. To z jego książki pt. *Czynniki leczące w psychoterapii* mogłam się dowiedzieć, jakie są podstawowe nurty w psychoterapii i jakie elementy można w nich uznać za „leczące”.

Zacytujmy na początek myśli Profesora Czabały (2000, s. 247) na temat istoty psychoterapii:

W wyniku psychoterapii pacjent nie staje się lepszym człowiekiem, nie staje się doskonalszy ani szlachetniejszy w swoich potrzebach i pragnieniach, nie otrzymuje nowej osobowości, nie nabywa umiejętności zabezpieczających go przed kłopotami życiowymi. W wyniku psychoterapii pacjent staje się bardziej świadomym tego, jaki jest i tego, co przeżywa. Staje się bardziej świadomym własnych pragnień i własnych zobowiązań, własnych możliwości i ograniczeń. Staje się bardziej świadomy tego, jaki jest świat, w którym żyje, jacy są ludzie, ci najbliżsi i ci, z którymi musi współdziałać w realizacji swoich celów.

Te słowa są aktualne w odniesieniu do wszystkich rozpatrywanych przez Czabałę kierunków psychoterapii. Autor poddał analizie cztery najważniejsze nurty: psychoterapię psychoanalityczną, psychoterapię behawioralno-poznaw-

czą, psychoterapię humanistyczną i psychoterapię systemową. Proponuje następującą definicję psychoterapii:

Psychoterapię rozumiem jako metodę leczenia zaburzeń psychicznych. Zaburzenia te mogą występować jako określone zespoły objawów, wobec których psychoterapia będzie podstawową metodą leczenia, np. zaburzenia nerwicowe. Psychoterapia może być także wskazana jako metoda pomocnicza w leczeniu innych chorób, uzależnień, psychoz, chorób somatycznych (Czabała, 2000, s. 9).

Zdaniem Profesora we wszystkich rodzajach psychoterapii możemy wyróżnić pewne ogólne elementy, które przyczyniają się do zmiany terapeutycznej. Czabała uważa, że poszczególne szkoły psychoterapii różnią się przede wszystkim technikami, jakie stosują do wzbudzania podobnych elementów procesu terapeutycznego, który oparty jest na doświadczaniu nowych emocji, nabywaniu nowej wiedzy o sobie i innych oraz na uczeniu się nowych zachowań. Proces ten jest możliwy dzięki specjalnym warunkom, wynikającym z jednego wspólnego czynnika, którym jest związek terapeutyczny między pacjentem a terapeutą.

Analiza tego związku prowadzona w badaniach empirycznych oraz studiach klinicznych koncentrowała się najczęściej na szczególnych elementach funkcjonowania psychicznego zarówno pacjenta (klienta), jak i psychoterapeuty. W ostatnim czasie wskazuje się na zdolność pacjentów do mentalizowania, czyli na ich możliwości wyobrażenia sobie i odczuwania stanu umysłu drugiej osoby rozumianej jako predyktor zdolności do budowania więzi psychicznej i wchodzenia w relację z drugą osobą (Allen, Fonagy i Bateman, 2014). Wcześniej tę cechę funkcjonowania psychicznego rozważano często w ramach namysłu nad zdolnościami pacjentów do doświadczania konfliktu i różnicowano z ich trudnościami w formie deficytu strukturalnego (Schier, 2005), czyli, innymi słowy, analizowano rodzaj i poziom zaburzeń funkcjonowania pacjenta/klienta. W ostatnich dwudziestu latach coraz częściej refleksji poddaje się także specyficzne cechy psychoterapeuty, takie jak: zdolność do empatii, pamięć dzieciństwa, umiejętność naprawiania relacji, zdolność do wdzięczności itp. (Gardner, 1993; Joyce, 2005; Schier, 2016). W relacji terapeutycznej podkreśla się rolę jej świadomych komponentów, tak istotnych dla zawiązania przymierza terapeutycznego (Huprich, 2009), jak też nieświadomych dotyczących tego, co jest projektowane zarówno przez pacjenta na osobę psychoterapeuty, jak też przez psychoterapeutę na pacjenta (Schier, 2016). W kontekście tego ostatniego wątku rozważa się na przykład, czy pacjent spostrzegany jest przez psychoterapeutę jako sprawca, czy też jako ofiara relacji rodzinnych i innych społecznych uwarunkowań. Element ten ma szczególne znaczenie w pracy z osobami, które doświadczyły przemocy – nie tylko dla kształtu relacji terapeutycznej, ale także dla szeroko rozumianej techniki leczenia (Widera-Wysoczańska, 2010).

Jednym z niezwykle ważnych składowych relacji dwojga osób jest ich kontakt cielesny, czyli to, czy ktoś jest kobietą czy mężczyzną, czy jest stary, w średnim wieku, czy młody, w jaki sposób się porusza, jaki ma tembr głosu, czy mówi głośno, czy cicho, jak pachnie, czy jest atrakcyjny fizycznie itp. W przeszłości ten aspekt relacji terapeutycznej rzadko był poddawany analizom, co – moim zdaniem – spowodowało, że psychoterapeuci stali się „bezcieleśni” i sami siebie zaczęli tak traktować. Warto w tym miejscu zatrzymać się na chwilę nad problematyką ciała i jego obrazu.

Obraz ciała i Ja cielesne

Ciało jako przedmiot badań w naukach społecznych zaistniało w XX wieku. Wcześniej ciało i jego rolę rozważano w ontologii, gdy rozpatrywano relację dusza–ciało lub w myśli o wychowaniu, gdy odnoszono się do praktyk higienicznych i zdrowotnych (Majer, 2016). W naukach psychologicznych istnieje rozróżnienie na dwa konstrukty: *Ja cielesne* (któremu przeciwstawiane jest *Ja psychiczne*), analizowane przede wszystkim w ramach orientacji psychoanalitycznej, oraz *obraz ciała*, poddawany namysłowi przez badaczy z różnych nurtów teoretycznych. Według Franka Röhricha (2009) szeroko rozumiany obraz własnego ciała zawiera kilka kategorii. Są one następujące: poznawcze ustosunkowanie do ciała (*Körperbezogene Kognitionen*), percepcja, czyli sposób spostrzegania ciała (*Körperbezogene Perzeptionen*), emocje odnoszące się do ciała (*Körperbezogene Emotionen*) oraz określone zachowania mające związek z ciałem (*Körperverhalten*). Do kategorii obejmującej elementy poznawcze należy zaliczyć wiedzę o ciele, myśli i fantazje na jego temat, różnicowanie między daną osobą a innymi ludźmi, doświadczenie bycia całością i doświadczenie integracji cielesnej. Spostrzeganie ciała obejmuje zarówno percepcję kształtu, jak i przestrzeni, czyli orientację, jak też spostrzeganie bodźców pochodzących z wnętrza ciała i jego zewnętrznej powierzchni. Uczucia związane z ciałem to inaczej „obsadzenie” ciała określonymi emocjami. W tej kategorii znajduje się zadowolenie z ciała i jego części oraz uwaga, którą dana osoba kieruje w stosunku do swojego ciała. Do zachowań powiązanych z ciałem należą mimika, gestykulacja, wzorce postawy i ruchu, a także aktywności pielęgnacyjne podejmowane w stosunku do ciała (Schier, 2016). Zdaniem Röhricha (2009) zawsze, gdy mówimy o obrazie ciała, należy precyzyjnie dookreślić, jaki aspekt doświadczenia cielesnego mamy na myśli. W roku 2004 powstało czasopismo *Body image: An International Journal of Research*, które wyznacza standardy badawcze w odniesieniu do problematyki cielesności, opracowywane są narzędzia do badania obrazu ciała, które uwzględniają różne jego aspekty (Schier, 2016). Susan Grogan (2008) przedstawia bardzo prostą definicję obrazu ciała, czyli jego reprezentację w umyśle. Uważa ona,

że obraz ciała, to: „spostrzeżenia, myśli i uczucia danej osoby na temat jej ciała” (Grogan, 2008, s. 3).

Istnieje kilka różnych perspektyw teoretycznych, które określają sposób rozumienia tego, w jaki sposób kształtuje się Ja cielesne i obraz ciała. Ja cielesne (*body self*), jak powiedziano, to szeroki konstrukt, jest istotną częścią Ja, tworzącą się najwcześniej w rozwoju danej osoby. Według Davida Kruegera ma trzy podstawowe wymiary: psychiczne doświadczanie wrażeń cielesnych, percepcja funkcji ciała oraz obraz ciała (Krueger, 2002). Obraz ciała jest więc w tym rozumieniu częścią Ja cielesnego, może podlegać badaniu przy wykorzystaniu narzędzi psychologicznych (Schier, 2016). Ja cielesne tworzy się w relacji dziecka z jego rodzicami. Proces ten obejmuje kilka podstawowych faz. Uwzględniany jest tu zarówno kontekst przywiązania, jak i doświadczanie cielesności. Najważniejszym elementem jest charakter więzi emocjonalnej rodzice–dziecko, a więc dostrojenie rodzica do potrzeb dziecka, umiejętność ich odzwierciedlenia, zdolność opiekuńcza do stawiania granic, umiejętność naprawy interakcji itp. To, w jaki sposób rodzice doświadczają cielesności dziecka, czy je przytulają i jak na nie patrzą, w jaki sposób do niego mówią, czy odczuwają przyjemność w kontakcie z nim i jego ciałem, a także to, jak przeżywają i widzą własne ciało i ciało dorosłego partnera, ma znaczący wpływ na to, jaki kształt przyjmie Ja cielesne u dziecka. Obraz ciała, a więc jego odzwierciedlenie w umyśle, kształtuje się około 6–7 roku życia dziecka i ulega modyfikacjom w kolejnych okresach rozwojowych. Zdaniem Janusza Trempały (2015) osoby, które doświadczyły deficytu w obrębie budowania obrazu ciała w dzieciństwie, mogą mieć trudności z korektywnym doświadczeniem cielesności w relacji miłosnej w późniejszym życiu.

W literaturze przedmiotu w ostatnim okresie dużą popularność zyskują teorie dotyczące znaczenia czynników społeczno-kulturowych w tworzeniu się obrazu ciała (Ricciardelli i Yager, 2016). Są to: teoria porównywania się społecznego (*social comparison theory*), zgodnie z którą przyjmuje się, że ludzie porównują się ze sobą i nasilenie tego trendu następuje w okresie dorastania; teoria społecznego uczenia się (*social learning theory*), wskazująca, że ludzie uczą się od siebie w rodzinie, przez interakcje z rówieśnikami i oglądanie mediów; teoria uprzedmiotowienia Ja (*self-objectification theory*), ukazująca przedmiotowy stosunek do ciała (przede wszystkim kobiecego), traktowanego najczęściej jako obiekt seksualny oraz teoria feministyczna (*feminist theory*), wskazująca na ujednoczenie w kulturze Zachodu ideałów wyglądu ciała kobiecego. Należy podkreślić, że w ostatnim czasie coraz bardziej intensywnie analizuje się także ideały ciała męskiego (Majer, 2016).

Warto zatem zapytać, jak to się dzieje, że te, tak ważne aspekty doświadczania własnego ciała nie są uwzględniane zarówno w czasie szkolenia kandydatów na psychoterapeutów, w czasie superwizji, jak też (a może przede wszystkim) nie są przedmiotem namysłu w toku pracy psychoterapeutycznej.

Kultura uprzedmiotawiająca ciało

Współczesna kultura zyskała kilka specyficznych określeń. Mówi się o czasach narcyzmu, o kulturze manii (Olchanowski, 2016), o czasach konsumpcjonizmu czy też o kulturze *technopolu*, czyli totalitarnej technokracji oznaczającej podporządkowanie wszelkich form życia kulturowego panowaniu techniki i technologii (Ledzińska, 2017). W odniesieniu do tego ostatniego twierdzenia przyjmuje się, że technopol to nie tylko troska o wprowadzenie techniki do życia społecznego, ale także stan umysłu, przyjęcie za dogmat tezy, że aktualny rozwój techniki należy zaliczyć do najwyższych osiągnięć ludzkości. Krytycy tego podejścia wskazują na negatywne skutki wkraczania nowoczesnej techniki w codzienne życie. Ledzińska (2017, s. 15) uważa, że: „W czasie gdy sprawność przekazywania informacji – z racji rozwoju techniki – wzrosła kilkanaście rzędów wielkości, mózg ludzki nie uległ zmianie i jest mechanizmem transmisji sygnałów milion razy wolniejszym w porównaniu z nowoczesnym komputerem”. W innym miejscu autorka zwraca uwagę na to, że ogromny przepływ informacji nie pozwala na ich przyswojenie. Charakteryzując postawy młodych ludzi, stwierdza: „Mam na myśli wydłużenie fazy pobierania informacji w stosunku do etapu przetwarzania. Jej odpowiednikiem – na płaszczyźnie metabolizmu energetycznego – byłaby nieustająca konsumpcja, pozbawiająca organizm możliwości strawienia i przyswojenia pokarmu” (Ledzińska, 2017, s. 17). Zwraca również uwagę, że zgodnie z kulturą technopolu mamy być skuteczni i sprawni, funkcjonować tak, jak szybki komputer wyposażony w mocny procesor.

Tomasz Olchanowski (2016), podkreślając wszechogarniającą rolę konsumpcji we współczesnym świecie, odwołuje się do obrazu motyla cygańskiego. Ten gatunek owada rośnie do wielkich rozmiarów, pożerając duże ilości liści z drzew, w końcu zaś z braku pożywienia zaczyna zjadać samego siebie i umiera. Współczesna kultura, która promuje obłądną modę na fotografię autoportretową o nazwie *selfie*, ma związek z tym, że „narcystyczna osobowość naszych czasów przepoczwarzyła się w osobowości depresyjne, maniakalne, dwubiegunowe, nawet autystyczne” (Olchanowski, 2016, s. 198). Maski z fotografii typu *selfie* są często radosne, mają zagłuszać to, co miało pozostać w ukryciu, czyli głęboki smutek i poczucie braku nadziei, które neutralizuje się używkami, zabawą, farmakologią i wiarą w propagandę postępu. Tezy Olchanowskiego w jakimś sensie potwierdzają wyniki badań, prowadzonych między innymi przez Profesora Czabałę. W badaniu 90 osób, z których 30 cierpiało na chorobę dwubiegunową, 30 na chorobę afektywną jednobiegunową, a 30 było zdrowych, okazało się, że osoby z chorobą dwubiegunową uzyskały wyniki niższe w obszarze neurotyzmu od osób z chorobą jednobiegunową, a także wyższe w obszarze ekstrawersji. Rezultaty badania ujawniły, że osoby z chorobą dwubiegunową mniej różnią się od osób zdrowych niż pacjenci z chorobą jednobiegunową. Jedno z wyjaśnień przy-

jętych przez autorów badań dotyczyło tego, że pacjenci z chorobą jednobiegunową doświadczają upośledzenia funkcjonowania z powodu kolejnych epizodów depresji, osoby z chorobą dwubiegunową mogą natomiast przeżywać epizody hipomaniakalne jako coś pozytywnego (Sariusz-Skapska i in., 2003a). W innych analizach tej samej grupy badawczej stwierdzono, że osoby z chorobą dwubiegunową wykazują wyższe poczucie zaradności w porównaniu z osobami z chorobą jednobiegunową (Sariusz-Skapska i in., 2003b). Wynik ten sugeruje, że w sytuacjach trudnych lepiej radzą sobie ze stresem. Według autorów kompetencja ta dotyczy zarówno twórczego wykorzystania własnych zasobów, jak i umiejętności korzystania ze wsparcia społecznego.

W kulturze technopolu lub manii także ciało nie może być traktowane w sposób podmiotowy. Dotyczy to między innymi wymogów, czyli ideałów, jakie są stawiane zarówno ciału kobiecemu, jak i męskiemu (Schier, 2010). Kobiety mają być wysokie, wysportowane, szczupłe, mężczyźni zaś wysocy i muskularni. Oczekiwania stawiane przez kulturę ciała danej osoby są często nierealne, niemożliwe do spełnienia. Bardzo popularna przez lata lalka dla dzieci Barbie ma takie kształty, które, gdyby żyła, uniemożliwiłyby jej egzystencję. Wielkie wcięcie w talii czyniłoby jej oddychanie niemożliwym, małe stopy nie utrzymałyby sylwetki w pozycji pionowej. Oczywiście pojawia się pytanie o to, kto ma interes w tym, aby – jak wykazują wyniki badań (także prowadzonych w Polsce) – niezadowolenie z ciała stało się normatywne. Większość kobiet jest bowiem niezadowolona z jakichś części albo funkcji swojego ciała (Schier, 2010). Ciało przestaje być istotną częścią Ja, dla wielu osób staje się narzędziem albo wizytówką.

Badania Ewy Młodziak, prowadzone we współpracy ze mną (Młodziak i Schier, 2015, 2016), w odniesieniu do grupy 136 młodych dorosłych w wieku od 18 do 30 lat polegały na analizie narracji osób badanych, którzy udzielały krótkiej pisemnej odpowiedzi na pytanie: *Czym dla Ciebie jest ciało?* Dokonano semantycznej analizy narracji, wyodrębniając kilkadziesiąt pojedynczych kategorii postrzegania ciała, które potem z udziałem sędziów kompetentnych połączono w większe kategorie znaczeniowe. W ten sposób wyłoniono 13 końcowych kategorii. Zgodnie z odpowiedziami respondentów ciało to: *łącznik, źródło doznań, narzędzie, wizytówka, ja, mieszkanie duszy, informacja o sobie, ekspresja siebie, maszyna, materiał do dbania, przedmiot (sztuki, fascynacji), ograniczenie* oraz grupa stwierdzeń *nie wiem*. Analiza ilościowa pozwoliła stwierdzić, że metaforą zdecydowanie dominującą było *ciało jako narzędzie*. Zsumowanie liczebności odpowiedzi z różnych kategorii ujawniło, że wśród badanych młodych dorosłych dominował przedmiotowy sposób postrzegania ciała. Było ono narzędziem, wizytówką, maszyną, materiałem do dbania, a także przedmiotem znacznie częściej niż częścią Ja, źródłem doznań lub mieszkaniem duszy. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że ten rodzaj stosunku do własnego ciała dominuje także na przykład w dyskursie medycznym, gdyż zarówno personel medyczny, jak też sami

pacjenci traktują swoje ciało bardzo często jako rzecz, która ma być naprawiona (Młóżniak i Schier, 2015). Metafory przyjęte w lecznictwie mówią o „walce z chorobą”, o „przeglądzie ciała”, o „pokonaniu choroby”, o „zwalczaniu zarazków”, czyli odnoszą się do walki i do wojny. Metafory to bardzo potężne narzędzia pozwalające na tworzenie znaczeń, mogą więc strukturyzować nasze wyobrażenia o rzeczywistości (Młóżniak i Schier, 2015).

Anna Majer (2016) dokonała analizy dyskursu na podstawie znacznego zbioru artykułów zamieszczonych na internetowym portalu dla mężczyzn (menforum.pl) w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie o to, jakie elementy tworzą obraz męskiego ciała. Dominujące kategorie opisujące idealne męskie ciało okazały się następujące: *czysty, szczupły, wysoki, umięśniony, w owłosioną głowę, zdrowy, o dobrej kondycji fizycznej, sprawny seksualnie, odpowiednio pachnący, uśmiechnięty, z zadbanymi zębami, względnie młody oraz odpowiednio ubrany*. Majer dostrzeża problemy, jakie mężczyźni mogą mieć ze swoim ciałem, w tym przede wszystkim z jego wyglądem. Trudności i wyzwania mogą być różne, ale odnoszą się one wszystkie do myślenia o ciele idealnym (Majer, 2016). Wyniki przedstawionego badania wskazują na to, jak ważnym elementem współczesnej kultury jest tworzenie wizerunku, czyli iluzji. To na niej właśnie bazują takie inicjatywy, jak Facebook, gdzie większość osób przedstawia siebie w sposób upiękuszony. Znam osobę, która ma dwa profile, jeden prawdziwy dla rodziny i znajomych, gdzie widać jej przekrzywiony nos i drugi – publiczny, gdzie jest piękna, czyli przekształcona. Po prostu jest „wymyślona”! (Schier i Krzemionka, 2017).

Konsekwencją przyjęcia twierdzenia na temat prymatu techniki, a także tego, że jest się wszechmocnym, że ciało jest narzędziem oraz powinno być idealne, jest przekonanie o tym, że ciało można zmieniać i dowolnie kształtować – dokonywać operacji plastycznych, odmładzać wygląd skóry; jednym słowem, ciało można, a może nawet należy – modyfikować.

Co z tego wynika dla procesu psychoterapii? Jakie znaczenie ma to, czy pacjent i psychoterapeuta identyfikują się z przekazami współczesnej kultury, np. wierzą w to, że ciało powinno się w szczególny sposób (przy wykorzystaniu określonych zabiegów) kształtować, tak by spełniało oczekiwania?

Pacjent i psychoterapeuta w doświadczaniu ciała

Wszyscy żyjemy w określonej kulturze, w danym czasie i w dominującej społecznej narracji. W tym miejscu warto zastanowić się nad tym, jakie znaczenie dla rozumienia funkcji ciała w psychoterapii ma postawa psychoterapeuty i pacjenta względem niego. Jeśli myślenie i przeżywanie ciała oraz cielesności są podobne, w kontakcie dosyć szybko może dojść do dialogu i swego rodzaju porozumienia. Nie zawsze jednak tak się dzieje. To, jak zróżnicowane mogą być podejścia obu

uczestników relacji terapeutycznej wobec ważnych pytań i wartości pokazał Michał Melonowski (2016), dokonując analizy sposobu, w który społeczne dyskursy płci mogą wpływać na terapię pary. Autor ilustruje na przykładach znaczenie, jakie dla procesu terapii może mieć fakt, że partnerzy oraz terapeuta wykazują rozbieżności światopoglądowe dotyczące różnic płci. Melonowski charakteryzuje dwa punkty widzenia: esencjalistyczny oraz związany z konstrukcjonizmem. W tym pierwszym przyjmuje się istnienie odrębnych i różnych natur kobiecej i męskiej (esencji), w których płęć dostarcza podstawowych kategorii dla poznawczej organizacji obrazu świata i społecznego doświadczenia podmiotu. W tym drugim natomiast rozumienie kobiecości i męskości jest efektem nieraz bardzo subtelnych sposobów budowania społecznego rozumienia, z przyjęciem założenia, że świat zawsze postrzegany jest w sposób subiektywny, a rzeczywistości nie można poznać, a obserwatorzy mogą jedynie porozumiewać się między sobą na temat własnych konstruktów. Możemy sobie wyobrazić, jak wiele konfliktów i trudności w obrębie komunikowania może się pojawić wtedy, gdy terapeuci i pacjenci (w rozważaniach Melonowskiego – para, co jeszcze bardziej komplikuje proces) mają odmienne poglądy na temat płci.

To samo zjawisko może zachodzić w odniesieniu do rozumienia ciała i tworenia jego obrazu. Wyobraźmy sobie, że do terapeuty mężczyzny, którego ideał ciała odpowiadałby temu, który przestawiła w swojej analizie Anna Majer (2016) przychodzi pacjentka, o światopoglądzie feministycznym, która uważa, że „społeczeństwa zachodnie tworzą dualizm ciała i umysłu. Kobiety są łączone z ciałem, mężczyźni z umysłem, a umysł i bycie mężczyzną jest wyżej oceniane niż ciało i bycie kobietą” (McKinley, 2011, s. 48). Może ona także sądzić,

że społeczeństwa zachodnie definiują ciało męskie jako standard, na podstawie którego oceniane są ciała kobiece. Ciała kobiece są w porównaniu z męskimi odstępstwem od normy (*deviant*). Tworzy to kontekst sprzyjający konstruowaniu tezy o kobietach i dziewczynkach jako obiektach, które mają być obserwowane i oceniane w odniesieniu do tego, na ile ich ciało pasuje do standardów kultury (McKinley, 2011, s. 49).

Terapeuta pracujący z tak myślącą kobietą uważa natomiast o czym była mowa, że idealne ciało mężczyzny, to ciało między innymi szczupłe, wysokie i sprawne seksualnie. Czy taka diada pacjentka–terapeuta może porozumieć się na temat potencjalnej nadwagi kobiety? Dla niej mogłaby być ona wyrazem chronicznego stresu, w którym się znajduje, próbując łączyć wymagającą pracę zawodową z wychowaniem dzieci. Uważałaby na przykład, że te trudne doświadczenia codzienności są na bieżąco „zapisywane w ciele” (Schier, 2009). Psychoterapeuta z kolei mógłby być zdania, że kobieta nie ma wystarczającej samodyscypliny, a nawet mógłby rozwijać myśli na temat tego, że czyniąc siebie nieatrakcyjną, chce „dowalić” swojemu partnerowi życiowemu. Zdaniem terapeuty powinna

modyfikować (*rzeźbić*) swoje ciało, aby odpowiadało ogólnie przyjętym standardom. Jak rozwiązać ten dylemat? Kto, od kogo i w jaki sposób mogłby się uczyć nadawania znaczeń i pojmowania systemu przekonań drugiej osoby?

Podobny brak rozumienia przez psychoterapeutkę (tu: kobietę) mogłby dotyczyć stosunku do podejmowania pracy z ciałem przez pacjentkę, mającą duże deficyty w obszarze doświadczania ciała z przeszłości, wyrażające się lękiem przed bliskością fizyczną. Psychoterapeutka, która identyfikowałaby się z prymatem psychoterapii werbalnej nad innymi jej nurtami, mogłaby mieć do takich oddziaływań stosunek krytyczny, a nawet je dewaluować, uważając za „nieterapeutyczne” albo „niszczące” relację terapeutyczną.

W tym miejscu konieczne jest wyjaśnienie dotyczące takich pojęć, jak *psychoterapia ciała* oraz *praca z ciałem*. Pogłębioną charakterystykę psychoterapii ciała (*body psychotherapy*) i pracy z ciałem (*body work*) przedstawia Nick Totton (2011). Podstawowa różnica między pracą z ciałem i psychoterapią ciała dotyczy specjalnego, wieloletniego treningu, który przechodzą psychoterapeuci ciała. Psychoterapeuci ciała przyjmują, że pracując z ciałem, jednocześnie oddziałują na umysł. Uważają, że ciało to cała osoba (*body is a whole person*) (Totton, 2011). W psychoterapii ciała mogą być wykorzystane niektóre techniki psychoterapii werbalnej, a istotny element, który jest brany pod uwagę, to relacja terapeutyczna. Praca z ciałem natomiast to cała grupa leczących oddziaływań, które pracują *na, z* albo *poprzez* ciało. Przykłady pracy z ciałem to: fizjoterapia, shiatsu (japońska metoda uciskowa), terapia czaszkowo-krzyżowa, inaczej zwana craniosacralną (delikatna, nieinwazyjna terapia dotykowa), technika Alexandra (ucząca świadomego powrotu do rozluźnienia po momencie stresu) oraz masaż. Ze względu na krytykę podejść związanych z ciałem zarówno ze strony psychoterapeutów pracujących przez rozmowę, jak i przedstawicieli środowisk medycznych (np. rehabilitantów), istotne znaczenie ma to, aby takie formy pracy były prowadzone wyłącznie przez osoby profesjonalnie wyszkolone (Schier, 2016).

Należy w tym miejscu wyraźnie powiedzieć, że o ile łączenie psychoterapii ciała z jakąś formą psychoterapii werbalnej (psychoanalitycznej, humanistycznej, systemowej czy też behawioralno-poznawczej) nie jest uzasadnione z powodu istoty relacji terapeutycznej (np. uwzględniającej namysł nad przeniesieniem), która rozwijałaby się w obu tych procesach, to integracja psychoterapii werbalnej z pracą z ciałem wydaje się nie budzić większych kontrowersji. Moje własne ponad trzydziestoletnie doświadczenie terapeutyczne wskazuje, że pacjenci często sami (najczęściej w końcowych fazach terapii) poszukują jakiegoś rodzaju doświadczenia uwzględniającego oddziaływanie dotyczące ciała. Warto zaznaczyć, że istnieją takie nurty w psychoterapii, w których praca z ciałem jest włączona w system myślenia o pacjencie, stanowi część techniki leczenia i jest traktowana na równi z oddziaływaniem przez rozmowę. Należy do nich między innymi psychoterapia Gestalt (Francesetti, Gecele i Roubal, 2016).

O ile pacjentowi i psychoterapeucie uda się nawiązać dialog w obszarach dotyczących ciała i cielesności, o których była mowa, o tyle mogą oni doświadczyć trudności w obrębie pewnych, specyficznych obszarów relacji. Skoncentruję się na dwóch przykładach – kontakcie dotykowym w terapii oraz chorobie psychoterapeuty.

Obszary dotyczące cielesności w relacji terapeutycznej rzadko poddawane refleksji

W ostatnim czasie wzrosło zainteresowanie problematyką dotyku w kontakcie dwóch osób. Wyniki badania Boyce i współpracowników (za: Aksamit, 2017) wykazały, że dostępność dotyku i uśmiechu koreluje z ekstrawersją. Ujawniono także związek między deprywacją dotyku w dzieciństwie a zaburzonym obrazem ciała oraz wystąpieniem depresji w dorosłości (za: Aksamit, 2017).

W relacji małego dziecka z rodzicem, innym dorosłym lub dzieckiem mogą pojawić się różne rodzaje dotyku. Katarzyna Aksamit (2017) dokonała podsumowania literatury przedmiotu na ten temat i wyodrębniła analizowane przez badaczy formy dotyku. Dotyk pielęgnacyjny (*nurturing touch* lub *care giving touch*) występuje w codziennej opiece nad dzieckiem podczas przewijania, mycia, karmienia. Dotyk społeczno-uczuciowy (*active social-affectionate touch*), który może przejawiać się przez przytulanie, całowanie lub łaskotanie podczas zabawy, ma charakter aktywny. Występuje również bierny dotyk społeczno-uczuciowy (*passive social-affectionate touch*), który obejmuje kontakt fizyczny bez aktywnego zaangażowania się w interakcje dziecka i drugiej osoby. Może on oznaczać trzymanie dziecka na kolanach lub spoczywanie blisko siebie. Dotyk seksualny oraz dotyk stosowany do karania (np. bicie) dziecka są dotykami negatywnym.

Katarzyna Aksamit (2017) we współpracy ze mną przeprowadziła badania, w których uczestniczyło 31 par. Były to dzieci w wieku 10–14 lat i ich matki. Dzieci w narzędziu rysunkowym (przez wybór odpowiedniego obrazka) oceniały to, jak spostrzegają bliskość fizyczną z mamą i jakiej bliskości oczekują, za pomocą kwestionariusza zawierającego elementy projekcji oceniano natomiast obraz ciała. Uzyskano ciekawe wyniki. Okazało się, że istnieje związek pomiędzy oczekiwaniem oraz spostrzeganiem większej bliskości dziecka z matką i bardziej zróżnicowanym obrazem ciała. Oznacza to, że dzieci z takim obrazem ciała spostrzegają je jako bardziej złożone, potrafią oddzielać w umyśle jego poszczególne obszary, nie przeżywają go jako jednej niewyodrębnionej całości. Myślę, że warto byłoby przeprowadzić podobne badania na temat relacji dzieci z ich ojcami. Inną funkcję pełni w odczuciu dziecka bowiem dotyk matki oraz ojca; istotne znaczenie ma tu wiek dziecka. W świetle wyników opisanych badań można przyjąć, że

kontakt cielesny dorosłego z dzieckiem pełni ważne funkcje dla rozwoju obrazu ciała dziecka, co z kolei w kontekście związku ciała i umysłu może przekładać się na inne obszary funkcjonowania. Być może dotyczy to także innych dorosłych pozostających w kontakcie z dzieckiem, poza jego opiekunami.

Badacze zastanawiają się, czy przez stosowanie ogólnie przyjętych zasad polityki bezdotykowej, starających się ochronić grupę dzieci potencjalnie wykorzystywanych seksualnie, nie narażamy większości dzieci na deprywację (za: Aksamit, 2017). Zarazem dane zebrane przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (dawniej – Dzieci Niczyje) wskazują, że co piąte dziecko w Europie jest wykorzystywane seksualnie i aż 80% sprawców stanowią osoby, które dziecko znało i którym ufało (<http://gadki.fdds.pl/>). Konflikt wydaje się więc trudny do rozwiązania.

Moim zdaniem to samo pytanie, ten sam dylemat można przełożyć na sytuację psychoterapii. Wszystkie formy psychoterapii werbalnej uważają dotyk w kontakcie pacjent–psychoterapeuta za przekroczenie granic. Sigmund Freud już sto lat temu zaproponował dwie podstawowe reguły dotyczące relacji pacjent–psychoanalityk: zasadę neutralności (powściągliwości) oraz zasadę poufności (Huprich, 2009). Zupełnie inne podejście jest przyjęte w psychoterapii ciała (Totton, 2011) lub w psychoterapii Gestalt (Francesetti, Gecele i Roubal, 2016), gdzie formy kontaktu dotykowego są bardzo wyraźnie określone w kontrakcie. Konieczne jest przy tym wzięcie pod uwagę niezbędnych uwarunkowań etycznych.

W Polskim Towarzystwie Psychoanalitycznym jakiś czas temu toczyła się dyskusja na temat podawania ręki przy powitaniu i pożegnaniu z pacjentem. Część kolegów (szczególnie ci, którzy identyfikują się z tradycją niemieckojęzyczną) uważa podawanie ręki za konieczność i wynik szacunku dla pacjenta. Inni, którym bliższe są wzory brytyjskie, nie podejmują takich aktywności. Wyobraźmy sobie, jak sfrustrowany mógłby być pacjent, który mieszkał wiele lat w Niemczech, a trafiłby do polskiego psychoanalityka pracującego z wykorzystaniem zasad angielskich. Mógłby myśleć, że jest źle traktowany albo ignorowany, jego psychoanalityk z kolei odbierałby każdą wyciąganą przez pacjenta dłoń jako znak chęci naruszenia settingu analitycznego. Pojawia się w tym miejscu pytanie, dlaczego mamy tak dużą trudność rozmawiania o dotyku i o związanych z nim wrażeniach cielesnych w czasie szkolenia w ramach psychoterapii (różnych nurtów), a potem w czasie superwizji? Gdybyśmy mówili otwarcie o dotyku w czasie szkolenia, moglibyśmy z większą swobodą rozważać potrzeby pacjenta w tym zakresie.

Inny przykład sytuacji, która stanowi wielkie wyzwanie dla relacji terapeutycznej i która wiąże się z cielesnością, stanowi choroba psychoterapeuty. Także w odniesieniu do tego problemu można obserwować bardzo duży opór psychoterapeutów przed refleksyjnym zmierzeniem się z nim. Kiedy psychoterapeuta jest chory albo wręcz umierający, pacjent odbiera różne sygnały dotyczące jego stanu, wysyłane przede wszystkim w sposób niewerbalny. Na podstawie wyników

moich badań prowadzonych nad odwróceniem ról w rodzinie uważam, że najgorszym „rozwiązaniem” w parze pacjent–ciężko chory terapeuta, które mogłoby się pojawić, byłoby takie, gdyby terapeuta w sposób nieświadomy oczekiwał opieki, troski czy szczególnego zainteresowania ze strony pacjenta.

Za Nancy Chase (1999, s. 5) przyjmuję następującą definicję odwrócenia ról, czyli parentyfikacji: „Parentyfikacja w rodzinie obejmuje związaną z działaniem i/lub emocjonalną zamianę ról, w której dziecko poświęca własne potrzeby – uwagi, bezpieczeństwa i uzyskiwania wsparcia w rozwoju, po to, aby dostosować się do instrumentalnych lub emocjonalnych potrzeb rodzica i troszczyć o nie”. Parentyfikacja może mieć charakter instrumentalny, tzn. dziecko prowadzi dom, zarabia, opiekuje się fizycznie i/lub psychicznie chorym rodzicem, opiekuje się rodzeństwem, a także wymiar emocjonalny – dziecko jest terapeutą, powiernikiem, buforem, mediatorem, pocieszycielem, stanowi idealne Ja opiekuna, podnosząc w ten sposób jego samoocenę, może też być partnerem rodzica (niekiedy także seksualnym).

W rozważaniach i badaniach empirycznych własnych poświęconych parentyfikacji (Schier, 2016) zwracam uwagę na to, że osoby sparentyfikowane w dzieciństwie często mogą stać się również ofiarami odwrócenia ról w dorosłości. Ich obraz siebie (fałszywe Ja) jest tak bardzo zależny od pomagania innym, że niejednokrotnie nie potrafią funkcjonować w innych rolach. Nieustannie odczuwają potrzebę, aby kimś się opiekować – nauczycielami, partnerami lub przyjaciółmi. Jeśli ciężko chory terapeuta pracuje z takim pacjentem i nie dostrzega znaczenia faktu odwrócenia ról w jego historii życiowej, może dojść do retraumatyzacji, czyli powtórzenia trudnych doświadczeń pacjenta w relacji z psychoterapeutą. Taki pacjent może nosić w sobie emocje związane z ciężką chorobą terapeuty, z którymi ten nie mógł sobie radzić wystarczająco, czego wyrazem było to, że nie wycofał się z pracy klinicznej. Może być to na przykład psychoterapeuta, o którym z dumą i wzruszeniem opowiada się po jego śmierci, że pracował ofiarnie „do ostatnich chwil” z pacjentami, mimo bardzo zaawansowanej choroby nowotworowej. W takiej reakcji społecznej nie bierze się pod uwagę tego, że psychoterapeuta nie potrafił wyobrazić sobie, jakim wyzwaniem i brzemieniem dla jego pacjenta(ów) była konfrontacja z jego ciężką chorobą, ponieważ pozostawał skoncentrowany na sobie. Odwracał role, myśląc o tym, że jest niezastąpiony i ważny, czym podnosił swoją samoocenę, nie chroniąc pacjentów przed trudnymi doświadczeniami związanymi z jego osobą. Sparentyfikowani pacjenci ciężko chorego psychoterapeuty mogą nieświadomie się nim opiekować, a niekiedy nawet swoim zachowaniem próbować „ratować” go przed śmiercią.

Być może pewne znaczenie dla rozwoju takich postaw mają uwarunkowania historyczne. Twórca psychoanalizy, jednej z pierwszych metod leczenia psychoterapeutycznego (Czabała, 2000), Freud, chorował przez 16 lat na raka szczęki, był

w czasie choroby z pacjentami. Oczywiście nie chodzi o sam fakt chorowania na raka przez autora psychoanalizy, ale o to, że ten bardzo istotny element cielesności psychoanalizy nie był nigdy poddawany namysłowi przez jego uczniów i kontynuatorów. Pojawia się bowiem pytanie – czym dla pacjentów Freuda było to, że widzieli i czuli, że jest ciężko chory? Kiedy skończył 70 lat musiał na przykład od początku uczyć się mówić, a z powodu powikłań zdrowotnych pogorszył mu się słuch. Czy takie trudne obszary w bardzo intymnej relacji, jaką jest związek terapeutyczny, powodują, że terapeuci stają się bezcieleśni zarówno w kontakcie z innymi, jak i sami dla siebie?

Istnieją także inne płaszczyzny cielesności terapeuty, o których nie mówi się wiele przy okazji analizy relacji analitycznej. Należy do nich cięża psychoterapeutki, przez niektórych psychoanalityków traktowana niekiedy w przeszłości jako „patologiczny kryzys” (Yakeley, 2004). Niewiele opisów z przebiegu terapii wiąże się z tym, jak pacjenci reagują na ciężą psychoterapeutki i co ona dla nich oznacza na planie cielesnym (nie zaś jedynie mentalnym), na co zwraca uwagę Jessica Yakeley (2004). Jedno z wyjaśnień takiego stanu rzeczy dotyczy tego, że zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn konfrontacja z wyobrażeniem ciężarnej matki w osobie psychoterapeutki budzi bardzo silne lęki. Dotyczą one nie tylko fantazji o seksualności matki, ale także niepokoju w związku ze zmianami w obszarze jej ciała (Yakeley, 2004). Oczywiście te same lęki mogą dotyczyć osoby psychoterapeutki lub psychoterapeuty konfrontowanych z ciężą pacjentki. Czy można ten stan rzeczy zmienić choćby przez to, że te trudne tematy będą podejmowane w czasie szkoleń w zakresie psychoterapii?

Namysł nad ciałem i cielesnością jako ważny element skutecznej psychoterapii

Podsumowując dotychczasowe rozważania, warto raz jeszcze wrócić do problemu czynników leczących w psychoterapii. Ważnym elementem skutecznej psychoterapii jest adekwatny dobór metody leczenia. Zdaniem Profesora Czabały (2000, s. 157) „podstawowym kryterium doboru metod psychoterapeutycznych powinno być ich dopasowanie do rodzaju problemów pacjenta, do jego indywidualnych potrzeb i możliwości i wynikających stąd rodzajów zmian, potrzebnych do osiągnięcia poprawy objawowej”.

W odniesieniu do własnych doświadczeń klinicznych i wyników badań formułuję tezę o tym, że istotne elementy w doborze metody powinny dotyczyć cielesności, doświadczenia ciała i obrazu ciała pacjenta. Psychoterapeuta winien posiadać wiedzę, która pozwoli mu nie tylko na ocenę tego, na ile realne doświadczenia życiowe pacjenta zostały „umieszczone” w jego ciele, ale także mieć świa-

domość własnej cielesności i jej znaczenia dla relacji terapeutycznej. Uważam, że istotne byłoby, aby zarówno terapeuci pracujący w nurcie psychoterapii ciała, jak i psychoterapeuci posługujący się słowem mieli podstawowe rozeznanie w obrębie tej problematyki (nie tylko na poziomie poznawczym, ale także – być może – w ramach doświadczeń w pracy własnej).

Najważniejszym elementem myślenia łączącego psychikę i ciało jest to, że trudne doświadczenia relacyjne mogą być „zapisane w ciele” (Schier, 2009), zarówno w kontekście procesów rozwojowych, jak i zaburzeń funkcjonowania. Według Stanleya Greenspana (2000) umysł kształtuje się we wczesnym dzieciństwie w relacji dziecka z jego opiekunami, a jego rozwój jest drogą od reagowania w sposób globalny (w tym poprzez ciało) do myślenia symbolicznego. Uważa on, że „najważniejszym architektem umysłu nie jest stymulacja poznawcza, ale emocje” (Greenspan, 2000, s. 9). W rodzinach, w których nie dochodzi do mentalizacji stanów psychicznych, czyli do ich wyrażania poprzez umysł, kształtuje się sposób regulacji emocji, w którym podstawową rolę pełnią procesy cielesne. Taki wzór radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami i emocjami, oznaczający strukturę psychiczną obciążoną deficytem, może być przekazywany z pokolenia na pokolenie. Tak dzieje się na przykład u osób z zaburzeniami psychosomatycznymi, w których, jak to określam, choroba staje się swoistym „pomostem” pomiędzy ciałem a psychiką (Schier, 2005, 2009). Osoby takie, podobnie jak niemowlęta, „są” przede wszystkim ciałem, ponieważ to ono zapisuje ślady ich doświadczeń w relacjach z innymi ludźmi (Schier, 2009). Alice Miller (2006) uważa, że ciało nie tylko nosi brzemień trudnych interpersonalnych zdarzeń w życiu człowieka, ale też „nigdy nie kłamie”, a Babette Rothschild (2014), analizując psychofizjologię traumy u osób po urazie psychicznym twierdzi, że „ciało pamięta”.

Tezy te potwierdzają wyniki badań empirycznych. W badaniach prowadzonych pod moim kierunkiem nad zjawiskiem parentyfikacji uzyskaliśmy, moim zdaniem, niezwykle ważne rezultaty (Schier, 2016). Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na to, że parentyfikacja jest niekiedy rozumiana jako relacyjne doświadczenie traumatyczne, w moim rozumieniu stanowi ona przede wszystkim formę zaniedbania dziecka przez opiekunów. Okazało się, że osoby, które doświadczyły odwrócenia ról w rodzinie w okresie dzieciństwa wykazują w dorosłości specyfikę funkcjonowania psychicznego. Ujawniliśmy występowanie związku pomiędzy odwróceniem ról w relacji z rodzicami w dzieciństwie i zaburzeniami obrazu własnego ciała w dorosłości. Osoby sparentyfikowane były bardziej niezadowolone z różnych części i funkcji swojego ciała, były jednocześnie bardziej skoncentrowane na wadze niż osoby, które deklarowały, że nie doświadczyły odwrócenia ról. Udało się też wykazać związek pomiędzy emocjonalnym odwróceniem ról ze strony matki w dzieciństwie i depresją w dorosłości. Otrzymaliśmy również wyniki wskazujące na połączenie parentyfikacji z zaburzeniami wegetatywnymi i z odczuwaniem bólu w wieku dorosłym. Rezultaty przeprowa-

dzonych badań wydają się jednoznaczne, ale budzą niekiedy lęk, a sam fakt badania parentyfikacji bywa dewaluowany (doświadczenie własne).

Dlaczego tak bardzo bronimy się przed przyjęciem perspektywy zakładającej ścisły związek ciała i umysłu? Co daje psychoterapeutom identyfikacja z tezą o dualizmie ciała i umysłu (rozumianego coraz częściej jako mózg)? Czy nie myśląc, jednocześnie mniej czujemy, a tym samym chronimy w umyśle dobry obraz swojej własnej przeszłości? Sformułowałam tezę pokazującą tę zależność w odniesieniu do osób chorujących na zaburzenia psychosomatyczne. Moim zdaniem „poświęcają” (ofiarowują) one niekiedy swoje ciało, czyli fragment siebie, aby chronić dobry (a często idealny) obraz wewnętrznego rodzica. Najbardziej obrazowo mówi o tym problemie syn twórcy teorii przywiązania, Richard Bowlby (1979/2005, s. viii):

Przez ostatnie lata teoria przywiązania budziła wiele krytyki. Wierzę, że większość tych reakcji pochodzi ze sposobu, w jaki teoria ta dotyka najbardziej wrażliwych punktów, przywołujących czasem bolesne wspomnienia, które raczej pragnęlibyśmy zapomnieć. Poczucie siebie jest silnie zależne od kilku bliskich związków przywiązania, które mamy albo mieliśmy w naszym życiu. Szczególnie dotyczy to relacji z osobami, które nas wychowywały. Te silne więzi, bez względu na to, czy były ufne, czy lękowe, kochające czy odrzucające, mają przemożne znaczenie dla nas i musimy chronić ich idealizowany obraz z pełną energią. Może one nie stanowią wiele, ale są wszystkim, co mamy!

Bessel van der Kolk (2014), jeden z czołowych badaczy stresu traumatycznego, uważa, że konsekwencje poważnego stresu wyrażają się w kilku obszarach. Dotyczą sposobu orientowania uwagi (np. przeceniania zagrożenia), sposobu regulacji emocji (np. przewagi emocji negatywnych, a więc lęku i agresji), sposobu doświadczania własnego ciała oraz sposobu wchodzenia (lub niewchodzenia) w relacje z innymi ludźmi. Ostatni aspekt ma duże znaczenie dla powstania zaburzenia o charakterze traumy rozwojowej (*developmental trauma disorder*), tzn. sytuacji, gdy doświadczenie traumatyczne ma związek z przywiązaniem. Teza ta w sposób oczywisty przekłada się na zjawisko psychoterapii, ponieważ relacja terapeutyczna, jak powiedziano, jest jednym z czynników leczących, który jest wspólny dla bardzo wielu nurtów psychoterapii. Relacja ta polega nie tylko na przepracowaniu związków z przeszłości, ale także na tworzeniu korektywnego doświadczenia emocjonalnego, czyli budowaniu nowego wzorca przywiązania (Schier, 2000). Aspekty cielesne mają w tym względzie ogromne znaczenie, np. poprzez to, że pacjent z aleksytymią (obserwowaną często u osób z zaburzeniami psychosomatycznymi) „uczy” się niewerbalnego sposobu regulacji emocji, obserwując mimikę psychoterapeuty, patrząc na jego ruch, czując zapach, gdy ten jest poruszony uczuciowo itp. Według van der Kolka (2014) praca odwołująca się do doświadczeń związanych z ciałem jest niezbędnym elementem w przepracowaniu zdarzeń traumatycznych, czyli w terapii traumy.

Uważam, że takich możliwości nie dają coraz bardziej popularne aktualnie formy psychoterapii prowadzone przez Internet. W takich okolicznościach dwie osoby komunikują się za pomocą zmysłu wzroku i słuchu, pozostałe kanały porozumiewania się pozostają niedostępne. Uczestnicy takiej terapii mogą tworzyć iluzoryczne wzajemne wizerunki, co oznacza niekiedy podtrzymywanie iluzji o byciu w relacji. Jednym z przykładów oddziaływań, które zyskują zainteresowanie, jest terapia za pomocą gier komputerowych (*Serious Games*) (Fovet i in., 2017). Czy życie w ramach technopolu jest nieuniknione i czy psychoterapia w przyszłości w jeszcze mniejszym stopniu niż obecnie odwoływać się będzie do ciała i cielesności?

Znane są inicjatywy społeczne, które skłaniają do umiarkowanego optymizmu. W ostatnim czasie Komisja Europejska pracowała nad projektem CAMILLE (*Empowerment of children and adolescents of mentally ill parents through training of professionals working with children and adolescents*). Miał on na celu przygotowanie programu szkolenia dla psychiatrów, psychologów klinicznych, psychologów szkolnych, pracowników socjalnych, nauczycieli i innych pracowników, którzy pracują z dziećmi i młodzieżą z rodzin, w których rodzic (lub rodzice) doświadcza zaburzeń psychicznych (Tabak, Zabłocka-Żytka i Czabała, 2016). Jeśli zatem jest w naszej kulturze przestrzeń do tego, żeby pochylić się nad cierpieniem dzieci rodziców z zaburzeniami psychicznymi, to pojawia się nadzieja na to, że w przewidywalnym czasie dostrzeżone zostanie nie tylko zjawisko odwrócenia ról w rodzinie, ale także to, że może ono być wyrażane poprzez ciało. Być może Jan Czesław Czabała, pisząc kolejną wersję swojej książki o czynnikach leczących w różnych nurtach psychoterapii, doda nowy rozdział poświęcony *psychoterapii traumy*. A wobec takiego rozwoju psychoterapeuci nie będą już mogli pozostać „bezcieleśni”. Ciało i sposób jego doświadczania będą musiały być poddane namysłowi jako znaczące elementy relacji psychoterapeutycznej.

BIBLIOGRAFIA

Aksamit, K. (2017). *Obraz ciała i dotyk emocjonalny u dzieci w wieku szkolnym*. Praca magisterska napisana pod kierunkiem Katarzyny Schier. Warszawa: Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2014). *Mentalizowanie w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

Bowlby, J. (1979/2005). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London–New York: Routledge Classics.

Chase, N.D. (1999). Parentification: An overview of theory, research, and societal issues. W: N.D. Chase (red.), *Burdened Children. Theory, Research, and Treatment of Parentification* (s. 3–34). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

290 Czabała, J.C. (2000). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: WN PWN.

- Fovet, T., Micoulaud-Franchi, J.A., Jardri, R., Linden, D.E.J., Amad, A. (2017). Serious games. The future of psychotherapy? Proposal of an integrative model. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86, 187–188.
- Francesetti, G., Gecele, M., Roubal, J. (red.). (2016). *Psychoterapia Gestalt w praktyce klinicznej. Od psychopatologii do estetyki kontaktu*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Gardner, R. (1993). *Child Psychotherapy*. Northvale–New Jersey–London: Jason Aronson.
- Greenspan, S.I. (2000). *Rozwój umysłu. Emocjonalne podstawy inteligencji*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS.
- Grogan, S. (2008). *Body Image. Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*. London–New York: Routledge. Taylor and Francis Group.
<http://gadki.fdds.pl/>.
- Huprich, S.K. (2009). *Psychodynamic Therapy. Conceptual and Empirical Foundations*. London, New York: Routledge. Taylor and Francis Group.
- Joyce, A. (2005). The parent–infant relationship and infant mental health. W: T. Baradon (red.). (2005). *The Practice of Psychoanalytic Parent-infant Psychotherapy* (s. 5–24). London–New York: Routledge.
- Kolk van der, B. (2014). *The Body Keeps the Score. Brain, Mind, Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking.
- Krueger, D.W. (2002). Psychodynamic perspectives on body image. W: T.F. Cash, T. Pruzinsky (red.), *Body Image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (s. 30–37). New York–London: The Guilford Press.
- Ledzińska, M. (2017). Nauczyciela akademickiego spojrzenie na rozwój w dobie przemian ogólnościowych. *Psychologia Rozwojowa*, 22(1), 9–25.
- Majer, A. (2016). *Dyskurs dyscyplinowania męskiego ciała w wybranych tekstach kultury popularnej*. Gdańsk: Wydawnictwo Naukowe Katedra.
- McKinley, N.M. (2011). Feminist Perspectives on Body Image. W: Th.F. Cash, L. Smolak (red.), *Body Image. A Handbook of Science, Practice, and Prevention* (s. 48–44). New York–London: The Guilford Press.
- Melonowski, M. (2016). Terapia rodzinna polskiej pary emancypującej się bądź nie. W: A. Zająkowska (red.), *Polska na kozetce. Siła obywatelskiej refleksyjności* (s. 181–196). Sopot: Smak Słowa.
- Miller, A. (2006). *Bunt ciała*. Poznań: Media Rodzina.
- Młodziak, E., Schier, K. (2015). Psychospołeczne aspekty uprzedmiotowienia ciała. W: K. Bargiel-Matusewicz, P. Tomaszewski, E. Pisula (red.), *Kulturowe oraz społeczne aspekty zdrowia i obrazu ciała* (s. 42–66). Warszawa: Wydawnictwa UW.
- Młodziak, E., Schier, K. (2016). The Body as an Object – a Sociocultural Perspective: The Study of Young Adults' Narratives. *Sociological Research Online*, 21(1), 7, <http://www.socresonline.org.uk/21/1/7.html>. Doi: 10.5153/sro.3865.
- Olchanowski, T. (2016). *Kultura manii*. Warszawa: Wydawnictwo Eneteia.
- Ricciardelli, L.A., Yager, A. (2016). *Adolescence and Body Image. From Development to Preventing Dissatisfaction*. London–New York: Routledge. Taylors and Francis Group.
- Röhrich, F. (2009). Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben – terminologische Überlegungen. W: P. Joraschky, Th. Loew, F. Röhrich (red.), *Körpererleben und Körperbild. Ein Handbuch zur Diagnostik* (s. 25–34). Stuttgart–New York: Schattauer Verlag.
- Rothschild, B. (2014). *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychicznym*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Sariusz-Skapska, M., Czabała, J.C., Dudek, D., Zięba, A., Rduch, Sz. (2003a). Cechy osobowości osób chorujących na zaburzenia jedno- i dwubiegunowe. *Psychiatria Polska*, XXXVII, 2, 225–233.

- Sariusz-Skapska, M., Czabała, J.C., Dudek, D., Zięba, A., Rduch, Sz. (2003b). Ocena stresujących wydarzeń życiowych i poczucie koherencji u pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową. *Psychiatria Polska*, XXXVII, 5, 863–875.
- Schier, K. (2000). *Terapia psychoanalityczna dzieci i młodzieży: przeniesienie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Schier, K. (2005). *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową*. Gdańsk: GWP.
- Schier, K. (red.) (2009). *Zapisane w ciele: związek psychika – ciało u dzieci i rodziców*. Warszawa: Wydawnictwo Emu.
- Schier, K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Schier, K. (2016). *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Schier, K., Krzemioka, D. (2017). Niewidzialne, obce, złe. W: A. Cedro (red.), *W związku z ciałem. Jak zrozumieć własne ciało* (s. 37–51). Kielce: Wydawnictwo Charaktery.
- Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Czabała, J.C. (2016). Umacnianie rodzin z doświadczeniem choroby psychicznej. Prezentacja polskiej wersji pakietu szkoleniowego CAMILLE. *Psychiatria Polska*, 50(4), 873–883.
- Totton, N. (2011). *Body Psychotherapy. An Introduction*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press.
- Trempała, J. (2015). Teza przedstawiona ustnie.
- Widera-Wysoczańska, A. (2010). *Mechanizmy przemocy w rodzinie. Z pokolenia na pokolenie*. Warszawa: Difin.
- Yakeley, J. (2004). *The body of the pregnant analyst*. Referat na 43 Kongresie International Psychoanalytical Association, w Nowym Orleanie, w Stanach Zjednoczonych, w dniach 9–14 marca 2004.

HELENA JANET GRZEGOŁOWSKA-KLARKOWSKA

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

ŻYCIE NANIZANE NA EMOCJONALNĄ NITKĘ. OSOBOWOŚCIOWE UWARUNKOWANIA ŻYCIA I TWÓRCZOŚCI TRZECH SŁYNNYCH PSYCHOTERAPEUTÓW

Kiedy pomysłodawcy tej książki jubileuszowej zapytali mnie, czy chciałabym do niej napisać jakiś tekst, odpowiedziałam bez wahania, że tak. To wielki zaszczyt móc uczestniczyć w tym zbiorowym wyrazie szacunku i przyjaźni dla wybitnego i lubianego Jubilata. Potem jednak przyszła refleksja. Co też miałabym napisać? Nie jestem psychoterapeutką i choć wiele, wiele lat temu ukończyłam studia ze specjalnością psychologa klinicznego, nigdy nie praktykowałam jako klinicystka. Jestem psychologiem osobowości, aczkolwiek trochę nietypowym, ponieważ od dawien dawna bliski mi jest nurt personologiczny, zgłębiający funkcjonowanie i rozwój jednostki (Grze-gołowska-Klarkowska, 1990). Poszukując najlepszego modelu teoretycznego do opisu tych procesów, czerpię wielkimi garściami inspirację z teorii i praktyki psychoterapeutycznej, przede wszystkim psychodynamicznej. Ale jednym z moich najbardziej inspirujących odkryć jest licząca ponad 500 stron książka *The Hidden Genius of Emotion. Lifespan Transformations of Personality* autorstwa dwóch wybitnych badaczek emocji i ich roli w biegu życia, Carol Magai i Jeannette-Haviland-Jones (2002; patrz też Magai i McFadden, 1995; Oatley, Keltner i Jenkins, 2006, s. 317–319; Magai, 2008).

Dla mnie, jako psychologa osobowości, książka Magai i Haviland-Jones jest ważna przede wszystkim dlatego, że niezmiernie pomogła mi sformułować własną koncepcję wspierania rozwoju osobowości w całym cyklu życia (Grze-gołow-

ska-Klarkowska, w przygotowaniu). Ale kiedy na okoliczność obecnej publikacji przeczytałam raz jeszcze po wielu latach monografię Jubilata *Czynniki leczące w psychoterapii* (Czabała, 2000) pomyślałam, że koncepcja Magai i Haviland-Jones pomaga też zrozumieć, dlaczego powstało tak wiele teorii i szkół psychoterapii, a także dlaczego psychoterapeuci nietworzący własnych szkół tak często wykazują silne preferencje dla jednej z istniejących szkół i równie silne antypatie wobec innych.

Psychobiografie słynnych psychologów i psychoterapeutów

Zadaniem psychobiografii jest zrozumienie człowieka. Pojedynczego człowieka. Po co? Między innymi po to, by lepiej zrozumieć siebie i, zrozumiawszy siebie, dojść drobnymi krokami do formułowania modeli uniwersalnych, opisujących funkcjonowanie umysłów wszystkich ludzi (Schultz, 2005). Tak postępowali nasi psychologiczni ojcowie-założyciele, Sigmund Freud, Erik Erikson, Henry Murray, Abraham Maslow. A także wybitni neuropsychologowie i neurobiologowie: Michael Gazzaniga, Roger Sperry czy Vilayanur Ramachandran (Schultz, 2005).

Metoda psychobiograficzna dopiero od niedawna wraca do łask jako uprawniony sposób uprawiania psychologii oraz konstruowania i weryfikowania modeli funkcjonowania i rozwoju ludzkiej osobowości. Jedną z pierwszych rzeczniczek prawomocności tego podejścia była Rae Carlson (1971), która nie wahała się twierdzić, że można człowieka badać eksperymentalnie, ale nie można eksperymentalnie badać osobowości. Człowieka nie poznamy, manipulując zmiennymi. Człowieka trzeba zinterpretować (zrozumieć). W jej ślad poszli inni koryfeusze współczesnej psychobiografii, William McKinley Runyan (1982), Irving Alexander (1990) i Alan Elms (1994). Powoli zaczęły się pojawiać w piśmiennictwie psychologicznym psychobiografie znanych i mniej znanych ludzi reprezentujących rozmaite dziedziny życia – pisarzy i poetów, artystów, podróżników, muzyków, polityków. Oraz psychologów i psychoterapeutów. W roku 2005 ukazał się przełomowy podręcznik *Handbook of Psychobiography* pod redakcją Williama Todda Schultza (2005) zawierający po części wstępnej, poświęconej metodzie psychobiograficznej, obszerne części poświęcone psychobiografiom artystów, psychologów i polityków. Suma summarum swoich psychobiografii (czasem niejednej) doczekali się na przestrzeni kilku ostatnich dekad (w kolejności alfabetycznej) Gordon Allport, Albert Ellis, Erik Erikson, Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Fritz Perls, Otto Rank, Wilhelm Reich, Carl Rogers, Burrhus F. Skinner, Stanley Smith Stevens i Harry Stack Sullivan.

Zalety psychobiograficznych studiów nad psychologami wylicza James W. Anderson (2005). Podobnie jak wielu innych spostrzegawczych autorów (np. Atwood i Stolorow, 2004; Demorest, 2005), dostrzega bliski związek między życiem osobistym psychologów a tworzonymi przez nich teoriami. Zauważa też, że niektórzy przytaczają to podobieństwo po to, by brutalnie owe teorie atakować, argumentując niesłusznie, że jeżeli teoria wyrosła z wczesnodziecięcych przeżyć jej twórcy, musi być automatycznie błędna. Tymczasem, dowodzi Anderson, trafność teorii nie zależy od jej źródeł. Istnienie związku między życiem osobistym twórcy teorii a teorią ani jej trafności nie potwierdza, ani jej nie podważa. Co więcej, taki związek jest u teoretyków osobowości wręcz nieunikniony. Dany obszar doświadczeń dlatego psychologa frapuje, że zajmował ważne miejsce w jego własnym życiu. Jest go ciekaw, pragnie go zrozumieć. Dostrzega go, choć inni badacze go nie dostrzegli.

Anderson (2005) wymienia sześć zalet podejścia psychobiograficznego.

- (1) Psychobiografia pomaga lepiej zrozumieć teorie psychologiczne. Ponieważ duży wpływ na powstanie i rozwój danej teorii miały osobiste przeżycia jej twórcy, znajomość tych przeżyć dostarcza znakomitych ilustracji opisanych w teorii mechanizmów.
- (2) Psychobiografia pozwala lepiej dostrzec luki i ograniczenia teorii. Na przykład psychobiograficzna znajomość Sigmunda Freuda pozwala przypuszczać, że unikał on zagłębiania się w bardziej problematyczne aspekty relacji z matką, przez co nie doceniał roli matki w życiu psychicznym syna. Przeceniał za to rywalizację i wrogość w relacjach chłopca z ojcem.
- (3) Psychobiografia uczula na ryzyko nadmiernej generalizacji teorii. Jeżeli ktoś postrzega świat przez pryzmat własnych doświadczeń i na tej podstawie tworzy swoją teorię, łatwo może ulec złudzeniu, że każdy przeżywa świat tak samo jak on.
- (4) Psychobiografia pomaga demistyfikować teoretyka, chroni przed jego idealizacją, pokazuje, że nawet najwybitniejsi byli tylko ludźmi. Pozwala dostrzec potencjalną wartość ich teorii i pamiętać zarazem, że nawet najznakomitszy teoretyk może się mylić.
- (5) Psychobiografia pozwala lepiej zrozumieć nie tylko teorie osobowości, ale także psychoterapię i psychometrię. Każdy psycholog, pisze Anderson, tworzy taką metodę psychoterapii, która odzwierciedla jego własną osobowość i własne problemy. Sigmund Freud cierpiał z powodu wypartych uczuć – pożądania uwielbianej matki i nienawiści do ojca. Dzięki autoanalizie oraz analizie własnych marzeń sennych zdołał dotrzeć do tych uczuć i się od nich uwolnić. To mu pozwoliło stworzyć metodę terapii, którą stosował następnie w pracy z pacjentkami i pacjentami. Aaron Beck cierpiał od dziecka na stany lękowe. Dzięki temu, że był człowiekiem o dużych zdolnościach logicznych i dużej samokontroli, stworzył metodę terapii poznawczej, która jemu samemu przy-

niosła ulgę. Henry A. Murray studiował medycynę i biochemię, ale znudzony powierzchownością tych dyscyplin zaczął się interesować ukrytymi motywami i silnymi emocjami. Zwrócił się ku psychologii i stworzył Test Apercepcji Tematycznej (TAT), dzięki któremu mógł zgłębiać ukryte fantazje, motywy, konflikty i emocje. Znajomość życia twórców testów psychologicznych pozwala dostrzec zalety i ograniczenia tworzonych przez nich narzędzi.

- (6) Największą korzyścią płynącą z psychobiograficznych studiów nad psychologami, pisze Anderson, jest to, że skłaniają one do bardziej rozważnego korzystania z teorii psychologicznych. Czerpiąc inspirację z własnych doświadczeń i zmagani życiowych, najwięksi myśliciele psychologiczni uzyskali lepszy wgląd w wybrane aspekty owych doświadczeń i dzięki temu pomogli i nam owe sfery lepiej zrozumieć pod warunkiem, że wystrzegamy się nadmiernej generalizacji. Nie każda teoria do każdego pasuje i żaden teoretyk nie opisał całej osobowości człowieka.

Teoria afektu i teoria skryptów Silvana Tomkinsa

Silvan Solomon Tomkins (1911–1991) to dziś psycholog mało znany i rzadko cytowany. W latach dominacji poznawczych modeli umysłu konsekwentnie rozwijał swą teorię emocji (afektu) i dowodził centralności emocji dla funkcjonowania i rozwoju ludzkiej osobowości. W 1995 roku ukazały się dwa redagowane zbiory jego najważniejszych publikacji (Demos, 1995; Sedgwick i Frank, 1995), sam zaś Tomkins opisał syntetycznie swoją teorię afektu i teorię skryptów w roku 1987 (Tomkins, 1987). Carol Magai i Jeannette Haviland-Jones (2002, s. 4), niegdysiejsze studentki Tomkinsa, uważają, że emocje to brakujące ogniwo we współczesnych koncepcjach osobowości. Co więcej, uważają, że w obliczu nieprawdopodobnej fragmentaryzacji współczesnej psychologii, cierpiącej, jak ktoś powiedział, na dysocjacyjne zaburzenie osobowości, emocje są brakującym ogniwem pozwalającym stworzyć na nowo zintegrowaną psychologię człowieka (Magai i Haviland-Jones, 2002, s. 5). Ale zanim omówię ich twórczy wkład w rozwój koncepcji mistrza, przedstawię w ogromnym skrócie podstawowe tezy samego Tomkinsa.

Autor teorii afektu i teorii skryptów uważał, że człowiek jest wyposażony w dziewięć podstawowych emocji. Każda z tych emocji ma określone właściwości motywacyjne oraz charakteryzuje się specyficzną, dającą się odczytać z mimiki i pantomimiki, ekspresją. W życiu każdego człowieka w toku rozwoju tworzą się unikalne organizacje ideo-afektywne, czyli schematy emocjonalno-poznawcze, u źródeł których leżą powtarzające się lub szczególnie wydatne, nacechowane afektywnie, sceny. Organizacje te są strukturami dynamicznymi, wpływającymi na procesy poznawcze, zachowanie i relacje interpersonalne. Osobowość to wypadkowa takich organizacji ideo-afektywnych, te zaś rozwijają się w ciągu życia,

przybierając postać skryptów. Skrypty ukierunkowują zachowanie, ale tworzą też bazę dla określonych przekonań, w tym przekonań politycznych i religijnych oraz teorii naukowych.

Opus magnum Magai i Haviland-Jones

Dawne studentki Tomkinsa postanowiły sprawdzić postulaty teorii afektów i teorii skryptów swojego mistrza empirycznie, uzupełniwszy je o wiedzę płynącą z teorii przywiązania Johna Bowlby'ego oraz teorii nieliniarnych systemów dynamicznych (teorii chaosu), i przyjmując perspektywę mniej strukturalną a bardziej rozwojową. Ich celem było ujawnienie i wyjaśnienie relacji zachodzących między strukturami afektywnymi, ideologią i praktyką trojga ciekawych emocjonalnie ludzi oraz prześledzenie rozwoju i transformacji tych relacji w całym cyklu życia (Magai i Haviland-Jones, 2002, s. 19). Bazując na własnych wcześniejszych doświadczeniach badawczych, zaprzęły do tego przedsięwzięcia bogaty arsenał metod i środków: metody psychobiograficzne oraz metody kodowania ekspresji emocjonalnej na podstawie szczegółowej analizy mimiki i pantomimiki, wokalizacji i analizy frekwencyjnej emocjonalnych wypowiedzi. Poddały analizie materiały biograficzny i autobiograficzny, nagrania audio i wideo oraz transkrypcje sesji terapeutycznych. Wybór osób do analizy był dziełem przypadku, ale jakże genialnym. Badaczki obejrzały po raz drugi po wielu latach nagrany w 1963 roku film instruktażowy Evereta Shostroma *Three Approaches to Psychotherapy*. Zawiera on nagrania trzech sesji terapeutycznych z tą samą pacjentką, Glorią, prowadzonych przez trzech wybitnych psychoterapeutów, twórców bardzo odmiennych metod psychoterapii – Carla Rogersa, Alberta Ellisa i Fritza Perlsa. Jak autorki same wyjaśniają, wybór trzech terapeutów był podyktowany bogactwem dostępnych materiałów, o których mowa była wcześniej, a także tym, że panowie byli w podobnym wieku i osiągnęli sławę w tym samym amerykańskim kręgu kulturowym. Jak już wspomniałam, Magai i Haviland-Jones efekty swoich analiz opisały w liczącej ponad 500 stron książce, a ich celem była weryfikacja tezy, że przemożny wpływ na kształtowanie ludzkiego życia mają doświadczenia emocjonalne i że to emocje są siłą sprawczą i porządkującą wszelkie życie psychiczne (Magai i Haviland-Jones, 2002, s. 7).

Najważniejsze pytania badawcze, jakie sformułowały autorki, były następujące:

- (1) Jak struktury ideo-afektywne powstają w dzieciństwie i jak się zmieniają na przestrzeni życia?
- (2) Jak struktury ideo-afektywne przejawiają się w każdym dosłownie ruchu jednostki – twarzy, głosie, postawie ciała – i jaki te zachowania ekspresyjne mają wpływ na innych ludzi?

(3) W jaki sposób struktury ideo-afektywne podlegają intelektualnej integracji, powodując skupienie na pewnych treściach, motywując do pewnych stylów rozwiązywania problemów czy blokując dostęp do pewnych obszarów?

Magai i Haviland-Jones dokonały drobiazgowej analizy roli emocji w życiu Rogersa, Ellisa i Perlsa w trzech obszarach: rozwoju społecznego i rozwoju osobowości, twórczości intelektualnej i zachowań terapeutycznych. Rezultaty tej analizy pozwoliły im doprecyzować teorię emocji jako wyznacznika różnic w kształtowaniu się osobowości oraz jej transformacji w biegu życia. Nie sposób tu odtworzyć tej niezwyklej analizy. Jedyne, co mi pozostaje, to wyłuskać z niej kilka wiodących myśli i zachęcić do sięgnięcia do oryginału.

Carl Rogers

Tworząc i doskonaląc podejście zwane terapią skoncentrowaną na kliencie, Rogers chciał przede wszystkim uwolnić w drugim człowieku potencjał samopoznania i samorozwoju. Ale, jak odkryły Magai i Haviland-Jones, jednym z jego własnych lejtymotywów życiowych było doskonalenie porozumienia z drugim człowiekiem i budowanie z nim bliskiej więzi emocjonalnej. Jego metoda była iście pionierska i, jak piszą autorki, trudno ją wyjaśnić, odwołując się do istniejącej psychologii osobowości i psychologii rozwojowej. Dopiero zastosowanie kompleksowego podejścia łączącego dogłębne rozpoznanie struktury ideo-afektywnej z próbą diagnozy stylu przywiązania i perspektywy całego cyklu życia oraz elementów teorii chaosu pozwala namalować spójny logicznie portret Rogersa, a potem Ellisa i Perlsa.

Rogers miał prawdopodobnie bezpieczny styl przywiązania, choć jego relacje zawodowe nierzadko były burzliwe. Bardzo go ciągnęło do ludzi, ale jednocześnie bywał niezwykle nieśmiały. Silnym rysem jego osobowości był wstyd. Nie był skory do wyrażania emocji, a szczególną trudność sprawiała mu ekspresja złości. Emocjonalny portret, który Magai i Haviland-Jones sporządziły po wielostronnej i drobiazgowej analizie, jest następujący: dominującymi emocjami pozytywnymi są ciekawość i radość. Mniej dominującymi, ale stale obecnymi emocjami negatywnymi są wstyd i tęsknota. Również zauważalne, choć drugoplanowe, jest obrzydzenie. Niemal nieobecna jest złość. Trzy dominujące emocje są łatwo dostrzegalne w sposobie odnoszenia się do ludzi, wyglądzie, sposobie bycia, sposobie mówienia. Obrzydzenie oraz pokrewna odraza dają o sobie znać w wypowiedziach dotyczących innych szkół psychoterapii. O niedorozwoju złości świadczą jej nieobecność w ekspresji oraz ogólny brak tolerancji tej emocji. Analiza autobiografii i biografii Rogersa pozwoliła autorkom wyjaśnić genezę i późniejsze modyfikacje tego specyficznego wzorca emocjonalnego. Analiza piśmiennictwa naukowego i pozanaukowego z wykorzystaniem rygorystycznej

metodologii potwierdza trafność tego portretu i pozwala określić dominujące dla Rogersa tematy życiowe: kontrola/władza, odrębność, osiągnięcia i afiliacja. Analiza nagrania sesji terapeutycznej z Glorią pokazuje, że charakterystyczne dla Rogersa schematy ideo-afektywne powielają się w sposobie prowadzenia terapii, poruszanej i omijanej problematyce, mimice i pantomimice, oraz – co niezwykle ciekawe – w szeroko rozumianym zachowaniu pacjentki Glorii. Słowem, ideologia i praktyka terapeutyczna Rogersa są, jak piszą autorki, unikalnym wytworem jego osobowości zorganizowanej wokół wstydu i złości, dwóch emocji pełniących odpowiednio funkcję przyciągającą (atraktora) i odpychającą (repelenta), mówiąc językiem teorii chaosu. Dominującymi dążeniami są poszukiwanie ekscytujących relacji interpersonalnych oraz radości.

Przystępując do szczegółowej analizy sposobu, w jakim procesy emocjonalne funkcjonują u Rogersa w kontekście intelektualnym, autorki zanalizowały pod tym kątem trzy jego książki naukowe z różnych okresów twórczości. Kierując się wnioskami z analizy materiału autobiograficznego, przyjrzały się tym publikacjom pod kątem trzech hipotez:

- (1) idee pozbawione pasji: kiedy wobec jakiejś kwestii intelektualnej Rogers przejawia tylko jedną postawę emocjonalną lub brak określonej postawy, w jego myśleniu pojawiają się blokady lub stanie się ono pokrętne;
- (2) idee pełne pasji: idee i relacje napełniające Rogersa pasją, wobec których żywi wiele postaw emocjonalnych, przedstawione będą klarownie, w sposób zdecydowany i twórczy, coraz mądrzejszy;
- (3) zmiany pasji na przestrzeni życia: zmiany te uwidoczną się w zmianach w twórczości intelektualnej i intelektualnej świadomości określonych zagadnień. Szczegółowa analiza potwierdziła te hipotezy.

Albert Ellis

Styl przywiązania Ellisa najbardziej przypomina styl lękowo-unikający. Emocjonalny portret, jaki Magai i Haviland-Jones sporządziły po wielostronnej i wnikliwej analizie, jest następujący: dominującymi atraktorami są ciekawość, złość i pogarda, dominującymi zaś repelentami są strach i dystres (przygnębienie). Od wczesnych lat emocje te były elementem stoickiej strategii przetrwania Ellisa w obliczu bardzo niesprzyjających okoliczności: niedostępnego emocjonalnie, autorytarnego ojca, równie emocjonalnie niedostępnej, egocentrycznej, nieco maniacko-depresyjnej matki, oraz własnej chorowitości i długotrwałej hospitalizacji związanej z bolesnymi zabiegami. Już w wieku czterech lat Ellis sformułował wiele „detoksyfikujących skryptów”, zasad porządkujących, interpretujących, oceniających, przewidujących i kontrolujących afektywne sceny (Magai i Haviland-Jones, 2002, s. 114), które konsekwentnie wbijał sobie do głowy i które sta-

ły się wiele lat później podstawowymi tezami terapii racjonalno-emotywniej. Skrypty te do końca życia Ellisa pozostały niezwykle odporne na zmianę. W przeciwieństwie do Rogersa, który bardzo powściągliwie operował w swoich publikacjach słowami nacechowanymi emocjonalnie, Ellis był pod tym względem bardzo płodny. W odróżnieniu od Rogersa, który dzielił emocje na pozytywne i negatywne, Ellis dzielił je na odpowiednie i nieodpowiednie, stosowne i niestosowne, racjonalne i irracjonalne, przy czym do tej pierwszej kategorii zaliczał bunt, do drugiej strach. Styl myślenia Ellisa od początku do końca jest kategoriyczny, linearny, logiczny. Nie ma w nim miejsca na dialektykę. W całej jego postawie widać ledwo skrywaną agresję i pogardę, zarówno w piśmiennictwie, jak i w stworzonej przez niego terapii racjonalno-emotywniej, jak wreszcie w zachowaniu wobec Glorii w półgodzinnej sesji terapeutycznej. Ale widać też wielką ciekawość.

Fritz Perls

Analiza biografii, a zwłaszcza autobiografii Perlsa nastęrczyła autorkom wielką trudność ze względu na ubóstwo danych z niezależnego źródła oraz styl narracji samego Perlsa – nieliniarny, chaotyczny, poszatkowany, niechlujny, jak on sam. Tyleż odkrywający, co skrywający. Narcystyczny i pogardliwy. Rozszczepiony, jak jego ulubiona technika dwóch krzeseł. Ale bez próby integracji. Analiza treści autobiografii ujawniła 24 dominujące tematy (uporządkowane tutaj w kolejności od najczęstszych do najrzadszych): kontrola, odrzucenie, ekshibicjonizm, sztuczność (nieautentyczność), niebezpieczeństwo, afiliacja, seks, śmierć, akceptacja, Ja, osiągnięcia, uczciwość, tajemnica, władza, bunt, żydowskość, polaryzacja, choroba, nieadekwatność, samotność, nuda, zaufanie, walka, szczęście. Tematy te można dalej łączyć w grupy. Analiza częstości występowania słów nacechowanych emocjonalnie ujawniła dominację pogardy (aż 24,3% wszystkich słów/zwrotów emocjonalnych). Dalsza analiza ujawniła małą tolerancję afektu i jego słabą regulację cechującą się naprzemienną kontrolą i eksplozją. Jak konkludują autorki (Magai i Haviland-Jones, 2002, s. 168), z analizy autobiografii wyłania się obraz człowieka o cechach narcystycznych i borderline, oscylującego między dwoma głębokimi atraktorami – narcystycznym egocentryzmem i narcystycznym zranieniem. Człowieka miotanego lękiem przed odrzuceniem, niskim poczuciem własnej wartości, poszukującym aprobaty i podziwu, o niezintegrowanym życiu wewnętrznym i mającego trudności z regulacją afektu. Styl przywiązania Perlsa to prawdopodobnie mieszanina stylu lękowo-unikającego i lękowo-ambivalentnego, z przewagą pierwszego, choć niekiedy widoczne są przejawy stylu zdeorganizowanego. Antytoksyczne skrypty Perlsa zostały zawarte w jego *Modlitwie Gestalt*, szeroko rozpowszechnionej w konkulturze lat 60. XX wieku.

Emocjonalny portret Perlsa, jaki Magai i Haviland-Jones nakreśliły po wielostronnej i drobiazgowej analizie, jest następujący. Dominującym rysem emocjonalnym jest wrogość. Perls był powszechnie znany z cynizmu, wojowniczości, pogardliwości, sarkazmu i egoizmu. Doskonale to widać w sesji terapeutycznej z Glorią. Ale wnikliwa analiza mikroekspresji Perlsa podczas tej sesji przeprowadzona przez autorki ujawniła też ukryty lęk. Mowa Perlsa nie była płynna (typowy wskaźnik wstydu i lęku społecznego). Lęk i wstyd skutecznie maskują agresywną postawę ciała i wroga mina. Jego styl pracy jest konfrontacyjny, oskarżycielski. Perls oskarża Glorię o sztuczność i manipulację, wzbudzając w niej gniew. Omawiając sesję, Perls z lubością roztrząsa sprzeczności między zachowaniem werbalnym i niewerbalnym pacjentki. Autorki, powołując się na Tomkinsa, konkludują, że u Perlsa dominuje jawna pogarda skrywająca wstyd, który wymyka się niekiedy spod kontroli. Odbywa się ciągła walka między dominacją i uległością (*topdog* i *underdog*), zarówno w życiu Perlsa, jak i w jego teorii oraz praktyce terapeutycznej. Dlatego tak ważny jest bunt. Perls walczył z własnym nieakceptowanym wstydem, rozbudzając go u pacjentów, którymi manipulował, którymi pogardzał, by następnie skłaniać ich do reagowania na wstyd gniewem. W pracy terapeutycznej pracował przede wszystkim nad zaskoczeniem i gniewem, z którymi to emocjami dobrze się czuł. Unikał pracy nad emocjami, których sam w sobie nie akceptował – smutkiem, lękiem, zależnością, bezradnością i tym samym nie pomagał pacjentom uzyskać wewnętrznej pełni i integracji. Jak piszą Magai i Haviland-Jones (2002, s. 194), był mistrzem sfery niewerbalnej, niezwykle wyczulonym na emocje ukryte, zablokowane, zniekształcone. Ale tylko niektóre i tylko te, które sam tolerował.

Zakończenie

Każdy z nas ma emocjonalne nitki, na które nanizane jest nasze życie. Im lepiej zadbano, byśmy tych nitek mieli wiele i by nie było na nich „potarganych” supłów, tym jesteśmy zdolniejsi do otwartego, dialektycznego i twórczego myślenia. Dzisiaj, inaczej niż za czasów Rogersa, Ellisa i Perlsa, każdy szanujący się psychoterapeuta ma za sobą własną terapię i nad sobą własnego superwizora, dzięki któremu te mieniające się wieloma barwami emocjonalne nitki mają szansę spletać się wciąż na nowo w coraz to bogatsze teoretyczne kobierce, na które mogą zapraszać pacjentki i pacjentów w podróż po ich własnym, spletanym życiu ku emocjonalnej pełni.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, I.E. (1990). *Personology. Method and Content in Personality Assessment and Psychobiography*. Durham & London: Duke University Press.
- Anderson, J.W. (2005). The psychobiographical study of psychologists. W: W.T. Schultz (red.), *Handbook of Psychobiography* (s. 203–209). Oxford–New York: Oxford University Press.
- Atwood, G.E., Stolorow, R.D. (2004). *Faces in a Cloud. Intersubjectivity in Personality Theory*. New York: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.
- Carlson, R. (1971). Where is the person in personality research? *Psychologica*, 75, 203–219.
- Czabała, J.C. (2000). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: WN PWN.
- Demorest, A. (2005). *Psychology's Grand Theorists. How Personal Experiences Shaped Professional Ideas*. New York & London: Psychology Press.
- Demos, E.V. (red.). (1995). *Exploring Affect. The Selected Writings of Silvan S. Tomkins*. New York: Cambridge University Press.
- Elms, A.C. (1994). *Uncovering Lives. The Uneasy Alliance of Biography and Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Grzegołowska-Klarkowska, H. (1990). Psychologia jako nauka o człowieku? Epistemologiczne i metodologiczne przesłanki uwzględnienia jednostki jako obiektu badań psychologicznych. *Przegląd Psychologiczny*, XXXIII (4), 731–740.
- Grzegołowska-Klarkowska, H.J. (w przygotowaniu). *Mądrość osobowości. Wspieranie rozwoju osobowości i zapobieganie jej zaburzeniom w całym cyklu życia*.
- Magai, C. (2008). Long-lived emotions. A life course perspective on emotional development. W: M. Lewis, J.M. Haviland-Jones, L.F. Barrett (red.), *Handbook of Emotions. Third Edition* (s. 376–392). New York: The Guilford Press.
- Magai, C., Haviland-Jones, J. (2002). *The Hidden Genius of Emotion: Lifespan Transformations of Personality*. New York: Cambridge University Press.
- Magai, C., McFadden, S.H. (1995). *The Role of Emotions in Social and Personality Development: History, Theory and Research*. New York: Plenum Press.
- Magai, C., Nusbaum, B. (1996). Personality change in adulthood: Dynamic systems, emotions and the transformed self. W: S.H. McFadden (red.), *Handbook of Emotion, Adult Development and Aging* (s. 403–420). San Diego: Academic Press.
- Oatley, K., Keltner, D., Jenkins, J.M. (2006). *Understanding Emotions. Second Edition*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Ruyan, W.M. (1992). *Historie życia a psychobiografia. Badania teorii i metody*. Warszawa: WN PWN.
- Schultz, W.T. (2005). Introducing psychobiography. W: W.T. Schultz (red.). (2005). *Handbook of Psychobiography* (s. 3–18). Oxford–New York: Oxford University Press.
- Sedgwick, K.E., Frank, A. (red.). (1995). *Shame and its Sisters. A Silvan Tomkins Reader*. Durham, London: Duke University Press.
- Tomkins, S.S. (1987). Script theory. W: J. Aronoff, A.I. Rabin, R.A. Zucker (red.), *The Emergence of Personality* (s. 147–216). New York: Springer Publishing Company.

BEATA HINTZE

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

AGNIESZKA EJSMONT

Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP

METODY TERAPEUTYCZNE POMOCNE W PROCESIE ZDROWIENIA OSÓB CHORUJĄCYCH NA SCHIZOFRENIĘ. PERSPEKTYWA PROFESJONALISTY I EKSPERTA PRZEZ DOŚWIADCZENIE

Schizofrenia jest jednym z najpoważniejszych zaburzeń psychicznych ze względu na przewlekły przebieg znacznie utrudniający funkcjonowanie psychospołeczne, co w konsekwencji może prowadzić do niepełnosprawności. Dla osoby bezpośrednio ją przeżywającej jest bardzo trudnym i często obciążającym doświadczeniem związanym z ciężkością objawów psychotycznych, koniecznością hospitalizacji i długotrwałego leczenia farmakologicznego. Sam okres ustępowania objawów psychopatologicznych, szczególnie po pierwszym epizodzie psychotycznym, sprzyja powstawaniu wielu pytań: *Co ze mną się działo? Jak do tego doszło? Dlaczego ja przeżywam taki koszmar? Czy to może się powtórzyć? Kiedy? A moje życie... jak będzie teraz wyglądać?*

Na różnych etapach procesu zdrowienia dla osoby po kryzysie psychotycznym ważne jest profesjonalne wsparcie. Ze względu na specyfikę schizofrenii w pracy terapeutycznej należy brać pod uwagę wiele aspektów – od aktualnego stanu psychicznego osoby (występowania objawów psychopatologicznych), przez jej trudności, możliwości, do jej zasobów. W dalszej części tekstu zostaną przedstawione propozycje wykorzystania różnych metod terapeutycznych wspie-

rających proces zdrowienia w zależności od fazy choroby, nasilenia objawów oraz aktualnych potrzeb osoby z dwóch perspektyw – psychologa i eksperta przez doświadczenie.

W schizofrenii można wyróżnić trzy fazy:

- prodromalną, czyli okres tzw. objawów zwiastunowych, zapowiadających rozwój lub nawrót psychozy;
- właściwej choroby (tzw. ostrą) charakteryzującą się wyraźnymi objawami psychotycznymi;
- remisji, czyli okres ustępowania objawów psychopatologicznych umożliwiający powrót do wcześniejszych ról społecznych.

Najczęściej pierwsze leczenie zaczyna się w drugiej fazie choroby, tzw. fazie ostrej charakteryzującej się nasilonymi objawami wytwórczymi, takimi jak: omamy, urojenia, dezorganizacja mowy i zachowania, niedostosowanie emocjonalne (Andreasen, 2001), co może wymagać hospitalizacji psychiatrycznej. Ten okres choroby wiąże się przede wszystkim z intensywnym procesem leczenia (farmakoterapią), który wspomagany jest oddziaływaniami terapeutycznymi w czasie ustępowania objawów. W fazie tej często pacjenci są niekrytyczni wobec choroby, mogą przeżywać silne negatywne emocje związane z lękiem i przerażeniem wynikającym z treści objawów. Z punktu widzenia eksperta przez doświadczenie w ciężkiej psychozie, gdy występują omamy i urojenia, bardzo trudno je oddzielić od rzeczywistości. Brak zaprzeczenia ze strony lekarza psychiatry może okazać się pomocny; lekarz, mówi do pacjenta tak, jakby to była rzeczywistość. Kiedy osoba jest już częściowo krytyczna wobec choroby i zaczyna powoli rozróżniać objawy od rzeczywistości, to może się po prostu zapytać lekarza psychiatry/psychologa, do którego ma zaufanie, czy on też to widzi lub słyszy. Jeśli nie zostanie zlekceważona, to powiedzenie przez lekarza, „że on tego nie słyszy lub nie widzi, ale rozumie, że osoba w taki sposób doświadcza rzeczywistości” pomaga przyjąć perspektywę, że to mogą być halucynacje a nie rzeczywistość. W sytuacji „wychodzenia” z psychozy osoby przeżywają różne uczucia, takie jak: zagubienie, przerażenie, osamotnienie, tęsknota za rodziną, smutek, żal, złość, poczucie winy, bezwartościowości. Mają potrzebę zrozumienia tego, co się wydarzyło, nazwania objawów, integracji doświadczenia kryzysu psychicznego z dotychczasowym życiem. W tej sytuacji istotne jest wsparcie ze strony psychologa, empatia i pełna akceptacja osoby z jej doświadczeniem, która umożliwi odreagowanie negatywnych emocji i pomoże w uporządkowywaniu przeżyć psychotycznych.

Czas ustępowania oraz stabilizowania się objawów psychopatologicznych rozpoczyna się w okresie leczenia farmakologicznego i jest początkiem tak zwanej fazy remisji objawowej, która może trwać od kilku tygodni/miesiący do wielu lat. Z medycznego punktu widzenia pacjenci mogą osiągnąć częściową lub pełną remisję w zakresie objawów schizofrenii. Najczęściej w okresie hospitalizacji dochodzi do znacznej poprawy stanu psychicznego, ustąpienia lub znacz-

nego zmniejszenia nasilenia objawów wytwórczych schizofrenii. Natomiast objawy negatywne i zaburzenia poznawcze utrzymują się znacznie dłużej, są mniej podatne na leczenie farmakologiczne, wymagają zastosowania interwencji terapeutycznych. Często pacjenci po hospitalizacjach osiągają tak zwaną częściową remisję, w której objawy utrzymują się, ale w mniejszym nasileniu. Okres wypisu ze szpitala to także czas próby powrotu do wcześniej pełnionych ról społecznych. Z psychologicznego punktu widzenia remisja jest szerszym pojęciem związanym z procesem zdrowienia, który zawiera w sobie także wymiar egzystencjalny. „Zdrowienie to proces indywidualnego odkrywania, doświadczania życia z chorobą, jej objawami, własną wrażliwością, wzbudzaniem nadziei, stawiania realistycznych celów” (Anczewska i Roszczyńska-Michta, 2007, s. 50). W procesie zdrowienia istotne jest wzmacnianie i rozwijanie zasobów osoby, aby mogła się ponownie samorealizować pomimo trudnego doświadczenia psychozy.

Dlatego wobec osób chorujących na schizofrenię na różnych etapach leczenia/zdrowienia potrzebne są inne metody terapeutyczne, które będą się uzupełniać i w konsekwencji stanowić zintegrowaną całość. Powinny być one indywidualnie dobrane na podstawie psychologicznej diagnozy klinicznej. W celu przybliżenia specyfiki pracy z osobami z doświadczeniem schizofrenii posłużymy się opracowanym modelem diagnozy i planowanych oddziaływań terapeutycznych (Hintze, 2017). Model ten opisuje diagnozę w czterech obszarach wraz z wynikającymi z niej konkretnymi oddziaływaniami terapeutycznymi. Do obszarów tych zalicza się:

- występowanie (nasilenie) objawów psychopatologicznych;
- funkcjonowanie poznawcze;
- funkcjonowanie społeczne;
- indywidualne zasoby i potrzeby osoby.

Ze względu na długi okres potrzebny do osiągnięcia pełnej remisji oraz możliwość nawrotów psychozy należy zawsze ocenić aktualne występowanie objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii. Mogą one się pojawiać w różnym nasileniu we wszystkich fazach choroby. W okresie utrzymujących się objawów wytwórczych warto ocenić, w jaki sposób osoba sobie z nimi radzi, w jakich sytuacjach się pojawiają i/lub nasilają, czy potrafi oddzielić je od rzeczywistości, w jaki sposób treści ich wpływają na jej przekonania o sobie i innych ludziach (Hintze, 2015, 2017). W pracy z halucynacjami i urojeniami pomocne są techniki poznawcze, które ułatwiają rozpoznawanie objawu, oddzielanie go od rzeczywistości, monitorowanie, co w konsekwencji zmniejsza lęk i odbudowuje poczucie sprawstwa (Popiel i Pragłowska, 2006). Eksperti przez doświadczenie stawiają pytanie, jak zrozumieć na przykład omamy. Podkreślają, że trzeba być do nich krytycznym, ale to nie dzieje się na początku choroby. Krytycyzmu nabiera się po latach leczenia. Też nie zawsze. Do czego je można porównać? Jedna z osób po-

równuje je do lasu lub morza, które ją otaczają, a jednocześnie widzi drastyczne sceny za plecami, co jest bardzo przykre i męczące.

Treści omamów i ich intensywność mogą wzbudzać silny lęk, co może z kolei spowodować, że osoba przestaje być wobec nich krytyczna. W takiej sytuacji potrzebny jest ktoś zaufany, przy kim czuje się bezpiecznie, kto rozumie, akceptuje, pomoże obniżyć lęk, uświadomić, że to, co słyszy lub widzi, to są omamy. Takie wsparcie pozwala skupić się na rzeczywistości, a nie koncentrować się na objawach choroby. Eksperci uświadamiają innym osobom chorującym, a także profesjonalistom, że pojedyncze objawy mogą się utrzymywać nawet przez lata, czasami się nasilać i wtedy znacznie utrudniać codzienne życie, sprawiając ból. Uczą siebie wzajemnie, jak z nimi żyć, ponieważ leki nie potrafią ich do końca pokonać. To, co pomaga im wtedy, to przypatrywanie się objawowi i tłumaczenie sobie, że to po prostu wynik choroby, na przykład omamy słuchowe, a nie rzeczywistość: „nikt mnie nie wyśmiewa i nie ma się, czego bać”. Podkreślają, że czasami jest im trudno odróżnić omamy od rzeczywistości, mimo że mają wgląd w chorobę, są do niej krytyczni. Wtedy na przykład zastanawiają się nad cechami tej halucynacji. Jeżeli drzewo, które widzą, jest olbrzymich rozmiarów i faluje, to znaczy, że to nie rzeczywistość, ponieważ takich drzew nie ma. Kiedy słyszą „głosy”, zastanawiają się, kto to mówi. Jeżeli na przykład nikogo nie ma w pokoju, to znaczy, że to omamy. W radzeniu sobie z objawami stosują różne techniki, w tym autoterapeutyczne wypracowane przez lata w walce z chorobą i/lub nabyte w czasie psychoterapii.

Przykład z pracy terapeutycznej

Problem zgłaszany przez pacjentkę brzmiał następująco: „nie zawsze potrafię rozróżnić głosy od rzeczywistości, boję się ich, są okropne”.

Z wywiadu uzyskanego od pacjentki wiadomo, że choruje od kilku lat na schizofrenię, pozostaje pod opieką lekarza psychiatry, przyjmuje regularnie atypowe leki przeciwpsychotyczne. Jest krytyczna wobec psychozy. Omamy słuchowe zawsze po wypisach ze szpitala utrzymywały się przez okres kilkunastu miesięcy o nieznacznym nasileniu, nigdy do końca nie ustępowały.

W pracy terapeutycznej z tym problemem warto przypatrzeć się charakterystyce omamów słuchowych. Jak pacjentka głośno je słyszy? Czy jest to jeden głos, czy kilka? Jakiej płci? Jakie treści dokładnie słyszy? Jak je przeżywa? Co wtedy myśli o sobie? Czy zauważyła, w jakich sytuacjach się pojawiają? Czy kilka dni wcześniej coś się wydarzyło?

Z informacji od pacjentki wiadomo, że w przeszłości słyszała głosy przede wszystkim w domu, a teraz słyszy je w autobusie. W domu nauczyła się je rozpoznawać. Mieszka z siostrą, która jest jej najbliższym przyjacielem. Głosy, które

słyszała w domu, były kobiece, śmiały się z niej, ubliżały. Na początku była pewna, że obgadują ją sąsiedzi. Następnie siostra rozmawiała z nią i mówiła, że ona ich nie słyszy, ale nie negowała jej odczuć, przypomniła jej wcześniejsze doświadczenia z „głosami”. Razem zaczęły się zastanawiać, co ona właściwie słyszy. W oddziale terapeutycznym nauczyła się, w jaki sposób rozpoznawać cechy halucynacji. Dlatego spróbowała z siostrą przyjrzeć się im. Było to kilka głosów żeńskich, jedne bardziej wyraźne, inne mniej. Te wyraźne słyszała tak, jakby osoby stały przy niej, te mniej wyraźne jakby ktoś mówił szeptem. Zaczęła zdawać sobie sprawę, że nie było wtedy nikogo w pokoju, a nad nimi mieszka starsze małżeństwo, czasami słycać, jak coś upadnie im na podłogę. Obok mieszka młode małżeństwo z małym dzieckiem, czasami słycać jego płacz. Nikt z sąsiadów nigdy jej wprost niczego przykrego nie powiedział. Dała się przekonać siostrze, że to mogą być „głosy” wynikające z choroby, które są w ostatnim czasie bardziej nasilone i częściej się pojawiają. W konsekwencji zgodziła się na wcześniejszą wizytę u swojej lekarki, jednak miała nadal wątpliwości. Lekarka także tłumaczyła jej, że są to objawy choroby, zwiększyła dawkę neuroleptyku oraz skierowała na oddział terapeutyczno-rehabilitacyjny. Po dwóch tygodniach „głosy” znacznie się wyciszyły, a ona chętnie uczestniczyła w zajęciach terapeutycznych.

Aktualnie pojawiły się omamy słuchowe i nie wie, jak sobie z nimi poradzić. Czy to są znowu „głosy”, czy jednak rzeczywistość? Wyzwiska słyszy w autobusie, przeważnie wtedy, kiedy rano jedzie do pracy. Podjęła właśnie pracę chronioną w biurze, jest pomocą w sekretariacie. Bardzo zależy jej na tej pracy, ale ma silne obawy, że zostanie zwolniona. Już pierwszego dnia, gdy jechała do pracy autobusem, zaczęła słyszeć „złośliwy śmiech”, różne wyzwiska, na przykład „jesteś głupia, bezwartościowa, wariatka”. Z lęku była cała spocona. Nie wytrzymała jazdy autobusem i wysiadła wcześniej. Według niej w pracy jest miła atmosfera, stara się wszystko jak najlepiej wykonać. Wychodzi z biura bardzo zmęczona i kładzie się spać na kilka godzin. W nocy śpi bez problemów. Po południu w autobusie nie zawsze ktoś ją „wyśmiewa”, najgorzej jest rano. Wspólna analiza sytuacji, w jakiej pojawiły się „głosy” wykazała, co następuje:

- podjęcie pracy to wydarzenie ważne i stresujące dla pacjentki (kilkuletni okres bez zatrudnienia);
- niska samoocena i przekonanie, że na pewno sobie nie poradzi, straci pracę, znowu będzie bezczynna, wzbudzały negatywne emocje i nasilały poziom stresu;
- jazda rano autobusem, w którym było dużo ludzi, każdy stał tak blisko siebie, że dotykał pacjentkę, przekraczało jej bezpieczną granicę. Zawsze dotyk obcych osób w środkach lokomocji wzbudzał w niej silne napięcie.

Te dwie sytuacje stresujące wraz z obniżoną samooceną (z dominującymi negatywnymi przekonaniami na swój temat) mogły spowodować pojawienie się ponownie „głosów”, tym razem w autobusie. Analiza cech i treści halucynacji

wykazała, że głosy są żeńskie, takie same, jakie słyszała w czasie hospitalizacji i ostatniego pogorszenia stanu psychicznego. Zaobserwowała natomiast, że w autobusie wokół niej byli także mężczyźni. Treść omamów słuchowych powodowała, że czuła się jeszcze bardziej niekompetentna, bezwartościowa i „głupia”, nasilał się wtedy lęk, bezradność i smutek. W konsekwencji powodowało to nasilenie się halucynacji słuchowych. Dalszą pracę terapeutyczną ukierunkowano również na adekwatną samoocenę oraz sposoby radzenia sobie ze stresem.

W sytuacji, kiedy utrzymują się u osoby objawy negatywne, takie jak alergia, zblednięcia afektywne, anhedonia, awolicja (Andreasen, 2001), należy zastanowić się, co będzie dla niej najbardziej pomocne. Według eksperta przez doświadczenie osoba, która leży większość dnia w łóżku, nie podejmuje spontanicznie czynności, nie dba o higienę, nie od razu z tego stanu wyjdzie. Trzeba ją zachęcać do aktywności, wykonywać z nią wspólnie różne czynności, na przykład wyjść z nią na spacer, pomóc jej odnaleźć cel, zainteresować ją czymś konkretnym, a także przy niej być, aby czuła się akceptowana. Kiedy uda jej się coś zrobić, wzmacniać ją pozytywnymi słowami. Można zorganizować również wizytę domową psychologa. Psycholog natomiast w pracy z osobą z objawami negatywnymi może wykorzystać techniki behawioralne. Stworzyć wspólnie z pacjentem i jego bliskimi dzienniczek codziennej aktywności. Powinien on zawierać plan dnia włącznie z godziną pobudki, porannej toalety, posiłków oraz innych czynności do wykonania. W zależności od nasilenia objawów i aktualnych możliwości osoby należy wytyczyć proste zadania, w których pomagać będzie ktoś bliski. W planowaniu zadań należy brać pod uwagę wcześniejsze zainteresowania osoby (Hintze, 2015, 2017).

Równoległe z pracą z pacjentem należy rozpocząć pracę terapeutyczną z członkami rodziny. Ważne jest wytłumaczenie specyfiki objawów negatywnych, pokazanie jak rozróżniać je od lenistwa, ponieważ często brak wiedzy powoduje krytyczne komentarze wobec osoby chorującej, utratę wsparcia, a nawet odrzucenie. Rodzinę także należy nauczyć nagradzania każdej podjętej aktywności przez ich bliskiego. Kolejnym istotnym etapem pracy z rodziną jest danie jej możliwości omawiania swoich trudności i emocji wynikających z opieki nad bliskim. Brak profesjonalnego wsparcia może przyczynić się do wzrostu stresu w rodzinie, którego konsekwencją może być pogorszenie stanu psychicznego pacjenta oraz relacji rodzinnych.

Przykład z dzienniczka aktywności

Zaplanowana struktura dnia oraz dwie aktywności, które w kolejnych tygodniach można zwiększać w zależności od nasilenia objawów i poprawy stanu psychicznego.

Plan dnia

9.00 – pobudka

9.15 – toaleta poranna

9.45 – śniadanie oraz leki

11.00–11.30 spacer (w miarę poprawy stanu psychicznego można wydłużyć czas spaceru)

14.00 – obiad

17.00 – wspólne zajęcia, początkowo 30–40 minut, później dłużej – wybór zależy od aktualnych możliwości osoby, jej wcześniejszych zainteresowań, na przykład gra w warcaby, szachy czy układanie puzzli, oglądanie konkretnego programu w TV, słuchanie audycji w radio, czytanie osobie opowiadania, rozdziału w książce (najlepiej ulubionego autora)

19.00 kolacja oraz leki

20.00 – toaleta wieczorna

Objawy negatywne często są związane z zaburzeniami funkcji poznawczych. Jeżeli są one nasilone, to najpierw należy się nimi zająć, w drugiej kolejności funkcjonowaniem poznawczym.

Współcześnie zaburzenia poznawcze są uznawane za jeden z ważnych wymiarów psychopatologicznych schizofrenii, mogą długo się utrzymywać we wszystkich okresach choroby, są trudne do leczenia, obniżają efektywność psychoterapii i rehabilitacji, utrudniają funkcjonowanie pacjentów, są traktowane jako endofenotyp kognitywny wiążący się z podatnością na zachorowania na schizofrenię (Green, Kern i Heaton, 2004; Ma i in., 2007; Braw, Benozio i Levkovitz, 2012; Erol i in., 2012). Dlatego obecnie opracowane są nowe standardy leczenia schizofrenii, w których ważne miejsce zajmuje diagnoza zaburzeń poznawczych i włączenie odpowiednich metod ich poprawy (Wojciechowska i in., 2016).

Eksperci przez doświadczenie podkreślają, że często po opuszczeniu szpitala przez wiele miesięcy, a nawet lat doświadczali problemów z koncentracją uwagi, zapamiętywaniem, rozumieniem tekstu czy wypowiedzi, odtwarzaniem wcześniej wyuczonych treści. Nie byli w stanie kontynuować nauki na różnych poziomach edukacji, podjąć lub utrzymać się w pracy zawodowej, co skutkowało obniżeniem samooceny i izolacją społeczną. Eksperci doradzają osobom z problemami poznawczymi skorzystanie z pomocy psychologa w doborze odpowiednich ćwiczeń. Część osób, która zostawała sama z tym problemem, szukała własnych sposobów poprawiających umiejętności poznawcze. Na przykład jedna z osób rok przed wznowieniem studiów codziennie czytała artykuły w czasopiśmie, potem podzieloną na części książkę, następnie uczyła się na pamięć krótkich fragmentów. Po pewnym czasie zaobserwowała, że było jej łatwiej się koncentrować i zapamiętać. Zaczęła następnie czytać całe książki, a ich treść opowiadać bliskiej

osobie, żeby utrwalić to, co przeczytała. W taki sposób powoli przygotowała się do podjęcia studiów i w konsekwencji ukończyła je z oceną dobrą na dyplomie.

Eksperci podkreślają, że dla sprawnej pamięci ważne jest także zapewnienie odpoczynku „psychice” i „dotlenienie mózgu”. Polecają spacer, gimnastykę, basen, jazdę na rowerze, bieganie, w zależności od możliwości, jednak aktywności te powinny być wykonywane systematycznie, co najmniej kilka razy w tygodniu. Sami zauważają, że takie czynności, jak rysowanie, malowanie, wyszywanie kanw, robienie zdjęć z jednej strony sprawiają przyjemność, relaksują, z drugiej zaś poprawiają koncentrację uwagi.

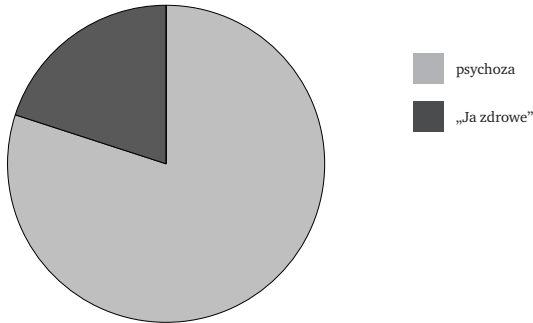
W poprawie funkcjonowania poznawczego istotną rolę odgrywają profesjonalne treningi funkcji poznawczych oraz mniej specyficzne oddziaływania, takie jak: rozwiązywanie krzyżówek, układanie puzzli, słuchanie audiobooków, wysiłek fizyczny (pływanie, nordic walking, jazda na rowerze). Obniżone funkcjonowanie poznawcze ma istotne znaczenie dla jakości życia, ponieważ ogranicza samodzielność w różnym zakresie, utrudnia rozwiązywanie problemów, interpretacje sytuacji społecznych, odczytywanie komunikatów pozawerbalnych czy kontynuowanie nauki i pracy zawodowej (np. Addington i Addington, 1999; Green i in., 2000; Kucharska-Pietura i in., 2005; Jabben i in., 2010).

Dlatego tak istotna jest ocena funkcjonowania poznawczego i dostosowanie treningów kognitywnych do potrzeb osoby. Obecnie w języku polskim dostępne są różne propozycje treningów poznawczych, metapoznawczych czy społecznego poznania i neuropoznania, od ćwiczeń prostych do bardziej złożonych, bez i z użyciem komputera (np. Gawęda, Moritz i Kokoszka, 2009; Kucharska, Wilkoś i Sawicka, 2013; Hintze, 2017), które mogą pomóc osobie w poprawie całościowego funkcjonowania.

W sytuacji, kiedy osoba z doświadczeniem schizofrenii ma zaniżoną samoocenę, ponieważ swoją wartość ocenia tylko przez pryzmat choroby i/lub uległa procesowi samonapiętnowania, można wykorzystać techniki poznawcze. Pomagają one w weryfikacji negatywnych przekonań na swój temat. W omówieniu jednej z nich pomocny będzie przykład z psychoterapii.

Młody mężczyzna chorujący na schizofrenię od okresu adolescencji aktualnie miał problemy z opanowywaniem materiału w czasie pierwszych lat studiów. Dużo czasu poświęcał na naukę, ale uzyskiwał przeważnie dostateczne oceny. Dominowało u niego poczucie beznadziejności, bezwartościowości, był przygnębiony. Nie dostrzegał swoich mocnych stron ani podejmowanych różnych aktywności tożsamy z podejmowanymi przez jego rówieśników. Psychoterapia skoncentrowana była na dwóch istotnych dla pacjenta problemach – zaniżonej samoocenie i trudnościach w nauce. Wykorzystano między innymi technikę poznawczą znaną jako „podzielony tort” do przedstawienia siebie, swoich cech, zainteresowań, aktywności. Pokazała ona, że całą prawie przestrzeń zajmuje psychoza, która zdominowała obraz pacjenta, a tylko mała część pozostała

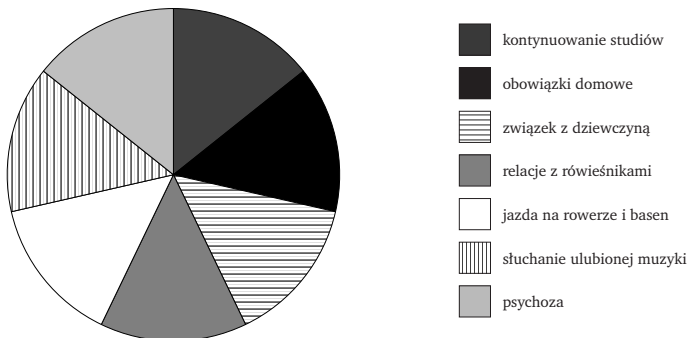
w nim nienaruszona (nazwał ją „Ja zdrowe” – ryc. 1). Omówienie z nim jego wcześniejszych i aktualnych zainteresowań, podejmowanych aktywności na studiach, w domu, relacji z innymi ludźmi pozwoliło na zmianę proporcji „tortu”. Praca ta zapoczątkowała zmiany w postrzeganiu i odczuwaniu siebie (ryc. 2).



RYCINA 1.

Obraz mojego Ja

Źródło: opracowanie własne.



RYCINA 2.

Obraz mojego Ja w różnych aktywnościach

Źródło: opracowanie własne.

Zauważenie przez pacjenta, jak wiele różnych czynności podobnych do tych, które wykonują jego rówieśnicy, pozwoliło na zmianę jego dysfunkcyjnych przekonań i pracę nad jego mocnymi stronami. Oczywiście biorąc pod uwagę drugi istotny problem, przeprowadzono diagnozę funkcjonowania poznawczego z uwzględnieniem obszarów obniżonego oraz dobrego funkcjonowania. Na jej podstawie opracowano indywidualny trening poznawczy uwzględniający różne

ćwiczenia, a także nowy plan nauki z podziałem na mniejsze jednostki czasu. Aktualnie pacjent ten skończył studia z dobrym wynikiem, podjął pracę w zawodzie, jest w kilkuletnim związku partnerskim. Kontynuuje już tylko leczenie farmakologiczne, a doświadczenie choroby nie dominuje jego obrazu Ja.

Jednakże oprócz psychoterapii i współpracy z psychologiem, według eksperta przez doświadczenie, równie ważna jest praca nad sobą. Istotne jest w niej zaakceptowanie schizofrenii, a jest to możliwe często po kilku latach walki z chorobą. I nie jest to związane z akceptacją leczenia farmakologicznego, co na ogół dokonuje się wcześniej. Jak w takim razie zaakceptować psychozę? Należy zmobilizować siły wewnętrzne i uruchomić zasoby, aby ją pokonać. Równocześnie należy przestać obwiniać los, Boga, innych i siebie za chorobę. Spróbować zaakceptować siebie razem ze swoimi słabościami i mocnymi stronami. Osoba doświadczająca schizofrenii to nie tylko schizofrenia. W każdej osobie chorującej psychicznie są obszary niedotknięte chorobą, stanowiące jej potencjał. Zarówno terapeuta, jak i pacjent powinni je umieć zauważyć oraz wykorzystać w rozwoju i walce z chorobą.

Ważnym elementem pracy terapeutycznej z osobą chorującą na schizofrenię i jej rodziną jest psychoedukacja, czyli przekazywanie informacji dotyczących objawów choroby, jej przebiegu, przyczyn, form leczenia, objawów zwiastujących nawrót oraz dostępności środowiskowych systemów wsparcia. W planowaniu oddziaływań psychoedukacyjnych należy brać pod uwagę aktualne nasilenie objawów psychopatologicznych i trudności poznawczych. Osoba z nasilonymi zaburzeniami poznawczymi może mieć problem ze śledzeniem toku wypowiedzi, rozumieniem treści, może też wychwytywać treści wyjęte z szerszego kontekstu, co tworzy zniekształcony obraz choroby wzbudzający lęk.

Z perspektywy ekspertów przez doświadczenie psychoedukacja nie powinna być prowadzona na samym początku choroby ani w odniesieniu do rodziny, ani samego chorego. Rodzinie w tym momencie najbardziej potrzebne jest wsparcie, wysłuchanie, odreagowanie emocji, natomiast pacjentowi potraktowanie z szacunkiem. Jedna z osób tak opisuje swoje doświadczenie zbyt wczesną psychoedukacją: „[...] objawy były już nasilone, nie rozumiałam przekazywanej wiedzy. Po rozmowie z lekarką czułam się jak trędowata, [...] czułam się wyśmiana i upokorzona”. Eksperci zwracają uwagę, że rodziny pytają zespół leczący, co dalej będzie z ich córką czy synem, co ze studiami, samodzielnym życiem itd. Odpowiedzi, które usłyszą, wpływają na traktowanie ich. Czasami rodziny i ich bliscy spotykają się z kategorycznymi wytycznymi od profesjonalistów. Uważają, że lekarze czy psycholodzy nie powinni mówić, że to koniec kariery dziecka, trzeba zapomnieć o studiach. Zawsze jest nadzieja i trzeba ją podtrzymywać, ale też nie dawać nie-realistycznego pocieszenia. Dlatego chcą uwrażliwić profesjonalistów, że rodziny potrzebują wiedzy przekazanej im w dostępny sposób i wsparcia emocjonalnego od zespołu leczącego oraz innych rodzin w podobnej sytuacji. Ze swoich doświad-

czeń wiedzą, że psychoedukacja, szczególnie prowadzona na spotkaniach dla grup rodzin, pozwala zrozumieć problemy osoby chorującej na schizofrenię. Bez niej często ich bliscy ranili ich, nie rozumieli, a nawet poniżali. Prowadziło to do konfliktów, poczucia osamotnienia i beznadziejności.

Z perspektywy psychologa, oprócz spotkań psychoedukacyjnych dla grup rodzin, ważną częścią terapii powinny być wspólne spotkania członków rodziny zamieszkującej razem lub zaangażowanych w pomoc osobie chorującej. Pomagają one obu stronom otworzyć się, rozmawiać o swoich uczuciach, troskach, obawach. Ułatwiają wzajemne słuchanie się. W czasie tych spotkań ważne jest podążanie za rodziną, otwartość na jej doświadczanie sytuacji choroby, dostosowanie do jej potrzeb oraz możliwości wsparcia poznawczego i emocjonalnego. Jak podkreślają sami eksperci przez doświadczenie, takie spotkania zbliżają, dają wsparcie i pomagają rodzinie zrozumieć zachowania wynikające z choroby, a bliskiemu zrozumieć zachowania rodziny wynikające z ich lęku.

Osoba po kryzysie psychiatrycznym często jest w stanie brać udział w grupowej psychoedukacji dopiero w oddziałach terapeutycznych lub ambulatoryjnie. Ważne są wtedy wspólne rozmowy z innymi osobami chorującymi, ponieważ umożliwiają dzielenie się swoimi doświadczeniami i wzajemne wspieranie. Psycholog wykorzystujący w pracy psychoedukację powinien sprawdzać, w jaki sposób rozumiane są przekazywane przez niego treści. Zwiększać ich zakres w zależności od możliwości poznawczych i emocjonalnych osoby po kryzysie psychiatrycznym. W pracy tej istotnym zagadnieniem jest opracowanie listy tzw. objawów ostrzegawczych (zwiastunowych), które mogą zapowiadać kolejny nawrót psychozy. Najczęściej nad listą objawów zwiastunowych pracuje się z pacjentem i jego bliskimi po pierwszym lub kolejnym epizodzie. Objawy zwiastunowe są pierwszą fazą schizofrenii cechującą się występowaniem symptomów specyficznych i/lub mniej specyficznych dla rozwoju psychozy. Współcześnie w świecie nazwę prodromu zastąpiono ryzykownym stanem psychicznym i opracowano narzędzie *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental State* (CAARMS) pomagające go diagnozować (Yung i in., 2015). Symptomy te dotyczą trzech sfer – emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej. Mają one wspólne cechy, które pomagają odróżnić je od codziennego funkcjonowania. Pojawiają się na ogół powoli, mogą się utrzymywać przez różny okres, często kilku tygodni lub miesięcy. W ciągu tego czasu zaczynają narastać pod względem liczby oraz natężenia.

Z perspektywy eksperta, osoba uczy się zauważać objawy ostrzegawcze, obserwując ich występowanie przed kolejnymi nawrotami. Czasami jednak jest tak, że osoba nawet z kilkuletnim doświadczeniem schizofrenii nie zauważa ich, ponieważ są one bardzo subtelne. Wtedy pomocna jest rodzina i inne osoby z doświadczeniem psychozy. Mogą oni z troską zwrócić uwagę bliskiemu/koledze, że widzą u niego niepokojące zwiastuny choroby. Zaobserwowano, że najczęściej u jednej osoby pojawiają się takie same objawy ostrzegawcze przed kolejnymi na-

wrotami. Opracowanie listy objawów zwiastunowych ma wiele korzyści dla pacjenta, ponieważ umożliwia:

- nauczenie się kontrolowania choroby;
- branie odpowiedzialności za siebie i leczenie;
- odbudowanie poczucia sprawstwa i zaufania do siebie;
- zmniejszenie kosztów psychicznych związanych z rozwojem pełnoobjawowej psychozy i pobytu w szpitalu psychiatrycznym;
- zabezpieczenie się przed „wypadaniem” z ról społecznych;
- rozbudzenie realnej nadziei na pokonanie choroby.

W odniesieniu do rodzin pacjenta lista tych objawów także spełnia pozytywną rolę, ponieważ:

- pozwala wspólnie kontrolować chorobę;
- umożliwia zauważenie zbliżającego się nawrotu we właściwym czasie, co pomaga uniknąć bliskiemu hospitalizacji;
- mobilizuje do zmotywowania bliskiego do wcześniejszej wizyty u psychiatry;
- w konsekwencji odbudowuje wzajemne zaufanie członków rodziny do siebie.

Przykład listy objawów ostrzegawczych:

Imię i nazwisko osoby

Istnieje w moim przypadku ryzyko nawrotu objawów psychozy:

1. Czuję cały czas napięcie, jestem drażliwy i kłótlivy – 7 dni.
2. Mam problemy ze snem (mam trudności w zaśnięciu wieczorem, wybudzam się kilkakrotnie w nocy i mam problem z ponownym zaśnięciem) – 6 nocy.
3. Wypalam dwie paczki papierosów w ciągu dnia – 5 dni.
4. Nie mam apetytu (pozostawiam jedzenie na talerzu niezależnie od rodzaju posiłku) – 5 dni.
5. Zanedbuję codzienną higienę (nie myję się, nie golę, nie zmieniam ubrania) – 4 dni.

Jeżeli wystąpią te objawy, powinienem jak najszybciej:

1. Zgłosić się do swojego lekarza psychiatry (tu imię i nazwisko, adres poradni, telefon).
2. Zgłosić się do swojego psychologa..... (tu imię i nazwisko, adres poradni, telefon).

Kolejnym ważnym obszarem w diagnozie psychologicznej jest funkcjonowanie psychospołeczne osoby po kryzysie psychotycznym. Ocena powinna dotyczyć aktualnego okresu rozwojowego – zrealizowanych i niezrealizowanych zadań rozwojowych, podjętych i przerwanych ról społecznych, dostępności sieci wsparcia społecznego, samodzielności w zakresie codziennych aktywności. Jeżeli

314 w którymś z tych obszarów występują trudności, to szczegółowa ich analiza po-

zwoli na dobór odpowiednich metod pomocy. Ważnym elementem pracy terapeutycznej jest również znajomość placówek i programów wsparcia środowiskowego, aby pokierować osobą do odpowiedniego dla niej miejsca. Zalicza się do nich Środowiskowe Domy Samopomocy, Warsztaty Terapii Zajęciowej, Ośrodki Wsparcia, Kluby, Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze, Mieszkania Chronione, Aktywizację Zawodową. Programy terapeutyczno-rehabilitacyjne różnią się w nich, ale wszystkie mają podobny cel ukierunkowany na poprawę jakości życia, wspieranie potencjału osób z zaburzeniami psychicznymi w procesie zdrowienia (Bronowski, 2012).

Z punktu widzenia eksperta przez doświadczanie w powrocie do różnych aktywności pomocne jest nawiązywanie nowych znajomości. W pierwszym etapie zdrowienia najłatwiej nawiązuje się relacje z inną osobą z podobnym doświadczeniem. W różnych placówkach zawiązują się często trwałe przyjaźnie. Osoby chorujące dobrze się rozumieją, łatwiej im sobie pomagać. Ekspersi wprost mówią, że niektórym z nich trudno jest nawiązać kontakt z osobą zdrową po kilkunastu latach leczenia psychiatrycznego. To, co im utrudnia nawiązywanie relacji, to lęk przed odrzuceniem, wyśmianiem, stygmatyzacją. Sami wiedzą, że najłatwiej jest nawiązać znajomości z podobnymi osobami, gdy poznaje się je na wspólnym spotkaniu, na przykład w klubach. Podkreślają, że obecność innych osób jest dla nich ważna, potrafią czerpać z kontaktów z nimi przyjemność i siłę. Pokonują wtedy samotność. Jednakże nie zawsze tak jest. Czasami utrzymujące się objawy, obniżony nastrój, brak wiary w siebie utrudniają kontakt i powodują wycofanie się z relacji z ludźmi. U każdego w innym momencie zdrowienia przychodzi czas, w którym wspólne spotkania zaczynają sprawiać przyjemność. Jest to możliwe przy obniżeniu lęku przed ludźmi, kiedy czują się akceptowani, nuczają się na nowo żartować, robić coś wspólnie. Jedna z osób tak o tym mówi:

Zobaczyłam, że ludzie mają podobne problemy do moich, że człowiek nie jest samotną wyspą. Jesteśmy sobie wzajemnie potrzebni, a innym na mnie zależy, czuję się lubiana. Przestałam bać się bliskości, bo spotkałam się ze zrozumieniem i współczuciem, gdy komuś się zwierzyłam. Ten proces trwał latami i nadal trwa. Ale zaczęłam otwierać się na innych, gdy poczułam się akceptowana taka, jaka jestem.

W pracy terapeutycznej z osobami z doświadczeniem schizofrenii bezsprzecznie ważna jest znajomość ich zasobów oraz potrzeb. To dzięki tej wiedzy profesjonaliści mogą skuteczniej wspierać proces zdrowienia, rozwijając ich umiejętności, zdolności, wzmacniać samoocenę, aby w pełniejszy sposób mogli oni realizować swoje cele, plany i marzenia. Eksperti przez doświadczenie za ważne zasoby uważają takie, które ich napełniają pozytywną energią. Są to na przykład: rozmowa z drugim człowiekiem, spotkania z przyjaciółmi, bycie razem z bliską osobą, dzień spędzony na łonie przyrody, dobra książka, film, sztuka, wystawa, a także wiara. Zaliczają do nich także pozytywne wzmocnienia, takie jak pochwa-

ły, uznanie, podziękowania za pracę, trud, pomoc drugiemu człowiekowi. Do zasobów osobistych zaliczają swoje mocne strony, zalety, talenty, zainteresowania. Podkreślają, że ważnym zasobem, który daje im siłę, jest pomaganie innym ludziom.

Jedna z osób w ten sposób ujmuje potrzebę dostrzegania zasobów przez zespoły leczące:

Brakowało mi w leczeniu tego, że bardzo mało uwagi psychiatra kierował na moje zasoby. Zajął się przede wszystkim leczeniem lekami i objawami psychozy. Dopiero później odkryłam zasoby. Częściowo dzięki terapii u psychologa i własnej obserwacji siebie. Zasobem moim jest krytycyzm do mojej choroby. Wiem, że omamy, które widzę, to choroba, nie rzeczywistość. Lubię wyzwania i takim wyzwaniem jest dla mnie moja choroba. Stawiam sobie poprzeczki, skupiam się na szukaniu rozwiązania problemu. Staram się nie załamywać, a gdy mam dół, to szukam pomocy. Powtarzam sobie, gdy coś mi nie wyjdzie, czy zrobię źle: «nie poddawaj się walcz, może następnym razem ci się uda». Takie słowa powodują, że idę do przodu, patrzę w przyszłość i rozwijam się. Przykre myśli nie mają wtedy na mnie takiego wpływu. Słucham innych, ich problemów i pomagam im. Wierzę, że moja pomoc może być skuteczna. Słucham także innych osób, co pozwala mi wzrastać i nabierać krytycyzmu do choroby. Cały czas się uczę.

Z perspektywy eksperta ważne jest, aby psycholog/psychiatra traktował pacjenta jak partnera, był otwarty na niego, zaangażowany, brał pod uwagę jego zdanie w terapii, sugestie dotyczące zmiany leku lub dawkowania. Pacjent często ma poczucie niskiej wartości, co sprzyja stanom depresyjnym. Terapeuta powinien odbudować w nim to, co choroba i/lub inni w nim „zmiażdżyli”. Nie powinien bać się pacjenta, treści i ciężaru jego choroby, a wzbudzać zaufanie i dawać poczucie bezpieczeństwa.

Ważnym zasobem w procesie zdrowienia jest nadzieja. To siła pozwalająca osobie po kryzysie psychotycznym na odbudowanie swojego „Ja”, znalezienie nowych celów w życiu i nadanie mu nowego znaczenia w wymiarze egzystencjalnym (Deegan, 1988, za: Adams i Partee, 1998). Nadzieja to siła, która pozwala uwierzyć w możliwość pokonania choroby, rozwój osobisty, odzyskanie poczucia sprawstwa i wiary w swoje możliwości. Nadzieję powinni rozbudzać profesjonalści, towarzysząc pacjentowi w jego drodze do zdrowienia, akceptując jego wybory, wzmacniając jego mocne strony, pozwalając na zdrowienie w jego tempie. Nadzieja sprzyja wyznaczaniu realnych celów. Nadzieja pomaga odnaleźć sens życia. Dlatego ważne jest stworzenie przestrzeni, aby osoby po kryzysie psychotycznym mogły mówić swoim głosem w swoich sprawach. Od niedawna w Polsce powstają ruchy samopomocowe (Bronowski, Chodkowska i Bednarzak, 2016), które tworzą osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Ich celem jest wzajemne wsparcie, aktywne przeciwdziałanie stygmatyzacji i mówienie o swoich potrzebach. Pozwala to na porzucenie biernej postawy pacjenta poddanego

różnym oddziaływaniom i przyjęcie postawy aktywnej, roli eksperta, który staje się partnerem dla profesjonalistów. Eksperci przez doświadczenie zaczynają w Polsce mówić swoim głosem, biorąc czynny udział w konferencjach naukowych, organizując spotkania z młodzieżą na różnych poziomach edukacji (gimnazja, licea, uczelnie wyższe) czy z urzędnikami z różnych ośrodków.

W przyjęciu aktywnej postawy pomocne jest wsparcie psychologiczne umożliwiające odbudowanie adekwatnej samooceny, szacunku do siebie, wiary we własne możliwości. Eksperci mają konkretne oczekiwania wobec pomocy ze strony psychologa. Podkreślają, aby potrafił być partnerem w rozmowie, to znaczy słuchał uważnie i pytał pacjentów o zdanie, nie narzucał swojego rozwiązania problemu, nie zostawiał ich samych z problemem, ale wspólnie z nimi poszukiwał rozwiązania. Rozbudzał realistyczną nadzieję, wierzył w możliwość rozwoju i zmiany. Terapeuta powinien także wierzyć w terapię, jaką proponuje i w to, że przyniesie ona pozytywne rezultaty. Nie może się zniechęcać, gdy ich nie widzi i gdy pacjent przychodzi do niego ponownie z tymi samymi problemami.

Tak o tym mówi jedna z osób z doświadczeniem psychozy:

Na początku zachorowania, chyba potrzebowałam kogoś, z kim mogłabym utworzyć most zaufania, kto potraktuje mnie normalnie, nie będzie się śmiał, będzie rozumiał. Nie do końca dobrze się czułam w domu, bo miałam złe relacje z tatą, a z mamą nie byłam blisko. Potrzebowałam kogoś, kto stanie po mojej stronie. Niekoniecznie od razu terapii. Ale kilka miłych słów, które wzmocnią, wyciszą. Po pierwszej hospitalizacji ja i moja rodzina zostaliśmy pozostawieni samym sobie. Zabrakło mi informacji, odnośnie do dalszych możliwości leczenia czy uzyskania wsparcia. Nie wiedziałam, że istnieją takie ośrodki czy kluby dla pacjentów. Nie wiedziałam nawet, że mam nadal leczyć się u lekarza psychiatry i że moja cała rodzina potrzebuje wsparcia. Dużym plusem, po mojej drugiej hospitalizacji, były spotkania psychoedukacyjne dla rodzin, w których uczestniczyli moi rodzice. Później, kiedy szok minął na podane mi rozpoznanie, na to, co ze mną się działo, co przeżywałam, ja także potrzebowałam edukacji o chorobie. Pomogła mi ona zrozumieć, co dzieje się ze mną. Sama zaczęłam czytać o schizofrenii. Podjęłam terapię z psychologiem. Osiągnęłam w niej pewne sukcesy, chyba dlatego, że w nią wierzyłam i byłam konsekwentna w pracy nad sobą. Psycholodzy też wierzyli we mnie, w moje możliwości zmiany, rozwoju, pokonania choroby. Miałam silną potrzebę mówienia o swojej chorobie, rozwiązywania problemów, stawiania pytań, szukania odpowiedzi. Był to czas poszukiwań. Później, gdy otrzymałam pomoc, zapragnęłam dzielić się z innymi tym, co sama dostałam. Teraz ja czuję się potrzebna, a to nadaje sens mojemu życiu.

We współpracy z osobami po kryzysie psychotycznym istotny jest ich głos w sprawie tego, czego oni potrzebują i oczekują w procesie zdrowienia. Takie postulaty opracowała Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP – ekspertów przez doświadczenie.

Zasadniczo potrzebujemy do zdrowienia:

- trafnej diagnozy lekarskiej;
- dobrze dobranych leków;
- wewnętrznego przekonania, że leczenie będzie skuteczne pod warunkiem przyjmowania tych leków;
- profesjonalnej opieki psychologicznej;
- wsparcia płynącego ze strony rodziny i przyjaciół oraz organizacji powołanych do niesienia tego typu pomocy.

Czyli potrzebujemy:

- dostępu do profesjonalnej opieki ze strony lekarza psychiatry;
- dostępu do bezpłatnej i profesjonalnej opieki psychologicznej;
- dostępu do niemedyceńskich placówek wsparcia środowiskowego;
- wsparcia i psychoedukacji dla rodzin;
- lepszych możliwości na rynku pracy;
- przeprowadzenia skutecznej kampanii uświadamiającej, czym są choroby psychiczne;
- lepszego dostępu do informacji o uprawnieniach dla osób chorych;
- podwyższenia świadczeń rentowych

(na podstawie postulatów zamieszczonych na stronie Porozumienia na Rzecz Osób Chorych Psychicznie, www.czasnaporozumienie.pl).

Eksperci przez doświadczenie mogą stać się ważnymi partnerami profesjonalistów w procesie leczenia/zdrowienia innych osób z zaburzeniami psychicznymi, przez dzielenie się swoim doświadczeniem z psychologiem czy psychiatrą, a także przez rozmowy z osobami chorującymi. Ekspert dobrze wie, co inny pacjent przeżywa w psychozie, czego się obawia, w jaki sposób radzić sobie z objawami choroby, gdzie i u kogo szukać pomocy. Obecnie członkowie z Grupy TROP prowadzą telefon zaufania, wspierając inne osoby z zaburzeniami psychicznymi i ich rodziny. Profesjoniści i eksperci mogą wzajemnie uczyć się od siebie, aby być bardziej skutecznymi w pomocy osobom po kryzysach psychicznych i ich rodzinom.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, S.M., Partee, D.J. (1998). Hope. The critical factor in recovery. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 36, 29–32.
- Addington, J., Addington, D. (1999). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 173–182.
- Anczewska, M., Roszczyńska-Michta, J. (2007). O umacnianiu pacjentów w procesie zdrowienia. W: M. Anczewska, J. Wciórka (red.), *Umocnianie nadzieja czy uprzedzenia* (s. 45–82). Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

- Braw, Y., Benozio, A., Levkovitz, Y. (2012). Executive function during full and partial remission (positive and negative symptomatic remission) of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 142, 122–128.
- Bronowski, P. (2012). *Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Bronowski, P., Chodkowska, K., Bednarzak, J. (2016). Ruch samopomocowy osób z doświadczeniem choroby psychicznej. Grupa Wsparcia TROP. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25, 190–195.
- Erol, A., Bayram, S., Kosger, F., Mete, L. (2012). Executive functions in patients with familial versus sporadic schizophrenia and their parents. *Neuropsychobiology*, 66, 93–99.
- Gawęda, Ł., Moritz, S., Kokoszka, A. (2009). Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych. *Psychiatria Polska*, XLIII, 6, 683–692.
- Green, M.F., Kerns, R.S., Braff, D.L., Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119–136.
- Green, M.F., Kern, R.S., Heaton, R.K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72, 41–51.
- Hintze, B. (2015). Poradnictwo psychologiczne dla osób z poważnymi zaburzeniami psychicznymi i ich rodzin. W: J.C. Czabała, S. Kluczyńska (red.), *Poradnictwo psychologiczne* (s. 350–379). Warszawa: PWN.
- Hintze, B. (2017). *Funkcjonowanie poznawcze w schizofrenii w okresie adolescencji – czynniki ryzyka i ochrony*. Warszawa: Wydawnictwo APS.
- Jabben, N., Arts, B., Os van, J., Krabbendam, L. (2010). Neurocognitive functioning as intermediary phenotype and predictor of psychosocial functioning across the psychosis continuum: studies in schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 764–774.
- Kucharska-Pietura, K., David, A.S., Masiak, M., Phillips, M.L. (2005). Perception of facial and vocal affect by people with schizophrenia in early and late stages of illness. *British Journal of Psychiatry*, 187, 523–528.
- Kucharska-Pietura, K., Wilkoś, E., Sawicka, M. (2013). *Trening społecznego poznania i neuropoznania*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ma, X., Wang, Q., Sham, P.C., Liu, X., Rabe-Hesketh, S., Sun, X., Hu, J., Meng, H., Chen, W., Chen, E.Y., Deng, W., Chan, R.C., Murray, R.M., Collier, D.A., Li, T. (2007). Neurocognitive deficits in first-episode schizophrenic patients and their first-degree relatives. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 144B, 407–416.
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2006). Psychoterapia poznawczo-behawioralna w schizofrenii. W: J. Meder, M. Sawicka (red.), *Psychoterapia schizofrenii* (s. 31–44). Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej.
- Wojciechowska, K., Kłosińska, M., Kur, A., Wichniak, A. (2016). Neuropoznanie u chorych na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 25, 236–247.
- Yung, A., Phillips, L., Simmons, M.B., Ward, J., Thompson, K., French, P., McGorry, P. (2015). *Comprehensive Assessment of at Risk Mental States (CAARMS) Brief Version For Use In Edit 2015*. Melbourne, Australia: The Pace Clinic University of Melbourne, Department of Psychiatry.

O AUTORACH

Jerzy W. Aleksandrowicz, psychiatra i psychoterapeuta, założyciel Katedry Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, od 2006 roku profesor emeritus w tej katedrze. Główne kierunki zainteresowań badawczych autora to: psychopatologia zaburzeń nerwicowych i ich psychoterapia, metodologia i metody badań efektywności psychoterapii, hipnoza i hipnoterapia. Autor około 300 publikacji, spośród których najważniejsze to: *Możliwości konstrukcji teorii zaburzeń nerwicowych w oparciu o pojęcia struktury dynamicznej i pola psychospołecznego* (1979), *Nerwice. Psychopatologia i psychoterapia* (1988), *Psychoterapia* (2003, współautor J.C. Czabała), *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006* (2012, współautorzy K. Klasa, J. Sobański, D. Stołarska). Założyciel kwartalników *Psychoterapia* i *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, w latach 1992–2013 redaktor *Psychiatrii Polskiej*. Kieruje Komitetem Redakcyjno-Wydawniczym Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Bogdan de Barbaro, profesor doktor habilitowany nauk medycznych, psychiatra, psychoterapeuta. Kierownik Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum. Superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Członek Editorial Advisory Board pisma *Psychiatry. Interpersonal and Biological Processes*. Były przewodniczący Sekcji Naukowej Psychoterapii oraz Sekcji Naukowej Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Autor i współautor publikacji z zakresu psychoterapii, terapii schizofrenii i terapii rodzin, między innymi *Schizofrenia w rodzinie* (1999), *Postmodernistyczne inspirowanie w psychoterapii* (2011), *I jak tu się dogadać* (2017). Zainteresowania naukowe autora obejmują zagadnienia dotyczące terapii rodzin, postpsychiatrii, kulturowego kontekstu psychiatrii.

Paweł Bronowski, doktor habilitowany, profesor Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego w Instytucie Psychologii, psycholog kliniczny, specjalista terapii środowiskowej. Autor badań i publikacji dotyczących schizo-

frenii i metod pomocy osobom chorującym psychicznie. Koordynator wielu programów wsparcia społecznego. Współtwórca i prezes Bródnowskiego Stowarzyszenia Przyjaciół i Rodzin Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Pomost” prowadzącego w Warszawie kompleksowy program wsparcia społecznego. Przewodniczący Rady Merytorycznej Porozumienia na Rzecz Wspierania Osób Chorujących Psychicznie – organizacji skupiającej osoby chorujące, ich rodziny oraz profesjonalistów z programów.

Lidia Cierpiałkowska, profesor doktor habilitowany, psycholog kliniczny, psychoterapeuta i superwizor terapii uzależnienia od alkoholu. Pracownik naukowo-dydaktyczny Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się na zagadnieniach psychologii klinicznej i psychoterapii zaburzeń psychicznych. Szczególną uwagę, od strony teoretycznej i badawczej, poświęca psychologii i psychoterapii zaburzeń osobowości oraz psychologii uzależnień od alkoholu. Najważniejsze publikacje książkowe ostatnich lat to: *Psychopatologia* (2007), *Psychologia uzależnień: alkoholizm* (2010), *Alkoholizm. Małżeństwa w procesie zdrowienia* (1997), *Alcoholism: self-help groups and professional therapy*. Pod jej redakcją lub współredakcją naukową ukazały się takie pozycje, jak: *Psychologia kliniczna. Podręcznik akademicki* (2016), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia* (2001); *Współczesna psychoanaliza. Teorie relacji z obiektem* (tom I, II i III, 2002) oraz *Psychologia zaburzeń osobowości* (2008), *Zaburzenia osobowości: problemy diagnozy klinicznej* (2014), *Oblicza współczesnych uzależnień* (2008).

Dorota Danielewicz, doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, wykładowca w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Psycholog w Zespole Społecznych Szkół Specjalnych STO „Dać Szansę” w Warszawie. Zainteresowania naukowe autorki dotyczą zaburzeń rozwoju dzieci i młodzieży, rehabilitacji i opieki nad osobami z niepełnosprawnością intelektualną i psychologicznej sytuacji rodzin dzieci z zaburzeniami rozwoju. Autorka kilkunastu artykułów, rozdziałów w pracach zbiorowych. Współredaktorka czterech książek na temat specyfiki funkcjonowania dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami.

Ian Dawson, a psychiatric nurse and social worker by profession and currently works at the Salten Psychiatric Centre of Nordland Hospital in Bodø, Norway. He is the coordinator of services and has been involved in several ENTER projects, mainly developing training programs and dissemination. He is currently the secretary of ENTER.

Kamila Dobrenko, doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, adiunkt w Zakładzie Psychologii Osobowości w Instytucie Psychologii w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej. Zainteresowania naukowe autorki dotyczą efektywności wykorzystywania nieświadomie przetwarzanych informacji słownych (jej struktura i determinanty, ze szczególnym uwzględnieniem właściwości osobowościowych), a także procesu psychoterapii, motywacji wzrostowych (m.in. samorealizacja) i dobrostanu psychicznego. Psychoterapeutka integracyjna. Autorka i współautorka publikacji z zakresu psychologii osobowości i psychoterapii: *Cechy i doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii oraz skuteczność psychoterapii. Podejście strukturalne* (2017), *Rozpoznawanie eksponowanych podprogowo słów o negatywnych bądź pozytywnych konotacjach* (2011).

Agnieszka Ejsmont, absolwentka studiów licencjackich w zakresie pracy społecznej ukończonych na Wydziale Dziennikarstwa i Nauk Politycznych Uniwersytetu Warszawskiego. Prezes Klubu „Amicus” (1997–2003) działającego na rzecz osób chorych psychicznie. Wolontariusz przy Stowarzyszeniu Rodzin i Przyjaciół Osób z Zaburzeniami Psychicznymi „Integracja” (1998–2002). Bierze udział w audycjach radiowych i telewizyjnych, w programach o tematyce zdrowia psychicznego. Od 2015 roku członkini Grupy Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP, w ramach której prowadzi prelekcje destygmatyzacyjne dla uczniów gimnazjów, liceów, studentów Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Współautorka biuletynu *Tropiciel* i poradnika/informatora *Jak radzić sobie z kryzysem, znaleźć wsparcie i poszerzać swoje możliwości*. Ekspert przez doświadczenie w programie Punktów Konsultacyjnych oraz programie Doradca Telefoniczny, kierowanych do osób po kryzysie psychicznym. Bierze czynny udział w konferencjach i szkoleniach naukowych dotyczących problemów i wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi.

Małgorzata Gawron, od 2008 roku pracownik sekretariatu Instytutu Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Brała udział w realizacji polskich części międzynarodowych projektów badawczych: CAMHEE, RAINBOW HAS, RAISE oraz CAMILLE. Koder badań ilościowych i jakościowych, między innymi w badaniu PISA.

Tim Greacen, Doctor, Director of the Maison Blanche Research Laboratory in Paris, is the current Chairperson of both the Greater Paris Area Regional Health Authority Working Group on Mental Health and the ENTER Mental Health European Network. Doctor Greacen is a recognised figure in France in the field of service user empowerment and mental health promotion.

Helena J. Grzegołowska-Klarkowska, doktor habilitowany, profesor Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Zainteresowania naukowe autorki dotyczą wspierania rozwoju osobowości, stosowanej psychoanalizy społecznej, psychobiografii. Najważniejsze publikacje naukowe: *Mechanizmy obronne osobowości* (1986), *Determinanty mechanizmów obronnych osobowości. Studium empiryczne z perspektywy psychologii poznawczej* (1989), *Psychologia jako nauka o człowieku? Epistemologiczne i metodologiczne przesłanki uwzględnienia jednostki jako obiektu badań psychologicznych* (1990), *Psychoanalityczne teorie rozwoju. Niezbędnik* (2015), *Mądrość osobowości. Wspieranie rozwoju osobowości i zapobieganie jej zaburzeniom w całym cyklu życia* (w przygotowaniu).

Lidia Grzesiuk, profesor doktor habilitowany. W ciągu 43 lat w Uniwersytecie Warszawskim między innymi (1) zorganizowała Akademicki Ośrodek Psychoterapii, w którym prowadziła głównie pracę indywidualną na tle grupy, (2) stworzyła Katedrę Psychopatologii i Psychoterapii. Jest autorką, współautorką, redaktorem, współredaktorem książek i innych prac głównie na temat psychoterapii – w tym siedmiu tomów akademickiego podręcznika psychoterapii – oraz komunikacji interpersonalnej i mobbingu. Obecnie pracuje w Instytucie Psychologii Wydziału Filozofii Chrześcijańskiej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, gdzie kieruje Zakładem Psychoterapii, Zespołem Badań nad Psychoterapią i Zespołem Badań nad Mobbingiem.

Beata Hintze, specjalista psycholog kliniczny, doktor nauk medycznych, pedagog. Posiada wieloletnie doświadczenie w pracy klinicznej (diagnoza i psychoterapia) z osobami z zaburzeniami psychicznymi, szczególnie z osobami chorującymi na schizofrenię i ich rodzinami. Przez kilkanaście lat pracowała w oddziałach psychiatrycznych, w tym w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Od wielu lat wykładowca akademicki i nauczyciel na kursach specjalizacyjnych. Obecnie pracownik naukowo-dydaktyczny w Instytucie Psychologii w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Zainteresowania naukowe koncentruje głównie na diagnozie zaburzeń poznawczych w schizofrenii, czynników ryzyka i ochrony. Prowadzi badania dotyczące funkcjonowania (poznawczego i psychospołecznego) młodzieży oraz dorosłych z diagnozą schizofrenii, będących uczestnikami różnych form leczenia psychiatrycznego i środowiskowych systemów wsparcia. Autorka kilkudziesięciu artykułów i rozdziałów opublikowanych w krajowych i międzynarodowych czasopismach naukowych oraz monografiach.

Irena Jelonkiewicz, doktor habilitowany nauk społecznych w zakresie psychologii, psycholog kliniczny, psychoterapeutka i superwizor psychoterapii. Obecnie Dziekan Wydziału Stosowanych Nauk Społecznych Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. W pracy naukowej zajmuje się problematyką funkcjonowania rodziny, radzenia sobie ze stresem młodzieży, zdrowia psychicznego dorastających, podmiotowych i sytuacyjnych wyznaczników dobrostanu. Autorka wielu publikacji obejmujących te zagadnienia, w tym: *Stres a zdrowie młodzieży* (2012), *Sense of coherence (SOC) as a major health-promoting personal resources among youth* (2013), *Psychoterapia hazardu – jak skutecznie leczyć hazardzistów? Efektywność stosowanych metod terapeutycznych* (2014), *Poradnictwo rodzinne* (2015).

Sylwia Kluczyńska, doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, starszy wykładowca w Katedrze Psychoterapii i Poradnictwa Psychologicznego w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, certyfikowany specjalista ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie, kierownik Studiów Podyplomowych w zakresie Poradnictwa Psychologicznego i Interwencji Kryzysowej, wieloletni pracownik Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”. Zainteresowania naukowe autorki obejmują głównie psychologię stresu, kryzysu i traumy oraz promocję zdrowia psychicznego. Autorka oraz współautorka licznych publikacji z tej tematyki, w tym *Poradnictwo psychologiczne* (2015, współautor C. Czabała), *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia* (2015, współautorzy: E. Sokołowska, L. Zabłocka-Żytka, J. Wojda-Kornacka), *Lekarzu reaguj na pomoc! Poradnik dla pracowników ochrony zdrowia* (2013, współautor G. Wrona),

Irena Namysłowska, profesor doktor habilitowany, psychiatra, psychoterapeuta, superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, wieloletni kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii. Obecnie kieruje Warszawskim Ośrodkiem Psychoterapii i Psychiatrii. Autorka przeszło 100 publikacji naukowych z dziedziny psychiatrii i psychoterapii opublikowanych w polskich i zagranicznych czasopismach, w tym podręczników: *Terapia rodzin* (1997, 2000) oraz *Psychiatria dzieci i młodzieży* (2004, 2012 redakcja), które służą wielu psychoterapeutom, psychologom i psychiatrom, chcącym pogłębić swoją wiedzę.

Krzysztof Ostaszewski, doktor habilitowany, pedagog, badacz i profilaktyk. Zajmuje się ewaluacją programów profilaktycznych, profilaktyką zachowań ryzykownych młodzieży oraz promocją zdrowia psychicznego. Adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i kierownik

Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M”. Ekspert Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Redaktor naukowy miesięcznika *Remedium*. Wybrane publikacje naukowe: *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych* (2003), *Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience* (2014), monografia wieloautorska *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012* (2013).

Katarzyna Prot-Klinger, profesor Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, psychiatra i psychoterapeutka, superwizorka Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i analityk szkoleniowy Instytutu Analizy Grupowej. Główne obszary zainteresowań autorki to specyfika psychoterapii osób z doświadczeniem traumy i psychozy oraz psychiatria środowiskowa. Bada i opisuje osoby, które przeżyły traumę w dzieciństwie oraz procesy społeczne dotyczące reakcji zbiorowej na wydarzenie traumatyczne. Na podstawie badań oraz doświadczenia w psychoterapii ocalałych z Holocaustu napisała książkę *Życie po Zagładzie. Skutki traumy u ocalałych z Holocaustu – świadectwa z Polski i Rumunii*. Przez lata prowadziła Zespoły Leczenia Domowego. Interesują ją procesy związane z deinstytucjonalizacją, w tym ewaluacja programów środowiskowych. Jest współautorem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Jarosław Rola, doktor habilitowany, profesor Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, psycholog i pedagog specjalny. Od 2016 roku Prorektor ds. Nauki APS, w latach 2008–2016 Dziekan Wydziału Stosowanych Nauk Społecznych tej Uczelni. Dyrektor zespołu szkół specjalnych dla dzieci z niepełnosprawnością sprzężoną, niepełnosprawnością intelektualną i zaburzeniami ze spektrum autyzmu przy Fundacji Pomocy Ludziom Niepełnosprawnym, w której pełni funkcję członka Zarządu. Członek wielu organizacji naukowych, m.in. Polskiego Zespołu do Spraw Badań nad Upośledzeniem Umysłowym, European Association for Mental Health in Mental Retardation, Polskiego Towarzystwa Pedagogiki Specjalnej. Autor kilku książek oraz licznych artykułów naukowych z dziedziny psychologii klinicznej dziecka. Jego zainteresowania naukowe i badawcze dotyczą głównie problematyki rozwoju emocjonalnego i jego zaburzeń u dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, zagadnień psychopatologii przywiązania u dzieci i dorosłych, terapii i rehabilitacji dzieci z zaburzeniami rozwoju.

Magdalena Rowicka, doktor psychologii, adiunkt w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Autorka publikacji naukowych, między innymi monografii naukowej, poświęconych tematyce uzależnień behawioralnych. Autorka i współrealizorka programów profilaktycznych z tego

obszaru. Badaczka uzależnień od substancji (projekt ATTUNE) i zaburzeń związanych z graniem w gry komputerowe, z problemowym używaniem internetu (w tym sieci społecznościowych).

Peter Ryan, Professor Emeritus at Middlesex and has a long lasting interest in service user empowerment and a peer support approach to service development. He is currently involved in the implementation of National Health Service Standard with respect to disability in the NHS Workforce.

Maryla Sawicka, doktor habilitowany, profesor Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego. Jest psychologiem klinicznym i psychoterapeutką certyfikowaną przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Od wielu lat zajmuje się pracą terapeutyczną osób chorych na schizofrenię w Klinice i Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, gdzie jest ordynatorem i pełniła obowiązki kierownika Kliniki. Jednocześnie jest profesorem w Instytucie Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej, gdzie wykłada psychoterapię, psychologię kliniczną oraz uczy nawiązywania kontaktu z osobami chorymi psychicznie. Aktywnie uczestniczy w kształceniu specjalistycznym psychologów klinicznych. Jest autorką i współautorką wielu publikacji z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej oraz leczenia środowiskowego osób chorych psychicznie. Od lat współtworzy nowoczesną rehabilitację psychiatryczną w Polsce.

Katarzyna Schier, profesor doktor habilitowany, pracuje w Katedrze Psychologii Klinicznej Dziecka i Rodziny na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Ukończyła pięcioletnie studia podyplomowe z psychoterapii dzieci i młodzieży w Heidelbergu. Jest psychoanalityczką i psychoterapeutką psychoanalityczną. Główne obszary zainteresowań naukowych autorki to: mechanizmy rządzące psychoterapią, problematyka genezy chorób psychosomatycznych, tematyka rozwoju oraz zaburzeń Ja cielesnego i obrazu ciała oraz ostatnio – utajone formy przemocy w rodzinie. Jest autorką kilku książek, między innymi: *Bez tchu i bez słowa. Więź psychiczna i regulacja emocji u osób chorych na astmę oskrzelową* (2005), *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń* (2010) oraz *Dorośle dzieci. Psychologiczna problematyka odwrócenia ról w rodzinie* (2014).

Helena Sęk, profesor doktor habilitowany, aktualnie profesor emerytowana Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, honorowym członkiem Komitetu Psychologii Polskiej Akademii Nauk i międzynarodowych towarzystw naukowych. Opublikowała ponad 180 prac, w tym książki jako autor lub redaktor. Jest

współautorką pierwszego polskiego podręcznika *Psychologia kliniczna* (1969–1978) pod redakcją Andrzeja Lewickiego i autorką oraz redaktorką *Społecznej psychologii klinicznej* (1991), *Wprowadzenia do psychologii klinicznej* (2001) i dwutomowej *Psychologii klinicznej* (2005) oraz podręcznika *Psychologia zdrowia* (2007). W 2016 roku redagowała wraz z profesorem Lidią Cierpiałkowską i przygotowała teksty do nowego zbiorowego wydania *Psychologii klinicznej*. Badania naukowe łączyła z kształceniem i praktyką kliniczną. Jej zainteresowania obejmują podstawy psychologii klinicznej i psychologii zdrowia, psychologię zaburzeń psychicznych, psychologię stresu i krytycznych wydarzeń oraz zasobów, problemy wsparcia społecznego. W roku 2013 została nagrodzona przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej złotym medalem za długoletnią służbę.

Agnieszka Szymańska, doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, pracownik Instytutu Psychologii na Wydziale Filozofii Chrześcijańskiej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie w Zakładzie Psychoterapii. Jej zainteresowania naukowe dotyczą problematyki błędu wychowawczego, wpływu doświadczenia na przebieg procesu wychowawczego oraz psychoterapeutycznego modelowania za pomocą układów równań strukturalnych SEM i poszukiwania wzorów w danych (Data Mining), sztucznej inteligencji. Publikuje teksty z zakresu psychometrii i statystyki, w których porusza między innymi zagadnienia trafności pomiaru w psychologii.

Jan Tylka, doktor habilitowany, profesor Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, kierownik Katedry Psychologii Zdrowia w Instytucie Psychologii, specjalista psycholog kliniczny, psychosomatyk. Od ponad 40 lat pracuje w obszarze kardiologii, z czego 28 w Instytucie Kardiologii w Warszawie. Ponad 20 lat pełnił funkcję Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychologii Klinicznej. Członek rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia przez cztery kadencje oraz Rady Naukowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Autor około dwustu publikacji, w tym książek *Psychosomatyka* (2000), *Zdrowie menedżera* (2008).

Jacek Wciórka, profesor nauk medycznych, psychiatra, kierownik I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, autor monografii *Między przyswajaniem a oddalaniem – postawy chorych wobec przeżywanymi zaburzeń schizofrenicznych* (1986), *Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy* (1998), redaktor kwartalnika *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, autor i redaktor wielu wydawnictw badawczych, podręcznikowych i popularyzatorskich oraz licznych artykułów w polskich i zagranicznych czasopiśmie naukowych. Zainteresowania naukowe autora to: klinika zaburzeń psychotycznych, subiektywne, osobowe i społeczne aspekty terapii zaburzeń

psychotycznych, metodologia badania klinicznego, klasyfikacje psychiatryczne, psychiatria środowiskowa, ochrona zdrowia psychicznego, filozoficzne i aksjologiczne założenia myśli psychiatrycznej.

Stanisław Wójtowicz, doktor nauk medycznych, pracuje jako adiunkt w Zakładzie Psychologii Medycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Aktualne zainteresowania naukowe autora dotyczą wypalenia zawodowego (predyktory i rozpowszechnienie w różnych grupach zawodowych), czynników wpływających na rozwój depresji poporodowej, zasobów odpornościowych w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych i traumatycznych (m.in. resilience). Autor oraz współautor licznych publikacji dotyczących tychże zagadnień, w tym: *Correlations of Job Burnout and Selected Features of Work Environment in a Sample of Midwives who Assist at Medical Abortions* (2017, współautorzy: J. Banasiewicz, H. Rozenek, S. Wójtowicz, W. Pawłowski), *Zespół wypalenia zawodowego u czynnych zawodowo fizjoterapeutów* (2017, współautorzy: K. Owczarek, S. Wójtowicz, W. Pawłowski, D. Białoszewski).

Lidia Zabłocka-Żytka, psycholog kliniczny, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Katedrze Psychoterapii i Poradnictwa Psychologicznego Instytutu Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Łączy pracę naukową z praktyką kliniczną. W obszarze naukowym zajmuje się głównie zdrowiem psychicznym oraz promocją zdrowia psychicznego wśród różnych grup, między innymi wśród studentów oraz osób przewlekle chorych somatycznie. Jest autorką oraz współautorką monografii oraz artykułów z obszaru zdrowia psychicznego oraz pomocy psychologicznej. Jako praktyk pracuje z dorosłymi, prowadząc terapię indywidualną i grupową. Organizuje warsztaty realizujące ideę promocji zdrowia psychicznego.

Agnieszka Żochowska, psycholog kliniczny, absolwentka psychologii w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Od kilku lat pracuje jako psycholog z osobami psychicznie chorymi w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia im. Jana Mazurkiewicza w Tworkach. Interesuje się pozytywną terapią osób chorych psychicznie oraz bada to zagadnienie.

Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii to dzieło zbiorowe dedykowane Profesorowi Czesławowi Czabale w pięćdziesięciolecie Jego pracy naukowej i klinicznej. Jak na księgę jubileuszową przystało, napisali do niego teksty najwybitniejsi polscy psychoterapeuci i badacze tej dziedziny, a także młodszy współpracownicy i uczniowie Jubilata. Czytelnik znajdzie w części I poruszającą refleksję o cierpieniu autorstwa profesora Jacka Wciórki, teoretyczny tekst profesor Heleny Sęk dotyczący modeli zdrowia i inne artykuły szczegółowe dotyczące zdrowia psychicznego. Część II poświęcona psychoterapii zawiera rozważania na temat różnych podejść i pytań stawianych przed współczesną psychoterapią. Na pytania te odpowiadają profesorowie Irena Namysłowska, Jerzy Aleksandrowicz, Lidia Cierpiałkowska, Bogdan de Barbaro, Katarzyna Schier, Lidia Grzesiuk. Tak znamienite grono Autorów, pracujących w różnych ośrodkach akademickich z całego kraju, to wyjątkowa okazja dla Czytelnika, by poznać poglądy mistrzów polskiej psychoterapii.

Szczególne grono Autorów stanowią współpracownicy i uczniowie czcigodnego Jubilata z Instytutu Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Profesorowie Paweł Bronowski, Helena Grzegołowska-Klarkowska, Irena Jelonkiewicz, Katarzyna Prot-Klinger, Jarosław Rola, Maryla Sawicka oraz grono adiunktów wyrażają swoimi artykułami wdzięczność Profesorowi Czabale za lata cennej współpracy i serdecznej przyjaźni.

Książka *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii* nie jest jubileuszową laurką. Zawiera dwadzieścia merytorycznych tekstów o kondycji współczesnej psychoterapii i psychologii klinicznej. Zarówno poruszana problematyka, jak i zestaw Autorów pozwalają przypuszczać, że publikacja znajdzie Czytelników wśród profesjonalistów oraz studentów, a także osób osobiście zainteresowanych zdrowiem psychicznym i procesem psychoterapii.

Z recenzji Profesor Barbary Weigl
