

WSPÓŁCZESNE KONTEKSTY
PSYCHOTERAPII I SOCJOTERAPII

UNIwersytet IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
SERIA PSYCHOLOGIA I PEDAGOGIKA NR 227

WSPÓŁCZESNE KONTEKSTY PSYCHOTERAPII I SOCJOTERAPII

Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki

Redakcja naukowa

KATARZYNA WASZYŃSKA, MONIKA FILIPIAK



POZNAŃ 2016

ABSTRACT. Waszyńska Katarzyna, Filipiak Monika (eds), *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii. Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki* [The contemporary context of psychotherapy and social therapy: selected theoretical and practical issues]. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (Adam Mickiewicz University Press). Poznań 2015. Seria Psychologia i Pedagogika nr 227. Pp. 288. ISBN 978-83-232-2949-0. ISSN 0083-4254. A Polish text with an English summary.

The present work inscribes into the scientific discourse over the scope and form of modern psychotherapy and social therapy. The monograph consists of two parts. In the first one, the authors focused on presenting theoretical aspects related to psychotherapy and social therapy process, e.g. premises, objectives, scope of effects, as well as methods and techniques. In the second part, within particular chapters, information connected with the practice of therapeutic work has been included, with the focus of attention falling on specific areas of research. All authors of texts contained in this book share scientific and clinical interest in a human and his or her functioning within the area of health and disorders.

Katarzyna Waszyńska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii, Wydział Studiów Edukacyjnych, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Poland

Monika Filipiak, Wyższa Szkoła Humanistyczna im. Króla Stanisława Leszczyńskiego, ul. Królowej Jadwigi 10, 64-100 Leszno, Poland

Recenzent: dr hab. Danuta Wosik-Kawała

Publikacja dofinansowana przez Wydział Studiów Edukacyjnych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

© Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu,
Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2015

Fotografia na okładce: Katarzyna Waszyńska, komputerowe opracowanie: Maciej Umięcki

Projekt okładki: Helena Oszmiańska-Napierała

Redaktor: Adam Pielachowski

Redaktor techniczny: Dorota Borowiak

Łamanie komputerowe: Danuta Kowalska

ISBN 978-83-232-2949-0

ISSN 0083-4254

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersYTETU IM. ADAMA MICKIEWICZA W POZNANIU
UL. FREDRY 10, 61-701 POZNAŃ
www.press.amu.edu.pl
Sekretariat: tel. 61 829 46 46, faks 61 829 46 47, e-mail: wyd nauk@amu.edu.pl
Dział sprzedaży: tel. 61 829 46 40, e-mail: press@amu.edu.pl

Wydanie I - dodruk. Ark. wyd. 17,00. Ark. druk. 18,00

DRUK I OPRAWA: EXPOL, WŁOCŁAWEK, UL. BRZESKA 4

Spis treści

Wstęp	7
CZĘŚĆ I. TEORETYCZNE DYSKURSY WOKÓŁ PSYCHOTERAPII I SOCJOTERAPII	
<i>Katarzyna Waszyńska, Monika Filipiak</i> Psychoterapeuta i socjoterapeuta – cechy i kompetencje osób skutecznie pomagających	13
<i>Dariusz P. Skowroński, Katarzyna Waszyńska</i> Wprowadzenie do poradnictwa i psychoterapii przez internet – podstawowe założenia i implikacje kliniczne	31
<i>Agata Woźniak</i> Terapia rodzinna	47
<i>Dariusz P. Skowroński, Katarzyna Waszyńska</i> Poradnictwo i terapia seksuologiczna. Główne założenia teoretyczne i metody pracy	61
<i>Dariusz P. Skowroński, Katarzyna Waszyńska</i> Czteropozomowy model interwencji w poradnictwie i terapii seksuologicznej ..	79
<i>Katarzyna Waszyńska, Przemysław Bury, Monika Filipiak</i> Socjoterapia a psychoterapia – refleksje teoretyczne	93
<i>Katarzyna Poniatowska-Leszczyńska</i> Metody i techniki w socjoterapii	117

<i>Barbara Jankowiak, Emilia Soroko</i>	
Diagnozowanie procesu grupowego w socjoterapii. Wskaźniki etapów rozwoju grupy socjoterapeutycznej adolescentów	131
CZĘŚĆ II. OD ZDROWIA DO ZABURZEŃ. WYBRANE ASPEKTY PRACY TERAPEUTYCZNEJ	
<i>Ewa Kasperek-Golimowska</i>	
O różnych ujęciach zdrowia psychicznego	151
<i>Ewa Kasperek-Golimowska</i>	
Stan zdrowia psychicznego i samopoczucie Polaków	165
<i>Agnieszka Bleja</i>	
Ból brzucha i nudności od nadmiaru odpowiedzialności. Przykład pracy terapeutycznej z pacjentką z objawami psychosomatycznymi i fobią szkolną w ujęciu ericksonowskim	189
<i>Katarzyna Szymańska, Lucyna Lipman</i>	
Dziecko w sytuacji rozwodu i emigracji zarobkowej rodziców – model ericksonowski pracy terapeutycznej z rodziną	197
<i>Alina Rękoś</i>	
Gdy (nie)jedzenie staje się problemem. Praca terapeutyczna z pacjentką chorą na anoreksję	217
<i>Barbara Jankowiak, Anna Gulczyńska</i>	
Psychoterapia dziecka – ofiary przemocy seksualnej	231
<i>Dorota Gołąb</i>	
Praca z pacjentem onkologicznym i jego rodziną	247
<i>Ewa Miturska</i>	
Współczesne uzależnienia behawioralne. Specyfika pracy terapeutycznej z pacjentem uzależnionym behawioralnie	269
Noty o autorach	285



Wstęp

Niniejsza praca wpisuje się w nurt naukowych dyskursów nad zakresem i formą współczesnej psychoterapii i socjoterapii. Zdajemy sobie sprawę, że zakres poruszanych w tej publikacji treści nie wyczerpuje całego spektrum problematyki, a zawarte w pracy zagadnienia zostały wybrane i wyselekcjonowane z uwzględnieniem aktualnych kierunków rozwoju tych dyscyplin, a także występujących współcześnie problemów i trudności w pracy klinicznej wśród dzieci, młodzieży i dorosłych.

Monografia składa się z dwóch części. W pierwszej, zaproszeni do współpracy autorzy skupili się na przedstawieniu teoretycznych aspektów związanych z procesami psychoterapii i socjoterapii, m.in. założeń, celów, zakresu oddziaływania, a także metod i technik. W części drugiej, w poszczególnych rozdziałach przedstawiono informacje związane z praktyką pracy terapeutycznej, odnosząc się do wybranych obszarów problemowych.

W rozdziale pierwszym zatytułowanym *Psychoterapeuta i socjoterapeuta – cechy i kompetencje osób skutecznie pomagających* autorki – Katarzyna Waszyńska i Monika Filipiak – po przedstawieniu założeń i celów psychoterapii i socjoterapii, odnoszą się do przedstawienia osoby terapeuty jako inicjatora i „narzędzia zmiany” w kontekście jego kompetencji, umiejętności, zasobów, a także podejścia do pomagania.

Dariusz Skowroński i Katarzyna Waszyńska, autorzy drugiego opracowania zatytułowanego *Wprowadzenie do poradnictwa i psychoterapii przez internet – podstawowe założenia i implikacje kliniczne*, przybliżają zjawisko pomocy psychologicznej oferowanej przez internet, wskazując na wyzwania, możli-

wości i ograniczenia tej formy pomocy. Autorzy przytaczają również przykłady psychologicznych interwencji online.

W kolejnym artykule, *Terapia rodzinna*, Agata Woźniak analizuje różne podejścia do pojęcia *terapia rodzinna*, przedstawia jej ogólne cele, etapy rozwoju, a także różne modele teoretyczne.

Następny rozdział, *Poradnictwo i terapia seksuologiczna. Główne założenia teoretyczne i metody pracy*, autorstwa Dariusza Skowrońskiego i Katarzyny Waszyńskiej – jest poświęcony przedstawieniu koncepcji i teorii psychologicznych, stanowiących bazę do pomagania ludziom w obszarze seksualności.

Ci sami autorzy w kolejnym artykule zatytułowanym *Czteropoziomowy model interwencji w poradnictwie i terapii seksuologicznej*, kontynuują wspomnianą wyżej tematykę, skupiając się na zaprezentowaniu stosowanego w praktyce krajów anglosaskich modelu PLISSIT (*Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy*), stworzonego na potrzeby pracy z osobami, które mają problemy seksualne.

Rozdział szósty, autorstwa Katarzyny Waszyńskiej, Przemysława Burego i Moniki Filipiak, *Socjoterapia a psychoterapia – refleksje teoretyczne*, traktuje o miejscu, jakie socjoterapia zajmuje w szeroko rozumianej pomocy psychopedagogicznej, oraz jej powiązaniach z psychoterapią. Uwagę skupiono głównie na wyróżnieniu czynników wpływu socjoterapeutycznego, przy założeniu, że praktyka socjoterapii jest przede wszystkim ateoretyczna (tj. nie zakłada żadnych hipotez o zależnościach) oraz empiryczna (nawiązuje do wyników badań nad psychoterapią).

Przedostatni rozdział, *Metody i techniki w socjoterapii*, autorstwa Katarzyny Poniatowskiej-Leszczyńskiej, ukazuje różnorodność metod i technik stosowanych w pracy socjoterapeutycznej z dziećmi i młodzieżą, z uwzględnieniem ich aktualnych potrzeb oraz dynamiki rozwoju grupy.

W ostatnim rozdziale pierwszej części, *Diagnozowanie procesu grupowego w socjoterapii. Wskaźniki etapów rozwoju grupy adolescentów*, Barbara Jankowiak i Emilia Soroko akcentują znaczenie diagnozowania procesów grupowych w socjoterapii (a szczególnie diagnozy etapów rozwoju grupy), jako ważnej kompetencji wpływającej na efektywność pomocy, umożliwiającej dobór metod i technik pracy, jak i dostarczającej narzędzi do rozumienia dynamiki grupy.

Druga część monografii poświęcona jest omówieniu zagadnień zdrowia i zaburzeń, a także zaprezentowaniu konkretnych metod i technik w kontekście występujących trudności i problemów. Materiał ten zawiera wiele cennych pod kątem klinicznym informacji, które mogą być przydatne dla pedagogów, psychologów oraz lekarzy w ich praktyce edukacyjnej i terapeutycznej.

Część tę otwiera artykuł Ewy Kasperek-Golimowskiej *O różnych ujęciach zdrowia psychicznego*, w którym autorka dokonuje analizy różnych koncepcji zdrowia, przedstawiając wiele możliwych podejść do tej problematyki. W kolejnym rozdziale Ewa Kasperek-Golimowska wskazuje, że mimo subiektywnych opinii wielu Polaków o dobrym samopoczuciu, obiektywne dane statystyczne pokazują ogromną skalę potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Autorka za T. Szafranem stawia tezę, że prewencja i profesjonalne leczenie zaburzeń psychicznych są jednymi z największych wyzwań z zakresu zdrowia publicznego w XXI wieku.

W następnym rozdziale, autorstwa Agnieszki Blei, zaprezentowano zasady i fazy ericksonowskiego podejścia do psychoterapii w kontekście procesu terapeutycznego, dotyczącego ośmioletniej pacjentki z fobią szkolną i problemami psychosomatycznymi oraz problemów jej rodziny.

Artykuł Katarzyny Szymańskiej i Lucyny Lipman, *Dziecko w sytuacji rozwodu i emigracji zarobkowej rodziców – ericksonowski model terapeutycznej pracy z rodziną*, przedstawia terapeutyczne i superwizyjne doświadczenia autorek, powstałe pod wpływem kilkuletniej pracy z rodzinami, których struktura została zachwiana przez decyzje związane z rozwodem lub emigracją zarobkową rodziców. Opisano przypadki prowadzone z wykorzystaniem założeń strategicznej terapii rodzin, wywodzącej się ze szkoły ericksonowskiej.

Kolejny artykuł, autorstwa Aliny Rękoś, *Gdy (nie)jedzenie staje się problemem. Praca terapeutyczna z pacjentką chorą na anoreksję*, zawiera opis procesu terapeutycznego siedemnastoletniej pacjentki z rozpoznaniem anoreksji, od momentu zgłoszenia do psychologa, przez postawienie diagnozy i prowadzenie psychoterapii (zarówno indywidualnej, jak i rodzinnej), do jej pomyślnego zakończenia. W artykule ukazano znaczenie relacji terapeutycznej oraz techniki i strategię w odniesieniu do prowadzonej psychoterapii behawioralno-poznawczej oraz systemowej.

Problematykę traumatycznych doświadczeń u dzieci podjęły również Barbara Jankowiak i Anna Gulczyńska w artykule *Psychoterapia dziecka – ofiary przemocy seksualnej*, w którym opisały główne założenia leczenia traumy u dzieci oraz formy psychoterapii dziecka – ofiary przemocy seksualnej.

Specyfikę zindywidualizowanej pomocy psychologicznej udzielanej pacjentom onkologicznym i ich rodzinom przedstawiła Dorota Gołąb z Wielkopolskiego Centrum Onkologii w artykule zatytułowanym *Praca z pacjentem onkologicznym i jego rodziną*.

W artykule *Współczesne uzależnienia behawioralne. Specyfika pracy terapeutycznej z pacjentem uzależnionym behawioralnie*, który stanowi ostatni rozdział niniejszej monografii, opisano podstawowe mechanizmy psychologiczne wybranych uzależnień behawioralnych. Informacje zaprezentowane przez

Ewę Miturską są poparte najnowszymi doniesieniami teoretycznymi i empirycznymi w tym obszarze.

Wszystkich autorów tekstów zawartych w tej książce łączy naukowe i kliniczne zainteresowanie człowiekiem i jego funkcjonowaniem w obszarze zdrowia i zaburzeń. Mamy nadzieję, że dzięki takiemu podejściu, publikacja ta ma szczególnie humanistyczny charakter.

Pragniemy serdecznie podziękować autorom artykułów, którzy zgodzili się współtworzyć to przedsięwzięcie. Niniejsza pozycja powstała dzięki ich wiedzy, doświadczeniu i pracy.

Książka ta została wydana także dzięki zaangażowaniu i życzliwości Dziekana Wydziału Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu, prof. zw. dra hab. Zbyszko Melosika, któremu również chcielibyśmy złożyć podziękowania.

Katarzyna Waszyńska, Monika Filipiak

Część I

**TEORETYCZNE DYSKURSY
WOKÓŁ PSYCHOTERAPII
I SOCJOTERAPII**

Katarzyna Waszyńska

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii.

Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Monika Filipiak

Wydział Nauk Społecznych Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Króla Stanisława Leszczyńskiego w Lesznie

Psychoterapeuta i socjoterapeuta – cechy i kompetencje osób skutecznie pomagających

Wstęp. Psychoterapia i socjoterapia – pojęcia i definicje

Przez ostatnie sto lat mamy do czynienia z wieloma próbami zdefiniowania tego, czym jest psychoterapia (*psychotherapy*). Pomijając jej początki, które wiążą się z oddziaływaniami charakterystycznymi dla tzw. kultur tradycyjnych oraz czasów nowożytnych (mesmeryzm, hipnoza), można przyjąć, że narodziła się ona wraz z powstaniem psychoanalizy i zapoczątkowanym przez Zygmunta Freuda sposobem leczenia problemów natury psychicznej za pomocą rozmowy.

Trudno jednoznacznie określić to pojęcie, którego nazwa wywodzi się od słów: (stgr.) *psyche* czyli dusza, i *therapeia*, oznaczającego leczenie¹. Współcześnie psychoterapia jest ujmowana w różnoraki sposób. Jedną z najpopularniejszych definicji jest ta, która określa psychoterapię jako

celowe i zamierzone zastosowanie metod klinicznych i interpersonalnych zabiegów, pochodzących ze sprawdzonych twierdzeń nauk psychologicznych, w celu towarzyszenia ludziom w modyfikacji ich zachowań, właściwości poznawczych, emocji lub/i innych indywidualnych charakterystyk na takie, które się wydają uczestnikom tego procesu pożądane².

¹ J. Pieter, *Słownik psychologiczny*, Wrocław-Warszawa-Kraków: Wydawnictwo Ossolineum, 1963.

² J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Warszawa: IPZ PTP, 2006, s. 4.

H. Sęk rozumie psychoterapię jako

specjalistyczną metodę polegającą na celowym, świadomym i programowym oddziaływaniu psychologicznym w celu usunięcia lub zmniejszenia zaburzeń zachowania i objawów somatycznych oraz ich psychospołecznych przyczyn³.

J. Aleksandrowicz natomiast, reprezentujący bardziej medyczne podejście, definiuje psychoterapię jako usuwanie zaburzeń przeżywanych przez jednostkę lub określanych przez jej otoczenie jako choroba⁴. St. Kratochvil z kolei wyróżnia dwa znaczenia psychoterapii: jako dziedziny oraz czynności⁵. Psychoterapia w pierwszym rozumieniu jest dziedziną interdyscyplinarną, odwołującą się do różnych obszarów medycyny i psychologii⁶. Ujmując zaś psychoterapię jako czynność, autor podkreśla, że jest ona leczniczym oddziaływaniem, specjalistyczną metodą leczenia lub zbiorem metod leczniczych, celowym wywieraniem wpływu, procesem społecznej interakcji. Tym, co odróżnia ją od innych czynności leczniczych jest to, czym oddziałuje, na co oddziałuje, jaki jest jej cel, jakie procesy zachodzą w jej trakcie oraz kto oddziałuje⁷. Kratochvil opisuje psychoterapię jako lecznicze oddziaływanie za pomocą środków psychologicznych na chorobę, zaburzenie lub anomalię, którego zadaniem jest usunięcie lub zmniejszenie trudności pacjenta oraz, w miarę możliwości, usunięcie ich przyczyny. Tym, co zachodzi w procesie psychoterapii są zmiany w przeżywaniu i zachowaniu pacjenta, a nad całością czuwa wykwalifikowany psychoterapeuta⁸.

Niezależnie od tego, w jaki sposób definiuje się psychoterapię, możemy wyróżnić kilka wspólnych oddziaływań w odniesieniu do tego pojęcia:

- jest oddziaływaniem celowym/zadaniowym;
- zmierza do usunięcia zaburzeń funkcjonowania jednostki, zgodnie ze współczesną wiedzą o przyczynach i mechanizmach tych zaburzeń;
- jest psychospołecznym oddziaływaniem terapeuty, uprawnionego do udzielania takiej pomocy;
- czerpie z doświadczeń innych oddziaływań psychologicznych;
- ma swoją specyfikę – jest adresowana do pacjentów;
- może przybierać różne formy;

³ H. Sęk, *Spoleczno-kliniczne podstawy teoretyczne różnych form pomocy psychologicznej*, w: *Spoleczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998, s. 376.

⁴ J. Aleksandrowicz, *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*, Warszawa: PZWL, 2000.

⁵ S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2003, s. 17.

⁶ Tamże, s. 17.

⁷ Tamże, s. 18.

⁸ Tamże, s. 18–19.

- jest oddziaływaniem opartym na relacji terapeutycznej, rozwijającej się w specyficzny styl interakcji, umożliwiającej zmiany, korygującej dotychczasowe doświadczenia pacjenta i jego sposób funkcjonowania;
- relacja zadaniowa jest obwarowana przepisami deontologicznymi⁹.

Zgodnie z tym, co podaje Kratochvil, nie istnieje jednolita teoria psychoterapii¹⁰. Trudno też jednoznacznie sklasyfikować współczesne nurty teoretyczne w psychoterapii. W literaturze przedmiotu spotkać można różne próby ich systematyzacji. W dużym uproszczeniu można je podzielić na: podejście psychoanalityczne i psychodynamiczne, podejście behawioralno-poznawcze, podejście humanistyczno-egzystencjalne i systemowe¹¹. Charakterystyka tych podejść nie jest jednak przedmiotem niniejszej publikacji, a zainteresowanych można odesłać do licznej literatury obejmującej tę problematykę¹².

Cz. Czabała zwraca uwagę, że psychoterapia z dwóch powodów rozwinęła się w postaci różnych teorii, różnorodnych sposobów rozumienia zaburzeń i odmiennych sposobów leczenia tych zaburzeń. Po pierwsze dlatego, że jej rozwój przypadał na różne warunki kulturowe i cywilizacyjne. Po drugie i co najważniejsze, dlatego, że przedmiot jej zainteresowania – zaburzenia psychiczne i zachowania człowieka – jest zróżnicowany zarówno pod względem symptomatologii, jak i przyczyn zaburzeń¹³.

Pojęcie *socjoterapia* (ang. *sociotherapy*, łac. *socius* – towarzysz) natomiast, najwcześniej pojawiło się w psychiatrii, w której rozumiane było jako

metoda, która stawia sobie za zadanie niedopuszczenie do wyizolowania chorego z życia, a jeśli do tego już doszło, włączenie go do tego życia z powrotem, uwzględniając i wykorzystując do tego celu wszystkie czynniki socjalne¹⁴.

Obecnie termin ten stosowany jest w odniesieniu do *therapy of social relations* – społeczności terapeutycznej w szpitalach lub/i pomocy psychopedagogicznej, procesu korekcyjnego, metody korygowania zachowań¹⁵.

⁹ R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, *Psychologia zaburzeń*, t. 1, Gdańsk: GWP, 2003, s. 938.

¹⁰ S. Kratochvil, dz. cyt., s. 25.

¹¹ Por. L. Grzesiuk, *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska i specyficzne problemy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998.

¹² R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, dz. cyt.; J.Cz. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997; L. Grzesiuk, *Psychoterapia. Szkoły...*, dz. cyt.; L. Grzesiuk, *Psychoterapia. Teoria*, t. 1, Warszawa: ENETEIA, 2005; *Psychoterapia. Szkoły i metody*, t. 6, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Warszawa: ENETEIA, 2011; S. Kratochvil, dz. cyt.

¹³ J.Cz. Czabała, dz. cyt., s. 117.

¹⁴ H. Wardaszko-Łyskowska, za: J. Jagiela, *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*, Kraków: Rubikon, 2007, s. 12.

¹⁵ J. Strzemieczny, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*, Warszawa: PTP, 1993; Z. Sobolewska, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, Warszawa: OPTA, 1993.

Socjoterapię umiejscawia się również między psychoterapią, psychoedukacją a treningiem interpersonalnym¹⁶.

W socjoterapii przyjmuje się, że korekta zaburzeń zachowania będzie dokonywać się wskutek organizowania takich sytuacji społecznych w czasie zajęć grupowych, w których uczestnicy będą mieli okazję do korekty oraz kompensacji swoich wcześniejszych doświadczeń traumatycznych i emocjonalnych, co spowoduje, że w konsekwencji nauczą się nowych sposobów reagowania¹⁷. Dzięki temu będą mieli możliwość poszerzenia swoich umiejętności społecznych (np. terapia zajęciowa, terapia pracą) lub modyfikacji otaczających osobę układów (praca z rodziną, społeczność lecznicza)¹⁸.

Wspólnym elementem definicji jest zatem akcentowanie roli zorganizowanego środowiska (grupy) i relacji społecznych. Środowisko socjoterapeutyczne, jak pisze M. John-Borys, pełni funkcję leczącą, ale również wspomagającą rozwój¹⁹.

1. Cele psychoterapii i socjoterapii

Celem działań podejmowanych w ramach pomocy psychologicznej jest odniesienie korzyści przez innych ludzi, spowodowanie u nich konstruktywnej zmiany, działanie na ich rzecz²⁰. Zatem celem każdego procesu psychoterapeutycznego czy socjoterapeutycznego jest zmiana w jakimś obszarze lub obszarach funkcjonowania człowieka.

Rodzaje zmian możliwych do osiągnięcia w psychoterapii zależą od podejścia terapeutycznego oraz rodzaju problemów pacjenta.

Oddziaływanie psychoterapeutyczne może obejmować zmiany w obszarach:

1. nieprzystosowawczych objawów/zachowań oraz eliminacji lub minimalizowania wpływu czynników środowiskowych będących przyczyną tych objawów/zachowań lub podtrzymujących je;

¹⁶ T. Schlack, *Socjoterapia. O możliwościach pracy z „klasą” w klasie*, „Profilaktyk” 2003, nr 1; K. Sawicka, *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, w: *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Centrum Medyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 1998, s. 147-187.

¹⁷ J. Jagieła, dz. cyt., s. 25.

¹⁸ *Leksykon PWN. Pedagogika*, red. B. Milerski, B. Śliwerski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.

¹⁹ M. John-Borys, *Socjoterapia – jak zachodzi zmiana zachowania?*, w: *Diagnoza, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, red. M. Deptuła, Bydgoszcz: UKW, 2005.

²⁰ Por. H. Sęk, dz. cyt.

2. właściwości intrapsychicznych:
 - a) zmiany nieprzystosowawczych schematów poznawczych (dysfunkcyjnego sposobu myślenia o sobie i świecie) oraz nieprzyjemnych, trudnych emocji, które im towarzyszą;
 - b) uświadomienia konfliktów wewnętrznych;
 - c) rozwiązywania konfliktów motywacyjnych;
 - d) zmiany w zakresie postaw wobec siebie, innych ludzi, sytuacji;
 - e) zmiany w relacjach interpersonalnych i uczenia się nowych umiejętności społecznych;
 - f) zmiany w obrębie poczucia sensu życia;
 - g) pomocy w kształtowaniu zdrowego poczucia tożsamości;
3. systemu rodzinnego lub innych systemów:
 - a) zmiany struktury rodziny;
 - b) zmiany wzorców komunikowania się;
 - c) zmiany w zakresie reakcji emocjonalnych;
 - d) zmiany zasad regulujących funkcjonowanie rodziny²¹.

Cz. Czabała podkreśla potrzebę planowania zmian w procesie psychoterapii – od najłatwiejszej do osiągnięcia, czyli zmiany zachowania, do najtrudniejszej, czyli zmiany właściwości intrapsychicznych²².

Socjoterapia z kolei polega na świadomym, intencjonalnym i celowym stwarzaniu dzieciom i młodzieży warunków, które umożliwią im zmiany w sposobie myślenia o sobie, świecie, o sobie w świecie, a także pozwolą na modyfikację niekorzystnych wzorów zachowań²³. Zatem istotą socjoterapii jest inicjowanie i wspomaganie procesu zmian w zakresie schematów myślowych, wzorów reagowania emocjonalnego, reakcji i zachowań u uczestników grupy. Możliwe jest to dzięki pojawieniu się procesu socjoterapeutycznego, a więc korekcyjnego i kreatywnego oddziaływania grupy na poszczególnych jej członków przy pomocy i aktywnym udziale prowadzącego grupę. Cele socjoterapii wydają się być również w wielu obszarach zbieżne z celami innych form pomocy psychologicznej, m.in. wspomnianej psychoterapii, a także promocji zdrowia czy prewencji.

²¹ Por. J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*, wyd. 3., Pacific Grove: Brooks-Cole, 1994; J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne...*, dz. cyt.; Cz. Czabała dz. cyt.; R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, dz. cyt.

²² Cz. Czabała, dz. cyt.

²³ J. Strzemieczny, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci w wieku szkolnym*, w: *Zajęcia socjoterapeutyczne*, red. J. Strzemieczny, Warszawa: PTP, 1988; K. Sawicka, *Socjoterapia...*, dz. cyt.; J. Strzemieczny, *Zeszyty socjoterapeutyczne*, Warszawa 1988.

Za Z. Sobolewską przyjmuje się, iż socjoterapia stawia przed sobą następujące cele²⁴:

1. terapeutyczne – dostarczenie wzorców pożądaných reakcji umożliwiających wypróbowanie i wyćwiczenie nowych konstruktywnych zachowań oraz odreagowanie napięć emocjonalnych; wspomina o tym również J. Strzemieczny, który pisze, że jest to „celowe stwarzanie dzieciom warunków (doświadczeń społecznych) umożliwiających zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne”²⁵;

2. edukacyjne – zapoznanie dzieci z zagadnieniami, które ułatwią funkcjonowanie społeczne i radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i problemami: rozwiązywanie konfliktów, nazywanie i wyrażanie emocji, pełnienie ról społecznych; aspekty te odnoszą się do procesu nabywania wiedzy, którą będzie można wykorzystywać w praktyce w życiu;

3. rozwojowe – wynikają z zadań rozwojowych związanych z wiekiem uczestników; wiążą się z realizacją następujących potrzeb: aktywności ruchowej, ciekawości poznawczej, kontaktu z rówieśnikami, twórczości, zabawy, kształtowania poczucia własnej tożsamości, rozwijania zainteresowań; działania te umożliwiają radzenie sobie z zadaniami i kryzysami rozwojowymi przypadającymi na poszczególne etapy rozwoju dzieci i młodzieży²⁶.

J. Jagieła wspomina też o funkcjach profilaktycznych socjoterapii: „socjoterapia ma możliwość zapobiegania zaburzeniom zachowania w przyszłości”²⁷.

2. Psychoterapeuta i socjoterapeuta jako osoby skutecznie pomagające

Biorąc pod uwagę główny temat niniejszego artykułu oraz dotychczasową analizę pojęć związanych z psychoterapią i socjoterapią, istotne jest przyjęcie się osobom psychoterapeuty i socjoterapeuty, a więc tym, którzy zajmują się szeroko pojętym pomaganiem. Zarówno wiedza, jak i umiejętności psychoterapeuty i socjoterapeuty w znaczący sposób będą wpływać na proces terapii.

Jak pisze B. Okun, „skuteczność osoby pomagającej jest uwarunkowana poziomem jej samoświadomości i umiejętnością wykorzystania własnej oso-

²⁴ Z. Sobolewska, dz. cyt.

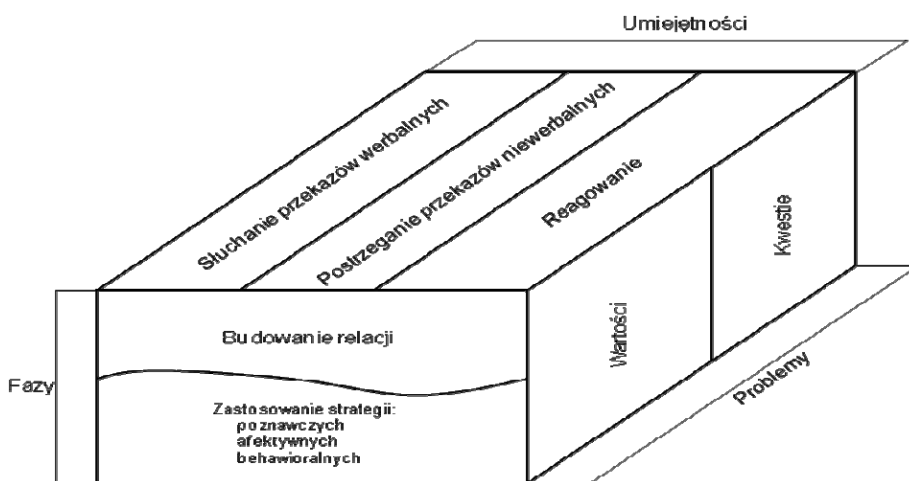
²⁵ J. Strzemieczny, dz. cyt., s. 24.

²⁶ K. Sawicka, *Socjoterapia...*, dz. cyt., s. 9-26.

²⁷ J. Jagieła, dz. cyt., s. 28.

by jako narzędzia zmiany”²⁸. Samowiedza i umiejętności praktyczne osoby pomagającej, jak wskazują autorzy²⁹, jest często bardziej istotna niż przygotowanie teoretyczne.

Opierając się na modelu relacji pomagania B. Okun³⁰, przyjmujemy, że ma on trzy zintegrowane wymiary (zob. rysunek), związane z fazami (etapami), umiejętnościami pomagającego oraz wartościami i kwestiami dotyczącymi aspektów osobistych, społecznych pacjenta/klienta/grupy, jak i pomagającego (etyka, wartości, postawy). Znajomość etapów relacji pomagania, procesów pojawiających się w pracy z pacjentem/klientem/grupą, a także otwartość i umiejętność radzenia sobie ze zjawiskami i trudnościami w prowadzeniu terapii (wystąpienie oporu, problemy z obecnością, punktualnością, naruszenie zasad kontraktu) stanowią istotny aspekt warsztatu psychoterapeuty i socjoterapeuty.



Rysunek. Model pomagania w ujęciu trójwymiarowym

Źródło: za B. Okun, *Skuteczna pomoc psychologiczna*, Warszawa: IPZ PTP, 2002, s. 19

Pierwsza faza modelu pomagania polega na budowaniu zaufania, otwartości i więzi między terapeutą a pacjentem/klientem/grupą, a także wśród samych uczestników np. grupy socjoterapeutycznej. Trzeba pamiętać,

²⁸ B. Okun, *Skuteczna pomoc psychologiczna*, Warszawa: IPZ PTP, 2002, s. 38.

²⁹ Por. M.S. Corey, G. Corey, *Grupy. Zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej*, Warszawa: IPZiT, 1995; B. Okun, dz. cyt., s. 40.

³⁰ B. Okun, dz. cyt.

że zarówno w pracy z indywidualnym pacjentem/klientem, jak i z grupą, na tym etapie mogą pojawić się takie trudności, jak: negatywne nastawienie wobec prowadzącego czy pozostałych członków grupy, próby naruszania ustalonego kontraktu, różny poziom otwartości, fasadowość zachowań (zakładanie masek), próby prowokowania psychoterapeuty/socjoterapeuty w celu sprawdzenia jego reakcji, różnorodne oczekiwania pacjenta/klienta/członków grupy co do formy i przebiegu spotkań.

Kiedy relacja zostanie już zbudowana, a tym samym określona, omówiona i zaakceptowana struktura spotkań, kolejnym etapem jest wybranie odpowiednich strategii, kierunków działania, metod i technik pracy. Znajomość tych metod i technik pracy oraz umiejętność ich zastosowania stanowią o warsztacie zawodowym psychoterapeuty i socjoterapeuty.

Aby osoba pomagająca mogła pewnie posługiwać się zróżnicowanymi strategiami, musi być zdolna do kontaktu z innymi ludźmi na płaszczyznach: afektywnej (związanej z odczuciami i emocjami), poznawczej (związanej z myśleniem lub innymi procesami poznawczymi) oraz behawioralnej (związanej z zachowaniem i działaniami). W związku z tym osoby pomagające muszą nieustannie pogłębiać zrozumienie siebie samych i rozwijać świadomość własnego systemu wartości, aby zdawać sobie sprawę z własnych problemów i oddzielać je od potrzeb i problemów klientów³¹.

Wymieniając poszczególne metody i techniki socjoterapeutyczne, należy ciągle pamiętać, że są one wtórne w stosunku do samej relacji terapeutycznej, która odgrywa – tak jak w każdym rodzaju pomocy psychologicznej – zawsze pierwszoplanową rolę³².

Powodzenie fazy drugiej zależy w dużym stopniu od efektywnego wykorzystania umiejętności komunikacyjnych do budowy pozytywnej relacji w fazie pierwszej³³.

Model pomagania opiera się na założeniach teoretycznych psychologii egzystencjalnej i behawioryzmu. Wyznaczają go następujące założenia, które są aktualne tak dla psychoterapii, jak i socjoterapii:

1. Ludzie są zdolni do podejmowania własnych decyzji. Ponoszą za nie odpowiedzialność.
2. Ludzie pozostają w pewnym stopniu pod wpływem środowiska, lecz są w stanie kierować swym życiem dużo bardziej, niż im się to wydaje.
3. Zawsze istnieje jakiś wybór, nawet jeśli jest ograniczony.

³¹ Tamże, s. 22.

³² J. Jagiela, dz. cyt., s. 81.

³³ B. Okun, dz. cyt., s. 15.

4. Ludzie są zdolni do uczenia się nowych zachowań i oduczania zachowań starych.

5. Ludzie ponoszą wewnętrzne i społeczne konsekwencje własnych działań – pełnią one funkcję wzmocnień (kar i nagród)³⁴.

Zarówno psychoterapeuta, jak i socjoterapeuta, którzy inicjują warunki do powstania zmian u pacjenta/klienta/poszczególnych członków grupy, sami muszą wierzyć i akceptować przedstawione wyżej założenia. Nie można skutecznie wspierać i motywować kogoś w kierunku zmiany dotychczasowych zachowań, jeśli samemu wątpi się w takie możliwości.

Doświadczeni psychoterapeuci i socjoterapeuci powinni być również świadomi celów swej pracy, możliwości i ograniczeń z nią związanych, a także gotowi do ciągłego kształcenia się lub dzielenia się swą wiedzą i wątpliwościami z innymi profesjonalistami.

Wśród wielu komponentów osób skutecznie pomagających wymienia się najczęściej:

1. postawę wobec ludzi – postrzeganie innych jako:
 - a) raczej zdolnych do działania;
 - b) wartościowych;
 - c) godnych zaufania;
 - d) pomocnych i przyjaznych innym;
 - e) optymistycznych;
2. obraz własnej osoby – pomagający:
 - a) czuje się kompetentny;
 - b) utożsamia się z grupą i nie ma poczucia izolacji;
 - c) uważa, że jest godny zaufania;
 - d) czuje się potrzebny innym;
 - e) uważa, że jest osobą wartościową;
 - f) jest samoświadomy: świadomy swojego systemu wartości i uczuć, standardów³⁵;
 - g) jest zainteresowany dobrem innych ludzi, wpływem kultury na człowieka, zmianami społecznymi³⁶;
3. podejście do pomagania – pomagający:
 - a) koncentruje się bardziej na ludziach niż na rzeczach;

³⁴ Tamże.

³⁵ D.W. Sue, *Culture-specific Strategies in Counseling. A Conceptual Framework*, „Professional Psychology. Research and Practice” 1990, no. 21; L. Brammer, *The Helping Relationship*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall, 1981.

³⁶ G. Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1995; L. Brammer, E. Shostrum, P.J. Abrego, *Therapeutic Psychology. Fundamentals of Counseling and Psychotherapy*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall, 1989.

- b) częściej przyjmuje subiektywne czy też fenomenologiczne podejście (widzi problem z perspektywy klienta, a nie z własnej);
 - c) empatycznie wprowadza strategie w życie; w zgodzie z własnym systemem wartości³⁷;
4. charakter relacji, przejawiający się w:
- a) bezwarunkowej akceptacji – komunikowanie bezwarunkowej akceptacji klientowi³⁸;
 - b) autentyczności i spójności pomagającego wyrażającej się przez szczerość wobec klienta, uczciwość, jednoznaczność, zgodność działania z głoszonymi przekonaniem³⁹;
 - c) empatii – empatyczne zrozumienie perspektywy klienta⁴⁰:

Osoba skutecznie pomagająca potrafi komunikować klientowi swą świadomość i zrozumienie samej siebie, przez co dostarcza mu doświadczeń będących podstawą zmian⁴¹; „Gerard Egan⁴² precyzuje pojęcie empatii, definiując dwa jej typy: empatię podstawową (*primary empathy*), która polega na okazywaniu uwagi, słuchania i odzwierciedlaniu przekazu klienta celem zakomunikowania mu trafnego odbioru owego przekazu, oraz trafną empatię zaawansowaną (*advanced accurate empathy*), która obejmuje także wywieranie wpływu na klienta za pomocą otwarcia się, wskazówek lub interpretacji⁴³;

- d) szacunku i pozytywnym stosunku do klienta⁴⁴ – wygłaszanie pozytywnych opinii o kliencie, uznawanie różnic, nacisk na pozytywne strony klienta;
- e) konkretności – jasne, bezpośrednie reakcje wobec klienta⁴⁵;
- f) świadomości swej zdolności do modelowania zachowań klienta⁴⁶;
- g) wiedzy i umiejętności – zdolność do integrowania teorii i umiejętności ze sposobem pojmowania rzeczywistości; uwzględnianie kontekstu wielokulturowego⁴⁷;

³⁷ A. Combs, *A Theory of Therapy. Guidelines for Counseling Practice*, Newbury Park, CA: Sage, 1989.

³⁸ C. Rogers, *The Characteristics of a Helping Relationship*, „Personnel and Guidance Journal” 1958, no. 37.

³⁹ A.E. Ivey, M.B. Ivey, M. Simek-Morgan, *Counseling and Psychotherapy. A Multicultural Perspective*, Boston: Allyn and Bacon, 1993.

⁴⁰ Por. C. Rogers, *The Characteristics...*, dz. cyt.

⁴¹ R. Carkhuff, B. Berenson, *Beyond Counseling and Therapy*, New York: Holt, Reinhart and Winston, 1967, za: B. Okun, dz. cyt., s. 39.

⁴² G. Egan, *The Skilled Helper*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1984.

⁴³ B. Okun, dz. cyt., s. 40.

⁴⁴ R. Carkhuff, B. Berenson, *Beyond...*, dz. cyt.; A.E. Ivey, M.B. Ivey, M. Simek-Morgan, *Counseling...*, za: B. Okun, dz. cyt.

⁴⁵ Tamże.

⁴⁶ L. Brammer, E. Shostrom, P.J. Abrego, *Therapeutic...*, za B. Okun, dz. cyt.

⁴⁷ G. Correy, *Theory...*, za: B. Okun, dz. cyt.

- h) wiedzy na temat czynników społeczno-politycznych oddziałujących na klienta⁴⁸ i rozumieniu światopoglądu każdego klienta⁴⁹;
- i) ciepła i troski wobec klienta (również przez komunikację niewerbalną)⁵⁰;
- j) koncentracji na teraźniejszości⁵¹;
- k) konfrontacji – dyskusja na temat różnic, wyjaśnianie niejednoznaczności przekazów, pojawiających się rozbieżności⁵²;
- l) etycznym zachowaniu⁵³.

Zgłębiając problem psychoterapeuty jako osoby skutecznie pomagającej, warto odnieść się do atrybutów opisanych przez J.A. Kottlera⁵⁴. Autor zwraca uwagę na modelujący wpływ osobowości terapeuty: „wspólnym tworzywem działań wszystkich wielkich terapeutów jest siła ich osobowości oraz charyzma”⁵⁵. Najlepsi terapeuci to ludzie, z którymi chcielibyśmy się identyfikować, od których można wyczuć pozytywną energię, którzy są pogodni, dowcipni, zdecydowani, nastawieni entuzjastycznie, o miło brzmiącym głosie, swoistej ekspresji, interesujący na tyle, że przebywanie z nimi sprawia przyjemność. Ponadto, mający cechy, których pragną inni. Jak pisze Kottler, „klient staje się podobny do terapeuty w tych aspektach, które najbardziej u niego podziwiał”⁵⁶. Z uwagi na powyższy proces identyfikacji skuteczni psychoterapeuci powinni być osobami odznaczającymi się zdrowiem psychicznym i dobrze radzącymi sobie z własnymi problemami: „to przede wszystkim skutecznie działający ludzie, potrafiący doskonale funkcjonować w różnych sytuacjach i pokazujący, że potrafią praktykować to, czego uczą innych”⁵⁷. Kolejnym ich atrybutem jest siła przekonywania i wywieranie wpływu podczas terapii. Do zadań psychoterapeuty należy przekonanie klienta do zmiany starych, niekorzystnych wzorców zachowania i przyjęcia w ich miejsce nowych, bardziej funkcjonalnych przekonań i postaw⁵⁸. Jednym z niezbędnych czynników decydujących o efekcie pracy

⁴⁸ D.W. Sue, *Culture-specific...*, dz. cyt.

⁴⁹ Tamże.

⁵⁰ A.E. Ivey, M.B. Ivey, M. Simek-Morgan, *Counseling...*, za: B. Okun, dz. cyt.

⁵¹ A.E. Ivey, M.B. Ivey, M. Simek-Morgan, *Counseling...*, za: B. Okun, dz. cyt.

⁵² A.E. Ivey, M.B. Ivey, M. Simek-Morgan, *Counseling...*, za: B. Okun, dz. cyt.

⁵³ L. Brammer, *The Helping...*, dz. cyt.; L. Brammer, E. Shostrom, P.J. Abrego, *Therapeutic...*, za: B. Okun, dz. cyt.

⁵⁴ J.A. Kottler, *Skuteczny terapeuta*, Gdańsk: GWP, 2003.

⁵⁵ Tamże, s. 77; por. R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, dz. cyt., s. 944.

⁵⁶ J.A. Kottler, dz. cyt., s. 78.

⁵⁷ Tamże, s. 79.

⁵⁸ Por. tamże, s. 82; por. R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, dz. cyt., s. 944.

terapeutycznej jest motywacja klienta do pracy nad sobą⁵⁹. Zależy ona, według Kottlera, bezpośrednio od poziomu entuzjazmu terapeuty⁶⁰. Nie należy także zapominać o niezbędnej dozie humoru i zabawy w terapii, które pozwalają, między innymi, na pokonanie oporu, odblokowanie energii, zmniejszenie napięcia, poczucia beznadziejności, nabranie dystansu do problemów⁶¹. Ważna jest również troska, ciepło i życzliwość okazywane klientowi przez terapeutę. Dzięki nim klient ma większą motywację do pracy nad sobą. Jak dodaje autor, „dobry terapeuta przekazuje swoją postawą następujące informacje: lubię siebie, ciebie również lubię, wiem, co czynię, robiłem to wiele razy, potrafię ci pomóc”⁶². Powinien on zatem cechować się pewnością siebie i być wiarygodny w oczach klienta.

Dobra terapia to nie tylko pragnienie i umiejętność zdecydowanego działania, gdy sytuacja tego wymaga, lecz również wstrzymywanie się z interwencją, jeśli to właśnie jest niezbędne [...]. Skuteczna terapia rozwija się w tempie dostosowanym do klienta, a nie do klinicysty⁶³.

Obok cierpliwości i empatii, którą powinni wykazywać się terapeuci, należy uwzględnić jeszcze umiejętność akceptacji przez nich własnych niedoskonałości, pomyłek i wykorzystywania ich do zwiększania skuteczności swojego działania w przyszłości⁶⁴. Ma to związek z gotowością do zwracania się do innych o pomoc (superwizje) i świadomością potrzeby nieustannego pogłębiania swojej wiedzy i szkoleń.

Przyjmując założenia Kottlera dotyczące cech osobistych skutecznego terapeuty, powinien on:

- głęboko i z pasją poświęcać się swojej pracy;
- kształtować w sobie cechy osoby silnej, dynamicznej i żywotnej;
- być przekonanym o swojej umiejętności bycia pomocnym;
- akceptować klientów bezwarunkowo, nawet jeśli pewnych zachowań nie akceptuje w odniesieniu do innych;
- sprawiać wrażenie osoby spokojnej, zrelaksowanej i czującej się swobodnie;
- mieć wysoko rozwiniętą inteligencję funkcjonalną i „bystrość życiową”, które umożliwiają zrozumienie ludzi i ich świata wewnętrznego;
- wzbudzać zaufanie;

⁵⁹ Por. R.C. Carson, J.N. Butcher, S. Mineka, dz. cyt., s. 943.

⁶⁰ Por. J.A. Kottler, dz. cyt., s. 84.

⁶¹ Por. tamże, s. 85.

⁶² Tamże, s. 89.

⁶³ Tamże, s. 90.

⁶⁴ Por. tamże, s. 92.

- sprawiać wrażenie osoby autentycznej i zgodnej;
- przejawiać w zachowaniu troskę o innych;
- odnosić się do klientów z szacunkiem, traktując ich jak osoby ważne;
- być gotowym do przyznania się do swoich omyłek i błędnych ocen;
- być przekonującym w zachęcaniu klientów do podejmowania ryzyka;
- akceptować samego siebie i dobrze się ze sobą czuć;
- ćwiczyć się w powściągliwości, aby podczas sesji nie zaspokajać własnych potrzeb;
- być gotowym do uznawania swoich nierozwiązanych problemów, konfrontowania się z nimi i pracowania nad ich rozwiązaniem;
- być gotowym do zasięgania porady lub konsultacji, gdy czuje, że stoi w miejscu⁶⁵.

Daniel Jones dodatkowo zauważa, że efektywny terapeuta, między innymi:

- rozumie procesy związane z zaburzeniami i wie, jak je pokonać;
- nie używa żargonu;
- jest wspierający, jeśli chodzi o trudne uczucia, ale nie zachęca do pozostawania w stanie pobudzenia emocjonalnego;
- pomaga w zdobywaniu umiejętności społecznych niezbędnych do zaspokojenia potrzeby miłości, przynależności;
- pomaga odkrywać zasoby i koncentrować się na nich w procesie dokonywania zmian;
- bierze pod uwagę możliwy wpływ terapii na bliskich pacjenta/klienta;
- pomaga w zmianie sposobu myślenia o problemach⁶⁶.

Przyjrzyjmy się teraz socjoterapeucie jako osobie skutecznie pomagającej. J. Jagiela podaje, że kompetencje socjoterapeuty można analizować w kilku wymiarach:

1. Wykształcenie i kwalifikacje – ukończenie studiów psychologicznych, pedagogicznych, socjologicznych lub pokrewnych oraz kilkuletnie podyplomowe szkolenia z zakresu socjoterapii.

2. Cechy osobiste i umiejętności, które stanowią bazę i fundament pracy w relacji pomagania. Należą do nich:

- a) umiejętność nawiązywania kontaktu (wzbudzanie zaufania i okazywanie zaufania innym, okazywanie zainteresowania innymi);
- b) zdolność do efektywnego komunikowania się:

⁶⁵ Por. tamże, s. 172.

⁶⁶ D. Jones, *Psychoterapia krótkoterminowa. Jak stać się terapeutą*, Brzezia Łąka: Wydawnictwo Poligraf, 2012, s. 158.

- zgodność komunikacji werbalnej i niewerbalnej;
 - umiejętność bezpośredniego, jasnego wyrażania swoich poglądów;
 - dostosowywanie swoich przekazów do możliwości percepcyjnych innych osób;
 - umiejętność aktywnego słuchania (dostrzeganie całego kontekstu wypowiedzi, zdolność do wychwycenia istotnych treści, dostrzeganie komunikatów niewerbalnych, wyczulenie na spójności/niespójności między komunikacją werbalną a niewerbalną);
 - znajomość i umiejętność posługiwania się zaawansowanymi technikami reagowania werbalnego, takimi jak: parafrazowanie, klaryfikacja, podsumowywanie, dostarczanie własnych ocen, interpretowanie, konfrontowanie;
- c) posiadanie dobrej woli i troski (szacunek dla innych, zainteresowanie dobrem innych);
- d) gotowość ujawniania własnych emocji (zdolność do rozpoznawania i wyrażania własnych uczuć);
- e) dawanie dobrego przykładu innym (szczerść i otwartość w prezentowaniu siebie);
- f) otwartość, przejawiająca się w:
- szacunku dla odmienności uczestników: ich poglądów, wartości, stylu życia;
 - gotowości do wysłuchania problemów innych;
- g) tolerancja (nienarzucanie własnego zdania);
- h) umiejętność przyjmowania krytyki od uczestników;
- i) samoświadomość (świadomość własnych możliwości i ograniczeń, zalet i wad);
- j) gotowość do udzielania pomocy:
- zrozumienie dla cierpienia innych;
 - umiejętność wykorzystania własnej wiedzy i doświadczenia do pomocy innym;
- k) poczucie humoru;
- l) dobra kondycja fizyczna i wewnętrzna siła (odporność psychiczna i fizyczna, zdolność do wytrzymania napięcia pojawiającego się w grupie);
- m) empatia (intuicyjne wyczuwanie subiektywnego świata uczestników, zbliżenie się do świata dzieci i młodzieży)⁶⁷.

⁶⁷ J. Jagiela, dz. cyt.

Powyższe kompetencje z powodzeniem można odnieść również do osoby psychoterapeuty.

M.S. Corey i G. Corey opisują jeszcze dodatkowe właściwości, które mają zastosowanie także w pracy socjoterapeutycznej⁶⁸:

1. Odwaga, przejawiająca się w gotowości do:
 - a) odsłaniania własnej słabości;
 - b) przyznawania się do błędów;
 - c) konfrontacji z innymi, przy jednoczesnym „byciu” z nimi w trakcie pracy nad konfliktem;
 - d) działania w zgodzie z własnymi przekonaniami;
 - e) emocjonalnej reakcji na sprawy uczestników;
 - f) wyrażania wobec grupy własnych oczekiwań, obaw związanych z procesem grupowym;
 - g) radzenia sobie z własnymi obawami.
2. Gotowość do modelowania – uczenie przez dawanie przykładu.

Otwierając się przed innymi – szczerze, adekwatnie i we właściwych momentach – stajesz się jednym z członków grupy, a zarazem pełnisz funkcję prowadzącego, który modeluje zachowania⁶⁹.

3. Emocjonalna obecność w grupie. „Stajesz się bardziej zaangażowany emocjonalnie w sprawy klientów, gdy zwracasz baczną uwagę na własne uczucia”⁷⁰.

4. Wiara w proces grupowy.

5. Pogłębianie świadomości swojego zaplecza kulturowego.

Jeżeli rozumiesz własną kulturę i wpływ środowiska społecznego na twój system wartości, masz podstawę do zrozumienia świata osób pod wieloma względami odmiennych od siebie. Twoja gotowość do przyjęcia odmienności w dużej mierze określa twą skuteczność w dostarczaniu energii prowadzonym przez siebie grupom⁷¹.

6. Nieprzyjmowanie postawy obronnej podczas ataków.

Prowadzący, którzy łatwo doświadczają poczucia zagrożenia, czują się niepewnie w swojej roli, są nadmiernie wrażliwi na negatywne informacje zwrotne i silnie uzależnieni od aprobaty ze strony grupy, napotkają na poważne problemy w pracy. Uczestnicy mogą czasem uskarżać się, że nie dbasz o nich dostatecznie, nie darzysz

⁶⁸ M.S. Corey, G. Corey, *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2002.

⁶⁹ Tamże, s. 73.

⁷⁰ Tamże, s. 74.

⁷¹ Tamże, s. 75.

w równym stopniu swoją uwagę i troską, zbyt strukturalizujesz pracę, nie dość wyraźnie ją ukierunkowujesz, jesteś zbyt ostry i tak dalej. Niekiedy krytyka może być usprawiedliwiona – mogło ci się zdarzyć, że nie byłeś dość wrażliwy lub dbały – ale bywa także wyrazem zazdrości, mierzenia się z autorytetem, walki o władzę lub przenoszenia na siebie emocji związanych z innymi osobami. Najistotniejsze, abyś w nieobronny sposób zbadał wraz z grupą uczucia kryjące się za wyrażoną krytyką. [...] W ten sposób modelujesz w grupie efektywne i pozbawione agresji sposoby wyrażania myśli i uczuć⁷².

Zakończenie

Podsumowując dotychczasowe rozważania, można przyjąć istnienie pewnych ogólnych wytycznych odnoszących się do cech i kompetencji osób skutecznie pomagających. Pomimo różnej specyfiki pracy psychoterapeutycznej i socjoterapeutycznej, ich sukces wyznaczają podobne czynniki, takie jak wysokie kwalifikacje osoby pomagającej, jej umiejętności skutecznej komunikacji interpersonalnej, budowania relacji, samoświadomość oraz zdolność samoobserwacji i obserwacji pacjenta/klienta, dostrzegania, czasami niezwykle dyskretnych, wskaźników zachodzących zmian i adekwatnego reagowania na nie.

Jak pisze B. Okun,

zarówno praktyka, jak i wyniki badań wskazują, że pewne cechy i właściwości pomagających wpływają pozytywnie na kształt relacji. Im bardziej pomagający jest świadomy swoich inklinacji uwarunkowanych własną płcią i kulturą, swoich przekonań, zachowań, uczuć, i im lepiej potrafi szczerze, jasno i empatycznie komunikować swoje rozumienie siebie i innych, tym większe ma szanse, że jego pomoc będzie skuteczna. Samoświadomość, szczerłość, spójność i zdolności komunikowania się, wiedza o ludzkim zachowaniu, znajomość wpływu płci, kultury i czynników społecznych na zachowanie – to wszystko czynniki sprzyjające efektywnej relacji pomagającego z klientem⁷³.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J., *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*, Warszawa: PZWL, 2000.
- Brammer L., *The Helping Relationship*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall, 1981.
- Brammer L., Shostrum E., Abrego P.J., *Therapeutic Psychology. Fundamentals of Counseling and Psychotherapy*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice – Hall, 1989.

⁷² Tamże, s. 76.

⁷³ B. Okun, dz. cyt., s. 52.

- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, t. 1–2, Gdańsk: GWP, 2003.
- Combs A., *A Theory of Therapy. Guidelines for Counseling Practice*, Newbury Park, CA: Sage, 1989.
- Corey G., *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1995.
- Corey M.S., Corey G., *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2002.
- Czabała J.Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
- Diagnoza, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, red. M. Deptuła, Bydgoszcz: UKW, 2005.
- Egan G., *The Skilled Helper*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1984.
- Elliott R., Bohart A.C., Watson J.C., Greenberg L.S., *Empathy*, w: *Psychotherapy Relationships that Work* (2nd ed.), Ed. J.C. Norcross, New York: Oxford University Press, 2011.
- Empathy Reconsidered. New Directions in Psychotherapy*, Eds. A.C. Bohart, L.S. Greenberg, Washington, DC: American Psychological Association, 1997.
- Evidence-Based Therapy Relationships*, Ed. J.C. Norcross, November 2010, [online] <www.nrepp.samhsa.gov/pdfs/norcross_evidence-based_therapy_relationships.pdf> [dostęp: 28.10.2015].
- Geldard K., Geldard D., *Jak pracować z dziećciami grupami terapeutycznymi*, Gdańsk: GWP, 2005.
- Gelso J.Ch., Hayes J.A., *Relacja terapeutyczna*, Gdańsk: GWP, 2005.
- Grzesiuk L., *Psychoterapia. Szkoty, zjawiska i specyficzne problemy*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998.
- Grzesiuk L., *Psychoterapia. Teoria*, t. 1, Warszawa: ENETEIA, 2005.
- Grzesiuk L., *Psychoterapia. Praktyka*, t. 2, Warszawa: ENETEIA, 2006.
- Heatton J.A., *Podstawy umiejętności terapeutycznych*, Gdańsk: GWP, 2003.
- Ivey A.E., Ivey M.B., Simek-Morgan M., *Counseling and Psychotherapy: A Multicultural Perspective*, Boston: Allyn And Bacon, 1993.
- Jagiela J., *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*, Kraków: Rubikon, 2007.
- Jones C., Shillito-Clarke C., Syme G., Hill D., Casemore R., Murdin L., *Co wolno, a czego nie wolno terapeutycie*, Gdańsk: GWP, 2005.
- Jones D., *Psychoterapia krótkoterminowa. Jak stać się terapeutą*, Brzezia Łąka: Wydawnictwo Poligraf, 2012.
- Kottler J.A., *Skuteczny terapeuta*, Gdańsk: GWP, 2003.
- Kratochvil S., *Podstawy psychoterapii*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2003.
- Leksykon PWN. Pedagogika*, red. B. Milerski, B. Śliwerski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.
- Okun B., *Skuteczna pomoc psychologiczna*, Warszawa: IPZ PTP, 2002.
- Pieter J., *Słownik psychologiczny*, Wrocław-Warszawa-Kraków: Wydawnictwo Ossolineum, 1963.
- Prochaska J.O., Norcross J.C., *Systems of Psychotherapy. A Transtheoretical Analysis*, wyd. 3., Pacific Grove: Brooks-Cole, 1994.
- Prochaska J.O., Norcross J.C., *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Warszawa: IPZ PTP, 2006.
- Psychoterapia i poradnictwo*, t. 1, red. C. Feltha, I. Horton, Sopot: GWP, 2013.
- Psychoterapia. Szkoty i metody*, t. 6, red. L. Grzesiuk, H. Suszek, Warszawa: ENETEIA, 2011.

- Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998.
- Reber A., *Słownik psychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, 2000.
- Rogers C.R., *A Way of Being*, Boston: Houghton Mifflin, 1980.
- Rogers C., *The Characteristics of a Helping Relationship*, „Personnel and Guidance Journal” 1958, no. 37.
- Schlack T., *Socjoterapia. O możliwościach pracy z „klasą” w klasie*, „Profilaktyk” 2003, nr 1.
- Sobolewska Z., *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, Warszawa: OPTA, 1993.
- Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Centrum Medyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 1998.
- Spoleczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998.
- Struup H.H., *Psychotherapy. Research, Practice and Public Policy*, „American Psychologist” 1986, no. 41, s. 120–130.
- Strzemieczny J., *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*, Warszawa: PTP, 1993.
- Strzemieczny J., *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci w wieku szkolnym*, w: *Zajęcia socjoterapeutyczne*, red. J. Strzemieczny, Warszawa: PTP, 1988.
- Strzemieczny J., *Zeszyty socjoterapeutyczne*, Warszawa 1988.
- Sue D.W., *Culture-specific Strategies in Counseling. A Conceptual Framework*, „Professional Psychology. Research and Practice” 1990, no. 21.
- Wardaszko-Łyskowska H., *Analiza roli socjoterapii we współczesnej psychiatrii*, Warszawa: Wyd. AM, 1996.
- Vopel K., *Poradnik dla prowadzących grupy*, Kielce: Jedność, 1999.
- <www.psychotherapyresearch.org/?104> [dostęp: 28.10.2015].

Dariusz P. Skowroński

Psychological Studies, Temple University Japan Campus, Tokyo

Katarzyna Waszyńska

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii. Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wprowadzenie do poradnictwa i psychoterapii przez internet – podstawowe założenia i implikacje kliniczne

Wstęp

Niniejszy artykuł przybliży zagadnienie pomocy psychologicznej z wykorzystaniem internetu i przedstawia podstawowe założenia oraz zjawiska interwencji psychologicznych online. Podstawy teoretyczne i zjawiska w terapii internetowej na podstawie literatury przedmiotu wsparto także przykładami z praktyki klinicznej.

Formy pomocy psychologicznej, w wyniku szerokiego dostępu do internetu – globalnej sieci komputerowej, przechodzą fazę szybkich zmian, które redefiniują dotychczasowe rozumienie „bycia w kontakcie” i wymiany informacji¹. Internet rzucił wyzwanie tradycyjnym poglądom na temat form nawiązywania relacji terapeutycznej ze względu na inną dynamikę komunikacji² w kontekście pracy klinicznej³. Literatura przedmiotu pokazuje jed-

¹ A. Ben-Ze’ev, *Miłość w sieci. Internet i emocje*, Poznań: Rebis, 2005; A. Cooper, *Sexuality and the Internet. Surfing into the New Millennium*, „CyberPsychology & Behaviour” 1998, 1; R. Wallace, *The Psychology of the Internet*, Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

² *Psychology and the Internet*, red. J. Gackenbach, San Diego: Academic Press, 1998; A.N. Joinson, *Understanding the Psychology of Internet Behaviour*, New York: Palgrave Macmillan, 2003; B. Aouil, *Psychologia pomocy online*, Bydgoszcz: Magraf s.c, 2004; A.N. Joinson, *The Oxford Handbook of Internet Psychology*, Oxford: Oxford University Press, 2007.

³ M.A. Fenichel, *Online Behavior, Communication, and Experience*, w: *Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc.,

nak, że terapia online ma już swoje miejsce w ramach uznanych zastosowań profesjonalnych w medycynie, psychologii, seksuologii i innych obszarach pomocy⁴.

1. Charakterystyka pomocy psychologicznej online

Praca online wymaga dobrego zaznajomienia się z narzędziami internetowymi (programy komunikacyjne) i jest rozwiązaniem dla tych profesjonalistów, którzy czują się swobodnie w relacjach społecznych w środowisku sieciowym⁵, a także potrafią wyrażać swoje myśli i emocje za pomocą tekstu (forma kontaktu przez e-mail) lub/i z użyciem technologii audio/wideo (np. komunikator *Skype*)⁶. Dla skutecznego terapeuty online nie ma znaczenia medium porozumiewania się, gdyż bez względu na pośredniczący w tym procesie kanał (tekst, audio, czy wideo), zadaniem profesjonalisty jest budowanie takiej relacji, aby klient mógł doświadczyć poczucia zaangażowania, mimo fizycznego dystansu⁷.

2. Wyzwania środowiska technologicznego i dynamika kontaktów w internecie

Środowisko pracy internetowej cechuje się zwykle większą dynamiką i wymaga ciągłego przystosowywania się do zmieniających się warunków technologicznych (szybkość i jakość połączenia), nieprzewidywalnych zdarzeń,

2004, s. 5–18; J.R. Suler, *The Psychology of Text Relationships*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 20–51.

⁴ J.R. Suler, tamże; J. Zack, *Technology of online counseling*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 94–121; A. Barak, T. Buchanan, *Internet-based Psychological Testing and Assessment*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 219–239; A. Cooper, E. Griffin-Shelley, *Internet. The Next Sexual Revolution*, w: *Sex & the Internet. A Guidebook for Clinicians*, red. A. Cooper, New York: Brunner-Routledge, 2002; A. Cooper, *Sexuality and the Internet. Surfing into the New Millennium*, „CyberPsychology & Behaviour” 1998, 1, s. 181–187. Na polskim rynku problematyką tą zajmuje się m.in. B. Aouil, por. B. Aouil, *Psychologia...*, dz. cyt.

⁵ E. Zelwyn, C.M. Speyer, *Online Counseling Skills, part 1: Treatment Strategies and Skills for Conducting Counselling Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 163–180; A.N. Joinson, *Internet Behavior and Virtual Methods*, w: *Virtual Methods. Issues in Social Research on the Internet*, red. C. Hine, Oxford: Berg, 2005.

⁶ G.S. Stofle, P.J. Chechele, *Online Counseling Skills, part 2: In-session Skills*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 182–196.

⁷ E. Zelwyn, C.M. Speyer, *Online Counseling Skills, part 1: Treatment Strategies and Skills for Conducting Counselling Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 163–180.

które mogą zakłócać proces terapeutyczny (wirusy komputerowe, zawieszanie się sprzętu i brak sygnału w sieci itp.). Bycie elastycznym i gotowym na działania *ad hoc* jest kolejną ważną cechą psychologa online.

Standardem pracy terapeutycznej online jest ustalanie z klientem preferowanego kanału komunikacji (np. *Skype*) i kanału alternatywnego (telefon stacjonarny lub komórkowy, inny komunikator internetowy itp.) na wypadek przerwania połączenia i niemożności jego ponownego odzyskania. Kanał alternatywny będzie służyć jako narzędzie pozwalające na zakończenie przerwanej sesji i umożliwi klientowi poczucie, że terapeuta jest psychologicznie dostępny. Należy jednak wtedy w ramach kontraktu terapeutycznego jasno określić, w jakich sytuacjach kanał alternatywny może być użyty.

Przykład 1

Przebieg

Klient AB nie jest widoczny o umówionej godzinie w oknie osób dostępnych online – terapeuta decyduje się poczekać 15 minut, po czym uznaje, że sesja tego dnia nie dojdzie do skutku. Po 35 minutach klient odzywa się, wysyłając wiadomość tekstową przez komunikator, że czeka już od pół godziny i jest rozczarowany brakiem punktualności terapeuty.

Analiza

Czy w ramach kontraktu terapeutycznego ustalono, kto inicjuje połączenie? Czy terapeuta ustanowił jasne reguły postępowania, jeżeli o umówionej godzinie kontakt nie zostaje aktywowany?

W powyższym przypadku można założyć, że zasada „15 minut” nie została jasno zakomunikowana oraz nie ustalono, kto ma pierwszy dzwonić.

Propozycja interwencji

Terapeuta podczas umawiania się przez e-mail na pierwsze spotkanie może od razu wysłać klientowi załącznik z zasadami kontraktu terapeutycznego, w którym będzie przedstawiona propozycja, zawierająca następujące informacje:

- kto inicjuje kontakt, np.: klient inicjuje połączenie online;
- czas oczekiwania na sygnał, np.: 15 minut.

Poza potencjalnymi ograniczeniami technologicznymi, praca w internecie niesie ze sobą pewne dodatkowe wyzwania polegające na tym, że terapeuta będzie stawiać czoła większej liczbie ograniczeń niż w tradycyjnym

ustawieniu twarzą w twarz. Praca w środowisku online jest słabiej zdefiniowana i mniej namacalna dla wielu osób i częściej zdarza się, że klienci zgłaszają się z nierealistycznymi oczekiwaniami albo pojawiają się osoby, które nawiązują kontakt na zasadzie impulsu, a nie zaplanowanego działania. Nie można wykluczyć też sytuacji, w których zgłaszający się klienci motywowani są innymi niż terapeutycznymi przyczynami (żart, nuda itd.), ukrywając się za anonimową formą „tekstowania”⁸. Umiejętności związane z komunikowaniem się za pomocą tekstu, a także psychiczna odporność na chwilowy brak kontaktu, milczenie, odpowiedź nie na temat, zawieszenia komunikacyjne spowodowane trudnościami technicznymi itp., są niezbędne, aby pomagający mógł efektywnie wykonywać swoją pracę⁹.

Przykład 2

Przebieg

Podczas pierwszej rozmowy przez komunikator *Skype* terapeuta odnosi wrażenie (na podstawie odbicia w okularach klienta), że rozmówca ogląda coś innego na ekranie, a jednocześnie odzywa się półsłówkami, urwanymi zdaniem z długimi pauzami. Terapeuta pyta, czy klient chce kontynuować spotkanie online. Uzyskuje odpowiedź: „tak...”, rozmowa jest w porządku”. Terapeuta w drugim pytaniu chce się dowiedzieć, czy klient jest czymś zajęty. Pada odpowiedź, że skoro klient płaci za spotkanie, to ma prawo robić co chce.

Analiza

Czy w ramach kontraktu terapeutycznego jasno zakomunikowano, że podczas sesji klient nie obsługuje innych programów komputerowych? Czy klient rozumie zasady współpracy przez internet? Czy istnieją inne motywy kontaktu, niż szukanie pomocy?

Propozycja interwencji

Terapeuta, umawiając się przez e-mail na pierwsze spotkanie, może od razu wysłać klientowi załącznik z zasadami kontraktu terapeutycznego. Terapeu-

⁸ Tamże; D. Skowroński, K. Waszyńska, *Couple Counselling and Sex Therapy in an Online Setting*. Wystąpienie niepublikowane na konferencji pt. IMHPJ 18th Annual Conference, Saitama, Japonia, 8–9 marca 2014.

⁹ J.R. Suler, *Psychotherapy in Cyberspace. A 5-dimension Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy*, „CyberPsychology & Behavior” 2000, 3, s. 151–160; J.R. Suler, *The Psychology of Text Relationships*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 20–51.

ta może też podczas wstępnej konsultacji ocenić poziom motywacji klienta. Jeżeli istnieje motywacja pozaterapeutyczna u klienta, to należałoby to wyjaśnić.

3. Zjawisko przeniesienia i przeciwprzeniesienia

Przeniesienie i przeciwprzeniesienie są ważnymi elementami pracy terapeutycznej i w procesie online zjawiska te mogą częściej ujawnić się na wcześniejszych etapach kontaktu. Porozumiewanie się za pomocą klawiatury tworzy więcej przestrzeni na fantazjowanie i domysły¹⁰. Brak wizualnego i/lub głosowego kontaktu lub taki kontakt ograniczony (komunikator tekstowy) oraz informacje dostępne na stronie internetowej lub profilu pomagającego stwarzają szerokie pole do pojawiania się reakcji przeniesieniowych, w tym idealizacji. W związku z tym ważne jest, aby psycholog sprawdził, czy klient odróżnia swoje wyobrażenia od rzeczywistej sytuacji.

Klienci mogą też angażować się w działania polegające na szukaniu informacji o terapeutce, np. sprawdzać za pomocą wyszukiwarki internetowej linki i miejsca jego obecności w sieci. Właściwie można przyjąć za standardowe zachowanie polegające na wpisywaniu nazwiska profesjonalisty do wyszukiwarki i sprawdzaniu, jakie linki pojawią się na ekranie. Pomagający powinien więc być przygotowany na komentarze niezwiązane bezpośrednio z kontaktem, wskazujące na aktywne poszukiwania informacji o nim. Tego typu reakcje mogą też przyczyniać się do aktywowania zjawiska przeciwprzeniesienia, powodując poczucie bycia obserwowanym w sieci.

Potencjalną trudność mogą również stanowić klienci, którzy chcą dokumentować i rozsyłać efekty pracy terapeutycznej (przez kopiowanie e-maili, nagrywanie przebiegu sesji i wysyłanie ich do osób trzecich). Należy jasno powiedzieć, że ważnym punktem kontraktu terapeutycznego jest poufność w zakresie przebiegu relacji terapeutycznej, natomiast w określonych okolicznościach element zapisu może potencjalnie wywoływać zjawisko przeciwprzeniesienia i zaowocować np. niechęcią w odpowiadaniu na e-maile lub zbyt dużym wazaniem słów, co samo w sobie może hamować rozwój relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu.

¹⁰ M.A. Fenichel, *Online Behavior, Communication, and Experience*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 5-18; J.R. Suler, *The Psychology of Text Relationships*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 20-51.

Przykład

Przebieg

Klient EF po 9 sesjach przyznaje, że wysłał kilka e-maili terapeuty do swojej matki, żeby wzięła odpowiedzialność za swoje „błędy” wychowawcze. Terapeuta (wiedząc, że w treści e-maili nie komentował relacji klienta z jego matką) pyta, co motywowało klienta do takiego działania bez uzgodnienia tego na sesji.

Analiza

Czy terapeuta jest przygotowany na tego typu potencjalne zachowania klienta? Czy w ramach kontraktu terapeutycznego jasno zakomunikowano, że korespondencja e-mailowa jest częścią relacji terapeutycznej? Czy klient rozumie zasady współpracy terapeutycznej przez internet?

Propozycja interwencji

Terapeuta jasno komunikuje granicę między poruszaniem treści pozaterapeutycznych a pracą nad tematami klienta (w tym wykorzystywaniem korespondencji e-mailowej). Jednocześnie terapeuta dba o to, aby pracować nad swoimi reakcjami przeciwprzeniesieniowymi, jeżeli takie się pojawią w kontakcie z klientem.

4. Profesjonalne granice interwencji psychologicznych

W poradnictwie online ważne jest również jasne określanie granic interwencji i profesjonalizmu. Jak wyżej wspomniano, klienci – ze względu na możliwości internetu – mogą mieć potencjalny dostęp do informacji prywatnych, takich jak profile terapeutów w mediach społecznościowych (Facebook, Twitter Inc. itp.) czy informacje o rodzinie terapeuty. Mogą też chcieć wysyłać zdjęcia (w tym również erotyczne) i prowokować terapeutę, ponieważ specyfika funkcjonowania w sieci ułatwia przekraczanie granic. Dlatego w celu przeciwdziałania zjawiskom niepożądanym w procesie terapeutycznym, profesjonalista powinien jasno komunikować klientowi, na czym polega terapia, oraz dokładnie omawiać zasady kontaktu terapeutycznego. Terapeuta ma też obowiązek ustawienia narzędzi internetowych i polityki prywatności w taki sposób, aby zredukować ryzyko mieszania informacji prywatnych z profesjonalnymi, a także dbać o swój wizerunek medialny.

Przykład

Przebieg

Klient GH na początku 6. sesji mówi, że znalazł zdjęcie córki terapeuty na pewnej stronie internetowej. Zaczyna więc zadawać pytania dotyczące wieku i zainteresowań dziecka. Terapeuta krótko odpowiada, że takie zdjęcie można znaleźć, ale nie kontynuuje tematu i proponuje rozmowę na temat spraw dotyczących klienta.

Analiza

Czy terapeuta jest przygotowany na pytania osobiste? Czy terapeuta dba o to, jakie informacje są dostępne online?

Propozycja interwencji

Terapeuta jasno i wprost omawia z klientem zagadnienia związane z tematem granic, np.: między poruszaniem treści pozaterapeutycznych a pracą nad tematami dotyczącymi klienta. Jeżeli klient może mieć dostęp do określonych treści w sieci na temat terapeuty, to należy przyjąć, że są to informacje publiczne, a nie prywatne. Od terapeuty oczekuje się wzięcia odpowiedzialności za publikowanie zdjęć i pozostawianie innych śladów swojej obecności w internecie.

5. Wybrane modele procesu terapeutycznego online

Wydaje się, że terapia online bardziej znajduje swoje miejsce w ujęciu kontaktu krótkoterminowego, chociaż obecnie pojawiają się modele terapii średnio- i długoterminowej. Przegląd literatury wskazuje, że ze względu na naturę komunikacji w sieci, modele pracy krótkoterminowej bardziej adekwatnie lokują się w środowisku internetowym i w większym stopniu spełniają oczekiwania klientów¹¹, którzy sami preferują tego typu kontakt. Obecnie spotykamy się z kilkoma krótkoterminowymi modelami pracy, wśród których najczęściej występujące warianty to:

- wstępny kontakt online w celach rozpoznania problemu i postawienia diagnozy, a następnie przejście do pracy z klientem w gabinecie stacjonarnym;

¹¹ E. Zelwyn, C.M. Speyer, *Online Counseling Skills, part 1: Treatment Strategies and Skills for Conducting Counselling Online*, w: *Online counseling. A handbook...*, dz. cyt., s. 163-180.

- wywiad diagnostyczny i diagnoza różnicowa;
- kontakt psychoedukacyjny z wykorzystaniem korespondencji e-mailowej lub za pomocą kilku sesji online;
- proces motywacyjny, np. model e-poradnictwa na podstawie wymiany 4 e-maili;
- poradnictwo decyzyjne w modelu poznawczo-behawioralnym;
- terapia krótkoterminowa w modelu poznawczo-behawioralnym.

W przeciwieństwie do terapii krótkoterminowej, niewiele jest informacji w literaturze przedmiotu na temat terapii długoterminowej online¹², ale możliwa wydaje się hipoteza, że proces terapeutyczny może uruchamiać podobną dynamikę procesów, jak w gabinecie tradycyjnym (składającą się z etapów inicjowania kontaktu, omawiania kontraktu terapeutycznego, ustalania celów, a następnie rozwoju i podtrzymywania więzi terapeutycznej, aż do etapu kończenia relacji)¹³. Terapeuta może towarzyszyć klientowi w procesie rozwoju osobistego, i nie ma tu właściwie żadnych ograniczeń co do czasu trwania procesu terapeutycznego. Można podkreślić, że praca internetowa nie jest przeszkodą w proponowaniu dłuższej terapii, jeżeli takie są oczekiwania klienta. Podobnie jak w tradycyjnym podejściu, pomagający może korzystać z wielu koncepcji i szkół terapeutycznych w ramach interwencji klinicznych. Doświadczenia własne jednego z autorów tego opracowania pokazują, że skuteczna terapia długoterminowa z klientami jest możliwa, a dynamika tego typu procesu nie różni się od pracy w gabinecie stacjonarnym.

Należy jednak wskazać, że pewne interwencje mają ograniczone zastosowanie w środowisku online (np. przeprowadzanie treningów relaksacyjnych) lub mogą w ogóle nie mieścić się w zakresie pracy terapeutycznej (np. hipnoterapia).

6. Etyka i uregulowania prawne terapii przez internet

Mimo szerokich możliwości, jakie oferuje praca terapeutyczna w internecie, należy mieć na uwadze aspekty etyczne i prawne co do perspektyw i ograniczeń oferowania pomocy online¹⁴. Z etycznego punktu widzenia psycho-

¹² Tamże.

¹³ Tamże; D. Skowroński, K. Waszyńska, *Couple Counselling...*, dz. cyt.

¹⁴ R. Kraus, *Ethical and Legal Considerations for Providers of Mental Health Services Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 123-144; American Psychological Association. *APA statement on services by telephone, teleconferencing and Internet*, 1997.

log ma obowiązek prezentowania realistycznej oferty pomocy online¹⁵ oraz upewnienia się, czy klient będzie miał możliwość zgłoszenia się po pomoc do gabinetu stacjonarnego (potencjalnie na każdym etapie procesu terapeutycznego online), jeżeli pojawi się taka potrzeba¹⁶.

W ramach aspektów etyczno-prawnych należy też rozważyć identyfikację danych klienta¹⁷. Internet pozwala na tworzenie wizerunku sieciowego, który może nie mieć nic wspólnego z osobą realną¹⁸. To zjawisko e-identyfikacji lub internetowego *alter ego* jest ważnym aspektem w terapii online. Z drugiej strony dystans geograficzny i anonimowość mogą sprzyjać szukaniu pomocy, owocując nawiązaniem relacji terapeutycznej, do której w sytuacji bezpośredniego kontaktu mogłoby w ogóle nie dojść¹⁹. Na przykład osoby przeżywające poczucie wstydu lub lęku przed odrzuceniem są skłonne do bardziej otwartej i niehamowanej ekspresji siebie przez internet niż w kontaktach bezpośrednich²⁰.

Klinicysta powinien jednak dążyć do poznania prawdziwych danych klienta z kilku powodów:

- w wyjątkowych sytuacjach może zaistnieć konieczność zwolnienia z zasady tajemnicy zawodowej decyzją sądu, lub gdy terapeuta otrzymuje od klienta aktualne informacje o bezpośrednim zagrożeniu życia i/lub bezpieczeństwa klienta lub innych osób (konkretny zamiar samobójstwa, morderstwa, torturowania, porwania, gwałtu, napastowania seksualnego itp.); wtedy należy rozważyć możliwość skontaktowania się z odpowiednimi osobami lub instytucjami²¹;

¹⁵ R. Kraus, *Ethical and Legal Considerations for Providers of Mental Health Services Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 123–144; A.E.G. Skinner, G. Latchford, *International and Multicultural Issues in Online Counseling*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 242–251.

¹⁶ R. Kraus, *Ethical and Legal Considerations for Providers of Mental Health Services Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 123–144.

¹⁷ Tamże; A.E.G. Skinner, G. Latchford, *International and Multicultural Issues in Online Counseling*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 242–251.

¹⁸ J.A. Bargh, K.Y.A. McKenna, G.M. Fitzimons, 'Can You See the Real Me?' *Activation and Expression of the True Self on the Internet*, „*Journal of Social Issues*” 2002, 58 (1), s. 33–48.

¹⁹ R. Kraus, *Ethical and Legal Considerations for Providers of Mental Health Services Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 123–144; A.E.G. Skinner, G. Latchford, *International and Multicultural Issues in Online Counseling*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 242–251.

²⁰ S.H. Budman, *Behavioral Health Care dot-com and Beyond. Computer-mediated Communications in Mental Health and Substance Abuse Treatment*, „*American Psychologist*” 2000, 55, s. 1290–1300; J.R. Suler, *The Psychology of Text Relationships*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 20–51.

²¹ R. Kraus, *Ethical and Legal Considerations for Providers of Mental Health Services Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 123–144.

- ochrona klinicysty przed ryzykiem podwójnej relacji, czyli uczestniczenia w relacji terapeutycznej oraz jednocześnie w kontaktach przyjacielskich, koleżeńskich, partnerskich lub seksualnych z tą samą osobą. Można przecież wyobrazić sobie sytuację, gdy klient, będący w rzeczywistości znajomym psychologa, kreując swoją wymyśloną tożsamość sieciową, będzie chciał wejść w relację terapeutyczną, co spowodować może uwikłanie się klinicysty w konflikt etyczny, zawodowy i osobisty²². Warto omówić z klientem jego pragnienie bycia osobą anonimową na samym początku kontaktu, ponieważ w większości przypadków ma to nie tylko znaczenie kliniczne, ale też może łączyć się z potencjalnymi konsekwencjami prawnymi.

7. O czym pamiętać w pracy z klientami międzynarodowymi?

Ważny aspekt zagadnień etycznych dotyczy pracy z osobami mieszkającymi poza krajem pracy klinicysty. Znacząca liczba Polaków mieszka tymczasowo lub na stałe poza Polską, i coraz częściej osoby te wybierają pomoc psychologiczną przez internet z powodu braku polskich psychologów dostępnych w miejscu przebywania emigrantów. Poza tym kontakt z terapeutą mówiącym po polsku to nie tylko kwestia wspólnego języka (co jest oczywistym elementem jasnego porozumiewania się)²³, ale też poczucia wspólnoty kulturowej, co stanowi element relacji terapeutycznej.

Można też wyobrazić sobie odwrotną sytuację, w której to klient świadomie wybiera terapeutę z innego kraju, aby mieć poczucie pełnej neutralności. Dzięki internetowi ludzie mają poczucie „dostępności profesjonalistów” w każdym miejscu na kuli ziemskiej i przez to łatwo można doświadczyć efektu globalnej wioski. Jednak od terapii z wykorzystaniem internetu bezwzględnie oczekuje się, że będzie spełniać wymogi profesjonalizmu i prawa, a to oznacza, że terapeuta musi być świadomy, na jakim terenie i w jakim zakresie ma prawo wykonywania zawodu. Istnieje wiele krajów z prawnie uregulowanymi zasadami licencjonowania i rejestrowania praktyki psychologicznej na konkretnym obszarze geograficzno-administracyjnym (jak na przykład stan czy region) i w konsekwencji klinicysta nie może pracować

²² Tamże.

²³ Tamże; A.E.G. Skinner, G. Latchford, *International and Multicultural Issues in Online Counseling*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 242–251.

z klientami, których nie obejmują jego formalne uprawnienia²⁴. Dodatkowym aspektem etyki zawodowej jest kwestia pokrywania kosztów terapii na terenie państw z rozwiniętymi systemami ubezpieczeń społecznych²⁵, ponieważ towarzystwa ubezpieczeniowe mogą nie honorować rachunków za terapię wystawianych w innym kraju niż miejsce zamieszkania klienta. Psycholog ma obowiązek wyjaśnić te aspekty na pierwszym spotkaniu online, by potem nie doszło do pojawienia się negatywnych konsekwencji, związanych chociażby z dodatkowymi kosztami terapii.

Kolejnym elementem pracy jest ubezpieczenie się terapeuty od odpowiedzialności cywilnej. Innymi słowy, psycholog, który pracuje z klientem z innego kraju lub nawet innego stanu (jak np. w USA, Australii), ryzykuje dużymi kosztami i utratą licencji w razie pozwania przez klienta do sądu za spowodowanie strat psychicznych. Dla polskich terapeutów temat ten ma głównie zastosowanie w sytuacjach pracy z Polakami przebywającym poza krajem. Zalecane w tej sytuacji jest zorientowanie się, czy poradnictwo online nie narusza uregulowań prawnych i ubezpieczeń zdrowotnych w kraju przebywania klientów²⁶.

8. Zabezpieczenie dokumentacji i komunikacji z klientem

Klinicyści są zobowiązani do bezpiecznego przechowywania informacji uzyskanych od klienta. Postuluje się założenie trudnego do odgadnięcia hasła dostępu do komputera oraz szyfrowanie danych. Należy też regularnie, najlepiej codziennie, uaktualniać oprogramowanie antywirusowe, aby zmniejszyć ryzyko przypadkowego lub zamierzonego uszkodzenia danych²⁷.

Dobrym pomysłem wydaje się dodatkowy dysk pamięci zewnętrznej, na którym przechowuje się dane klienta, notatki z sesji i dokumentację terapeutyczną. Dysk ten nie jest podłączany do komputera przy aktywnym połączeniu internetowym. Dzięki temu można zredukować ryzyko kradzieży danych, co zwiększa poziom bezpieczeństwa klienta.

²⁴ R. Kraus, *Ethical and Legal Considerations for Providers of Mental Health Services Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 123–144.

²⁵ Tamże.

²⁶ D. Skowroński, K. Waszyńska, *Couple Counselling...*, dz. cyt.

²⁷ R. Kraus, *Ethical and Legal Considerations for Providers of Mental Health Services Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 123–144; A.E.G. Skinner, G. Latchford, *International and Multicultural Issues in Online Counseling*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 242–251.

9. Dbalność o wysokie standardy terapii online

Terapeuta powinien dążyć do tworzenia jak najlepszych warunków pracy w sieci i zadbać o to, aby poradnictwo internetowe promowało wysokie standardy profesjonalizmu²⁸.

W ramach niniejszego opracowania wskazano na wiele ważnych elementów pracy klinicznej online i konieczność jasnej komunikacji w terapii przez internet.

W tym miejscu można przedstawić autorski pomysł kontraktu terapeutycznego opracowanego na potrzeby pracy terapeutycznej w internecie. Propozycja ta zawiera punkty uniwersalne, charakterystyczne dla każdej formy interwencji klinicznej, oraz aspekty specyficzne – charakterystyczne dla pracy terapeutycznej online. Opis kontraktu należy traktować jako ogólną formułę w gabinecie online, którą można oczywiście modyfikować w zależności od indywidualnej sytuacji klienta i preferencji klinicysty.

Zasady pracy w gabinecie terapeutycznym online (proponowana formuła gabinetu online)

„Oświadczam, że ja (proszę wpisać swoje imię i nazwisko) zapoznałam/zapoznałem się z treścią kontraktu terapeutycznego. Akceptuję go i zgadzam się na jego przestrzeganie”.

1. Klient ma ukończone 18 lat.
2. Klient dobrowolnie zgłasza się celem nawiązania kontaktu terapeutycznego dotyczącego jego spraw osobistych.
3. Klient podaje dane prawdziwe i w dobrej wierze.
4. Klient nie działa pod wpływem alkoholu i/lub innych środków odurzających.
5. Terapeutę obowiązuje przestrzeganie tajemnicy zawodowej, co oznacza dyskrecję w zakresie: nieujawniania danych personalnych klienta, treści sesji terapeutycznych, przekazywania informacji na temat klienta innym osobom, bez wcześniejszej zgody klienta.
6. Pomagający zobowiązuje się do bezpiecznego przechowywania danych klienta i wszelkiej dokumentacji terapeutycznej (w tym notatek ze spotkań i wymiany e-mailowej) na dysku pamięci zewnętrznej, niepodłączonym na stałe do sprzętu komputerowego.
7. Zarówno terapeuta, jak i klient zobowiązują się do regularnego uaktualniania swoich programów antywirusowych w celu zwiększenia ochrony

²⁸ R. Kraus, *Ethical and Legal Considerations for Providers of Mental Health Services Online*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 123–144.

przed nieautoryzowanym dostępem osób trzecich do treści wymiany e-mailowej oraz treści sesji terapeutycznych.

8. Klient zobowiązuje się do przestrzegania prawa własności intelektualnej gabinetu terapeutycznego, co oznacza, że nie będzie wykonywać następujących czynności: nagrywać, ujawniać, cytować i kopiować wypowiedzi, przysyłać ich dalej oraz rozpowszechniać w formie papierowej lub elektronicznej bez wcześniejszej zgody osoby pomagającej.

9. W wyjątkowych sytuacjach (należy omówić jakich) psycholog może być zwolniony z zasady tajemnicy zawodowej.

10. Psycholog jest zawsze zobowiązany do przestrzegania prawa i kodeksu etycznego i działania w imię ochrony dobra klienta oraz innych osób.

11. Klient ma prawo oczekiwać, że terapeuta dołoży wszelkich starań w ramach profesjonalnych i etycznych zasad wykonywania zawodu, aby pomóc osiągnąć pożądane efekty współpracy terapeutycznej.

12. Osiągnięcie pożądanych efektów interwencji terapeutycznej zależy znacząco od stopnia zaangażowania i gotowości klienta do zmiany zachowań i mechanizmów psychicznych. W związku z tym klient ponosi odpowiedzialność za decyzje dotyczące swojego życia, a rola terapeuty sprowadza się do oferowania różnych technik i narzędzi psychologicznych, które mają na celu ułatwienie klientowi znalezienia pożądanych rozwiązań i wcielanie ich w życie dzięki procesowi wspólnego omawiania i analizowania zgłaszanych trudności.

13. Psycholog ma obowiązek wyjaśnić wszelkie pytania i niejasności, które mogą pojawić się przed terapią, w jej trakcie, czy po jej zakończeniu, dotyczące stosowanych technik i narzędzi psychologicznych.

14. Psycholog rezerwuje prawo do tego, aby na każdym etapie procesu terapeutycznego zasygnalizować potrzebę kontaktu bezpośredniego z innym specjalistą, jeżeli uzna to za wskazane lub konieczne.

15. W sytuacji obiektywnych trudności technicznych w celu nawiązania połączenia internetowego lub jego zerwania w trakcie trwania sesji i niemożności ponownego połączenia w ciągu 15 minut, spotkanie będzie kontynuowane przez kanał alternatywny. Czas potrzebny na ponowne połączenie nie jest liczony w ramach konsultacji i spotkanie zostanie przedłużone. Proszę w związku z tym podać kanał preferowany oraz alternatywny:

- kanał preferowany (główny):
- kanał alternatywny (rezerwowany):

16. Klient inicjuje połączenie internetowe za każdym razem o umówionej wcześniej godzinie.

17. Klient w czasie trwania sesji nie wykonuje innych czynności z wykorzystaniem sprzętu komputerowego, takich jak np. oglądanie filmów, przeglądanie tekstów itp.

18. Poradnictwo psychologiczne jest oferowane w ramach pracy gabinetu prywatnego wg obustronnie zaakceptowanych stawek honorarium terapeutycznego.

Zakończenie

Istnieje dużo argumentów przemawiających za tym, że poradnictwo online nie wyprze całkowicie bezpośredniej pracy z klientem. Korzystne wydaje się natomiast otwarcie na nowe możliwości pomocy przez internet, które określone są już przez opisane standardy i procedury²⁹. Internet stał się już *de facto* dodatkowym medium pracy w poradnictwie i terapii.

Bibliografia

- American Psychological Association. *APA statement on services by telephone, teleconferencing and Internet*, 1997.
- Annon J.S., *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, *Brief Therapy*, Honolulu: Enabling Systems, 1974.
- Annon J.S., *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol 2, *Intensive Therapy*, Honolulu: Enabling Systems, 1975.
- Aouil B., *Psychologia pomocy online*, Bydgoszcz: Magraf s.c, 2004.
- Barak A., Buchanan T., *Internet-based Psychological Testing and Assessment*, w: *Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 219–239.
- Bargh J.A., McKenna K.Y.A., Fitzimons G.M., 'Can You See the Real Me?' *Activation and Expression of the True Self on the Internet*, „*Journal of Social Issues*” 2002, 58 (1), s. 33–48.
- Ben-Ze'ev A., *Miłość w sieci. Internet i emocje*, Poznań: Rebis, 2005.
- Blonna R., Watter D., *Health Counseling. A Microskills Approach*, Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, Inc., 2005.
- Budman S.H., *Behavioral Health Care dot-com and Beyond. Computer-mediated Communications in Mental Health and Substance Abuse Treatment*, „*American Psychologist*” 2000, 55, s. 1290–1300.
- Cooper A., *Sexuality and the Internet. Surfing into the New Millennium*, „*CyberPsychology & Behavior*” 1998, 1, s. 181–187.
- Cooper A., Griffin-Shelley E., *Internet. The Next Sexual Revolution*, w: *Sex & the Internet: A Guidebook for Clinicians*, red. A. Cooper, New York: Brunner-Routledge, 2002.

²⁹ L. Holmes, M. Ainsworth, *The Future of Online Counseling*, w: *Online Counseling. A Handbook...*, dz. cyt., s. 257–269.

- Davis S., Taylor B., *From PLISSIT to Ex-PLISSIT, w: Rehabilitation. The Use of Theories and Models in Practice*, red. S. Davis, Edinburgh: Churchill Livingstone, 2006, s. 101-129.
- Fenichel M.A., *Online Behavior, Communication, and Experience, w: Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 5-18.
- Holmes L., Ainsworth M., *The Future of Online Counseling, w: Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 257-269.
- Joinson A.N., *Understanding the Psychology of Internet Behaviour*, New York: Palgrave Macmillan, 2003.
- Joinson A.N., *Internet Behavior and Virtual Methods, w: Virtual Methods. Issues in Social Research on the Internet*, red. C. Hine, Oxford: Berg, 2005.
- Joinson A.N., *The Oxford Handbook of Internet Psychology*, Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Kraus R., *Ethical and Legal Considerations for Providers of Mental Health Services Online, w: Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 123-144.
- The Oxford Handbook of Internet Psychology*, red. A.N. Joinson, K.Y.A. McKenna, T. Postmes, U.D. Reips, Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Psychology and the Internet*, red. J. Gackenbach, San Diego: Academic Press, 1998.
- Skinner A.E.G., Latchford G., *International and Multicultural Issues in Online Counseling, w: Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 242-251.
- Skowroński D., Beisert M., Halemba K., Izdebska A., Nowicka M., Strzelecka J., Sawczuk-Słupinska S., Turecka M., *Can We Rely on Internet Sexual Research Sample? Comparison of an Internet-Based Survey and Paper-Based Survey in Adults Poles*. Wystąpienie niepublikowane na konferencji pt. *1st World Congress for Sexual Health, The 18th Congress of the World Association for Sexual Health „Achieving Health, Pleasure and Respect”*, Sydney, Australia, 15-19 kwietnia 2007.
- Skowroński D., Nowicka M., *Who Goes Online for Sex in Poland? Wystąpienie niepublikowane na konferencji pt. 1st World Congress for Sexual Health, The 18th Congress of the World Association for Sexual Health „Achieving Health, Pleasure and Respect”*, Sydney, Australia, 15-19 kwietnia 2007.
- Skowroński D., Waszyńska K., *Couple Counselling and Sex Therapy in an Online Setting*. Wystąpienie niepublikowane na konferencji pt. *IMHPJ 18th Annual Conference*, Saitama, Japonia, 8-9 marca 2014.
- Speyer C., Zack J.S., *E-Counseling. A 4-Session model*, Tokyo: MAX International Co., Ltd., 2002.
- Stofle G.S., Chechele P.J., *Online Counseling Skills, part 2: in-session Skills, w: Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 182-196.
- Suler J.R., *Psychotherapy in Cyberspace. A 5-dimension Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy*, „CyberPsychology & Behavior” 2000, 3, s. 151-160.
- Suler J.R., *The Psychology of Text Relationships, w: Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 20-51.
- Taylor B., Davis S., *The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness*, „Sex Disabil” 2007, 25, s. 135-139.
- Wallace R., *The Psychology of the Internet*, Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

Zack J., *Technology of Online Counseling*, w: *Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 94-121.

Zelwyn E., Speyer C.M., *Online Counseling Skills, part 1: Treatment Strategies and Skills for Conducting Counselling Online*, w: *Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 163-180.

Agata Woźniak

Gnieźnieńska Szkoła Wyższa Milenium

Terapia rodzinna

Wstęp

Terapia rodzinna to pojęcie złożone i wielowymiarowe. We współczesnej literaturze nie ma jednego stanowiska na temat terapii rodzinnej, tego, kto jest jej odbiorcą (i z jakiego powodu), oraz jakie są jej szczegółowe cele. B. Tryjarska uważa, że termin *terapia rodzinna* jest używany w trzech znaczeniach:

- jako szkoła ontologiczno-teoretyczna w psychologii, odwołująca się do teorii systemowej;
- jako teoria psychopatologii i terapii;
- jako jedna z możliwych „technik pracy psychoterapeutycznej w celu modyfikacji zaburzenia jednostki”¹, w której rodzina jest ważnym kontekstem (elementem) w procesie wprowadzania zmian.

S. Kratochvil o terapii rodzinnej pisze, że

jest obszarem, metodą lub koncepcją psychoterapii, która: a) zajmuje się rodzinnymi problemami i pomaga w ich pokonywaniu, dążąc jednocześnie do harmonijnego, niezaburzonego funkcjonowania całej rodziny; b) pracuje na spotkaniach terapeutycznych z całą rodziną; c) podchodzi do każdego pacjenta, patrząc na niego jak na element systemu, jakim jest rodzina; w jego problemach i zaburzeniach szuka związku z aktualnym funkcjonowaniem całej rodziny².

¹ B. Tryjarska, *Terapia rodzin*, w: *Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: ENETEIA, 2006, s. 75.

² S. Kratochvil, *Podstawy psychoterapii*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2003, s. 289.

Autor przyjmuje, że terapia rodzinna to „psychoterapeutyczna praca zorientowana na rodzinne problemy dotyczące rodziców i dzieci, ewentualnie trójpokoleniowych związków rodzinnych”³.

Celem tego artykułu jest przeanalizowanie podstawowych pojęć i opis wybranych działań z zakresu terapii rodzin, z którymi można spotkać się na gruncie praktyki. Inne znaczenia terapii rodzinnej, tj. teoria psychopatologii czy „nowa epistemologia” nie będą stanowiły głównego przedmiotu rozważań.

1. Terapia rodzinna – pojęcia i definicje

Pytanie o to, czym jest terapia rodzinna i jakie obejmuje działania, wiąże się często z pytaniem o podobieństwa i różnice między: psychoterapią a terapią rodzinną, terapią rodzinną a poradnictwem rodzinnym czy terapią par, a także między psychoterapią, terapią rodzinną a pomocą psychologiczną.

Zasadniczo terapię rodzinną ściśle wiąże się z psychoterapią. Określa się ją jako „formę”, „metodę”, „technikę” psychoterapii⁴. Wyjaśnienie w sposób bardziej precyzyjny, czym jest terapia rodzinna i czym się zajmuje, wymaga jednak szerszych rozważań. Ważnym krokiem jest, choćby krótkie, przeanalizowanie samego pojęcia *psychoterapia*. Między innymi od wyboru podejścia do psychoterapii zależy dalsza charakterystyka terapii rodzin.

Według definicji psychoterapia polegać może na różnych działaniach:

od „towarzyszenia” ludziom w zmianach, które także im wydają się pożądane, przez pomoc w modyfikacji postaw utrudniających rozwiązywanie trudnych sytuacji, aż do niemal „eksperyckiego” wyznaczania zakresu zmian i potrzebnych do ich osiągnięcia procedur⁵.

Psychoterapię można zatem definiować dość wąsko, np. jako

formę oddziaływań psychospołecznych, która ma na celu korektę zaburzeń przeżywania i zachowania, ma usunąć objawy i przyczyny choroby, w tym cechy osobowości powodujące zaburzenia przeżywania [...]⁶,

³ Tamże, s. 289.

⁴ Por. tamże, s. 289; I. Namysłowska, A. Siewierska, *Aspekty etyczne prowadzenia terapii rodzin w warunkach młodzieżowego oddziału psychiatrycznego*, „Psychoterapia” 2007, 2 (141), s. 11.

⁵ J.Cz. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997, s. 15.

⁶ J. Aleksandrowicz, *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*, Warszawa: PZWL, 2000, s. 11–12.

a także znacznie szerzej, np. jako

świadome i zamierzone zastosowanie metod klinicznych i interpersonalnych zabiegów, pochodzących ze sprawdzonych twierdzeń nauk psychologicznych, w celu towarzyszenia ludziom w modyfikacji ich zachowań, właściwości poznawczych, emocji i/lub innych indywidualnych charakterystyk, na takie, które wydają się uczestnikom tego procesu pożądane⁷.

W węższych ujęciach psychoterapii podkreśla się przede wszystkim rolę diagnozy klinicznej w kwalifikowaniu do procesu pomagania, a wskaźnikiem zdrowia jest brak rozpoznanych wcześniej objawów. W szerszym rozumieniu psychoterapii – klasyczne podejście do leczenia zaburzeń rozszerza się także o ukierunkowanie na „pomoc w harmonijnym rozwoju osobowości”⁸.

Odwolując się do podziału na wąskie i szerokie rozumienie pojęcia *psychoterapia*, można dalej precyzować także pojęcie *terapii rodzinnej*. W wąskim ujęciu, terapię rodzinną określa się jako psychoterapię rodziny lub psychoterapię w grupie rodzinnej⁹. Polega ona na pracy z rodziną osoby, u której stwierdzono zaburzenia psychiczne. Rodzina jest włączana do leczenia np. po to, aby terapeuci mogli lepiej zrozumieć mechanizmy funkcjonowania pacjenta, sprawdzić, na ile przyczyny jego zachowań mogą być powiązane z kontekstem życia rodzinnego. Z tej perspektywy, praca z rodziną jest konieczna głównie z uwagi na postępy pacjenta, który wcześniej został poddany procesowi leczenia. W wąskim podejściu do terapii rodzinnej (podobnie jak w przypadku psychoterapii) ważnymi kryteriami opisującymi zarówno powody, jak i cele oddziaływań terapeutycznych, są takie kryteria, jak: diagnoza kliniczna, leczenie, poszukiwanie przyczyn, wyznaczanie zakresu zmian, usunięcie objawów.

Szersze ujęcie psychoterapii pozwala nieco inaczej spojrzeć na powody podejmowania terapii rodzin oraz na jej cele. Oprócz sytuacji, w których zaleca się terapię rodzinną jako uzupełnienie leczenia chorego członka rodziny lub terapii związanej z wystąpieniem objawów tzw. klinicznych, terapię rodzinną mogą podjąć także rodziny, których członkowie sami zdefiniowali problem jako trudny, bądź niemożliwy do samodzielnego rozwiązania (np. problemy szkolne dziecka, kłótnie w rodzinie, zdrada). W szerszych ujęciach terapii rodzinnej uznaje się, że terapia jest wówczas uzasadniona,

⁷ J.O. Prochaska, J.C. Norcross, *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Warszawa: IPZ PTP, 2006, s. 4.

⁸ S. Kratochvil, dz. cyt., s. 19.

⁹ Por. J. Aleksandrowicz, *Psychoterapia. Podręcznik...*, dz. cyt., s. 206; tenże, *Psychoterapia. Poradnik dla pacjentów*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2004, s. 139.

gdy członkowie rodziny doświadczają utraty satysfakcji z życia rodzinnego (lub kontekst życia rodzinnego jest ich zdaniem powiązany z poczuciem dyskomfortu, bólem, cierpieniem). W tym rozumieniu terapii rodzinnej, przy rozważaniu powodów i celów jej podejmowania, uwzględnia także takie kwestie, jak: satysfakcja życiowa, rozwój, „radzenie sobie”¹⁰.

Korzystając z podziału na wąskie i szerokie podejście do psychoterapii i terapii rodzin, można dokonać także pewnego uporządkowania w kwestii dotyczącej zależności między psychoterapią, terapią rodzinną, poradnictwem rodzinnym, pomocą psychologiczną itp.

J. Aleksandrowicz, przedstawiciel wąskiego stanowiska, mówiąc o psychoterapii (łącznie z psychoterapią rodzinną), stawia ją obok pomocy psychologicznej, poradnictwa psychospołecznego (w tym rodzinnego). Uważa on, że pomoc psychologiczna jest skierowana do osób, które potrzebują konsultacji i pomocy np. w kryzysach, problemach rodzinnych itp., w których występują kliniczne objawy zaburzenia¹¹. Zastosowanie szerokiego podejścia pozwala inaczej zobaczyć zależności między wymienionymi pojęciami. Pomoc psychologiczną można potraktować tu jako kategorię nadrzędną. Przyjmuje się wówczas, że jest ona szczególnym rodzajem interakcji między wspomagającym a wspomagany, profesjonalnym oddziaływaniem osób pomagających, które wykorzystują środki psychologiczne, zgodnie ze współczesną wiedzą z zakresu psychologii (oraz innych nauk społecznych) na rzecz wspomaganych¹². Psychoterapia wraz z terapią rodzin lub obok terapii rodzin zaliczane są do dziedzin pomocy psychologicznej. Do dziedzin tych należą również np. poradnictwo rodzinne, promocja zdrowia, interwencja w kryzysie, coaching rodzicielski. Wspólne elementy we wszystkich tych dziedzinach dotyczą wykorzystywania środków psychologicznych i stosowania ogólnych zasad pomocy psychologicznej. Różnice związane są z tym kto, dlaczego i w jakim zakresie poszukuje pomocy¹³.

Zostawiając w tym miejscu inne dziedziny pomocy psychologicznej, a także wąskie podejście do psychoterapii i terapii rodzinnej, oraz uwzględniając fakt, że w szerokim rozumieniu terapia rodzinna obejmuje wiele mo-

¹⁰ Por. H. Goldenberg, I. Goldenberg, *Terapia rodzin*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2008; J.Cz. Czabała, dz. cyt.; S. Kratochvil, dz. cyt.; J.O. Prochaska, J.C. Norcross, dz. cyt.

¹¹ J. Aleksandrowicz, *Psychoterapia. Podręcznik...*, dz. cyt., s. 16–18.

¹² Por. H. Sęk, *Spółeczno-kliniczne podstawy teoretyczne różnych form pomocy psychologicznej*, w: *Spółeczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1993, s. 365; P. Szczurkiewicz, *O pomaganiu i psychoterapeutach. Kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2005, s. 16–34.

¹³ Tamże.

deli i pozostaje pojęciem wielowymiarowym, można poszukać kilku elementów, które pozwolą ją scharakteryzować w podstawowym zakresie. Cechy terapii rodzinnej:

- jest dziedziną pomocy psychologicznej;
- uznawana może być za oddzielną dziedzinę tej pomocy (obok psychoterapii) lub jako szczególny rodzaj oddziaływań psychoterapeutycznych;
- w praktyce przebiega różnie, wskazania i przeciwwskazania do jej stosowania mogą być też formułowane rozmaicie;
- pacjentem/klientem tej pomocy jest czasem cała rodzina, a niekiedy tylko niektórzy jej członkowie;
- terapię par (zwłaszcza jeśli praca pary nad zmianą jest ściśle powiązana z funkcjonowaniem pozostałych członków rodziny) uznaje się czasem za rodzaj pracy w ramach terapii rodzinnej;
- powody podejmowania terapii rodzinnej, a także cele i metody pracy, są do pewnego stopnia powiązane ze stosowanym przez terapeutów modelem pomagania;
- w przeciwieństwie do innych rodzajów pracy z rodziną, celem terapii rodzin jest korekta, której rodzina potrzebuje nie tylko dlatego, że chce się rozwijać (co może mieć miejsce w coachingu rodzicielskim), ale dlatego, że bez wprowadzenia tej zmiany nie będzie w stanie funkcjonować w korzystny dla siebie i swoich członków sposób;
- ważnym elementem pracy w terapii rodzin jest pytanie o zdolności adaptacyjne rodziny (aspekt rozwojowy i sprężystość systemu rodzinnego)¹⁴;
- w terapii rodzinnej mogą być stosowane różne podejścia/modele terapii; można podzielić je na dwie grupy: systemowe i „niesystemowe”¹⁵;
- terapeuci pracujący w modelach „niesystemowych” posługują się czasem określeniem „system rodzinny”, co ma oznaczać tylko to, że rodzina jest układem elementów, wzajemnie ze sobą powiązanych, o określonej strukturze;
- terapeuci pracujący w modelach systemowych odwołują się w rozumieniu funkcjonowania rodziny, powstawaniu zaburzeń, celów i metod pracy do ogólnej teorii systemów i cybernetyki¹⁶;

¹⁴ Por. H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt.

¹⁵ Por. tamże; I. Namysłowska, *Terapia rodzin*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Neurologii, 2000; B. Tryjarska, dz. cyt.

¹⁶ Por. tamże; *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. De Barbaro, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1997.

- terapeuci rodzinni mają różne podejście zarówno do kwestii zasobów rodzinnych, jak i metod pracy nad zasobami, jednak w wielu przypadkach można uznać, że w terapii rodzinnej ważne jest uaktywnienie zasobów rodzinnych, tj. spójności rodziny (obejmuje ona zaufanie i wzajemne poszanowanie, okazywanie sobie wsparcia), adaptacyjności (zdolność rodziny do radzenia sobie z przeszkodami), zorganizowanej struktury rodziny (jasne i elastyczne granice pokoleniowe, zgodność i jasność ról oraz reguł), umiejętności porozumiewania się (formułowanie jasnych, spójnych komunikatów, przekazywanie informacji wprost, bezpośrednio do adresatów treści), wytrzymałości rodziny (zdolność do dostrzegania potencjalnych rozwiązań w sytuacjach trudnych, gotowość podejmowania ryzyka i wprowadzania zmian, z nadzieją na pozytywne skutki), zdolności do sięgania po wsparcie (korzystanie zarówno z zasobów indywidualnych tkwiących w rodzinie, jak i innych źródeł wsparcia)¹⁷;
- terapia rodzinna prowadzona jest przez terapeutów rodzinnych;
- w Polsce obecnie nie ma prawnych regulacji dotyczących uprawnień zawodowych tego typu specjalistów; przyjmuje się jednak, że merytoryczne przygotowanie specjalistów w tym zakresie monitorują niektóre towarzystwa naukowe¹⁸;
- szeroką dyskusję na temat miejsca i roli terapii rodzin w profesjonalnym pomaganiu, a także kompetencji i ograniczeń terapeuty rodzinnego, ograniczeń prawnych i dylematów etycznych, prowadzą też teoretycy i praktycy, zajmujący się zagadnieniami związanymi z rodziną i jej funkcjonowaniem oraz wyzwaniem, przed którymi staje ona na kolejnych etapach zmian społeczno-ekonomicznych i kulturowych¹⁹.

2. Rozwój terapii rodzinnej

W historii rozwoju terapii rodzin odkryć można wiele odpowiedzi, pozwalających lepiej rozumieć aktualny jej stan. Rozległej analizy zagadnień zwią-

¹⁷ S. Kawula, *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych*, w: *Pedagogika rodziny*, red. S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 1998, s. 144.

¹⁸ Por. m.in.: Polskie Towarzystwo Psychologiczne, [online] <www.ptp.org.pl> [dostęp: 29.10.2015]; Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, [online] <www.psychiatria.or.pl> [dostęp: 30.07.2014]; Wielkopolskie Towarzystwo Terapii systemowej, [online] <www.wtts.edu.pl> [dostęp: 29.10.2015].

¹⁹ Por. H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt.; I. Namysłowska, dz. cyt.

zanych z terapią rodzin, w tym etapów jej rozwoju, dokonują H. Goldenberg i I. Goldenberg²⁰. Wcześniej w piśmiennictwie polskim kwestię tę poruszała m.in. I. Namysłowska²¹, a ostatnio, uwzględniając wpływy postmodernizmu i zmiany społeczno-kulturowe, B. de Barbaro i Sz. Chrzastowski²².

Dla podjętych tu rozważań warto przywołać kilka najważniejszych faktów z historii rozwoju terapii rodzinnej²³:

1. Po II wojnie światowej wzrosła liczna osób, które wymagały interwencji terapeutycznej, w tym rodzin, które ucierpiały wskutek różnych strat oraz doświadczyły skutków decyzji rodzinnych wynikających z sytuacji rozdzielania, a potem powrotu niektórych członków rodziny, uznanych wcześniej za zaginionych. Terapeuci stanęli przed koniecznością rozszerzenia perspektywy indywidualnej o perspektywę rodzinną. Pomoc psychologiczna stała się dostępna dla większej liczby osób; z drugiej strony grupa specjalistów, którzy się nią zajmowali, przekroczyła kręgi psychiatrów.

2. W tym samym czasie w wielu krajach, w związku ze zmieniającą się sytuacją społeczno-ekonomiczną i kulturową, odnotowano znaczące przemiany rodziny. Rodzinę w kolejnych latach zaczęto poddawać licznym badaniom. Ważne stały się nie tylko kwestie dotyczące diady matka – dziecko, ale także zjawiska związane z rolą ojca, znaczenie takich zdarzeń dla funkcjonowania dziecka, jak rozwód, separacja czy rekonstrukcja rodziny.

3. Na gruncie nauk społecznych poznawano także coraz lepiej zjawiska związane z funkcjonowaniem grup społecznych, w tym, co ważne dla psychoterapii i terapii rodzin, procesu grupowego i psychoterapii grupowej.

4. Prowadzono także coraz intensywniejsze badania nad psychoterapią, które pokazywały, że może być ona pomocna w rozwiązywaniu problemów małżeńskich, problemów rodzinnych obejmujących konflikty z rodzinami pochodzenia, w problemach nieletnich (zachowania przestępcze).

5. W naukach społecznych od lat 40. rozwijał się nowy paradygmat systemowy, inspirowany odkryciami biologów i cybernetyków. Dla terapii rodzinnej fakt ten miał szczególne znaczenie, ponieważ zainspirował wielu terapeutów do odkrywania nowych aspektów w pracy z pacjentami. Ponadto dla grupy badaczy i praktyków stał się zupełnie nowym sposobem interpretowania zjawisk zachodzących w świecie społecznym.

²⁰ Tamże.

²¹ Tamże.

²² Sz. Chrzastowski, B. de Barbaro, *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011.

²³ Por. H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt.; L. Grzesiuk, *Nurty teoretyczne i badania nad psychoterapią*, w: *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994, s. 15–16.

H. Goldenberg i I. Goldenberg stwierdzają, że na pojawienie się terapii rodzin po II wojnie światowej miały wpływ: rosnące zainteresowanie teorią systemów, badania rozwoju rodziny w rozwoju schizofrenii, zmiany w poradnictwie małżeńskim i przedmałżeńskim, rozwój ruchu poradnictwa dla rodziców oraz badania dotyczące dynamiki i terapii grupowej²⁴. Terapia rodzinna rozwijała się w kontekście wielu odkryć i zmian. Kształtowały ją różne zdarzenia społeczno-ekonomiczne i kulturowe, powiązane z nimi odkrycia naukowców i praktyków, ale jej początki ostatecznie przypadają na lata 50. i 60. XX wieku. Do jej pierwszych twórców zalicza się m.in.: N. Ackermana, J. Bella, M. Bowena, V. Satir, S. Minuchina i J. Haleya²⁵.

3. Modele terapii rodzinnej

Kontynuując wątek rozwoju terapii rodzinnej, trzeba w kilku słowach wspomnieć o jej szkołach/modelach. W literaturze spotyka się różne klasyfikacje, ale ich wspólną cechą jest podział szkół na dwie grupy: modele „niesystemowe” i modele systemowe. W modelach „niesystemowych” patrzy się na rodzinę i na to, w jaki sposób dochodzi do zakłóceń w relacjach między jej członkami, odwołując się do przyczynowości tzw. linearnej. W terapii poświęca się czas na zrozumienie przyczyn funkcjonowania poszczególnych osób, ważna jest diagnoza każdej z nich. Każda z osób, z udziałem innych członków rodziny, podejmuje w zasadzie pracę nad swoją indywidualną zmianą, po to, by poprawić relacje rodzinne²⁶. Do modeli „niesystemowych” zalicza się m.in.: psychoanalityczną terapię rodzin (koncentruje się na wczesnych doświadczeniach członków rodziny, ich relacji z obiektem, wpływie tych doświadczeń na relacje w dorosłym życiu), behawioralno-poznawczą terapię rodzin (koncentruje się na modyfikacji zachowania członków rodziny w relacjach interpersonalnych, wraz z wcześniejszą zmianą przekonań) oraz terapię bazującą na doświadczeniu (koncentruje się na rozwijaniu wrażliwości na potrzeby swoje i innych, na poszerzanie swobody wyboru)²⁷.

W modelach systemowych terapeuci odwołują się do podstawowych tez ogólnej teorii systemów oraz cybernetyki²⁸. W takim ujęciu rodzina jest układem powiązanych ze sobą elementów, które wzajemnie na siebie od-

²⁴ Tamże.

²⁵ Por. tamże; S. Kratochvil, dz. cyt.; I. Namysłowska, dz. cyt.

²⁶ Por. B. Tryjarska, dz. cyt.; J.Cz. Czabała, dz. cyt.; I. Namysłowska, dz. cyt.

²⁷ B. Tryjarska, dz. cyt., s. 77–104.

²⁸ Por. tamże, s. 75; *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny...*, dz. cyt.; H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt., s. 12–18.

działają, pozostając jednocześnie w dynamicznych interakcjach²⁹. Podobnie jak inne systemy, rodzina ma określoną strukturę, na którą składają się różne podsystemy (np. podsystem matka – dziecko) wraz z granicami między nimi. W ramach systemu rodzinnego, a także między rodziną i innymi systemami, zachodzi wymiana informacji. Wiąże się ona z wymianą komunikacji, określonym przebiegiem interakcji itd. System rodzinny charakteryzują też zasady ekwifinalności („ten sam rezultat końcowy może być osiągnięty przy różnych warunkach początkowych i różnymi drogami”) oraz ekwipotencjalności („przy tych samych warunkach początkowych system może osiągnąć różne stany końcowe”)³⁰.

Terapeuci, którzy wybrali paradygmat systemowy, odwołują się do przyczynowości cyrkularnej (uznają m.in., że nie można określić w prosty sposób skutku i przyczyny, a to co dzieje się w rodzinie ma charakter sprzężeń zwrotnych). W ich pracy nastąpiła koncentracja na cechach systemu, a nie na właściwościach jednostki, a przedmiotem terapii stał się system, nie zaś wybrana osoba³¹. Przyjęli oni założenie, że zmiana systemu jest konieczna, by mogło się zmieniać także funkcjonowanie poszczególnych członków. Terapeutów systemowych interesują relacje, proces, co, jak i kiedy się wydarza, nie zaś – z czyjej przyczyny czy daczego. Osoba – w innych podejściach określana jako pacjent (osoba z zaburzeniami) – w terapiach systemowych została nazwana „pacjentem identyfikowanym”, „delegowanym do terapii”, „oznaczonym jako pacjent”³². Z punktu widzenia koncepcji homeostazy uznano, że w objawach (trudnościach) zgłaszanej osoby, manifestuje się trudność całego systemu rodzinnego, najprawdopodobniej związana z tym, że nie może zajść zmiana, która z jakiegoś powodu wydaje się groźna dla utrzymania trwałości rodziny³³.

W podejściu systemowym terapii rodzinnej wyróżnia się wiele szkół. Różnią się one m.in. stopniem koncentracji na wybranych aspektach funkcjonowania systemu oraz metodami i stylem prowadzenia terapii. B. Tryjarska wśród systemowych terapii wymienia: systemową – komunikacyjną terapię rodzin (koncentracja na efektach porozumiewania się), systemową – strukturalną terapię rodzin (koncentracja na strukturze rodziny, podziale kompetencji, granicach międzypokoleniowych oraz analizie cyklu życia rodzinnego) oraz systemową – strategiczną terapię rodzin (koncentracja na ro-

²⁹ Por. tamże.

³⁰ Por. tamże.

³¹ Por. tamże.

³² Por. tamże; V. Satir, *Terapia rodzin. Teoria i praktyka*, Gdańsk: GWP, 2000.

³³ H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt., s. 18–19.

dzinnych wzorcach, strategiach rozwiązywania problemów). Do tych szkół można jeszcze dodać mediolański model systemowy (koncentracja na komunikacji i grach prowadzonych w rodzinie z uwzględnieniem perspektywy wielopokoleniowej)³⁴.

Obecnie w terapii rodzinnej, także systemowej, dokonuje się wiele zmian. Jedną z nich jest zmiana podejścia do roli terapeuty pracującego z rodziną. W pierwszej fazie rozwoju systemowej terapii rodzin, terapeuci kierowali się cybernetyką I rzędu. Stosując wiedzę, zasady ogólnej teorii systemu i cybernetyki, założyli, że należy obserwować system rodzinny, dokonać systemowej diagnozy oraz zaproponować odpowiednie interwencje dla rodziny, zmieniające mechanizmy samoregulacji i uzyskiwania homeostazy³⁵. Wraz z poszerzaniem wiedzy, zmianami społeczno-kulturowymi³⁶, rozwojem idei postmodernistycznych, zaczęto modyfikować takie stanowisko. Terapeuci rodzinni zwrócili uwagę na procesy spostrzegania i biologiczne mechanizmy leżące u podstaw konstruowania rzeczywistości, a także znaczenie społeczno-kulturowych kontekstów w tworzeniu obrazu rzeczywistości. Niektórzy z nich odrzucili interpretację, że objaw u członka rodziny oznacza konflikt w dążeniu do zmiany³⁷. Zwrócili natomiast uwagę na wątek narracji i opowieści rodzinnych. Terapeuci systemowi zaczęli brać pod uwagę, że przekonania, które składają się na opowieści rodzinne, mogą mieć nierozwojowy charakter (być ubogie, koncentrować się wokół problemu, pomijać dobre zdarzenia z życia rodziny i jej członków), a ich powtarzanie może się przekładać na powtarzanie tych samych, niekorzystnych dla rozwoju rodziny sekwencji działań³⁸. Obecnie podkreśla się, że systemowa terapia rodzinna jest w fazie odwoływania się do cybernetyki II rzędu. Terapeuta nie jest już tylko obserwatorem, nie jest ekspertem od rozwiązań, ale razem z rodziną współtworzy rzeczywistość terapeutyczną. W trakcie spotkań terapeutycznych, wspólnie z rodziną szuka znaczeń, rozmawia, naradza się³⁹. Modele inspirowane cybernetyką II rzędu określa się mianem ewoluujących modeli terapii rodzinnej⁴⁰.

³⁴ Por. B. Tryjarska, dz. cyt., s. 107-128.

³⁵ Por. H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt., s. 18-19; Sz. Chrząstkowski, B. de Barbaro, dz. cyt., s. 42-48.

³⁶ Por. tamże; *Terapia rodzin a perspektywa feministyczna*, red. B. de Barbaro, B. Józefik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2004.

³⁷ H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt.

³⁸ Por. tamże.

³⁹ Por. tamże.

⁴⁰ Por. tamże, s. 327.

4. Metody terapii rodzinnej

Metody i techniki terapii rodzinnej są dość zróżnicowane i czasem trudno się zorientować, gdzie sięgają ich początki. W piśmiennictwie istnieje coraz więcej pozycji opisujących różne sposoby pracy z rodzinami. Osoby pracujące z rodzinami często wykorzystują w swojej pracy różne podejścia i sięgają po metody oraz techniki wielu szkół terapii rodzinnej. Z jednej strony budzi to pewne kontrowersje, rodzi pytania o skuteczność i weryfikowalność postępowania terapeutycznego, z drugiej – skłania do refleksji nad rozwojem eklektyzmu i zjawiskiem integracji. Sytuacja dotycząca metod i technik w terapii rodzinnej jest specyficzna, ponieważ powstawały one na styku teorii i praktyki. Chociaż wiele z nich należy już do konkretnej koncepcji terapii i posiada opracowanie badawcze, to jednak również wiele „technicznych rozwiązań”, stosowanych w pracy z rodziną, powstawało i powstaje w trakcie działań praktyków, a praktyka terapii rodzin często wyprzedza teorię⁴¹. Trudno oczekiwać, że wypracowane zostaną tu jakieś wąskie ramy i procedury. Podstawą prowadzenia terapii rodzin jest z pewnością poznawanie źródeł teoretycznych (literatura), jak i uczenie się z doświadczeń innych, posiadających rozległe kompetencje, praktyków (szkolenia, warsztaty, supervizje).

Uwzględniając te uwagi, nie wydaje się zasadne opisywanie tu metod i technik pracy z rodziną. Warto jednak zwrócić uwagę na kilka z nich, związanych z terapiami systemowymi, a wykorzystywanymi także w innych modelach terapii. Należą do nich m.in.: pierwszy wywiad z rodziną⁴², genogram⁴³, a także rozwiązania odwołujące się do stosowania pewnych zasad w pracy z rodziną, tj. neutralność (postawa zaciekawienia, postawa niewiedzy), cyrkularność i związane z nią tzw. pytania cyrkularne oraz zasada stawiania hipotez, stanowiąca dziś bazę do rozmów z rodziną na temat pożądanых zmian⁴⁴.

⁴¹ Por. tamże.

⁴² Por. tamże; H. Stierlin, I. Rucker-Embsen, N. Wetzel, M. Wirsching, *Pierwszy wywiad z rodziną*, Gdańsk: GWP, 1999.

⁴³ Por. H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt.; I. Namysłowska, dz. cyt.; M. McGoldrick, R. Gerson, S. Shellenberger, *Genogramy. Rozpoznanie i interwencja*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2007.

⁴⁴ Por. H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt.; I. Namysłowska, dz. cyt.; G. Cecchin, *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*, Kraków: Collegium Medium UJ, 1995.

Zakończenie

Terapia rodzinna, jak podkreślano w artykule, to bardzo złożone zagadnienie. Jego wielowymiarowość dziś coraz częściej zaciekawia, skłania do wymiany oraz bardziej inspiruje terapeutów niż im przeszkadza. Terapeuci rodzinni, zwłaszcza ci odwołujący się do myśli postmodernistycznej, raczej wolą wykorzystać jak najlepiej zmienność i różnorodność podejść do pracy z rodzinami, niż koncentrować się na przeszkodach. Interesują się też poszukiwaniem źródeł skuteczności terapii, zarazem podejmują dyskusję nad ograniczeniami tego terminu. Integrując podejścia do niektórych kwestii, w pewnych pozostają przy wąskich założeniach wybranych przez siebie modeli pracy. Efekty ich oddziaływań są badane i opisywane, a wnioski z tych badań pokazują, że terapie rodzinne w wielu przypadkach przynoszą rodzinie ulgę i pożądane zmiany w funkcjonowaniu⁴⁵.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J., *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2000.
- Aleksandrowicz J., *Psychoterapia. Poradnik dla pacjentów*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2004.
- Cecchin G., *Mediolańska szkoła terapii rodzin. Wybór prac*, Kraków: Collegium Medium UJ, 1995.
- Chrzastowski Sz., De Barbaro B., *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011.
- Czabała J.Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
- Goldenberg H., Goldenberg I., *Terapia rodzin*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2008.
- Gołębniak B.D., *Aplikacje konstruktywizmu do poradownictwa. Inspiracje pedeutologiczne*, w: *Poradownictwo. Kontynuacja dyskursu*, red. A. Kargulowa, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009, s. 36-61.
- Grzesiuk L., *Nurty teoretyczne i badania nad psychoterapią*, w: *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994, s. 13-81.
- Kawula S., *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych*, w: *Pedagogika rodziny*, red. S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 1998, s. 115-142.
- Kratochvil S., *Podstawy psychoterapii*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2003.

⁴⁵ Por. J.M. Rakowska, *Skuteczność psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2005.

- Namysłowska I., *Terapia rodzin*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Neurologii, 2000.
- Namysłowska I., Siewierska A., *Aspekty etyczne prowadzenia terapii rodzin w warunkach młodzieżowego oddziału psychiatrycznego*, „Psychoterapia” 2007, 2 (141), s. 11–15.
- McGoldrick M., Gerson R., Shellenberger S., *Genogramy. Rozpoznanie i interwencja*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2007.
- Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, [online] <www.psychiatria.or.pl> [dostęp: 30.07.2014].
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne, [online] <www.ptp.org.pl> [dostęp: 29.10.2015].
- Prochaska J.O., Norcross J.C., *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, Warszawa: IPZ PTP, 2006.
- Rakowska J.M., *Skuteczność psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2005.
- Satir V., *Terapia rodzin. Teoria i praktyka*, Gdańsk: GWP, 2000.
- Sęk H., *Spoleczno-kliniczne podstawy teoretyczne różnych form pomocy psychologicznej*, w: *Spoleczna psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1993, s. 365–389.
- Stierlin H., Rucker-Embsen I., Wetzel M., Wirsching M., *Pierwszy wywiad z rodziną*, Gdańsk: GWP, 1999.
- Szczurkiewicz P., *O pomaganiu i psychoterapeutach. Kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, 2005.
- Terapia rodzin a perspektywa feministyczna*, red. B. de Barbaro, B. Józefik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2004.
- Tryjarska B., *Terapia rodzin, w: Psychoterapia. Praktyka. Podręcznik akademicki*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: ENETEIA, 2006, s. 75–135.
- Wielkopolskie Towarzystwo Terapii systemowej, [online] <www.wtts.edu.pl> [dostęp: 29.10.2015].
- Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, red. B. De Barbaro, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1997.

Dariusz P. Skowroński

Psychological Studies, Temple University Japan Campus, Tokyo

Katarzyna Waszyńska

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii. Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Poradnictwo i terapia seksuologiczna. Główne założenia teoretyczne i metody pracy

Wstęp

Seksualność człowieka jest zjawiskiem złożonym i dlatego współczesne poradnictwo seksuologiczne odzwierciedla wielowymiarowość oraz różne obszary i poziomy funkcjonowania seksualnego.

Poradnictwo i terapia seksuologiczna mają na celu rozwijanie i polepszenie funkcjonowania zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i w zakresie relacji partnerskich. Są procesem pomagania, który skupia się na edukacji seksualnej, klaryfikacji wartości, eksploracji seksualnych postaw i wierzeń, własnego wizerunku, identyfikacji seksualnej, rozwoju ról płciowych i kwestii funkcjonowania związków partnerskich¹. Proces identyfikowania i badania postaw i przekonań seksualnych oraz analiza praktyk i zachowań seksualnych, jako integralnej części doświadczeń w życiu człowieka, mają za zadanie wzmocnić pozytywne aspekty życia seksualnego, polepszać więź partnerską i pomagać w znajdowaniu rozwiązań w zakresie problemów seksualnych.

Poradnictwo i terapię seksuologiczną można także rozumieć jako proces interakcji między doradcą a klientem, mający ułatwiać analizę i zrozumienie związków między pragnieniami, zachowaniami i postawami seksualnymi,

¹ E. Rosen, E. Weinstein, *Introduction. Sexuality Counseling*, w: *Sexuality Counseling. Issues and Implications*, red. W.E. Weinstein, E. Rosen, Pacific Grove: Brooks/Cole, 1988.

oraz służący wyrażaniu trudności i problemów oddziałujących na funkcjonowanie seksualne partnerów².

Poradnictwo i terapia seksuologiczna skupiają się na funkcjonowaniu seksualnym ludzi, biorąc pod uwagę czynniki rozwojowe i społeczno-kulturowe, oddziałujące zarówno na indywidualną biografię ludzką, jak również na dopasowanie partnerskie. F.G. Humphrey³ zidentyfikował następujące główne twierdzenia reprezentujące założenia profesjonalnej pomocy w obszarze seksuologii:

1. Seks jest naturalną funkcją. U zdrowych ludzi cykl reakcji seksualnych występuje jako rezultat stymulacji seksualnej i zmierza do uzyskania rozkoszy seksualnej.

2. Każdy człowiek ma swój unikalny system wartości seksualnych. Jeżeli osoba nie zachowuje się w zgodzie ze swoimi wartościami, to konsekwencją tego jest konflikt wewnętrzny, „negatywne emocje” i frustracja.

3. Kontakt seksualny jest rezultatem obustronnej aktywności i dlatego nie można oskarżać i obciążać odpowiedzialnością tylko jednego partnera za zaistnienie trudności seksualnych w związku.

4. Pierwsze doświadczenia seksualne w okresie dzieciństwa i dojrzewania dla wielu ludzi niosą ze sobą szczególną wartość i są znaczące dla dalszego funkcjonowania seksualnego.

5. Seks to środek wyrazu i wymiany dóbr psychicznych między partnerami. To wzajemny proces dawania i brania.

6. Autorytarne nakazy i pojęcia w stylu „muszę, powinienem, należy” nie służą jakości aktywności seksualnej. Na przykład postawa „muszę mieć orgazm, bo w przeciwnym razie będę nieszczęśliwy”, niszczy spontaniczność i naturalną ekspresję. Zachowania seksualne nie mogą być wynikiem presji ze strony innych i/lub być wymuszone. Postawa otwartości i wewnętrznego pragnienia jest warunkiem niezbędnym do spontanicznej ekspresji i przeżycia rozkoszy seksualnej.

7. Uczucia związane z seksem są faktem i nie podlegają krytyce ani osądowi. One po prostu są, i można jedynie tak funkcjonować, aby towarzyszyły temu emocje pozytywne, a minimalizować pojawianie się uczuć negatywnych.

8. Stosunek seksualny nie występuje w próżni psychospołecznej. To, co się dzieje w innych obszarach życia, ma bezpośrednie lub pośrednie przełożenie na jakość funkcjonowania w seksie.

² J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality Counseling*, Upper Saddle River: Pearson Education, 2006.

³ F.G. Humphrey, *Marital Therapy*, Englewood Cliffs: Prentice - Hall, 1983.

9. Każda osoba mówi za siebie i bierze odpowiedzialność za swoje zachowania w kontekście aktywności seksualnej. To oznacza używanie komunikatów typu „ja”, a nie obwinianie partnera.

10. Dobre umiejętności komunikacyjne są niezbędne dla jakości związku. Ważne jest, aby partnerzy potrafili rozmawiać o postawach, uczuciach i pragnieniach seksualnych.

11. Satysfakcjonujące życie seksualne jest związane z regularnymi zachowaniami i powiedzenie „używaj albo to trać” znajduje uzasadnienie w obszarze seksu. Oznacza to, że w pewnym stopniu pozytywne doświadczenia seksualne są wynikiem procesu behawioralnego uczenia się, polegającego na wzmacnianiu zachowań gratyfikacyjnych, i redukowaniu zachowań nieprowadzących do oczekiwanych doznań.

Podane powyżej ogólne założenia są następnie przekładane na takie rodzaje interwencji klinicznych, by zgodnie z określonymi modelami teoretycznymi, móc zwiększać szansę na osiągnięcie pożądanych celów terapeutycznych⁴. Autorzy zajmujący się tą tematyką⁵, podają, że w profesjonalnej pomocy w obszarze seksualności akcentowana jest obustronna odpowiedzialność partnerów za jakość relacji seksualnej; eliminowanie lęków towarzyszących aktywności seksualnej, w tym zwłaszcza lęku „jak wypadnę w seksie”; edukacja seksualna i otwarty dostęp do wiedzy seksuologicznej; praca nad rozwijaniem zdrowych postaw seksualnych; poprawa umiejętności komunikacyjnych; wzmacnianie relacji psychoseksualnej z partnerem; ocena funkcjonowania fizycznego, stanu zdrowia i promowanie zdrowych nawyków w życiu; oraz praca nad zmianą zachowań seksualnych, jeżeli nie służą osiągnięciu radości i satysfakcji seksualnej. Według S.R. Leiblum i innych⁶, działania doradców i terapeutów seksuologicznych głównie skupiają się na:

- edukacji seksualnej;
- uczeniu przyzwolenia na spontaniczną ekspresję seksualną;
- treningu komunikacyjnym;
- treningu asertywności w seksie;
- uczeniu świadomości ciała i odkrywaniu źródeł przyjemności;
- ćwiczeniach wrażliwości cielesnej;
- poradnictwie par;

⁴ J. Carlson, M. Englar-Carlson, J. Levis, L. Sperry, *Health Promotion and Health Counseling*, Boston: Pearson Education Inc., 2005.

⁵ S.R. Leiblum, *Sex therapy today. Current Issues and Future Perspectives*, w: *Principles and Practice of Sex Therapy*, red. S.L. Leiblum, New York: The Guilford Press, 2007; J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.; F.G. Humphrey, dz. cyt.; J. Carlson, M. Englar-Carlson, J. Levis, L. Sperry, dz. cyt.

⁶ S.R. Leiblum, dz. cyt.; J. Carlson, M. Englar-Carlson, J. Levis, L. Sperry, dz. cyt.

- terapii traumatycznych doświadczeń seksualnych, które mogą przyczynić się do pojawienia się i podtrzymywania zaburzeń i dysfunkcji seksualnych;
- leczeniu współwystępujących trudności psychicznych, np. depresji lub zaburzeń lękowych;
- innych interwencjach specyficznych dla danego klienta⁷.

Za L.L. Long, J.A. Burnett i R.V. Thomas⁸ występujące obszary interwencji można podzielić na:

1. Seksualność kobiet i mężczyzn (trudności i dysfunkcje seksualne).
2. Choroby i infekcje przenoszone drogą płciową.
3. Seksualność mniejszości seksualnych.
4. Seksualność w podeszłym wieku.
5. Seksualność w chronicznych chorobach somatycznych i psychicznych oraz seksualność osób z niepełnosprawnością.
6. Nietypowe zachowania seksualne i zaburzenia preferencji seksualnych.
7. Poradnictwo dla osób zgwałconych i ich obecnych partnerów.
8. Poradnictwo dla osób doświadczających przemocy seksualnej w dzieciństwie lub ze strony obecnych partnerów.

S.R. Leiblum twierdzi, że w ostatnich latach nie pojawiło się nic unikatowego w interwencjach terapeutycznych, z wyjątkiem rewolucji farmakologicznej odnoszącej się do leczenia zaburzeń seksualnych, co znacznie zmieniło oblicze pomocy seksuologicznej⁹.

Obecnie o wiele częściej w procesie pracy z klientem używa się zintegrowanych metod, częściowo opartych na farmakoterapii, a częściowo polegających na interwencjach psychologicznych. Obserwuje się też czasem w świecie medycznym zjawisko marginalizacji podejść psychologicznych na rzecz procedur medycznych. Można jednak przyjąć na podstawie danych klinicznych, że znaczący efekt terapeutyczny najczęściej uzyskuje się wtedy, gdy stosowane jest podejście zintegrowane¹⁰.

1. Koncepcje teoretyczne w poradnictwie i terapii seksuologicznej

Poradnictwo i terapia seksuologiczna opierają się w dużej mierze na założeniach eklektycznych, wykorzystując różne koncepcje psychologiczne i socjo-

⁷ S.R. Leiblum, dz. cyt.; J. Carlson, M. Englar-Carlson, J. Levis, L. Sperry, dz. cyt.

⁸ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

⁹ S.R. Leiblum, dz. cyt.

¹⁰ Tamże; J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

logiczne. Takie podejście wynika zarówno z multidyscyplinarności seksuologii, holistycznego i indywidualnego podejścia do człowieka, ale także z osobistych preferencji teoretycznych oraz biografii zawodowej doradców seksualnych, reprezentujących różne nauki medyczno-społeczne.

Według L.L. Long i współautorów¹¹, do głównych i najczęściej stosowanych podejść teoretycznych w poradnictwie i terapii seksuologicznej należą:

- podejście behawioralne i poznawczo-behawioralne;
- podejście międzypokoleniowe Bowena i koncepcja „tygła” Schnarcha;
- podejście terapii skupionych na problemie;
- podejście terapii skupionych na rozwiązaniach;
- podejście narracyjne;
- podejścia komunikacyjne;
- podejście psychodynamiczne i relacji z obiektem;
- koncepcja feministyczna.

Wymienione koncepcje teoretyczne są obecnie uznawane i stosowane przez wielu doradców i terapeutów seksuologicznych, aczkolwiek nie są to koncepcje wykorzystywane wyłącznie w obszarze pomocy seksuologicznej. Poniżej zostaną przedstawione podstawowe założenia głównych nurtów teoretycznych w poradnictwie i terapii seksuologicznej, głównie według opracowań L.L. Long i innych¹², L. Seligman¹³ i G. Coreya¹⁴, a także dodatkowo na podstawie prac D. Skowrońskiego¹⁵ oraz D. Skowrońskiego i M. Caetano¹⁶.

2. Podejście behawioralne i poznawczo-behawioralne

L.L. Long, J.A. Burnett i R.V. Thomas¹⁷ podają, że znaczna liczba modeli terapeutycznych w zakresie problemów i trudności seksualnych oparta jest na pracach I.P. Pawłowa¹⁸, J.H. Watsona¹⁹ oraz B.F. Skinnera²⁰. Teorie behawio-

¹¹ Tamże.

¹² Tamże.

¹³ L. Seligman, *Theories of Counseling and Psychotherapy. Systems, Strategies, and Skills*, Upper Saddle River: Pearson Education Inc., 2006.

¹⁴ G. Corey, *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, Belmont: Brooks/Cole-Thomson Learning, 2005.

¹⁵ *Counseling in Sexual Health*, red. D. Skowroński, South Melbourne: Nelson Australia, Pty Limited, 2007.

¹⁶ *Theoretical and Practical Issues in Sexual Counseling*, red. D. Skowroński, M. Caetano, South Melbourne: Cengage Learning Australia, Pty Limited, 2008.

¹⁷ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

¹⁸ I.P. Pavlow, *Lectures on Conditional Reflexes*, New York: International Publishers, 1928.

ralne wyjaśniają mechanizm powstawania problemów jako rezultat uczenia się reakcji na pojawiające się bodźce. Zakłada się, że różnorodne formy aktywności seksualnej są wynikiem uczenia się zachowań na drodze warunkowania klasycznego i/lub instrumentalnego, i dlatego też w procesie terapii mogą być odpowiednio zmieniane i modyfikowane (na drodze warunkowania). Zaburzenia pożądania seksualnego, często osadzone na nierozwiązanych pozaseksualnych problemach pary, mogą być usunięte przez zmianę wzorców zachowań i nauczenie się nowych sposobów komunikacji, co pozwala parze na wprowadzenie nowych elementów do zachowań seksualnych i w efekcie wpływa stymulująco na pożądanie seksualne.

Za L.L. Long, J.A. Burnett i R.V. Thomas²¹, należy wskazać, że konkretne techniki terapeutyczne w poradnictwie i terapii seksualnej, oparte na podejściu behawioralnym i poznawczo-behawioralnym, zostały rozwinięte przez W.H. Mastersa i V.E. Johnson²², H.S. Kaplan²³ i J. LoPiccolo²⁴. Należą do nich: technika ucisku członka według W.H. Mastersa i V.E. Jonson²⁵, oraz technika „start-stop” w ujęciu H.S. Kaplan²⁶, które są stosowane w leczeniu zaburzeń wytrysku. Stosuje się również metody treningowe dla par.

Techniki behawioralne znalazły też zastosowanie w pracy przy redukowaniu lęków seksualnych, uprzedzeń oraz w zakresie treningu umiejętności komunikacyjnych²⁷.

Element poznawczy w podejściu poznawczo-behawioralnym jest stosowany w pracy nad trudnościami i zaburzeniami seksualnymi, m.in. przez podkreślanie roli schematów poznawczych (przekonań) w funkcjonowaniu seksualnym człowieka²⁸. Podstawowe założenia oparte są na analizie nieracjonalnych myśli i zastępowaniu ich racjonalnymi sądami służącymi zwiększeniu odpowiedzialności za swoje myśli, uczucia, zachowania. Przykładem

¹⁹ J.H. Watson, *Behavior. An Introduction to Comparative Psychology*, New York: Holt, 1914; tenże, *Psychology from the Standpoint of a Behaviorist*, Philadelphia: Lippincott, 1919.

²⁰ B.F. Skinner, *Science and Human Behavior*, New York: Free Press, 1953.

²¹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

²² V.E. Johnson, W.H. Masters, *Human Sexual Inadequacy*, London: Churchil, 1970.

²³ H.S. Kaplan, *The New Sex Therapy*, New York: Brunner/Mazel, 1974; tenże, *Disorders of Sexual Desire*, New York: Brunner/Mazel, 1979; tenże, *The Evaluation of Sexual Disorders. Psychological and Medical Aspects*, New York: Brunner/Mazel, 1983.

²⁴ J. LoPiccolo, *Direct Treatment of Sexual Dysfunction*, w: *Handbook of Sex Therapy*, red. J. LoPiccolo, L. LoPiccolo, New York: Plenum, 1978.

²⁵ V.E. Johnson, W.H. Masters, dz. cyt.

²⁶ H.S. Kaplan, *The new sex therapy...*, dz. cyt.

²⁷ J. Heiman, J. LoPiccolo, L. LoPiccolo, *The Treatment of Sexual Dysfunction*, w: *Clinical Handbook of Family Therapy*, red. A.S. Gurman, D.P. Kniskern, New York: Brunner/Mazel, 1981.

²⁸ A.T. Beck, *Depression. Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*, New York: Hoerber, 1967; tenże, *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, New York: Hoerber, 1976.

może być praca nad wyniesionymi z domów rodzinnych przekonaniem na temat roli kobiet i mężczyzn w związku, postawy wobec seksualności, które utrudniają lub uniemożliwiają zadowalające funkcjonowanie z partnerem. Część kobiet uważa, że bycie aktywną seksualnie jest grzeszne lub/i złe, i dlatego też nie pozwalają sobie na odczuwanie przyjemności seksualnej. Przez babcię i matkę zostały nauczone, że odczuwanie radości seksualnej powoduje pożądliwe myśli u mężczyzn, co prowadzi do promiskuitywnego stylu życia i w efekcie grozi rozpadem małżeństwa. Terapia kognytywno-behawioralna w takich wypadkach pozwala z dużym sukcesem weryfikować tego typu przekonania, a tym samym umożliwia osiągnięcie większego poziomu zadowolenia ze swojego życia seksualnego.

3. Podejście międzypokoleniowe Bowena i koncepcja „tygla” Schnarcha

L.L. Long, J.A. Burnett i R.V. Thomas²⁹ podają, że teoria Bowena jest oparta na zdolności osoby do różnicowania między swoimi myślami i uczuciami oraz różnicowania między sobą a innymi jednostkami³⁰. Według tej teorii lęk jest podstawowym powodem zaistnienia objawów nieadekwatnego funkcjonowania zarówno na poziomie fizycznym, jak i emocjonalnym. Poziom lęku, który odczuwamy, jest związany ze zjawiskiem i stopniem dyferencjacji, który otrzymujemy w procesie dziedziczenia społecznego od rodziny pochodzenia. Im bardziej jesteśmy oddzieleni od rodziny pochodzenia, tym mniej lęku i objawów niedostosowania doświadczamy. Im silniejsza fuzyja z rodziną, tym więcej należy się spodziewać objawów i zaburzeń. Nasza reakcja lękowa w terażniejszości jest uzależniona od tego, w jaki sposób i na ile intensywnie nasza rodzina przekazała nam rodzaje i nasilenie lęków dziedziczonych międzypokoleniowo.

D.M. Schnarch³¹ wykorzystał i rozwinął koncepcję Bowena, używając pojęć autooddzielenia i fuzyji w poradnictwie i leczeniu partnerskich zaburzeń seksualnych, a także wskazując potrzebę większego skupienia się na jakości związku, jaki tworzy dana para, a mniej na samych objawach seksualnych. Pracując nad jakością związku, partnerzy mają szansę rozwinąć

²⁹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

³⁰ M. Bowen, M.E. Kerr, *Family Evaluation. An Approach Based on Bowen Therapy*, New York: Norton, 1988.

³¹ D.M. Schnarch, *Constructing the Sexual Crucible. An Integration of Sexual and Marital Therapy*, New York: Norton, 1991.

i przekształcić swoją relację, co sprzyja tworzeniu głębszej więzi i większego poczucia intymności. Podejście to ma na celu udzielenie pomocy parom w osiągnięciu równowagi między potrzebami autonomii i bycia razem. D.M. Schnarch twierdzi, że partnerzy z niską umiejętnością dyferencjacji doświadczają więcej trudności w związku, ponieważ przejawiają silniejsze tendencje do współzależniania się i zatracania własnej potrzeby niezależności³². Prowadzi to do obarczania odpowiedzialnością za swoje trudności partnera i lokowania w nim winy za zaistniałe zaburzenia seksualne. W przeciwieństwie do tego, osoby o wyższym poziomie dyferencjacji czują się mniej zależne od partnera, przez co mogą być bliżej emocjonalnie, bez poczucia lęku związanego z obawą o utratę własnej niezależności.

Koncepcja D.M. Sarcha, opierająca się na teorii Bowena, znalazła duże zastosowanie w poradnictwie seksuologicznym par i jest obecnie bardzo popularnym modelem pracy nad problemami partnerskimi³³.

4. Podejście terapii skupionych na problemie

Według L.L. Long, J.A. Burnett i R.V. Thomas³⁴ są to koncepcje strukturalne, strategiczne i systemowe, które najczęściej opierają się na interwencji krótkoterminowej – do 10 sesji terapeutycznych. Ich głównym założeniem jest stymulowanie potencjału rozwojowego jednostki i partnera, maksymalizowanie zasobów, by móc pokonać trudności seksualne. Podejścia te są podobne w formułowaniu pojęć i wyjaśnień teoretycznych, natomiast różnią się technikami terapeutycznymi stosowanymi w pracy z pacjentami.

Terapia strukturalna rozwinięta przez S. Minuchina³⁵ opiera się na założeniu, że indywidualny symptom może być jedynie zrozumiany i zmieniony przez zbadanie wzorów interakcyjnych w systemie rodziny czy pary. W celu zlikwidowania symptomów konieczne są zmiany w całym systemie (np.: mężczyzna skarży się na trudności z podtrzymaniem erekcji podczas stosunku płciowego, ponieważ jego partnerka kontroluje wszystkie aspekty życia rodzinnego, począwszy od finansów a skończywszy na tym, co się dzieje w sypialni; klient ma poczucie bycia dzieckiem w rodzinie). W ra-

³² D.M. Schnarch, *A Family Therapy Approach to Sex Therapy and Intimacy*, w: *Integrating Family Therapy. Handbook of Family Psychology and Systems Theory*, red. R.H. Mikesell, D. Lusterman, S.H. McDaniel, Washington: American Psychological Association, 1995.

³³ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

³⁴ Tamże.

³⁵ S. Minuchin, *Families and Family Therapy*, Cambridge: Harvard University Press, 1974.

mach terapii można w tej sytuacji zaproponować zmiany strukturalne pary, dzięki czemu objaw braku erekcji przestanie mieć znaczenie funkcjonalne dla klienta, i co za tym idzie, zostanie zlikwidowany.

Terapia strategiczna i systemowa związana z pracami M.H. Ericsona³⁶ kładzie nacisk na indywidualne podejście do każdego problemu klienta przez używanie jego własnych pozytywnych aspektów funkcjonowania w celu kreowania pożądaney zmiany.

L.L. Long, J.A. Burnett i R.V. Thomas³⁷ podają, że autorzy terapii strategicznej i systemowej twierdzą, że symptomy dysfunkcji i zaburzeń są formą komunikowania otoczeniu problemów relacyjnych i objawy te służą podtrzymaniu homeostazy związku, gdy nie udaje się partnerom uporać z celami rozwojowymi w określonej fazie życia³⁸. Nieprzypadkowo objawy pojawiają się zwykle wtedy, gdy partnerzy czują się „zablokowani” na danym etapie życia. Profesjonalna pomoc ma na celu przekroczenie tego typu hamulców i umożliwienie konstruktywnej ekspresji.

5. Podejście terapii skupionych na rozwiązaniach

L.L. Long, J.A. Burnett i R.V. Thomas³⁹ w swoim opracowaniu podają, że są to – podobnie jak podejścia terapii skupionych na problemie – krótkoterminowe formy pomagania, które koncentrują się w o wiele większym stopniu na znalezieniu rozwiązania problemu, niż odkryciu jego genezy i funkcji

³⁶ M.H. Ericson, *The Method Employed to Formulate a Complex Story for the Induction of an Experimental Neurosis in a Hypnotic Subject*, „Journal of General Psychology” 1944, 31, s. 191-212; tenże, *The Interpersonal Technique for Symptom Correction and Pain Control*, „American Journal of Clinical Hypnosis” 1966, 3, s. 198-209; tenże, *A Field Investigation by Hypnosis of Sound Loci Importance in Human Behavior*, „American Journal of Clinical Hypnosis” 1973, 16, s. 92-109.

³⁷ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

³⁸ G. Bateson, *Information and Codification. A Philosophical Approach*, w: *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*, red. J. Reusch, G. Bateson, New York: Norton, 1951; tenże, *The Birth of a Matrix or Double-Bind and Epistemology*, w: *Beyond the Double-Bind*, red. M.M. Berger, New York: Brunner/Mazel, 1978; J. Haley, *Strategies of Psychotherapy*, New York: Grune & Stratton, 1963; tenże, *Uncommon Therapy: the Psychiatric Techniques of Milton H. Ericson, M.D.*, New York: Norton, 1973; C. Madenes, *Strategic Family Therapy*, w: *Handbook of Family Therapy*, red. A.S. Gurman, P.D. Kniskern, New York: Brunner/Mazel, 1991; J.H. Beavin, D.D. Jackson, P.A. Watzlawick, *Pragmatics of Human Communication*, New York: Norton, 1967; J.H. Weakland, *The “Double-Bind” Hypothesis of Schizophrenia and Three-Party Interaction*, w: *The Etiology of Schizophrenia*, red. D.D. Jackson, New York: Basic Books, 1960; M. Sevini-Palazzoli, L. Boscolo, G. Cecchin, G. Prata, *Paradox and Counterparadox*, New York: Aronson, 1978.

³⁹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

w związku. Oba podejścia wymagają od doradcy seksualnego przyjęcia aktywnej roli w relacji poradnianej, dużej dozy dyrektywności i orientacji na celu, a mniej na procesie.

Podejście terapii skupionych na rozwiązaniach wywodzi się z prac takich autorów, jak I.K. Berg i S. de Shazer⁴⁰, P. De Jong i I.K. Berg⁴¹, S. de Shazer⁴² oraz W.H. O'Hanlon i M. Weiner-Davis⁴³ i oparte jest na postmodernistycznym myśleniu konstruktywistycznym, które zakłada, że język, jakim komunikują się ludzie, oraz znaczenie, jakie nadają wydarzeniom, określone pojęcia zawarte w słowach, tworzą subiektywne interpretacje zjawisk (w tym interpretacje symptomów i zaburzeń seksualnych) i ma to o wiele większy wpływ na funkcjonowanie seksualne, niż aktualne wydarzenia i obserwowalne zachowania. Podważona zostaje w ten sposób „jedyna prawdziwa” interpretacja trudności seksualnych. Stąd doradcy stosujący to podejście zainteresowani są indywidualnymi punktami widzenia członków rodziny czy pary i tym, w jaki sposób partnerzy formułują i wyrażają opinie w trakcie rozmowy. Pozwala to na przeformułowanie i tworzenie nowych konstrukcji pojęciowych w kontekście definiowania świata. W efekcie wzmacnia to psychicznie klientów, którzy mogą zmodyfikować dotychczasowe sposoby funkcjonowania seksualnego. W ujęciu konstruktywistycznym nie istnieje jedyna prawda i rzeczywistość, więc nie ma też jednej „prawdy” problemu seksualnego. Każdy człowiek tworzy własne interpretacje trudności seksualnych (używając konkretnych słów i pojęć, określa indywidualną rzeczywistość). W procesie terapeutycznym kładzie się więc nacisk na zmianę języka i sposobów prowadzenia rozmów z partnerem, dzięki czemu obie strony dochodzą do wspólnych rozwiązań i tworzenia takich interpretacji zjawisk, które wzmacniają zasoby pary i oferują umiejętności przezwyciężenia problemu. Doradca pomaga parze w pojęciowym konstruowaniu nowych rozwiązań (dotychczas nie branych pod uwagę i przez to nie rozważanych), opierając rozwiązanie na umiejętnościach i wiedzy posiadanej przez te osoby.

⁴⁰ I.K. Berg, S. de Shazer, *Making Numbers Talk. Language in Therapy*, w: *The New Language of Change. Constructive Collaboration in Psychotherapy*, red. S. Friedman, New York: Guilford, 1993.

⁴¹ P. De Jong, I.K. Berg, *Interviewing for Solutions*, Pacific Grove: Brooks/Cole, 1998.

⁴² S. de Shazer, *Keys to Solutions in Brief Therapy*, New York: Norton, 1985; tenże, *Clues. Investigating Solutions in Brief Therapy*, New York: Norton, 1988; tenże, *Putting Difference to Work*, New York: Norton, 1991; tenże, *Words Were Originally Magic*, New York: Norton, 1994.

⁴³ W.H. O'Hanlon, M. Weiner-Davis, *In Search of Solutions*, New York: Norton, 1989.

6. Podejście narracyjne

Podejście narracyjne związane jest z takimi nazwiskami, jak D. Epston i M. White⁴⁴. Podobnie jak modele terapii skupione na rozwiązaniach, wywodzi się z teorii konstruktywistycznych i opiera się na analizie języka narracji klientów⁴⁵. Klienci zachęcani są do opisywania swoich problemów seksualnych, a następnie tworzenia nowych historii życia z innymi rozwiązaniami, co pozwala na eksternalizację problemu i jego pojęciową „obróbkę”. Wielokrotne opisywanie trudności i budowanie złożonych opisów narracyjnych oswiają osoby z problemem seksualnym i uczą „przeformułowywania” go, co sprzyja budowaniu poczucia sprawstwa w swoim życiu. Dochodzi też do mentalnej separacji problemu od osoby, co pozwala klientom kontrolować swoje objawy. Przez tworzenie dystansu do problemu i wrażenia „obrabiania” trudności seksualnych, klienci uczą się używania swoich pozytywnych zasobów i przewycięzania zaburzeń. Doradca za pomocą szczególnego sposobu rozmawiania i zadawania pytań tworzy sprzyjające warunki do znajdowania nowych rozwiązań, bardziej satysfakcjonujących w życiu.

7. Podejście komunikacyjne

To kolejny paradygmat teoretyczny w poradnictwie i terapii seksuologicznej w opracowaniu L.L. Long, J.A. Burnett i R.V. Thomas⁴⁶, według których pierwszoplanową rolę przypisuje się sposobom komunikacji pary. Podejście to wywodzi się z prac takich autorów, jak: G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haley i J. Weakland⁴⁷, V.M. Satir⁴⁸ oraz P.A. Watzlawick, J.H. Beavin i D.D. Jackson⁴⁹. Początkowo skupiano się nad wzorcami komunikacyjnymi w rodzinach schizofreników i opisywano, jak te sposoby komunikacji przyczyniają się do powstawania zaburzeń psychicznych. W latach 80. badania wznowiono w szerszym kontekście, co przyczyniło się do tworzenia nowych modeli komunikacji ludzkiej, wykorzystanych następnie w poradnictwie psychologicznym i seksuologicznym.

⁴⁴ D. Epston, M. White, *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New York: Norton, 1990; D. Epston, M. White, *Experience, Contradiction, Narrative, and Imagination. Selected Papers of David Epston and Michael White*, Adelaide: Dulwich Centre, 1992, s. 1989-1991.

⁴⁵ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

⁴⁶ Tamże.

⁴⁷ G. Bateson, D.D. Jackson, J. Haley, J. Weakland, *Toward a Theory of Schizophrenia*, „Behavioral Science” 1956, 1, s. 251-264.

⁴⁸ V.M. Satir, *Cojoint Family Therapy*, Palo Alto: Science and Behavior Books, 1964.

⁴⁹ J.H. Beavin, D.D. Jackson, P.A. Watzlawick, dz. cyt.

Model pracy opiera się na tworzeniu lepszych, bardziej efektywnych sposobów komunikacji w związku, dzięki którym partnerzy uczą się negocjowania rozwiązań problemów bez naruszania dóbr osobistych drugiej osoby. W ujęciu tym kładzie się nacisk na trenowanie umiejętności komunikacyjnych nastawionych na konstruktywne rozwiązania i otwartą rozmowę o problemach, co tworzy możliwość osiągnięcia satysfakcji psychicznej w związku. Jasna komunikacja prowadzi do zdrowych relacji partnerskich, dzięki którym można otwarcie i bezpiecznie rozmawiać o swoich słabościach, nadziejach, lękach itp. Wyrażanie siebie bez ograniczeń pozwala partnerom na eksplorację trudności i znajdowanie rozwiązań. Komunikacja typu „ja”, świadomość języka ciała, tonu głosu, pozwalają być elastycznym i bardziej kreatywnym, dając lepsze zrozumienie sytuacji i ułatwiając rozwiązywanie trudności seksualnych.

W przeciwieństwie do związków stosujących otwartą komunikację, w parach o zaburzonych wzorcach rozmawiania, porozumiewanie się partnerów jest powierzchowne, ostrożne i ograniczane tematami „bezpiecznymi”. Lęki, trudności, słabości są omijane, co powoduje ich piętrzenie się i blokowanie swobodnej ekspresji emocji. Skutkuje to rozwojem nieporozumień i problemów, gdyż ograniczenia komunikacyjne obniżają poczucie wartości, ważności i osłabiają bliskość między partnerami. W efekcie partnerzy czują się osamotnieni, niekochani i porzuceni, co wtórnie owocuje destrukcyjnymi wzorcami komunikacyjnymi, np. wzajemnym oskarżaniem się, manipulowaniem i walką z partnerem.

Trudności seksualne w podejściu komunikacyjnym są wynikiem narosłych i zablokowanych konfliktów oraz sfrustrowanych potrzeb psychologicznych w procesie wadliwego porozumiewania się partnerów. Dlatego doradca ma za zadanie ułatwić parze nauczenie się nowych wzorców komunikacyjnych, które charakteryzują się otwartością i jasną ekspresją emocjonalną, co sprzyja ponownemu zbliżeniu się psychicznemu osób i owocuje zwiększoną motywacją i współpracą nad rozwiązaniem problemów relacyjnych i seksualnych.

8. Podejście psychodynamiczne i relacji z obiektem

W poradnictwie i terapii seksuologicznej wielu doradców nadal korzysta z klasycznej teorii psychoanalitycznej⁵⁰, opartej na twierdzeniu, że ludzkie

⁵⁰ S. Freud, *The Origin of Development of Psychoanalysis*, „American Journal of Psychology” 1910, 21, s. 181–218.

zachowania są kierowane nieświadomymi popędami, instynktami i nieracjonalnymi motywami⁵¹. Wczesne dzieciństwo jest okresem krytycznym w rozwoju seksualnym i w dużym stopniu determinuje funkcjonowanie seksualne w okresie dorosłości. Dysfunkcje seksualne w tym ujęciu są konsekwencją patologii psychicznej związanej z nierozwiązanymi konfliktami z podświadomości na określonych etapach rozwoju psychoseksualnego. Takie podejście reprezentowała m.in. H.S. Kaplan w leczeniu zaburzeń seksualnych⁵².

Obecnie koncepcje psychodynamiczne w większym stopniu uwypuklają interpersonalne i intrapersonalne aspekty funkcjonowania jednostki i konsekwencje procesów wewnętrznych wpływające na relacje z innymi ludźmi. Innymi słowy, to w jaki sposób jednostka odnosi się do samej siebie, wpływa na sposób, w jaki tworzy relacje z innymi. Ten rodzaj przeniesienia środka ciężkości z konfliktów intrapsychicznych na kontakty interpersonalne przyczynił się do rozwoju nurtu relacji z obiektem⁵³. Inne ważne nazwiska łączone z teorią relacji z obiektem to W.R.D. Fairbairn⁵⁴, M. Klein⁵⁵, D.M. Schnarch⁵⁶, R. Schwartz⁵⁷ i J. Siegel⁵⁸.

Teoria relacji z obiektem korzysta z pojęć psychoanalitycznych, używając analizy treści nieświadomych, rozwijania wglądu, interpretacji marzeń sennych, i wykorzystując zjawisko przeniesienia w pracy nad problemami seksualnymi. Natomiast w większym stopniu teoria ta analizuje wczesne interakcje rodziców z dzieckiem, wskazując, że związki partnerskie w dorosłym życiu stanowią „odbicie” relacji matka – dziecko w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym. Te najważniejsze relacje wczesnodziecięce tworzą matrycę, na bazie której powstają i rozwijają się dalsze kontakty międzyludzkie, w tym odnoszące się do relacji seksualnych, odtwarzając temat intymności, oddania, przywiązania i fizyczności z dzieciństwa. Trudności seksualne są tutaj rozumiane jako konsekwencja przeniesienia doświadczeń z pierwotnej relacji z obiektem matczynym na obecnego partnera, ponieważ

⁵¹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

⁵² H.S. Kaplan, *The new sex therapy...*, dz. cyt.

⁵³ H. Kohut, *The Restoration of the Self*, New York: International Universities, 1977; J.S. Scharff, *Foundations of Object Relations Family Therapy*, Northvale: Aronson, 1989; S. Slipp, *The Technique and Practice of Object Relations Family Therapy*, Northvale: Aronson, 1988.

⁵⁴ W.R.D. Fairbairn, *An Object-Relation Theory of Personality*, New York: Basic Books, 1954.

⁵⁵ M. Klein, *Envy and Gratitude*, New York: Basic Books, 1957; tenże, *Love, Guilt, and Reparation and Other Works*, London: Hogarth, 1975.

⁵⁶ D.M. Schnarch, *Constructing the Sexual Crucible...*, dz. cyt.; tenże, *A Family Therapy Approach...*, dz. cyt.

⁵⁷ R. Schwartz, *Internal Family Systems Therapy*, New York: Guilford, 1994.

⁵⁸ J. Siegel, *Repairing Intimacy in Object Relations Approach to Couples Therapy*, Northvale: Aronson, 1992.

klient reaguje nieświadomie na wcześniejsze doświadczenia z życia, a nie na realną sytuację w życiu dorosłym. Terapeuci pomagają parze w rozwiązaniu tego dylematu, ujawnieniu i ekspresji represjonowanych uczuć z przeszłości i nauczaniu radzenia sobie z mechanizmem przeniesienia. To z kolei pozwala wejść w nową, bardziej dojrzałą relację z obiektem w partnerze, opierając się na zintegrowanym *self*.

9. Koncepcja feministyczna

Koncepcje feministyczne w dużym stopniu podkreślają rolę płci i jej społecznego wizerunku w tworzeniu się trudności seksualnych⁵⁹. W latach 70. i 80. pojawiły się wśród socjologów i psychologów głosy podkreślające, że społeczna percepcja płci (ról kobiecych i męskich) wpływa na satysfakcję w związkach partnerskich i przyczynia się do rozwoju różnych zaburzeń seksualnych⁶⁰. W efekcie zaczęto analizować związki międzyludzkie w kontekście ról płciowych i ich wpływ na życie społeczne, kulturalne i ekonomiczne, a także na uwarunkowania funkcjonowania seksualnego.

W poradnictwie i terapii opierających się na koncepcjach feministycznych akcentuje się socjokulturową perspektywę trudności seksualnych i rolę płciową w zrozumieniu problemów pacjenta. Terapeuci zorientowani feministycznie pomagają kobietom i mężczyznom w rozpoznaniu, nazwaniu i odzyskaniu siły osobowej, która pozwala przełamać narzucone społecznie i historycznie ograniczenia w procesie socjalizacji potrzeby seksualnej oraz ról płciowych, i dzięki temu rozwijać zakres możliwych zachowań płciowych i seksualnych⁶¹. Klienci są zachęceni do zbadania swoich postaw na temat kobiecych i męskich ról płciowych (w tym również seksualnych) i ich wpływu na życie rodzinne i partnerskie. Zachęceni są do przyjrzenia się swoim związkom pod kątem społecznych stereotypów płci. Celem pracy jest również oddzielenie wyidealizowanych i często nierealistycznych oczekiwań społecznych, formułowanych wobec kobiet i mężczyzn przez mass media, od osobistych preferencji i upodobań.

⁵⁹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

⁶⁰ J.M. Avis, *The Politics of Functional Family Therapy. A Feminist Critique*, „Journal of Marital and Family Therapy” 1985, 11, s. 127-218; C. Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory in Women's Development*, Cambridge: Harvard, 1982; V. Goldner, *Feminism and Family Therapy*, „Family Process” 1985, 24, s. 13-47; R.T. Hare-Mustin, *A Feminist Approach to Family Therapy*, „Family Process” 1978, 17, s. 181-194; M. Walters, B. Carter, P. Papp, O. Silverstein, *The Invisible Web. Gender Patterns in Family Relationships*, New York: Guilford, 1989.

⁶¹ G. Corey, dz. cyt.

J. Worell i P. Remer⁶² – za L.L. Long, J.A. Burnett i R.V. Thomas⁶³ – postulują następujące cele dla klienta:

- osiągnięcie świadomości własnego procesu socjalizacji płciowej;
- zidentyfikowanie zinternalizowanych przekazów i przekonań na temat płci, które są opresyjne i stereotypowe i zastąpienie ich bardziej elastycznymi definicjami;
- zrozumienie i identyfikacja procesów społecznych, które promują seksistowski i opresyjny obraz ról kobiecych i męskich, oraz ich wpływ na osobiste życie klienta;
- nauczenie się umiejętności wprowadzania zmian we własnym środowisku (np. miejscu pracy) zgodnie z nowym rozumieniem ról płciowych;
- rozwijanie zachowań, które pozwalają na wyrażanie swojej siły osobowej w kontaktach społecznych (np. bycie bardziej asertywnym i bezpośrednim w relacjach społecznych), podejmowanie decyzji seksualnych na podstawie swoich potrzeb, a nie nacisków czy oczekiwań innych; swobodne wyrażanie własnych preferencji i orientacji seksualnej itd.

Kolejnym tematem pracy w podejściu feministycznym jest wzmacnianie i wyrównywanie szans kobiet w relacjach społecznych, egalitaryzm ról i praw w życiu społecznym, rodzinnym i partnerskim, oraz wspomaganie kobiet w odnajdywaniu swobodnych sposobów ekspresji i radości seksualnej. Przywiązuje się też dużą wagę do przeciwdziałania takim negatywnym zjawiskom, jak przemoc i wykorzystywanie seksualne, handel kobietami, zmuszanie do prostytucji⁶⁴.

Zakończenie

Jak wynika z przedstawionego materiału, doradca i/lub terapeuta seksualny może w ramach swojej pracy korzystać z wielu koncepcji i teorii psychologicznych, przyjmując albo postawę eklektyczną, albo też realizując określony model pracy w zależności od charakteru istniejącego problemu, potrzeb i specyfiki funkcjonowania klienta, możliwości i ograniczeń czasowych⁶⁵.

⁶² J. Worell, P. Remer, *Feminist Perspectives in Therapy. Empowering Diverse Women*, New York: Wiley, 2003.

⁶³ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

⁶⁴ Tamże; L. Seligman, dz. cyt.

⁶⁵ *Counseling in Sexual Health*, red. D. Skowroński, dz. cyt.; *Theoretical and Practical Issues in Sexual Counseling*, red. D. Skowroński, M. Caetano, dz. cyt.

Niezwykle istotne w tym obszarze pracy są kwestie związane z rozwijaniem kompetencji i doświadczenia zawodowego doradców i terapeutów seksualnych, a także praca zgodna z zasadami etyki zawodowej. Podobnie jak w terapii psychologicznej, doradca i/lub terapeuta seksualny zobowiązany jest do pracy superwizyjnej, dzięki której będzie mógł efektywnie pomagać, chroniąc zarówno swoje granice, jak i klienta. Niezależnie od przyjętego modelu teoretycznego, ochrona dóbr psychicznych klienta powinna być standardem etycznym seksuologów i psychologów oraz innych profesjonalistów zajmujących się poradnictwem seksuologicznym.

Bibliografia

- Avis J.M., *The Politics of Functional Family Therapy. A Feminist Critique*, „Journal of Marital and Family Therapy” 1985, 11, s. 127–218.
- Bateson G., *Information and Codification. A Philosophical Approach*, w: *Communication. The Social Matrix of Psychiatry*, red. J. Reusch, G. Bateson, New York: Norton, 1951.
- Bateson G., *The Birth of a Matrix or Double-Bind and Epistemology*, w: *Beyond the Double-Bind*, red. M.M. Berger, New York: Brunner/Mazel, 1978.
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J., Weakland J., *Toward a Theory of Schizophrenia*, „Behavioral Science” 1956, 1, s. 251–264.
- Beavin J.H., Jackson D.D., Watzlawick P.A., *Pragmatics of Human Communication*, New York: Norton, 1967.
- Beck A.T., *Depression. Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*, New York: Hoeber, 1967.
- Beck A.T., *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, New York: Hoeber, 1976.
- Berg I.K., Shazer S. de, *Making Numbers Talk. Language in Therapy*, w: *The New Language of Change. Constructive Collaboration in Psychotherapy*, red. S. Friedman, New York: Guilford, 1993.
- Bowen M., Kerr M.E., *Family Evaluation. An Approach Based on Bowen Therapy*, New York: Norton, 1988.
- Burnett J.A., Long L.L., Thomas R.V., *Sexuality Counseling*, Upper Saddle River: Pearson Education, 2006.
- Carlson J., Englar-Carlson M., Levis J., Sperry L., *Health Promotion and Health Counseling*, Boston: Pearson Education, Inc., 2005.
- Corey G., *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, Belmont: Brooks/Cole-Thomson Learning, 2005.
- Counseling in Sexual Health*, red. D. Skowroński, South Melbourne: Nelson Australia, Pty Limited, 2007.
- De Jong P., Berg I.K., *Interviewing for Solutions*, Pacific Grove: Brooks/Cole, 1998.
- Epston D., White M., *Experience, Contradiction, Narrative, and Imagination. Selected Papers of David Epston and Michael White*, Adelaide: Dulwich Centre, 1992, s. 1989–1991.
- Ericson M.H., *The Method Employed to Formulate a Complex Story for the Induction of an Experimental Neurosis in a Hypnotic Subject*, „Journal of General Psychology” 1944, 31, s. 191–212.

- Ericson M.H., *The Interpersonal Technique for Symptom Correction and Pain Control*, „American Journal of Clinical Hypnosis” 1966, 3, s. 198–209.
- Ericson M.H., *A Field Investigation by Hypnosis of Sound Loci Importance in Human Behavior*, „American Journal of Clinical Hypnosis” 1973, 16, s. 92–109.
- Fairbairn W.R.D., *An Object-Relation Theory of Personality*, New York: Basic Books, 1954.
- Freud S., *The Origin of Development of Psychoanalysis*, „American Journal of Psychology” 1910, 21, s. 181–218.
- Gilligan C., *In a Different Voice. Psychological Theory in Women’s Development*, Cambridge: Harvard, 1982.
- Goldner V., *Feminism and Family Therapy*, „Family Process” 1985, 24, s. 13–47.
- Haley J., *Strategies of Psychotherapy*, New York: Grune & Stratton, 1963.
- Haley J., *Uncommon Therapy: the Psychiatric Techniques of Milton H. Ericson, M.D.*, New York: Norton, 1973.
- Hare-Mustin R.T., *A Feminist Approach to Family Therapy*, „Family Process” 1978, 17, s. 181–194.
- Heiman J., LoPiccolo L., LoPiccolo J., *The Treatment of Sexual Dysfunction*, w: *Clinical Handbook of Family Therapy*, red. A.S. Gurman, D.P. Kniskern, New York: Brunner/Mazel, 1981.
- Humphrey F.G., *Marital Therapy*, Englewood Cliffs: Prentice - Hall, 1983.
- Johnson V.E., Masters W.H., *Human Sexual Inadequacy*, London: Churchill, 1970.
- Kaplan H.S., *The New Sex Therapy*, New York: Brunner/Mazel, 1974.
- Kaplan H.S., *Disorders of Sexual Desire*, New York: Brunner/Mazel, 1979.
- Kaplan H.S., *The Evaluation of Sexual Disorders. Psychological and Medical Aspects*, New York: Brunner/Mazel, 1983.
- Klein M., *Envy and Gratitude*, New York: Basic Books, 1957.
- Klein M., *Love, Guilt, and Reparation and Other Works*, London: Hogarth, 1975.
- Kohut H., *The Restoration of the Self*, New York: International Universities, 1977.
- Leiblum S.R., *Sex Therapy Today. Current Issues and Future Perspectives*, w: *Principles and Practice of Sex Therapy*, red. S.L. Leiblum, New York: The Guilford Press, 2007.
- LoPiccolo J., *Direct Treatment of Sexual Dysfunction*, w: *Handbook of Sex Therapy*, red. J. LoPiccolo, L. LoPiccolo, New York: Plenum, 1978.
- Madenes C., *Strategic Family Therapy*, w: *Handbook of Family Therapy*, red. A.S. Gurman, P.D. Kniskern, New York: Brunner/Mazel, 1991.
- Mason M.S., *Family Therapy as the Emerging Context for Sex Therapy*, w: *Handbook of Family Therapy*, red. A.S. Gurman, D.P. Kniskern, New York: Brunner/Mazel, 1991.
- Minuchin S., *Families and Family Therapy*, Cambridge: Harvard University Press, 1974.
- O’Hanlon W.H., Weiner-Davis M., *In Search of Solutions*, New York: Norton, 1989.
- Pavlow I.P., *Lectures on Conditional Reflexes*, New York: International Publishers, 1928.
- Rosen E., Weinstein E., *Introduction. Sexuality Counseling*, w: *Sexuality Counseling. Issues and Implications*, red. E. Rosen, E. Weinstein, Pacific Grove: Brooks/Cole, 1988.
- Ross M.W., Channon-Little L.D., Simon Rosser B.R., *Sexual Health Concerns*, Sydney: MacLennan & Petty Pty Limited, 2000.
- Satir V.M., *Cojoint Family Therapy*, Palo Alto: Science and Behavior Books, 1964.
- Scharff J.S., *Foundations of Object Relations Family Therapy*, Northvale: Aronson, 1989.
- Schnarch D.M., *Constructing the Sexual Crucible. An Integration of Sexual and Marital Therapy*, New York: Norton 1991.
- Schnarch D.M., *A Family Therapy Approach to Sex Therapy and Intimacy*, w: *Integrating Family Therapy. Handbook of Family Psychology and Systems Theory*, red. R.H. Mikesell,

- D. Lusterman, S.H. McDaniel, Washington: American Psychological Association, 1995.
- Schwartz R., *Internal Family Systems Therapy*, New York: Guilford, 1994.
- Seligman L., *Theories of Counseling and Psychotherapy. Systems, Strategies, and Skills*, Upper Saddle River: Pearson Education, Inc., 2006.
- Sevini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *Paradox and Counterparadox*, New York: Aronson, 1978.
- Shazer S. de, *Keys to Solutions in Brief Therapy*, New York: Norton, 1985.
- Shazer S. de, *Clues. Investigating Solutions in Brief Therapy*, New York: Norton, 1988.
- Shazer S. de, *Putting Difference to Work*, New York: Norton, 1991.
- Shazer S. de, *Words Were Originally Magic*, New York: Norton, 1994.
- Siegel J., *Repairing Intimacy in Object Relations Approach to Couples Therapy*, Northvale: Aronson, 1992.
- Skinner B.F., *Science and Human Behavior*, New York: Free Press, 1953.
- Slipp S., *The Technique and Practice of Object Relations Family Therapy*, Northvale: Aronson, 1988.
- Theoretical and Practical Issues in Sexual Counseling*, red. D. Skowroński, M. Caetano, South Melbourne: Cengage Learning Australia, Pty Limited, 2008.
- Walters M., Carter B., Papp P., Silverstein O., *The Invisible Web. Gender Patterns in Family Relationships*, New York: Guilford, 1989.
- Watson J.H., *Behavior. An Introduction to Comparative Psychology*, New York: Holt, 1914.
- Watson J.H., *Psychology from the Standpoint of a Behaviorist*, Philadelphia: Lippincott, 1919.
- Weakland J.H., *The "Double-Bind" Hypothesis of Schizophrenia and Three-Party Interaction*, w: *The Etiology of Schizophrenia*, red. D.D. Jackson, New York: Basic Books, 1960.
- White M., Epston D., *Narrative Means to Therapeutic Ends*, New York: Norton, 1990.
- Worell J., Remer P., *Feminist Perspectives in Therapy. Empowering Diverse Women*, New York: Wiley, 2003.

Dariusz P. Skowroński

Psychological Studies, Temple University Japan Campus, Tokyo

Katarzyna Waszyńska

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii. Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Czteropoziomowy model interwencji w poradnictwie i terapii seksuologicznej

Wstęp

W praktyce poradnianej i terapeutycznej krajów anglosaskich bardzo popularny jest czteropoziomowy model interwencji seksuologicznej o nazwie PLISSIT autorstwa J.S. Annona¹. Model ten został stworzony specjalnie na potrzeby pracy z osobami, które doświadczają problemów seksualnych, i szybko sprawdził się w praktyce klinicznej jako wysoce efektywne narzędzie w poradnictwie seksuologicznym.

Nazwa PLISSIT to akronim z języka angielskiego, określający cztery poziomy interwencji:

- 1 - *Permission* - dawanie przyzwolenia;
 - 2 - *Limited Information* - ograniczone informowanie;
 - 3 - *Specific Suggestions* - konkretne wskazówki, rady;
 - 4 - *Intensive Therapy* - intensywna terapia;
- co tworzy w efekcie nazwę: P-LI-SS-IT².

Model ten, będąc jednocześnie elastycznym i wszechstronnym narzędziem terapeutycznym, oferuje doradcy procedurę pozwalającą na zróżnicowanie zakresu interwencji w zależności od natury problemu oraz ułatwia aplikację różnych podejść teoretycznych, w sposób systematyczny oddziela-

¹ J.S. Annon, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, *Brief Therapy*, Honolulu: Enabling Systems, 1974; tenże, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, *Intensive Therapy*, Honolulu: Enabling Systems, 1975.

² M.J. Mason, *Family Therapy as the Emerging Context for Sex Therapy*, w: *Handbook of Family Therapy*, red. A.S. Gurman, D.P. Kniskern, New York: Brunner/Mazel, Inc., 1991, s. 479-507.

jąc terapie krótkoterminowe od dłuższych form oddziaływania klinicznego. Porządkuje i systematyzuje to w dużym stopniu pracę terapeuty, jednocześnie optymalizując szansę rozwiązania problemu seksualnego klienta. Model PLISSIT pozwala doradcy na etyczne podejmowanie decyzji co do głębokości interwencji seksuologicznej i jej zakresu. Jest to ważny argument na rzecz promowania tego narzędzia jako pragmatycznej matrycy etycznego pomagania w seksuologii³. Model PLISSIT z dużym sukcesem sprawdził się w praktyce seksuologicznej, stąd poniżej zostaną przedstawione poszczególne etapy interwencji wraz z zaletami i ewentualnymi ograniczeniami, na podstawie opracowań i informacji podanych przez J.S. Annona⁴, L. Sperry i współautorów⁵ oraz M.W. Rossa i współautorów⁶.

1. PLISSIT jako narzędzie pracy w poradnictwie i terapii seksuologicznej

Pierwsze trzy poziomy interwencji mieszczą się w modelu pracy krótkoterminowej, natomiast czwarty poziom zarezerwowany jest dla terapii średnio- i długoterminowej. Poniżej przedstawiono strukturę poszczególnych poziomów poradnictwa i terapii seksuologicznej, wzorując się na teorii Sperry.

Model PLISSIT ma wiele zalet. Może być stosowany w zróżnicowanych warunkach poradnianych i w bardzo różnych ramach czasowych, od praktycznie jednorazowej konsultacji seksuologicznej do wielomiesięcznej terapii. Dodatkowo jest to bardzo bezpieczny model zarówno dla klinicysty, jak i klienta. Doradca sam może decydować, jak głęboko interweniować w konkretnym przypadku, i ta decyzja zależy zarówno od złożoności problemu klienta, jak i od doświadczenia i poziomu kompetencji doradcy. W ten sposób klinicysta o mniejszych kompetencjach zawodowych nadal może skutecznie i bezpiecznie stosować PLISSIT, np. pracując wyłącznie w ramach dwóch pierwszych poziomów P-LI.

³ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, *Sexuality Counseling. An integrative Approach*, Upper Saddle River: Pearson Education, 2006.

⁴ J.S. Annon, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, dz. cyt.; tenże, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, dz. cyt.

⁵ J. Carlson, M. Englar-Carlson, J. Levis, L. Sperry, *Health Promotion and Health Counseling*, Boston: Pearson Education, Inc., 2005.

⁶ M.W. Ross, L.D. Channon-Little, B.R. Rosser, *Sexual Health Concerns*, Sydney: MacLennan & Petty, 2000; M.W. Ross, L.D. Channon-Little, B.R. Rosser, *Sexual Health Concerns*, 2nd ed., Sydney: MacLennan & Petty, 2002.

Pierwszy poziom interwencji: Permission (P) - dawanie przyzwolenia⁷

Często pytania, z którymi zgłaszają się klienci, wyrażają wątpliwości: „Czy moje zachowania seksualne są normalne?“, „Czy mieszczę się w normie?“, „Czy to, co robię w seksie, jest ok?“. W takim przypadku klienci potrzebują głównie diagnozy swojego funkcjonowania seksualnego. Często zdarza się, że obawy te są nieracjonalne i wynikają głównie z braku wiedzy na temat seksualności, istniejących mitów i stereotypów dotyczących funkcjonowania seksualnego kobiet i mężczyzn itp. Takie przekonania powodują, że realizowanie potrzeby seksualnej łączy się często z niepokojem, lękiem i poczuciem winy.

Zdarza się, że klienci nie tyle są zaniepokojeni konkretnymi formami realizowanych przez siebie zachowań, co ich społecznym odbiorem. Wtedy reakcja doradcy, który w wielu wypadkach będzie mógł potwierdzić, że opisane zachowania nie są ani niezwykle, ani odosobnione, oraz że inni ludzie przejawiają podobne zachowania, dla dużej grupy klientów będzie bardzo ważną informacją, dającą poczucie odprężenia i uspokojenia. Na tym właśnie polega dawanie przyzwolenia, czyli uspokojenie klienta i przekaz: „Z Twoim funkcjonowaniem seksualnym wszystko jest w porządku“. Zapewnienie ze strony profesjonalisty, że klient może kontynuować dotychczasowe zachowania bez obaw o naruszenie norm seksualnych, może być tak naprawdę wszystkim, czego dana osoba potrzebuje, aby dalej zadowolająco funkcjonować w sferze seksualnej. Oczywiście tego typu informacje zwrotne ze strony klinicysty mają uzasadnienie tylko wtedy, gdy rzeczywiście z punktu widzenia wiedzy seksuologicznej doradca nie widzi nic nieadekwatnego i zaburzonego w funkcjonowaniu seksualnym klienta, co mogłoby podważać tezę o „normatywności“ i adekwatności zachowania osoby zgłaszającej się.

„Dawanie przyzwolenia“ w postaci wsparcia i pozytywnej informacji zwrotnej na temat zachowań seksualnych klienta to ważny aspekt pierwszego poziomu interwencji. Inną równie ważną kwestią jest przekaz, że można otwarcie i bez ryzyka odrzucenia ani naruszenia godności osobistej rozmawiać o życiu intymnym. Doradca jest otwarty i przygotowany na profesjonalną, zgodną z zasadami etycznymi rozmowę na temat tej sfery funkcjonowania klienta. Osoba przychodząca do doradcy potrzebuje poczucia bezpieczeństwa opierającego się na założeniu, że jest to rozmowa gwarantująca zasadę tajemnicy zawodowej, oraz że klinicysta reprezentuje odpo-

⁷ J.S. Annon, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, dz. cyt.; tenże, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, dz. cyt.

wiednie kwalifikacje, doświadczenie oraz cechy osobowe, które pozwalają klientowi rozmawiać i ułatwiają otwartą dyskusję na temat różnych aspektów intymnego życia. Innymi słowy, główny przekaz doradcy na tym etapie interwencji brzmiałby: „Jest to odpowiednie miejsce i czas na rozmowę o Twoim życiu seksualnym i jeżeli chcesz, to możemy wspólnie dyskutować i szukać najlepszych pomysłów, aby Twoje funkcjonowanie w sferze seksualnej było satysfakcjonujące i zdrowe. Jestem tu po to, aby Ci to ułatwić”.

Pierwszy poziom interwencji poradnianej jest bardzo przydatny w eksploracji takich kwestii seksualnych, jak przekonania, wierzenia, fantazje, marzenia, uczucia oraz zachowania seksualne. Różnego typu przekonania i fantazje mogą być skutecznie „przepracowane” na tym etapie interwencji. Wiele osób okresowo jest zaniepokojonych treścią swoich fantazji seksualnych, doszukując się w tym ryzyka bycia „nienormalnym”, „chorym” czy „zбочonym”. Zdarza się, że diagnoza, profesjonalna rozmowa i wsparcie ze strony klinicysty w wielu sytuacjach są wystarczające dla klienta i owocują zakończeniem pracy.

Innym, mogącym się pojawić na tym etapie interwencji aspektem, może być przekazanie klientowi wsparcia w sytuacjach, gdy nie jest on pewien swoich praw w zakresie funkcjonowania seksualnego. Przykładem może być osoba, która ma wątpliwości, na ile powinna ulegać namowom partnera (np. na częstszy seks, mimo że sama nie ma takiej potrzeby) albo czy powinna rezygnować ze swoich praw i pragnień, i w efekcie dostosowywać się do potrzeb partnera, gdy nie ma ochoty na seks lub na poszczególne formy zachowań seksualnych. Wtedy zapewnienie klinicysty, że każda osoba dorosła ma prawo decydować, kiedy pragnie angażować się w aktywność seksualną, może być ważną informacją zwrotną, chroniącą klienta przed ryzykiem kontaktów niechcianych i/lub wymuszonych.

Dawanie przyzwolenia jest najwłaściwszą reakcją wtedy, kiedy używa się go w bezpośrednim odniesieniu do celów klienta, ponieważ tylko w takiej sytuacji klient może dostrzec i odebrać pozytywny i wspierający przekaz ze strony profesjonalisty. Doradca musi jednak decydować, czy ograniczanie się do dawania przyzwolenia będzie wystarczającą interwencją w danym przypadku. Wymaga to obserwacji i wcześniejszego wywiadu, aby zdobyć informacje na temat tego, czy klient funkcjonuje w granicach normy seksualnej, oraz w jakim stopniu poradzi sobie z własną seksualnością.

Ograniczenia i potencjalne trudności pierwszego poziomu interwencji

Jednym z powodów niewłaściwie przebiegającego etapu „dawania przyzwolenia” jest niewystarczające przygotowanie profesjonalne pomagającego

i brak umiejętności oddzielenia wiedzy seksuologicznej od swoich osobistych poglądów. Niezwykle ważną kwestią jest to, na ile doradca jest autentycznie otwarty i na ile ma umiejętność diagnozowania oraz oddzielenia własnych przekonań i preferencji seksualnych od pomysłów na życie seksualne swoich klientów.

Bardzo często zdarza się, że niektórzy klienci prezentują odmienne opinie, fantazje itd. na temat seksu od myśli i poglądów klinicysty. I wtedy pojawia się ważne pytanie, na ile terapeuta jest zdolny do rozmowy na temat innych wizji i pomysłów, a na ile będzie starał się używać swojego autorytetu w celu nakłonienia klienta do przyjęcia osobistego punktu widzenia terapeuty jako „jedynej właściwej drogi” postępowania. Umiejętność oddzielenia własnych poglądów i stylu życia, a co za tym idzie przyzwolenie na pomaganie osobom, które wybierają swoje indywidualne ścieżki życiowe, jest jednym z ważniejszych elementów profesjonalnego kształcenia. Nie oznacza to oczywiście wyrażania aprobaty np. wobec zachowań przemocowych lub/i niezgodnych z prawem, czyli promowania przekonania, że „w seksie absolutnie wolno wszystko”. W tym miejscu mówimy o głębokim, wewnętrznym przyzwoleniu doradcy na rozmowę na temat różnych form ekspresji seksualnej oraz otwartości na przyjęcie indywidualnych, czasem odmiennych, a nawet bardzo kontrowersyjnych potrzeb klienta, które mogą być inne od wizji doradcy w obszarze seksu.

Innym aspektem potencjalnej trudności po stronie doradcy może być nieracjonalna potrzeba bycia wszechwiedzącym i perfekcyjnie profesjonalnym. Niezwykle ważne jest „danie sobie przyzwolenia” na sytuacje, w których:

- można nie wiedzieć, jak odpowiedzieć klientowi;
- można spotkać się ze zjawiskiem wcześniej nieznanym (mamy ograniczoną wiedzę);
- czasem po prostu nie ma gotowej odpowiedzi na pytanie klienta.

Skoro zadaniem doradcy jest „dawanie przyzwolenia” innym, to każda z osób pomagających powinna odpowiedzieć sobie na pytanie, czy potrafi „dać przyzwolenie” sobie? To bardzo ważna kwestia, ponieważ bycie doradcą seksualnym wymaga odpowiedniego poziomu samoakceptacji i samoświadomości zarówno własnych zasobów, jak i ograniczeń. Wtedy dopiero możliwy jest otwarty dialog z klientem i bycie autentycznym w relacji pomagania. „Dawanie przyzwolenia” innym, a więc umiejętność pracy na pierwszym etapie prezentowanego modelu, jest możliwe dopiero w sytuacji, gdy terapeuta potrafi dać go sobie. Jest to kolejny ważny aspekt – warto podkreślić w tym miejscu wagę i rolę odpowiedniego przygotowania zawo-

dowego, zarówno w zakresie wiedzy, jak też umiejętności i kompetencji osób pomagających, pracujących w obszarze seksualności człowieka.

Ograniczenia po stronie klienta mogą dotyczyć tego, że nie każda osoba jest gotowa na otwarte poszukiwanie najlepszego rozwiązania w swoim życiu seksualnym. Klienci mogą stosować różnego typu gry psychologiczne, co jest ważną wskazówką dla odpowiednio przygotowanego terapeuty, jak dalej postępować i czy w ogóle można przystąpić do „dawania przyzwolenia”. Może się zdarzyć, że klient oczekuje gotowej recepty na „szczęście seksualne”, i wtedy praca na pierwszym poziomie interwencji nie jest wystarczająca ani satysfakcjonująca dla tej osoby. Są klienci, którzy na początku ujawniają jedynie fragment swojej historii seksualnej, testując w ten sposób doradcę i bacznie obserwując jego reakcje. Jest to często wskazówka, że klient potrzebuje przygotowania do rozpoczęcia pracy nad trudnościami seksualnymi, i bezpośrednie przejście do pierwszego etapu interwencji w takim wypadku będzie nieskuteczne.

Drugi poziom interwencji: Limited Information (LI) – ograniczone informowanie⁸

W wielu wypadkach samo „dawanie przyzwolenia” nie jest wystarczające. Wtedy doradca może zdecydować się na przejście na drugi poziom interwencji poradnianej – dawania bezpośrednich informacji na temat wątpliwości i trudności, z którymi zgłasza się klient. Jest to najczęściej związane z przekazywaniem wiedzy specjalistycznej. Celem jest umożliwienie klientowi podjęcia decyzji przy uwzględnieniu informacji otrzymanych od doradcy. Decyzje te dotyczą najczęściej kwestii kontynuowania dotychczasowej aktywności albo ich modyfikacji lub zmiany. Na tym etapie pracy pierwszy i drugi poziom interwencji mogą się przeplatać, ponieważ klient może potrzebować zarówno dalszego przyzwolenia na eksplorację tematu, jak i wiedzy oraz informacji, aby mógł dalej konstruktywnie analizować swoje życie seksualne.

Otrzymywana wiedza staje się materiałem analizy i stymulowania klienta do dalszej eksploracji tematu, dzięki czemu może on znaleźć rozwiązania wcześniej nie brane pod uwagę z powodu braku informacji. Należy jednak zaznaczyć, że doradca podaje jedynie dane konieczne, niezbędne do dalszego procesu terapeutycznego, a jednocześnie wyczerpujące konkretny temat, dzięki czemu klient otrzymuje to, co jest mu potrzebne w procesie podej-

⁸ J.S. Annon, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, dz. cyt.; tenże, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, dz. cyt.

mowania decyzji. Nie jest to więc prowadzenie wykładów z seksuologii ani zaspokajanie potrzeby ciekawości, a nawet sensacji. Nie jest to też manipulowanie danymi w celu ukazania tylko jednego aspektu rzeczywistości albo takiego przekazania informacji, aby z góry ukierunkować wybór klienta. Trzeba pamiętać, że to zawsze klient wybiera, a klinicysta ma za zadanie stworzyć najlepsze z możliwych warunki do realizacji procesu decyzyjnego.

Wiele powszechnie występujących problemów seksualnych może być rozwiązanych na tym poziomie, np. pozbycie się mitów i przesądów seksualnych, lęków i trudności związanych z brakiem edukacji seksualnej. Można powiedzieć, że drugi poziom interwencji poradniczej w wielu wypadkach przypomina właściwie uświadomienie seksualne, przeprowadzane w gabinecie doradcy. Klient otrzymuje nowe informacje, które pozwalają mu podjąć najlepsze dla siebie decyzje. (Może to być pozbycie się lęków związanych z ryzykiem niepożądanego ciąży dzięki rozmowie z terapeutą na temat metod antykoncepcji. W innym przypadku jasna i rzetelna informacja na temat infekcji przenoszonych drogą płciową pozwala klientowi na zmianę form zachowań z ryzykownych na bezpieczne).

Drugi poziom interwencji jest bardzo skutecznym narzędziem w pracy nad redukcją lęków seksualnych, nierealistycznych oczekiwań, niwelowaniem mitów i zabobonów, niską samooceną seksualną i promowaniem zdrowia seksualnego. Ograniczone informowanie ze strony terapeuty ułatwia i pozwala na podejmowanie optymalnych decyzji dotyczących życia intymnego, co sprzyja rozwijaniu dobrostanu psychicznego klienta.

Ograniczenia drugiego poziomu interwencji

Ograniczenia tego etapu dotyczą przede wszystkim poziomu wiedzy i przygotowania profesjonalnego terapeuty. Aktualna, zgodna z najnowszymi badaniami wiedza jest istotnym narzędziem w pracy. Ważna jest również umiejętność przekazania tych informacji w sposób zrozumiały dla klienta i dostosowany do jego wieku oraz możliwości percepcyjnych. Ograniczenia w tym zakresie wpływają na efektywność procesu terapeutycznego.

Klienci mogą również nie być przygotowani na pewne fakty – dobrze więc upewnić się, czy forma i treść przekazu nie są szokujące dla klienta.

Na tym etapie pracy może się również zdarzyć, że z powodu osobistych lub zawodowych ograniczeń najwłaściwszym działaniem doradcy będzie przekazanie klienta innemu profesjonalistcie. Może się też okazać, że klient potrzebuje innej formy pomocy, niż praca seksuologiczna.

Trzeci poziom interwencji: Specific Suggestions (SS) – konkretne wskazówki, rady⁹

Jeżeli dwa pierwsze poziomy interwencji są niewystarczające ze względu na naturę lub złożoność problemu klienta, wtedy przychodzi czas na dawanie konkretnych wskazówek terapeutycznych. Jest to kolejny poziom interwencji, wymagający dalszego przygotowania profesjonalnego i bardziej złożonych umiejętności terapeutycznych.

Na poziomie trzecim dochodzi do głębokiej eksploracji problemu, przeprowadzenia jeszcze bardziej szczegółowego wywiadu seksuologicznego, aby móc zaplanować dalsze postępowanie. Oczywiście we wcześniejszych dwóch etapach też przeprowadzany jest wywiad seksuologiczny, ale jest on ograniczony głównie do bezpośrednio zgłaszanego problemu klienta. Wcześniej, w ramach dwóch pierwszych poziomów P-LI, był to bardziej krótkoterminowy rodzaj pracy.

Trzeci poziom natomiast wymaga o wiele szerszego spojrzenia na sygnalizowane trudności, w którym uwzględnia się inne, pozaseksualne obszary życia klienta.

Zebranie danych w wywiadzie seksuologicznym może odbywać się w trakcie jednej lub kilku sesji. Zależy to zarówno od poziomu przygotowania klienta i jego umiejętności interpersonalnych, jak też zdolności komunikacyjnych terapeuty. Przyjmuje się, że zebranie pełnego wywiadu przeciętnie zabiera 2-3 sesje. W modelu PLISSIT na poziomie trzecim (SS) możliwe jest uzupełnienie wywiadu podczas jednego spotkania, pod warunkiem, że wcześniej jedna sesja lub kilka było poświęconych pierwszym dwóm poziomom interwencji. Jednak pośpiech ze strony pomagającego jest wysoce niewskazany, gdyż może przynieść negatywne skutki zarówno dla jakości relacji terapeutycznej z klientem, jak i poziomu wglądu w problem, a co za tym idzie, może zwiększyć ryzyko przeoczenia kluczowego czynnika tworzącego i podtrzymującego istnienie trudności.

Po uzyskaniu wglądu w życie seksualne klienta terapeuta może przejść do przedstawienia możliwych i dostępnych sposobów rozwiązania problemu. Mogą to być konkretne wskazówki terapeutyczne, jak należy postępować: czego unikać albo co kontynuować w dotychczasowych formach aktywności seksualnych. Celem pracy na tym etapie jest zawsze wprowadzenie nowych zmiennych i modyfikacja zachowań oraz procesów poznawczych i emocjonalnych, co ma ostatecznie pomóc w wyeliminowaniu problemu. W tej fazie dochodzi do instruktażu i omawiania technicznych aspektów funkcjonowa-

⁹ J.S. Annon, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, dz. cyt.; tenże, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, dz. cyt.

nia seksualnego. Klient może również dostawać do wykonania „zadania domowe” w celu sprawdzenia, na ile otrzymane wytyczne są skuteczne w życiu. Zadania domowe mogą polegać na praktykowaniu konkretnych technik i/lub wykonywaniu innych działań, które mają prowadzić do rozwiązania trudności. Terapeuta może też zalecać czytanie fachowej literatury, książek popularno-naukowych lub zaznajomienie się z konkretnymi stronami internetowymi o charakterze edukacyjnym i terapeutycznym, które odnoszą się do omawianego problemu.

Trzeci poziom interwencji jest skutecznie wykorzystywany w pracy z dysfunkcjami seksualnymi, problemami dotyczącymi podniecenia seksualnego, erekcji, wytrysku, orgazmu, bolesnych stosunków itp. Jest też wysoce efektywnym narzędziem w rozwiązywaniu trudności komunikacyjnych między partnerami, pracy nad poziomem niedopasowania seksualnego, treningu wrażliwości seksualnej, a także budowaniu obrazu atrakcyjności seksualnej i własnej wartości.

Cechą charakterystyczną trzeciego poziomu interwencji jest też zapraszanie do współpracy partnerów klientów i wspólne szukanie rozwiązań. Możliwe jest to pod warunkiem gotowości partnerów do pracy z doradcą. Na tym etapie należy też rozważyć korzyści płynące z poradnictwa indywidualnego i poradnictwa par.

Ograniczenia trzeciego poziomu interwencji

Dawanie rad i sugerowanie rozwiązań jest trudnym etapem pracy, gdyż istnieje ryzyko, że klient może chcieć przerzucić odpowiedzialność za swoje życie na terapeutę i niejako „zawiesić się” na jego radach. Dlatego ważne jest, aby udzielanie wskazówek nie przybrało formy dawania „recept seksuologicznych” i obiecywania efektów. Doradca cały czas powinien monitorować poziom motywacji klienta oraz to, na ile zalecane działania zbliżają go do rozwiązania problemu. Ważne jest, aby klient cały czas aktywnie uczestniczył w procesie terapii, a nie stał się tylko biernym słuchaczem.

Uzyskiwanie wskazówek ma za zadanie pomóc klientowi w budowaniu wiary w siebie, rozwiązanie problemu, a nie być sposobem na życie i strategią biernego uzyskiwania łatwego i szybkiego załatwienia sprawy.

Ważne jest sprawdzenie, czy klient w pełni rozumie przekazywane informacje, czy potrafi je zasymilować i czy ma warunki do ich realizacji. Koniecznie należy też upewnić się, czy wdraża zasady terapeutyczne zgodnie z zaleceniami i nie modyfikuje ich do tego stopnia, że niweluje szanse na poprawę swojej sytuacji.

Może się zdarzyć, że mimo znalezienia sposobów rozwiązania trudności, partner klienta odmawia współpracy lub w inny sposób sabotuje proces terapeutyczny, co zazwyczaj jest sygnałem, że problem seksualny jest jedynie symptomem innego, pozaseksualnego problemu relacyjnego. Wtedy należy rozważyć czwarty etap interwencji poradnianej.

Czwarty poziom interwencji: Intensive Therapy (IT) - intensywna terapia¹⁰

Czwarty poziom interwencji wymaga wysokich kwalifikacji i kompetencji terapeutycznych oraz seksuologicznych. Proponowany jest wtedy, kiedy trzy poprzednie poziomy okazały się niewystarczające w znalezieniu rozwiązania problemu. Zazwyczaj oznacza to przejście do terapii średnio- lub długoterminowej. Klinicysta bazuje na technikach terapeutycznych, opierając się na konkretnych procedurach i podejściach teoretycznych. Na tym etapie pracują najczęściej psycholodzy, pedagodzy lub lekarze mający odpowiednie uprawnienia terapeutyczne.

Model PLISSIT jest elastyczny i na czwartym poziomie nie ma praktycznych ograniczeń co do sposobu pracy z klientem i ram czasowych terapii. Proces terapeutyczny może być kontynuowany tak długo, jak długo klient i terapeuta wierzą, że możliwe jest rozwiązanie problemu. Oczywiście ważne jest etyczne i praktyczne uzasadnienie dłuższych form pomagania.

Czwarty poziom interwencji proponuje się, gdy zarówno terapeuta, jak i klient są gotowi do takiej współpracy, a profesjonalista ma odpowiednie przygotowanie i kwalifikacje do prowadzenia określonych rodzajów terapii. Najczęściej praca nad problemem na czwartym poziomie oznacza poruszanie wielu specyficznych tematów z życia klienta i analizowanie ich zgodnie z konkretnymi procedurami teoretycznymi. Etap ten będzie zupełnie inaczej wyglądać w pracy w ujęciu psychodynamicznym, niż np. w podejściu systemowym. Elementem wspólnym jest stosownie konkretnych technik, zgodnych z założeniami danego paradygmatu lub szkoły terapeutycznej.

Ograniczenia czwartego poziomu interwencji

Praca z klientem na czwartym poziomie interwencji, jak już wcześniej wspomniano, wymaga wysokich kwalifikacji zawodowych i może być proponowana wyłącznie wtedy, gdy terapeuta i klient są gotowi na taką współpracę.

¹⁰ J.S. Annon, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, dz. cyt.; tenże, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, dz. cyt.

Nie każdy klient jest gotowy psychicznie, czasowo czy finansowo na pracę średnio- i długoterminową, co należy uwzględnić w trakcie proponowania form pracy terapeutycznej (mając na uwadze też etyczny aspekt podejmowania decyzji klinicznych w modelu PLISSIT)¹¹.

W pracy na czwartym poziomie niezwykle ważny staje się postulat odpowiedniej superwizji klinicznej dla terapeuty, której celem jest pomoc w podtrzymaniu zasad profesjonalizmu i etyki zawodowej. Oczywiście standard superwizji klinicznej jest wskazany na każdym etapie modelu PLISSIT, ale przejście na poziom IT będzie wymagało ze strony klinicysty wyższego zakresu kompetencji i głębokości interwencji. Superwizja kliniczna odgrywa szczególną rolę w zapewnieniu profesjonalnej i etycznej pomocy terapeutycznej w odniesieniu do złożonych problemów seksualnych¹².

2. Odmiany modelu PLISSIT: EX-PLISSIT oraz E-PLISSIT

Omawiając model PLISSIT, warto wspomnieć o dwóch modyfikacjach tego narzędzia interwencji seksuologicznej pod postacią modeli EX-PLISSIT oraz E-PLISSIT.

Model EX-PLISSIT¹³ jest rozbudowaną (stąd dodanie liter EX – od ang. *extended*) wersją podejścia J.S. Annona¹⁴. Nacisk położono na koncentrację na pierwszym etapie – „dawania przyzwolenia”, pod postacią bezpośredniego i systematycznego zachęcania klienta do wyrażania swoich myśli i odczuć oraz przyzwolenia na eksplorację problemu (gdy coraz dalej i głębiej postępuje proces terapeutyczny zgodnie z założeniami PLISSIT). Wydaje się, że najważniejszym elementem jest tu cyrkularny powrót do poziomu P, przed rozpoczęciem interwencji na kolejnych poziomach, tj. LI-SS-IT. W praktyce klinicznej oznacza to upewnianie się co do poczucia bezpieczeństwa klienta, zanim terapeuta przejdzie do kolejnego poziomu interwencji.

¹¹ J.A. Burnett, L.L. Long, R.V. Thomas, dz. cyt.

¹² D. Skowroński, K. Waszyńska, *Couple Counselling and Sex Therapy in an Online Setting*. Wystąpienie niepublikowane na konferencji pt. IMHPJ 18th Annual Conference, Saitama, Japonia, 8-9 marca 2014.

¹³ S. Davis, B. Taylor, *From PLISSIT to Ex-PLISSIT*, w: *Rehabilitation. The Use of Theories and Models in Practice*, red. S. Davis, Edinburgh: Churchill Livingstone, 2006, s. 101-129; S. Davis, B. Taylor, *The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness*, „Sex Disabil” 2007, 25, s. 135-139; M. Cencora, S. Pasiut, *Rehabilitacja seksualna po urazie rdzenia kręgowego*, „Fizjoterapia” 2012, 20 (2), s. 12-31.

¹⁴ J.S. Annon, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, dz. cyt.; tenże, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, dz. cyt.

Model w odmianie E-PLISSIT¹⁵ (dodana litera E pochodzi od ang. *electronic*) oparty jest jednocześnie na standardowym schemacie PLISSIT oraz rozbudowanej wersji EX-PLISSIT¹⁶. Sprawdza się bardzo dobrze w środowisku online, gdyż pierwsze trzy poziomy PLISSIT mieszczą się w zakresie pracy krótkoterminowej, preferowanej w poradnictwie seksuologicznym¹⁷. Można go elastycznie zaadaptować do pracy w środowisku internetowym ze względu na fakt, że jest bezpiecznym modelem dla doradcy online i klienta. Stanowi to ważny atut w pracy w internecie, ponieważ poradnictwo w sieci jest obciążone większym ryzykiem nieporozumienia komunikacyjnego, trudności technicznych, a także zgłaszania się przypadkowych osób bez motywacji do pracy terapeutycznej. E-PLISSIT pozwala doradcy decydować, jak głęboko interweniować w konkretnym przypadku – ta decyzja zależy od złożoności problemu po stronie klienta, doświadczenia i poziomu kompetencji doradcy w pracy przy użyciu technologii internetowych oraz kontekstu sytuacyjnego klienta (gotowość i motywacja oraz czy zgłaszany problem kwalifikuje się do terapii online). Poziomy pracy bardzo łatwo można adaptować do warunków poradnictwa tekstowego i wymiany e-mailowej oraz technologii audio-wideo, np. *Skype*. Model E-PLISSIT jest bardzo atrakcyjną ofertą dla seksuologów online, tak jak standardowy model PLISSIT ma dobrze ugruntowaną pozycję w pracy seksuologicznej w tradycyjnym ujęciu, „twarzą w twarz” w gabinecie stacjonarnym.

Zakończenie

Niniejszy artykuł miał na celu przybliżenie czteropoziomowego modelu PLISSIT interwencji seksuologicznej¹⁸, wraz z modyfikacjami EX-PLISSIT¹⁹ oraz E-PLISSIT²⁰, jako wysoce efektywnego narzędzia w poradnictwie seksuologicznym.

¹⁵ D. Skowroński, K. Waszyńska, *Couple Counselling...*, dz. cyt.

¹⁶ S. Davis, B. Taylor, *From PLISSIT...*, dz. cyt., s. 101-129.

¹⁷ R. Blonna, D. Watter, *Health Counseling. A Microskills Approach*, Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, Inc., 2005; E. Zelwyn, C.M. Speyer, *Online Counseling Skills part 1: Treatment Strategies and Skills for Conducting Counseling Online*, w: *Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 163-180.

¹⁸ J.S. Annon, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, dz. cyt.; tenże, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, dz. cyt.

¹⁹ S. Davis, B. Taylor, *From PLISSIT...*, dz. cyt., s. 101-129; S. Davis, B. Taylor, *The Extended PLISSIT Model...*, dz. cyt., s. 135-139.

²⁰ D. Skowroński, K. Waszyńska, *Couple Counselling...*, dz. cyt.

Model PLISSIT na podstawie literatury przedmiotu²¹, będąc elastycznym i wszechstronnym narzędziem terapeutycznym, oferuje klinicyście procedurę pozwalającą na zróżnicowanie zakresu interwencji w zależności od natury problemu oraz ułatwia aplikację różnych podejść teoretycznych, w sposób systematyczny oddzielając terapie krótkoterminowe od dłuższych form oddziaływania klinicznego.

Model PLISSIT systematyzuje w dużym stopniu pracę terapeuty, jednocześnie znacząco zwiększając szansę rozwiązania problemu seksualnego klienta, co stanowi o jego dużej wartości w ramach warsztatu pracy seksuologa.

Bibliografia

- Annon J.S., *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, *Brief Therapy*, Honolulu: Enabling Systems, 1974.
- Annon J.S., *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, *Intensive Therapy*, Honolulu: Enabling Systems, 1975.
- Blonna R., Watter D., *Health Counseling. A Microskills Approach*, Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, Inc., 2005.
- Burnett J.A., Long L.L., Thomas R.V., *Sexuality Counseling. An integrative Approach*, Upper Saddle River: Pearson Education, 2006.
- Carlson J., Englar-Carlson M., Levis J., Sperry L., *Health Promotion and Health Counseling*, Boston: Pearson Education, Inc., 2005.
- Cencora M., Pasiut S., *Rehabilitacja seksualna po urazie rdzenia kręgowego*, „Fizjoterapia” 2012, 20 (2), s. 12–31.
- Davis S., Taylor B., *From PLISSIT to Ex-PLISSIT*, w: *Rehabilitation. The Use of Theories and Models in Practice*, red. S. Davis, Edinburgh: Churchill Livingstone, 2006, s. 101–129.
- Davis S., Taylor B., *The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness*, „Sex Disabil” 2007, 25, s. 135–139.
- Mason M.J., *Family Therapy as the Emerging Context for Sex Therapy*, w: *Handbook of Family Therapy*, red. A.S. Gurman, D.P. Kniskern, New York: Brunner/Mazel, Inc., 1991, s. 479–507.
- Ross M.W., Channon-Little L.D., Rosser B.R., *Sexual Health Concerns*, Sydney: MacLennan & Petty, 2000.
- Ross M.W., Channon-Little L.D., Rosser B.R., *Sexual Health Concerns*, 2nd ed., Sydney: MacLennan & Petty, 2002.

²¹ J.S. Annon, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 1, dz. cyt.; tenże, *The Behavioural Treatment of Sexual Problems*, Vol. 2, dz. cyt.; J. Carlson, M. Englar-Carlson, J. Levis, L. Sperry, dz. cyt.; M.W. Ross, L.D. Channon-Little, B.R. Rosser, *Sexual Health Concerns*, Sydney: MacLennan & Petty, 2000; M.W. Ross, L.D. Channon-Little, B.R. Rosser, *Sexual Health Concerns*, 2nd ed., Sydney: MacLennan & Petty, 2002.

- Skowroński D., Waszyńska K., *Couple Counselling and Sex Therapy in an Online Setting*. Wystąpienie niepublikowane na konferencji pt. IMHPJ 18th Annual Conference, Saitama, Japonia, 8-9 marca 2014.
- Sperry L., Lewis J., Carlson J., Englar-Carlson M., *Health Promotion and Health Counseling. Effective Counseling and Psychotherapeutic Strategies*, Boston, MA: Allyn & Bacon, 2005.
- Zelwyn E., Speyer C.M., *Online Counseling Skills part 1: Treatment Strategies and Skills for Conducting Counselling Online*, w: *Online Counseling. A Handbook for Health Professionals*, red. R. Kraus, J. Zack, G. Stricker, San Diego: Elsevier, Inc., 2004, s. 163-180.

Katarzyna Waszyńska

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii. Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Przemysław Bury

Instytut Socjologii. Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Monika Filipiak

Wydział Nauk Społecznych Wyższej Szkoły Humanistycznej im. Króla Stanisława Leszczyńskiego w Lesznie

Socjoterapia a psychoterapia – refleksje teoretyczne

Wstęp

W niniejszym opracowaniu zaprezentowano socjoterapię jako wartościową i adekwatną formę terapii psychopedagogicznej, adresowaną do osób młodych, przejawiających różnorodne zachowania problemowe indywidualne czy w relacjach społecznych. W rozważaniach uwzględniono elementy wspólne dla psychoterapii i socjoterapii. W głównej mierze skupiono się na wyróżnieniu uniwersalnych czynników wpływu socjoterapeutycznego, zakładając, że praktyka socjoterapii jest w głównej mierze ateoretyczna (tj. nie zakłada żadnych hipotez o zależnościach) oraz empiryczna (nawiązuje do wyników badań nad psychoterapią). Podjęto także kwestię – w odniesieniu do wybranych modeli psychoterapii eklektycznej – uniwersalnych czynników leczących w socjoterapii, przyjmując, że w pierwszej kolejności powinno się tu zakładać i realizować cele terapeutyczne, a pozostałe traktować jako dopełniające.

1. Status socjoterapii jako metody oddziaływania pomocowego

Podejście socjoterapeutyczne wywodzi się z tradycji psychodynamicznej terapii grupowej oraz terapii zajęciowej dorosłych (ang. *social work therapy*).

Pierwsze opracowania teoretyczne oraz doniesienia z praktyki pochodzą z przełomu lat 40. i 50. XX w. Ówczesne obowiązujące modele ujmowały socjoterapię jako jeden z elementów rehabilitacji medycznej (klinicznej i społecznej). Zauważono także możliwość jej zastosowania jako terapii wspomagającej w leczeniu pacjentów psychiatrycznych. Wdrażano określone taktyki postępowania socjoterapeutycznego zarówno w pracy z osobami dorosłymi, jak i z osobami w wieku rozwojowym, u których rozpoznawano zaburzenia osobowości, zaburzenia afektywne czy wychowawczo kłopotliwe zaburzenia zachowania. Uzyskane w wyniku tych pierwszych prób wyniki okazały się na tyle interesujące, że uznano za zasadne rozwijanie tego podejścia, sytuując je pośród innych, uznanych form pomocy psychologicznej¹.

Przegląd zagranicznej, a szczególnie krajowej literatury przedmiotu wskazuje, że współczesna socjoterapia jest w dalszym ciągu dyscypliną *in statu nascendi*. Z szerokiego obszaru dziedzinowego, w jakim znajduje swoje zastosowanie w ogóle, w naszym kraju jest praktykowana i rozwijana głównie przez pedagogów i psychologów w ramach oddziaływań kompensacyjno-korygujących dzieci i młodzieży. W polskiej tradycji nauk humanistycznych socjoterapia traktowana jest głównie jako forma pomocy psychopedagogicznej, lokowana między psychoterapią z jednej, a psychoedukacją i treningiem interpersonalnym z drugiej strony. Zwraca uwagę raczej jednorodny sposób jej definiowania, pomimo nieco innego rozłożenia akcentów znaczeniowych ze względu na teoretyczną i zawodową orientację autorów. W. Okoń w *Słowniku pedagogicznym* ujmuje ten obszar jako jeden z wielu sposobów „łagodzenia lub eliminowania negatywnych norm i obyczajów w zachowaniach społecznych bądź społecznie niepożądanych”². Często przywoływana propozycja definicyjna K. Sawickiej nieco zawęży określenie socjoterapii do obszaru metod interwencji klinicznych, wskazując ją jako „metodę leczenia zaburzeń zachowania i niektórych zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży w toku spotkań grupowych”³. Z kolei *Mała encyklopedia medycyny* opisuje socjoterapię jako „zbiór metod socjotechnicznych, polegających na różnych zabiegach korektywnych w stosunku do grupy”⁴. Wreszcie popularny *Słownik psychologii* ponownie proponuje szeroką perspektywę ujęcia zagadnienia, przyjmując, że pod pojęciem socjoterapii może kryć się dowolna forma terapii (głównie grupowej), „w której nacisk kładzie się w więk-

¹ P. Sivadon, *Ten Years' Experience with Sociotherapy*, „Ann. Med. Psychol.” (Paris), 1958, 2 (3), s. 533–546.

² W. Okoń, *Słownik pedagogiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1984, s. 278.

³ K. Sawicka, *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, w: *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Wydawnictwo Kompendium, 1998, s. 10.

⁴ *Mała encyklopedia medycyny*, t. 3, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1988, s. 1146.

szym stopniu na czynniki społeczno-środowiskowe i interpersonalne, niż na czynniki intrapsychiczne [...]”⁵.

Oddziaływanie socjoterapeutyczne ma zatem charakter celowego, planowego i zorganizowanego oddziaływania pomocowo-terapeutycznego ze strony specjalisty posługującego się technikami wpływu społecznego. Socjoterapeuta w swojej pracy korzysta zatem w głównej mierze z taktyk inżynierii społecznej, odwołując się oczywiście także na bieżąco do wiedzy z obszaru psychologicznych mechanizmów funkcjonowania grupy. Prezentując socjoterapię jako dyscyplinę czerpiącą zarówno z psychologicznych, jak i pedagogicznych form pomocy (doradztwa, psychoterapii, psychoedukacji, treningu interpersonalnego), należy wspomnieć o podstawowych czynnikach umożliwiających zaistnienie korektywnie pożądaných zmian u osób korzystających z tej formy pomocy. W tym miejscu nasuwa się zarazem pytanie, które z podejść teoretycznych mogłoby stać się najbardziej użytecznym w pracy socjoterapeutycznej? Jak teoretycznie orientować planowanie oddziaływań socjoterapeutycznych? Dotychczasowe publikacje z obszaru socjoterapii nie dostarczają nam jednoznacznych danych o związku między konkretnymi technikami socjoterapeutycznymi a rodzajem i trwałością uzyskanych zmian w zachowaniu. Można wobec tego przyjąć, że socjoterapia jest przykładem praktycznego podejścia transteoretycznego (eklektycznego). Dziedziną, która poszukuje nie tyle dyscyplinarnie zunifikowanych kontekstów odniesień, co raczej pojęć i technik użytecznych w praktyce działania.

Analiza materiałów kazuistycznych wskazuje, że socjoterapeuci, orientując swoje działania, dokonują zazwyczaj syntezy podejść i praktyk, przyjmując założenia metateoretyczne, a zarazem empiryczne. Tym samym odwołują się do drogi, jaką swego czasu podążali liczni psychoterapeuci, poszukujący makroczynników wywołujących określone zmiany - niezależnie od stosowanych konkretnych technik psychoterapeutycznych. Warto zatem się zastanowić, czy czynniki wskazywane jako czynniki pomocowe - czynniki zmiany w psychoterapii, znajdują swoje odzwierciedlenie w socjoterapii.

Jednym z pierwszych autorów zwracających uwagę na możliwość istnienia czynników uniwersalnych, tj. wspólnych dla różnych podejść terapeutycznych był S. Rosenzweig. W pracy z 1936 roku wskazywał na znaczenie takich wspólnych czynników, jak: wzbudzanie nadziei, dostarczanie nowych sposobów widzenia samego siebie i widzenia świata⁶. Wydaje się,

⁵ A. Reber, E. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2008, s. 720.

⁶ S. Rosenzweig, *Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy*, „*American Journal of Orthopsychiatry*” 1936, 6, s. 422-425.

że czynniki zaproponowane przez S. Rosenzweiga odnoszą się również do socjoterapii, uznając za J. Strzemiecznym, że socjoterapia polega na „świadomym, intencjonalnym i celowym stwarzaniu dzieciom i młodzieży warunków, które umożliwią im zmiany w sposobie myślenia o sobie, świecie, sobie w świecie [...]”⁷.

Jednak największe znaczenie inicjujące poszukiwanie czynników wspólnych miały prace J. Franka z lat 60. i 70. XX w. (1961, 1974, 1977), który uważał, że podstawowymi czynnikami procesu psychoterapii ujawniającymi się w większości najczęściej stosowanych metod psychoterapii (prowadzącymi do pozytywnej zmiany) są następujące czynniki:

- wzbudzanie nadziei;
- wzbudzanie pobudzenia emocjonalnego podczas trwania psychoterapii;
- zachęcanie do podejmowania określonych czynności poza sesjami spotkań;
- zachęcanie do poszukiwania nowych sposobów rozumienia siebie i swoich problemów;
- przeżywanie korektywnych doświadczeń emocjonalnych w relacjach z terapeutą lub grupą terapeutyczną⁸.

Pierwszy z czynników, jak podają B. Jankowiak i E. Soroko⁹, odgrywa istotne znaczenie w procesie socjoterapii: „Nadzieję można zrozumieć jako czynnik, który ewoluuje od początkowego zawierzenia grupie do kolekcjonowania doświadczeń, które uzasadniają podejmowane wysiłki i sprzyjają zaangażowaniu”¹⁰.

Wzbudzanie pobudzenia emocjonalnego w socjoterapii może mieć charakter zarówno edukacyjny (zdobywanie wiedzy na temat własnego funkcjonowania emocjonalnego), jak i terapeutyczny: „celowe stwarzanie dzieciom warunków (doświadczeń społecznych) umożliwiających zmianę sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne”¹¹.

Zachęcanie do podejmowania określonych czynności poza sesjami również zbieżne jest z celami socjoterapii. W trakcie spotkań socjoterapeutycz-

⁷ J. Strzemieczny, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci w wieku szkolnym*, w: *Zajęcia socjoterapeutyczne*, red. J. Strzemieczny, Warszawa: Wydawnictwo PTP, 1988.

⁸ J.D. Frank, *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*, 2nd ed., Baltimore: John Hopkins University Press, 1973; tenże, *Jak leczy psychoterapia?*, „Psychoterapia” 1977, 20, s. 3-10.

⁹ B. Jankowiak, E. Soroko, *Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. B. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013.

¹⁰ Tamże, s. 87.

¹¹ J. Strzemieczny, dz. cyt., s. 24.

nych dzieci i młodzież uczą się nowych sposobów funkcjonowania społecznego (radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, rozwiązywania konfliktów, pełnienia ról społecznych), co jest ważnym krokiem na drodze do inicjowania i wspomagania procesu zmian w ich życiu¹².

Zachęcanie do poszukiwania nowych sposobów rozumienia siebie i swoich problemów jest związane z realizacją funkcji edukacyjnych, rozwojowych i profilaktycznych socjoterapii¹³, a także ze zjawiskiem uniwersalizacji (podobieństwa) pojawiającym się wśród członków grupy. „Ulęgę przynosi odkrycie, że własne problemy nie są wyjątkowe i niespotykane, lecz także inni ludzie doświadczają wielu podobnych trudności”¹⁴. Może to stanowić punkt wyjścia do zrozumienia mechanizmów własnego funkcjonowania, a także zachęcić do poszukiwania nowych sposobów radzenia sobie.

Przeżywanie korektywnych doświadczeń emocjonalnych w relacjach z terapeutą i/lub grupą terapeutyczną może odbywać się przez identyfikację z pozytywnym dorosłym¹⁵ oraz spójność grupy (poczucie przynależności, akceptacji oraz wsparcie ze strony grupy). „Spójność grupy umożliwia uruchomienie tzw. pozytywnej pętli samowzmocnienia: zaufanie – odsłonięcie się – empatia – akceptacja – zaufanie”¹⁶.

Jak widać, czynniki wyłonione przez J.D. Franka zdają się istotne również w procesie socjoterapii.

Wyniki analiz i wnioski autorów, którzy w kolejnych latach zajęli się problematyką czynników pomocowych w procesie psychoterapii wskazują, że do najczęściej wymienianych zaliczano: związek terapeutyczny, przeżywane przez pacjenta nowe doświadczenia emocjonalne, nowa wiedza zdobywana w czasie psychoterapii oraz nabywanie nowych zachowań¹⁷. Czynniki te zostaną scharakteryzowane poniżej oraz odniesione do procesu socjoterapii.

Związek terapeutyczny, rozumiany jako swoista i niepowtarzalna relacja między terapeutą a klientem (osobą, grupą), jest uważany za znaczący przez

¹² Z. Sobolewska, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, Warszawa: Wydawnictwo OPTA, 1993.

¹³ J. Strzemieczny, dz. cyt.; J. Jagieła, *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*, Kraków: Rubikon, 2007.

¹⁴ B. Jankowiak, E. Soroko, *Czynniki pomocowe...*, dz. cyt., s. 87.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ Sarah Roarck, za: I. Yalom, M. Leszcz, *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006; za: B. Jankowiak, E. Soroko, *Czynniki pomocowe...*, dz. cyt., s. 91-92.

¹⁷ *Handbook of Psychotherapy Integration*, red. J.C. Norcross, M.R. Goldfried, New York: US Basic Books, 1992; S. Palmer, R. Woolfe, *Integrative and Eclectic Counselling and Psychotherapy*, London: SAGE Publications Inc., 2000; G. Stricker, J. Gold, *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*, New York: Springer, 2013.

wszystkie podejścia psychoterapeutyczne. Szkoła psychologii dynamicznej podkreśla znaczenie zjawisk *przeniesienia* i *przeciwprzeniesienia*, czyli rzutowania na terapeutę istotnych emocji i uczuć przeżywanych wcześniej wobec osób znaczących (najczęściej rodziców) oraz – jako reakcja o przeciwnym kierunku – przenoszenia własnych przeżyć terapeuty na klienta. Przeniesienie samo w sobie nie jest czynnikiem terapeutycznym, ale stanowi źródło materiału wykorzystywanego w następnych etapach pracy z klientem (klasyfikacja i interpretacja). Podobnie rozumienie własnych uczuć przeciwprzeniesieniowych pozwala terapeutce formułować wnioski dotyczące obszarów problemowych – nierozwiązanych konfliktów pacjenta, a nie konfliktów terapeuty. Analiza relacji terapeutycznej w podejściu psychodynamicznym jest zatem ważnym materiałem służącym podstawowym procesom terapeutycznym, takim jak odreagowywanie i uzyskiwanie wglądu. W koncepcjach psychologii behawioralnej i poznawczej podstawową cechą relacji terapeutycznej jest wzbudzenie zaufania i przekonania o wiarygodności i kompetencjach terapeuty. Ma to szczególne znaczenie w terapiach behawioralnych, w których zazwyczaj wykorzystuje się mechanizm modelowania, czyli uczenia się przez obserwowanie zachowań terapeuty i powtarzanie ich. W koncepcjach poznawczych terapeuta także odgrywa często kluczową rolę we wprowadzaniu zmian w zakresie schematów poznawczych, przekonań, postaw czy stylów zachowań. Darzenie terapeuty zaufaniem, spostrzeganie go jako osoby znaczącej (autorytetu) to podstawowe wyznaczniki relacji terapeutycznej, zwiększające podatność pacjenta na wpływ terapeuty, a tym samym sprzyjające procesowi zmiany w terapii. Największą jednak wagę do relacji terapeutycznej przywiązują przedstawiciele psychologii humanistycznej. C.R. Rogers uważał, że relacja terapeutyczna jest głównym czynnikiem terapeutycznym – terapeuta winien w związku z tym okazywać pacjentowi bezwarunkową pozytywną akceptację, odczuwać wobec pacjenta empatię i w relacjach z nim być autentycznie otwarty, dzieląc się swoimi własnymi odczuciami, co z czasem umożliwi pacjentowi lepsze dostrzeganie zalet własnej indywidualności¹⁸. Tak więc relacja terapeutyczna to stwarzanie przez terapeutę warunków, które są jedynym albo najważniejszym czynnikiem leczącym w psychoterapii niedyrektywnej. W koncepcjach systemowych relacja terapeutyczna dotyczy związku terapeuty z rodziną jako całością. Rodzaje tej relacji są dużo bardziej zróżnicowane niż w innych formach psychoterapii. Wynika to z odmiennych celów terapii rodzin oraz faktu, że punktem odniesienia dla terapeuty nie jest pojedyncza osoba,

¹⁸ C.R. Rogers, *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*, „Journal of Consulting Psychology” 1957, 21, s. 95-103.

a grupa osób – członków rodziny. Terapeuta ma zrozumieć uwarunkowania funkcjonalne systemu rodzinnego, zrozumieć relacje między członkami rodziny, a zarazem zachować dystans i unikać emocjonalnego uwikłania się w rodzinne koalicje. Równocześnie musi być na tyle autorytatywny i sugestywny, aby członkowie rodziny czuli się zobowiązani i zmotywowani do podejmowania i wykonywania zadań określanych przez niego. Teoretycy tego podejścia niewiele miejsca poświęcają tematowi relacji terapeutycznej w pracy z rodziną. Wynikać to może z przekonania o relatywnie niewielkim wpływie tego czynnika na sukces terapeutyczny lub z trudności w dokładnym operacjonalizowaniu wpływu tej zmiennej w wielokierunkowym procesie terapii systemowej. Pomijając pewne szczegółowe uzgodnienia, nie ulega wątpliwości, że wszystkie znaczące kierunki psychoterapii doceniają korektywny wpływ relacji terapeutycznej, określanej także jako „związek terapeutyczny”, „przymierze terapeutyczne” czy „sprzymierzenie w pracy terapeutycznej”. Dla lepszego zrozumienia roli przymierza terapeutycznego znaczące są wyniki badań dotyczące poglądów pacjentów na temat czynników, które w ich ocenie są postrzegane jako pomagające w psychoterapii. M.J. Lambert i B.M. Ogles piszą, że pacjenci zadowoleni z przebiegu swojej psychoterapii wymieniają najczęściej następujące czynniki prowadzące do sukcesu: poczucie bycia zrozumianym przez terapeutę, wsparcie ze strony terapeuty, pobudzanie do osiągania wglądu, uczciwość, troska, i szczerze zainteresowanie terapeuty¹⁹.

We wszystkich głównych szkołach psychoterapii istotnym czynnikiem prowadzącym do zmiany jest wzbudzenie uczuć i doświadczanie emocji przez pacjentów. Psychoterapia stanowi bezpieczną okazję do przeżywania emocji. T. Andersen i M.J. Lambert określają ten wspólny czynnik psychoterapeutyczny jako „czynnik wsparcia”. Za takie doświadczenia emocjonalne, jakie pacjent może przeżyć w psychoterapii, uważają oni: katharsis, poczucie identyfikacji z terapeutą, doświadczenie ze strony terapeuty jego szacunku, empatii, akceptacji i szczerości; istotne jest także doświadczenie własnej zdolności do ufania drugiemu człowiekowi (terapeucie)²⁰. T.B. Karasu także zauważał, że doświadczenia emocjonalne, jakie przeżywa pacjent w toku psychoterapii, są czynnikiem wspólnym dla wielu szkół psychoterapii. Wzbudzanie emocji występuje we wszystkich metodach psychoterapii, róż-

¹⁹ C.H. Patterson, *The Therapeutic Relationship. Foundations for an Eclectic Psychotherapy*, Monterey: Brooks/Cole, 1985; M.J. Lambert, B.M. Ogles, *Common Factors. Post hoc Explanation or Empirically Based Therapy Approach?*, „*Psychotherapy*” (Chic.), 2014, 51 (4), s. 500–504.

²⁰ T. Andersen, B.M. Ogles, C.L. Patterson, M.J. Lambert, *Therapist Effects. Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success*, „*Journal of Clinical Psychology*” 2009, 65 (7), s. 755–768.

nią się one tylko technikami stosowanymi do wzbudzania przeżyć pacjenta. Psychoanaliza posługuje się techniką swobodnych skojarzeń, przez metody projekcyjne wyzwala tłumione uczucia; analizując je i interpretując, pozwala pacjentowi na ich odreagowanie. W psychoterapii behawioralno-poznawczej oddziaływanie polega w głównej mierze na dostarczaniu pacjentowi okazji do korektywnych doświadczeń emocjonalnych – przez desensytyzację, techniki „zanurzania” czy pokonywanie emocji związanych z wprowadzaniem zachowań alternatywnych. W psychoterapii humanistycznej techniki emocjonalne służą przede wszystkim wzbudzeniu uczuć pacjenta i stwarzaniu mu sytuacji do przeżywania doświadczeń korektywnych. Warunki, jakie pacjentowi powinien stwarzać terapeuta, mają na celu doświadczanie przez pacjenta poczucia bezwarunkowej akceptacji, poczucia bycia rozumianym, wzbudzania nadziei i zaufania do siebie. Pozwala to pacjentowi na skonfrontowanie się z jego trudnymi i bolesnymi przeżyciami. Pacjent może polegać na swoich emocjach i ich pozytywnej sile, wspierającej go w pokonywaniu trudności i wyzwania dnia codziennego²¹.

Zmiana w pacjencie uczestniczącym w psychoterapii zachodzi także w toku uczenia się – przez nabywanie nowej wiedzy, nowych umiejętności i kompetencji. Już w podejściu psychoanalitycznym podstawowym elementem terapeutycznym były interpretacje prowadzące do uzyskania wglądu przez pacjenta. Wgląd jest uświadomieniem sobie tłumionych dotychczas własnych pragnień, impulsów, przeżyć związanych z konfliktami intrapsychicznymi; uświadomieniem własnego świata fantazji i zastąpienie go dojrzałym obrazem świata realnego. Wgląd jest warunkiem niezbędnym do rekonstrukcji osobowości – głównego celu psychoanalizy. Psychoterapia behawioralno-poznawcza to przede wszystkim proces uczenia się pacjenta w głównej mierze zachowań społecznych. Większość technik behawioralnych i taktyk psychoterapii poznawczej opartych jest na teorii i metodach uczenia się. W psychoterapii humanistycznej również dużą wagę przywiązuje się do uświadomienia sobie przez pacjenta tego, co on przeżywa. Podstawowa technika terapeutyczna – „pobudzanie do refleksji” (*reflection*) – stanowi odzwierciedlenie uczuć przeżywanych przez pacjenta. Dzięki temu pacjent staje się świadomy tego, jaki jest – co w nim jest jego własne, a co zostało przejęte od innych osób. Współczesne koncepcje humanistyczne włączają do swoich pojęć także pojęcie „schematów poznawczych”, uważając, że ich zmiana jest warunkiem skutecznej psychoterapii²².

²¹ T.B. Karasu, *The Specificity versus Nonspecificity Dilemma. Toward an Integrative Model*, „American Journal of Psychiatry” 1986, 143, s. 687–695.

²² A. Bandura, *Self-efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, w: R.F. Baumeister, *The Self in Social Psychology*, New York: Psychology Press, 1999.

Osiągnięcie zmiany terapeutycznej – szczególnie w odniesieniu do klientów w wieku adolescencji i młodych dorosłych – wymaga pobudzania ich do podejmowania nowych zachowań. Najszerzy zakres w tym obszarze technik prezentowany jest w podejściu behawioralnym i poznawczym. Jednak wprowadzenie nowych zachowań występuje także w innych perspektywach psychoterapeutycznych. W psychoanalizie, psychoterapiach krótkoterminowych, w psychodynamicznej terapii grupowej czy w psychodramie – zachęcanie do nowych zachowań należy do podstawowych technik psychoterapeutycznych. W psychoanalizie ma to miejsce głównie w trakcie „sprawdzania rzeczywistości”, tj. podejmowania nowych działań mających na celu odróżnienie fantazji klienta od tego, co jest realnością. Terapia systemowa to również oddziaływanie przez zalecanie nowych, określonych zachowań – przykładowymi technikami są tu interwencje paradoksalne (powtarzanie niefunkcjonalnych wzorców interakcji) czy „przypisywanie” objawu. Techniki zmiany zachowań występują również w psychoterapii humanistycznej. Ćwiczenia i gry, techniki dialogu są bezsprzecznie taktykami stymulującymi do nowych zachowań, zmierzających do skonfrontowania pacjenta z jego własnymi przeżyciami²³.

Socjoterapia polega na organizowaniu sytuacji społecznych w sposób, który umożliwi jej uczestnikom:

- doświadczanie przeżyć korekcyjnych (przeciwnych do przeżytych doświadczeń urazowych) i/lub kompensujących doświadczenia deprywacyjne;
- odreagowanie napięć emocjonalnych;
- aktywne uczenie się nowych umiejętności psychologicznych²⁴.

W socjoterapii głównym czynnikiem zmiany niekorzystnych wzorców zachowania są więc doświadczenia korekcyjne, odreagowanie emocjonalne oraz nabywanie nowych umiejętności w toku grupowych zajęć, które zwykle mają charakter ustrukturalizowany²⁵.

Jak widać z przytoczonego fragmentu, również i w socjoterapii możemy mówić o przeżywanych przez pacjenta nowych doświadczeniach emocjonalnych, nowej wiedzy oraz nabywaniu nowych zachowań.

Jeżeli przyjmujemy, że socjoterapia spełnia również cele terapeutyczne, to ich realizacja staje się możliwa dopiero w sytuacji, gdy między socjoterapeutą a grupą istnieje „terapeutyczna” relacja, oparta na zaufaniu, poczuciu

²³ B.E. Wampold, *Humanism as a Common Factor in Psychotherapy*, „Psychotherapy” 2012, 49 (4), s. 445–449.

²⁴ *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Wydawnictwo Kompendium, 1998.

²⁵ Tamże, s. 18.

bezpieczeństwa i akceptacji. Zadanie socjoterapeuty polega jednak nie tyle na konfrontowaniu i interpretowaniu przeniesień (jak dzieje się to w psychoterapii psychodynamicznej), co na

rozumieniu tych procesów i korzystaniu z tak zdobytej wiedzy w diagnozowaniu indywidualnych problemów uczestnika i na tej bazie wsparcie swoich oddziaływań, które mogą koncentrować się na przykład na reagowaniu w stosunku do członka grupy w inny sposób niż członkowie rodziny (korektywne doświadczenie emocjonalne)²⁶.

2. Transteoretyczne konteksty socjoterapii

Socjoterapia, zapewne z powodu wyraźnego odnoszenia swej praktyki do zróżnicowanych podejść teoretycznych (psychologicznych, socjologicznych), nie ukształtowała dotychczas w miarę jednolitego modelu procesu zmiany. Warto jednak podążać w tym kierunku, podejmując próbę stworzenia modelu „procesu socjoterapii” i uznając, że ukierunkowanie celowościowe jest nazbyt ogólnikowe²⁷. Punktem odniesienia mogą być tu uzgodnienia poczynione przez terapeutów poszukujących metateoretycznych form integracji psychoterapii. Najbardziej znane są w tym obszarze trzy modele: ogólny model psychoterapii D. Orlinsky’ego i K. Howarda (ang. *generic model of psychotherapy*), model psychoterapii zintegrowanej L. Beutlera i J. Clarkina (ang. *systematic treatment selection*) oraz transteoretyczny model psychoterapii J. Prochaski i C. DiClemente (ang. *trans-theoretical model of change*).

D. Orlinsky i K. Howard proponują, aby zawsze ujmować psychoterapię w ogólnym kontekście społecznym, podkreślając, że jej rodzaj i przebieg zależą od określonych warunków wstępnych, w jakich psychoterapia ma być stosowana. Te warunki to zmienne socjologiczne i kulturowe danej społeczności oraz właściwości przyszłych partnerów w procesie psychoterapii – klienta i terapeuty. Wydaje się, że te założenia można odnieść również do socjoterapii, uwzględniając jednak fakt, że w procesie socjoterapii mamy do czynienia z relacjami wewnątrz grupy, jak również między grupą a terapeutą. Autorzy pracy podjęli próbę zaadaptowania wyżej wymienionych modeli do procesu socjoterapii.

²⁶ B. Jankowiak, E. Soroko, *Czynniki pomocowe...*, dz. cyt., s. 89.

²⁷ Źródła piśmiennicze wskazują, że socjoterapia realizuje cele terapeutyczne, edukacyjne i rozwojowe – te same cele realizuje psychoterapia, a zatem pod tym względem nie można dokonać chociażby zróżnicowania socjoterapii od innych podstawowych form pomocy psychologicznej.

Dookreślając wymienione makrozmienniki, autorzy wskazują, że proces psychoterapii (i zdaniem autorów również socjoterapii) walidują: kontrakt terapeutyczny zawierający ustalenie celów, technik i warunków prowadzenia terapii, a także zakresy ról klienta (-ów) i terapeuty; sojusz terapeutyczny; interwencje terapeutyczne zależne od prezentowanych kwestii i problemów oraz sposobu ich rozumienia przez terapeutę, a także reakcje klienta (-ów) na te interwencje; kontekst społeczno-kulturowy, w jakim podejmowana jest terapia, tj. uwzględnienie w tej kwestii indywidualnych właściwości członków grupy i terapeuty. Podstawowe pojęcia służące do opisu terapii w tym modelu to: kontrakt terapeutyczny, sojusz terapeutyczny i zabiegi terapeutyczne. Kontrakt terapeutyczny pozwala na określenie szczegółowych zakresów ról terapeuty i członków grupy. W dużej mierze o rodzaju kontraktu decyduje gotowość osób do prezentowania własnych problemów i przyjmowania zaleceń terapeuty. Autorzy sugerują, że kontrakt terapeutyczny w tym ujęciu modelowym powinien oznaczać sprawdzenie, czy występujące problemy dają się ująć w orientacji teoretycznej terapeuty oraz czy są zgodne z jego poglądami na temat czynników wywołujących zmianę. Jednym z czynników różnicujących psychoterapię od socjoterapii na tym etapie może być sposób podejścia do zmiany. W psychoterapii przepracowanie traumatycznych treści wiąże się z ujawnieniem, wyrażeniem wypartych emocji towarzyszących traumie²⁸, w socjoterapii natomiast „proces terapeutyczny nie polega na ponownym przeżyciu traumatycznych wydarzeń, lecz przede wszystkim na rozładowaniu napięć przez takie formy aktywności, które umożliwiają ujawnienie blokowanych emocji w toku zajęć grupowych”²⁹.

Kontrakt terapeutyczny to również określenie celów terapii, jej dynamiki i wzajemnych zobowiązań na linii członkowie grupy (w socjoterapii) – terapeuta. Zobowiązania stanowią początek sojuszu terapeutycznego, który opiera się na relacji emocjonalnej oraz świadomości wspólnych celów i wkładu stron w działania niezbędne do osiągnięcia celów. Jakość i charakter sojuszu terapeutycznego zależą od zbieżności punktów widzenia co do oczekiwań dotyczących wzajemnych relacji (bliskość emocjonalna, sposób komunikowania, sposób przejawiania inicjatywy). Sojusz terapeutyczny nie tylko ułatwia działanie interwencji terapeutycznych w trakcie spotkania, ale

²⁸ Kratochvil, 1981, za: *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Wydawnictwo Kompendium, 1998.

²⁹ Tamże, s. 18.

także po jego zakończeniu. Autorzy piszą, że sojusz terapeutyczny bezpośrednio wpływa na motywację uczestnika terapii³⁰.

Jak wspomniano, terapeutyczne interwencje to kolejny, obok sojuszu terapeutycznego, czynnik leczący. Ich wpływ na zmianę nie jest bezpośredni, bowiem skuteczność interwencji terapeutycznych zależy od współdziałania uczestników procesu i od ich otwartości. Stawianie przez klientów oporu stanowi wyraźny przejaw odrzucania interwencji wprowadzanych przez terapeutę. Mniejsze prawdopodobieństwo oporu jest wówczas, gdy interwencje terapeutyczne są dostosowane do problemów członków grupy i ich gotowości na otwarcie się na te problemy. Warunkowana rodzajem sojuszu terapeutycznego gotowość lub jej brak stanowią swoiste medium, przez które przepuszczane są interwencje terapeuty. W opisywanym modelu sojusz terapeutyczny wydaje się być czynnikiem centralnym, od którego zależy zmiana terapeutyczna. Autorzy poświęcają mu najwięcej uwagi, lokując interwencje terapeutyczne oraz inne zachowania terapeuty jako znaczące w drugiej kolejności. Jakość sojuszu zależy od indywidualnych właściwości członków grupy i terapeuty. Tymi właściwościami są m.in. cechy socjodemograficzne, osobowościowe, style funkcjonowania społecznego, a także doświadczenie życiowe i zawodowe terapeuty. Zatem relacja terapeutyczna to więcej niż związek emocjonalny między osobami a terapeutą. To styl relacji, to dopasowanie cech socjopsychologicznych i zachowań interpersonalnych między partnerami interakcji. W szerszym kontekście dla przebiegu terapii znaczenie mają również czynniki kształtujące postawy i przekonania uczestników – w szczególności społeczna akceptacja socjoterapii jako formy pomocy czy jej dostępność. Efekty terapii (w tym przypadku socjoterapii) zależałyby nie tylko od przebiegu spotkań z terapeutą, ale także od warunków, w jakich uczestnicy funkcjonują na co dzień, od środowiska, do którego powracają po terapii. Sytuacja rodzinna, zawodowa, status społeczny, normy i wartości osób, z którymi koegzystują klienci – to czynniki silnie moderujące efekty socjoterapii. Umieszczenie przez autorów modelu efektów terapii w kontekście społecznym ma na celu z jednej strony podkreślenie rangi warunków zmiany, głównie na etapie planowania terapii, a z drugiej – wskazanie, jak istotne są one dla podtrzymania zainicjowanych w terapii zmian oraz zapobiegania negatywnym wpływom tego środowiska³¹.

³⁰ D.E. Orlinsky, K.I. Howard, *A Generic Model of Psychotherapy*, „Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy” 1987, 6 (1), s. 6–27.

³¹ D.E. Orlinsky, *The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 Years. Evolution of a Research-Based Metatheory*, „Journal of Psychotherapy Integration” 2009, 19 (4), s. 319–339.

Model proponowany przez D. Orlinsky'ego i K. Howarda może wydawać się zbyt ogólnikowy i w związku z tym umiarkowanie przydatny w codziennej pracy większości terapeutów, ale zarazem dzięki takiej charakterystyce jest pomocny w socjoterapii. Szczególnie użyteczne może być proponowane tu rozumienie sojuszu terapeutycznego jako wzajemnego dopasowania stron w procesie terapii. Dopasowanie to zależy od cech stron interakcji oraz od budowania tego sojuszu dzięki gotowości do współpracy, otwartości, przełamywaniu własnych oporów. Drugim ważnym elementem jest uświadomienie sobie przez członków grupy i terapeutę roli i znaczenia warunków zewnętrznych, w kontekście których odbywa się socjoterapia. Zazwyczaj istnieją liczne ograniczenia stojące na drodze do pełnej zmiany warunków życia uczestników. Model D. Orlinsky'ego i K. Howarda był wielokrotnie weryfikowany empirycznie, m.in. w badaniach dotyczących skuteczności psychoterapii osób uzależnionych od alkoholu, potwierdzając swoją racjonalność³². Niestety dotychczas nie podjęto badań nad jego adekwatnością do sytuacji zachodzących w toku socjoterapii.

Interesujących konkluzji dostarczają badania nad dopasowywaniem rodzaju psychoterapii do typu problemów pacjenta. Nurt ten, zainicjowany w latach 70. XX w. (konceptcja koncentrowania się na podstawowym problemie autorstwa Malana), aktualnie najpełniej reprezentowany jest przez model psychoterapii zintegrowanej, opracowany przez L. Beutlera i J. Clarkina. Według autorów psychoterapia – jej forma i skuteczność – zależą od czterech podstawowych czynników: właściwości pacjenta, warunków leczenia, zmiennych związanych z relacją między pacjentem a terapeutą oraz strategii i technik terapeutycznych. „Właściwości pacjenta” określane są jako charakterystyki pacjenta i jego otoczenia w momencie rozpoczęcia leczenia. Można je podzielić na trzy kategorie:

1. Cechy osobiste – płeć, wiek, oczekiwania pacjenta, styl życia.
2. Diagnoza – rodzaj i nasilenie objawów w kontekście ogólnej kondycji i sprawności psychofizycznej.
3. Właściwości środowiska pacjenta – warunki rodzinne, sytuacja zawodowa, system wsparcia społecznego, rodzaje konfliktów, naciski ze strony otoczenia.

„Warunki leczenia” stanowiące kontekst, w jakim odbywa się leczenie, opisywane są również przez trzy kategorie zmiennych:

³² T.M. Harwood, L.E. Beutler, S. Castillo, M. Karno, *Common and Specific Effects of Couples Treatment for Alcoholism: A Test of the Generic Model of Psychotherapy*, „Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice” 2006, 79 (3), s. 365–384.

1. Miejsce leczenia (warunki ambulatoryjne, szpitalne; terapia refundowana, pełnopłatna).

2. Formy leczenia (wyłącznie psychoterapia, psychoterapia w połączeniu z farmakoterapią, leczenie indywidualne, terapia grupowa, terapia rodzinna).

3. Czas trwania leczenia i częstotliwość spotkań (jednorazowa interwencja kryzysowa, terapia krótko- i długoterminowa).

Do „zmiennych relacji terapeutycznej” należą:

1. Dopasowanie terapeuty i klienta – zakłada się, że każdy terapeuta powinien prezentować określony i oczekiwany przez pacjentów repertuar zachowań (empatia, zrozumienie, szacunek), jednak w rzeczywistości terapeutyci reprezentują bardzo zróżnicowane style zachowań i postawy. Może się okazać, że nie wszystkim pacjentom będzie odpowiadał styl funkcjonowania danego terapeuty, stąd tak ważne jest dopasowanie pacjenta do terapeuty.

2. Tworzenie przymierza terapeutycznego – oznacza to wzbudzenie u pacjenta nadziei na zmianę oraz urealnienie jego oczekiwań przez pokazanie, jaką rolę w procesie psychoterapii pełni terapeuta, a jaką klient.

Dobór danych „strategii i technik” zależy od celów i etapu psychoterapii. Odnosi się przede wszystkim do:

1) zdefiniowania natury problemu jako tematu zmiany – niezależnie od stopnia skomplikowania problemu pacjenta, dobór strategii zawsze odnosi się do dwóch kategorii: zmiany objawów i zmiany konfliktów;

2) wyboru poziomu doświadczeń klienta, na którym zostanie skoncentrowane oddziaływanie terapeuty (procesy nieświadome, świadomie przeżywane trudności, struktury poznawcze pacjenta, zachowania behawioralne);

3) określenia, jakie taktyki wpływu będą najlepsze dla pacjenta doświadczającego określonych trudności i uruchamiającego dane mechanizmy obronne;

4) elastyczności w dostosowywaniu strategii i technik do faz przebiegu procesu terapii; w tym zakresie autorzy wyróżniają kolejno fazę angażowania pacjenta, poszukiwania wzorców, etap zmiany oraz etap zakończenia terapii.

Dobór metody psychoterapii wymaga podjęcia w odniesieniu do pacjenta czterech grup decyzji (zależnych od powyżej opisanych zmiennych): Czy zachodzi potrzeba skoncentrowania się na zmianie objawów pacjenta, czy na zmianie w zakresie konfliktów? Czy do takiej zmiany potrzebna jest analiza nieświadomych motywacji klienta, analiza jego uczuć, analiza dysfunkcyjnych myśli, czy analiza zaburzonego zachowania? Jaki ma to być etap psychoterapii – angażowanie się pacjenta, zdobywanie nowych informacji,

wprowadzanie zmian czy planowanie zakończenia terapii? Wreszcie – jaka ma być forma psychoterapii: pobudzająca czy dyrektywna? Koncentrująca się na zdarzeniach w trakcie sesji czy też na aktywności poza sesjami³³?

Zaprezentowana propozycja L. Beutlera i J. Clarkina jest jedną z najdalej idących form integracji szkół psychoterapii. Zakłada ona, co nie we wszystkich podejściach teoretycznych jest oczywiste, że pacjenci zgłaszający się do terapii stanowią grupę heterogeniczną. Prezentują różne objawy stanowiące manifestacje różnorodnych procesów psychopatologicznych. Po drugie, autorzy nie dążą do uzasadnień sugerujących, że któraś ze szkół psychoterapii jest bardziej lub mniej skuteczna. Jest to bardzo racjonalne podejście, przykład zachęcania do poszukiwania wspólnych mianowników. Nie podejmują także prób scalania dotychczasowych teorii, tworząc uniwersalnie lepszą teorię psychoterapii. Uznają raczej, że ze względu na różnorakie przyczyny objawów u pacjentów potrzebne są zróżnicowane, adekwatne metody psychoterapeutyczne. Tym samym zachęcają psychoterapeutów do używania rozmaitych strategii i technik wywodzących się z różnych podejść.

W jakim stopniu zatem ten model może być zaadaptowany na potrzeby socjoterapii? Wydaje się, że może on mieć większe znaczenie w przypadku nietypowego zastosowania socjoterapii (np. socjoterapia w rehabilitacji młodych pacjentów szpitala psychiatrycznego, o czym pisze W. Chilecka³⁴, czy zastosowanie socjoterapii jako zakończenie procesu terapii osób współzależnych, co opisuje M. Kisiel³⁵).

Minęło już ponad 35 lat od podjęcia przez J. Prochaskę i C. DiClemente prac nad zbudowaniem otwartego, transteoretycznego modelu psychoterapii, tj. modelu, który uwzględniałby osiągnięcia głównych podejść psychoterapeutycznych, a zarazem akceptował różnice poglądów psychoterapeutów oraz był modelem weryfikowalnym empirycznie. Model J. Prochaski i C. DiClemente opisuje wyłącznie proces psychoterapii, i nie odnosi się, podobnie jak to miało miejsce w przypadku modelu D. Orlinsky'ego i K. Howarda, do żadnej teorii zależności psychopatologicznych. Autorzy wskazują w swojej propozycji etapy, przez jakie przebiega proces psychoterapii, czynniki, jakie są niezbędne do osiągnięcia zmiany, i wreszcie, rodzaje zmian, ja-

³³ L. Beutler, J. Clarkin, *Systematic Treatment Selection. Toward Targeted Therapeutic Interventions*, New York: Oxford University Press, 1990; L. Beutler, T.M. Harwood, *Prescriptive Psychotherapy. A Practical Guide to Systematic Treatment Selection*, New York: Oxford University Press, 2000.

³⁴ W. Chilecka, *Socjoterapia w rehabilitacji młodych pacjentów szpitala psychiatrycznego*, w: *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Wydawnictwo Kompendium, 2010.

³⁵ M. Kisiel, *Socjoterapia jako zakończenie procesu terapii osób współzależnych*, w: *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Wydawnictwo Kompendium, 2010.

kie mogą być osiągnięte. Swoją koncepcję określają także w odniesieniu do założenia o możliwości wyraźnego zróżnicowania efektów psychoterapii w stosunku do wielkości efektów uzyskanych przez klienta wyłącznie własną pracą.

Model transteoretyczny został ukształtowany na podstawie następujących pojęć osiowych: etapów zmiany, czynników prowadzących do zmiany oraz poziomu zmiany. Autorzy wyróżnili cztery etapy zmiany. Etap pierwszy – przedkontemplacyjny (niewiedzy, zagubienia), charakteryzuje się tym, że ludzie nie są świadomi tego, że mają problemy, nie odczuwają potrzeby podejmowania jakichkolwiek zmian w swoim życiu. Nawet jeżeli ich problemy są dostrzegane przez otoczenie i zwrotnie komunikowane, zostają przez nich zignorowane lub odrzucone. Większości swoich niepowodzeń taka osoba albo zaprzecza, albo ich przyczyn poszukuje w okolicznościach od niej niezależnych. Ludzie na etapie niewiedzy nie zgłaszają się dobrowolnie na terapię. Doświadczają wprawdzie różnego rodzaju dyskomfortów, ale ich źródła lokują poza swoją osobą. Do podjęcia terapii skłaniają ich zazwyczaj różne czynniki: narastające cierpienie związane z przeżywanymi objawami, presja otoczenia lub niekorzystne zmiany w otoczeniu. Tacy pacjenci, podejmując terapię, zazwyczaj czują się zmuszeni do takiego działania i oczekują, że zmienią się inni, a nie oni sami. Etap drugi to faza namysłu i rozumienia. W trakcie tego etapu psychoterapii pacjent zaczyna uświadamiać sobie, że kłopot, z którym zwrócił się do psychoterapeuty, to istotnie jego osobisty problem. Jest to niezwykle trudny dla pacjenta okres, ponieważ uświadamia on sobie, że zachodzą w nim pewne nieprawidłowe (niepożądane) procesy, nad którymi nie ma kontroli. Uświadamia sobie, że sam jest przyczyną własnych cierpień i niepowodzeń. Jest to okres dochodzenia do źródeł własnych problemów i jednocześnie do uwalniania się od mechanizmów obronnych (systemów zaprzeczeń), maskujących bolesne i nieuświadomione problemy. W końcowej fazie tego etapu pacjent zwiększa kontrolę nad swoimi emocjami i poszukuje sposobów wychodzenia z sytuacji kryzysowych i rozwiązywania własnych problemów. Etap trzeci to działanie – praca terapeutyczna koncentruje się na doprowadzeniu do stanu, w którym klient rozumiejący przyczyny własnych problemów podejmuje coraz efektywniejsze próby znajdowania rozwiązań. Jeżeli przynajmniej część z nich zakończy się sukcesem, wówczas nastąpi utrwalanie się nowych schematów zachowań, pełnienia nowych ról, wchodzenia w nowe obszary aktywności, radzenia sobie z emocjami. Tym samym nastąpi wzmocnienie poczucia własnej wartości i poczucia wpływu na rzeczywistość. Udane próby skutecznych zachowań przynoszą pacjentowi satysfakcję, wzmacniając jego motywację do kontynuowania terapii. W takiej sytuacji terapeuta może

poszerzać zakres wprowadzanych zmian, mając uzasadnione podstawy do założenia, że także i one przełożą się na nowe zachowania życiowe. Etap czwarty to etap utrzymania zmian. Wprowadzanie zmian nie jest łatwe, a ich utrwalenie jest zadaniem jeszcze trudniejszym. Wymaga nieustannego powstrzymywania się przed powrotem dawnych, niepożądanych nawyków i wzorców reakcji emocjonalnych oraz podtrzymywania umiejętności nowych.

Zaproponowane etapy zmiany wydają się również charakterystyczne dla socjoterapii. Na etapie przedkontemplacyjnym (niewiedzy, zagubienia) dzieci i młodzież często nie są świadome swoich problemów, przerzucają odpowiedzialność za swoje zachowania i reakcje na otoczenie. Może to dotyczyć np. występujących u dzieci zachowań agresywnych, aktów przemocy. Uczestnictwo w socjoterapii zazwyczaj inicjują dorośli (rodzice, nauczyciele, pedagodzy, psychologowie), którzy kierują dziecko na tego typu zajęcia. Nierzadko zdarza się, że członkowie grupy socjoterapeutycznej czują się na początku zmuszeni do uczestnictwa czy też mają poczucie, że ich obecność w grupie jest wynikiem presji ze strony otoczenia. W kolejnej fazie (namysłu i zrozumienia), m.in. dzięki psychoedukacji, nabywają większej wiedzy o sobie i o możliwościach zmiany dotychczasowych sposobów reagowania. Oczywiście nie odbywa się to na tak głębokim poziomie, jak często ma to miejsce w psychoterapii, jednak przez udzielanie informacji (czynnik terapeutyczny wskazany również przez I. Yaloma³⁶) na temat przyczyn i mechanizmów zachowań, funkcjonowania w rodzinie, faz i sposobów radzenia sobie z sytuacją trudną, dzieci i młodzież mają szansę zwiększenia repertuaru swoich zachowań i wybrania spośród różnych sposobów reagowania tych, które będą miały dla nich konstruktywny charakter. Na etapie działania w grupie socjoterapeutycznej mogą być uruchamiane takie czynniki terapeutycznej zmiany, jak: rozwijanie umiejętności społecznych, uczenie się interpersonalne, przyjmowanie i udzielanie informacji zwrotnej³⁷, co pozwala na modyfikację niekorzystnych wzorów zachowań. Ostatnia faza – utrzymania zmian – służy temu, aby dzieci i młodzież mogły nauczyć się dokonywania dobrych dla siebie wyborów nie tylko w trakcie spotkań w grupie socjoterapeutycznej, ale również poza nią, w ich codziennym środowisku. Można zatem przyjąć, że model zaproponowany przez J. Prochaskę i C. DiClemente w pewien sposób odzwierciedla również procesy zachodzące w socjoterapii.

³⁶ I. Yalom, M. Leszcz, dz. cyt.

³⁷ Tamże.

Jeśli chodzi o czynniki prowadzące do zmiany, to J. Prochaska i C. Di-Clemente twierdzą, że szkoły psychoterapeutyczne różnią się raczej poglądami na to, co powinno być zmienione, niż sposobami dotyczącymi tego, jak to osiągnąć. W swoim modelu, po przeanalizowaniu kilkunastu wiodących systemów psychoterapeutycznych, autorzy wyodrębnili dziesięć czynników powodujących zmiany:

1. Poszerzanie świadomości – niemal wszystkie podejścia terapeutyczne uwzględniają znaczenie tego, aby pacjent stawał się bardziej świadomy, aby miał dzięki temu lepszy kontakt z rzeczywistością. Proces psychoterapii to w dużej części uświadamianie pacjentowi tego, co on myśli i czuje, dlaczego właśnie tak (przekonania, postawy), oraz jak to wpływa na relacje z innymi. Poszerzanie samoświadomości może odbywać się przy pomocy różnych technik: edukacji, interpretacji, odzwierciedlenia, sprzężenia zwrotnego itd.

2. Zmiana oceny samego siebie – zmiana ta polega na zinternalizowaniu nowego spojrzenia na własne problemy oraz na zmianie oceny przyczyn doświadczanych trudności. Elementem nowego obrazu siebie staje się również dostrzeżenie możliwości usunięcia przyczyn przeżywanych problemów oraz antycypowanie nowych sposobów swoich zachowań jako korzystnych.

3. Zmiana oceny otoczenia – dotyczy nowej perspektywy spojrzenia na relacje pacjenta z otoczeniem. Pacjenci zgłaszający się na psychoterapię zazwyczaj prezentują przeświadczenie o dużym uzależnieniu siebie od innych, zarazem nie dostrzegając wpływu wywieranego przez siebie na osoby ze swojego otoczenia. W toku terapii następuje analiza tych relacji i zachodzi zmiana w ocenie relacji ja – inni.

4. Uwolnienie się od siebie – łączy się, zdaniem autorów modelu, z kwestią zdolności do dokonywania wyborów, a działanie to z kolei związane jest ze zdolnością do bycia odpowiedzialnym oraz świadomym własnych potrzeb i możliwości ich zaspokojenia. Uwolnienie się od siebie oznacza lepsze poznanie własnej wewnętrznej rzeczywistości (pragnień, potrzeb, możliwości, ograniczeń) oraz poznanie własnych stanów emocjonalnych rzutujących na samoocenę. Uwolnienie się od siebie to również oderwanie się od nierealistycznych celów, to świadoma rezygnacja z pragnień niemożliwych do zaspokojenia.

5. Uwolnienie się od otoczenia – są to działania zmierzające do zmniejszenia siły oddziaływania lub wyeliminowania negatywnych wpływów otoczenia na zachowania jednostki. Zmianę taką można uzyskać przez wzmocnienie motywacji i siły pacjenta potrzebnej do opierania się lub przeciwstawiania tym wpływom oraz przez włączenie się go w aktywność grup lub organizacji o charakterze prospołecznym.

6. Przewarunkowanie – behawioralny czynnik zmiany, którego treścią jest nauczenie się pozytywnych reakcji na bodźce pierwotnie wywołujące reakcje niepożądane, negatywne.

7. Kontrola bodźca – w tym przypadku chodzi o sytuacje i bodźce, które same w sobie są zagrażające dla pacjenta. Czynnikiem obniżającym napięcie z tym związane jest unikanie okoliczności, w których zagrażający bodziec może się pojawić.

8. Kontrolowanie konsekwencji zachowania – większość zachowań podlega kontroli na drodze doświadczania konsekwencji, jakie z nich wynikają. W toku terapii, manipulując konsekwencjami, można wywoływać zachowania oczekiwane. Nagradzanie czy karanie pacjenta prowadzi do powtarzania lub unikania przez niego określonych reakcji. Z czasem taki system staje się elementem autokontroli – pacjent sam może udzielać sobie nagród za skuteczne zachowanie i kar za zachowanie dysfunkcyjne.

9. Dramatyczne przeżycia – to przede wszystkim emocjonalne odreagowanie (katharsis) w trakcie sesji terapeutycznej, ale również i inne silne doznania emocjonalne mające miejsce w życiu pacjenta, takie jak wzruszenia (np. narodziny dziecka), silny strach (np. ryzyko utraty pracy), głębokie poczucie winy (np. wobec partnera życiowego).

10. Relacja pomagania – ostatnim ważnym dla zmiany terapeutycznej czynnikiem jest relacja terapeutyczna. Jej znaczenie podkreślają niemal wszystkie szkoły psychoterapii, traktując ją jako warunek niezbędny do zmiany lub jako czynnik leczący. J. Prochaska i C. DiClemente używają określenia „relacja pomagania”, pragnąc podkreślić, że ten czynnik jest również niezmiernie istotny w sytuacjach poza terapią. Akceptacja, wsparcie, zrozumienie i zaufanie ze strony innego człowieka to także silne czynniki pobudzające do zmiany.

Autorzy, w odniesieniu do badań empirycznych, określili dość precyzyjnie, na jakich etapach psychoterapii ujawniają się poszczególne czynniki prowadzące do zmiany. Na etapie niewiedzy wszystkie z wyróżnionych dziesięciu czynników pojawiają się istotnie rzadziej niż na innych etapach. Dotychczas nie ustalono, co decyduje o przejściu z tego etapu do etapu drugiego (namysłu i rozumienia). Z kolei na tym etapie najczęściej występującym procesem jest poszerzanie świadomości – na nim koncentruje się praca większości terapeutów. Zmiana oceny samego siebie łączy etap namysłu i etap działania, przy czym najważniejsze są tu korektywne doświadczenia emocjonalne. Na etapie działania istotnym elementem zmiany jest relacja pomagania, uwalnianie się od otoczenia, przewarunkowanie oraz kontrola reakcji i bodźców. Przewarunkowanie i kontrola bodźców to zarazem ważne czynniki dla podtrzymania zmiany.

Wydaje się, że wszystkie z tych elementów, poza „dramatycznymi przeżyciami” (katharsis), wiążą się z celami socjoterapii, a tym samym występują jako czynniki zmiany w procesie grupowym. W trakcie trwania socjoterapii uczestnicy uczą się co prawda nowych sposobów reagowania emocjonalnego i zastępowania destrukcyjnych reakcji konstruktywnymi. Nie ma tu jednak miejsca na „przepracowywanie” traumatycznych zdarzeń w kontekście indywidualnych biografii, jak ma to miejsce w psychoterapii. Można przyjąć, że przy dużym poziomie spójności grupy może dojść do ujawnienia się silnych emocji związanych z przeżyciami członków grupy, natomiast wywoływanie i analizowanie tego stanu nie jest celem samym w sobie. Zadaniem socjoterapeuty jest zatem takie moderowanie i prowadzenie grupy, aby w sytuacji pojawienia się silnych emocji u któregoś z uczestników (związanych np. z jego doświadczeniami rodzinnymi), otrzymał on akceptację i wsparcie, a w dalszej kolejności zarówno on, jak i pozostali uczestnicy nauczyli się radzić sobie ze stresem, napięciem, silnymi i trudnymi dla nich emocjami.

J. Prochaska i C. DiClemente uważają, że proces psychoterapii przez rozwiązywanie problemów natury psychologicznej, prowadzi do wzmocnienia zdrowia nie tylko w wymiarze psychospołecznym, ale i somatycznym. Stąd też autorzy dokonują uporządkowania, wskazując na hierarchię pięciu różnych grup problemów podlegających zmianie. Są nimi: objawy i problemy uwarunkowane sytuacjami zewnętrznymi; nieprzystosowawcze schematy poznawcze; aktualne konflikty interpersonalne; konflikty w rodzinie lub w innych systemach; konflikty intrapsychiczne. Jak się okazuje, wskazane rodzaje zmian oczekiwanych w wyniku psychoterapii są typowe dla głównych szkół psychoterapeutycznych. Każda z nich skupia się zazwyczaj na jednym z zaprezentowanych rodzajów zmian. J. Prochaska i C. DiClemente uważają, że wszystkie one są ważne, a rodzaj planowanych zmian powinien w pełni korelować z rodzajem problemu zgłaszanego przez pacjenta.

Transteoretyczny model J. Prochaski i C. DiClemente stanowi spójną teoretycznie próbę pokazania najważniejszych zmiennych procesu psychoterapii i zależności zachodzących między nimi. Z dużą pewnością można przyjąć, że proces terapeutyczny w różnych modelach psychoterapii przebiega w zbliżony do siebie sposób. Każdy psychoterapeuta, bez względu na orientację teoretyczną, planując pracę z pacjentem, ustala: co powinno być zrobione, w jaki sposób powinno być zmieniane oraz w jakim tempie. Różnice dotyczą głównie technik, stanowiących narzędzie uruchamiania czynników leczących w psychoterapii. Interesującym zagadnieniem jest pytanie o to, czy socjoterapia także wpisuje się w ten model. Jest to zagadnienie otwarte – obszar do eksploracji poznawczych, mogących dostarczyć niezwykle ciekawych wyników.

Zakończenie

Socjoterapia to obszar pracy psychologiczno-pedagogicznej o niemal 80-letniej tradycji. Przez ten okres jej teoretyczne założenia oraz praktyczne zastosowania były weryfikowane przez licznych specjalistów, którzy implementowali i rozwijali tę dziedzinę początkowo w medycynie (psychiatrii), a następnie w resocjalizacji, pomocy społecznej (pracy socjalnej) oraz oświacie i wychowaniu. Wydaje się, że współcześnie w ostatnim z wymienionych obszarów w najszerszym zakresie w dalszym ciągu praktykuje się i rozwija teorię socjoterapii, ukierunkowując jej cele na pomoc dzieciom i młodzieży przeżywającym trudności życiowe i niepowodzenia szkolne. Łączenie socjoterapii z określonym nurtem aktywności zawodowej determinuje w istotny sposób jej definiowanie³⁸. W medycynie i psychologii klinicznej w dalszym ciągu dominuje widzenie socjoterapii jako szkoły „leczenia” – zespołu oddziaływań terapeutycznych. Z kolei w pedagogice czy pracy socjalnej w pierwszej kolejności opisuje się oddziaływania socjoterapeutyczne jako formy pomocy w rozwoju, formy wspierania, wzmocnienia³⁹.

Pomijając szczegółowe założenia paradygmatyczne, nie ulega wątpliwości, że oddziaływanie przez zorganizowanie zajęć socjoterapeutycznych ma uruchomić mechanizm zmiany, prowadzący w pierwszej kolejności do poprawy kompetencji i relacji społecznych uczestników. Z tej perspektywy wyłania się niezwykle interesujący obszar badań poznawczych, których celem byłoby określenie, które z inicjowanych przez socjoterapeutę czynników mają w sobie najwyższy potencjał „zmiany”. Podejmując eksplorację w tym kierunku, z powodzeniem można odnieść się do ustaleń poczynionych w ramach badań nad czynnikami wspólnymi w psychoterapii. Liczni psychoterapeuci akceptują pogląd o praktycznej przydatności modeli transteoretycznych (eklektycznych), także w odniesieniu do problemów stanowiących przedmiot zainteresowania socjoterapii⁴⁰. Dopiero w odniesieniu do ustalonego szczegółowego modelu socjoterapii można by dokonywać bardziej rzeczowych ocen w zakresie jej skuteczności. Dotychczas wykonywana ewaluacja zyskałaby dodatkowy walor ilościowy, wskazując na te elementy procesu zmiany (poprawy), które należy szczególnie wzmacniać. Uwzględniając

³⁸ B. Jankowiak, E. Soroko, *Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. B. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013.

³⁹ W socjoterapii unika się określenia „pacjent/klient”, zastępując je określeniem „uczestnik”, „dziecko z trudnościami”, „uczeń”. T.W. Miller, *Group Socioterapy. A Psychoeducative Model for Schizophrenic Patients and their Families*, „Perspectives in Psychiatric Care” 1989, 25 (1), s. 5–9.

⁴⁰ M. Edelson, *Socioterapy and Psychotherapy*, Chicago: University of Chicago Press, 1970.

podstawowe charakterystyki procesu psychoterapii i procesu socjoterapii, warto postawić pytanie o aktualny *locus* tej drugiej dziedziny. Czy pozostanie ona aktywnością interdyscyplinarną z pogranicza terapii pedagogicznej i pomocy psychopedagogicznej – wówczas należałoby przeformułować jej założenia w kierunku modelu „zajęć socjoterapeutycznych” – czy raczej podąży w kierunku psychoterapii grupowej, organizując swój status wokół „modelu terapeutycznego”?

Bibliografia

- Andersen T., Ogles B.M., Patterson C.L., Lambert M.J., *Therapist Effects. Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success*, „Journal of Clinical Psychology” 2009, 65 (7), s. 755–768.
- Bandura A., *Self-efficacy. Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, w: R.F. Baumeister, *The Self in Social Psychology*, New York: Psychology Press, 1999.
- Beutler L., Clarkin J., *Systematic Treatment Selection. Toward Targeted Therapeutic Interventions*, New York: Oxford University Press, 1990.
- Beutler L., Harwood T.M., *Prescriptive Psychotherapy. A Practical Guide to Systematic Treatment Selection*, New York: Oxford University Press, 2000.
- Chilecka W., *Socjoterapia w rehabilitacji młodych pacjentów szpitala psychiatrycznego*, w: *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Wydawnictwo Kompendium, 2010.
- Czabała J., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000.
- Edelson M., *Sociotherapy and Psychotherapy*, Chicago: University of Chicago Press, 1970.
- Eurydice, *Drugoroczność w kształceniu obowiązkowym w Europie: Regulacje i statystyki. Raport*, Komisja Europejska 2010, [online] <http://eacea.ec.europa.eu/education/Eurydice/documents/thematic_reports/126PL.pdf> [dostęp: 30.10.2015].
- Frank J.D., *Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*, 2nd ed., Baltimore: John Hopkins University Press, 1973.
- Frank J.D., *Psychotherapy. The Restoration of Morale*, „American Journal of Psychiatry” 1974, 131, s. 271–274.
- Frank J.D., *Jak leczy psychoterapia?*, „Psychoterapia” 1977, 20, s. 3–10.
- Grądzki W., *Sukcesy i niepowodzenia jako problem pedagogiczny*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2000, 7, s. 16–23.
- Handbook of Psychotherapy Integration*, red. J.C. Norcross, M.R. Goldfried, New York: US Basic Books, 1992.
- Harwood T.M., Beutler L.E., Castillo S., Karno M., *Common and Specific Effects of Couples Treatment for Alcoholism: A Test of the Generic Model of Psychotherapy*, „Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice” 2006, 79 (3), s. 365–384.
- Jagiela J., *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*, Kraków: Rubikon, 2007.
- Jankowiak B., Soroko E., *Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. B. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013.
- Jankowiak B., Soroko E., *Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. B. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013.

- Karasu T.B., *The Specificity versus Nonspecificity Dilemma. Toward an Integrative Model*, „American Journal of Psychiatry” 1986, 143, s. 687–695.
- Kazdin A.E., *Comparative Outcome Studies of Psychotherapy. Methodological Issues and Strategies*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1986, 54, s. 95–105.
- Kisiel M., *Socjoterapia jako zakończenie procesu terapii osób współzależniomych*, w: *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Wydawnictwo Kompendium, 2010.
- Lambert M.J., Ogles B.M., *Common Factors. Post hoc Explanation or Empirically Based Therapy Approach?*, „Psychotherapy” (Chic.), 2014, 51 (4), s. 500–504.
- Lenkiewicz J., *Profilaktyka niepowodzeń szkolnych*, „Edukacja i Dialog” 1994, 2, s. 32–35.
- Mała encyklopedia medycyny*, t. 3, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1988, s. 1146.
- Miller T.W., *Group Socioterapy. A Psychoeducative Model for Schizophrenic Patients and their Families*, „Perspectives in Psychiatric Care” 1989, 25 (1), s. 5–9.
- Okoń W., *Słownik pedagogiczny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1984, s. 278.
- Orlinsky D.E., Howard K.I., *A Generic Model of Psychotherapy*, „Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy” 1987, 6 (1), s. 6–27.
- Orlinsky D.E., *The “Generic Model of Psychotherapy” after 25 Years. Evolution of a Research-Based Metatheory*, „Journal of Psychotherapy Integration” 2009, 19 (4), s. 319–339.
- Palmer S., Woolfe R., *Integrative and Eclectic Counselling and Psychotherapy*, London: SAGE Publications Inc., 2000.
- Patterson C.H., *The Therapeutic Relationship. Foundations for an Eclectic Psychotherapy*, Monterey: Brooks/Cole, 1985.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., *Transtheoretical Therapy. Toward a more Integrative Model of Change*, „Psychotherapy. Theory, Research & Practice” 1982, 19 (3), s. 276–288.
- Reber A., Reber E., *Słownik psychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2008, s. 720.
- Rogers C.R., *The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change*, „Journal of Consulting Psychology” 1957, 21, s. 95–103.
- Rosenzweig S., *Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy*, „American Journal of Orthopsychiatry” 1936, 6, s. 422–425.
- Sawicka K., *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, w: *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Wydawnictwo Kompendium, 1998, s. 10.
- Sivadon P., *Ten Years’ Experience with Socioterapy*, „Ann. Med. Psychol.” (Paris), 1958, 2 (3), s. 533–546.
- Sobolewska Z., *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, Warszawa: Wydawnictwo OPTA, 1993.
- Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Warszawa: Wydawnictwo Kompendium, 1998.
- Stricker G., Gold J., *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration*, New York: Springer, 2013.
- Strzemieczny J., *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci w wieku szkolnym*, w: *Zajęcia socjoterapeutyczne*, red. J. Strzemieczny, Warszawa: Wydawnictwo PTP, 1988.
- Wampold B.E., *Humanism as a Common Factor in Psychotherapy*, „Psychotherapy” 2012, 49 (4), s. 445–449.
- Wojda E., *Rodzaje i przyczyny niepowodzeń szkolnych*, „Edukacja i Dialog” 2001, 9–10, s. 132–133.
- Yalom I., Leszcz M., *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006.

Katarzyna Poniatowska-Leszczyńska

Krakowskie Centrum Psychodynamiczne

Metody i techniki w socjoterapii

Wstęp

Opracowań z zakresu socjoterapii, w porównaniu z innymi formami pomocy psychologicznej, w fachowej literaturze przez długi czas było niewiele. Dużo natomiast działo się w praktyce, w ramach socjoterapeutycznej aktywności placówek oświatowych i wychowawczych. Ten brak proporcji między działalnością naukową a praktyką doprowadził do ciekawego i zapewne naturalnego rozłamu. W ramach teorii, definicji, podejść stosowanych w socjoterapii widać bardzo dużą różnorodność, rozmycie, a nawet sprzeczność w obszarze rozumienia poszczególnych terminów¹. Trudno o zgodność w określeniu tego, co jest, a co nie jest socjoterapią, jakie czynniki pomocowe uznać za istotne w procesie socjoterapeutycznym, jakimi narzędziami teoretycznymi posługują się socjoterapeuci, i w konsekwencji – jakie style pracy prezentują. Przez długi czas, myśląc o socjoterapii, pomijano potrzebę jedności paradygmatycznej, konieczności oddziaływań w ramach jednolitych założeń na temat natury ludzkiej². Taki pryzmat, przez który socjoterapeuta spogląda na zjawiska zachodzące w socjoterapii, wydaje się konieczny do zaistnienia spójnej diagnozy, wprowadzenia adekwatnego *settingu*, omówienia i w efekcie osiągnięcia założonych celów³. Z drugiej strony obszerna i powszechna praktyka wpłynęła na zupełnie inne zjawisko

¹ M. Wilk, *Diagnoza w socjoterapii*, Gdańsk: GWP, 2014.

² B. Jankowiak, E. Soroko, *Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013, s. 83-104.

³ M. Wilk, *Diagnoza psychodynamiczna w socjoterapii*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej...* dz. cyt., s. 135-154.

w odniesieniu do metod i technik w socjoterapii. Mimo dużej różnorodności widać tu zadziwiającą zgodność socjoterapeutów: niezależnie od przyjętych definicji, teoretycznych wyborów, wykorzystują i akceptują te same metody i techniki pracy z dziećmi i młodzieżą.

1. Myślenie o procesie socjoterapeutycznym a wybór metod i technik pracy

Socjoterapeuci korzystają z metod i technik wprowadzonych przez różne koncepcje wyjaśniające funkcjonowanie aparatu psychicznego człowieka: teorie poznawcze, systemowe⁴, psychoanalityczne⁵, Gestalt⁶. Mimo używania tych samych narzędzi, samo rozumienie przebiegu ćwiczenia, procesu, które uruchomiło, reakcji uczestników, omówienie – wszystko to u socjoterapeutów o różnym umocowaniu teoretycznym będzie odmienne. Samo myślenie o procesie grupowym, psychokorekcji i psychoedukacji, a nawet definiowanie socjoterapii i jej zjawisk, może być znacząco inne. Takie samo ćwiczenie zaproponowane przez różnych socjoterapeutów może mieć odmienny cel, pełnić inną funkcję w rozwoju grupy i konkretnych uczestników, mieć odrębną wartość diagnostyczną, dawać prowadzącym różne widzenie procesu. Opis wybranych metod i technik wymaga więc osadzenia socjoterapii w konkretnej definicji, omówienia czynników pomocowych i stylów socjoterapeutycznej pracy. Rozumienie procesu grupowego, terapeutycznego, przyjęte w niniejszym opracowaniu, które mniej lub bardziej będzie wpływało na sposób ujęcia tematu, oparte jest na podejściu psychodynamicznym.

Zgodnie z definicją J. Jankowiak i E. Soroko socjoterapia to

forma pomocy psychopedagogicznej w obszarze oświaty i instytucji opiekuńczo-wychowawczych, ukierunkowana na dzieci i młodzież z grup ryzyka lub/i przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym, która polega na intencjonalnym uruchamianiu czynników pomocowych, wykorzystujących procesy grupowe w celu kompensacji potencjalnych deficytów rozwoju psychospołecznego uczestników grupy⁷.

⁴ J. Jagiela, *Socjoterapia w szkole. Krótki Poradnik Psychologiczny*, Kraków: Rubikon, 2007.

⁵ E. Kramer, *Art as therapy*, London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.

⁶ A. Matyja, *Metody i techniki stosowane w socjoterapii*, „Opieka, Wychowanie, Terapia” 2005, 1–2 (61–62), s. 42–45.

⁷ J. Jankowiak, E. Soroko, *Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej...*, dz. cyt., s. 33–58.

Jeżeli przyjmiemy definicję, w której socjoterapia nie jest określona jako forma oddziaływań grupowych, zupełnie zmieni się pakiet dostępnych metod i technik pracy. Podobnie, wykluczając aspekt intencjonalnego uruchamiania czynników pomocowych, nawet odrabianie zadań domowych w świetlicy można będzie zaliczyć do technik socjoterapii. Podana definicja wydaje się rozsądnie różnicować socjoterapię od innych form oddziaływań pomocowych, precyzować obszar dostępnych metod i technik pracy.

Wybrane metody i techniki nadają procesowi socjoterapii strukturę, w ramach której mogą wystąpić takie czynniki pomocowe, jak: identyfikacja z pozytywnym dorosłym, towarzyszenie w przeżywaniu kryzysów rozwojowych, przestrzeganie zasad i norm obowiązujących w grupie, ułatwianie przekazywania wartości⁸. Inne podkreślane czynniki pomocowe to: przebudowa negatywnych sądów o sobie – inaczej nazywane budowaniem poczucia własnej wartości czy pozytywnego obrazu własnej osoby⁹, rozwój efektywniejszych sposobów interpersonalnego funkcjonowania oraz korzystniejszych schematów zachowań, umożliwienie przeżycia korektywnego doświadczenia emocjonalnego jako sposób na kompensację wczesnodziecięcych urazów¹⁰; umiejętność radzenia sobie z konfliktami¹¹, wypełniania ról społecznych czy radzenia sobie z napięciem emocjonalnym¹².

To, jaką socjoterapeuci przyjmują definicję socjoterapii, jak rozumieją działanie czynników pomocowych determinuje style pracy socjoterapeutycznej. J. Jankowiak i E. Soroko wyodrębniły trzy style pracy socjoterapeutycznej. Różnice wynikały z koncentracji socjoterapeutów na różnych grupach czynników pomocowych. W ten sposób wyodrębniły się: styl skoncentrowany na terapeutce, styl aktywny, skoncentrowany na grupie oraz styl pasywny, nieznacznie skoncentrowany na grupie¹³. Terapeuci z pierwszej grupy skupiają się na przekazywaniu wartości, wiedzy czy informacji, przestrzeganiu norm i zasad funkcjonujących w grupie, identyfikacji uczestników z prowadzącym. Wydaje się, że mocno osadzają proces terapii w psychoedukacji. Terapeuci aktywnie skoncentrowani na grupie uruchamiają szerokie spektrum czynników pomocowych, są mocno nastawieni na aktywizację procesu grupowego, dialog terapeutyczny z uczestnikami; jednocześnie na wysokim

⁸ J. Jankowiak, E. Soroko, *Style socjoterapeutycznej pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą z perspektywy czynników pomocowych*, „Studia Edukacyjne” 2014, nr 31, s. 195–219.

⁹ M. Wilk, *Diagnoza w socjoterapii...*, dz. cyt.

¹⁰ J. Strzemieczny, *Zeszyty Socjoterapeutyczne*, Warszawa: PTP, 1988.

¹¹ Z. Sobolewska, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, Warszawa: OPTA, 1993.

¹² K. Sawicka, *Socjoterapia*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 1999.

¹³ J. Jankowiak, E. Soroko, *Style socjoterapeutycznej pracy...*, dz. cyt., s. 195–219.

poziomie utrzymują oddziaływania psychokorekcyjne i psychoedukacyjne. W najmniejszym stopniu czynniki pomocowe w procesie grupowym aktywizują terapeuci pasywni. Powyższa analiza pokazuje zależność między sposobem myślenia o socjoterapii (czy jest socjoterapia), skupieniem na konkretnych czynnikach pomocowych (często związane z osadzeniem teoretycznym, paradygmatycznym socjoterapeuty) a stylem pracy i ostatecznym wyborem metod i technik socjoterapii.

2. Metody pracy socjoterapeutycznej

2.1. Praca w kręgu

Praca w kręgu jest jedną z powszechnie stosowanych i naturalnych dla socjoterapii metod. Nadanie grupie takiej struktury przestrzennej umożliwia bezpośredni kontakt wzrokowy, łatwiejszą komunikację i wymianę emocjonalną. Wprowadza poczucie równości (podobieństwa) i dostępności również między dzieckiem i dorosłym. Inicjuje i podtrzymuje proces grupowy. Czasowo okrąg rozpada się na podgrupy i pary, stanowi jednak bazę dla procesu grupowego w socjoterapii¹⁴.

2.2. Rundka

Rundka w pewnym sensie formalizuje prawo uczestników do wypowiedzenia się, zwerbalizowania uczuć i doświadczeń w „przyznanej przestrzeni” – inni uczestnicy czekają na swoją kolej, funkcjonując w rytmie, który wprowadza ta metoda. Zapobiega to „zapominaniu” o niektórych członkach grupy przez innych uczestników i prowadzącego. Są różne techniki prowadzenia rundki. Uczestnicy mogą mówić zgodnie z kolejnością, w jakiej siedzą, lub samodzielnie wskazywać osoby, które zaraz po nich zabiorą głos. Można wprowadzić rekwizyty¹⁵ (szczególnie atrakcyjne dla mniejszych dzieci), które – rzucane dowolnie czy kolejno przekazywane – będą aktywizować dzieci. Natomiast w obrębie tej metody wybór techniki zależy również od etapu rozwoju grupy. Kiedy uczestnicy dopiero się poznają, będzie to raczej przekazywanie głosu zgodnie z miejscem siedzenia; na etapie różnicowania się grupy (bliższe relacje, sympatie, antypatie, konflikty) swoboda w kolejności przekazywania głosu może lepiej współbrzmieć z jej wewnętrznym procesem.

¹⁴ K. Sawicka, dz. cyt.

¹⁵ Tamże.

2.3. Burza mózgów

Metoda aktywizująca grupę i uwalniająca jej naturalny potencjał. Uczestnicy generują możliwie największą liczbę pomysłów¹⁶ – mogą być absurdalne i niemożliwe do realizacji. W kolejnym etapie grupa wybiera propozycje, które najbardziej jej odpowiadają, i wciela je w życie. Metoda ta może być realizowana w całej grupie, w podgrupach, a nawet indywidualnie – na początkowym jej etapie bądź w czasie całego procesu.

2.4. Omówienie

Ważną metodą pracy w socjoterapii, podobnie jak w innych formach oddziaływań pomocowych, jest omówienie. Proponowane ćwiczenia, proces grupowy, historie uczestników, interpersonalne interakcje – wszystko to na różnej głębokości i zróżnicowanej intensywności powinno podlegać omówieniu. W procesie socjoterapii można wyróżnić takie techniki realizujące tę metodę, jak: komentarz, parafraza, odzwierciedlenie czy informacje zwrotne. Socjoterapeuta komentuje sytuacje zaistniałe w grupie czy między poszczególnymi uczestnikami. Równie istotne są komentarze dotyczące kontraktu socjoterapeutycznego. Każda grupa dziecięca czy młodzieżowa musi funkcjonować w ramach ustalonych reguł i zasad. Pewne z nich są sztywno wprowadzane przez socjoterapeutów, inne są wynikiem wspólnych ustaleń grupy. Socjoterapeuta, komentując funkcjonowanie reguł w grupie (podejście do kontraktu), aktywizuje proces dialogu z nimi, co umożliwi identyfikację i ich uwewnętrznienie. Może posługiwać się również parafrazą (parafrazując wypowiedzi) i klaryfikacją emocji – polega to na oddzieleniu istotnych elementów badanego zjawiska od pobocznych. Terapeuta zachęca również członków grupy do dzielenia się informacjami zwrotnymi. Dzieci uczą się komunikowania swoich uczuć, myśli, spostrzeżeń w sposób jak najmniej raniący otoczenie. Nie wpływa to jedynie na poprawę jakości ich interpersonalnej komunikacji. Wzmaga również możliwości samoobserwacji, myślenia o sobie z perspektywy Innego, zwrotnego przyjmowania treści na swój temat, samoakceptacji. Sposób wyrażania odbioru zachowań innych wpływa ze sposobu myślenia o nich, a jednocześnie zwrotnie może też na ten stosunek oddziaływać. Mniej krytyczne i zero-jedynkowe przeżywanie „błędów” otoczenia wzmaga proces akceptacji samego siebie. Dodatkowo uczenie się przekazywania informacji zwrotnych rozwija umiejętność wer-

¹⁶ Tamże.

balizacji, tak ważną u dzieci – pozwala nazwać, a w dalszej kolejności symbolizować pewne procesy, zamiast je odreagowywać w działaniu.

2.5. Terapia zabawą i ruchem

Jest to najbardziej naturalna, biorąc pod uwagę perspektywę rozwojową, metoda pracy socjoterapeutycznej. Treść i tematyka zabaw, ćwiczeń czy rozmów obejmuje obszary: życia rodzinnego, spędzania wolnego czasu (zainteresowań, hobby), związków uczuciowych (przyjaźni, nastoletnich miłości), aspiracji, autoprezentacji¹⁷. Metoda ta pozwala w bezpiecznych warunkach pozyskać istotne dla procesu socjoterapeutycznego treści indywidualnych dziecięcych historii, pojawiające się w czasie realizacji zaplanowanych ćwiczeń czy spontanicznych aktywności¹⁸. Rozpoznanie sytuacji rodzinnej, społecznej, sfrustrowanych czy niezaspokojonych potrzeb¹⁹, dylematów, impulsów, jakości dziecięcych zależności pozwala realizować rozwojowe, edukacyjne i terapeutyczne cele socjoterapii. Metoda sprzyja uwolnieniu i odreagowaniu negatywnych przeżyć, wprowadza dobry nastrój, podnosi energię grupy, sprzyja jej integracji. Techniki, które można wykorzystać w terapii przez ruch i zabawę, są nieograniczone, tak jak nie mają granic wyobraźnia, kreatywność i inwencja dzieci. Muszą być jedynie adekwatne do wieku uczestników grupy.

2.6. Arteterapia

Metoda ta pozwala wykorzystać twórczy potencjał, wyobraźnię dziecka, prowokując kreatywny i aktywny kontakt ze sztuką, własnymi emocjami, stanami, zachowaniami, obrazem siebie i znaczących innych. Istotą tej techniki socjoterapeutycznej jest aktywność dziecka. Dziecko nie jest tu biernym odbiorcą tego, co zostało stworzone, nadane czy narzucone przez innego²⁰. Kreuje własną rzeczywistość, rozwijając poczucie autonomii, niezależności, asertywnego wyrażania siebie. Więcej – doświadcza i umacnia granicę ja – inni, zwiększa poczucie własnego sprawstwa, aktywności. Arteterapia bę-

¹⁷ Tamże.

¹⁸ K. Poniatowska-Leszczczyńska, *Socjoterapia w podejściu psychodynamicznym*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej...*, dz. cyt., s. 117-134.

¹⁹ A. Słysz, *Główne czynniki zmiany w socjoterapii dzieci i młodzieży*, w: *Pojęcie zmiany w teorii i praktyce psychologicznej*, red. J. Słapińska, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2008.

²⁰ K. Poniatowska-Leszczczyńska, dz. cyt., s. 117-134.

dzie ważną metodą pracy z grupą nastolatków, gdzie procesy uniezależniania się, budowania tożsamości wysuwają się na plan pierwszy, jak u bardzo małych dzieci, u których te procesy dopiero raczkują. Gdy socjoterapeuta zauważy takie rozwojowe trudności u indywidualnych członków grupy, jak: niskie poczucie sprawstwa, przypisywanie innym odpowiedzialności za swoje zachowanie, kłopoty z asertywnością, kończeniem procesów, przeżywaniem straty, nadmierną, bierną czy aktywną agresywnością – elementy arteterapii będą pożądaną metodą²¹. Istotne podczas stosowania arteterapii w pracy z dziećmi i młodzieżą jest umożliwienie wszystkim uczestnikom dokończenia dzieła, zapewnienie im poczucia wpływu na proces kończenia i danie szansy na omówienie swojej pracy, „pochwalenia się” nią. Techniki wykorzystywane w arteterapii są bardzo bogate, różnorodne, a ich liczba stale rośnie, proporcjonalnie do rozwoju kierunków w sztuce. Możemy wyróżnić: rysunek, malarstwo, grafikę, rzeźbę, sztuki użytkowe, teatroterapię (w tym psychodramę), zdobnictwo i dekoratorstwo, choreoterapię, muzykoterapię, biblioterapię, techniki ekspresyjne. Wielość artystycznego wyrazu, a w związku z tym terapeutycznych oddziaływań przez sztukę, sprawia, że potencjalnych technik, które mogą być wykorzystane w tej metodzie, jest mnóstwo, i tylko od inwencji prowadzących zależy, jaka będzie ich paleta. Powszechnie używane, o potwierdzonej praktyką wartości i użyteczności w procesie socjoterapeutycznym, są: rysunek, psychodrama, muzykoterapia, choreoterapia, sztuki użytkowe, techniki ekspresyjne, wizualizacja i relaksacja.

Techniki wykorzystywane w arteterapii

▪ Rysunek

Socjoterapeuci mogą używać tej techniki, proponując pracę grupową bądź indywidualną. W tej drugiej formie rysunki omawiane są na forum, nie pozbawia to więc ćwiczenia grupowego *feedbacku*. Rysowanie pozwala dotrzeć do treści i emocji często niemożliwych do nazwania przez dziecko, dlatego ważne jest, aby wytwory rysunkowe w procesie socjoterapii podlegały omówieniu. Oczywiście jest, że rysowanie musi być dostosowane do możliwości poznawczych i emocjonalnych dzieci, grupy oraz etapu jej rozwoju. Rysunek jest pośrednim ogniwem między materiałem trudnym do zwerbalizowania a treściami/przeżyciami już nazwanymi²². Rysowanie jako proces

²¹ Tamże.

²² A. Słysz, *Rysunek jako forma diagnostyczno-terapeutyczna*, w: *Od systemu terapeutycznego do interwencji*, red. Ł. Kaczmarek, A. Słysz, E. Soroko, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2006, s. 91-104.

kodowania znaczeń, symbolizacji materiału psychicznego pozwala na jego kategoryzację, uporządkowanie, a co za tym idzie oswojenie przez obniżenie lęku. Podobnie działa pisanie rozwijające proces semantyzacji i symbolizacji. Wybierając techniki, które rozwijają procesy poznawcze i psychiczne, dajemy dziecku samodzielność w zmaganiu się z różnorodnymi treściami, sytuacjami, kryzysami. Tematy rysunku mogą być różne i, tak jak pisałam, ich wybór powinien rezonować z procesem rozwoju grupy. Na pierwszym etapie możemy poprosić uczestników o narysowanie własnej wizytówki (starsze dzieci), ulubionego zwierzątka (małe dzieci), wspólnego plakatu o nieoczekiwanej przygodzie, wymarzonych wakacjach (cała grupa). Na późniejszym etapie pracy może to być rysunek odwzorowujący grupę (ćwiczenie wspólne) czy – w wersji indywidualnej – „Ja” w grupie. Takie przełożenie doświadczenia emocjonalnego²³ na lingwistyczne doświadczenie poznawcze, wielokrotnie powtarzane w procesie socjoterapii, pozwala dziecku organizować wewnętrzne i zewnętrzne bodźce, integrować doświadczenie, obniżać lęk i napięcie, korzystać z efektywnych sposobów radzenia sobie. Proces rysowania obniża również kontrolę nad wyrażanymi treściami, stąd materiał nieświadomy czy świadomie chroniony, w tym również psychiczne urazy, mogą szybciej pojawić się na rysunku, niż w zachowaniu uczestników. Warto pamiętać, że rysowanie jest czynnością regresywną, stąd może nie być trafionym wyborem w momencie silnego lęku w grupie czy u konkretnych uczestników²⁴.

- Psychodrama

Psychodrama/drama wprowadza sytuację symulacyjną, w której dziecko przyjmuje „maskę” postaci i odgrywa rolę, wykorzystując własne problemy czy przeżycia. Uczestnik psychodramy wykorzystuje indywidualne i osobiste znaczenia, własną emocjonalność i doświadczenie. Stosowanie psychodramy jako techniki daje możliwość konstruowania scenariuszy korekcyjnych wobec problematyki indywidualnego uczestnika czy grupy jako całości²⁵. Dziecko może albo podgrywać samego siebie, albo nadać innemu uczestnikowi rolę swojego sobowtóra, sumienia itp. Przykładem korekcyjnej funkcji psychodramy w socjoterapii może być wprowadzenie schematu „zamiany ról”:

1. Dziecko odgrywa swój problem z innym uczestnikiem lub innymi uczestnikami.
2. Zamiana ról.

²³ Tamże.

²⁴ P. Wallon, A. Cambier, D. Elgenhart, *Rysunek dziecka*, Warszawa: WSiP, 1993.

²⁵ K. Poniatowska-Leszczyńska, dz. cyt., s. 117-134.

3. Powrót do ról początkowych i wprowadzenie nowego scenariusza rozmowy bądź przedstawionej pierwotnie sytuacji.

Omówienie w psychodramie szczególnie powinno dotyczyć uczuć, które się w jej trakcie pojawiły.

- Techniki ekspresyjne

Techniki te wywodzą się z podejścia interdyscyplinarnego, holistycznego. Jest to nowy nurt arteterapii łączący różne techniki arteterapeutyczne: choreoterapię, malarstwo, muzykoterapię. Ważne w nich jest tworzenie przestrzeni dla spontaniczności, inwencji twórczej uczestnika, pomysłowości, fantazji, emocjonalności. Praktyczne ćwiczenia mogą obejmować: malowanie rękoma, taniec, odbijanie śladów palców, dłoni, stóp. Warto pamiętać, że u dzieci o wysokim poziomie lęku i napięcia wykorzystanie technik ekspresyjnych może wzmacniać niepokój i nieadekwatne zachowania, podobnie jak wszystkie mniej jasne i usystematyzowane sposoby pracy. W takiej sytuacji wybór bardziej porządkujących technik (polecenie narysowania konkretnej kompozycji) z obszaru arteterapii może lepiej harmonizować z gotowością dziecka.

- Sztuki użytkowe

Są to sztuki stosowane, które zajmują się wytwarzaniem przedmiotów codziennego użytku. Może to być bardzo przydatna technika pracy, szczególnie z grupami młodzieżowymi, które wyrażają niechęć uczestniczenia w proponowanych ćwiczeniach. Nie przychodzą na zajęcia grupy z własnej woli bądź zwyczajnie bunt i opór przed zaangażowaniem wpisane są w naturalny dla nich etap rozwojowy. Indywidualna lub grupowa praca na materiale, oczywiście z ich punktu widzenia użytecznym i „fajnym”, może zwiększyć szansę na ich aktywność i udział w grupie. Takim użytecznym i atrakcyjnym wytworem może być przygotowanie prostej biżuterii, breloczków do kluczy itp.

- Choreoterapia

Według definicji American Dance Therapy Association (ADTA) choreoterapia jest „terapeutycznym wykorzystaniem ruchu jako procesu, przez który wspomagana zostaje emocjonalna i fizyczna integracja”²⁶. Taniec jako sposób komunikacji pozwala wyrazić potrzeby, emocje, uzewnętrznić treści trudne do wyrażenia werbalnie, za pomocą rytmu i symbolicznego działa-

²⁶ D. Koziełło, *Terapia tańcem*, „Kultura Fizyczna” 1997, nr 1, s. 20.

nia²⁷. Celem terapii tańcem jest proces, nie ostateczna jakość i produkt. Psychologiczna zmiana wiązana jest z indywidualnym i grupowym procesem, jego analizą i interpretacją²⁸. Terapeuci tańcem, koncentrując się na nieświadomości, stymulują symboliczną ekspresję emocji przez ruch i wyobraźnię. Według nich integracja nieświadomych treści ze świadomością jest najważniejszym celem ich oddziaływań. W ujęciu terapeutycznym w choreoterapii wyróżnia się: taniec, ćwiczenia muzyczno-ruchowe, improwizacje ruchowe przy muzyce. Socjoterapeuci wykorzystują wymienione elementy choreoterapii, wplatając je w proces grupowy i rozwojowe potrzeby uczestników socjoterapii, przy zachowaniu swojego rozumienia zastosowanej techniki i materiału, który wniosła. Połączenie muzyki i ruchu pozwala rozwijać u dzieci poczucie cielesnej tożsamości, akceptacji i całościowego przeżycia własnego ciała, a także przenoszenie psychicznych napięć bardziej na poziom symboliczny niż somatyczny.

▪ Muzykoterapia

Zgodnie z definicją E. Galińskiej przez „muzykoterapię rozumiemy systematyczne i metodyczne zastosowanie muzyki w procesie diagnozy, leczenia i rozwoju osobowości, oparte na interdyscyplinarnych muzyczno-psychologiczno-medycznych założeniach”²⁹. Stosowana w ramach tej techniki muzykoterapia percepcyjna korzysta z technik kierowanej wyobraźni i technik relaksacyjnych. Tworzenie portretu muzycznego, ćwiczenia Orffowskie, w których ma zastosowanie realizacja ruchowa muzyki, odtwarzanie muzyki wokalne czy instrumentalnej mogą być szeroko stosowane u uczestników socjoterapii. Śpiew, słuchanie muzyki, odtwarzanie rytmów same w sobie są atrakcyjnymi technikami socjoterapeutycznymi bądź mogą idealnie dopełniać inne, takie jak relaksacja, wizualizacja, psychodrama. Szczególnie dla nastolatków, u których tworzenie tożsamości grupowej często wspomagane jest identyfikacją z określonymi nurtami muzycznymi, wybór elementów muzykoterapii może zmniejszać opór przed pracą w grupie i stanowić podstawę integracji. Kiedy grupa osiągnie bardziej zaawansowany etap rozwoju, tzw. fazę pracy ćwiczeniem, które połączy różne techniki, może wykonać utwór muzyczny wspomagany *mini-playback show*.

²⁷ J. Jakubik-Hajdukiewicz, *Twórcze działania dla dzieci z wykorzystaniem terapii tańcem, jogi i kreatywnego pisania*, Poznań: Garmond. Oficyna Wydawnicza, 2005, s. 22.

²⁸ D. Koziełło, *Taniec i psychoterapia*, Poznań: Instytut Historii UAM, 1999, s. 73.

²⁹ E. Galińska, *Muzykoterapia*, w: *Encyklopedia Muzyki PWN*, red. A. Chodkowski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1995.

▪ Biblioterapia

Technika ta wykorzystuje tzw. materiały czytelnicze, których wybór jako nośnika oddziaływań pomocowych nie jest przypadkowy. Pedagogiczne ujęcie biblioterapii opiera się na roli książki jako pomocy opartej na procesie edukacyjnym. Przez identyfikację z literackimi postaciami dziecko uczy się rozwiązywać i oswajać trudności. Doświadcza sytuacji, w której zjawiska, interakcje społeczne, życiowe problemy są nazywane i możliwe do rozwiązania. Uwewnętrznia procesy radzenia sobie i przeżywania, bierze sobie „atrakcyjne i efektywne” części wybranych bohaterów, ma możliwość wewnętrznego i zewnętrznego dialogu z tym co trudne, nie do przyjęcia, obce, negatywnie ocenione. Technika ta może być szczególnie ważna dla dzieci, w otoczeniu których brakuje wystarczająco dobrych figur wychowawczych. Z uwagi na duży lęk i nieufność w relacjach interpersonalnych, elementy biblioterapii będą wspierać zmianę wartości, zachowań, przeżycia siebie i innych, zanim będzie możliwe uwewnętrznienie „dobrych” relacji z grupą i prowadzącym. W pracy z dziećmi łatwo skorzystać z wizerunku bohatera bajek. Nawet jeżeli są to bajki animowane, szybko powstają książki na bazie produkcji telewizyjnych, atrakcyjne dla najmłodszych, o widocznym walorze edukacyjnym i psychokorekcyjnym. Popularna wśród najmłodszych bajka *My Little Pony* i książkowa inspiracja *My Little Pony. Equestria Girls. Po tamtej stronie lustra*³⁰, może stanowić źródło socjoterapeutycznych treści, ponieważ porusza tematy przyjaźni, poczucia akceptacji w grupie, pomagania innym, tolerancji dla swoich i cudzych trudności, niedociągnięć, radzenia sobie z rywalizacją, zazdrością. Są bajki, w których potencjał terapeutyczny broni się sam, trwają bowiem przez pokolenia. Przekazywane w nich treści wpisują się w charakterystyczne dla etapu rozwojowego lęki dziecięce, obrazowe funkcjonowanie umysłu najmłodszych, naturalne dla nich impulsy i potrzeby. Wszystko to sprawia, że są to pozycje uniwersalne i nieśmiertelne. Taką baśnią jest *Czerwony kapturek*, po raz pierwszy opublikowany w 1697 roku przez Ch. Perraulta³¹, historia później zmieniona i rozpowszechniona przez braci Grimm³². Motyw pożarcia i wydostania się z brzucha, często szokujący dorosłych, oswaja dzieci z naturalnymi dla nich lękami i impulsami, prezentowanymi zgodnie ze sposobem przeżywania na danym etapie rozwojowym. Czytanie w grupie części tekstów czy wybranych komiksów może być nieocenione w pracy z grupami socjoterapeutycznymi.

³⁰ G. Berrow, *My Little Pony. Equestria Girls. Po tamtej stronie lustra*, Warszawa: Egmont Polska, 2014.

³¹ Ch. Perrault, *Najpiękniejsze baśnie Perraulta. Czerwony Kapturek*, Warszawa: Wilga, 2007.

³² J. Grimm, W. Grimm, *Czerwony Kapturek i inne baśnie braci Grimm*, Warszawa: Wydawnictwo Zielona Sowa, 2014.

2.7. Wizualizacja i relaksacja

Wizualizacja polega na wprowadzaniu wyobrażeń o różnorodnych treściach zależnych od celu, który przyświeca socjoterapeucie, i planowanego efektu. Wizualizacja sama w sobie może być metodą o szerokim działaniu terapeutycznym. Możemy mówić o dwóch technikach podawania wizualizacji przez prowadzących: bierna i czynna. Bierna wprowadza główny zarys, pewne ramy wizualizacji, np.: „wyobraź sobie, że latasz”. Czynna będzie wiernie odwzorowywała wprowadzane obrazy, wypełniając je szczegółami podawanymi przez prowadzących. Różne techniki mogą prowokować odmienne efekty: bierna dopuszcza do głosu wiele ukrytych treści, pragnień, lęków, impulsów, pozwoli ujawnić całą gamę mniej lub bardziej określonych, emocjonalnych przeżyć i doświadczyć ich. Czynna z kolei będzie świadomym wprowadzeniem doświadczenia kompensującego, np. poczucia bycia kochanym, uspokojonym, otoczonym troską. Relaksacja jako metoda ma na celu aktywizowanie procesu wchodzenia w stan relaksu. Techniką relaksacyjną może być trening Jacobsona bądź Schulza. Trening Jacobsona polega na nauce odprężania kolejnych partii ciała przez naprzemienne napinanie i rozluźnianie poszczególnych grup mięśni³³. Można również przez jakiś czas pracować z wybranymi partiami ciała, koncentrując się jedynie na nich, a dopiero później – kiedy uczestnik nauczy się je rozluźniać – przejść do kolejnych obszarów. Innym sposobem jest trening autogenny Schulza, który przez autosugestię pomaga osiągnąć odpoczynek i relaks³⁴. Techniki te i ich elementy mogą być przydatne w treningu samouspokajania, zwiększania kontroli zewnętrznej, obniżania napięcia, radzenia sobie z trudnymi emocjami, czucia własnego ciała.

Zakończenie

Realizacja psychokorekcyjnych i psychoedukacyjnych celów socjoterapii powinna uwzględniać naturalne potrzeby rozwojowe dzieci i młodzieży oraz dynamikę rozwoju grupy. Te dwie rozwojowe perspektywy determinują wybór metod i technik pracy, moment ich użycia oraz sposób omówienia. Psychodrama nie będzie trafnym wyborem na wczesnym etapie funkcjonowania grupy, kiedy wysoki poziom lęku aktywizuje opór, ogranicza swobodną ekspresję i zmniejsza szansę realizacji jej korektywnej funkcji. Na-

³³ M. Hall, D. Lederer, *Relaksacja w pigułce*, Gdańsk: GWP, 2008.

³⁴ Tamże.

tomiast w grupach młodzieżowych takie metody, jak wizualizacja czy relaksacja, kiedy aktywizują się wątki edypalne, rośnie pobudzenie i napierają impulsy seksualne, można zastąpić aktywniejszymi metodami pracy, np. zabawą. Podstawową sprawą w socjoterapii, na co nacisk kładzie myślenie psychodynamiczne, jest przyjęcie perspektywy rozwojowej zarówno w perspektywie dynamiki grupy, jak i intrapsychnicznego rozwoju dziecka. Takie myślenie pozwala dostosowywać metody i techniki pracy do indywidualnego profilu i potrzeb danej grupy. Przedstawiony w opracowaniu podział na metody i techniki w socjoterapii nie jest kategoriowy i zamknięty. W literaturze przedmiotu najczęściej techniki i metody wymieniane są wspólnie, bez podziału na to, co stanowi metodę, a co technikę pracy. Z jednej strony jest to związane z opisanym już we wprowadzeniu nieproporcjonalnym rozwojem praktyki i teorii w socjoterapii. Z drugiej natomiast – z niestałością i sytuacyjnością takiego podziału. Możemy sobie wyobrazić podział, w którym nasza technika, np. choreoterapia, staje się metodą, a my przypisujemy jej konkretne, użyteczne techniki. Szczególnie dla osób, które specjalizują się w układach choreograficznych będzie ona funkcjonować jako metoda. Przedstawiony w opracowaniu podział jest natomiast bliższy socjoterapeutom, którzy wykorzystują raczej pewne techniki: rysunkową, ekspresyjną, choreoterapeutyczną, niż konsekwentnie i regularnie wykorzystują wszystkie założenia i zasoby konkretnej metody.

Bibliografia

- Berrow G., *My little Pony. Equestria Girls. Po tamtej stronie lustra*, Warszawa: Egmont Polska, 2014.
- Galińska E., *Muzykoterapia*, w: *Encyklopedia Muzyki PWN*, red. A. Chodkowski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1995.
- Grimm J., Grimm W., *Czerwony Kapturek i inne baśnie braci Grimm*, Warszawa: Wydawnictwo Zielona Sowa, 2014.
- Hall M., Lederer D., *Relaksacja w pigułce*, Gdańsk: GWP, 2008.
- Jagiela J., *Socjoterapia w szkole. Krótki Poradnik Psychologiczny*, Kraków: Rubikon, 2007.
- Jakubik-Hajdukiewicz J., *Twórcze działania dla dzieci z wykorzystaniem terapii tańcem, jogi i kreatywnego pisania*, Poznań: Garmond. Oficyna Wydawnicza, 2005, s. 22.
- Jankowiak B., Soroko E., *Czynniki pomocowe w socjoterapii dzieci i młodzieży – refleksja teoretyczna*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013, s. 83-104.
- Jankowiak B., Soroko E., *Socjoterapia jako forma pomocy psychopedagogicznej*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013, s. 33-58.
- Jankowiak B., Soroko E., *Style socjoterapeutycznej pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą z perspektywy czynników pomocowych*, „*Studia Edukacyjne*” 2014, nr 31, s. 195-219.

- Koziello D., *Terapia tańcem*, „Kultura Fizyczna” 1997, nr 1, s. 20.
- Koziello D., *Taniec i psychoterapia*, Poznań: Instytut Historii UAM, 1999, s. 73.
- Kramer E., *Art as therapy*, London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.
- Matyja A., *Metody i techniki stosowane w socjoterapii*, „Opieka, Wychowanie, Terapia” 2005, 1–2 (61–62), s. 42–45.
- Perrault Ch., *Najpiękniejsze baśnie Perraulta. Czerwony Kapturek*, Warszawa: Wilga, 2007.
- Poniatowska-Leszczyńska K., *Socjoterapia w podejściu psychodynamicznym*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013, s. 117–134.
- Sawicka K., *Socjoterapia*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 1999.
- Słysz A., *Rysunek jako forma diagnostyczno-terapeutyczna*, w: *Od systemu terapeutycznego do interwencji*, red. Ł. Kaczmarek, A. Słysz, E. Soroko, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2006, s. 91–104.
- Słysz A., *Główne czynniki zmiany w socjoterapii dzieci i młodzieży*, w: *Pojęcie zmiany w teorii i praktyce psychologicznej*, red. J. Słapińska, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2008.
- Sobolewska Z., *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, Warszawa: OPTA, 1993.
- Strzemieczny J., *Zeszyty Socjoterapeutyczne*, Warszawa: PTP, 1988.
- Wallon P., Cambier A., Elgenhart D., *Rysunek dziecka*, Warszawa: WSiP, 1993.
- Wilk M., *Diagnoza psychodynamiczna w socjoterapii*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013, s. 135–154.
- Wilk M., *Diagnoza w socjoterapii*, Gdańsk: GWP, 2014.

Barbara Jankowiak

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii. Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Emilia Soroko

Institut Psychologii. Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Diagnozowanie procesu grupowego w socjoterapii. Wskaźniki etapów rozwoju grupy socjoterapeutycznej adolescentów

Wstęp. Socjoterapia jako praca z grupą a wybrane aspekty diagnozowania procesów grupowych

W rozważaniach dotyczących diagnozowania procesu grupowego przyjęto, że socjoterapia to forma pomocy psychopedagogicznej ukierunkowanej na dzieci i młodzież z grup ryzyka lub/i przejawiających zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym, która polega na intencjonalnym uruchamianiu czynników pomocowych, wykorzystujących procesy grupowe i rolę socjoterapeuty, w celu kompensacji potencjalnych deficytów rozwoju społecznego i zapobieganiu kształtowaniu się zaburzeń uczestników grupy¹.

Pomaganie w socjoterapii polega w znacznej mierze na wykorzystaniu procesów grupowych, które zachodzą w małej grupie społecznej. W teoriach małych grup społecznych² wskazuje się na takie charakterystyki grupy, jak: 1) bezpośrednia komunikacja i wpływ społeczny między minimum dwoma osobami, 2) poczucie przynależenia do siebie nawzajem, 3) wspólny cel. Z punktu widzenia pomocy grupowej podkreśla się współzależność człon-

¹ B. Jankowiak, E. Soroko, *Socjoterapia a inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013.

² Por. np. B. Wojciszke, *Człowiek wśród ludzi*, Warszawa: Scholar, 2002; I. Krzemiński, *Co się dzieje między ludźmi?*, Warszawa: Open, 1998.

ków grupy w zakresie zaspokajania wzajemnych potrzeb emocjonalnych oraz zdolność do działania w sposób jednolity i idącą za tym możliwość postrzegania grupy działającej jako jedność. Ta ostatnia właściwość grup pozwala identyfikować aktywne w danym momencie lub bardziej stałe (stabilne, wiodące), podzielane problemy, konflikty ogniskowe czy wspólne motywy lub założenia grupy³. Jak podkreśla B. Wojciszke⁴, grupa wykształca strukturę, którą można badać z perspektywy jej składu (osób, ról) oraz mechanizmów integracyjnych, takich jak komunikacja, normy czy spójność. Mechanizmy integracyjne rozumieć można jako podstawę istnienia grupy (jej zawiązywania się i trwania). Polegają one zatem na różnych formach komunikacji i interakcji. Badając komunikację w grupie, wyróżniamy aspekt treściowy, dotyczący tematów poruszanych w grupie, oraz procesualny (jak grupa radzi sobie z komunikacją), który wyraża się np. w tym, kto mówi, do kogo, czy też kiedy mówi. Mniej więcej to, co tutaj nazywamy mechanizmami integrującymi, bywa określane dynamiką grupy lub po prostu procesem grupowym, rozumianym jako całokształt zmieniających się relacji między oddziałującymi na siebie jednostkami – uczestnikami grupy oraz prowadzącymi⁵.

Choć proces jest niezależny od treści, która jest komunikowana⁶, to jednak mechanizmy integracyjne – ich aspekt treściowy, jak i procesualny – pozostają ze sobą w ścisłym odniesieniu i obserwować je można z perspektywy rozwoju grupy, zmierzającej ku coraz większej dojrzałości⁷. Właśnie w etapach rozwoju grupy najlepiej widać wzajemne zależności między treścią a procesami komunikacji. Badanie dynamiki grupowej ma w psychologii i pedagogice długą już tradycję. Generalnie wyróżnić można dwa podejścia do pomiaru: obserwacyjny (obserwacja jawna i ukryta, obserwacja uczestnicząca, tradycja identyfikowania interakcji w grupie według np. systemu Balesa) oraz samoopisowy (głównie tradycja badań za pomocą socjogramu)⁸.

³ Por. np. W. Bion, *Experiences in Groups*, New York: Basic Books, 1961; P. Moxnes, *Fantasies and Fairy Tales in Groups and Organizations. Bion's Basic Assumptions and the Deep Roles*, „European Journal of Work and Organizational Psychology” 1998, 7 (3), s. 283–298.

⁴ B. Wojciszke, dz. cyt.

⁵ Por. I. Yalom, M. Leszcz, *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006. Warto zauważyć, że w niektórych podejściach doprecyzowuje się definicje dynamiki i procesu grupowego.

⁶ Por. narzędzie do badania aspektu procesualnego, *The Revised CORE Battery*, w: A. Joyce, *The revised CORE Battery. Assessment of group therapy process*, „Group Circles” 2005, 2, s. 4–6.

⁷ E. Orlik-Marciniak, *Wielkie organizacje i małe grupy – prawidłowości rozwoju*, w: *Współczesne organizacje – wyzwania i zagrożenia*, red. M. Strykowska, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2002.

⁸ Por. więcej: D.R. Forsyth, *Group Dynamics*, Belmont: Wadsworth, Cengage Learning, 2010.

Niniejsza praca koncentruje się na metodzie obserwacyjnej, wykorzystanej w praktycznym badaniu etapów rozwoju grupy. Jej celem jest wyróżnienie obszarów i wskaźników⁹ użytecznych w diagnozie dynamiki grupy socjoterapeutycznej. Nasze rozważania opieramy na szerokim założeniu, że diagnoza w socjoterapii powinna być wielowymiarowa, a diagnozowanie procesów grupowych z uwzględnieniem funkcjonowania interpersonalnego poszczególnych uczestników jest jednym z niezwykle ważnych jej elementów¹⁰. Diagnozowanie etapu rozwoju grupy jest według nas ważną kompetencją socjoterapeuty, gdyż pozwala mu dobrać odpowiednie sposoby oddziaływania pomocowego, zwiększając skuteczność wybieranych czynników pomocowych. Inaczej mówiąc, obserwacja grupy pozwala rozpoznawać potencjał pomocowy grupy, który jest funkcją relacji wzajemnych między uczestnikami i między prowadzącym socjoterapię a uczestnikami¹¹.

Rozumienie procesów grupowych pod kątem rozwoju grupy pozwala zatem na właściwe zastosowanie metod i technik pracy, a także dobór poszczególnych oddziaływań psychopedagogicznych ukierunkowanych na pomoc poszczególnym członkom grupy, jak i wsparcia w rozwoju grupy jako całości¹². Ponadto pozwala ono na ocenę skuteczności oddziaływań socjoterapeutycznych. Zależności między oddziaływaniem na grupę a właściwościami grupy (inaczej mówiąc, między interwencją a diagnozą) powinny być w centrum świadomości socjoterapeutów.

Zajmując się procesem rozwoju grupy, warto również mieć na uwadze, że procesy grupowe, a wśród nich też etapy rozwoju grupy, są zależne od wielu innych czynników, takich jak: typ grupy (w zamkniętych, regularnych i dłuższych spotkaniach proces grupowy będzie najprawdopodobniej intensywniejszy), liczebność grupy (z próbami ustalenia optymalnej liczby osób, np. od 8 do 14 według I. Yaloma¹³), sposób pracy socjoterapeuty (np. mniej

⁹ Używamy słowa „wskaźnik” w rozumieniu zjawiska lub informacji wskazującej na to, co dzieje się w grupie socjoterapeutycznej na danym etapie jej rozwoju, i co może być dostępne obserwacji bezpośredniej (np. wzorce komunikacji, wypowiedane słowa, podejmowane działania) lub pośredniej (przez zdolność socjoterapeuty do przypisywania znaczeń określonym działaniom czy słowom, np. w tematach podejmowanych). Wskaźnik nie oznacza tutaj zatem wyłącznie czegoś podlegającego obserwacji bezpośredniej, ale też może mieć aspekt interpretacji dokonanej przez obserwatora.

¹⁰ B. Jankowiak, E. Soroko, *Style socjoterapeutycznej pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą z perspektywy czynników pomocowych*, „Studia Edukacyjne” 2014, nr 31.

¹¹ A. Joyce, *The revised CORE Battery. Assessment of group therapy process*, „Group Circles” 2005, 2, s. 4–6.

¹² Por. B., Jankowiak, E. Soroko, *Problematyka wsparcia w socjoterapii – wybrane zagadnienia*, „Studia Edukacyjne” 2014, nr 32, s. 225–243.

¹³ I. Yalom, M. Leszcz, *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006.

lub bardziej akcentujący znaczenia nieświadome różnych zachowań manifestowanych w grupie), dobór uczestników (homo- lub heterogeniczność w grupie w różnych aspektach, ale także np. zakres zdolności uczestników do czerpania korzyści z pracy grupowej) czy też wiek uczestników.

W naszych rozważaniach odnosimy się do grupy adolescentów (a nie młodszych uczestników), ponieważ ich sposób funkcjonowania zarówno poznawczego, jak i społecznego i psychicznego staje się coraz bardziej dojrzały, co powoduje, że sposób pracy w socjoterapii będzie odmienny niż w grupie dzieci. Poziom rozwoju poznawczego osiąga stadium operacji formalnych, dając możliwość stosowania myślenia abstrakcyjnego, logicznego i dedukcyjnego¹⁴. Umożliwia to wykorzystywanie przez młodzież dużo bardziej dojrzałego rozumienia sytuacji w grupie, własnych sposobów wchodzenia w relacje interpersonalne oraz własnych procesów intrapsychicznych. Wraz z rozwojem poznawczym następuje rozwój nowych poziomów rozumowania moralnego (zazwyczaj wśród nastolatków jest to poziom moralności konwencjonalnej), które jest niezwykle istotne w rozumieniu norm grupowych. W odniesieniu do tożsamości autodefinicje młodych ludzi nabierają wyraźnie abstrakcyjnego znaczenia, a funkcjonowanie w grupie rówieśniczej staje się niezwykle ważne i stanowi pomost między zależnością dziecka a niezależnością dorosłego¹⁵. W związku z tym zakładamy, że praca z młodszymi dziećmi wymagałaby ustalenia innych wskaźników diagnostycznych rozwoju grupy. Ponadto funkcjonowanie dzieci w socjoterapii w większym zakresie niż młodzieży – zależałoby od rodziców, np. w kwestii frekwencji czy spóźnień.

Z przedstawionych wyżej powodów chcemy podkreślić, że warto umocować daną grupę w określonym kontekście i dopuszczać zmiany w normatywnych opisach i wskaźnikach poszczególnych etapów. Mamy bowiem do czynienia z dwiema najtrudniejszymi kwestiami w diagnozowaniu: próbując zrozumieć rozwój grupy, dotykamy szerszego problemu rozwoju normalnego oraz ewentualnych zakłóceń (i dylematu o kryteria normy i patologii), a próbując uchwycić proces tego rozwoju (proces zmian), stajemy w obliczu wielowymiarowego i dynamicznego zjawiska, które nie ma jednej wzorcowej manifestacji, stanowiącej jednoznaczny punkt odniesienia¹⁶.

¹⁴ Por. np. H. Bee, *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2004.

¹⁵ Por. tamże.

¹⁶ Por. też próby pomiaru dynamiki wybranych aspektów grupy pomocowej: P.B. Gold, D.M. Kivlighan Jr., M.J. Patton, *Multidimensional Scaling Profile Analysis of Non-Growth Change in Groups. A Demonstration*, „Small Group Research” 2014, 45 (3) s. 235-265; D.M. Kivlighan Jr., R.L. Lilly, *Developmental Changes in Group Climate as They Relate to Therapeutic Gain*, „Group Dynamics. Theory, Research, and Practice” 1997, 1, 3, s. 208-221.

1. Grupa socjoterapeutyczna w procesie zmian

W literaturze przedmiotu poświęcono wiele miejsca na analizę faz, przez które przechodzi grupa – zarówno w różnego rodzaju formach pomocy, jak i np. w organizacjach, poddając analizie nie grupę terapeutyczną a zespół pracowniczy¹⁷. W literaturze spotykamy zatem nie tylko wiele nazw na określenie etapów rozwoju dynamiki grupowej, ale też opracowania z wielu perspektyw oraz na bardzo różnym poziomie ogólności, co przynosi zarówno korzyści (np. duża dostępność wiedzy), jak i negatywne skutki (np. niska użyteczność niektórych pojęć, nadmierne uproszczenia, nieuwzględnianie specyfiki poszczególnych grup).

Bardzo ogólnie mówiąc, w każdej formie pracy grupowej, w której pojawia się na tyle swobody, aby możliwe były spontaniczne interakcje i komunikacja, uczestnicy rozwijają wzajemne relacje, przechodząc od etapu poznawania się, następnie konfliktu czy trudności w grupie, przez konstruktywną pracę, aż do zakończenia pracy grupy. M.S. Corey i G. Corey¹⁸ wyróżniają następujące etapy rozwoju grupy: początek pracy grupy, stadium przejściowe, konstruktywna praca grupy, zakończenie pracy grupy. B. Tryjarska¹⁹, opisując rozwój grupy psychoterapeutycznej pacjentów neurotycznych, wyróżnia następujące fazy: orientacji, konfrontacji i eksploracji różnic, pogłębionej eksploracji problemów na poziomie indywidualnym i grupowym, kończenia psychoterapii. B. Kozusznik w odniesieniu do zespołu pracowniczego pisze o: kształtowaniu się (*forming*), awanturze (*storming*), normalizacji (*norming*), wykonaniu (*performing*) i zamknięciu (*adjourning*)²⁰. Każdej z tych faz towarzyszą pewne cechy komunikacji w grupie, doświadczane emocje, typowe tematy, problemy oraz zadania rozwojowe czy wyzwania.

W niniejszej pracy przyjęto określenia faz rozwoju grupy socjoterapeutycznej, uznając za punkt wyjścia uporządkowanie dokonane przez B. Tryjarską²¹, wywodzące się z obszaru psychoterapii, ponieważ jest w tym ujęciu duży nacisk na pomocowy potencjał grupy. Mamy zatem następujące fazy

¹⁷ M.S. Corey, G. Corey, *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2008; B. Tryjarska, *Wprowadzenie. Specyfika psychoterapii grupowej, w: Psychoterapia. Praktyka*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: ENETEIA, 2006; B. Kozusznik, *Kierowanie zespołem pracowniczym*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 2005; A. Kozak, *Proces grupowy. Poradnik dla trenerów, nauczycieli, wykładowców*, Gliwice: Helion, 2014.

¹⁸ M.S. Corey, G. Corey, dz. cyt.

¹⁹ B. Tryjarska, dz. cyt.

²⁰ Teoria Tuckmana, 1965, za: D.R. Forsyth, dz. cyt.; por. też B. Kozusznik, dz. cyt.

²¹ B. Tryjarska, dz. cyt.

rozwoju grupy socjoterapeutycznej: 1) początkową pracy grupy, 2) eksploatacji różnic w grupie, 3) konstruktywnej pracy grupy, 4) zakończenia pracy grupy. Poniżej dokonano krótkiego opisu zjawisk charakterystycznych dla rozwoju grupy, aby w dalszej kolejności przedstawić przydatne w obserwacji grupy obszary i wskaźniki poszczególnych etapów rozwoju, biorąc pod uwagę aspekt procesualny oraz treściowy komunikacji w grupie. Aspekt procesualny został podzielony na obszary, takie jak: zasady funkcjonowania w grupie (które dotyczą pewnych formalnych ustaleń, jak np. zasady uczestnictwa, kontrakt, cele grupy), normy funkcjonowania w grupie (związane są z tym, jak uczestniczki i uczestnicy reagują na funkcjonowanie w grupie – jaki sposób zachowania podejmują w odniesieniu do innych członków, prowadzącego i ustaleń formalnych w określonej fazie), poziom spójności, dozwolone formy ekspresji, funkcjonowanie w rolach grupowych oraz w odniesieniu do socjoterapeuty. Aspekt treściowy został przedstawiony jako wybór różnych przykładowych tematów, które proponujemy rozumieć jako manifestację procesów charakterystycznych dla omawianej fazy, a które mogą w pewnych okolicznościach być też przedmiotem interpretacji (por. podejście psychodynamiczne w socjoterapii²²).

2. Charakterystyka grupy i wskaźniki diagnostyczne procesu grupowego w fazie początkowej pracy grupy socjoterapeutycznej

Główne zjawiska w grupie to badanie, sprawdzanie i nabywanie orientacji, ekspresja lęków, obaw, ale też wyrażanie oczekiwań²³. Przedmiotem jawnej komunikacji między uczestnikami jest często określanie celów grupy, fasadowa prezentacja własnej osoby, mniej lub bardziej bezpośrednio wypowiadanie obaw i wątpliwości, a także nadziei związanych z udziałem w grupie. Na mniej jawnym poziomie odbywa się wyrażanie stosunku do terapeuty i oczekiwań wobec niego, pierwsze ustalanie relacji wobec innych uczestników grupy, określanie własnego miejsca w grupie²⁴. Na tym etapie istotne jest ustalenie poziomu bezpieczeństwa psychologicznego w grupie. Dopóki nie zostanie ono korzystnie oszacowane przez uczestników/uczestniczki,

²² M. Wilk, *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*, Gdańsk: GWP, 2014.

²³ M.S. Corey, G. Corey, dz. cyt.

²⁴ B. Tryjarska, dz. cyt.

uwaga będzie kierowana na otoczenie zewnętrzne, a gotowość spontanicznego ujawniania siebie hamowana²⁵. Uczestnicy chętnie wyrażają uznanie i zadowolenie z udziału w zajęciach, raczej doszukują się podobieństw niż różnic, skupiają się na pozytywach, pomijając negatywne odczucia²⁶. Zadania socjoterapeuty dotyczą określenia i sprecyzowania celów, ustalenia, do jakich celów grupa zmierza jako całość, a do jakich poszczególne osoby. Ważne, aby cele były wprost sformułowane, zrozumiane i zaakceptowane przez wszystkich członków grupy już na wczesnym etapie pracy²⁷. Na pierwszym etapie tworzenia się grupy socjoterapeucie pomagają *setting* – wprowadzenie jasnych zasad odnośnie do funkcjonowania grupy i roli prowadzącego²⁸. Można powiedzieć, że *setting* występuje tu w roli tzw. kontenera²⁹, ujmując trud uczestnictwa w grupie w określone ramy, i w ten sposób obniżając poziom lęku w grupie³⁰. Na tym etapie członkowie grupy polegają na socjoterapeucie i oczekują jego wsparcia w procesie integracji z grupą i tworzenia się perspektywy „my”. Zyskiem tego etapu jest wstępna identyfikacja z grupą, zmniejszenie lęku, czujności, wzrost poczucia bezpieczeństwa, znajomości zasad i reguł³¹.

Tabela 1. Wskaźniki procesu grupowego fazy początkowej pracy grupy socjoterapeuty

Wskaźniki procesualne	Wskaźniki treściowe
<p>Zasady funkcjonowania w grupie <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – zadają pytania dotyczące sposobu funkcjonowania grupy, np. odnośnie do zasad i norm, kontraktu, celu funkcjonowania grupy – zgadzają się co do zasad funkcjonowania w grupie (zasady dotyczące np. dyskrecji, punktualności, częstotliwości spotkań) np. przez zaakceptowanie/przyjęcie kontraktu – zgadzają się na cele grupy 	<p>Podjęmowane przykładowe tematy <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – podejmują tematy związane z uczestnictwem w innych grupach, np. treningach interpersonalnych i obowiązujących tam zasadach – podejmują tematy związane z normami funkcjonowania w różnych sytu-

²⁵ K. Poniatowska-Leszczczyńska, *Socjoterapia w podejściu psychodynamicznym*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013.

²⁶ Tamże.

²⁷ M.S. Corey, G. Corey, dz. cyt.

²⁸ K. Poniatowska-Leszczczyńska, dz. cyt.

²⁹ D. Quinodoz, *The Psychoanalytic Setting as the Instrument of the Container Function*, „Int. J. Psycho.-Anal.” 1992, 73.

³⁰ K. Poniatowska-Leszczczyńska, dz. cyt.

³¹ G.K. Oyster, *Grupy*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2000.

Wskaźniki procesualne	Wskaźniki treściowe
<p>Normy funkcjonowania w grupie <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - przyjmują normy grupowe - mogą być zwerbalizowane lub niewypowiedziane wprost, ale członkowie grupy starają się ich przestrzegać - dotrzymują tajemnicy grupowej, nie udzielając informacji o innych poza grupą - słuchają siebie z uwagą - udzielają sobie powierzchnego wsparcia, np. przez dawanie rad - mówią o takich uczuciach, które nie są trudne do przyjęcia, kłopotliwe dla innych - nie krytykują siebie wzajemnie za ujawnianie ja „prywatnego” <p>Poziom spójności <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - komunikując, poszukują podobieństw między sobą - nie komunikują na temat wzajemnych różnic (pomijanie różnorodności) - komunikują o atrakcyjności grupy i nadziejach związanych z uczestnictwem w grupie - współpracują między sobą - uczęszczają na spotkania i są punktualni 	<p>acjach, których doświadczyli</p> <ul style="list-style-type: none"> - podejmują bezpieczne tematy, np. „problemy w szkole”, „niechęć do nauki”, „brak zrozumienia ze strony rodziców”, które pozwalają zapelnąć ciszę i rozładować napięcie, a także zyskać poczucie podobieństwa - podejmują historie spoza grupy, np. obejrzone filmy, wydarzenia, które miały miejsce przed zajęciami - opowiadają o sprawdzianach, egzaminach, stresujących wydarzeniach - opowiadają o rolach społecznych, które podejmują, np. „jestem siatkarzem”, „gram na basie”, „jestem przewodniczącym szkoły”, „jestem uzależniony od marihuany”, „wyrzucili mnie ze szkoły”
<p>Dozwolone formy ekspresji <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - nie ujawniają zagrażających treści - werbalizują pozytywne uczucia, pomijając negatywne - nie ujawniają wzajemnych niechęci, antagonizmów, rywalizacji - obawy co do uczestnictwa w grupie wyrażają w sposób nieagresywny lub nie wprost - stosują powierzchowne autoprezentacje - poszukują podobieństw do innych członków grupy - werbalizują indywidualne oczekiwania i potrzeby uczestnictwa w grupie - wyrażają zadowolenie z udziału w grupie - wypowiadają obawy i wątpliwości, ale też nadzieje związane z uczestnictwem w grupie - udzielają względnie bezpiecznych informacji 	

Wskaźniki procesualne	Wskaźniki treściowe
<ul style="list-style-type: none"> - zaznaczają własną odrębność przez informowanie o szczególnych zainteresowaniach, umiejętnościach - zabiegają o uwagę terapeuty i innych członków grupy w typowy dla siebie sposób, np. przez poszukiwanie szczególnego wsparcia, zdobywanie sympatii, przyjmowanie odpowiedzialności 	
<p>Funkcjonowanie w rolach grupowych <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> stosują schematyczne wzorce zachowań, wchodząc w role grupowe (również destrukcyjne), np. lidera dominacji, lidera sympatii, kozła ofiarnego</p>	
<p>Funkcjonowanie w odniesieniu do socjoterapeuty <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> do socjoterapeuty odnoszą się w sposób schematyczny, np. jak do dobrego ojca, reprezentanta władzy, przywódcy duchowego – komunikując, wyrażają obawy, nadzieje</p>	

Źródło: opracowanie własne wskaźników na podstawie: B. Tryjarska, *Wprowadzenie. Specyfika psychoterapii grupowej*, w: *Psychoterapia. Praktyka*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: ENETEIA, 2006; M.S. Corey, G. Corey, *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2008; K. Jedliński, *Trening interpersonalny*, Warszawa: WAB, 2008.

3. Charakterystyka grupy i wskaźniki diagnostyczne procesu grupowego w fazie eksploracji różnic w grupie socjoterapeutycznej

Fazę tę rozpoczyna pojawienie się konfliktów w grupie – wyrażanie złości i zawodu wobec terapeuty oraz antagonizmów między uczestnikami³². Na tym etapie uwidacznia się w obszarze osobistej otwartości niepewność co do opinii innych na swój temat, wyrażanie własnych, często odmiennych potrzeb, oczekiwań, sądów. Dyskomfort i trudności z przebywaniem w grupie są wyraźnie widoczne³³. Na tym etapie zazwyczaj występują charakterystyczne zjawiska, takie jak: lęk, postawy obronne, opór, walka o władzę, konflikty, ataki na prowadzącego. Aby grupa osiągnęła następne stadium – konstruktywnej pracy – problemy te muszą zostać rozpoznane i skutecznie przepracowane. Zadania prowadzącego dotyczą głównie wsparcia w sta-

³² B. Tryjarska, dz. cyt.

³³ K. Poniatowska-Leszczyńska, dz. cyt.

wianiu czoła konfliktom, uczenia, jak ważne jest rozpoznawanie sytuacji konfliktowych i gruntowne ich przepracowanie, uczenia uwzględniania oporu i konstruktywnego postępowania z jego przejawami, modelowania postaw i zachowań przez otwarte traktowanie wszelkich form krytyki własnej osoby lub funkcjonowania w roli zawodowej³⁴. Istotą tej fazy jest odkrycie i uaktywnienie się wewnętrznego konfliktu między zbliżaniem się, zaangażowaniem a utrzymaniem bezpiecznego dystansu³⁵. Wyłania się silniej zróżnicowana struktura grupy, tworzą się więzi interpersonalne. Pojawiają się podgrupy, uwidaczniając wzrost procesów wyodrębniania się i różnicowania. Uczestnicy ponownie nazywają oczekiwania i potrzeby³⁶. Pod koniec drugiego etapu następuje destabilizacja ról grupowych ukonstytuowanych w pierwszej fazie. Pomyślny rozwój grupy powoduje zanik ról destruktywnych. Krystalizują się nowe role, np. wyraziciel nastrojów grupowych, sumienie grupy, bard grupowy³⁷.

Tabela 2. Wskaźniki procesu grupowego fazy eksploracji różnic w grupie socjoterapeutycznej

Wskaźniki procesualne	Wskaźniki treściowe
Zasady funkcjonowania w grupie <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> kontestują zasady wprost lub przez podejmowanie zachowań z nimi sprzecznych, np. spóźnianie się, odbieranie telefonu podczas zajęć, wcześniejsze wyjścia	Podjęmowane przykładowe tematy <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> – podejmują tematy dotyczące niespełnionych oczekiwań, złości
Normy funkcjonowania w grupie <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> – badają własne impulsy i wzajemne ustosunkowania – wyrażają wszystkie własne impulsy i uczucia (także nieakceptowane społecznie) w formie nie-destruktywnej dla innych – szanują różnorodność i odrębność innych	– wypowiadają się w sposób egocentryczny – mówią o różnicach między sobą, często dzieląc się na podgrupy – „my jesteśmy różni od nich” – mówią o swoim zaskoczeniu postawami niepodobnych do siebie uczestników
Poziom spójności <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> – ujawniają swoje impulsy i uczucia także mniej akceptowane społecznie – ujawniają swoje „ja prywatne” – wyrażają niechęć i złość wobec siebie nawzajem i prowadzącego	– krytykują postawy, historie, sposób przeżywania innych uczestników – opowiadają dowcipy i historie, aby ośmieszyć innych

³⁴ M.S. Corey, G. Corey, dz. cyt.

³⁵ K. Poniatowska-Leszczynska, dz. cyt.

³⁶ Tamże.

³⁷ B. Tryjarska, dz. cyt.

Wskaźniki procesualne	Wskaźniki treściowe
<p>Dozwolone formy ekspresji <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – konfliktują się między sobą – wyrażają wzajemne antagonizmy – walczą o władzę w grupie – dzielą się na podgrupy – komunikują lęk, nieufność i złość wprost lub delegują innych członków grupy, by wyrażali agresywne nastroje całej grupy – milczą – pojawia się cisza: brak komunikacji (jako przejaw oporu) – wyrażają własne, odmienne od reszty grupy potrzeby, oczekiwania, sądy – przejawiają zachowania agresywne lub bierność – powstrzymują swoje reakcje, odmawiają ujawniania myśli i uczuć – skupiają się w komunikacji na innych, nie na sobie – snują opowieści niemające znaczenia 	
<p>Funkcjonowanie w rolach grupowych <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – odgrywają role dające możliwość wyrażenia złości przez grupę, np. samozwańczy lider lub sfrustrowany „prymus” – ujawniają mniej akceptowane społecznie zachowania, np. agresywne, sarkastyczne, ironiczne 	
<p>Funkcjonowanie w odniesieniu do socjoterapeuty <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – integrują się przeciwko socjoterapeucie – wyrażają złość i zawód wobec socjoterapeuty – atakują socjoterapeutę, np. przez podważanie kompetencji 	

Źródło: opracowanie własne wskaźników na podstawie: B. Tryjarska, *Wprowadzenie. Specyfika psychoterapii grupowej*, w: *Psychoterapia. Praktyka*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: ENETEIA, 2006; M.S. Corey, G. Corey, *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2008; K. Jedliński, *Trening interpersonalny*, Warszawa: WAB, 2008.

4. Charakterystyka grupy i wskaźniki diagnostyczne procesu grupowego w fazie konstruktywnej pracy grupy socjoterapeutycznej

Grupę w tej fazie cechuje zaangażowanie uczestników w zgłębianie problemów, z jakimi przyszli na sesję, skupienie uwagi na procesach zachodzących

w grupie³⁸. W tej fazie prowadzący mniej strukturalizuje grupę i stosuje mniej interwencji. Członkowie grupy nauczyli się już sami angażować w interakcje i przejmują większą odpowiedzialność za to, co dzieje się w grupie (nie są współprowadzącym, ale udzielają sobie informacji zwrotnych)³⁹. W tym czasie uczestnicy socjoterapii są w zdecydowanie mniejszym stopniu osadzeni tylko w jednej roli, ponieważ poszerza się repertuar ich sposobów odnoszenia się do ludzi. Są też bardziej niezależni od terapeuty i bardziej realistycznie go postrzegają⁴⁰.

Tabela 3. Wskaźniki procesu grupowego fazy konstruktywnej pracy grupy socjoterapeutycznej

Wskaźniki procesualne	Wskaźniki treściowe
<p>Zasady funkcjonowania w grupie <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – precyzują swoje osobiste cele – podejmują działania, aby osiągnąć osobiste cele – wspólnie z prowadzącym wypracowują cele grupowe, które są jasne i konkretne – ukierunkowują swoje działania na osiągnięcie celów 	<p>Przykładowe podejmowane tematy <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – podejmują tematy związane z seksualnością, np. historie własnych miłości – podejmują osobiste tematy, np. dzielą się takimi doświadczeniami z okresu dzieciństwa, jak: odrzucenie, utrata jednego z rodziców, niespełnienie istotnych pragnień, rywalizacja z rodzeństwem – podejmują problematykę niepowodzeń w bliskich związkach z przyjaciółmi, poczucia samotności, pragnienia bliskiego związku, obawy przed utratą ważnych osób i obawy przed utratą własnej odrębności
<p>Normy funkcjonowania w grupie <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – ujawniają swoje bardziej osobiste problemy – wyrażają różnorodne uczucia wobec innych członków grupy i socjoterapeuty – udzielają sobie wzajemnie pomocy przez odkrywanie trudniejszych do zaakceptowania i mniej jawnych aspektów funkcjonowania (nie tylko przez udzielanie wsparcia) – wyrażają wzajemną akceptację ze wszystkimi własnymi impulsami i tendencjami, werbalnie lub przez określone postawy, np. aktywne słuchanie, nieosądzanie – wraz z prowadzącym wypracowują normy grupowe, które są jasne dla wszystkich i pozwalają osiągać cele indywidualne 	
<p>Poziom spójności <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – ufają sobie nawzajem i prowadzącemu lub otwarcie wyrażają brak zaufania 	

³⁸ M.S. Corey, G. Corey, dz. cyt.

³⁹ Tamże.

⁴⁰ B. Tryjarska, dz. cyt.

Wskaźniki procesualne	Wskaźniki treściowe
<ul style="list-style-type: none"> - dzielą się swoimi aktualnymi odczuciami - identyfikują się z grupą np. przez używanie komunikatów „my” w odniesieniu do grupy 	
<p>Dozwolone formy ekspresji <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - komunikują się w sposób otwarty i wyrażają, czego doświadczają - mówią sobie wprost, co aktualnie czują - uczestniczą w jej prowadzeniu: inicjują aktywność lub proponują badanie konkretnych obszarów - podejmują ryzyko ujawnienia zagrażających treści, coraz więcej wiedzą o sobie nawzajem - identyfikują się ze sobą - eksperymentują z nowymi sposobami zachowania ze względu na poczucie bliskości i wsparcia, jakie sobie wzajemnie zapewniają - ujawniają, omawiają i rozwiązują konflikty między sobą lub/i między sobą a terapeutą - przekazują informacje zwrotne i nie bronią się przed ich przyjęciem - rozważają ich trafność - wyrażają wiarę w możliwość konstruktywnych zmian - konfrontację traktują jako zachętę do badania swoich zachowań, a nie bezwzględny atak - komunikują się w sposób jasny i bezpośredni - dostrzegają w innych członkach zasoby, z których mogą czerpać - okazują sobie zainteresowanie i troskę - omawiają dynamikę grupy - łączą sferę uczuć i myślenia - nie tylko wyrażają i rozładowują emocje, ale również analizują znaczenie różnych doświadczeń emocjonalnych - wykorzystują czas poza sesjami, aby kontynuować prace nad problemami, które wyłoniły się w grupie - skupiają aktywną uwagę na problemach zgłaszanych przez innych uczestników i reagują na nie 	
<p>Funkcjonowanie w rolach grupowych <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - wspierają odmiennność, szanują różnice indywidualne i kulturowe - są w zdecydowanie mniejszym stopniu osadzeni tylko w jednej roli, ponieważ poszerza się repertuar ich sposobów odnoszenia się do ludzi 	

Wskaźniki procesualne	Wskaźniki treściowe
– podejmują role lideryskie wyłącznie na zamówienie grupy i pod jej kontrolą	
Funkcjonowanie w odniesieniu do socjoterapeuty <i>uczestnicy i uczestniczki grupy</i> : – są bardziej niezależni od terapeuty i bardziej realistycznie go postrzegają – nie przypisują mu cech, których on nie ma – nie zgłaszają problemów bezpośrednio do socjoterapeuty, tylko do grupy	

Źródło: opracowanie własne wskaźników na podstawie: B. Tryjarska, *Wprowadzenie. Specyfika psychoterapii grupowej*, w: *Psychoterapia. Praktyka*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: ENETEIA, 2006; M.S. Corey, G. Corey, *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2008; K. Jedliński, *Trening interpersonalny*, Warszawa: WAB, 2008.

5. Charakterystyka grupy i wskaźniki diagnostyczne procesu grupowego w fazie kończenia pracy grupy socjoterapeutycznej

Zadania stadium końcowego dotyczą wzmocnienia i utrwalenia efektów pracy. Uczestnicy powinni utrwalić uzyskane korzyści i podjąć decyzję, które z nabytych doświadczeń behawioralnych chcą przenieść do codziennego życia⁴¹. W grupie pojawiają się uczucia związane ze zbliżającym się rozstaniem, takie jak: smutek i żal⁴² lub zadowolenie i ulga⁴³. Wyrażane są opinie co do zysków z uczestnictwa w grupie, jak również zaistniałych braków czy rozczarowań. Uczestnicy mogą wycofywać się z interpersonalnej aktywności, zmniejszając zaangażowanie i otwartość, równocześnie aktywizując planowanie i myślenie o tym, co będzie już „po”⁴⁴.

Socjoterapeuta ma za zadanie pomóc uczestnikom nadać znaczenie procesom i zdarzeniom zachodzącym w grupie, aby pod koniec zajęć nie zdystansowali się od tych doświadczeń, a także pomóc w podsumowywaniu ich indywidualnej pracy. Głównym celem prowadzącego w tej fazie jest zapewnienie takiej struktury pracy, która umożliwi uczestnikom sprecyzowanie znaczenia swoich doświadczeń i pomoże im uogólnić i przełożyć zdobytą wiedzę i umiejętności na sytuacje w życiu codziennym⁴⁵.

⁴¹ M.S. Corey, G. Corey, dz. cyt.

⁴² B. Tryjarska, dz. cyt.

⁴³ K. Poniatowska-Leszczyńska, dz. cyt.

⁴⁴ Tamże.

⁴⁵ M.S. Corey, G. Corey, dz. cyt.

Tabela 4. Wskaźniki procesu grupowego fazy kończenia pracy grupy socjoterapeutycznej

Wskaźniki formalne	Wskaźniki treściowe
Zasady funkcjonowania w grupie <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> – mogą podejmować próby przedłużenia pracy grupy – mogą częściej opuszczać zajęcia	Przykładowe podejmowane tematy <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> – podejmują tematy dotyczące: śmierci, straty, pożegnania, żaloby, np. śmierci kogoś bliskiego
Normy funkcjonowania w grupie <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> wyrażają smutek i obawy związane z rozstaniem lub ulgę ze zbliżającego się końca pracy, ale nie powoduje to dystansowania się od doświadczeń grupowych	– mogą podejmować wątki tematyczne świadczące o różnorodnych obawach związanych z przyszłością
Poziom spójności <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> – wycofują się z interpersonalnej aktywności – zmniejszają zaangażowanie i otwartość – planują, co będzie już po zakończeniu zajęć grupy	– mogą podejmować tematy związane z niezadowoleniem z pracy socjoterapeuty i tego, co dostali od grupy – mogą podejmować tematy związane z określonymi ćwiczeniami, w których doświadczyli poczucia straty i żalu, tego że nie dostali od grupy lub/i socjoterapeuty czegoś innego
Dozwolone formy ekspresji <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> – wyrażają uczucia separacyjne, np. smutek i żal – informują o zyskach i stratach związanych z uczestnictwem w socjoterapii – informują o przyszłości poza grupą – wyrażają obawy dotyczące zakończenia pracy grupy	– mogą podejmować agresywne wątki kończące bądź silnie idealizujące
Funkcjonowanie w rolach grupowych <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> podejmują aktywności ułatwiające przeniesienie doświadczeń grupowych na życie codzienne	– mogą opowiadać o swoich planach na przyszłość: wycieczkach, obozach, koncertach, planowanych przygodach
Funkcjonowanie w odniesieniu do socjoterapeuty <i>uczestnicy i uczestniczki grupy:</i> – wyrażają własne uczucia w związku ze zbliżającym się rozstaniem z socjoterapeutą – mogą podejmować próby podtrzymania relacji z socjoterapeutą także po zakończeniu zajęć grupy	– podejmują tematy związane z utrzymaniem grupy: dalszy kontakt z socjoterapeutą bądź spotkania z członkami grupy

Źródło: opracowanie własne wskaźników na podstawie: B. Tryjarska, *Wprowadzenie. Specyfika psychoterapii grupowej*, w: *Psychoterapia. Praktyka*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: ENETEIA, 2006; M.S. Corey, G. Corey, *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2008.

Zakończenie

Wyróżnione obszary oraz wskaźniki na każdym z etapów odnoszą się do obszaru treści (co jest przedmiotem komunikacji) oraz procesu komuniko-

wania (jak uczestnicy się komunikują ze sobą). Mogą służyć do obserwowania tego, jak rozwija się grupa, czy przebiega to w sposób typowy, czy może nietypowy, wymagający szczególnej uwagi. Obszary i wskaźniki mogą być podręcznym narzędziem do obserwacji, która przyda się w odpowiadaniu sobie na bieżące pytania, np. na temat zdolności grupy do pracy w danym momencie, przewidywania potencjalnych reakcji na techniki i metody pracy, prognozy w zakresie realizacji celów grupy, a także ewaluacji skuteczności oddziaływań socjoterapeuty.

Bibliografia

- Bee H., *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2004.
- Bion W., *Experiences in Groups*, New York: Basic Books, 1961.
- Corey M.S., Corey G., *Grupy. Metody grupowej pomocy psychologicznej*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia, 2008.
- Forsyth D.R., *Group Dynamics*, Belmont: Wadsworth, Cengage Learning, 2010.
- Gold P.B., Kivlighan D.M., Jr., Patton M.J., *Multidimensional Scaling Profile Analysis of Non-Growth Change in Groups. A Demonstration*, „Small Group Research” 2014, 45 (3) s. 235–265.
- Jankowiak B., Soroko E., *Socjoterapia a inne formy pomocy psychologiczno-pedagogicznej, w: Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013.
- Jankowiak B., Soroko E., *Problematyka wsparcia w socjoterapii – wybrane zagadnienia*, „Studia Edukacyjne” 2014, nr 32, s. 225–243.
- Jankowiak B., Soroko E., *Style socjoterapeutycznej pracy grupowej z dziećmi i młodzieżą z perspektywy czynników pomocowych*, „Studia Edukacyjne” 2014, nr 31.
- Joyce A., *The revised CORE Battery. Assessment of group therapy process*, „Group Circles” 2005, 2, s. 4–6.
- Jedliński K., *Trening interpersonalny*, Warszawa: WAB, 2008.
- Kivlighan D.M., Jr., Lilly R.L., *Developmental Changes in Group Climate as They Relate to Therapeutic Gain*, „Group Dynamics. Theory, Research, and Practice” 1997, 1, 3, s. 208–221.
- Kozak A., *Proces grupowy. Poradnik dla trenerów, nauczycieli, wykładowców*, Gliwice: Helion, 2014.
- Kożuszniak B., *Kierowanie zespołem pracowniczym*, Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 2005.
- Krzemiński I., *Co się dzieje między ludźmi?* Warszawa: Open, 1998.
- Moxnes P., *Fantasies and Fairy Tales in Groups and Organizations. Bion's Basic Assumptions and the Deep Roles*, „European Journal of Work and Organizational Psychology” 1998, 7 (3), s. 283–298.
- Orlik-Marciniak E., *Wielkie organizacje i małe grupy – prawidłowości rozwoju*, w: *Współczesne organizacje – wyzwania i zagrożenia*, red. M. Strykowska, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2002.
- Oyster G.K., *Grupy*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2000.

- Poniatowska-Leszczycńska K., *Socjoterapia w podejściu psychodynamicznym*, w: *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Teoria i praktyka*, red. J. Jankowiak, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2013.
- Quinodoz D., *The Psychoanalytic Setting as the Instrument of the Container Function*, „Int. J. Psycho.-Anal.” 1992, 73.
- The Revised CORE Battery*, w: Joyce A., *The revised CORE Battery. Assessment of group therapy process*, „Group Circles” 2005, 2, s. 4-6.
- Tryjarska B., *Wprowadzenie. Specyfika psychoterapii grupowej*, w: *Psychoterapia. Praktyka*, red. L. Grzesiuk, Warszawa: ENETEIA, 2006.
- Yalom I., Leszcz M., *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006.
- Wilk M., *Diagnoza w socjoterapii. Ujęcie psychodynamiczne*, Gdańsk: GWP, 2014.
- Wojciszke B., *Człowiek wśród ludzi*. Warszawa: Scholar, 2002.

Część II

**OD ZDROWIA
DO ZABURZEŃ.
WYBRANE ASPEKTY
PRACY TERAPEUTYCZNEJ**

Ewa Kasperek-Golimowska

Pracownia Edukacji Zdrowotnej, Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu
im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

O różnych ujęciach zdrowia psychicznego

Wstęp

Współczesne koncepcje zdrowia psychicznego to efekt dociekań teoretycznych i badawczych prowadzonych przez przedstawicieli nauk przyrodniczych i humanistycznych. Stanowią odbicie określonej doktryny filozoficznej, wiedzy o istocie człowieka i jego związkach z otaczającym światem, przemian, jakim podlegają warunki życia, kultura, religia i metody naukowego poznania i opisu różnych zjawisk. Uwzględnienie szerokiego kontekstu interpretacji zjawisk prowadzi do znacznego zróżnicowania poglądów na temat tego, czym jest zdrowie i choroba¹.

Pojęcie i modele zdrowia

W paradygmacie biomedycznym² głównym przedmiotem zainteresowania jest choroba, a zdrowie definiuje się negatywnie jako brak choroby. „Zdrowy

¹ Por. E. Kasperek-Golimowska, *Zdrowie z perspektywy psychopedagogicznej*, w: *Studia z pedagogiki i nauk pogranicza*, red. A. Cybal-Michalska, W. Segiet, D. Kopeć, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2011; także: E. Kasperek-Golimowska, *Zdrowie*, w: *Europa, Europa. Przewodnik encyklopedyczny po Europie*, t. 3, red. Z. Drozdowicz, Poznań: Wydawnictwo Kurpisz S.A., 2004; także: E. Kasperek-Golimowska, *Zdrowie psychiczne*, w: *Europa, Europa. Przewodnik encyklopedyczny po Europie*, t. 3, red. Z. Drozdowicz, Poznań: Wydawnictwo Kurpisz S.A., 2004.

² *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 47; także: A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Warszawa: Fundacja IPN, 2005; F. Capra, *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo,*

człowiek to ten, który nie jest chory” – nie wykazuje objawów psychopatologicznych, nie ma problemów (trudności) związanych ze sferą funkcjonowania psychicznego oraz defektów w strukturze i funkcjach psychicznych. Zdrowie i choroba to stany obiektywne definiowane przez specjalistów, ekspertów z dziedziny medycyny na podstawie wskaźników medycznych. Samopoczucie i subiektywne opinie jednostki nie są uznawane za istotny wskaźnik zdrowia. Człowiek chory pełni rolę pacjenta, którego zadaniem jest zwrócić się do specjalisty i przestrzegać jego zaleceń. Gdy odzyska zdrowie, o czym świadczy brak objawów choroby, zarówno jednostka, jak i system lecznictwa traci zainteresowanie stanem, który „nie odbiega od normy”³.

W modelu biomedycznym zdrowie analizuje się jako stan zależny od genetycznie zdeterminowanej struktury organizmu i skuteczności zabiegów leczniczych podejmowanych przez specjalistów medycznych. Charakterystyczne dla tego podejścia jest przekonanie o dominującym wpływie na zdrowie czynników biologicznych (endo- i egzogennych), choć uwzględnia ono także oddziaływanie innych czynników ryzyka chorób z różnych poziomów funkcjonowania jednostki i środowiska (konceptje wieloczynnikowe)⁴.

Przyjmuje się, że cezurą oddzielającą biomedyczne, negatywne ujęcie zdrowia jako braku choroby od koncepcji poszukujących pozytywnych wskaźników zdrowia, jest stwierdzenie G. Sigerista z 1941 roku, że zdrowie jest stanem nieograniczającym się tylko do braku chorób⁵. „Zdrowie nie oznacza więc tylko braku chorób; to jest coś pozytywnego, to pełne radości i ochoty wypełnianie obowiązków, które nakłada na człowieka życie”⁶.

W konsekwencji rozwoju pozytywnych koncepcji zdrowia pojawiła się holistyczna definicja WHO z 1946 roku, w której zdefiniowano zdrowie jako: „nie tylko brak choroby i niepełnosprawności, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego, społecznego”⁷. Mimo wielu zarzutów, jakie sformułowano wobec tej definicji, np. statyczności, braku aspektu zdrowia duchowego, nieprecyzyjności pojęcia *dobrostanu*, pojmowania zdrowia

nowa kultura, Warszawa: PIW, 1987; G. Dolińska-Zygmunt, *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, w: *Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2001, s. 11–19; M. Blaxter, *Zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo Sic!, 2009, s. 10–32.

³ G. Dolińska-Zygmunt, dz. cyt.; M. Blaxter, dz. cyt.

⁴ *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, dz. cyt., s. 62; także: M. Blaxter, dz. cyt.

⁵ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 18.

⁶ Tamże, s. 19.

⁷ Tamże, s. 14.

jako stanu idealnego, którego osiągnięcie jest praktycznie niemożliwe⁸, uznano, że stworzyła one podstawy do wyznaczenia nowych kierunków badawczych i podjęcia bardziej zróżnicowanych działań wspomagających zdrowie człowieka.

Ogromnie ważne dla teorii i praktyki ochrony zdrowia jest wprowadzenie przez definicję WHO możliwości ujmowania zdrowia jako stanu pozytywnego (*well-being*), który można opisać za pomocą wskaźników pozytywnych, oraz wielowymiarowo – jako stanu, który wyraża się w aspektach fizycznym, psychicznym i społecznym (a w nowszym rozumieniu, także duchowym). Takie ujęcie, mimo pewnych niedoskonałości, stworzyło podwaliny pod poszukiwanie wskaźników pozytywnych dobrego stanu zdrowia w różnych wymiarach funkcjonowania człowieka i zachęciło wielu badaczy do tworzenia list pozytywnych kryteriów zdrowia⁹.

Kolejnym ważnym dla rozwoju koncepcji ochrony zdrowia aspektem jest wprowadzenie przez definicję WHO pojęcia *subiektywnego zdrowia*. Osobista ocena podmiotu, jego samopoczucie, stały się ważnym wskaźnikiem zdrowia, na równi z opinią ekspertów medycznych orzekających na podstawie zobiektywizowanych wskaźników. Znaczenie tego aspektu podkreśla się szczególnie na gruncie psychologii zdrowia zorientowanej poznawczo, która twierdzi, że „każdy człowiek posiada indywidualną reprezentację poznawczą zdrowia”. Wiedza ta może być zapisana w postaci obrazów, skryptów, nawyków lub pojęć. Różnorodne społeczne i kulturowe oddziaływania podczas indywidualnego rozwoju powodują, że człowiek kształtuje własne opinie na temat zdrowia i choroby. Stają się one indywidualnymi wzorcami różnych modeli zdrowia, określanymi jako subiektywne modele przekonań zdrowotnych¹⁰.

Wiele tych indywidualnych koncepcji zdrowia składa się na wiedzę potoczną o zdrowiu. Zawiera ona doświadczenia indywidualne ludzi, ślady wpływów społeczno-kulturowych, religijnych, tradycji i zwyczajów¹¹. W określaniu zdrowia pojawił się uwarunkowany kulturowo relatywizm. Zdrowie przestało być uniwersalną wartością, stało się zjawiskiem zróżnicowanym, względnym, które nabiera różnego znaczenia dla ludzi znajdujących się w określonych sytuacjach społecznych, życiowych. To, co w danej kulturze,

⁸ R. Dubos, *Miraże zdrowia. Utopie, postęp, zmiany biologiczne*, Warszawa: PZWL, 1962; M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Warszawa: PZWL, 1986.

⁹ *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, dz. cyt., s. 46–59.

¹⁰ M. John-Borys, *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2002.

¹¹ K. Puchalski, *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, t. 1–2, s. 53–69.

środowisku, dla konkretnej jednostki uchodzi za zdrowe, normalne i sprzyjające zdrowiu, w innych warunkach może być interpretowane jako zaburzenie, choroba¹².

Wzbogacenie analizy zdrowia psychicznego o kontekst społeczno-kulturowy rozwinęło się wraz z koncepcją T. Parsonsa¹³, który stwierdził, że jest ono „stanem, w którym jednostka wykazuje optymalną umiejętność efektywnego pełnienia ról i zadań wyznaczonych jej przez proces socjalizacji”. Jest to przykład funkcjonalnego ujęcia zdrowia psychicznego, które analizuje się jako wartość instrumentalną, warunek podejmowania efektywnych działań na rzecz społeczeństwa i rozwoju zarówno w wymiarze społecznym, jak i jednostkowym. Pojawiają się tu takie wskaźniki zdrowia psychicznego, jak zdolności adaptacyjne człowieka do zmieniających się warunków, przystosowanie jednostki do norm kultury, środowiska, internalizacja norm w procesie socjalizacji, umiejętności współżycia w grupie i prawidłowego funkcjonowania w rolach społecznych oraz podejmowanie zachowań konformistycznych lub dominujących w danej grupie społecznej.

W socjologii medycyny w analizie zdrowia łączono normy biologiczno-medyczne i społeczno-kulturowe, które determinują pełnienie określonych funkcji i ról społecznych. Chorobę psychiczną ujęto jako „dewiacyjną rolę społeczną, która umożliwia (uprawnia) wycofanie się z pełnienia obowiązków społecznych, przez co stanowi zagrożenie dla równowagi systemu społecznego”¹⁴. W celu ochrony wartości społecznych sformułowano pewne zadania wyznaczające prawidłowe pełnienie roli chorego: człowiek chory może być zwolniony z wykonywania normalnych zadań; jest to przywilej, którego czas trwania i zakres mogą być różne; osoba chora powinna uważać stan choroby za niepożądany i podejmować wysiłki na rzecz wyzdrowienia – samodzielnie lub przy pomocy innych osób; wyzdrowienie wymaga od chorego podjęcia decyzji o przezwyciężeniu choroby i rozpoczęcie odpowiednich zabiegów terapeutycznych; osoba chora i członkowie jej otoczenia mają obowiązek szukania kompetentnej pomocy i współdziałania w celu odzyskania zdrowia i zapobiegania jego zaburzeniom.

W modelu socjomedycznym ujmuje się zatem chorobę jako dewiację biologiczną na podstawie stwierdzonych przez lekarza odchyień od normy medycznej, która jest niezależna od ludzkich kultur. W tym rozumieniu choroba staje się zjawiskiem obiektywnym i uniwersalnym. Z drugiej strony jest ona dewiacją społeczną interpretowaną swoiście na gruncie określonego

¹² *Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, red. Z. Melosik, Toruń-Poznań: Wydawnictwo Edytor, 1999, s. 7.

¹³ T. Parsons, *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa: PWE, 1969, s. 68.

¹⁴ Tamże, s. 68.

systemu kulturowego. Może ona przybrać postać dewiacji pierwotnej, gdy choroba modyfikuje sposób pełnienia codziennych ról społecznych, oraz dewiacji wtórnej, gdy reakcje otoczenia społecznego na chorobę powodują załamanie zasad komunikacji międzyludzkiej, identyfikacji siebie i innych osób, zmianę własnej tożsamości, i prowadzą do tworzenia nowych ról społecznych.

W podejściu rozwojowo-funkcjonalnym zdrowie analizuje się jako wartość¹⁵, wskazując, że dzięki niemu jednostka na danym etapie rozwoju może realizować swoje cele i aspiracje oraz potrzebę osiągnięcia satysfakcji, a także zmieniać środowisko i radzić sobie z nim. Uznaje się, że jest ono zasobem (bogactwem), gwarantującym rozwój społeczny i ekonomiczny, a także środkiem do osiągania lepszej jakości życia. Stąd ważnym wyznacznikiem podejścia jednostki do zdrowia jest miejsce, jakie zajmuje ono w hierarchii wartości. Zakłada się, że generalnie dla większości ludzi zdrowie jest wartością pozytywną, do której człowiek dąży, a choroba – negatywną, której człowiek unika. Dla części osób zdrowie jest wartością autoteliczną, cenioną jako wartość sama w sobie bez względu na inne wartości. Dla innych jest wartością instrumentalną – środkiem do osiągania innych celów. Pojmowanie zdrowia jako wartości jest szczególnie wykorzystywane w promocji zdrowia, do której należy opracowywanie strategii motywowania ludzi do podejmowania działań prozdrowotnych, nie tylko w celu unikania choroby, ale także dla umocnienia i rozwoju zdrowia¹⁶.

Rozwój medycyny behawioralnej¹⁷ skierował uwagę na biobehawioralne (zachowaniowe) czynniki warunkujące zdrowie. Analizuje się zatem reakcje i zachowania człowieka, które mogą mieć istotny związek z powstaniem, objawami i przebiegiem choroby, oraz te, które sprzyjają osiągnięciu zdrowia psychicznego. W opracowywaniu patogenezy, diagnozy, leczenia i rehabilitacji bierze się pod uwagę wiele czynników: związane z genetyką różnorodne wskaźniki fizjologiczne i biochemiczne, osobowość, czynniki emocjonalne, zachowanie i wiele innych zmiennych, także środowiskowych. Dąży się nie tylko do wyjaśnienia mechanizmu powstawania dysfunkcji somatycznych i psychicznych, ale także do opracowania technik interwencji klinicznej

¹⁵ Por. E. Kasperek, *Zdrowie jako wartość i przedmiot edukacji*, w: *Młodość, styl życia i zdrowie*, red. Z. Melosik, Poznań: Wydawnictwo Wolumin, 2001.

¹⁶ *Narodowy Program Zdrowia 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.*, [online] <<http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia>> [dostęp: 31.10.2015]; B. Woynarowska, dz. cyt., s. 37.

¹⁷ Por. Ch.L. Sheridan, S. Radmacher, *Psychologia zdrowia. Wyzwania dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998; H. Sęk, *Zdrowie behawioralne*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, red. J. Strelau, Gdańsk: GWP, 2000, s. 443–464.

i rozwoju metod skutecznej terapii. Bazę teoretyczną medycyny behawioralnej stanowią: analiza behawioralna (interakcje między osobą a środowiskiem); teoria społecznego uczenia się (analiza mechanizmów regulujących zachowanie z naciskiem na poznawcze procesy korygujące zachowanie); koncepcja poznawczych modyfikacji zachowania (postulaty wykorzystania w procesie leczenia tradycyjnych metod psychoterapii); behawioryzm eklektyczny (pragmatyczne wykorzystywanie w terapii różnych metod zaczerpniętych z wielu koncepcji); teoria uczenia się (zmiany w zachowaniu na skutek ćwiczenia).

Rozwijająca się intensywnie od lat 70. psychologia zdrowia¹⁸ wprowadziła nowe tendencje w ujmowaniu problematyki zdrowotnej. Szczególnie ważnym osiągnięciem wzbogacającym wiedzę o zdrowiu, otwierającym drogę do budowania nowoczesnych strategii ochrony zdrowia, był rozwój orientacji salutogenetycznej, której twórcą jest A. Antonovsky¹⁹.

Zdrowie definiuje się pozytywnie i sytuuje na kontinuum, które rozciąga się między biegunami pełnego zdrowia i dobrostanu a chorobą i cierpieniem. Poziom zdrowia wynika z wzajemnego oddziaływania między stresorami (patogenami, czynnikami ryzyka) a zasobami człowieka (uogólnione zasoby odpornościowe, poczucie koherencji) i wzorami zachowań (zachowania i styl życia) w określonym kontekście społeczno-kulturowym²⁰.

Stresory (sytuacje trudne, problemowe) w modelu salutogenetycznym traktuje się jako stymulatory i wyzwania inicjujące procesy radzenia sobie z wymaganiami i przyczyniające się do rozwoju oraz do zwiększania odporności. Jest to podejście komplementarne wobec modelu patogenetycznego, w którym stresory postrzegane były jako źródło zagrożeń zdrowotnych, których należy unikać.

Zasoby odpornościowe to cechy podmiotu i jego środowiska, które warunkują prozdrowotną interakcję człowieka z najbliższym otoczeniem. Tradycyjnie zasoby nazywano cechami ogólnej i specyficznej odporności na stres. W nowszych pracach używa się określenia „wycuczona zasobność”²¹.

¹⁸ Por. G. Dolińska-Zygmunt, dz. cyt.; *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, dz. cyt.; Ch.L. Sheridan, S. Radmacher, dz. cyt.

¹⁹ Por. A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1995; A. Antonovsky, *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, w: *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997; H. Sęk, *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*, w: *Zdrowie – Stres – Zasoby*, red. H. Sęk, T. Pasikowski, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001.

²⁰ Tamże.

²¹ H. Sęk, *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*, w: *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005, s. 39-55.

W jej skład wchodzi: odporność fizyczna i biochemiczna organizmu, wykształcenie, pozycja zawodowa, możliwości intelektualne, zdolności interpersonalne, doświadczenia życiowe nabywane w toku edukacji, własna aktywność, określony kontekst społeczno-kulturowy, kontekst polityczno-ekonomiczny. Najważniejszym z zasobów podmiotowych według A. Antonovsky'ego jest poczucie koherencji, które rozwija się w toku interakcji społecznych dokonujących się w ramach procesu socjalizacji i edukacji, w warunkach sprzyjających nabywaniu przez jednostkę różnych doświadczeń w zakresie spójności docierających informacji, równowagi między przeciążeniem a niedociążeniem czy udziału w podejmowaniu decyzji.

Lista „zasobów odpornościowych”, „potencjałów zdrowia”, które sprzyjają osiągnięciu i polepszaniu zdrowia jednostki, nawet mimo podleganiu wpływom szkodliwych warunków życia i pracy, jest bardzo obszerna i dzielona według różnych kryteriów²².

Najprostszy podział polega na rozróżnieniu zasobów wewnętrznych (samoocena, optymizm, poczucie kontroli) i zasobów zewnętrznych (wsparcie społeczne, status socjoekonomiczny). Wśród czynników o charakterze psychospołecznym analizie poddaje się przebieg procesów i mechanizmów regulacji psychicznej, zachowania, cechy osobowości oraz czynniki zewnętrzne działające na drodze psychologicznej. Na przykład wykazano, że długo utrzymujące się negatywne emocje są szkodliwe dla zdrowia, a emocje pozytywne (radość, nadzieja, optymizm) wywierają korzystne skutki zdrowotne. Na poziomie regulacji poznawczej przekonania o własnej bezradności dają szkodliwe efekty zdrowotne, a pozytywny wpływ na zdrowie ma wewnętrzne poczucie kontroli. Działaniom prozdrowotnym sprzyja też poczucie własnej skuteczności i optymalny, średniej wielkości motyw zdrowotny, czyli stopień zainteresowania własnym zdrowiem i gotowość do działań na jego rzecz. Wśród czynników pozytywnych lub ryzykownych dla zdrowia związanych z osobowością i stylem życia można wymienić ryzykowne zdrowotnie: „Wzór Zachowania A” (czynnik rozwoju chorób układu krążenia) oraz „Wzór Zachowania C” (czynnik ryzyka rozwoju chorób nowotworowych), którym przeciwstawia się korzystną zdrowotnie tzw. „osobowość odporna” cechującą się przekonaniem o własnej kontroli, zaangażowaniem i spostrzeganiem wydarzeń stresujących jako wyzwania, z którymi można sobie poradzić.

²² H. Makowska, R. Poprawa, *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, w: *Elementy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2001; H. Sęk, *Zdrowie behawioralne*, dz. cyt.

W latach 70. holistyczno-funkcjonalne ujęcia zdrowia zostały poszerzone o wymiar socjoekologiczny, w którym oprócz takich atrybutów, jak wymiary: pozytywny (pozytywne wskaźniki zdrowia), holistyczny (całościowy), dynamiczny (zmiennosc), interakcyjny (wzajemne związki jednostki i środowiska), akcentuje się systemowość i wzajemne powiązania struktur składowych, z których każda (jako podsystem) jest składową systemu ogólniejszego i pozostaje z nim we wzajemnych związkach. W modelu socjoekologicznym człowiek jest ujmowany jako całościowy system, który pozostaje w dynamicznym związku z wieloma podsystemami, których jest jednocześnie częścią. System to coś więcej niż suma części. Zobrazowaniem tych powiązań jest Mandala zdrowia – model ekosystemu człowieka²³. Zdrowie jest tu pojmowane jako dynamiczna równowaga systemów, proces równoważenia wpływów i wzajemnych wymagań w relacji człowiek – otoczenie²⁴. O stanie zdrowia decydują występujące w każdym z podsystemów czynniki, które albo stanowią zasób odpornościowy i potencjał rozwojowy, albo niosą ryzyko wystąpienia zaburzeń równowagi. Podejście ekologiczne zwraca także uwagę na rolę środowiska życia człowieka („ekologiczne wyzwalacze”) w zaspokajaniu jego potrzeb oraz zachęca do analizy wymagań, które mogą stanowić szanse rozwoju (wartości, zasoby) lub jego blokadę. Tym samym wzbogacono ochronę zdrowia, zwracając uwagę na konieczność tworzenia zdrowego środowiska życia dostosowanego do możliwości adaptacyjnych człowieka w różnych okresach jego życia, a także podkreślono plastyczność elementów środowiska, które podlegają wpływom człowieka. Stąd każda jednostka może być (współ)twórcą optymalnego zdrowia osobistego i środowiskowego z perspektywy swoich potrzeb, celów i możliwości. Tym samym zyskuje ona poczucie kontroli i odpowiedzialności za jakość swego życia, która jest efektem podejmowanych decyzji i działań.

W najnowszych ujęciach psychologii pozytywnej²⁵ zdrowie jest utożsamiane z pojęciami: „dobra jakość życia”, „dobre życie”, „życie szczęśliwe”, „życie w dobrostanie psychicznym”, „życie z uczuciem zadowolenia,

²³ *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, dz. cyt., s. 64.

²⁴ C. Włodarczyk, *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*, w: *Promocja zdrowia*, red. J.B. Kar-ski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Warszawa: Sanmedia, 1994, s. 15–42.

²⁵ Por. J. Czapiński, *Psychologia szczęścia*, Warszawa: PTP, 1994; M. Argyle, *Psychologia szczęścia*, Wrocław Astrum, 2004; *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, red. J. Czapiński, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004; *Psychologia pozytywna w praktyce*, red. P.A. Linley, S. Joseph, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007; R. Blum, *Psychologia pozytywna w praktyce. 6 cnót głównych i 24 siły dające szczęście*, Warszawa: Klub dla Ciebie, 2009; A. Carr, *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2009; E. Trzebińska, *Psychologia pozytywna*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2008.

z przewagą pozytywnych emocji”, „życie spełnione”, „życie moralne z osiągnięciem doskonałości”, „życie pełne sukcesów”, „*well-being*”, „optymalne funkcjonowanie”²⁶.

Jakość życia to pojęcie, które analizuje się dwukierunkowo. Jednym kryterium jest opis obiektywnych warunków życia różnych osób (grup), np. poziomu dochodu, warunków mieszkaniowych. Drugie kryterium to subiektywna ocena różnych wymiarów sytuacji życiowej dokonywana przez poszczególne jednostki, czyli ich osobiste poczucie jakości życia. W tym ujęciu mówi się zatem o zadowoleniu z życia, subiektywnie odczuwanej własnej pomyślności, szczęściu, dobrostanie (*well-being*). Jest to ważne rozróżnienie, ponieważ pokazuje, jak duże znaczenie dla samopoczucia (zdrowia) człowieka mają nie tyle parametry obiektywne, co raczej osobista percepcja i ocena własnej sytuacji życiowej²⁷.

Subiektywny aspekt jakości życia (dobrego życia) wyraża się za pomocą pojęcia *dobrostan* (*well-being*), określanego zwykle przez ocenę stanu psychicznego jednostki (np. odczuwane szczęście), właściwości osoby (np. optymizm, zadowolenie) czy te elementy sytuacji człowieka (np. warunki materialne), które są dla niego korzystne. Dobrostan ulega zmianom w zależności od fazy życia, w której znajduje się człowiek, jego działań i warunków, w jakich funkcjonuje. Może jednak występować także wtedy, gdy jednostka odczuwa pewne dolegliwości lub przeżywa trudności, ponieważ to ona sama określa optymalny dla siebie poziom funkcjonowania i stopień satysfakcji z życia. Nawet jeżeli obiektywnie poziom funkcjonowania w danej sferze będzie niski, to może on być wystarczający i zadowalający dla osoby w określonej sytuacji życiowej. Poza tym, każdy człowiek niezależnie od tego, w jakim jest stanie zdrowia, ocenionym według kryteriów klinicznych, może rozwijać swoje możliwości i wzmacniać potencjał na tyle, na ile pozwalają mu na to ograniczenia zdrowotne, podejmując aktywność w innych niż „uszkodzone” płaszczyznach zdrowia (fizycznej, psychicznej, społecznej, duchowej).

Dobrostan psychiczny (subiektywny dobrostan, SD) jest efektem „poznawczej i emocjonalnej oceny własnego życia, w której notuje się wysoki poziom zadowolenia z życia i spełnienia, przewagą pozytywnych doświadczeń i przyjemnych emocji i niski poziom negatywnych nastrojów”. Obejmuje on różne wymiary wskazujące kierunek rozwoju jednostki i ważne umiejętności życiowe przydatne w osiągnięciu szczęścia²⁸.

²⁶ Za: E. Trzebińska, dz. cyt., s. 39; zob. także: *Psychologia jakości życia*, red. A. Bańka, Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 2005.

²⁷ Tamże.

²⁸ *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu...*, dz. cyt., s. 35.

Poziom zadowolenia z życia nie jest czymś stałym i niezmiennym – „szczęśliwym się bywa”, biorąc pod uwagę aktualne wydarzenia, informacje, okoliczności. A więc wśród uwarunkowań dobrego samopoczucia psychicznego uwzględnia się czynniki sytuacyjne. Jednakże szczególne znaczenie dla osiągania i odczuwania dobrostanu mają tzw. zmienne podmiotowe, związane z funkcjonowaniem poznawczym, emocjonalnym, behawioralnym konkretnej jednostki, np.: osobiste strategie poszukiwania informacji (niektórzy szukają ich w pozytywnych aspektach własnego życia, inni w tych sferach, gdzie napotykają problemy); aktualny nastrój, przekonania na temat szczęścia (np. że na szczęście „trzeba zasłużyć” albo za nie „zapłacić”, „nie ma nic za darmo”, „szczęście uśmiecha się do każdego”); łatwość przywoływania wspomnień pozytywnych lub negatywnych; kultura społeczności, otoczenia, w której poczucie szczęścia jest mniej lub bardziej cenioną wartością; poglądy na to, jaki typ informacji powinno się brać pod uwagę przy dokonywaniu oceny własnego życia (dom, pracę, dzieci, rodzinę, własne zdolności)²⁹.

Pojęcie *dobrostanu psychicznego* jest często utożsamiane z pojęciem *szczęścia*, rozumianym jako stopień, w jakim człowiek lubi swoje własne życie³⁰. Szczęście jest tym większe, im wyższa satysfakcja z życia oraz im więcej przeżywanych przyjemności, a mniej uczuć negatywnych.

Kiedy człowiek w definicjach dobrego życia bardziej koncentruje się na odczuwaniu zadowolenia i stanu przyjemności (dobrostanu), to uznaje się, że mieszczą się one w nurcie hedonistycznym. Gdy natomiast dobre życie utożsamia się z posiadaniem (zdobywaniem) pewnych określonych wartościowych atrybutów, to mamy do czynienia z nurtem eudajmonistycznym. W tym ujęciu dobre życie wie dzie ten człowiek, który ma wiele cech, cnót, sił (przymiotów), zasobów wewnętrznych i stara się rozwijać w sobie dobre cechy³¹.

Wyższy stan subiektywnego dobrostanu idzie w parze z osiągnięciem własnych celów tzw. wewnętrznych. Niestety, to raczej cele zewnętrzne są bardziej rozpowszechnione we współczesnych społeczeństwach Zachodu, a ich „osiąganie” pozbawia wielu ludzi dobrego samopoczucia i jest źródłem licznych zaburzeń zdrowia psychicznego³².

²⁹ Tamże, s. 44 i nast.

³⁰ E. Diener, R.E. Lukas, S. Oishi, *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*, w: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu...*, dz. cyt., s. 35; także: E. Trzebińska, dz. cyt., s. 46; także: E. Diener, R. Biswas-Diener, *Szczęście*, Sopot: Smak Słowa, 2010.

³¹ Por. R. Blum, dz. cyt.

³² T. Kasser, *Dobre życie, czy życie dobrami. Psychologia pozytywna i poczucie dobrostanu w kulturze konsumpcji*, w: *Psychologia pozytywna w praktyce*, red. P.A. Linley, S. Joseph, dz. cyt.; E. Ka-

Dobrostan można rozpatrywać nie tylko na poziomie jednostkowym, ale także społecznym. W tym drugim podejściu poziom dobrostanu uzależniony jest od stopnia, w jakim reguły życia społecznego i instytucje społeczne ułatwiają realizację fundamentalnych dla jednostki potrzeb osobistych czy celów, np. sensu życia, sprawowania kontroli nad własnym życiem, akceptowania siebie. Zmienność, płynność i względność wartości w ponowoczesnej rzeczywistości oraz zablokowanie z tych czy innych względów drogi dostępu do ich osiągnięcia albo zastępowanie wartości przez pragmatyczne zasady ułatwiające szybkie osiągnięcie celów, bezrefleksyjna zadaniowość, stanowią zagrożenie dla możliwości życia zgodnie z osobistymi wartościami i osiągania szczęścia oraz satysfakcji z życia³³.

Zakończenie

Zaprezentowane ujęcia zdrowia ukazują wiele możliwych podejść do tej problematyki. Zdrowie psychiczne może być definiowane jako: brak zaburzeń; dyspozycja do rozwoju, zasób, poziom kompetencji życiowej; proces poszukiwania i utrzymywania równowagi wobec obciążeń; jako wartość; pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny³⁴.

Aby uniknąć jednostronności, próbuje się łączyć wskaźniki biologiczne, kulturowe, środowiskowe oraz psychologiczno-rozwojowe. Gdy odejdzie się od negatywnego ujęcia zdrowia jako stanu braku zaburzeń i zechce się je określić przez pozytywne kryteria, staje się ono kategorią niejednoznaczną, relatywną, normatywną – podlega wartościowaniu i subiektywnym ocenom, decyzjom i wyborom. Stąd z jednej strony zdrowie może być pojmowane niezależnie od kultury jako ogólnoludzka najwyższa wartość pozytywna. Z drugiej strony przyznaje się człowiekowi prawo do subiektywnej oceny znaczenia zdrowia i ustalenia jego miejsca w hierarchii wartości, a nawet poświęcenia go dla innych ważnych w życiu celów.

Definicje zdrowia psychicznego są konstruowane z uwzględnieniem różnych norm: medycznych, społeczno-kulturowych i moralnych oraz subiektywnych ocen i stanów emocjonalnych. Opracowanie konkretnych kryteriów zdrowia psychicznego jest trudne ze względu na włączanie do jego analizy różnych określeń normalności: statystycznej, kulturowej, teoretycz-

sperek-Golimowska, *Nadzieja i optymizm vs zwątpienie i pesymizm w kontekście „dobrego życia” w kulturze konsumpcji*, „Studia Edukacyjne” 2012, nr 19, s. 179–213.

³³ E. Trzebińska, dz. cyt., s. 45.

³⁴ Cz. Czabała, B. Mroziak, K. Ostaszewski, M. Sokołowska, *Promocja zdrowia psychicznego*, w: *Promocja zdrowia*, red. J.B. Karski, Warszawa: Ignis, 1999, s. 264–283.

nej³⁵. Norma statystyczna określa nasilenie pewnej cechy lub stanu, który mieści się w granicach nieodbiegających od przeciętnej w danej populacji, a także stan ilościowy cech lub procesów nieznaidujący się poniżej przeciętnej. Norma kulturowa (społeczna) określa przeciętne zachowania i styl życia charakterystyczny dla wzoru zachowań powszechnego w danej kulturze. Normalne to zgodne z obyczajami i konwencjonalne, a dewiacyjne – to, co niezgodne z naturalnymi i uznanymi oczekiwaniami. Zdrowy psychicznie człowiek to w tym ujęciu typowy reprezentant danej kultury spełniający wyraźnie określone powinności społeczne. Norma teoretyczna stosowana jest, gdy stan jednostki lub grupy odnosi się do ogólnych prawidłowości bądź twierdzeń zawartych w różnych teoriach człowieka i grupy. O stanie normalnym lub nienormalnym wnioskuje się tu, porównując obserwowalne wskaźniki z twierdzeniami teoretycznymi (podejście poszukujące normy jako wzorca, ideału).

Podsumowując tę różnorodność i bogaty zbiór ujęć zdrowia psychicznego, wydaje się, że warto zasugerować, aby osoby oferujące pomoc psychologiczną uznały, że każda jednostka potrzebująca pomocy ma prawo do konstruowania osobistej koncepcji zdrowia psychicznego i wyboru takiej strategii prozdrowotnego działania, która jest dla niej użyteczna.

Bibliografia

- Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1995.
- Antonovsky A., *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, w: *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa: PWN, 1997, s. 206–231.
- Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?*, Warszawa: Fundacja IPN, 2005.
- Argyle M., *Psychologia szczęścia*, Wrocław: Astrum, 2004.
- Blaxter M., *Zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo Sic!, 2009.
- Blum R., *Psychologia pozytywna w praktyce. 6 cnót głównych i 24 siły dające szczęście*, Warszawa: Klub dla Ciebie, 2009.
- Capra F., *Punkt zwrotny. Nauka, społeczeństwo, nowa kultura*, Warszawa: PIW, 1987.
- Carr A., *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu i ludzkich siłach*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, 2009.
- Ciało i zdrowie w społeczeństwie konsumpcji*, red. Z. Melosik, Toruń-Poznań: Wydawnictwo Edytor, 1999.
- Czabała Cz., Mroziak B., Ostaszewski K., Sokołowska M., *Promocja zdrowia psychicznego*, w: *Promocja zdrowia*, red. J.B. Karski, Warszawa: Ignis, 1999, s. 264–283.

³⁵ H. Sęk, *Pojęcie normy, normalności i zdrowia*, w: *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005, s. 55–63.

- Czapiński J., *Psychologia szczęścia*, Warszawa: PTP, 1994.
- Diener E., Biswas-Diener R., *Szczęście*, Sopot: Smak Słowa, 2010.
- Diener E., Lukas R.E., Oishi S., *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*, w: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, red. J. Czapiński, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004, s. 35–51.
- Dolińska-Zygmunt G., *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*, w: *Podstawy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2001, s. 11–19.
- Dubos R., *Miraże zdrowia. Utopie, postęp, zmiany biologiczne*, Warszawa: PZWL, 1962.
- John-Borys M., *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2002.
- Kasperek E., *Zdrowie jako wartość i przedmiot edukacji*, w: *Młodość, styl życia i zdrowie*, red. Z. Melosik, Poznań: Wydawnictwo Wolumin, 2001, s. 203–209.
- Kasperek-Golimowska E., *Zdrowie*, w: *Europa, Europa. Przewodnik encyklopedyczny po Europie*, t. 3, red. Z. Drozdowicz, Poznań: Wydawnictwo Kurpisz S.A., 2004.
- Kasperek-Golimowska E., *Zdrowie psychiczne*, w: *Europa, Europa. Przewodnik encyklopedyczny po Europie*, t. 3, red. Z. Drozdowicz, Poznań: Wydawnictwo Kurpisz S.A., 2004.
- Kasperek-Golimowska E., *Zdrowie z perspektywy psychopedagogicznej*, w: *Studia z pedagogiki i nauk pogranicza*, red. A. Cybał-Michalska, W. Segiet, D. Kopeć, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2011.
- Kasperek-Golimowska E., *Nadzieja i optymizm vs zwątpienie i pesymizm w kontekście „dobrego życia” w kulturze konsumpcji*, „Studia Edukacyjne” 2012, nr 19, s. 179–213.
- Kasser T., *Dobre życie, czy życie dobrami. Psychologia pozytywna i poczucie dobrostanu w kulturze konsumpcji*, w: *Psychologia pozytywna w praktyce*, red. P.A. Linley, S. Joseph, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- Makowska H., Poprawa R., *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, w: *Elementy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 2001.
- Narodowy Program Zdrowia 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r., [online] <www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia> [dostęp: 31.10.2015].
- Parsons T., *Struktura społeczna a osobowość*, Warszawa: PWE, 1969.
- Psychologia jakości życia*, red. A. Bańka, Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 2005.
- Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, red. J. Czapiński, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
- Psychologia pozytywna w praktyce*, red. P.A. Linley, S. Joseph, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
- Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- Puchalski K., *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, t. 1–2, s. 53–69.
- Sęk H., *Zdrowie behawioralne*, w: *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, red. J. Strelau, Gdańsk: GWP, 2000.

- Sęk H., *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*, w: *Zdrowie – Stres – Zasoby*, red. H. Sęk, T. Pasikowski, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2001.
- Sęk H., *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*, w: *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005, s. 39–55.
- Sęk H., *Pojęcie normy, normalności i zdrowia*, w: *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005, s. 55–63.
- Sęk H., *Psychologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005.
- Sheridan Ch.L., Radmacher S., *Psychologia zdrowia. Wyzwania dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1998.
- Sokołowska M., *Socjologia medycyny*, Warszawa: PZWL, 1986.
- Trzebińska E., *Psychologia pozytywna*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2008.
- Włodarczyk C., *Promocja zdrowia a polityka zdrowotna*, w: *Promocja zdrowia*, red. J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski, Warszawa: Sanmedia, 1994, s. 15–42.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.

Ewa Kasperek-Golimowska

Pracownia Edukacji Zdrowotnej, Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu
im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Stan zdrowia psychicznego i samopoczucie Polaków

Wstęp

Zdrowie psychiczne jest pojęciem niejednoznacznym i trudnym do zdefiniowania¹. W ujęciu negatywnym to brak chorób i zaburzeń psychicznych. W ujęciu pozytywnym stanowi element zdrowia ujmowanego holistycznie (całościowo) i nie tylko oznacza brak zaburzeń czy choroby, ale także potencjał psychiczny, umożliwiający jednostce zaspokajanie swoich potrzeb, osiągnięcie sukcesów, czerpanie radości i satysfakcji z życia, zwiększający zdolność rozwoju, uczenia się, radzenia sobie ze zmianami i pokonywania trudności, a także sprzyjający nawiązywaniu i utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi oraz aktywnemu udziałowi w życiu społecznym².

¹ E. Kasperek-Golimowska, *Zdrowie psychiczne*, w: *Europa, Europa. Przewodnik encyklopedyczny po Europie*, t. 3, red. Z. Drozdowicz, Poznań: Wydawnictwo Kurpisz S.A., 2004; *Psychologia zdrowia*, red. I. Heszten-Niejodek, H. Sęk, Warszawa: PWN, 2007, s. 46–59; K. Krawczyk, *Czym jest zdrowie psychiczne, a czym jego brak?*, w: *Psychoterapia bez tajemnic. Podstawowa wiedza i praktyczne wskazówki*, red. L. Grzesiuk, R. Styła, Warszawa: Difin, 2009; S. Pużyński, *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „*Psychiatria Polska*” 2007, t. 41, nr 3, s. 299–308, [online] <www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2007/Puzynski%20s299_Psychiatria%20Polska%203_2007.pdf> [dostęp: 29.10.2015].

² Za I. Tabak, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów*, „*Studia BAS*” 2014, nr 2 (38), s. 114, [online] <[www.orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/AE219B7023B6C528C1257D07003F5F95/\\$File/Strony%20odStudia_BAS_38-6.pdf](http://www.orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/AE219B7023B6C528C1257D07003F5F95/$File/Strony%20odStudia_BAS_38-6.pdf)> [dostęp: 29.10.2015]; por. M. Sokołowska, *Założenia ogólne, definicje*, w: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, red. Cz. Czabała, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000; J. Szymańska, *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012.

Według K. Dąbrowskiego zdrowie psychiczne to zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego³.

Zdrowie psychiczne⁴ obejmuje zdrowie emocjonalne, rozumiane jako zdolność do rozpoznawania uczuć, wyrażania ich w sposób adekwatny do sytuacji, zapewniający poczucie komfortu i akceptowany społecznie, oraz umiejętność, zdolność do radzenia sobie z trudnościami, ze stresem, napięciami, lękiem, depresją, agresją, a także zdrowie umysłowe (mentalne), rozumiane jako zdolność do logicznego, jasnego, spójnego myślenia, uczenia się, realizacji swego potencjału intelektualnego.

W niektórych ujęciach składnikiem zdrowia psychicznego jest „zdrowie duchowe”, interpretowane m.in. jako: poszukiwanie czynników transcendentnych, przejaw wiary w Boga, określone praktyki religijne, „credo życiowe”, zbiór zasad, zachowań i sposobów osiągnięcia wewnętrznego spokoju i równowagi, samoświadomość, jakość relacji z sobą i z innymi, system wartości i poczucie celu oraz sensu życia, bezwarunkowa miłość, wewnętrzna siła i spokój, pozytywne nastawienie, otwartość na przeżycia duchowe, zdolność wyjścia poza świadomość⁵.

Problemy związane ze zdrowiem psychicznym mogą mieć formę zaburzeń psychicznych powodujących cierpienie lub upośledzenie, będących czymś więcej niż ogólnie przyjętą formą reakcji na konkretne wydarzenie i stanowiących przejaw dysfunkcji psychicznej, albo też trudności w jakiegokolwiek sferze funkcjonowania psychospołecznego (emocjonalnej, behawioralnej, poznawczej czy społecznej)⁶.

Wskaźniki zdrowia

Wśród zaburzeń psychicznych wymienia się⁷: zaburzenia nerwicowe, zaburzenia nastroju (afektywne), zaburzenia osobowości, zaburzenia schizofre-

³ K. Dąbrowski, *Zdrowie psychiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1985.

⁴ *Psychologia zdrowia...*, dz. cyt., s. 46–59; B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 41.

⁵ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna...*, dz. cyt., s. 31; także: *Psychologia zdrowia...*, dz. cyt., s. 72; także: I. Heszen-Niejodek, E. Gruszczyńska, *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przegląd Psychologiczny” 2004, 47, s. 15–31.

⁶ I. Tabak, dz. cyt., s. 114; por. S. Pużyński, J. Wciórka, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków: Vesalius, 2000; K. Krawczyk, dz. cyt.; S. Pużyński, dz. cyt., s. 299–308.

⁷ Por. K. Krawczyk, dz. cyt.

niczne, zespoły uzależnienia od substancji psychoaktywnych, a więc alkoholizm oraz narkomania (uzależnienie od marihuany, haszyszu, morfiny, heroiny, kokainy czy amfetaminy), zaburzenia seksualne, do których należą: zaburzenia identyfikacji płciowej, zaburzenia preferencji seksualnej oraz dysfunkcje seksualne, zaburzenia odżywiania się – anoreksja oraz bulimia. Doświadczanie przejawów wymienionych zaburzeń powinno skłaniać do skorzystania z pomocy psychologa czy psychiatry. Psychoterapia uchodzi za podstawową (a nierzadko jedyną) formą leczenia w przypadku zaburzeń nerwicowych, psychosomatycznych, zaburzeń osobowości czy części zaburzeń afektywnych. Natomiast w razie zaburzeń schizofrenicznych czy części zaburzeń afektywnych, psychoterapia pełni istotną, ale raczej pomocniczą rolę, wspomagającą farmakoterapię zalecaną przez psychiatrę.

Opisu stanu zdrowia dokonuje się zwykle za pomocą wskaźników negatywnych i pozytywnych, które mają wymiar ilościowy lub jakościowy. Negatywne to przede wszystkim obiektywne dane ilościowe o charakterze epidemiologicznym, które dotyczą zakresu występowania (lub braku) określonych problemów zdrowotnych w populacji, umieralności, zachorowalności, hospitalizacji, a także dane o charakterze jakościowym (spostrzeżenia i wypowiedzi) ilustrujące subiektywnie postrzegane objawy psychopatologiczne.

Wskaźniki pozytywne, pochodzące głównie z badań psychologicznych i socjologicznych, to dane (zarówno ilościowe, jak i jakościowe) będące wynikiem oceny różnych wymiarów jakości życia, funkcjonowania człowieka oraz jego właściwości, np.: samopoczucia emocjonalnego, satysfakcji, zadowolenia z różnych dziedzin życia, przejawiania cech osobistych czy umiejętności życiowych, o których wiadomo, że pozytywnie korelują z dobrostanem – dyspozycyjnego optymizmu, proaktywnych strategii radzenia sobie ze stresem⁸.

W ujęciu Jahody pozytywnymi wskaźnikami zdrowia psychicznego są takie właściwości, jak: pozytywna, wysoka samoocena, silne poczucie tożsamości, zdolności do rozwoju i samorealizacji, zdolność do integracji doświadczeń, autonomia – zdolność do bycia niezależnym od wpływów społecznych i do samoregulacji, realistyczne postrzeganie rzeczywistości,

⁸ A. Ostrowska, *Spółczesność ryzyka? Zagrożenia dla zdrowia psychicznego*, w: *Niepokoje polskie*, red. H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, 2004, [online] <www.rcin.org.pl/Content/41741/WA004_59685_P79041_Ostrowska-Spoleczens_oh.pdf> [dostęp: 29.10.2015]; B. Woynarowska, *Podejście ukierunkowane na rozwój umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystania w edukacji zdrowotnej*, w: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, red. B. Woynarowska, M. Kapica, Warszawa: KOWEZ, 2001; H. Makowska, R. Poprawa, *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, w: *Elementy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1996.

radzenie sobie z wymaganiami, zdolność do adaptacji w zmieniającym się świecie⁹.

W opisie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży¹⁰ wymienia się takie komponenty, jak: zdolność do doświadczania i wyrażania we właściwy i konstruktywny sposób emocji, np. radości, smutku, gniewu, przywiązania; pozytywna samoocena, szacunek dla innych, poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do siebie i świata; zdolność do funkcjonowania w rodzinie, grupie rówieśniczej, szkole i społeczności; zdolność do inicjowania i podtrzymywania głębszych relacji (przyjaźń, miłość) oraz uczenia się funkcjonowania w świecie w sposób produktywny.

Wskaźniki stanu zdrowia dzieli się także na: subiektywne, które stanowi samoocena zdrowia, samopoczucia i różnych ważnych dla jednostki wymiarów jakości życia, dokonana przez respondentów, oraz obiektywne – statystyczne dane epidemiologiczne, które dotyczą głównie zachorowalności na wybrane choroby, przyczyn hospitalizacji i umieralności¹¹.

Wskaźniki zdrowia subiektywnego uznaje się za szczególnie przydatne (zwłaszcza u dzieci), gdyż powszechnie stosowane mierniki negatywne (np. umieralność, hospitalizacja) dotyczą tylko niewielkiej części populacji. Nie dostarczają one informacji o stanie zdrowia pozostałej, większej części, u której nie występują (lub nie zostały ujawnione) kliniczne objawy chorób, ale której stan zdrowia jest zróżnicowany i wymaga systematycznego monitorowania. Analiza subiektywnych wskaźników zdrowia pozwala na identyfikowanie grup ryzyka, które są zagrożone wystąpieniem różnych problemów zdrowotnych i na tej podstawie planowania programów profilaktycznych i interwencyjnych. W przypadku badania zdrowia subiektywnego dzieci i młodzieży, samodzielnej oceny mogą dokonać dzieci po 10. roku życia, a u dzieci młodszych oceny tej dokonują rodzice/opiekunowie¹².

W ramach wzbogacania pozytywnych miar zdrowia populacji coraz częściej w obszarze zdrowia publicznego wykorzystuje się kategorię pojęciową *jakość życia*. Może mieć ona liczne zastosowania: określa pozycję społeczną jednostki, jej ogólną satysfakcję z życia, poziom zadowolenia z różnych obiektywnie i subiektywnie ważnych sfer życia. W praktyce klinicznej subiektywna ocena jakości życia (i stanu zdrowia) dokonana bezpośrednio przez chorego pozwala na zweryfikowanie obiektywnych pomiarów i wy-

⁹ *Psychologia zdrowia...*, dz. cyt., s. 68–73.

¹⁰ B. Woynarowska, A. Oblacińska, *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, „Studia BAS” 2014, nr 2 (38), s. 41–64, [online] <[www.orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/56A8C5363F5C5646C1257D07003F2AF5/\\$File/Strony%20odStudia_BAS_38-3.pdf](http://www.orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/56A8C5363F5C5646C1257D07003F2AF5/$File/Strony%20odStudia_BAS_38-3.pdf)> [dostęp: 29.10.2015].

¹¹ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, Warszawa: GUS, 2012, [online] <www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf> [dostęp: 29.10.2015].

¹² B. Woynarowska, A. Oblacińska, dz. cyt., s. 41.

ników badań, a także sprzyja aktywnemu włączeniu pacjenta w proces leczenia i rehabilitacji¹³.

Do pozytywnych wskaźników oceny jakości życia pozostającej w bezpośrednim związku ze stanem zdrowia należą¹⁴:

1. Przeciętna oczekiwana długość życia (ang. *Life Expectancy, LE*) – przeciętna liczba lat życia, mierzona na podstawie statystyk dotyczących umieralności w danym roku, dla danej populacji. LE jest szeroko używanym wskaźnikiem stanu zdrowia populacji, ale nie można na jego podstawie wyciągać wniosków na temat jakości życia.

2. Oczekiwana długość życia w zdrowiu (ang. *Health Adjusted Life Expectancy, HALE*) – przeciętna liczba lat, jaką prawdopodobnie osoba z danej populacji przeżyje w zdrowiu. Wskaźnik HALE mówi o przeżywalności w różnych stanach zdrowia, a więc nie tylko w pełnym zdrowiu. W związku z tym charakteryzuje go duża zmienność w czasie oraz różnice między krajami w zakresie danych dotyczących stanu zdrowia. Jest mierzony dla wieku 0 i 65 lat, dla kobiet i mężczyzn. Wskaźnik HALE jest stosowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i należy do demograficznych wskaźników zdrowia.

3. Potencjalnie utracone lata przeżyte w dobrym zdrowiu (ang. *Disability Adjusted Life Years, DALY*) – liczba lat przeżytych w niepełnej sprawności z powodu określonej choroby i/lub przedwczesnej śmierci na skutek tej określonej choroby. Jest wskaźnikiem używanym przez Światową Organizację Zdrowia. Jeden DALY oznacza jeden rok utraconego życia w pełnym, produktywnym zdrowiu. Stanowi połączenie informacji na temat umieralności, niepełnosprawności i ograniczeń zdrowia, wynikających z obciążenia chorobami. Dane o DALY są zwykle łączone z informacjami dotyczącymi kosztów i efektywności interwencji zdrowotnych w obszarze zdrowia publicznego w celu projektowania jak najlepszych strategii zdrowotnych.

4. Oczekiwana długość życia bez niepełnosprawności (ang. *Disability-Free Life Expectancy, DFLE*) – inaczej nazywana wskaźnikiem lat przeżytych w zdrowiu (ang. *Healthy Life Years, HLY*). Wskaźnik lat zdrowego życia (bez niepełnosprawności – HLY, DFLE) określa dwie cechy zdrowej populacji: długość życia i jakość życia w odniesieniu do zdrowia. Wskaźnik lat przeży-

¹³ A. Ostryżek, J.T. Marcinkowski, *Jakość życia jako pozytywny wskaźnik zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2012, 47 (4), s. 408–411, [online] <www.h-ph.pl/pdf/hyg-2012/hyg-2012-4-408.pdf> [dostęp: 29.10.2015].

¹⁴ Tamże; por. także: L. Gromulska, M.J. Wysocki, P. Goryński, *Lata przeżyte w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY) – zalecany przez Unię Europejską syntetyczny wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, 62, s. 811–820, [online] <www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Gromulska_2008-1416585985/Gromulska_2008.pdf> [dostęp: 29.10.2015].

tych w zdrowiu, *Healthy Life Years* (HLY), jest jedynym z europejskich wskaźników strukturalnych i dotyczy on zdrowia jako czynnika związanego z rozwojem i dobrobytem. Jest miarą stanu zdrowia określonego jako „funkcjonalne” – stanu pełnej efektywności działań, produktywności, sprawności. HLY został opracowany jako efekt obserwacji, że nie wszystkie lata, określone przez oczekiwaną długość życia, są przeżywane w pełnym zdrowiu. Populacja o stosunkowo wysokiej oczekiwanej długości życia nie musi być zdrowsza, ponieważ choroby przewlekłe czy niepełnosprawność są coraz powszechniejsze w starzejącym się społeczeństwie. Jeżeli wysokość HLY rośnie, to ludzie żyją dłużej w pełnym zdrowiu.

5. Oczekiwana liczba lat życia dobrego jakościowo (ang. *Quality-Adjusted Life Years*, QALY) – łączy w sobie dane dotyczące umieralności i jakości życia. Wskaźnik QALY jest sposobem pomiaru rezultatów leczenia: skutków interwencji zdrowotnych, szczególnie przydatnych w porównywaniu programów zdrowotnych. Jest najstarszym ze wskaźników zdrowia i jakości życia w kontekście zdrowia stosowanym od lat 70. Sposób określania jakości życia pacjentów opiera się na samoocenie stanu zdrowia, danych o populacji i danych od lekarzy. Jeden rok życia w pełnym zdrowiu wynosi 1 QALY. Dla określonej jednostki wylicza się sumę lat przeżytych w pełnym zdrowiu. QALY jest wskaźnikiem mierzącym jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia (ang. *Health Related Quality of Life*, HRQOL), która niesie informacje dotyczące skutków choroby dla funkcjonowania pacjenta i oceny leczenia w odbiorze pacjenta. Jest to subiektywna ocena stanu zdrowia.

6. Wskaźnik jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (ang. *Health Related Quality of Life*, HRQOL) – definiowany jako „funkcjonalny efekt choroby i leczenia subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta”¹⁵. HRQOL jest źródłem szeregu danych dotyczących chorego i jego funkcjonowania w aspekcie przeżywanej choroby oraz oceny jej wpływu na poziom życiowej satysfakcji.

Wskaźniki oczekiwanego stanu zdrowia (ang. *health expectancies*) należą do złożonych wskaźników łączących w sobie dane na temat umieralności i zachorowalności, ograniczeń zdrowia. Jednostka monitoringu stanu zdrowia w Europie (EHEMU) postuluje, żeby badacze zbierali dane o HLY w kontekście innych wskaźników, tak aby możliwy był rozwój i optymalizacja wskaźników zdrowia. Dlatego w obszarze zdrowia publicznego coraz powszechniej wykorzystuje się te wskaźniki stanu zdrowia populacji, dla których podstawową kategorią i punktem odniesienia jest wolne od dysfunkcji i niepełnosprawności, dobre jakościowo życie. Precyzyjne określenie

¹⁵ A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, dz. cyt., s. 408–411.

mierników zdrowia pozytywnego nie jest jednak łatwe, istnieje też potrzeba ich uporządkowania i precyzyjnego zdefiniowania podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem i określaniem jego stanu¹⁶.

Wskaźników stanu zdrowia używa się do rozmaitych celów. Dane na temat długości życia i stanu zdrowia mogą być pomocne w wyznaczaniu kierunków polityki zdrowotnej i dokonywaniu zmian w systemie opieki zdrowotnej przez właściwe instytucje państwowe. Interesują się nimi firmy ubezpieczeniowe i przedsiębiorcy. Stanowią także punkt wyjścia dla działań profesjonalistów z dziedziny pomocy psychologiczno-pedagogicznej, interwencji kryzysowej, edukacji odpowiedzialnych za opracowywanie i wdrażanie strategii ochrony zdrowia i podejmowanie skutecznych działań prozdrowotnych, aby ludzie przeżywali jak najwięcej lat życia w pełnym zdrowiu¹⁷.

Liczne badania i analizy dokonywane przez GUS¹⁸, CBOS¹⁹, Instytut Psychiatrii i Neurologii²⁰, w ramach „Diagnozy społecznej”²¹, pozwalają na uchwycenie dynamiki wskaźników negatywnych i pozytywnych, subiektywnych i obiektywnych stanu zdrowia i samopoczucia psychicznego Polaków w ciągu ostatnich lat. A. Ostrowska²² zwraca uwagę, że częstość występowania zaburzeń psychicznych, szczególnie związanych z działaniem stresu, charakteryzuje się wyraźnym wzrostem, natomiast samopoczucie psychiczne i zadowolenie z życia ogółu społeczeństwa jest na dość wysokim poziomie i ulega w ostatnich latach tylko niewielkim zmianom.

Jak wynika z szacunków Eurostatu²³, wskaźnik oczekiwanej długości życia w sprawności (HLY), określa, że statystyczny chłopczyk, noworodek urodzony w Polsce w 2010 roku, będzie żył ponad 72 lata, z czego pierwsze 59 lat to życie bez żadnych oznak niesprawności, natomiast jego rówieśniczka będzie żyła o prawie 9 lat dłużej (blisko 81 lat), także dłużej w zdrowiu, bo ponad 62 lata (o 3 lata dłużej niż chłopiec). Oczekiwana długość życia w zdrowiu najmłodszych Polaków nie jest zbyt wysoka i lokuje nas dopiero

¹⁶ Tamże.

¹⁷ Tamże; por. także: L. Gromulska, M.J. Wysocki, P. Goryński, dz. cyt., s. 812.

¹⁸ GUS, [online] <www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/> [dostęp: 29.10.2015].

¹⁹ CBOS, [online] <<http://www.cbos.pl/>> [dostęp: 29.10.2015].

²⁰ *Mental Health Statistics. Poland 1990-2005*, red. E. Słupczyńska-Kossobudzka, L. Bo-guszewska, Warszawa: Department of Health Services Organization. Institute of Psychiatry and Neurology, 2006.

²¹ *DIAGNOZA SPOŁECZNA, raporty*, red. J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna 2013*, [online] <www.diagnoza.com> [dostęp: 29.10.2015].

²² A. Ostrowska, dz. cyt.

²³ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, dz. cyt., s. 74-75.

na początku trzeciej dziesiątki, tj. krajów o najkrótszym okresie życia w zdrowiu.

Jak podaje GUS²⁴, opisując wyniki badań EU-SILC²⁵, subiektywna ocena zdrowia Polaków (w wieku 16 lat i więcej) nie jest jeszcze zbyt wysoka (choć się poprawia). W 2010 roku 42% dorosłych mieszkańców Polski oceniło swoje zdrowie poniżej poziomu dobrego, tj. o 4 punkty procentowe mniej niż w 2005 roku. Gorzej niż Polacy swoje zdrowie oceniali Łotysze, Litwini, Estończycy, Portugalczycy i Węgrzy. Pozostali mieszkańcy Unii Europejskiej (ale także Szwajcarii, Islandii czy Norwegii) swój stan zdrowia oceniają dużo lepiej niż Polacy. Stosunkowo najwyższe oceny zdrowia zadeklarowali mieszkańcy Irlandii i Szwajcarii. Także Czesi ocenili swoje zdrowie lepiej – ponad 60% dorosłych uznało, że ich zdrowie jest bardzo dobre lub dobre, a w Polsce – 58%. Lepiej ocenili swój stan zdrowia Niemcy – aż 65% ma pozytywną opinię na temat swojego zdrowia. Generalnie kobiety gorzej oceniają swoje zdrowie niż mężczyźni, i to we wszystkich krajach europejskich. W Polsce stosunkowo niskie oceny własnego zdrowia (poniżej oceny dobrej) zadeklarowało prawie 45% dorosłych kobiet i 39% mężczyzn.

Pod względem subiektywnej oceny własnego zdrowia Polska zajmuje dopiero 25 miejsce spośród 30 analizowanych krajów europejskich (zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn).

Oceny stanu zdrowia dokonuje się także na podstawie występowania długotrwałych problemów zdrowotnych, trwających co najmniej 6 miesięcy²⁶. Nie muszą one być skutkiem tylko choroby przewlekłej, ale mogą stanowić następstwa długotrwałego złego samopoczucia, niesprawności czy kalectwa. Bez względu na bezpośrednią przyczynę tego stanu rzeczy najważniejszy jest fakt, że takie problemy zdrowotne wystąpiły i trwały przez określony czas. Jak wskazują wyniki badania EU-SILC 2010, co trzeci dorosły Polak uskarżał się na występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych. Z takim wskaźnikiem Polska zajmuje 19 miejsce od końca.

W odniesieniu do zaburzeń psychicznych, zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia, czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie stanowi depresja, która w 2020 roku będzie na drugim miejscu, a 10 lat później może stać się główną przyczyną niepełnosprawności. Europejskie badania epidemiologiczne wskazują, że depresja jest najbardziej roz-

²⁴ Tamże, s. 66.

²⁵ EU-SILC, *Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności* (badanie dotyczące warunków życia ludności, dochodów, oceny stanu zdrowia, ubóstwa, wykluczenia społecznego w Unii Europejskiej wdrażano w latach 2004–2007, a w Polsce – od 2005 r.). Za: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, dz. cyt., s. 26.

²⁶ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, dz. cyt., s. 67.

powszechnionym problemem zdrowia psychicznego w wielu państwach członkowskich i cierpi na nią ponad 11% dorosłej populacji UE. Od kilkunastu lat niemal we wszystkich rozwiniętych krajach Europy obserwuje się wyraźny i progresywny wzrost liczby przyjęć do szpitala osób z rozpoznaniem depresji. Po 50. roku życia depresja stanowi jedną z głównych przyczyn hospitalizacji kobiet i mężczyzn. W badaniach uwzględnia się, że depresja, mimo coraz bardziej rozpowszechnionej społecznej wiedzy i dostępnych informacji na jej temat, nadal w dużym stopniu jest postrzegana jako choroba wstydliva, o której się nie mówi. Dlatego też dane na temat odsetka osób chorujących obecnie na depresję, uzyskane z subiektywnego badania ankietowego, nie w pełni odzwierciedlają obraz wynikający z badań epidemiologicznych. Wyniki EHIS pokazują, że na depresję cierpieli głównie mieszkańcy Belgii i Hiszpanii – odpowiednio prawie co osiemnasta i co dziesiętnasta osoba, oraz około 5% Węgrów i Maltańczyków. W Polsce występowanie depresji w ciągu 12 miesięcy przed przeprowadzeniem wywiadu podało 2% osób dorosłych. Najmniejszą grupę takich osób (około 1%) stanowili mieszkańcy Bułgarii i Rumunii. Kobiety częściej chorowały na depresję niż mężczyźni w większości badanych krajów, a w Polsce liczba chorujących kobiet była blisko dwukrotnie większa niż mężczyzn (2,7% kobiet w stosunku do 1,4% mężczyzn)²⁷.

Jeden z najważniejszych wskaźników z obszaru zdrowia psychicznego, a mianowicie współczynnik zgonów z powodu samobójstw, jest wśród mężczyzn w Polsce wyższy o blisko 68% od średniego dla krajów UE – sytuacja pogorsza się w okresie ostatnich 10 lat²⁸.

Pierwszym w Polsce badaniem epidemiologicznym zaburzeń psychicznych, przeprowadzonym zgodnie z metodologią Światowej Organizacji Zdrowia we współpracy z Konsorcjum *World Mental Health* (WMH), było badanie EZOP²⁹. Badaniami objęto próbę losową ponad 10 tys. respondentów w wieku 18–64 lata. Zastosowano w nich Złożony Międzynarodowy Kwestionariusz Diagnostyczny (CIDI). Badaniem objęto najczęściej wystę-

²⁷ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, dz. cyt., s. 7.

²⁸ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Zakład Higieny, 2012.

²⁹ *Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP Polska*, [online] <www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html> [dostęp: 29.10.2015]; T. Szafrński, *Ochrona zdrowia psychicznego we współczesnym świecie*, w: *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, maj 2014; J. Wciórka, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, w: *Psychiatria*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Puzyński, J. Rybakowski, Wrocław: Elsevier, Urban & Partner, 2012, s. 626–634.

pujące zaburzenia psychiczne, zaliczające się głównie do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń nastroju, nerwicowych (w tym lękowych i neurastenii) oraz zaburzeń kontroli impulsów i zachowań autodestrukcyjnych. Ocena rozpowszechnienia zaburzeń psychotycznych i organicznych zaburzeń psychicznych wykraczała poza obszar omawianego projektu.

Wyniki EZOP na temat sytuacji epidemiologicznej zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w Polsce, które przedstawiono w 2012 roku, pokazały, że co najmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu życia można było rozpoznać u 23,4% osób, tj. u ponad 6 mln osób. Liczba osób leczących się z powodu problemów zdrowia psychicznego oscyluje w granicach 1,6 mln. Jednakże faktyczna liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania jest znacznie wyższa, ponieważ przytaczane dane obrazują jedynie zgłaszalność do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej, a nie rzeczywiste potrzeby³⁰.

Badanie pokazało, że w populacji osób w wieku od 18 do 64 lat, około 20–30% skarżyło się na takie problemy, jak: stany obniżenia nastroju i aktywności, przewlekły lęk czy drażliwość³¹. Najczęstszym rodzajem zaburzeń występujących w populacji są zaburzenia lękowe – cierpi na nie w danej społeczności przeciętnie co szósta osoba. Jedna osoba na dziesięć boryka się z zaburzeniami nastroju, głównie z depresją. Około 7% osób cierpi na bezsenność, zaś uzależnienia to problem dotyczący ponad 4% populacji³².

Stwierdzono znaczne zróżnicowanie wojewódzkie w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Do województw o najwyższym rozpowszechnieniu zaliczyć można łódzkie, świętokrzyskie w środkowej Polsce i lubelskie w środkowo-wschodniej części oraz lubuskie i dolnośląskie na zachodzie kraju. Najniższe rozpowszechnienie stwierdzono w województwach podkarpackim i zachodniopomorskim.

Część zaburzeń nie jest poważnie nasiloną i nie ma istotnego wpływu na codzienne funkcjonowanie. Ale w wielu przypadkach zaburzenia łączą się z istotnym pogorszeniem jakości życia, upośledzeniem funkcjonowania i mogą prowadzić do powstania niepełnosprawności, która w największym

³⁰ Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku, Warszawa: Minister Zdrowia, 2013, [online] <[www.orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/2CEF9FEFF6E55151C1257BB7002EE71C/\\$File/1614.pdf](http://www.orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/2CEF9FEFF6E55151C1257BB7002EE71C/$File/1614.pdf)> [dostęp: 29.10.2015]; por. preambuła Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU z 2011 r. nr 231, poz. 1375); Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (DzU z 2011 r. nr 24, poz. 128).

³¹ Za: T. Szafranski, dz. cyt.

³² Tamże.

stopniu obejmuje cztery kategorie chorób: depresję, otępienie, uzależnienie od alkoholu i udar³³.

Jak podaje GUS³⁴, w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji, w 2011 roku w warunkach ambulatoryjnych leczyło się blisko 4% wszystkich Polaków, czyli ponad 1,4 mln osób. Blisko 1,2 mln osób będących pod opieką tych poradni potrzebowało pomocy z uwagi na występujące zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. Kolejne blisko 170 tys. osób leczyło się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a ponad 31 tys. – z powodu używania środków psychoaktywnych (opiaty, kokaina, leki uspokajające i nasenne, inne substancje pobudzające i halucynogenne, lotne rozpuszczalniki itp.). W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominują zaburzenia nerwicowe (901 leczonych na 100 tys. ludności) oraz zaburzenia nastroju (699 leczonych na 100 tys. ludności). W sumie te dwie grupy rozpoznań stwierdzono u prawie 44% ogółu pacjentów leczonych w tych trzech poradniach. Blisko co ósmy pacjent leczył się ze względu na zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu, głównie z powodu zespołu uzależnienia, natomiast co pięćdziesiąty z powodu zaburzeń psychicznych, spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne osób leczących się w warunkach ambulatoryjnych, można stwierdzić, że najliczniej w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień leczyli się mieszkańcy województw: łódzkiego, kujawsko-pomorskiego, lubuskiego i małopolskiego – ponad 4% ludności; najrzadziej natomiast mieszkańcy województwa wielkopolskiego – mniej niż 2% ludności.

Stan zdrowia psychicznego określony na podstawie zgłaszalności do systemu ochrony zdrowia jest porównywalny z ustaloną w badaniu EZOP populacją osób deklarujących umiarkowane („dobre”) i słabsze („znośne” lub „słabe”) poczucie zdrowia psychicznego (łącznie około 30%, tj. około 7,5 mln osób). Warto jednak wziąć pod uwagę, że istnieje pewna luka informacyjna na temat rzeczywistego rozpowszechnienia zaburzeń („ciemna liczba”), ponieważ także osoby oceniające swoje zdrowie lepiej (jako „doskonale” lub „bardzo dobre”) mogą okazjonalnie poszukiwać jakiejś formy pomocy psychiatrycznej, a nie występują one w statystykach zgłaszalności do placówek leczniczych³⁵.

³³ *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, maj 2014.

³⁴ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, dz. cyt., s. 61, 170.

³⁵ J. Wciórka, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Motywy, cele, priorytety, w: Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce...*, dz. cyt.

Zarejestrowana zgłaszalność do placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej sięgała łącznie około 1,5 mln. Porównanie tej liczby z oszacowaniami potencjalnych zgłoszeń (6–7,5 mln) wskazuje, że znaczny odsetek potrzebujących pomocy pozostaje poza systemem ochrony zdrowia psychicznego w Polsce. Wydaje się, że konieczny rozwój możliwości organizowania pomocy powinien nastąpić przy wykorzystaniu również innych, pozapsychiatrycznych form oddziaływania, np. pomocy społecznej, organizacji samopomocowych czy wreszcie – dostępności pomocy psychologicznej i psychoterapii³⁶.

Z informacji zgromadzonych przez Ministerstwo Zdrowia wynika, że w ciągu 20 lat, między 1990 a 2010 rokiem³⁷, wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych wzrósł ponad dwukrotnie: o 124% (z 1629 do 3655 na 100 tys. ludności) w opiece ambulatoryjnej i o 51% (z 362 do 548 na 100 tys. ludności) w opiece stacjonarnej. Między 2005 a 2010 rokiem w opiece ambulatoryjnej wystąpił wzrost wszystkich kategorii zaburzeń psychicznych. Prawie czterokrotnie wzrosło rejestrowane rozpowszechnienie zaburzeń psychotycznych, a zaburzenia niepsychotyczne wzrosły o 49%. Najwyższy, ponad siedmiokrotny wzrost wystąpił w przypadku zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych, prawie dwukrotnie wzrósł wskaźnik zaburzeń w wyniku używania alkoholu (84%).

W analizie subiektywnych wskaźników stanu zdrowia psychicznego można wykorzystać wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS)³⁸ dotyczące uczuć i nastrojów osób w wieku 15 lat i więcej. Odpowiedzi respondentów wskazują, że samopoczucie większości Polaków jest dość dobre. Większość badanych „przez cały czas” lub „przez większość dni” czuła się pełna życia (64% w stosunku do średniej unijnej wynoszącej 59%), szczęśliwa (67% w stosunku do średniej unijnej – 61%), „przez większość dni” lub „przez kilka dni” spokojna i opanowana (75% wobec średniej unijnej – 79%) oraz „miała dużo siły i energii” do działania (64% wobec 73%). Odpowiedzi wskazały, że 77% polskich respondentów (średnia unijna – 69%) „bardzo rzadko” lub zaledwie „przez kilka dni” w miesiącu denerwowało się, 71% rzadko czuło się wykończonymi bądź wyczerpanymi (średnia unijna – 67%), a 74% rzadko było zmęczonych (średnia unijna – 73%). Znaczna część respondentów w Polsce (ponad 82%) prawie przez

³⁶ J. Wciórka, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, w: *Psychiatria*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Puzyński, J. Rybakowski, Wrocław: Elsevier, Urban & Partner, 2012, s. 626–634.

³⁷ *Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku...*, dz. cyt.

³⁸ W Polsce badanie zostało przeprowadzone w okresie od listopada do grudnia 2009 r.; por. *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania...*, dz. cyt. (raport zawiera dane z roku 2010).

większość czasu nie czuła się „tak przygnębiona, że nic nie mogło podnieść na duchu” (średnia unijna – 74%), a 72% nie odczuwała bądź rzadko czuła smutek (średnia unijna – 66%).

Najlepszym samopoczuciem i najbardziej pozytywnym stosunkiem do życia charakteryzowały się osoby z młodszych grup wieku, do 40. roku życia, które często odczuwały zadowolenie z życia, szczęście, spokój i energię do działania. Z upływem lat stan emocjonalny respondentów ewidentnie się pogarsza. Respondenci ze starszych roczników, od 50. roku życia, częściej skarżyli się na zmęczenie, byli smutni czy przygnębieni, częściej też bywali bardzo zdenerwowani. Płeć różnicuje odpowiedzi. Mężczyźni odczuwają wyższy poziom dobrostanu psychicznego niż kobiety, częściej są pełni radości życia, energii, zadowoleni i spokojni przez całe lub prawie całe 4 badane tygodnie. Kobiety częściej doświadczały stanów negatywnych, powodujących stres i podnoszących jego poziom. Więcej kobiet zgłaszało zmęczenie, zdenerwowanie, smutek i przygnębienie. Podobne tendencje można zaobserwować w całej UE.

Wyniki badania dotyczące częstości występowania dobrego samopoczucia psychicznego³⁹ pokazują, że najwięcej respondentów – prawie 30% – miało dobre samopoczucie psychiczne przez kilka dni w okresie 4 tygodni poprzedzających badanie. Były to najczęściej osoby w wieku 30–39 lat (co trzecia), częściej mężczyźni niż kobiety, z wykształceniem policealnym, żyjące w związku, pracujące, o bardzo dobrym lub dobrym stanie zdrowia. Przez cały czas dobre samopoczucie miał prawie co piąty badany, a przez większość dni – 14% respondentów. Były to głównie osoby z najmłodszej grupy wiekowej, to jest 15–19 lat. W trakcie badanego miesiąca 18% dorosłych nigdy nie cieszyło się dobrym samopoczuciem psychicznym, a bardzo rzadko odczuwane dobre samopoczucie deklarował prawie co piąty badany. Najczęściej były to osoby najstarsze, z najniższym wykształceniem, owdowiałe lub rozwiedzione, bierne zawodowo, o złym lub bardzo złym stanie zdrowia, niesprawne fizycznie. W tej grupie przeważały kobiety.

Złe samopoczucie psychiczne wśród osób w wieku 15 lat i więcej miało stale więcej niż piąta część respondentów w okresie 4 tygodni poprzedzających badanie, a nieznacznie mniejsza grupa odczuwała złe samopoczucie przez większość tego okresu. W tej grupie przeważały kobiety, ponadto osoby ze starszych roczników (50 lat życia i więcej), osoby bez wykształcenia, owdowiałe, rozwiedzione lub w separacji, bezrobotne, o złym i bardzo złym stanie zdrowia, z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, chorujące przewlekłe i niesprawne. Kilka dni złego samopoczucia w miesiącu zgłaszał

³⁹ Tamże.

więcej niż co szósty badany. Najliczniejsza natomiast grupa respondentów (27,5%) bardzo rzadko odczuwała dyskomfort psychiczny, a 15% mówiło, że w ogóle nie miało takiego poczucia. Były to głównie osoby do 30. roku życia, dobrze wykształcone, pracujące, zdrowe i sprawne, częściej byli to mężczyźni.

Raporty diagnozy społecznej z 2013 roku⁴⁰, w opisie warunków i jakości życia Polaków podają, że w wielu miarach subiektywnej jakości życia wyniki są pozytywne. W stosunku do 2011 roku o 1 punkt procentowy wzrosła – do 81% – liczba Polaków bardzo i dosyć szczęśliwych; 79% (tyle samo co w 2011 roku) pozytywnie ocenia całe swoje dotychczasowe życie. Stwierdzono dalszy wzrost oceny dotychczasowego życia. Obecnie ocena ta jest najwyższa w całym okresie objętym badaniami, ponaddwukrotnie wyższa, niż w najgorszym pod tym względem 1993 roku. Autorzy zauważają systematyczny wzrost tej oceny, poczynając od 1994 roku. Również dwa wskaźniki woli życia – brak skłonności samobójczych i pragnienie życia – najważniejszego aspektu dobrostanu psychicznego, należą do najwyższych w całym okresie od 1991 roku. Natężenie symptomów depresji utrzymało się na poziomie 2011 roku i jest najniższe w całym analizowanym okresie.

W stosunku do wcześniejszych lat wzrosło także poczucie szczęścia, które deklaruje obecnie 80,3% respondentów; jest to najlepszy wynik od początku pomiaru. W stosunku do 2003 roku odsetek osób nieszczęśliwych spadł niemal trzykrotnie (z 4,5 do 1,6%). Mimo utrzymywania się na wysokim poziomie lub nawet wzrostu niektórych wskaźników ogólnego dobrostanu psychicznego, widać pewne oznaki kryzysu w zakresie satysfakcji częściowych. Spośród 16 satysfakcji częściowych, w 12 odnotowano w stosunku do 2011 roku spadek, a w żadnej – wzrost. Najbardziej spadło zadowolenie z perspektyw na przyszłość i z sytuacji w kraju oraz z życia seksualnego i z pracy. Zmniejszyło się także zadowolenie z miejscowości zamieszkania. Najważniejszym czynnikiem wyjaśniającym ogólny dobrostan psychiczny Polaków okazuje się wiek życia. Im ktoś starszy, tym w gorszej jest kondycji psychicznej, zwłaszcza jeśli chodzi o symptomy nieprzystosowania (depresji). Drugim czynnikiem pod względem znaczenia dla ogólnego dobrostanu psychicznego jest małżeństwo, a piątym – liczba przyjaciół, którą łącznie z małżeństwem traktować można jako wskaźnik wsparcia społecznego. Na trzecim miejscu, podobnie jak w 2011 roku, znalazło się nadużywanie alkoholu, a na czwartym – dochód. Poszukujących głównie sensu życia eudajmonistów było, podobnie jak w 2011 roku, znacznie więcej (41,2%), niż nastawionych na maksymalizowanie przyjemności hedonistów

⁴⁰ *DIAGNOZA SPOŁECZNA, raporty...*, dz. cyt.

(21,3%). Nastawienie hedonistyczne i konsumpcyjne w dążeniu do szczęścia nie sprzyja jego osiągnięciu. Lepszą drogą jest orientacja na realizację celów wewnętrznych i poszukiwanie sensu życia⁴¹. Eudajmoniści pod wieloma względami mają bardziej udane życie od hedonistów. Jest to zgodne z cebulową teorią szczęścia⁴², której autor twierdzi, że o pozytywnych zmianach dobrostanu psychicznego decyduje przede wszystkim wewnętrzny mechanizm adaptacji („atraktor szczęścia”), który najefektywniej działa na najgłębszym poziomie – woli życia; spadek dobrostanu jest natomiast wynikiem czynników zewnętrznych – negatywnych zmian sytuacji życiowej.

Z Diagnozy 2013 wynika, że Polacy są coraz zdrowsi. Natężenie symptomów somatycznych spadło do najniższego poziomu od początku pomiarów (1996). Nadużywanie alkoholu jest czynnikiem ryzyka w zakresie wszystkich 17 miar stanu zdrowia. Odbija się na subiektywnej ocenie własnego zdrowia, ale pogarsza także wskaźniki obiektywne – natężenie symptomów zaburzeń i prawdopodobieństwo poważnej choroby. Aktywność fizyczna, choć daje słabsze efekty niż czynniki ryzyka (otyłość, palenie papierosów i nadużywanie alkoholu), istotnie służy zdrowiu. Najsilniej wiąże się ze wskaźnikiem subiektywnym (zadowoleniem ze swojego zdrowia). Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, jeśli uprawiają jakiś sport, lepiej oceniają swoje zdrowie.

Ogólny poziom stresu życiowego był w 2013 roku nieco wyższy, niż dwa lata wcześniej, ale niższy, niż we wcześniejszych pomiarach od 2000 roku. Dużemu natężeniu stresu życiowego „sprzyjają” w pierwszym rzędzie dzieci na utrzymaniu, praca najemna, wiek i bycie przedsiębiorcą. Czynniki osłabiającymi stres życiowy są: wyższy dochód, dobre warunki mieszkaniowe, mieszkanie na wsi i bycie emerytem. Od połowy lat 90. XX w. rośnie częstość stosowania zadaniowej strategii radzenia sobie ze stresem życiowym, a w ostatnim pomiarze, w porównaniu z poprzednimi latami, spadła powszechność stosowania strategii emocjonalnej. Strategie radzenia sobie różnicują poziom dobrostanu psychicznego niezależnie od natężenia stresu życiowego: osoby stosujące strategię zadaniową uzyskują lepsze wskaźniki dobrostanu od osób stosujących strategię emocjonalną lub poddające się

⁴¹ T. Kasser, *Dobre życie, czy życie dobrami. Psychologia pozytywna i poczucie dobrostanu w kulturze konsumpcji*, w: *Psychologia pozytywna w praktyce*, red. P.A. Linley, S. Joseph, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007; por. E. Kasperek-Golimowska, *Nadzieja i optymizm vs zwątpienie i pesymizm w kontekście „dobrego życia” w kulturze konsumpcji*, „Studia Edukacyjne” 2012, nr 19, s. 179–213.

⁴² J. Czapirski, *Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych*, w: *Złudzenia, które pozwalają żyć*, red. M. Kofta, T. Szustrowa, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001, s. 266–306.

w obliczu kłopotów, i to niezależnie od natężenia stresu życiowego. Przewaga strategii zadaniowej rośnie wraz z natężeniem stresu życiowego w przypadku większości wskaźników dobrostanu. Zadaniowa strategia radzenia sobie stanowi bufor łagodzący psychologiczne skutki stresu życiowego: im większe natężenie stresu, tym większa różnica w skłonnościach samobójczych między osobami stosującymi strategię zadaniową a tymi, które preferują strategię emocjonalną.

Od początku okresu transformacji nie zmieniło się 90-procentowe (!) deklarowane poczucie wsparcia społecznego („Czuję się kochany(a) i darzony(a) zaufaniem”). Jedynie 20% respondentów czuje się osamotnionymi wbrew swej woli. Po raz pierwszy od 2005 roku zmniejszyła się przeciętna liczba przyjaciół (z 7 do 6). Liczba przyjaciół jest piątym – po wieku, małżeństwie, nadużywaniu alkoholu i dochodzie – najważniejszym czynnikiem wyjaśniającym dobrostan psychiczny. Przyjaciele mają równie duży wpływ na łagodzenie psychologicznych skutków stresu życiowego, co zadaniowa strategia radzenia sobie⁴³.

Analiza danych z badania CBOS z 2012 roku⁴⁴ pokazuje, że wśród respondentów (podobnie jak w badaniu z 2008 roku) dominuje przekonanie, że warunki życia w Polsce są szkodliwe dla zdrowia psychicznego ludzi i zwiększają ryzyko zachorowania na choroby psychiczne. Obecnie wyraża je 70% badanych, w tym niemal jedna czwarta (23%) nie ma co do tego wątpliwości. Z opinią tą nie zgadza się jedynie co piąty ankietowany (21%). Przekonanie o szkodliwych dla zdrowia psychicznego warunkach życia w Polsce wyrażane jest nieco rzadziej niż w 2008 roku (spadek o 2 punkty) i istotnie rzadziej niż w 2005 roku (spadek o 15 punktów). Systematycznie natomiast wzrasta liczba osób, które nie zgadzają się z powyższą opinią (z 10% w 2005 roku do 21% obecnie).

Za najbardziej szkodliwe dla zdrowia psychicznego – zwiększające ryzyko zachorowania na choroby psychiczne – badani przez CBOS tradycyjnie uznali bezrobocie (65% wskazań, od 2008 roku wzrost o 3 punkty). Na kolejnych pozycjach znalazły się: nadużywanie alkoholu i narkotyków (48%, wzrost o 2 punkty), kryzys rodziny (46%, spadek o 7 punktów) oraz bieda (30%, spadek o 7 punktów). Według co piątego respondenta zagrożenie zdrowia psychicznego łączy się ze złą jakością stosunków międzyludzkich (22%, wzrost o 5 punktów) oraz z niepewnością jutra (19%, spadek o 5 punktów), a zdaniem co szóstego – ze zbyt szybkim tempem życia (16%,

⁴³ *DIAGNOZA SPOŁECZNA, raporty...*, dz. cyt.

⁴⁴ *Zdrowie psychiczne Polaków*, Warszawa: CBOS, październik 2012, [online] <www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_132_12.PDF> [dostęp: 29.10.2015].

spadek o 4 punkty). W ostatnich latach coraz mniej respondentów stwierdza, że zdrowiu psychicznemu zagrażają materialne warunki bytu, takie jak bieda oraz poczucie niepewności jutra, a dostrzega wzrost znaczenia takich kwestii, jak nadużywanie alkoholu i narkotyków czy też niewłaściwe relacje z innymi ludźmi.

Analizując w badaniach CBOS⁴⁵ subiektywny wskaźnik samopoczucia psychicznego w postaci deklarowanej częstości doznawania różnego rodzaju negatywnych uczuć i emocji, stwierdzono, że aż 86% dorosłych, przynajmniej od czasu do czasu, bywa zdenerwowanych i rozdrażnionych, w tym ponad jedna trzecia doznaje tego rodzaju uczuć często lub bardzo często. Niemal trzy czwarte badanych (71%) odczuwa znużenie i zniechęcenie (w tym mniej więcej jedna czwarta doświadcza tych uczuć co najmniej często), a dwie trzecie (68%) – ma poczucie bezradności (w tym co piąty miewa je często lub bardzo często). Niemal trzy piąte respondentów (58%) przyznaje, że od czasu do czasu ogarnia ich wściekłość (w przypadku co siódmego zdarza się to co najmniej często), a nieco ponad połowa (54%, w tym co dziewiąty często) bywa w depresji. Sześciu na stu badanych miewa myśli samobójcze.

Mimo że Polacy dość powszechnie doznają negatywnych uczuć i emocji, wynikających z różnego rodzaju doświadczeń życia codziennego, zdecydowana większość (84%) wyraża satysfakcję z własnego zdrowia psychicznego. Jednak jedynie niespełna co trzeci badany (30%) jest w tym względzie bardzo zadowolony. Stan swojego zdrowia psychicznego jako taki sobie – ani dobry, ani zły – określa co siódmy ankietowany (14%), a jedynie co setny (1%) jest nim zaniepokojony. Generalnie rzecz biorąc, poziom zadowolenia z własnej kondycji psychicznej jest tym wyższy, im młodszy są badani, lepiej wykształceni, im bardziej znacząca jest ich pozycja zawodowa oraz bardziej satysfakcjonująca sytuacja materialna. Stosunkowo najmniej pozytywnych opinii w tym zakresie wyrażają renciści, osoby niezadowolone ze swojej sytuacji materialnej, o najniższych dochodach, badani z wykształceniem podstawowym, bezrobotni oraz emeryci.

Poczucie zagrożenia chorobami psychicznymi jest niskie. Wyraźne zadowolenie Polaków z własnej kondycji psychicznej sprawia, że poczucie to nie jest w społeczeństwie powszechne. Wśród schorzeń wywołujących lęk społeczny lokują się one na trzeciej pozycji⁴⁶.

Okazuje się, że spadek zagrożenia chorobami psychicznymi nie wpłynął na poziom niepokoju Polaków o własne zdrowie psychiczne. Obecnie, po-

⁴⁵ Tamże.

⁴⁶ Tamże.

dobnie jak w 2008 roku⁴⁷, niepokoi się o nie jedna trzecia ankietowanych (33%, wzrost o 2 punkty). Większość zaś (63%, spadek o 3 punkty) nie odczuwa tego typu obaw. Należy jednak zauważyć, że w 2012 roku niepokój o własne zdrowie psychiczne deklaruje zdecydowanie mniej osób, niż w 2005 roku, kiedy to zaniepokojenie w tym względzie wyrażał niemal co drugi badany. O swoje zdrowie psychiczne istotnie częściej niepokoją się kobiety niż mężczyźni (37% wobec 29%). Niepokój o własne zdrowie psychiczne zależy także od częstości doświadczania negatywnych dla kondycji psychicznej doznań i emocji (trzykrotnie częściej) oraz tego, czy respondenci mieli osobisty kontakt z chorymi psychicznie. Ci, którzy zetknęli się z nimi bezpośrednio, obawiają się o swoje zdrowie psychiczne częściej (36%), niż niemający z nimi styczności (29%).

Analiza badań CBOS⁴⁸ poświęconych wypowiedziom Polaków o swoim szczęściu, pechu i zadowoleniu z życia pokazuje, że większość Polaków (54%) nie zalicza się ani do jednoznacznie szczęśliwych, ani do pechowych; jedna trzecia (35%) uważa się za takich, którym szczęście sprzyja, a tylko co dziewiąty badany (11%) twierdzi, że na ogół ma w życiu pecha. Jednocześnie zdecydowana większość badanych (66%) to ludzie zadowoleni z życia. Źródłem największej satysfakcji są dla Polaków dzieci, małżeństwo oraz relacje towarzyskie z przyjaciółmi i bliskimi znajomymi. Tradycyjnie najmniej satysfakcji Polacy czerpią ze swojej sytuacji finansowej i wysokości dochodów. Obecnie co czwarty badany (25%) jest z tego powodu zadowolony, pozostali natomiast wyrażają niezadowolenie ze swojej sytuacji finansowej (38%) albo postrzegają ją jako przeciętną (36%). Odsetki respondentów deklarujących poczucie satysfakcji z poszczególnych wymiarów życia są w większości przypadków zbliżone do zarejestrowanych w 2012 roku.

Poczucie zadowolenia z życia jest silnie powiązane z postrzeganiem siebie samego jako szczęśliwca lub pechowca. Wśród osób zaliczających się do ludzi szczęśliwych nie ma nikogo, kto byłby niezadowolony z życia, a przeważająca większość (89%) deklaruje zadowolenie, w tym co trzeci (34%) jest bardzo usatysfakcjonowany. Zadowoleni z życia dominują (60%) również wśród tych, którzy twierdzą, że ze szczęściem bywa w ich życiu różnie, choć większość z nich jest z niego tylko raczej zadowolona. Najniższy poziom satysfakcji z życia jest wśród badanych zaliczających siebie samych do pechowców – jedna piąta (20%) deklaruje niezadowolenie ze swe-

⁴⁷ *Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*, Warszawa: CBOS, sierpień 2008, [online] <www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_124_08.PDF> [dostęp: 29.10.2015].

⁴⁸ *Polacy o swoim szczęściu, pechu i zadowoleniu z życia*, Warszawa: CBOS, styczeń 2014, [online] <www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_001_14.PDF> [dostęp: 29.10.2015].

go życia, niemal połowa (48%) jest z niego średnio zadowolona, a tylko jedną trzecią (32%) stanowią umiarkowanie zadowoleni.

W odniesieniu do zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży statystyki światowe wskazują na to, że od 10 do 20% cierpi na szeroko pojęte zaburzenia psychiczne, a samobójstwa młodzieży stanowią trzecią przyczynę zgonów w tej grupie wieku⁴⁹.

W Polsce dane o rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży są niepełne i fragmentaryczne. O stanie zdrowia dzieci i młodzieży⁵⁰ można wnioskować na podstawie danych z międzynarodowych badań HBSC młodzieży w wieku 11–18 lat⁵¹, danych GUS⁵², sprawozdań opracowanych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii dotyczących osób leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w 2011 roku⁵³.

Wyniki badań HBSC z 2010 roku⁵⁴ wskazują, że większość młodzieży uważa, że jej zdrowie (subiektywnie) jest dobre lub znakomite, i jest zadowolona ze swego życia. Równocześnie u dużego odsetka nastolatków występują często różnorodne dolegliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne, takie jak np. bóle głowy, pleców, przygnębienie, zdenerwowanie. Co najmniej dwie dolegliwości subiektywne odczuwało prawie codziennie lub częściej niż raz w tygodniu około 40% młodzieży. Analizy tendencji zmian w czasie, prowadzone przez polski zespół HBSC, wskazują, że w latach 1994–2010 we wszystkich badanych grupach wieku (11, 13, 15 lat) nasiliły się bóle brzucha i pleców, a wśród 13- i 15-latków – również bóle i zawroty głowy⁵⁵. W latach 2002–2010 systematycznie zwiększał się też odsetek młodzieży 11- i 13-letniej niezadowolonej z życia, szczególnie wyraźnie wśród dziewcząt. Dziewczęta, częściej niż chłopcy oraz młodzież starsza,

⁴⁹ I. Tabak, dz. cyt., s. 113–138.

⁵⁰ B. Woynarowska, A. Oblacińska, dz. cyt., s. 41–64.

⁵¹ *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szkutnik, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2011 (Raport zawiera wyniki międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC, które są wykonywane co 4 lata, w Polsce – od 1990 r.); *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, red. B. Woynarowska, J. Mazur, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, 2012.

⁵² *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Kraków: Urząd Statystyczny w Krakowie, 2011, [online] <www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_dzieci_mlodziemy_w_polsce_2009.pdf> [dostęp: 29.10.2015]; por. także: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania...*, dz. cyt.

⁵³ *Sprawozdanie o leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach odwykowych dla uzależnionych od alkoholu i w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2011 roku*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2012.

⁵⁴ B. Woynarowska, A. Oblacińska, dz. cyt., I. Tabak, dz. cyt.

⁵⁵ B. Woynarowska, J. Mazur, dz. cyt.

mniej korzystnie postrzegają własne zdrowie (różnice zależne od płci pogłębiają się z wiekiem).

Przydatnymi wskaźnikami zdrowia dzieci i młodzieży są zachowania zdrowotne, ponieważ ich znajomość umożliwia ograniczanie czynników ryzyka lub wzmocnienie zasobów dla zdrowia. Wyniki badań HBSC wskazują, że u młodzieży w wieku 11–18 lat występuje wiele niedostatków w zakresie zachowań prozdrowotnych, w tym niespożywanie codziennie śniadań, owoców i warzyw, niski poziom aktywności fizycznej i niedostatki higieny jamy ustnej. Nastolatki podejmują często zachowania ryzykowne dla zdrowia, nadużywają zwłaszcza alkoholu. Zagroženiem dla zdrowia psychicznego polskiej młodzieży jest również znaczne rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych. Tendencje zmian w czasie pokazują, że odsetek regularnych i codziennych palaczy nie uległ większym zmianom w latach 1990–2010 wśród 11-latków; w grupie 13-latków – wzrósł u obu płci, a w grupie 15-latków – zmniejszył się u chłopców, a u dziewcząt wzrósł. Jednocześnie w latach 1990–2010 we wszystkich grupach wieku wzrósł odsetek osób pijących codziennie piwo oraz używających alkoholi wysokoprocentowych (szczególnie wśród 13- i 15-latków, u których wzrosła również częstość upijania się). W latach 2002–2010 zwiększył się odsetek 15-letnich dziewcząt, które kiedykolwiek w życiu sięgnęły po marihuanę, oraz odsetek młodzieży obojga płci, która często (6 razy lub częściej w ostatnich 12 miesiącach) używała marihuany. Zachowania te często kumulują się, tworząc zespół zachowań ryzykownych, a nastolatki, które je podejmują, częściej gorzej oceniają swoje zdrowie, odczuwają mniejsze zadowolenie z życia i częściej mają dolegliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne. Nasilone zachowania ryzykowne mogą być zarówno skutkiem, jak też przyczyną gorszego samopoczucia fizycznego i społecznego młodych ludzi.

Dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii o osobach w wieku do 18. roku życia, leczonych w placówkach leczenia psychiatrycznego, wskazują na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychospołecznego w grupie nastolatków⁵⁶. W całej Polsce leczonych z powodu zaburzeń psychicznych innych niż uzależnienia było 108 707 osób w wieku 0–18 lat, co stanowiło 1,3% ludności w tym wieku. Najwięcej dzieci i młodzieży trafiło do poradni z rozpoznaniem zaburzeń rozwojowych, zaburzeń nerwicowych, upośledzenia umysłowego oraz zaburzeń afektywnych. Ponadto 964 osoby w wieku 0–18 lat były leczone z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (w tym aż 547 osób z powodu zespołu uzależnienia), a 4417 osób w tym wieku było leczonych z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem innych substancji psychoaktywnych (w tym prawie 50% z powodu ze-

⁵⁶ B. Woynarowska, A. Oblacińska, dz. cyt., s. 41–64.

społów uzależnienia i abstynencyjnego). Szacuje się jednak, że liczba dzieci i młodzieży z zaburzeniami zdrowia psychospołecznego jest znacznie większa (10–20% populacji), gdyż wiele osób pozostaje poza profesjonalną opieką, głównie z powodu małej dostępności do opieki psychiatrycznej i z obawy przed stygmatyzacją.

Z danych opublikowanych przez GUS na podstawie „Europejskiego ankietowego badania zdrowia” w 2009 r.⁵⁷ wynika, że ogólna ocena zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce w ostatnich latach ulega poprawie (ponad 90% ocen pozytywnych we wszystkich grupach wieku). Jednak analiza współczynników osób leczonych w latach 2006–2008 wskazuje tendencję wzrostową występowania chorób i zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży. W 2008 roku do zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat, zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego, odwykowych i poradni uzależnień od substancji psychoaktywnych, należały zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne⁵⁸. Najczęstszym powodem hospitalizacji psychiatrycznych wśród dzieci i dorastającej młodzieży (0–18 lat), podobnie jak w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej, były zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych, zespół uzależnienia. Samobójstwa stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów młodzieży w Polsce. W grupie wieku 15–19 lat zamach samobójczy był przyczyną prawie co piątego zgonu (26% zgonów wśród chłopców i 16% – wśród dziewcząt). W 2008 r. samobójstwa dzieci i młodzieży stanowiły 12,2% samobójstw w Polsce.

Funkcjonowanie fizyczne i psychiczne dzieci i młodzieży upośledzają również choroby przewlekłe, w tym choroby alergiczne, astma oskrzelowa, padaczka, cukrzyca, choroby układu krążenia, otyłość, choroby genetycznie uwarunkowane (fenyloketonuria, mukowiscydoza, hemofilia). Szacuje się, że występują one, w zależności od wieku, u 20–25% populacji dzieci i młodzieży o specjalnych potrzebach zdrowotnych i edukacyjnych.

Zakończenie

Podsumowując, należy stwierdzić, że mimo subiektywnych opinii wielu Polaków o dobrym samopoczuciu, obiektywne dane statystyczne pokazują

⁵⁷ Za: I. Tabak, dz. cyt.

⁵⁸ Osoby dotknięte tymi zaburzeniami nerwicowymi odczuwają objawy sugerujące istnienie somatycznych problemów medycznych, chociaż nie ma żadnych organicznych lub czynnościowych podstaw uzasadniających występowanie takich problemów, za: I. Tabak, dz. cyt., s. 118.

ogromną skalę potrzeb w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Doświadczenia z zaburzeniami psychicznymi są udziałem co trzeciej polskiej rodziny. Zły stan zdrowia psychicznego wysoko koreluje ze zdrowiem fizycznym. Kondycja psychiczna Polaków, skala zaburzeń i ich złożone uwarunkowania wymagają wspólnego wysiłku różnych organów państwa i samorządu oraz współpracy resortów zdrowia, edukacji, nauki i szkolnictwa wyższego, pracy i polityki społecznej. Prewencja i profesjonalne leczenie zaburzeń psychicznych uchodzą za największe wyzwania z zakresu zdrowia publicznego w XXI wieku⁵⁹. Ochrona i promocja zdrowia psychicznego muszą być uwzględniane w programach rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, programach rozwoju społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni. Warto upowszechniać wiedzę o zaburzeniach psychicznych, przeciwdziałać stereotypom, stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu⁶⁰.

Bibliografia

- CBOS, [online] <<http://www.cbos.pl/>> [dostęp: 29.10.2015].
- Czapiński J., *Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych*, w: *Złudzenia, które pozwalają żyć*, red. M. Kofta, T. Szustrowa, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2001.
- Dąbrowski K., *Zdrowie psychiczne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1985.
- DIAGNOZA SPOŁECZNA, raporty, red. J. Czapiński, T. Panek, *Diagnoza społeczna 2013*, [online] <www.diagnoza.com> [dostęp: 29.10.2015].
- Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP Polska, [online] <www.ezop.edu.pl/WynikiBadania.html> [dostęp: 29.10.2015].
- EU-SILC. Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności, [online] <www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycialudnosci/europejskie-badanie-dochodow-i-warunkow-zycia-eu-silc-w-2012-r-7,4.html> [dostęp: 29.10.2015].
- Gromulska L., Wysocki M.J., Goryński P., *Lata przeżyte w zdrowiu (Healthy Life Years, HLY) – zalecany przez Unię Europejską syntetyczny wskaźnik sytuacji zdrowotnej ludności*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2008, 62, s. 811–820, [online] <www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Gromulska_2008-1416585985/Gromulska_2008.pdf> [dostęp: 29.10.2015].
- GUS, [online] <www.stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/> [dostęp: 29.10.2015].
- Heszen-Niejodek I., Gruszczyńska E., *Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar*, „Przegląd Psychologiczny” 2004, 47, s. 15–31.
- Informacja o realizacji działań wynikających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego w 2011 roku, Warszawa: Minister Zdrowia, 2013, [online] <[www.orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/2CEF9FEFF6E55151C1257BB7002EE71C/\\$File/1614.pdf](http://www.orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/2CEF9FEFF6E55151C1257BB7002EE71C/$File/1614.pdf)> [dostęp: 29.10.2015].

⁵⁹ T. Szafranski, dz. cyt.

⁶⁰ J. Wciórka, *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego...*, dz. cyt.

- Kasperek-Golimowska E., *Zdrowie psychiczne*, w: *Europa, Europa. Przewodnik encyklopedyczny po Europie*, t. 3, red. Z. Drozdowicz, Poznań: Wydawnictwo Kurpisz S.A., 2004.
- Kasperek-Golimowska E., *Poradnictwo zdrowotne jako forma profilaktyki zagrożeń i promocji zdrowego stylu życia*, w: *Poradnictwo. Kolejne przybliżenia*, red. M. Piorunek, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 2011.
- Kasperek-Golimowska E., *Nadzieja i optymizm vs zwątpienie i pesymizm w kontekście „dobrego życia” w kulturze konsumpcji*, „*Studia Edukacyjne*” 2012, nr 19.
- Kasser T., *Dobre życie, czy życie dobrami. Psychologia pozytywna i poczucie dobrostanu w kulturze konsumpcji*, w: *Psychologia pozytywna w praktyce*, red. P.A. Linley, S. Joseph, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- Krawczyk K., *Czym jest zdrowie psychiczne, a czym jego brak?*, w: *Psychoterapia bez tajemnic. Podstawowa wiedza i praktyczne wskazówki*, red. L. Grzesiuk, R. Styła, Warszawa: Difin, 2009.
- Makowska H., Poprawa R., *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*, w: *Elementy psychologii zdrowia*, red. G. Dolińska-Zygmunt, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 1996.
- Mental Health Statistics. Poland 1990–2005*, red. E. Słupczyńska-Kossobudzka, L. Boguszewska, Warszawa: Department of Health Services Organization. Institute of Psychiatry and Neurology, 2006.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, Warszawa: Ministerstwo Zdrowia, 2011, [online] <www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/opieka-psychiatryczna/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego> [dostęp: 29.10.2015].
- Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, maj 2014.
- Osoby chore psychicznie w społeczeństwie*, Warszawa: CBOS, sierpień 2008, [online] <www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2008/K_124_08.PDF> [dostęp: 29.10.2015].
- Ostrowska A., *Spółczesność ryzyka? Zagrożenia dla zdrowia psychicznego*, w: *Niepokoje polskie*, red. H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN, 2004, [online] <www.rcin.org.pl/Content/41741/WA004_59685_P79041_Ostrowska-Spoleczens_oh.pdf> [dostęp: 29.10.2015].
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Jakość życia jako pozytywny wskaźnik zdrowia*, „*Hygeia Public Health*” 2012, 47 (4), s. 408–411, [online] <www.h-ph.pl/pdf/hyg-2012/hyg-2012-4-408.pdf> [dostęp: 29.10.2015].
- Polacy o swoim szczęściu, pechu i zadowoleniu z życia*, Warszawa: CBOS, styczeń 2014, [online] <www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2014/K_001_14.PDF> [dostęp: 29.10.2015].
- Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, red. J. Czapiński, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2004.
- Psychologia zdrowia*, red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Warszawa: PWN, 2007.
- Pużyński S., *Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „*Psychiatria Polska*” 2007, t. 41, nr 3, [online], <www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_3_2007/Puzynski%20s299_Psychiatria%20Polska%203_2007.pdf> [dostęp: 29.10.2015].
- Pużyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków: Vesalius, 2000.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (DzU z 2011 r. nr 24, poz. 128)*, [online] <www.nettax.pl/dzienniki/du/2011/24/poz.128.htm> [dostęp: 29.10.2015].

- Sokołowska M., *Założenia ogólne, definicje*, w: *Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja*, red. Cz. Czabała, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
- Sprawozdanie o leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach odwykowych dla uzależnionych od alkoholu i w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2011 roku*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2012.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. Państwowy Zakład Higieny, 2012.
- Szafrański T., *Ochrona zdrowia psychicznego we współczesnym świecie*, w: *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, maj 2014.
- Szymańska J., *Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w szkole*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012.
- Tabak I., *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów*, „Studia BAS” 2014, nr 2 (38), s. 113–138, [online] <[www.orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/AE219B7023B6C528C1257D07003F5F95/\\$File/Strony%20odStudia_BAS_38-6.pdf](http://www.orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/AE219B7023B6C528C1257D07003F5F95/$File/Strony%20odStudia_BAS_38-6.pdf)> [dostęp: 29.10.2015].
- Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, red. B. Woynarowska, J. Mazur, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka. Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, 2012.
- Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* (DzU z 2011 r. nr 231, poz. 1375) (brzmienie od 1 stycznia 2012 r.).
- Wciórka J., *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, w: *Psychiatria*, t. 3, red. J. Wciórka, S. Pużyński, J. Rybakowski, Wrocław: Elsevier, Urban & Partner, 2012.
- Wciórka J., *Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego. Motywy, cele, priorytety*, w: *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*, Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, maj 2014.
- Woynarowska B., *Podejście ukierunkowane na rozwój umiejętności życiowych i możliwości jego wykorzystania w edukacji zdrowotnej*, w: *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, red. B. Woynarowska, M. Kapica, Warszawa: KOWEZ, 2001.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
- Woynarowska B., Oblacińska A., *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, „Studia BAS” 2014, nr 2 (38), s. 41–64, [online] <[www.orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/56A8C5363F5C5646C1257D07003F2AF5/\\$File/Strony%20odStudia_BAS_38-3.pdf](http://www.orka.sejm.gov.pl/wydbas.nsf/0/56A8C5363F5C5646C1257D07003F2AF5/$File/Strony%20odStudia_BAS_38-3.pdf)> [dostęp: 29.10.2015].
- Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2011.
- Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Kraków: Urząd Statystyczny w Krakowie, 2011, [online] <www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_dzieci_mlodziemy_w_polsce_2009.pdf> [dostęp: 29.10.2015].
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2011 r.*, Warszawa: GUS, 2012, [online] <www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2011.pdf> [dostęp: 29.10.2015].
- Zdrowie psychiczne Polaków*, Warszawa: CBOS, październik 2012, [online] <www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_132_12.PDF> [dostęp: 29.10.2015].

Agnieszka Bleja

Polski Instytut Ericksonowski

Ból brzucha i nudności od nadmiaru odpowiedzialności. Przykład pracy terapeutycznej z pacjentką z objawami psychosomatycznymi i fobią szkolną w ujęciu ericksonowskim

Wstęp

Artykuł przedstawia opis procesu terapeutycznego ośmioletniej pacjentki z zaburzeniami psychosomatycznymi i jej rodziny, prowadzonego w podejściu ericksonowskim.

Podejście terapeutyczne Miltona Ericksona charakteryzuje się kilkoma cechami, odróżniającymi je od innych szkół psychoterapii. Jednym z najważniejszych jego elementów jest *zasada spożytkowania*. Oznacza ona, że terapeuta powinien dostrzegać i wykorzystywać w procesie terapii różne aspekty doświadczenia pacjenta. Często przedmiotem spożytkowania może być zgłaszany przez pacjenta objaw, jego właściwości fizyczne, znaczenie, jakie przypisuje mu pacjent, a także jego aspekt metaforyczny. Inną ważną zasadą podejścia ericksonowskiego jest *dostrojenie* do pacjenta – spotkanie go w jego modelu świata. Terapia w związku z tym jest zindywidualizowana, „szyta na miarę” każdej niepowtarzalnej osoby. Pacjent jest w pewnym sensie „ekspertem od samego siebie”, a doświadczany przez niego problem jest rozumiany jako najlepszy dostępny mu sposób poradzenia sobie z sytuacją, w jakiej się znalazł. Ponieważ ten sposób powoduje cierpienie, celem terapii jest udostępnienie pacjentowi innych możliwości dzięki skontaktowaniu go z jego zasobami. Zgodnie bowiem z kolejną zasadą podejścia ericksonowskiego, każda osoba ma *zasoby* niezbędne do radzenia sobie z wyzwaniem, jakie stawia przed nią życie, jednak zasoby te w dużej mierze są niedostępne jej świadomemu poznaniu. Rolą terapeuty jest zauważenie tych zasobów

i organizowanie doświadczenia pacjenta podczas terapii w taki sposób, aby mógł się z nimi skontaktować¹. Kolejnym ważnym aspektem tego podejścia jest uwzględnianie *kontekstu systemowego*. W sytuacji, w której identyfikowanym pacjentem (osobą bezpośrednio doświadczającą objawów) jest dziecko, oznacza to traktowanie przez terapeutę objawów dziecka jako sposobu radzenia sobie z trudnościami przez całą rodzinę. Takie rozumienie wymaga zaangażowania całego systemu rodzinnego w proces terapeutyczny i poszukiwanie w tym procesie nowych możliwości dla rodziny². Podejście ericksonowskie charakteryzuje się również własnym sposobem diagnozowania pacjentów. Ze względu na zaobserwowane podobieństwa między zjawiskami zachodzącymi podczas doświadczenia transu hipnotycznego a tymi, które są obecne w codziennym życiu pacjenta, wyodrębniono kilka wymiarów tzw. zjawisk transowych, mających charakter kontinuuów. Dokonanie opisu doświadczenia pacjenta na tych wymiarach pozwala jednocześnie określić cele terapii, którymi w tym wypadku są dopełnienia brakujących aspektów doświadczenia³. Kiedy zgłaszany problem dotyczy, jak w opisanym przypadku, zaburzeń psychosomatycznych, najczęściej identyfikowanymi zjawiskami transowymi są bezruch (katalepsja, utknięcie) oraz oddzielenie (dysocjacja). W związku z tym terapeuta dąży do poszerzenia doświadczenia pacjentów o aspekty ruchu, zmiany i połączenia (asocjacji). Opisany proces terapeutyczny stanowi przykład pracy prowadzonej na podstawie powyższych założeń.

Informacje o pacjentach

1. Kontekst zgłoszenia

Matka zgłosiła na terapię ośmioletnią córkę, Kasię, która obawiała się chodzenia do szkoły. Dziewczynka tłumaczyła swój lęk bólem brzucha i tym, że mogłaby w szkole zwymiotować. Matka poinformowała, że córka zaczęła sygnalizować uporczywe bóle brzucha po przebyciu, około półtora roku wcześniej, grypy jelitowej, która wymagała hospitalizacji. Od tego czasu dziewczynka była dwukrotnie hospitalizowana w celu zdiagnozowania

¹ J. Zeig, W.M. Munion, *Milton H. Erickson*, Gdańsk: GWP, 2005, s. 523–538.

² K. Klajs, L. Lipman, *Terapia ericksonowska*, w: L. Grzesiuk, H. Suszek, *Psychoterapia. Szkoły i metody*, Warszawa: ENETEIA, 2011, s. 283–297.

³ B. Geary, *Assessment in Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy*, w: B. Geary, J. Zeig, *The Handbook of Ericksonian Psychotherapy*, Phoenix, Arizona: The Milton H. Erickson Foundation Press, 2001, s. 1–17.

przyczyn jej dolegliwości. Za każdym razem stwierdzano stan zapalny błony śluzowej żołądka i dwunastnicy, a ponadto na podstawie konsultacji psychologicznych – nadmierną reaktywność emocjonalną z tendencją do tłumienia reakcji, co stanowiło podstawę do zalecenia opieki psychologicznej. Zanim podjęto prezentowaną tutaj terapię, dziewczynka dwukrotnie korzystała z pomocy psychologicznej, u dwóch różnych psychologów. W pierwszym przypadku były to sesje rodzinne, z których rodzina zrezygnowała po dwóch spotkaniach (według matki terapeuta doszukiwał się odpowiedzialności za stan Kasi w sytuacji rodzinnej, z czym ona się nie zgadzała), a w drugim – indywidualne sesje z dziewczynką: odbyło się pięć takich sesji, jednak zdaniem matki, nie przyniosły one żadnej poprawy.

Bezpośrednią przyczynę aktualnego zgłoszenia stanowił nie tyle ból brzucha (matka spostrzegała go jako problem przede wszystkim medyczny, wymagający opieki lekarskiej), co lęk dziewczynki przed nudnościami i wymiotami, które mogłyby pojawić się w szkole. Lęk ten zaczął stanowić coraz większą trudność, ponieważ przeszkadzał pacjentce w normalnym funkcjonowaniu w rolach społecznych uczennicy i koleżanki. W związku z tym wstępne oczekiwanie dotyczące terapii zostało sformułowane następująco: „żeby córka mogła spokojnie i bez lęku chodzić do szkoły oraz uczestniczyć w różnorodnych zajęciach” (wyjścia na basen, wycieczki itp.).

2. Kontekst systemowy

Pacjentka wychowywała się w rodzinie zrekonstruowanej, do której oprócz niej i jej matki należał ojczym (drugi mąż matki) oraz przyrodni, pięcioletni brat. We wspólnym gospodarstwie domowym mieszkała też babcia (matka matki), która zawsze odgrywała znaczącą rolę w opiece i wychowaniu dzieci.

Z ojcem pacjentki jej matka rozwiodła się, kiedy dziewczynka miała trzy lata. Od tego czasu kontakty Kasi z ojcem były sporadyczne, przypadkowe i pojawiające się w nieprzewidywalnych momentach. Matka narzekała na jego metody wychowawcze, a raczej ich brak. Twierdziła, że z każdego spotkania z ojcem dziewczynka wracała zbuntowana, rozżłoszczona i rozchwiana emocjonalnie. Rozmowy z byłym mężem, mające na celu zmianę tego stanu rzeczy, nie przynosiły żadnych rezultatów. W związku z tym matka nie dążyła do podtrzymywania tej relacji, która z czasem stawała się coraz słabsza.

Drugi mąż matki miał dość dobre relacje z Kasią (która nazywała go tą-tą), traktował ją tak samo jak swojego syna, nie wyróżniając żadnego z dzieci. Był osobą w niewielkim stopniu wyrażającą emocje, raczej oschłą, surową

i wymagającą. Dzieci odczuwały wobec niego respekt i utrzymywały dystans.

Matka opisywała siebie jako osobę bardzo emocjonalną, wrażliwą i całkowicie oddaną dzieciom, a zwłaszcza córce. Od momentu powrotu z pracy aż do wieczora spełniała ich prośby, bawiła się z nimi i robiła wszystko, aby były zadowolone i nie kłóciły się. Zdawała sobie sprawę, że brakuje jej stanowczości i konsekwencji, ale nie godziła się z nadmierną, jej zdaniem, stanowczością męża. Stanowiło to przyczynę konfliktów między nimi i trudności w przyjęciu jednolitej postawy wobec dzieci.

Pacjentka, ośmioletnia Kasia, prezentowała się jako osoba bardzo nieśmiała, wycofana i niepewna w kontakcie. Wypowiadała się bardzo ostrożnie, często brakowało jej umiejętności wyrażenia własnego zdania, matka wówczas odruchowo wyręczała ją i odpowiadała za nią. W zachowaniu, a także zainteresowaniach i sposobie wyrażania się, dziewczynka sprawiała wrażenie nieco młodszej, niż była w rzeczywistości. Z informacji wynikało, że w szkole Kasia funkcjonowała w podobny sposób, chociaż uczyła się dobrze. Wymagała jednak ciągłej zachęty ze strony nauczycielki, była mało samodzielna i raczej bierna. W środowisku domowym natomiast była dominująca, zdecydowana. Starła się zawsze postawić na swoim, niechętnie podporządkowywała się dorosłym, matka i babcia miały problemy z nakłonieniem jej do posłuszeństwa.

3. Hipotezy dotyczące roli objawu i zjawisk zachodzących w systemie rodzinnym

W rodzinie pacjentki występowały zjawiska typowe dla tzw. rodziny psychosomatycznej⁴. Był to system rodzinny o splątanych, zatartych granicach wewnętrznych, zaburzonej strukturze i dużych problemach w zakresie komunikacji. Dzieci zapraszano do podejmowania istotnych decyzji i wchodzenia w koalicje.

W rodzinie Kasi jej matka wchodziła w relacje w sposób zależnościowy; każdy, nawet najmniejszy, konflikt z bliską osobą przeżywała jako groźbę odrzucenia i straty. Jednocześnie była osobą zaprzeczającą trudnym doświadczeniom i emocjom, odcinającą się od nich. Taki sposób przeżywania nie pozwolił jej w pełni odseparować się od własnej matki, utrudniał jej stawianie granic własnym dzieciom, a także uniemożliwił jej poradzenie sobie

⁴ H. Stierlin, I. Rucker-Emden, N. Wetzel, M. Wirsching, *Pierwszy wywiad z rodziną*, Gdańsk: GWP, 2005, s. 115–121.

z traumą rozstania z pierwszym mężem. Zamiast skoncentrować się na własnych trudnych emocjach związanych z rozwodem, całą uwagę skierowała na córkę, której chciała na wszelkie możliwe sposoby wynagrodzić utratę ojca i pełnej, prawdziwej rodziny. Związanie się z nowym partnerem, a później pojawienie się kolejnego dziecka, nasiliło niepokój matki o stan emocjonalny córki i spowodowało jeszcze większą koncentrację uwagi na jej zachowaniu.

Ta szczególna relacja sprawiła, że dziewczynka została delegowana do wyrażania trudnych emocji w rodzinie. Została również obdarzona przywilejem podejmowania decyzji (np. dotyczących tego, czy chce iść do przedszkola, czy nie, jak matka ma spędzać popołudnie, na co przede wszystkim należy wydawać pieniądze). Stała się także „bezpiecznym buforem” chroniącym matkę przed nadmierną bliskością z drugim mężem, której ta się obawiała. W momencie, gdy do tych ról dziewczynki dołożyły się codzienne obowiązki związane ze szkołą, nastąpiło przeciążenie, które doprowadziło do wystąpienia objawów.

Opisując rodzinę w kategoriach zjawisk transowych, można zauważyć zatrzymanie rozwoju tej rodziny („utknięcie” – katalepsja) na etapie niedokończonego procesu radzenia sobie ze stratą, związaną z rozwodem. Matka Kasi emocjonalnie nie poradziła sobie z tą sytuacją, a jednocześnie odcięła się od przeżywanego w związku z nią trudnych uczuć (dysocjacja), kierując swoją uwagę na córkę i jej przeżycia. W tej diadzie dziewczynka też nie mogła wprost wyrażać trudnych emocji, co sprawiło, że zaczęła komunikować się za pomocą objawu psychosomatycznego. Jego wystąpienie z kolei zatrzymało proces rozwoju rodziny (katalepsja) na stadium nazywanym przez J. Haleya etapem rodziny z małym dzieckiem, który to etap wymaga od rodziców koncentracji uwagi na dzieciach, a tym samym odwraca ją od ich własnych problemów⁵.

4. Zasoby rodziny oraz zjawiska spożytkowane w terapii

Rodzina Kasi dysponowała ogromnym ładunkiem pozytywnych emocji: miłości, troski i zaangażowania. Poszczególni członkowie rodziny chcieli rozwiązać trapiące ich problemy, potrafili zaangażować się w terapię, byli też sumienni w wykonywaniu ustalonych zadań.

⁵ J. Haley, *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona*, Gdańsk: GWP, 2005.

System rodzinny charakteryzował się też dużym poziomem energii, szczególnie po stronie dzieci. Energia ta zmuszała rodziców do podejmowania działań i zachęcała ich do współpracy. Rodzina miała motywację do pracy i wprowadzania zmian, wykazała się też dużą kreatywnością w realizowaniu ustalonych wspólnie celów.

W początkowym okresie terapii istotnym sprzymierzeńcem był lęk pacjentki, ponieważ on przekonał rodzinę, że działania na płaszczyźnie psychologicznej mają sens i są uzasadnione (dopóki objawy miały głównie charakter somatyczny, energia rodziny koncentrowała się na poszukiwaniu pomocy medycznej, a propozycje psychoterapii przyjmowane były z dużą rezerwą). Na dalszym etapie spożytkowano także trudne wychowawczo zachowania dzieci, jako zaproszenie rodziców do wzajemnego wspierania się oraz stawiania granic i ustalania zasad.

5. Przebieg terapii

Dostrojenie i spożytkowanie objawów

Początkowe sesje odbywały się w obecności matki i córki. Skoncentrowano się na lęku Kasi dotyczącym możliwości zwymiotowania w szkole, ponieważ tego dotyczyły wstępnie ustalone oczekiwania, a dla rozwiązania tego problemu rodzina była gotowa zainwestować energię. Dziewczynka określiła swój lęk jako uczucie ściskania w brzuchu i oceniła, że gdyby nie było tego ściskania, to lęk by zniknął.

Wykorzystując metaforę ściskania i zaciskania, wprowadzono elementy treningu relaksacji (ściskanie i rozluźnianie pięści, zaciskanie zębów i rozluźnianie szczęki).

Kasia stworzyła również kolejną metaforę, przedstawiając na rysunku „ściskanie” jako wstążkę zawiązaną mocno w brzuchu, ściskającą żołądek. Zaproponowano metaforyczne zadanie domowe, polegające na tym, że dziewczynka miała znaleźć wstążeczkę w ulubionym kolorze i ćwiczyć w domu na rozmaitych miękkich przedmiotach (poduszki, pluszaki itp.) różne sposoby wiązania (ściskanie, luźna kokardka, fantazyjny węzeł), a także sposoby rozwiązywania i rozplątywania. Równocześnie podczas sesji wprowadzano różne opowieści i metafory dotyczące wiązania, plątania i rozplątywania (nić Ariadny, kokon gąsienicy, lina asekuracyjna itp.). W historiach tych zwracano uwagę na to, że silne przywiązanie w pewnych sytuacjach jest konieczne, ale w innych może przeszkadzać, i że istotna jest możliwość wyboru. Opowieści kierowane bezpośrednio do dziewczynki

odnosiły się pośrednio również do matki, która, towarzysząc córce w spotkaniach, uważnie im się przysłuchiwała. Celem tej części terapii było przekazania sugestii, że wszystko, co jest nadmiernie związane, ściśnięte może zostać rozluźnione. Sugestia ta, kierowana do Kasi, dotyczyła jej objawu, a do matki – jej relacji z córką.

Efektom tych kilku pierwszych spotkań była poprawa w zakresie zgłaszanego objawu u Kasi (wyraźnie zmniejszył się lęk oraz dolegliwości bólowe), natomiast nasiliła się złość i zachowania agresywne w domu.

Prowadzenie – praca systemowa dotycząca granic i komunikacji w rodzinie

Ze strony matki pojawiło się wtedy pytanie, czy nie powinna nad sobą popracować. Ustalono wówczas nowy cel polegający na stawianiu granic i wprowadzaniu zasad w rodzinie. Do tej fazy terapii zaproszono również męża matki, natomiast dzieci uczestniczyły w sesjach sporadycznie. Praca polegała w dużej mierze na budowaniu porozumienia i współpracy między rodzicami, a także ustalaniu i wprowadzaniu zasad i reguł życia codziennego. W delikatny sposób wprowadzono wątek wzajemnej bliskości i zaufania. Jedną z zaobserwowanych na tym etapie zmian było większe uniezależnienie się Kasi od rodziny i skierowanie uwagi dziewczynki na kontakty z koleżankami. Zaczęła preferować zabawy i zajęcia bardziej typowe dla swojego wieku, a nie takie, w których towarzyszył jej młodszy brat. Objawy psychosomatyczne nie występowały.

Praca terapeutyczna trwała 18 miesięcy. Pierwsze trzy spotkania odbywały się co dwa tygodnie, a kolejne raz w miesiącu. Terapię zakończono w momencie, kiedy – mimo występowania pewnych problemów wychowawczych – rodzice stwierdzili, że w każdej rodzinie są jakieś trudności, a oni wiedzą, jak mają sobie radzić.

Zakończenie

Bóle brzucha i lęk Kasi dla całej rodziny były okazją do zwrócenia uwagi na to, co przeżywa, jakich doświadcza trudności i jak sobie z nimi radzi. Zgodnie z ericksonowską zasadą spożytkowania objawy dziewczynki stały się punktem wyjścia dla terapii, miejscem spotkania terapeutki z energią i motywacją systemu rodzinnego. Zajęcie się zgłaszanymi objawami pozwoliło stopniowo nawiązać kontakt z rodziną, zbudować relację opartą na zaufaniu, a także wzbudzić wiarę w to, że zmiany są możliwe. Spożytkowanie metafory wniesionej przez córkę pozwoliło dość szybko nauczyć ją relaksa-

cji, pomocnej w pokonywaniu lęku. Jednocześnie metafora wiązania i rozluźniania odnosiła się też do szczególnej relacji matki z córką i stanowiła przygotowanie do pracy nad budowaniem granic.

Dalsza praca terapeutyczna dotyczyła systemu rodzinnego, skoncentrowana była na wzmacnianiu roli rodziców. Miała na celu ustabilizowanie prawidłowej struktury rodziny, umocnienie granic między podsystemami oraz umożliwienie doświadczania wzajemnego oparcia, jakie mogli sobie dawać nawzajem małżonkowie.

Przyjęcie zasady terapii „szytej na miarę” pozwoliło uniknąć ze strony pacjentów oporu, który doprowadził do przerwania poprzednich terapii. Pomocne było także spożytkowanie przez terapeutkę informacji dotyczących tego, jak pacjenci rozumieli swoje wcześniejsze doświadczenia terapeutyczne i jak wyjaśniali ich nieskuteczność. Bieżące dostrajanie do potrzeb członków rodziny oraz ich gotowość do dokonywania zmian sprawiły, że poszczególne fazy procesu terapeutycznego płynnie się zmieniały, a rodzina sama dostrzegała kolejne cele i możliwości dla siebie.

Wreszcie nieustanne kierowanie uwagi na zasoby pozwoliło poszczególnym osobom (szczególnie rodzicom) uwolnić się od poczucia winy i skoncentrować się na poszukiwaniu rozwiązań.

Zakończenie terapii nastąpiło w momencie, kiedy rodzice Kasi poczuli się na tyle silni i znajdowali tyle oparcia we wzajemnej relacji, że sami byli gotowi stawiać czoła ewentualnym dalszym trudnościom, ale przede wszystkim czerpać radość z tego, co udało im się wspólnie osiągnąć.

Bibliografia

- Geary B., *Assessment in Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy*, w: B. Geary, J. Zeig, *The Handbook of Ericksonian Psychotherapy*, Phoenix, Arizona: The Milton H. Erickson Foundation Press, 2001, s. 1–17.
- Haley J., *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona*, Gdańsk: GWP, 2005.
- Klajs K., Lipman L., *Terapia ericksonowska*, w: L. Grześciuk, H. Suszek, *Psychoterapia. Szkoły i metody*, Warszawa: ENETEIA, 2011, s. 283–297.
- Schier K., *Gdy dziecko staje się rodzicem – odwrócona troska*, w: B. Tryjarska, *Bliskość w rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2010, s. 63–79.
- Stierlin H., Rucker-Embden I., Wetzel N., Wirsching M., *Pierwszy wywiad z rodziną*, Gdańsk: GWP, 2005, s. 115–121.
- Szymańska K., Zaborska K., *Wykorzystanie metafory w psychoterapii ericksonowskiej*, w: L. Grześciuk, H. Suszek, *Psychoterapia. Szkoły i metody*, Warszawa: ENETEIA, 2011.
- Zeig J., Munion W.M., *Milton H. Erickson*, Gdańsk: GWP, 2005, s. 523–538.

Katarzyna Szymańska

Polski Instytut Ericksonowski

Lucyna Lipman

Polski Instytut Ericksonowski

Dziecko w sytuacji rozwodu i emigracji zarobkowej rodziców - model ericksonowski pracy terapeutycznej z rodziną

Wstęp

Celem pracy jest przedstawienie terapeutycznych i superwizyjnych doświadczeń powstałych pod wpływem kilkuletniej pracy z rodzinami, których struktura została zachwiana przez decyzje związane z rozwodem lub emigracją zarobkową rodziców. Opisano przypadki prowadzone na podstawie założeń strategicznej terapii rodzin, wywodzącej się ze szkoły ericksonowskiej.

Terapia ericksonowska jest nurtem zorientowanym na rozwój. Podstawowe idee tej szkoły odnoszą się do rozważań nad wpływem naturalnych warunków rozwojowych na kształtowanie się jednostki. Zgodnie z modelem ericksonowskim, przejawy możliwych zakłóceń rozwojowych są interpretowane nie jako oznaki deficytu psychicznego dziecka, lecz jako zmagania jego wewnętrznej siły, której zadaniem jest podtrzymanie i krystalizowanie się tożsamości (proces stawania się sobą) mimo utrudnionych warunków. Objawy są więc wynikiem uruchamiania zasobów jednostki, wykorzystywanych przez nią do zapewnienia sobie odpowiednich warunków, bądź przejawem zasobów rodziny, spożytkowywanych dla utrzymania bezpiecznej równowagi w systemie. Zazwyczaj rodzina radzi sobie z powstałymi zakłóceniami, odnajdując nowe, zdrowsze warunki. Czasami jednak, gdy „wiążące systemy” (według Kegana¹ - rodzina, szkoła lub praca zawodowa)

¹ K.L. Holtz, *Auf dem Weg zur Integrität – Erickson meets Erikson*, „Hypnose und Kognition” 1996, 8/1, s. 81-89.

nie potrafią w odpowiedni sposób spełnić swojego zadania w procesie rozwoju, terapia staje się potrzebna. Zmierza ona wówczas do tego, aby indywidualne potrzeby jednostki mogły być ponownie odniesione do „wiążących systemów”, np. do rodziny, i aby te systemy odzyskały zdolność do wywiązywania się ze swoich funkcji jako społecznych sieci.

Milton H. Erickson traktował objaw jako nieświadomie wybraną przez pacjenta metodę komunikowania się i sposób radzenia sobie z otoczeniem. Uważał, że źródeł objawów należy szukać w sieci interakcji społecznych pacjenta, stosował zatem – na długo przed tym, jak powstała terapia rodzinna – podejście systemowe². Uważał, że funkcją objawu może być zapobieganie przedwczesnej zmianie w systemie rodzinnym. Funkcja ta wiąże objaw z nadchodzącą zmianą. Połączenie objawu ze zmianą można więc paradoksalnie wykorzystać w procesie terapii do zapoczątkowania pożądanej zmiany w rodzinie. Terapeuta ericksonowski poszukuje pozytywnych funkcji objawu, jak np. zapewnienie opieki, ochrony, bliskości czy stabilności systemu. Widzi też, że objaw dziecka może być kreatywną próbą zachowania rodzinnego *status quo*. Dostrzega zmagania dziecka, które przez objaw bierze na siebie ważne dla systemu zadania. Terapeuta wie, że rola „nosiciela objawu” jest dla dziecka obciążająca i hamująca, a zarazem ma charakter ujemnego sprzężenia zwrotnego, które nasila się w miarę upływu czasu. Stawia sobie więc zadanie jak najszybszego wyprowadzenia dziecka z trudnej roli. W tym celu oferuje na sesji nowe doświadczenia, pomagające rodzinie przeorganizować się na tyle, by ich system mógł ulec zmianie, która przywróci mu funkcje rozwojowe i zwolni dziecko z przejętej przez objaw odpowiedzialności.

Zakłada się, że kiedy rodzina zgłasza się do terapii z dzieckiem jako delegowanym pacjentem, w systemie zachodzą zjawiska hipnotyczne nazywane transem objawowym. Można je opisywać w kategorii zaburzeń percepcji, emocji i zachowań³ pacjentów, którzy nieświadomie kreują obraz siebie i świata sprzyjający przeżywaniu negatywnych objawów. Elementy transu objawowego według Michała Yapko⁴, ucznia Ericksona, obejmują:

1. Zawężoną, ograniczającą percepcję siebie samego i świata członków rodziny, czyniącą niemożliwym rozpoznanie zachodzących w nim zmian i płynne zaadaptowanie się do nich.

² H. Goldenberg, I. Goldenberg, *Terapia rodzin*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006, s. 263–264.

³ *The Handbook of Ericksonian Psychotherapy*, red. B.B. Geary, J.K. Zeig, Phoenix: The Milton H. Erickson Foundation Press, 2001, s. 5–6.

⁴ M. Yapko, *Essentials of Hypnosis*, New York: Bruner/Mazel, 1995, s. 25.

2. Sztywne schematy zachowań, które są niedostosowane do kontekstu określonej sytuacji, i w rezultacie prowadzą do poczucia bezradności, porażki, odrzucenia, frustracji itp.

3. Odrzucenie wewnętrznych aspektów siebie przez poszczególnych członków rodziny, zamiast integrowania ich jako zasobów.

4. Zaburzone relacje z bliskimi w systemie i innymi osobami poza rodziną. Ponadto, charakterystyczne dla transu objawowego jest niezależne od woli pacjentów, często długotrwałe, zaabsorbowanie bolesnymi i dysfunkcjonalnymi w skutkach doświadczeniami.

Celem terapii jest wyprowadzenie członków rodziny z transu objawowego przez dostarczenie nowego doświadczenia – transu terapeutycznego – rozumianego jako stan indukowany w trakcie komunikacji na sesji rodzinnej. Trans terapeutyczny jest doświadczeniem, w którym zmianie ulegają zwyczajowe przekonania i ramy odniesienia (wyuczone nawyki), dzięki czemu członkowie rodziny uzyskują dostęp do zasobów (przeżytych wcześniej w przeszłości doświadczeń, które mogą służyć dla osiągnięcia celów terapii). Asocjacja z niedostępnymi wcześniej zasobami prowadzi do zmiany – wyjścia z głównego zjawiska transu objawowego, jakim jest katalepsja, w kierunku ruchu rozwojowego i rozwiązania sytuacji problemowej.

Oto zjawiska hipnotyczne, obserwowane w systemie według Brenta Geary'ego⁵:

regresja wieku	.....	progresja w czasie
dysocjacja (oddzielenie)	.....	asocjacja (połączenie)
katalepsja	.....	elastyczność/ruch
halucynacje pozytywne	.....	halucynacje negatywne
amnezja	.....	wyostrzenie pamięci
znieczulenie	... analgezja ...	nadwrażliwość
rozszerzenie czasu	.....	zwężenie czasu
sugestia posthipnotyczna	.....	sugestia prehipnotyczna

Zjawiska te w systemie występują w różnej konfiguracji, biorąc pod uwagę ich nasilenie i wzajemny układ. Terapeuta rozpoznaje, który z wymiarów osiągnął nasilenie skrajne i pożytkuje diagnozę do wytyczenia kierunku pracy terapeutycznej, jakim jest zrównoważenie na wymiarach (rozszerzenie dostępu do alternatywnych zachowań) i przywrócenie właściwej każdemu systemowi zdolności homeostazy.

⁵ *The Handbook of Ericksonian Psychotherapy...*, dz. cyt.

1. Zjawiska dysocjacji i asocjacji w rodzinie

Zjawiska dysocjacji i asocjacji są nieodłącznie powiązane ze zjawiskami katalepsji i ruchu w systemie rodzinnym. Oba wymiary: dystans *versus* bliskość oraz zatrzymanie *versus* ruch – są kluczowe dla funkcjonowania rodziny. Wyznaczają one dynamikę zmian w systemie i strukturę rodziny oraz wewnętrzną dynamikę funkcjonowania systemu. Dynamika zmian w systemie to oscylowanie między stałością a zmiennością (wymiar katalepsja – ruch) oraz przynależeniem i niezależnością (wymiar asocjacja – dysocjacja).

W modelu strategicznym dużą uwagę przykładają się do tego, w jaki sposób rodzina rozwiązuje kryzys, wynikający ze zmiany fazy cyklu życia⁶. Niektóre etapy cyklu życia rodziny charakteryzują się nasileniem takiego zjawiska transowego, jakim jest ruch, np. okres dorastania, jaki cechuje intensyfikacja zmian w systemie. Dla innych etapów, np. okresu opuszczania gniazda przez dzieci, podstawowe staje się zjawisko dysocjacji.

Struktura rodziny opiera się na zjawiskach asocjacji i dysocjacji. Przejawia się przez sposób wyodrębniania granic, tworzenie podsystemów i wewnętrznych koalicji oraz zachowanie hierarchicznego porządku w systemie.

2. Dynamika zmian w systemie

Podstawową, uniwersalną funkcją, jaką pełni rodzina, jest zapewnienie warunków do rozwoju indywidualnego każdego z jej członków, zaspokojenia ich odrębnych potrzeb i osiągnięcie pełnej autonomii. Jednocześnie rodzina ma stworzyć warunki, w jakich jej członkowie będą mieli poczucie przynależności do grupy, stabilności i zabezpieczenia potrzeb systemu jako całości⁷.

Dla przedstawienia procesu wzrostu jednostki w kontekście zadań rozwojowych „wiążących systemów”, użyteczna jest koncepcja R. Kegana (zob. rysunek).

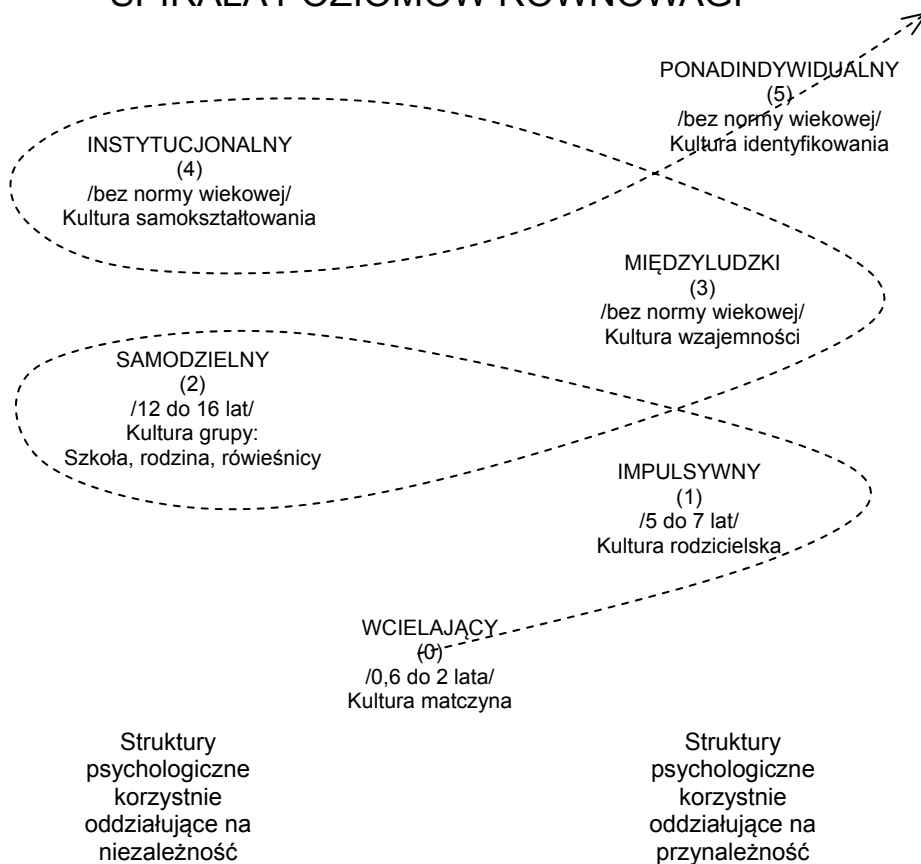
Jak wynika z rysunku (obraz spirali), proces dążenia do równowagi między potrzebami niezależności (dysocjacji) i przynależności (asocjacji) zawiera stale także nierównowagę. Każde stadium integracji kryje w sobie moment „wywrócenia”. Na wyższej płaszczyźnie rozwoju „stare problemy” (jak np. uwolnienie się od odnośnych osób), mogą wystąpić ponownie. Spi-

⁶ B. de Barbaro, *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999, s. 16.

⁷ V. Satir, *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, Gdańsk: GWP, 2000, s. 18.

rala pokazuje, że obydwie potrzeby – dążenie do niezależności, jak i dążenie do przynależności – w równej mierze mają znaczenie dla całości rozwoju tożsamości. Jednostka łatwo traci równowagę, jeśli w danym przypadku „wiązące systemy”, które mają znaczenie dla odpowiedniej fazy rozwoju, np. matka (stopień 0), rodzice (1), rodzina jako instytucja uznająca role (2, 3), szkoła (2, 3), grupa zawodowa (4), związek intymny (3, 4) – nie udzielają odpowiedniej pomocy i wsparcia⁸.

SPIRALA POZIOMÓW RÓWNOWAGI



Rysunek. Spirala poziomów równowagi wg R. Kegana

Źródło: K.L. Holtz, *Auf dem Weg zur Integrität – Erickson meets Erikson*, „Hypnose und Kognition” 1996, 8/1, s. 82

⁸ K.L. Holtz, *Rytmu rozwoju – hipnoza dzieci. Warsztat w 2000 roku w Łodzi* (materiały w bibliotece PIE w Łodzi).

Na każdym etapie rozwoju „wiązące systemy” mają do wypełnienia określone funkcje:

1. Na etapie systemu matczynego podstawą rozwoju jest uznanie dziecka, bliskość fizyczna z matką (lub inną stałą osobą) i opieka gwarantująca wytworzenie więzi, zyskanie ufności. Stopniowo oderwanie dziecka od matki jest wspierane, oznaki samodzielnej woli zostają zaakceptowane. Matka zezwala na to, aby dziecko stało się częścią większego systemu, jaką jest rodzina. Wysoki stopień ryzyka zaburzenia rozwoju powstaje, gdy w tej fazie, w okresie przejściowym (między szóstym miesiącem a drugim rokiem życia), ma miejsce dłuższa rozłąka matki z dzieckiem.

Czy współcześnie matki są w stanie pełnić rolę macierzyńską i jednocześnie inne role, które pozwolą im zaistnieć zawodowo i pod względem osobistym w świecie zewnętrznym, w warunkach ostrej konkurencji na rynku pracy?

Przykład z terapii

Do gabinetu zgłosiło się małżeństwo w sprawie objawów dermatologicznych trzyletniej córki, która od dwóch lat cierpiała z powodu bardzo dotkliwego atopowego zapalenia skóry. Dziewczynka mieszkała z dziadkami. Rodzice zabierali córkę do swojego domu prawie na każdą sobotę. Niedziele spędzali razem w domu dziadków – rodziców matki. Rodzice uważali, że dziecko jest pod dobrą opieką. Uważali, że ze względu na obowiązki związane z pracą, nie mogą pozwolić sobie na towarzyszenie córce w nieprzespanych nocach. Dziewczynka z powodu uciążliwego swędzenia nie mogła zasnąć, budziła się wielokrotnie. Matka po urodzeniu córki przechodziła depresję, bardzo bała się o swoje miejsce pracy. Twierdziła, że na jej stanowisko są już inni chętni. Po trzech miesiącach wróciła do firmy. Mąż przerwał pracę tylko na czas porodu żony. Pracował w kancelarii, w której „ilość i powaga spraw wymagały jego pełnego zaangażowania”. W opinii rodziców intensywna praca „nie była ich wyborem, a koniecznością”. Ich zdaniem, zawody, dzięki którym utrzymywali rodzinę, wymagały odpowiedniego poziomu życia. Mieli kredyt na dom i dwa samochody.

2. Na etapie systemu rodzicielskiego rodzice akceptują i kultywują rozwój inicjatywy dziecka, odgrywanie ról w zabawie, identyfikacji w zakresie płci i tworzenia związków (rywalizacji) w triadzie. Dziecko nabywa możliwość odroczenia gratyfikacji potrzeb. Następuje wyłączenie go z relacji małżeńskich, od łóżka rodziców oraz z życia domowego na czas godzin spędzonych w szkole. Dziecko uznaje się za samodzielne. Wysoki stopień ryzyka zaburzenia rozwoju powstaje, gdy w okresie przejściowym, tzn. od

około piątego do siódmego roku życia, następuje rozwód rodziców lub rozstanie się członków rodziny.

Czy niepełna rodzina w postaci samotnej matki, pary niepełnej w obrębie płci, jak np. pary homoseksualnej, lub permanentna nieobecność ojca (ze względu na jego pracę lub rozwód rodziców) może zagwarantować prawidłowy rozwój dziecka w tej fazie?

Przykład z terapii

Na terapię zgłosiła się matka z siedmioletnim synem. Z powodu trudności wychowawczych syn dwukrotnie zmieniał przedszkole, a po sześciu miesiącach uczęszczania do szkoły, dziecko zaczęło korzystać z nauczania indywidualnego. Diagnozą i „leczeniem” chłopca zajmował się lekarz psychiatra. Postawił diagnozę zespołu opozycyjno-buntowniczego, włączył leki i zaopiniował nauczanie indywidualne. Nauczyciele i pedagog szkolny odetchnęli z ulgą. Chłopiec mieszkał z matką i dwunastoletnią siostrą. Rodzice rozwiedli się, gdy syn miał dwa lata. Ojciec wyjechał do innego miasta i widywał dzieci trzy, cztery razy w roku.

3. Na etapie systemu grupy do rodziny dołącza się szkoła jako instytucja dostarczająca autorytetów i zróżnicowanych ról, a także grupa rówieśnicza wymagająca podjęcia ról społecznych. Kształcenie formalne i różne formy pracy umożliwiają odkrycie własnych zainteresowań, rozwój umiejętności, znalezienie obrazu siebie. Powstaje poczucie sprawczości i kompetencji, doświadczenie współpracy w obrębie pełnionych różnorodnych ról. Na początku okresu młodzieńczego następuje uznanie i wspieranie oderwania się od systemu rodziny w wyizolowaną samodzielność. Oczekuje się niezawodności. Wysoki stopień ryzyka zaburzenia rozwoju powstaje, gdy w okresie przejściowym, tzn. od około dwunastego do szesnastego roku życia, następuje zmiana miejsca zamieszkania rodziny lub młodociany przestaje chodzić do szkoły.

Czy migracje rodziny (w tym emigracja zarobkowa poza kraj), nauczanie indywidualne w domu i kontakt z rówieśnikami na odległość (internet) mogą zapewnić prawidłowy rozwój w tej fazie?

Przykład z terapii

Do gabinetu zgłosiła się matka z szesnastoletnim synem. Syn od roku nie uczęszczał do szkoły. Początkowo matka próbowała mobilizować go do obecności w szkole; w momencie zgłoszenia syn miał orzeczone nauczanie indywidualne. Warunkiem przedłużenia nauczania indywidualnego było podjęcie psychoterapii. Wcześniej syn osiągał dobre wyniki w nauce; pod-

czas prób mobilizacji jego wyniki pogorszyły się. Niestety nie podszedł do egzaminu i pozostał kolejny rok w trzeciej klasie gimnazjum. Chłopiec mieszkał z matką i czternastoletnim bratem, z którym nie było żadnych kłopotów. Ojciec dziesięć miesięcy w roku pracował na platformie wiertniczej. Kontakt z nim był często utrudniony. Matka pracowała w mediach. Miała bardzo wymagającą i czasochłonną pracę. Nawet kiedy była w domu, „musiała” pisać artykuły. Oboje rodzice starali się, aby chłopcom niczego pod względem materialnym nie brakowało.

3. Struktura rodziny i wewnętrzna mikrodynamika funkcjonowania systemu

Przyjmuje się, że długotrwałe funkcjonowanie rodziny zależne jest od stopnia, w jakim struktury danego systemu zdolne są do zmiany. Zdaniem J. Haley⁹ objaw pojawia się, jeśli rodzina w obliczu stresu zwiększa sztywność w swoich transakcyjnych wzorach i granicach, nie jest w stanie przystosować się do zmian cyklu życiowego i stać się jednością w nowej fazie. Klucz do zmian w rodzinie J. Haley dostrzega w prawidłowej hierarchii i organizacji wewnątrz rodziny. Hierarchiczny porządek w rodzinie jest niezbędny – stabilizuje zasady i sposoby rządzenia oraz różnorodność statusów. Dla rozwoju dziecka potrzebni są oboje rodzice: rodzic tej samej płci jest konieczny do identyfikacji z płcią i tworzenia wzoru, przeciwnej zaś – jako obiekt miłości, który daje dziecku poczucie wartości. Zaburzona organizacja rodzinna (istniejące koalicje) doprowadza do rozbitcia pary małżeńskiej. Pomoc dla takiej rodziny polega na zmianie sztywnych, powtarzających się sekwencji przez niwelowanie koalicji i zachęcenie do zorganizowania porządku hierarchicznego, wzmocnienia granic generacyjnych i wspierania rodziców w odgrywaniu ról rodzicielskich.

Współcześnie ogromnym wyzwaniem dla pełnej tzw. nienaruszonej rodziny jest sprostanie zewnętrznym wpływom, które kreuje postmodernistyczna kultura. W języku zjawisk transowych kulturę tę można nazwać dysocjacyjną, tzn. taką, w której dominuje nasilona tendencja do oddzielania się, życia w dystansie od ludzi. Procesy separacyjne wydają się przeważać nad przeciwstawnymi do nich procesami asocjacyjnymi, takimi jak tworzenie więzi z kimś lub czymś w sposób stały i zaangażowany. Do zjawisk dysocjacyjnych charakterystycznych dla naszych czasów i wpływających na

⁹ J. Haley, *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Miltona H. Ericksona*, Gdańsk: GWP, 1995, s. 38.

kształt relacji w rodzinie należą: oddalenie się od tradycyjnego systemu wartości, w którym dobrem była rodzina, trwałe związki i bycie razem, a przybliżenie się do kultury materialnej przedkładającej hedonizm, dobrobyt, zmienność, wygodę, rozwój indywidualny nad więź i przynależenie do wspólnoty. Nastawienie na konsumpcję wymusza pogoń za pieniądzem. Rodzice w warunkach ostrej rywalizacji na rynku pracy często pracują na kilka etatów bądź w różnych miejscach. Przebywając poza domem dziesięć, dwanaście godzin dziennie, są przemęczeni i znieczuleni (dysocjują się od swoich potrzeb i uczuć). Współczesną rodzinę cechuje brak czasu na bycie razem. Brakuje łączących rytuałów, np. wspólnych posiłków czy razem spędzanych wakacji. Rodzice niejednokrotnie próbują realizować się jednocześnie w wielu rolach: rodzinnych, zawodowych i osobistych – popadając przy tym w konflikt ról i swoiste zdysocjowanie. W każdym obszarze życia funkcjonują fragmentarycznie i nie w pełni satysfakcjonująco.

Zjawiska dysocjacyjne w rodzinie odzwierciedlają się także w strukturze systemów. Nastąpiło rozbitcie rodzin wielopokoleniowych. Ruchy migracyjne związane z poszukiwaniem pracy przez młode pokolenie powodują, że mieszka ono niejednokrotnie w większej niż dawniej, fizycznej odległości od swoich rodziców, w innych miastach lub krajach. Oddalenie w rodzinie powodują także długie wyjazdy edukacyjne młodzieży i podróże po świecie. Czasem jedno z rodziców przebywa z dala od rodziny, np. ojciec stale pracuje za granicą.

Obserwujemy rosnącą liczbę rozwodów. Zawieranie związków nietrwałych, częste zmiany partnerów seksualnych, „trójkąty miłosne” (zdrady i prowadzenie związków równoległych), niechęć do zobowiązań i życie w konkubinacie czy samotne macierzyństwo z wyboru, zaczynają stawać się akceptowaną społecznie alternatywą.

Rodziny często są małe, ograniczone do małżeństwa z jednym dzieckiem. Jedyacy mogą doświadczać nadmiernej bliskości (asocjacji) z rodzicami lub z jednym z nich. Stają się wtedy ponad miarę ważni dla swoich rodziców, co utrudnia im przejście przez rozwojowe procesy separacyjne. Z drugiej strony, wychowywani w rodzinie nuklearnej, częstokroć są pozbawieni doświadczenia więzi na tym samym poziomie generacyjnym. W efekcie wzmacniają w sobie jeszcze większe potrzeby niezależności i samotnego radzenia sobie z życiem.

Powstaje sytuacja, w której młode pokolenie zaczyna preferować kontakt wirtualny nad realnym przez obecność w sieci internetowej. Unikanie kontaktu autentycznego, który angażuje fizycznie i pozwala emocjonalnie przeżyć w całości relację z drugim człowiekiem, wydaje się najbardziej znamien-

nym znakiem naszych „zdysocjowanych” czasów. W skrajnej formie dysocjacja może przejawiać się uzależnieniem od komputera.

W obszarze relacji intymnych przykładem dysocjacji są współczesne technologie prokreacyjne – procedury zapłodnienia *in vitro* czy sztucznej inseminacji uprzedmiotowiają obu partnerów w związku i pozbawiają bliskości seksualnej.

Innym przejawem, ale równocześnie przyczyną zdysocjowanej kultury, są zmiany obyczajowości w obszarze własności małżeńskiej. Coraz częściej współmałżonkowie posiadają odrębne konta bankowe, telefony, samochody, mieszkania. A przed zawarciem związku małżeńskiego powszechnie podpisują intercyzę majątkową.

Nasza kultura „użytku jednorazowego” nie tylko zakłada nietrwałość rzeczy, ale podważa też wartość i znaczenie trwałości więzi międzyludzkiej dla rozwoju i zdrowia psychicznego człowieka.

4. Wpływ rozwodu i emigracji rodziców na rozwój dziecka

Żyjemy w społeczeństwie pluralistycznym, które podlega dramatycznym zmianom w zakresie struktury rodziny, stylów życia i wzorców cyklu życia rodzinnego. Do problemu szybkiego tempa życia i nadmiaru zmian, do których stara się zaadaptować rodzina, dochodzi wysoki wskaźnik rozwodów oraz coraz częstsze występowanie rodzin rodziców samotnych (liczba ich wzrasta z uwagi na gwałtowny przyrost nieślubnych dzieci urodzonych przez niezamężne kobiety) i ponownie wstępujących w związki małżeńskie.

Chociaż nadal najczęstszą sytuacją po rozwodzie jest wyłączna opieka nad dzieckiem jednego z rodziców¹⁰, to coraz powszechniejsze staje się przyznawanie przez sądy prawa do wspólnego sprawowania opieki nad dzieckiem dla obojga rozwiedzionych małżonków. Powstaje nowy układ rodziny binuklearnej, a więc rodziny z dwoma ośrodkami. Takie rozwiązanie oznacza, że mimo rozpadu rodziny nuklearnej, rozwód nie doprowadza do jej końca, lecz do jej restrukturyzacji, a nawet w przypadku, gdy któreś z rodziców ponownie wstępuje w związek małżeński, do jej ekspansji.

Rozbicie struktury rodziny przez emigrację zarobkową i proces rozwojowy oraz ich następstwa mają nieuchronnie potężny, zakłócający wpływ na całą rodzinę: zarówno rodziców, jak i dzieci. Skutki emigracji i rozwodu dla rozwoju dziecka, problemy, jakie one generują i nowe zadania rozwojowe dla systemu rodzinnego, obrazują przykłady z terapii rodzinnych.

¹⁰ H. Goldenberg, I. Goldenberg, dz. cyt., s. 45.

Przykład 1

Matka skontaktowała się z psychologiem z poradni psychologiczno-pedagogicznej w sprawie terapii, ponieważ obawiała się, że jej młodsza córka J. (IP – Identyfikowana Pacjentka), osiemnastoletnia uczennica III klasy LO, może nie poradzić sobie z obowiązkami szkolnymi i przygotowaniem do matury. Zgłoszone objawy dotyczyły IP – matka stwierdziła, że córka nie radzi sobie ze stresem, przeżywa lęk przed niepowodzeniem i depresję.

Ojciec, pan B., 46 lat, wykształcenie wyższe, podawał, że ze względu na problem znalezienia stałej pracy w Polsce, od ponad 9 lat mieszkał i pracował (jako opiekun osób niepełnosprawnych) w Anglii. Do domu przyjeżdżał dwa, trzy razy w roku. Dzieci jeździły do niego na wakacje.

Matka, pani C., 45 lat, wykształcenie wyższe, pracowała jako nauczycielka w liceum.

Małżonkowie byli po rozwodzie, który ostatecznie nastąpił w miesiącu, w którym matka zgłosiła się po pomoc psychologiczną w sprawie córki. Sprawę o rozwód wniosła matka, ponieważ nie chciała dalej żyć w taki sposób – mąż w jej przekonaniu nie planował powrotu do Polski. Mąż nie zgadzał się na rozwód, podejmował działania mające na celu utrzymanie małżeństwa (odwoływał się do uczuć religijnych żony). Pani C. weszła w związek z przyjacielem byłego męża.

Starsza córka D., 24 lata, studiowała w innym mieście, miała dobre relacje z rodzeństwem.

Syn F., 20 lat, ożenił się i razem z żoną studiował w innym mieście, większość wolnego czasu spędzał u teściów. Z młodszą siostrą był często w konflikcie.

Młodsza córka J. (IP), 18 lat, od III klasy gimnazjum miała nauczanie indywidualne. W chwili zgłoszenia na terapię poradnia orzekła dla niej normalny tok nauczania. Pierwszy kontakt z psychologiem w PPP J. (IP) miała po próbie samobójczej w II klasie gimnazjum. Była na kilku wizytach w PPP z rodzicami. Psycholog skierował ją do psychiatry dziecięcego, który włączył leczenie farmakologiczne (diagnoza depresji). W I klasie LO na początku chodziła do szkoły, później, po drugiej próbie samobójczej, psychiatra zasugerował jej pobyt w ośrodku zamkniętym dla młodzieży. Po czterech dniach na własną prośbę została zabrana przez rodziców do domu. W chwili rozpoczęcia terapii była pod opieką psychiatry dla dorosłych i brała leki.

Diagnoza systemu

1. Etap rozwoju rodziny – najmłodsze dziecko osiąga pełnoletność i separuje się od systemu.

2. Dominujące zjawiska transowe systemu:

- a) Brak równowagi w wymiarze dysocjacja – asocjacja. Małżonkowie byli nadmiernie od siebie oddaleni (zdysocjowani), matka nadmiernie związana (zasocjowana) z córką. Ojciec miał ograniczony kontakt z dziećmi (nadmierna dysocjacja z córką).
- b) Brak równowagi w wymiarze katalepsja – ruch. Z jednej strony małżonkowie utknęli w nierozwiązanym problemie małżeńskim (katalepsja), z drugiej strony – z powodu dorastania i separowania się dzieci (wyjazd na studia, ożenek syna) i ciągłych wyjazdów do ojca, system cechował nadmiar ruchu.
- c) System halucynacji pozytywnych – percepcja córki przez matkę jako osoby niezaradnej i chorej, oraz halucynacji negatywnych – obraz ojca i jego udział w życiu rodzinnym był negowany.

Rodzina była zamknięta, jej członkowie mieli ograniczone kontakty z osobami spoza rodziny. Nastąpiło zatarcie granic między dorosłymi a dziećmi i pomieszanie ról. Matka była mocno związana z młodszą córką (przyjęła, że córka jest jej partnerem). Matka tak określiła swoją relację z córką: „My to jak małżeństwo”. Ojciec był „wyłączony” fizycznie i emocjonalnie z życia rodziny. Wspierał ją finansowo. Matka przejęła na siebie odpowiedzialność za prowadzenie domu, wychowanie dzieci, a przez pewien czas również utrzymanie rodziny (ojciec był bezrobotny). Komunikacja między rodzicami była zaburzona. Każde z nich prowadziło odrębne życie: matka w Polsce, a ojciec w Anglii. Spotykali się kilka razy w roku. Pierwsze objawy u IP wystąpiły po wyjeździe ojca za granicę. J. otrzymała wtedy duże wsparcie od swojej starszej siostry, która wzięła na siebie odpowiedzialność za opiekę nad młodszym rodzeństwem. Pierwsza próba samobójcza wystąpiła u IP w okresie dorastania, gdy starsza siostra wyjechała na studia. Objawy występujące u IP powodowały, że uwaga rodziców skupiała się wtedy na jej osobie. Dziewczynka podejmowała próby samobójcze, gdy ojciec był w domu. Ojciec zajmował się wtedy córką, poświęcał jej czas. Rodzice się jednoczyli, rozmawiali ze sobą, wspólnie podejmowali decyzje. Objawy scalały rodzinę i uniemożliwiały odejście dziecka z domu.

Terapeuta zawarł kontrakt na terapię rodzinną ograniczoną w czasie do końca roku szkolnego. Spotkania odbywały się raz w tygodniu. Na spotkanie przychodziły matka z córką, osobę ojca wprowadzono w sposób symboliczny (puste krzesło).

Głównym celem terapii, sformułowanym przez córkę, było wykształcenie umiejętności lepszego radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi. Matka zdefiniowała ostatecznie swój cel jako „zadbanie o córkę i udzielenie jej wsparcia”.

Podczas trwającej sześć miesięcy terapii odbyło się dziesięć sesji. Strategia terapeuty ogniskowała się na wprowadzeniu zmiany w zakresie występujących zjawisk transowych w systemie, głównie asocjacji (kontakty członków rodziny z przeżywanymi uczuciami) i urealnienia percepcji odnośnie do relacji w rodzinie (wyjścia z halucynacji) oraz dysocjacji (likwidacji triangulacji, w jaką uwikłana była córka).

Terapia pozwoliła rozpocząć proces otwartego komunikowania się w rodzinie. Niewyrażone uczucia związane ze stratą znalazły swój wyraz w systemie. Dotyczyło to głównie córki, która wyraziła swój gniew na ojca z powodu opuszczenia, ale również smutek i tęsknotę za nim. Córka urealniła obraz relacji małżeńskiej i zrezygnowała z misji połączenia rodziców ponownie. Ojciec był w Polsce między sesjami – starał się jeszcze wtedy odbudować relację z matką. Ostatniego dnia pobytu podjął jednak decyzję, że godzi się na rozwód. Od tego czasu jego relacja z córką poprawiła się, mogli się zbliżyć, prowadzą długie rozmowy przez komunikator *Skype*. Ojciec nie wykorzystuje córki w celu komunikowania się z żoną. Matka zaczęła doceniać to, co ojciec zrobił dla rodziny (zadbał o stabilizację finansową i zapewnił dzieciom możliwość kształcenia). Wzmocniono rodziców w pełnieniu przez nich ról rodzicielskich.

Równolegle w pełni dokonał się proces rozwodowy rodziców. Zmiany w kierunku poczucia kontroli wewnętrznej i wyjścia z sytuacji bezradności rozpoczęła matka, decydując się ostatecznie na nowy związek z innym mężczyzną. Kolejno nastąpiła zmiana w relacjach matka – córka, która pozwoliła sobie na bunt i przeciwstawiła się matce: podjęła decyzję, że będzie uczęszczać na lekcje z całą klasą, a maturę napisze w takich warunkach, jak wszyscy uczniowie. Córka określiła też swoje plany zawodowe – po maturze zdecydowała się podjąć naukę na kierunku technik farmacji i zacząć pracować, co można uznać za krok w stronę dorosłości i niezależności. Córka wyszła z roli osoby chorej (a matka urealniła obraz córki), potwierdzając swoje kompetencje w zakresie radzenia sobie ze stresem. Jej samopoczucie się poprawiło, miała więcej energii, którą czerpała z ćwiczeń fizycznych. Odstawiła też leki przeciwdepresyjne.

Terapeuta w tym momencie uznał, że zmiana była wystarczająca, aby rodzina samodzielnie dalej odnajdywała sposoby odzyskiwania równowagi, i zgodził się z decyzją matki i córki o zakończeniu terapii. Objawy straciły funkcje utrzymywania rodziny w całości i możliwy był ruch w kierunku progresji – rodzice na nowo zaczęli układać relacje ze sobą i z dziećmi odchodzącymi z domu.

Przykład 2

Do terapii zgłosiła się trzyosobowa rodzina. Ojciec był inżynierem, miał wówczas 62 lata. Matka, nauczycielka biologii, miała 61 lat, a córka, która była tzw. Identyfikowanym Pacjentem (IP), miała 20 lat i studiowała na drugim roku medycyny.

Ojciec od dwóch lat pracował w Holandii. Przyjeżdżał do kraju co dwa miesiące na pięć do dziesięciu dni. Matka, oprócz etatowej pracy w szkole, prowadziła kursy i udzielała korepetycji. Córka intensywnie uczyła się, miała bardzo dobre wyniki w nauce. Rodzina mieszkała w domu rodziców ojca. Zajmowali piętro, dziadkowie mieszkali na parterze.

Na pierwszej sesji pojawiły się matka z córką. Córka cierpiała z powodu niewyjaśnionych dolegliwości gastrycznych, tj. bólów brzucha, biegunki. Jej BMI był na poziomie 15. Niewiele jadła. Lekarz gastrolog nie znajdował przyczyny dolegliwości. Pacjentka twierdziła, że prawie wszystko co jadła, szkodziło jej. Stopniowo eliminowała z diety pokarmy mięsne, mączne, słodkie, sery. W momencie zgłoszenia jadła już tylko jogurty i niektóre owoce. Matka twierdziła, że nie rozumie zalecenia lekarza o potrzebie skorzystania z pomocy psychoterapeutycznej. Z zasady jednak nie odpuszczała żadnego pomysłu, jaki dawałby jej córce chociaż nikłą szansę na polepszenie stanu zdrowia. Według matki, ze względu na tryb pracy, ojciec nie mógł przychodzić na sesje; poza tym, nie przebywając z nimi na co dzień, niewiele wiedział o córce. Córka chodziła na uczelnię, nie miała przyjaciół, nie widywała się z kolegami poza uniwersytetem, nigdy nie miała chłopaka, nie bywała na koncertach, w pubach itp. Każde wakacje spędzała z rodzicami. Jej zdaniem życie towarzyskie mogłoby przeszkadzać w nauce.

Rodzina zgłosiła się w celu pomocy córce w jej kłopotach gastrycznych. Ani matka, ani córka początkowo nie widziały innych obszarów do zmiany.

Terapeuta diagnozował dysocjację jako podstawowy mechanizm utrzymujący objaw w rodzinie. Według terapeuty rodzina potrzebowała wzajemnego zbliżenia się do siebie jej członków. Uważał, że asocjacja będzie mogła przejawiać się zwiększeniem zaangażowania ojca i wspólnym spędzaniem czasu. Jednocześnie zakładał, że rodzina potrzebuje otwarcia na kontakt z ludźmi spoza jej kręgu. Terapeuta dostrzegał też utknięcie rodziny na etapie wypuszczania dziecka z gniazda i brak umiejętności separacyjnych (rodzice nigdy nie odseparowali się od swoich rodziców). Celem terapeuty była pomoc rodzinie w przejściu do następnego etapu rozwoju rodziny (wypuszczania dziecka z gniazda).

Ojciec, w wieku 40 lat, poznał pierwszą w życiu kobietę przez biuro matrymonialne i ożenił się. Małżonkowie zamieszkali w domu jego rodziców.

Kiedy ich córka osiągnęła wiek separacyjny, znaleźli dobrze płatną pracę za granicą i po raz pierwszy opuścił swoich rodziców, pozostawiając ich z żoną i córką.

Matka poznała męża w wieku 39 lat, w rok po śmierci swojej matki, która samotnie ją wychowywała. Była to pierwsza relacja matki z mężczyzną. Wprowadziła się do domu teściów. Jej relacje z rodzicami męża były poprawne. Każdy robił swoje, nie mieli zbyt dużo wspólnego. Ona w wolnych chwilach oglądała telewizję, córka uczyła się, czytała książki. Niewiele rozmawiały, „nie miały na to czasu”, każda miała swoje zadania.

Rodzina nie kontaktowała się z osobami spoza swojego kręgu. Między sobą mieli kontakt minimalny. Córka, podobnie jak rodzice, nie nawiązywała kontaktów z rówieśnikami. Wszyscy byli skupieni na zadaniach i odizolowani. Wydawało się, że rodzina żyje w przekonaniu, że wszystko, co płynie z zewnątrz, może zaszkodzić. Terapeuta miał wrażenie, że zarówno rodzice, jak i córka starali się – niejako na wszelki wypadek – ograniczyć kontakt ze światem zewnętrznym do niezbędnego i sprawdzonego minimum. Obraz ten, jak w soczewce, skupiał się w objawach córki. Córka starała się jeść nie więcej niż jest to konieczne i nie „wpuszczać do siebie” pożywienia niesprawdzonego. Eliminowanie kolejnych pokarmów z diety zaczęło się pod wpływem doświadczenia związanego z niestrawnością, kiedy – patrząc na to metaforycznie – coś z zewnątrz jej zaszkodziło. Jednocześnie początek zauważalnych objawów zbiegł się z momentem rozpoczęcia przez ojca pracy za granicą. Z jednej strony objaw był dostrojony do sposobu funkcjonowania rodziny, z drugiej stał się na tyle widoczny, że skupiał uwagę, i tak jak wahadełko w gabinecie klasycznego hipnotyzera, wprowadzał w trans wszystkich członków rodziny, kierując ich do gabinetu terapeutycznego.

Terapia trwała dziesięć miesięcy. Sesje odbywały się nieregularnie: z cotygodniową intensywnością podczas pobytów ojca w kraju i raz w miesiącu w czasie, gdy przychodziły tylko matka z córką. Łącznie odbyły się 22 sesje terapeutyczne. Podczas wszystkich sesji (poza pierwszą), w których nie uczestniczył ojciec, jego obecność była zaznaczona przez dostawione krzesło oraz wypowiedzi matki i córki w jego imieniu.

Początkowy etap terapii był bardzo trudny. Rodzina z nieufnością i bez przekonania podchodziła do potrzeby psychoterapii. Trudno było zbudować więź terapeutyczną. Pojawienie się ojca, najpierw w formie symbolicznej, a później realnej, okazało się dużą zmianą dla procesu. Ojciec wносił wątki braku kontaktów córki z rówieśnikami. Na sesji z ojcem cele terapii zostały przeformułowane. Zaczęły dotyczyć już nie tylko leczenia zaburzeń gastrycznych, ale też kontaktów córki z młodzieżą, otwarcia się rodziny, pogłębienia więzi wewnątrzrodzinnej.

Duża część pracy terapeutycznej odbywała się z użyciem hipnozy i przy wykorzystaniu pracy z symbolem. Rodzina współpracowała z terapeutą na poziomie nieświadomym. Strategią pracy terapeutycznej było spożytkowanie zjawisk transowych dla wprowadzenia zmian prozdrowotnych w rodzinie. Terapeuta rozpoczął od zaznaczenia przynależności ojca do rodziny (urealnienie), a później zajął się wzajemnym zbliżeniem wszystkich członków rodziny (asocjacja). Niemal wszystkie sesje z udziałem obojga rodziców w tym okresie odbywały się w transie. Treść transu była często abstrakcyjna oraz metaforyczna (spożytkowanie tendencji rodziny do wykorzystywania transowego zjawiska halucynacji) i dotyczyła: łączenia (asocjacja), dzielenia (dysocjacja), odległości (asocjacja – dysocjacja), miejsca (urealnienie), granic (asocjacja – dysocjacja), kontaktu (asocjacja), otwartości (asocjacja). Podczas transu terapeuta często proponował minimalny ruch na poziomie ciała.

W trakcie sesji terapeutycznych rodzina docierała do zasobów bliskości i kierowała swoje kroki ku sobie wzajemnie. Na jednym ze spotkań terapeuta zaproponował symboliczne przypisanie miejsca w rodzinie dla choroby gastrycznej. Członkowie rodziny, na poziomie świadomym, zazwyczaj sceptycznie nastawieni co do możliwości psychologicznych uwarunkowań chorób somatycznych, bez trudu jako symbol choroby wybrali kamień. Zgodnie przypisali mu miejsce między rodzicami – wcielając się w rolę kamienia, mówili „jego” głosem, niejako w „jego” imieniu odkrywali potrzeby bliskości, otwartości na siebie i na ludzi ze świata zewnętrznego. Podczas tej sesji ojciec stał się pionierem otwartej komunikacji, i choć jego wypowiedzi ciągle były tylko „głupią gadką kamienia”, zarówno matka, jak i córka – jako „kamienie” – podążały za jego narracją, wchodząc w dialog o potrzebie bliskości i otwartości.

Po pracach z użyciem symbolu rodzice zaczęli zbliżać się do siebie, a córka początkowo wydawała się zdezorientowana. Niedługo później zbliżyła się do obojga rodziców. Rodzina zaczęła spędzać czas razem, rozmawiać, wspólnie gotować, wyjeżdżać na krótkie wycieczki np. do Krakowa, Kazimierza Dolnego nad Wisłą. Po kilku tygodniach córka nawiązała kontakt z rówieśnikami. Zaczęła spotykać się z koleżankami z uczelni, jedną z nich odwiedziła w domu. Był to czas dużych zmian w rodzinie.

Jak się okazało, rodzice wynajmowali duże mieszkanie, które pani M. odziedziczyła po swoich dziadkach. Stali lokatorzy wyprowadzili się, a ceny rynkowe wynajmu na tyle spadły, że „nie opłacało się wynajmować”. Rodzina postanowiła wyprowadzić się z niewygodnego domu dziadków i zamieszkać samodzielnie. Ojciec, potrzebny przy przeprowadzce, wziął długi urlop, w trakcie którego zdecydował się na przyjęcie pracy w przedstawicielstwie swojej firmy w Polsce. Rodzina postanowiła nie przenosić telewi-

zora do nowego mieszkania. Matka miała więcej czasu na wspólne rozmowy.

Córka coraz częściej zapraszała kolegów. Po raz pierwszy wyjechała na ferie w grupie rówieśników. Była w Rzymie. Córka stopniowo przybierała na wadze, choć jedzenie i jej zdrowie tylko w początkowej fazie terapii było tematem sesji. Okazało się, że nie skupiała już uwagi na wyszukiwaniu szkodliwych produktów. Na wyjeździe jadła pizzę oraz makaron i nie miała biegunki, choć zauważyła tę zmianę dopiero wtedy, kiedy terapeuta zapytał ją o ciekawe doświadczenia z Włoch. Jadła to co wszyscy i była z tego zadowolona. Pacjentka wybierała się na półroczne stypendium na uczelnię zagraniczną. Rodzice mieli pozostać w swoim samodzielnym mieszkaniu. Wyjazd córki stał się impulsem do rozmów o zaistniałych dotychczas w rodzinie zmianach i do decyzji o zakończeniu terapii.

Zakończenie i wnioski

Analizując prowadzone bądź superwizowane przez nas przypadki, dochodzimy do wniosku, że kluczowe dla efektywności terapii rodziny, w sytuacji rozwodu i emigracji, stają się: postawa terapeuty, jakość relacji terapeutycznej, *setting* i ramy kontraktu.

Terapeuta pracujący z rodziną zagrożoną niestabilnością więzi i struktury, niejako w ramach przeciwwagi, swoją postawą daje oparcie i staje się prototypem stabilności. Gdy rodzina poszukuje rozwiązania, terapeuta jest strażnikiem „starych” wartości, do których należą m.in.: więź, kontakt, zachowanie ciągłości pokoleniowej i poczucia przynależności do rodu. Terapeuta często wchodzi w rolę przedstawiciela starszego pokolenia, np. dziadka, pradziadka, babci, prababci, i z tej pozycji zaciekawia nowymi propozycjami rozwiązań społecznych i pokazuje to, co wartościowe w starym modelu.

Terapeuta posługuje się wieloma dostępnymi metodami i technikami terapeutycznymi. Jedną z kluczowych interwencji, jakie ma do dyspozycji, jest ustalenie odpowiedniego *settingu*. Przede wszystkim zaprasza na sesję osoby decyzyjne dla systemu rodzinnego, które są w stanie wprowadzić zmiany niezbędne dla wyzdrowienia rodziny. Zazwyczaj sesje rodzinne odbywają się przy udziale obojga rodziców, czasami bez tzw. VIP-a. Zdarza się, zwłaszcza w przypadku rodzin rekonstruowanych, że terapeuta zaprasza na któreś ze spotkań przyrodnie rodzeństwo, nowych współmałżonków czy partnerów rodziców. Kiedy obecność któregoś z członków rodziny nie jest

możliwa, prowadzący symbolicznie zaznacza miejsce tej osoby przez dostawienie dla niej krzesła.

Ramy kontraktu terapeutycznego są przez terapeutę ustalane z rodziną i konsekwentnie przestrzegane. Kontrakt stanowi wykładnię zasad, na których opiera się proces terapii. Staje się jednocześnie interwencją terapeutyczną wprowadzającą idee przestrzegania zasad, szacunku dla wcześniejszych umów, stałości i przewidywalności, które stwarzają bezpieczną przestrzeń dla wprowadzania niezbędnych zmian rozwojowych.

Terapeuta ericksonowski często korzysta z komunikacji pośredniej i wielopoziomowej. W tym celu wykorzystuje metaforę i hipnozę. Metody te pozwalają skomunikować się z nieświadomą przestrzenią rodziny. Terapeuta pomaga rodzinie odnaleźć zasoby zgromadzone w głębokich warstwach, w których znajdują się zasady budowania struktury i więzi, podstawowe wartości i zgromadzone przez pokolenia formy radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Korzystanie z niedyrektywnych technik komunikacji ułatwia rodzinie sięganie po własne zasoby, co pozwala stworzyć sposoby radzenia sobie w przyszłych trudnych sytuacjach.

Tak jak w rodzinie, również w procesie terapii terapeuta stara się odnaleźć sprzyjającą równowagę między nowym a starym, tym co rozwojowe i tym co zapewnia stabilność i ciągłość. Terapia jest odpowiedzią na nowe prądy i zjawiska. Będąc wytworem zmian cywilizacyjnych, szanuje wartości, które wnoszą nowe rozwiązania. Jednocześnie stara się nie utknąć w ślepych zaułkach, które w dynamice poszukiwań nowych rozwiązań metodą prób i błędów, kuszą blaskiem i powiewem nowoczesności, nie zważając na koszty w przestrzeni wartości podstawowych. Postawa terapeuty, przy dobrej współpracy z rodziną, zachęca jej członków do poszukiwania najlepszych dla siebie rozwiązań. Przedzianie się przez gąszcz propozycji i docieranie do własnych podstawowych potrzeb pozwala na wytyczenie jasnej drogi i dostarczenie kreatywnych doświadczeń, stanowiących przeciwwagę dla tych, którymi została dotknięta zgłaszająca się do terapii rodzina.

Bibliografia

- Barbaro B. de, *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
- Goldenberg H., Goldenberg I., *Terapia rodzin*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006.
- Haley J., *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Milтона H. Ericksona*, Gdańsk: GWP, 1995.
- The Handbook of Ericksonian Psychotherapy*, red. B.B. Geary, J.K. Zeig, Phoenix: The Milton H. Erickson Foundation Press, 2001.

- Holtz K.L., *Auf dem Weg zur Integrität – Erickson meets Erikson*, „Hypnose und Kognition“ 1996, 8/1, s. 81–89.
- Holtz K.L., *Rytmy rozwoju – hipnoza dzieci. Warsztat w 2000 roku w Łodzi* (materiały w bibliotece PIE w Łodzi).
- Satir V., *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, Gdańsk: GWP, 2000.
- Yapko M., *Essentials of Hypnosis*, New York: Bruner/Mazel, 1995.

Alina Rękoś

Wojewódzki Szpital Zespolony w Lesznie

Gdy (nie)jedzenie staje się problemem. Praca terapeutyczna z pacjentką chorą na anoreksję

Wstęp

Celem niniejszego opracowania jest pokazanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego u siedemnastoletniej dziewczyny chorej na anoreksję. Terapię prowadzono całościowo, zajmując się indywidualnie pacjentką, jak i jej rodziną. Połączono podejście poznawczo-behawioralne z systemowym, co zwykle daje najlepsze efekty w leczeniu tego zaburzenia.

1. Kontekst skierowania

Pacjentka, Anna, została przyjęta do poradni psychologicznej w wieku 17 lat, ze skierowaniem od lekarza rodzinnego i rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych. Pierwszą wizytę umówiła telefonicznie mama pacjentki, podając, że córka jest ostatnio przygnębiona, smutna, przeżywa problemy szkolne, co budzi niepokój rodziców.

2. Pierwsza konsultacja i dane z obserwacji oraz rozmowy

Na pierwszą wizytę Ania przyjechała z mamą. Zobaczyłam bardzo szczupłą, wręcz chudą dziewczynę o delikatnej urodzie, ładną, ubraną na sportowo, która dość wyraźnie, aczkolwiek „grzecznie”, demonstrowała niechęć do jakiegokolwiek rozmowy. Matka poinformowała o problemach córki, o jej smutku, przygnębieniu, płaczliwości i trudnościach w relacjach z koleżan-

kami i kolegami z klasy. Ania odzywała się niewiele i jednoznacznie stwierdziła, że wizyta to pomysł mamy. Rozmawiałyśmy o aktualnych problemach, jak to widzi mama, a jak córka.

Podczas tego pierwszego spotkania korzystałam z podstawowych metod klinicznych: obserwacji, rozmowy i wywiadu psychologicznego. Uzyskałam najważniejsze dane dotyczące rodziny.

Poza wspólną rozmową był też osobny czas dla matki i córki. Staralam się, przede wszystkim, o nawiązanie dobrego kontaktu z Anią, który miał być podstawą do wytworzenia właściwej motywacji do leczenia. Już wtedy postawiłam hipotezę, że dziewczyna cierpi na zaburzenia odżywiania pod postacią jadłowstrętu psychicznego, co znalazło później potwierdzenie w uzyskanych informacjach i konsultacji psychiatrycznej.

Również na pierwszym spotkaniu powiedziałam Ani i mamie, że podstawowym problemem są, moim zdaniem, zaburzenia odżywiania, i że to z nimi przyjdzie nam się zmierzyć, jeżeli rozpoczniemy terapię.

W momencie zgłoszenia pacjentka ważyła 46 kg przy wzroście 172 cm (wskaźnik BMI wynosił wtedy 15,59, co stanowiło zdecydowaną niedowagę). W ciągu roku schudła ponad 22 kg, w ostatnich pięciu miesiącach przed przyjęciem do poradni – około 12 kg. Również pięć miesięcy wcześniej utraciła miesiąckę, przy masie ciała około 56 kg.

3. Dane biograficzne i wywiad rodzinny

Ania pochodziła z małego miasteczka w Wielkopolsce. Rodzice, w tamtym czasie, byli małżeństwem od 24 lat, mama pracowała jako lekarz pediatra, tata, inżynier, prowadził własną firmę. Pacjentka miała starszego o pięć lat brata, który studiował na trzecim roku politechniki – kierunku informatyka.

Ania urodziła się z drugiej, prawidłowej ciąży i porodu siłami natury. Otrzymała 10 pkt w skali Apgar. Rozwijała się prawidłowo, nie chorowała w wieku niemowlęcym i poniemowlęcym. Do czwartego roku życia pozostawała pod opieką babci (mama po urlopie macierzyńskim wróciła do pracy). Poszła do przedszkola w wieku czterech lat, dobrze się zaaklimatyzowała, chętnie uczyła i bawiła z dziećmi. Nie sprawiała żadnych problemów wychowawczych.

Szkoła podstawowa i gimnazjum były dla Ani okresem sukcesów, bardzo dobrych ocen i serdecznych relacji z rówieśnikami. Jak mówiła mama: „wzorowa córka, koleżanka”. Mnóstwo zainteresowań, praca społeczna, taniec w zespole ludowym. Wysoki poziom ambicji, potrzeba sukcesów, perfekcyjne podejście do zadań. W drugiej klasie gimnazjum zapadła decyzja o pój-

ściu do zerówki w renomowanym liceum. Skończył się czas nauki w rodzinnej miejscowości. Od tej pory Ania dojeżdżała codziennie 20 km do nowej szkoły. Od początku nie lubiła swojej klasy licealnej. W zerówce miała dwie dobre koleżanki, które odeszły do innych szkół po zakończeniu roku szkolnego. Dziewczyna czuła się samotna, zaczęła mówić o swoich problemach w domu. Już wówczas ograniczała jedzenie i chudła. Gdy trafiła do poradni psychologicznej w połowie pierwszej klasy liceum, była chuda, samotna, nieszczęśliwa. Myślała nawet o zmianie szkoły. Bardzo dobrze się uczyła i osiągała dobre wyniki, choć nie tak znakomite, jak w gimnazjum i w zerówce. Mama podkreślała jej obowiązkowość, dokładność i solidność, nienaganny porządek w pokoju, w szafach i na półkach.

Rodzice Ani dużo pracowali zawodowo. W domu jeszcze do niedawna była babcia (ze strony ojca), z którą pacjentka miała ciepłe i serdeczne relacje. Babcia zmarła dwa lata wcześniej, co dziewczyna bardzo mocno przeżyła. Z mamą dogadywała się „średnio” (w okresie prowadzonej terapii kontakty znacznie się poprawiły). Ojciec, z uwagi na charakter pracy, był często nieobecny. Przed zachorowaniem nie wspierał córki, a komunikację z nią ograniczał do zdawkowej wymiany zdań. Z bratem nigdy nie była blisko, czuła, że rodzice go wyróżniają. Starła się nie okazywać zazdrości.

4. Diagnoza psychologiczna i wyniki badań testowych

Z ustaleniem diagnozy psychologicznej i nazwaniem zaburzenia, z którym zgłosiła się pacjentka i jej rodzina, nie było większych problemów. Hipoteza postawiona na pierwszym spotkaniu, że mamy do czynienia z jądłowstrętem psychicznym – typ restrykcyjny, okazała się trafna (pacjentka spełniała wszystkie kryteria diagnostyczne *anorexia nervosa* według DSM IV – 1994)¹. Potwierdziły ją dane z obserwacji, rozmowy i wywiadu psychologicznego oraz przeprowadzona konsultacja psychiatryczna. W różnicowaniu z innymi jednostkami chorobowymi wykluczono, poprzez odpowiednie badania lekarskie, choroby somatyczne, które mogłyby powodować tak intensywne chudnięcie i zaburzenia nastroju. Lekarz psychiatra wykluczył zaburzenia psychotyczne, depresję endogenną i inne zespoły psychotyczne o podobnych objawach. Wywiad jednoznacznie pokazywał, że pacjentka świadomie

¹ M. Pilecki, *Diagnostyka zaburzeń odżywiania się*, w: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, red. B. Józefik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999, s. 42.

ogranicza jedzenie, unika spożywania pokarmów wysokokalorycznych, często się waży i obsesyjnie boi przytyć.

Zdawałam sobie sprawę z tego, że zaczynanie terapii od testów psychologicznych, przy tak postawionej diagnozie, nie jest dobrym pomysłem. Najważniejsza w tym momencie była praca w relacji: nad kontaktem, budowaniem właściwej motywacji do leczenia i zaufania do terapeuty.

Testy psychologiczne wykonałam po trzech miesiącach terapii, i były to:

1. Skala Inteligencji D. Wechslera WAIS - R (PL).
2. Test Pamięci Wzrokowej Bentona.
3. Kwestionariusz Osobowości Eysencka w polskiej adaptacji EPQ - R.

W Skali WAIS - R pacjentka uzyskała bardzo wysoki wynik: I.I. = 130, znacznie powyżej przeciętnej, z zachowaniem równowagi między skalą słowną a bezsłowną: I.I. sł. = 130, I.I. bsł. = 128.

We wszystkich podtestach Ania przewyższała normę wiekową, prezentując bardzo dobre możliwości poznawcze.

W Teście Pamięci Wzrokowej Bentona nie znaleziono żadnych wykładników organicznego uszkodzenia centralnego układu nerwowego i nie dopatrzone się jakichkolwiek zaburzeń percepcyjnych, które miałyby znaczenie diagnostyczne.

W Kwestionariuszu Osobowości Eysencka pacjentka uzyskała wyniki świadczące o nasileniu cech neurotycznych (7 stenów w Skali Neurotyzmu), introwersji (2 steny w Skali Ekstrawersji) i normie w zakresie Skali Psychotyzmu.

Przejęciowe problemy w nauce, które sygnalizowano na początku terapii, mogły mieć podłoże w czynnikach emocjonalnych, trudnościach w radzeniu sobie ze stresem i jego dezorganizacyjnym wpływie na procesy myślenia i działania. W zakresie cech osobowościowych zaznaczały się właściwości kompulsywne, perfekcjonizm, wysoki poziom ambicji i silna potrzeba osiągnięć.

5. Hipotezy diagnostyczne weryfikowane w pracy terapeutycznej

Hipotezy ustaliłam po kilku spotkaniach z pacjentką i jej rodziną, integrując diagnozę indywidualną i rodzinną. Podstawą do sformułowania hipotez były dane z obserwacji, rozmowy i wywiadu psychologicznego, pogłębione później o informacje z bardziej szczegółowych metod badawczych zastosowanych wobec pacjentki, a opisanych wyżej.

1. *Hipoteza pierwsza H1* – pacjentka prezentuje cechy osobowości sprzyjające anoreksji. Jest sumienna, dokładna, posłuszna i spokojna. Pragnie być idealna i doskonała. Nie buntuje się, lecz podporządkowuje innym. Ma ogromną potrzebę akceptacji i uznania ze strony najbliższego otoczenia, a w zachowaniu bardziej kieruje się oczekiwaniami innych niż własnymi potrzebami, uczuciami i chęciami. Posiada niską samoocenę.

W pracy terapeutycznej skoncentrowano się na umożliwieniu pacjentce spotkania się z własnymi emocjami oraz umiejętności wyrażania ich bez silnego lęku i poczucia winy. Jeden z celów terapii zakładał pracę nad podwyższeniem samooceny przez poprawienie własnego wizerunku, zarówno w aspekcie wyglądu zewnętrznego, jak i możliwości intrapsychoicznych.

2. *Hipoteza druga H2* – początek choroby można wiązać z przeżyciem traumatycznego wydarzenia, jakim była śmierć ukochanej babci.

Praca terapeutyczna dotyczyła przepracowania straty, przechodzenia przez okres żałoby oraz możliwości „pożegnania się” z ważną osobą w sytuacji bólu i tęsknoty po jej odejściu.

3. *Hipoteza trzecia H3* – rodzina pacjentki przeżywa trudne problemy, które zaburzają jej równowagę, a objaw może być tym, co „trzyma” rodzinę. Rodzice dziewczyny przechodzą kryzys małżeński, który sprzyja utrzymywaniu się zaburzenia.

W trakcie terapii rodzinnej otrzymali propozycję terapii małżeńskiej u innego psychologa, z której, po krótkim okresie zastanowienia, skorzystali.

4. *Hipoteza czwarta H4* – chorobie mogą sprzyjać zaburzone relacje w podsystemach (rodzice, dzieci) i nieprawidłowo przebiegająca komunikacja między poszczególnymi członkami rodziny.

Praca terapeutyczna nastawiona była na poprawienie komunikacji i relacji w podsystemie rodziców (m.in. poprzez skierowanie ich na terapię małżeńską), jak również w podsystemie dzieci (w kilku spotkaniach rodzinnych uczestniczył brat Ani; były też dwie sesje, w których udział brały tylko dzieci). Praca z podsystemem rodzeństwa miała na celu rozwijanie oraz umocnienie więzi i bliskości.

5. *Hipoteza piąta H5* – postawa rodziców (a zwłaszcza matki) zakłóca istotnie ważny proces separacji-indywiduacji, niezbędny do prawidłowego przejścia przez okres dorastania, dający ostatecznie możliwość oddzielenia się w naturalny sposób od rodziców i rozpoczęcie własnego, dorosłego życia.

W terapii wielokrotnie poruszano wątki związane z tym procesem i przyczyny zakłócające jego przebieg. Służyła temu m.in. praca z genogramem oraz „ujawnianie” rodzinnych przekazów międzypokoleniowych.

6. Patogeneza jadłowstrętu psychicznego

Anoreksja jest chorobą, która polega na dążeniu do ograniczenia masy ciała, wyraźnie poniżej norm przyjętych w odniesieniu do wieku i wzrostu, przy jednoczesnej nieprawidłowej ocenie własnego wyglądu i współistnieniu lęku przed przybraniem na wadze, co powoduje drastyczne ograniczanie przyjmowanego pożywienia. Stan ten nie jest spowodowany chorobą somatyczną.

Istnieje wiele teorii uwzględniających rolę czynników biologicznych, obciążeń genetycznych, rolę nieprawidłowej rodziny i nieprawidłowego rozwoju osobowości w powstawaniu jadłowstrętu psychicznego. W kontekście czynników biologicznych mówi się o nieprawidłowej funkcji podwzgórza i neuroprzekazników, jednak nie można z całą pewnością ustalić, czy są to zaburzenia czynności pierwotne, czy raczej wtórne, wynikające ze stanu znacznego wyniszczenia². W zakresie czynników osobowościowych u wielu chorych widoczne są zachowania obsesyjno-kompulsywne, perfekcjonizm, wysoki poziom aspiracji, często niezależny od realnych możliwości, oraz wysoki poziom tłumionej agresji. Osoby chore na anoreksję mają najczęściej, tak jak w przypadku Ani, ogromną potrzebę akceptacji i uznania ze strony innych, i dlatego dostosowują się do ich wymagań, nie dbając o własne potrzeby i uczucia.

Niezwykle istotne są czynniki rodzinne. Badania pokazują, że nieprawidłowości relacji w systemie rodzinnym dotyczą dwóch poziomów: relacji między rodzicami oraz relacji między osobą chorą i każdym z rodziców z osobna. Minuchin i in. opisują model rodziny tych pacjentek (anoreksja najczęściej dotyczy dziewcząt w okresie dojrzewania i młodych kobiet) jako podobny do modelu rodzin z zaburzeniami psychosomatycznymi³.

Charakterystyczne cechy tych rodzin to:

- mały stopień indywidualności występujący u wszystkich członków rodziny i wzajemna ingerencja w swoje przeżycia psychiczne;
- zaburzenia struktury rodziny, słabo rozwinięte podsystemy pokoleniowe;
- nadopiekuńczość przejawiana przez różnych członków rodziny, hamująca rozwój autonomii poszczególnych osób;

² A. Rajewski, *Zaburzenia odżywiania*, w: *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Warszawa: PZWL, 2004, 2005, 2007, s. 251.

³ B. Józefik, R. Ulaścińska, *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*, w: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, red. B. Józefik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999, s. 88.

- oporność rodzin na zmiany i zaprzeczanie istnieniu jakichkolwiek problemów;
- niska tolerancja na konflikty i stąd życie w ciągłym napięciu⁴.

Jedną z cech rodziny potencjalnej pacjentki jest zasada, że dobrze można się czuć jedynie wtedy, gdy inni czują się dobrze. Kiedy czują się źle i są niezadowoleni, samemu nie można czuć się dobrze. Reguła ta jest bardzo ważna, choć zwykle nikt o niej głośno nie mówi. W przypadku Ani często działo się tak, że główną wartość stanowiło usatysfakcjonowanie innych, nawet kosztem własnego dobra. W takiej sytuacji trudno rozpoznać własne przeżycia, potrzeby i pragnienia.

Z czynników społeczno-kulturowych wymienia się promowanie modelu urody opartego na szczupłej, wysportowanej sylwetce, co ma zapewnić sukces życiowy oraz bardzo dobre funkcjonowanie umysłowe i fizyczne. Wymagania społeczne związane z pełnieniem różnych ról mogą powodować powstawanie mniej lub bardziej uświadamianych konfliktów. Wtedy zachowanie kontroli nad masą ciała staje się jedynym sposobem na stabilizację otaczającej rzeczywistości.

Zwraca się również uwagę na znaczenie czynników predysponujących lub prowokujących wystąpienie jądłowstrętu psychicznego. Mogą to być ciężkie urazy psychiczne, np. śmierć lub poważna choroba w rodzinie. Przedstawiona pacjentka przeżyła taką trudną sytuację, bo kilka miesięcy przed zachorowaniem straciła babcię, z którą razem mieszkała i z którą była bardzo związana emocjonalnie.

Do innych czynników, które mogą stanowić impuls do pojawienia się objawów związanych z anoreksją, możemy zaliczyć trudności i niepowodzenia w nauce, nieumiejętność nawiązywania kontaktów społecznych, nieprawidłową adaptację do nowych warunków życia (np. w sytuacji zmiany szkoły lub miejsca zamieszkania), a szczególnie urazowe doświadczenia w zakresie kontaktów seksualnych.

7. Plan i przebieg terapii

Po pierwszej konsultacji i naświetleniu problemu (rozmawialiśmy o tym, że choroba jest niebezpieczna i bezwzględnie wymaga leczenia), Ania „dostała” czas na podjęcie decyzji. Będąc lekarzem, mama pacjentki była świadoma powagi zaburzenia, choć chyba „wypierała” właściwą diagnozę. Miała poczu-

⁴ Tamże.

cie winy, że nie potrafiła zapobiec chorobie i dostatecznie wcześnie zareagować na objawy („innym dzieciom pomagam, swojej córce nie potrafię”).

Po tygodniu dziewczyna zadzwoniła i umówiła się na drugą wizytę. Od tej pory zaczęła się praca terapeutyczna, trwająca przez 12 miesięcy. Przyjęłam koncepcję terapii indywidualnej połączonej z terapią rodzinną, tak, jak na ogół pracuje się z pacjentami z *anorexia nervosa*. Włączenie do leczenia całego systemu uznałam za bardzo ważne, rozumiejąc jadłowstręt psychiczny jako chorobę, której skutki rzutują na funkcjonowanie całej rodziny. Terapię rodzinną prowadziłam w paradygmacie systemowym, a terapię indywidualną w podejściu behawioralno-poznawczym.

Główne cele terapii rodzinnej rozumiałam jako:

- rozwiązanie problemu poczucia winy z powodu wystąpienia anoreksji;
- poprawienie komunikacji w rodzinie;
- „pokazanie” członkom rodziny ich słabych i mocnych stron (praca z zasobami);
- zwiększenie swobody i elastyczności w rodzinie, głównie w odniesieniu do zmian związanych z dorastaniem dziecka (problem nadopiekuńczości i zaburzeń w procesie separacji-indywiduacji);
- umocnienie podsystemów rodzinnych (rodzice, dzieci);
- znalezienie nowego stanu równowagi w rodzinie po wyeliminowaniu z niej zachowań anorektycznych chorego dziecka.

W terapii poznawczo-behawioralnej, którą prowadziłam indywidualnie z pacjentką, chodziło o rozpoznanie i zmianę irracjonalnych przekonań i schematów poznawczych, będących jedną z przyczyn choroby, i zastąpieniu ich zdrowym i racjonalnym podejściem, m.in. w zakresie emocji, uczuć i myśli związanych z sylwetką, wagą i jedzeniem. Ważnym elementem tej terapii było nauczenie Ani, jak radzić sobie z trudnymi, stresującymi sytuacjami w sposób niedestruktywny oraz wyrażać emocje bez poczucia lęku i winy. Koncentrowałyśmy się głównie na terażniejszych uczuciach i emocjach, starając się rozwijać umiejętności mające ułatwić przystosowanie się do różnych sytuacji życiowych.

W terapii indywidualnej stosowano m.in. techniki modelowania i nstawione na uczenie się rozwiązywania problemów oraz trening asertywności⁵.

W odniesieniu do systemowej terapii rodzinnej używałam różnych technik, które miały na celu zmianę sposobów rozwiązywania problemów ro-

⁵ J.Cz. Czabała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2009, s. 42.

dziny i zmianę reakcji emocjonalnych. Były to: przeformułowania, pytania cyrkularne, pytania reflektujące, odtwarzanie interakcji rodzinnych, a także techniki służące osiągnięciu wglądu pojmowanego jako zrozumienie przekazów międzypokoleniowych (np. w pracy z genogramem)⁶.

Sojusz terapeutyczny z Anią budowałam dość długo. Ona sama przyznała później, że potrzebowała czasu, by uznać, że jest chora i wymaga pomocy. Przeczytała kilka książek na temat anoreksji, znalazła odpowiednie informacje w internecie. Zgodziła się na konsultację psychiatryczną, podczas której otrzymała *Lerivon* 60 mg, do stosowania na noc – początkowo połówkę, a później jedną tabletkę (dodam, że po trzech miesiącach psychoterapii lek został całkowicie odstawiony). Jadłowstręt psychiczny pacjentki został określony jako typ „ograniczający”, restrykcyjny. Ania odczuwała intensywny lęk przed przybraniem na wadze, mimo znacznej niedowagi w najgorszym okresie choroby postrzegała siebie jako „grubą”, zaprzeczała, że waży za mało. Przytycie oznaczało natychmiastowe obniżenie samooceny, „brak silnej woli”, słabość.

W kontrakcie terapeutycznym umówiliśmy się, że spadek BMI poniżej 15 kwalifikuje do leczenia szpitalnego, i że wówczas leczenie ambulatoryjne nie będzie możliwe. Ustaliśmy także niezbędne minimum i zasady odżywiania: pięć posiłków dziennie, początkowo 2000 kcal, później 2500 kcal, jak również minimalną wagę, do której pacjentka ma dążyć. Powiedziałam Ani, że minimalna waga to taka, przy której zaczniesz mieć regularne cykle menstruacyjne, a więc około 56 kg (gdy waga spadła poniżej tego poziomu, pacjentka utraciła miesiączkę).

Perspektywa przytycia 10 kg była dla Ani w tym momencie trudna do przyjęcia, ale już wtedy odczuwała tak wielki dyskomfort związany z samopoczuciem psychicznym i innymi następstwami choroby (wypadanie włosów, sucha skóra, ciągle uczucie zimna), że postanowiła podjąć wyzwanie.

Na drugiej wizycie dziewczyna otrzymała zadanie prowadzenia dzienniczka, w którym początkowo zapisywała każdego dnia, co zjadła, w jakiej ilości, co „wyrzuciła” (ewentualne wymioty, leki przeczyszczające), a później poszerzyła dzienniczek o zapisywanie uczuć, swojego nastroju i samopoczucia, także w kontekście zjadanych posiłków.

Rodzicom powiedziałam na samym początku, aby przestali kontrolować jedzenie córki, by to ona podjęła samokontrolę, choćby w postaci opisanego wyżej dzienniczka.

Pracowałam z całym systemem, z emocjami wszystkich członków rodziny, zadając pytania o możliwości zmiany, o zyski i straty wynikające z cho-

⁶ Tamże, s. 66–67.

roby, szukając twórczej siły rodziny i jej zasobów. Bardzo pilnowałam zachowania neutralności, aby nie stawać po żadnej stronie (rodziców, dziecka), ale być w koalicji z całym systemem przeciw złemu objawowi.

Przez rok pracy terapeutycznej z pacjentką i jej rodziną spotykaliśmy się w ramach sesji indywidualnych i sesji rodzinnych. Odbyło się 12 spotkań rodzinnych (w pięciu z nich uczestniczył brat Ani). Były też dwa spotkania tylko w obrębie podsystemu dzieci i dwie sesje tylko w ramach podsystemu rodziców. Ci ostatni, w trakcie leczenia córki, podjęli decyzję o terapii małżeńskiej u innego psychologa. Z Anią odbyłam 22 sesje indywidualne – średnio dwa spotkania w miesiącu.

8. Ocena terapii i wnioski końcowe

Terapia dobiegła końca po roku systematycznych spotkań. Już wcześniej rozmawialiśmy o pożegnaniu. Ustaliliśmy, że przestaniemy się spotykać, gdy waga, wynosząca 55 kg (przy której, po ponadrocznej przerwie, samodziennie pojawiła się miesiączka), nie będzie już spadać i utrzyma się (lub zwiększy) przynajmniej przez pięć miesięcy. Przy wadze 55 kg wskaźnik BMI mojej pacjentki wyniósł 18,64, co stanowiło minimalną normowagę. Oprócz tego, jako warunek zakończenia terapii ustalono prawidłowo przebiegający cykl menstruacyjny z regularną miesiączką (przynajmniej przez cztery kolejne cykle). W momencie zakończenia terapii Ania ważyła 57 kg. W ostatniej fazie terapii pacjentka nie pozbyła się jeszcze całkowicie lęku przed przytyciem, ale miał on dużo mniejsze nasilenie, a waga ciała nie wpływała już tak bardzo na samoocenę. Dziewczyna dużo lepiej radziła sobie z emocjami, poprawiła funkcjonowanie na poziomie relacyjnym. Nadal „nie przepadała” za swoją klasą, ale znalazła w niej miejsce dla siebie i nawiązała bliższe kontakty z kilkoma koleżankami, z którymi spotykała się też poza szkołą.

W ciągu roku pracy terapeutycznej w istotny sposób poprawiła się komunikacja w rodzinie i to zarówno w podsystemie „rodzice”, jak i w podsystemie „dzieci”. Podsystemy „umocniły się”. Rodzeństwo częściej ze sobą rozmawiało, brat kilka razy zaprosił Anię do miasta, w którym studiował (byli razem w kinie i w klubie młodzieżowym, siostra poznała jego przyjaciół ze studiów). Rodzice mieli swoje „wypadki”, jak mówili – „odnajdują się na nowo”. W naturalny sposób zaczął się dokonywać proces separacji i indywidualizacji.

Samopoczucie pacjentki istotnie się poprawiło. Ania jakby „dorosła”, uzyskała lepszą samoocenę i stała się mniej zależna emocjonalnie od opinii

i ocen innych ludzi. Nadal była dokładna, perfekcyjna, ale już bardziej łagodna i wyrozumiała dla siebie. Dostała wsparcie od „swoich mężczyzn” – ojca i brata, poczuła się atrakcyjna jako kobieta („tata powiedział mi, że ładnie wyglądam”, „brat pochwalił moją nową fryzurę”).

Gdy dzisiaj patrzę z perspektywy rocznego okresu psychoterapii, to widzę, jak trudne były jej początki. Waga stała w miejscu, a było nawet tak, że trochę się obniżyła – do 45,5 kg. Ania obsesyjnie liczyła kalorie, „kombinowała” z jedzeniem; gdy zjadła trochę więcej, miała poczucie „pęcznienia”. Rodzicom trudno było nie ingerować w sposób odżywiania córki i powstrzymywać się od zmuszania jej do spożywania większej ilości potraw. W tym czasie w terapii pojawiły się też ważne wątki osobiste, rodzinne oraz problemy małżeńskie rodziców. Ania widziała siebie trochę z boku rodziny, na drugim planie, mówiła o swoich niepowodzeniach, „chłodnym” i surowym ojcu i dużych oczekiwaniach ze strony rodziców. Bardzo starała się im sprostać i miała poczucie, że to ciągle za mało. Nie potrafiła wyrażać złości, nie buntowała się w sposób jawny, ale czuła narastający gniew, żal i smutek. Kiedyś powiedziała mi (po około trzech miesiącach spotkań), że zastanawiała się, „co by było, gdyby nagle zniknęła”. Możliwe, że podświadomie wybrała drogę na powolne „znikanie” przez ubytek masy ciała w wyniku głodzenia się.

Rodzice Ani przeżywali w tym czasie kryzys małżeński, który narastał od kilku lat. Choroba córki zjednoczyła ich, co raczej nie sprzyjało „zdrowieniu”, gdyż objaw był tym, co trzymało rodzinę razem. Pracowaliśmy z lękiem, poczuciem winy, złością, a poszczególni członkowie rodziny wyrażali swoje trudne emocje, mówili o swoich potrzebach i oczekiwaniach. Zadawaliśmy sobie pytania: „Jakie zmiany są możliwe i co będzie dalej?”, „Po czym poznamy, że coś się zmieniło?”, a także „Co można zrobić, aby Ania nie musiała zwracać na siebie uwagi przez odmowę jedzenia?”, a taka koncepcja wyłaniała się przy próbach znalezienia odpowiedzi na pytanie o możliwe przyczyny choroby.

Zakończenie

Uważam, że dziewczyna ma dobre rokowania. Ze wskaźników korzystnego rokowania można wymienić: brak konieczności hospitalizacji, brak objawów bulimicznych, dobre przystosowanie w okresie poprzedzającym zachorowanie, wczesny okres zachorowania oraz korzystną aktualnie sytuację rodzinną (brak zachowań nadopiekuńczych, brak wrogości, niekrytyczny stosunek do pacjentki).

Gdy zastanawiam się nad genezą choroby, to widzę kilka rzeczy. Ania zaczęła się odchudzać, bo – jak mówi – chciała odnieść sukces, mieć coś, co od początku do końca zależałoby tylko od niej. A gdy już się za coś brała, to robiła to perfekcyjnie. Kolejny czynnik to zaburzenia w systemie rodzinnym: wysoki poziom wymagań i oczekiwań, poczucie odrzucenia, trudności w komunikowaniu emocji, zwłaszcza gniewu i złości, problemy z osiągnięciem autonomii, przejściem przez okres indywiduacji i separacji. Następnym elementem to cechy osobowościowe pacjentki – silna potrzeba osiągnięć, tendencje kompulsywne, wysoki poziom ambicji, perfekcjonizm. I jak to często bywa w zaburzeniach odżywiania, niebagatelną rolę odegrały też czynniki kulturowe: ideał szczupłej sylwetki i społeczne oczekiwanie atrakcyjności formułowane wobec kobiet.

Czynnikiem wyzwalającym zaburzenia odżywiania może być też utrata (kogokolwiek, czegokolwiek). Dwa lata przed zachorowaniem Ani zmarła jej ukochana babcia, osoba niezwykle ważna w życiu pacjentki, bliska i serdeczna, dająca bezwarunkową miłość i poczucie bezpieczeństwa.

Ania i jej rodzina poradziła sobie z chorobą. Wyszli z niej bardziej uważni na siebie i swoje uczucia, a odkryte zasoby wykorzystują, mam nadzieję, do budowania lepszych, bardziej satysfakcjonujących relacji ze sobą i innymi ludźmi. W tym przypadku choroba i cierpienie wyznaczyły nowy kierunek i dały możliwość osobistego i rodzinnego rozwoju.

Bibliografia

- Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, red. B. Józefik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
- Albisetti V., *Pułapka anoreksji. Dlaczego się choruje, jak wyzdrowieć*, Kielce: Wydawnictwo Jedność, 2006.
- Bandler R., Grinder J., Satir V., *Zmieniamy się wraz z rodzinami*, Gdańsk: GWP, 1999.
- Barbaro B. de, *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
- Barker P., *Podstawy psychiatrii dziecięcej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1974.
- Branhill J., Taylor N., *A jeśli to... zaburzenia odżywiania*, Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka, 2001.
- Butcher J.N., Carson R.C., Mineka S., *Psychologia zaburzeń*, Gdańsk: GWP, 2003.
- Czabała J.Cz., *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1997.
- Fathallah J., *Chuda*, Kraków: Wydawnictwo Znak, 2007.
- Feldman L., *Łączenie terapii indywidualnej i rodzinnej*, Gdańsk: GWP, 2001.
- Gelso Ch.J., Hayes J.A., *Relacja terapeutyczna*, Gdańsk: GWP, 2005.
- Hassenmuller H., *W sidłach anoreksji*, Wrocław: Wydawnictwo Ossolineum, 2003.
- Jablow M., *Anoreksja, bulimia, otyłość*, Gdańsk: GWP, 2000.

- Józefik B., Ułasińska R., *Perspektywa rodzinna a rozumienie zaburzeń odżywiania się*, w: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, red. B. Józefik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
- Józefik B., Wolska M., *Anoreksja i bulimia u dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Hachette, 2009.
- Lachowicz W., *Przeklinam cię, ciało*, Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie, 2005.
- Lazarus A., *Wyobrażenia w psychoterapii*, Gdańsk: GWP, 2000.
- Leczenie anoreksji i bulimii psychicznej: co, kiedy, komu*, red. J. Bomba, B. Józefik, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, 2003.
- Leleu G., *Miłość i kalorie*, Warszawa: Wydawnictwo Sic!, 1999.
- Namysłowska I., *Terapia rodzin*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000.
- Namysłowska I., Ruszkowska E., Siewierska A., *Gdy odchudzanie jest chorobą*, Warszawa: Wydawnictwo Intra, 2000.
- Okun B., *Skuteczna pomoc psychologiczna*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 2002.
- Otwinowska K., Mazur A., *Dieta (nie)życia*, Warszawa: Wydawnictwo Nasza Księgarnia, 2009.
- Paul-Cavallier F.J., *Wizualizacja. Od obrazu do działania*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis, 1992.
- Pilecki M., *Diagnostyka zaburzeń odżywiania się*, w: *Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się*, red. B. Józefik, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
- Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004, 2005, 2007.
- Psychiatria wieku rozwojowego*, red. A. Popielarska, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1989.
- Rajewski A., *Zaburzenia odżywiania*, w: *Psychiatria dzieci i młodzieży*, red. I. Namysłowska, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004, 2005, 2007.
- Satir V., *Rodzina. Tu powstaje człowiek*, Gdańsk: GWP, 2000.
- Satir V., *Terapia rodziny*, Gdańsk: GWP, 2000.
- Seligmann M.E.P., Walker E.F., Rosenham D.L., *Psychopatologia*, Poznań: Wydawnictwo Zys i S-ka, 2003.
- Starzomska M., *Anoreksja. Trudne pytania*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, 2006.
- Stierlin H., Rucker-Embden I., Wetzel N., Wirsching M., *Pierwszy wywiad z rodziną*, Gdańsk: GWP, 1999.
- Włodawiec B., *Psychoterapia zaburzeń odżywiania się*, Warszawa: Wydawnictwo IP, 2001.
- Zaburzenia psychiczne u młodzieży*, red. M. Orwid, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1981.
- Zimmer M., Sacker M., *Wolę umrzeć niż przytyć. Jak zrozumieć i pokonać anoreksję i bulimię*, Poznań: Wydawnictwo Media, 2008.

Barbara Jankowiak

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii. Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Anna Gulczyńska

Pracownia Edukacji Zdrowotnej. Wydział Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Psychoterapia dziecka - ofiary przemocy seksualnej

Wstęp

Dzieckiem seksualnie wykorzystanym uznać można każdą jednostkę w wieku bezwzględnej ochrony, jeżeli osoba dojrzała seksualnie, czy to przez świadome działanie, czy też przez zaniedbanie swoich społecznych obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko, dopuszcza do zaangażowania dziecka w jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest seksualne zaspokojenie osoby dorosłej (*Standing Committee on Sexually Abused Children*)¹.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia:

wykorzystanie seksualne dziecka to włączenie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa. Z wykorzystaniem seksualnym mamy do czynienia, gdy taka aktywność wystąpi między dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w relacji opieki, zależności, władzy. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby. Aktywność taka może dotyczyć:

- namawiania lub zmuszania dziecka do angażowania się w prawnie zabronione czynności seksualne;

¹ Za: D. Glaser, S. Frosh, *Dziecko seksualnie wykorzystywane*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1995, s. 19.

- wykorzystywanie dziecka do prostytucji lub innych prawnie zakazanych praktyk o charakterze seksualnym;
- wykorzystywanie dziecka do produkcji materiałów lub przedstawień o charakterze pornograficznym².

Z kolei, według K.C. Faller³, następujące typy zachowań mogą być uznane za wykorzystanie seksualne:

1. Zachowania bez kontaktu fizycznego: rozmowy o treści seksualnej, ekspozycja anatomii i czynności seksualnych, oglądactwo (*voyeurizm*), fetyzizm, obsceniczne rozmowy telefoniczne.

2. Pobudzanie intymnych części ciała dziecka: dotykanie intymnych części ciała (piersi, genitaliów, pośladków), zmuszanie dziecka do pobudzania sprawcy (przez dotyk), pobudzanie dziecka przez ubranie lub bez ubrania.

3. Penetracja seksualna (palcem lub za pomocą narzędzi): penetracja ciała dziecka (pochwy, odbytu), zmuszanie dziecka do penetracji ciała sprawcy (pochwy, odbytu), wkładanie przedmiotów do odbytu lub pochwy ofiary, zmuszanie dziecka do wkładania przedmiotów do odbytu lub pochwy sprawcy.

4. Kontakty oralne (zmuszanie do poddania się im lub do ich wykonywania): głębokie pocałunki w usta; całowanie, lizanie lub gryzienie innych części ciała; ssanie, całowanie, lizanie, gryzienie piersi; *cunnilingus*, *fellatio*, *analingus*.

5. Penetracja genitalna: kontakt waginalny, kontakt analny.

6. Seksualne wyzyskiwanie dzieci: pornografia dziecięca, prostytucja dziecięca.

7. Przemoc seksualna połączona z innymi formami przemocy (odurzanie ofiary narkotykami, alkoholem).

M. Beisert⁴ dokonała analizy definicji molestowania seksualnego, aby ustalić, jak definiowani są sprawca, ofiara oraz ich wzajemna relacja. Autorka proponuje kilka sposobów rozumienia tego, kto jest sprawcą wykorzystania. Po pierwsze, w definicjach mówi się o osobie dorosłej, wyłączając z wykorzystania aktywność seksualną między rówieśnikami. Po drugie, pojawiają się określenia typu „osoba na wyższym stopniu rozwoju”, a zatem akty wykorzystania dokonywane mogą być także przez młodzież i dzieci,

² *Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence*, Geneva: World Health Organization, 2003, s. 75-94, [online] <www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/guidelines_chap7.pdf> [dostęp: 30.10.2015].

³ K.C. Faller, *Sexual Abuse Issues*, [online] <garymallon.com/fall2013/s8/20.Faller.SexualAbuse.Final.02.26.2012.pdf> [dostęp: 30.10.2015].

⁴ M. Beisert, *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2004.

w tym także rówieśników ofiary. Po trzecie, w przypadku wykorzystania kazirodczego, krąg sprawców jest zawężony do krewnych, a ustawodawca określa stopień pokrewieństwa. W kontekście konsekwencji psychologicznych, istotne jest, czy jest to osoba sprawująca funkcje rodzicielskie.

Z kolei ofiara wykorzystania seksualnego to dziecko, a więc osoba poniżej 15. roku życia. Nie musi spełniać żadnych dodatkowych warunków, aby być uznaną za ofiarę działań dorosłego sprawcy. Poza oceną pozostaje jej rzeczywista zdolność rozumienia i decydowania o sobie, jej wygląd czy informacje, których udzielała sprawcy. M. Beisert podkreśla, że prowokacja, zachęta, zgoda, brak obrony czy nawet wprowadzenie sprawcy w błąd, nie powodują zmiany kwalifikacji czynu z wykorzystania na dobrowolny kontakt seksualny.

Można także wyróżnić cechy charakterystyczne relacji sprawca – ofiara. Po pierwsze, nie ma między nimi stosunku równości. Sprawca zawsze ma przewagę nad ofiarą – jego procesy poznawcze i emocjonalne są dojrzałe (lub bardziej dojrzałe niż dziecka), te same procesy dziecka – nie są. Obie strony mają więc odmienne możliwości orientacji w sytuacji własnej osoby, inne warunki podejmowania decyzji i działania. Sprawca działa dla zaspokojenia własnej potrzeby, nie zaś dla zaspokojenia potrzeby dziecka. W przypadku wykorzystania kazirodczego, czynu dokonuje osoba zobowiązana w szczególny sposób do działania w interesie dziecka⁵.

1. Rozpowszechnienie

Dane o częstości występowania nadużyć seksualnych wobec dzieci są niezwykle zróżnicowane. Wynikać może to z kilku uwarunkowań:

1. Dwóch źródeł, z których zazwyczaj pochodzą zebrane dane:
 - a) Pierwszym z nich są informacje formalne: zgłoszenia na policji, statystyki sądowe. Jednak w tym przypadku należy pamiętać, że wiele dzieci dotkniętych traumą wykorzystania jest zbyt przerażonych, wystraszonych, zawstydzonych i zakłopotanych, aby ko-

⁵ Regulacje prawne: Art. 200. § 1. Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12. Art. 201. Kto dopuszcza się obcowania płciowego w stosunku do wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, DzU z 1997 r. nr 88, poz. 553, z późn. zm.).

muś o tym powiedzieć. Obawiają się także braku akceptacji społecznej⁶.

- b) Drugim źródłem są badania osób dorosłych, które w dzieciństwie doświadczyły traumy. W tym przypadku obserwuje się dwie opcje. Pierwsza związana jest z upływem czasu i swoistą „obróbką pamięci”, której podlegał uraz. Relacja ofiary jest zatem kompilacją zdarzeń oraz poznawczo-emocjonalnych sposobów radzenia sobie z doznaną traumą. Druga możliwość to relacjonowanie zdarzenia molestowania, do którego nie doszło – w celu osiągnięcia określonych (świadomych lub nie) korzyści, jak np.: zwrócenie uwagi, próba wytłumaczenia swoich niepowodzeń życiowych czy ukaranie ojczyma.

2. Rodzaju przyjętej przez osobę autodefinicji traumy. Wynika to często z uwarunkowań kontekstualnych, w jakich dana osoba wzrastała i żyje. W przypadku zachowań seksualnych z dotykiem sprawa jest dość oczywista, z kolei zachowania bez kontaktu fizycznego są trudniejsze do zweryfikowania, a część dzieci doświadczających tego typu traumy adaptuje się do niej, minimalizując znaczenie urazu i jego konsekwencje.

3. Trudności wynikającej z arbitralnego przyjęcia wieku bezwzględnej ochrony. A zatem, współżycie z osobą w wieku 14 lat i 11 miesięcy podlega procedurze przewidzianej dla działań pedofilnych, natomiast z osobą w wieku 15 lat i 3 dni – już nie.

4. Okresu przedawnienia przestępstwa pedofilii w Polsce, tj. 15 lat. 4 kwietnia 2014 roku przyjęto ustawę wydłużającą ten okres. Zgodnie z obowiązującym aktualnie prawem, przedawnienie nie może nastąpić przed ukończeniem przez pokrzywdzonego 30. roku życia⁷. Istnieje zatem wysokie prawdopodobieństwo, że statystyki, w związku ze wspomnianymi nowelizacjami ustawowymi, również ulegną zmianie, a liczba zgłoszonych aktów przemocy seksualnej, doświadczonej w dzieciństwie, wzrośnie.

5. Utrudnionej możliwości samodzielnego zgłaszania spraw przez dzieci do stosownych organów, z uwagi na brak bezpośredniego dostępu do specjalistów, co prawdopodobnie również wpływa na wielkość statystyk.

Jak wynika z powyższych punktów, wskaźniki częstości występowania zachowań lub czynów pedofilnych wobec dzieci są niewątpliwie zaniżone.

⁶ M. Ożarowska, *Wykorzystywanie seksualne dziecka: istota zjawiska, objawy, skutki*, „Horyzonty Psychologii” 2011, t. 1, nr 1.

⁷ Ustawa z dnia 4 kwietnia 2014 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw (DzU z 2014 r. poz. 538), [online] <isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20140000538> [dostęp: 30.10.2015].

Z. Lew-Starowicz⁸ na podstawie przeprowadzonych badań podaje, że 14,4% dziewczynek i 3,9% chłopców doświadczyło przemocy seksualnej. M. Beisert⁹ cytuje badania Russell oraz Izdebskiego (dane przedstawiono w tabeli), z których wynika, że najczęściej sprawcą jest osoba znana, niespokrewniona lub krewny.

Tabela. Sprawcy wykorzystania seksualnego

Typ sprawcy	Wyniki badań Russell (1986) (%)	Wyniki badań Izdebskiego (2000) (%)*
obcy	11	27,85
krewny	29	44,07
osoba znana (niespokrewniona)	60	42,02

* Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ badani mogli wskazać na kilku sprawców jednocześnie.

Źródło: M. Beisert, *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2004.

2. Zmienne istotne dla oceny następstw wykorzystania

Planując wsparcie dla dziecka, które doświadczyło wykorzystania, należy uwzględnić również zmienne pośredniczące, nasilające lub osłabiające traumę nadużycia¹⁰.

Wiele danych wskazuje, że im młodsze dziecko, tym poważniejsze będą skutki wykorzystania¹¹, jednak zdaniem M. Beisert¹², wiek nie upoważnia do przewidywania wielkości i trwałości urazu. Każdy okres rozwojowy w życiu dziecka jest okresem wyjątkowej podatności na traumę wykorzystania.

Szczególne pomoc potrzebna jest także, gdy wykorzystanie wiązało się z negatywnymi uczuciami (uczucie bycia zmuszonym, poczucie winy, ból, awersja wobec sprawcy, uczucie „wytrącenia z równowagi”). Poważniejsze konsekwencje dochodzą, kiedy ofiara ma świadomość, że jest wykorzystywana przez sprawcę¹³.

⁸ Z. Lew-Starowicz, *Przemoc seksualna*, Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza, 1992.

⁹ M. Beisert, dz. cyt.

¹⁰ W niniejszej publikacji zostaną przytoczone wybrane czynniki, a zainteresowany odbiorca znajdzie ich bogate zestawienie w pracach: M. Zielona-Jenek, *Wykorzystanie seksualne – trauma nadużycia czy trauma ujawnienia?*, w: *Ukryte piętno. Zagrożenia rozwoju w okresie dzieciństwa*, red. A. Brzezińska, S. Jabłoński, M. Marchow, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2003, s. 223–243; M. Beisert, dz. cyt.

¹¹ M. Zielona-Jenek, dz. cyt., s. 223–243.

¹² M. Beisert, dz. cyt.

¹³ M. Zielona-Jenek, dz. cyt., s. 223–243.

Zdaniem M. Beisert¹⁴ do cech sprawcy, które wiążą się z powstaniem traumy, należą:

1. Wiek sprawcy: wyższy naraża ofiarę na wystąpienie poważniejszych konsekwencji. Wynika to jednak prawdopodobnie z tego, że im sprawca starszy, tym większa szansa, że jest to rodzic ofiary (lub osoba sprawująca funkcje rodzicielskie).

2. Płeć sprawcy: istnieje niewielka liczba badań związanych z wykorzystaniem dokonanym przez kobiety. Wiąże się ono z mniejszą dozą agresji w działaniu, a także z ukrytym charakterem tego procederu.

3. Wiąż z ofiarą: pokrewieństwo lub naśladowca je szczególnie wiąż z sprawcą są dodatkowym obciążeniem dla ofiar wykorzystania. E. Olafson i B.W. Boat podkreślają, że im sprawca bliższy ofierze, tym większa liczba symptomów, a gdy sprawcą był ojciec lub ojczym – występuje największa liczba symptomów¹⁵.

Do cech zdarzenia wpływających na siłę traumy M. Beisert¹⁶ zalicza:

- czas trwania i częstość wykorzystania: to cechy obciążające i podnoszące ryzyko powstania negatywnych następstw;
- rodzaj aktywności: penetracja dokonana w czasie wykorzystania seksualnego przynosi najwięcej szkody ofierze i stanowi największe zagrożenie dla jej zdrowia psychicznego;
- wykorzystanie wielorakie: gdy jest kilku różnych sprawców, wzrasta ryzyko traumy oraz zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia licznych i długotrwałych zaburzeń;
- agresję i przemoc: stanowi czynnik silnie związany z występowaniem wczesnych i długoterminowych negatywnych następstw, szczególnie w odniesieniu do młodszych dzieci. E. Olafson i B.W. Boat uważają, że większą liczbę negatywnych symptomów obserwuje się, kiedy zachowania sprawcy były dewiacyjne¹⁷.

Do cech kontekstu wpływających na siłę traumy M. Beisert¹⁸ zalicza:

- typ środowiska: środowisko jawnie seksualizujące (od kontaktów genitalnych po delikatne uwodzenie); w takim środowisku brakuje osoby, u której dziecko może szukać opieki i ochrony;

¹⁴ M. Beisert, dz. cyt.

¹⁵ E. Olafson, B.W. Boat, *Long-term Management of the Sexually Abused Child. Considerations and Challenges*, w: *Treatment of Child Abuse. Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioners*, red. R.M. Reece, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2000.

¹⁶ M. Beisert, dz. cyt.

¹⁷ E. Olafson, B.W. Boat, dz. cyt.

¹⁸ M. Beisert, dz. cyt.

- ujawnienie wykorzystania: powinno pełnić funkcję ochronną; w przypadku wykorzystania kazirodczego ujawnienie może na pewien czas pogorszyć sytuację ofiary;
- reakcje otoczenia na wykorzystanie (rodzice, instytucja): właściwa, wspierająca reakcja rodziców najlepiej przeciwdziała powstawaniu traumy; przeciwdziała jej także działalność instytucji: typ procedury – powinna być to jedna organizacja, badanie musi być natychmiastowe (antycypacja badania powodowała uraz), istotny jest brak kontaktu ze sprawcą w trakcie postępowania sądowego.

Konieczność pomocy psychologicznej wydaje się bardzo ważna, kiedy dziecku brak poczucia bezpieczeństwa w rodzinie, a informacja o molestowaniu przekazana rodzicom spotyka się z ich negatywną reakcją czy wręcz ignorowaniem¹⁹.

3. Skutki molestowania seksualnego

W celu prawidłowego dobrania form pomocy i terapii dla ofiar przemocy, konieczne wydaje się zwrócenie uwagi na skutki molestowania w sferze seksualnej, emocjonalnej i społecznej. Jak pośrednio wskaże poniższe zestawienie²⁰, w terapii uwzględnić należy zarówno konsekwencje wczesne, jak i późne, będące skutkiem urazu.

Objawy w sferze seksualnej

Konsekwencje wczesne: prowokacyjne i uwodzicielskie zachowania seksualne w stosunku do osób z otoczenia; erotyczna twórczość dziecka wskazująca na zbyt dużą wiedzę na temat funkcjonowania seksualnego człowieka, nieadekwatną do wieku (rysunki, ulepianki); pobudzenie seksualne, nadmierne zainteresowanie seksualnością własną i innych; częste i szczegółowe poruszanie spraw seksu w rozmowie lub zabawie; nieadekwatne do wieku i poziomu języka słownictwo dotyczące sfery seksualnej; świadomość seksualna dziecka wykraczająca poza poziom dojrzałości dziecka; seksualizacja relacji interpersonalnych; nietypowe zachowania seksualne wobec rówieśni-

¹⁹ E. Olafson, B.W. Boat, dz. cyt.

²⁰ M. Zielona-Jenek, dz. cyt., s. 223–243; E.L. Hill, S.N. Gold, R.F. Bornstein, *Interpersonal Dependency Among Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse in Therapy*, „Journal of Child Sexual Abuse” 2000, 9, s. 71–86; D.R. Wilson, B. Vidal, W.A. Wilson, S.L. Salyer, *Overcoming Sequelae of Childhood Sexual Abuse with Stress Management*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2012, 19, s. 587–593.

ków; agresja seksualna wobec rówieśników; wciąganie dzieci (młodszych) w nietypową aktywność seksualną; wczesna, nietypowa lub nadmierna masturbacja, nieadekwatna do fazy rozwoju psychoseksualnego, w tym masturbacja publiczna.

Konsekwencje długotrwałe: zaburzenia popędu płciowego, mała satysfakcja seksualna; impotencja, opóźniony wytrysk lub jego brak; brak orgazmu; dyspareunia; fobie seksualne; niska samoocena jako partnera seksualnego; promiskuityzm, prostytutka; wysoka liczba parterów seksualnych; różne formy dewiacji seksualnych; zaburzenia identyfikacji z rolą płciową; homofobia; orientacja homo- i biseksualna, bierność w kontaktach homoseksualnych (dotyczy mężczyzn); nieumiejętność ochrony własnego dziecka przed nadużyciem seksualnym (dotyczy kobiet); skłonność do seksualnego wykorzystywania innych w przyszłości; podatność na doświadczenia ponownego wykorzystania w dorosłości.

Jak wskazuje zestawienie dokonane przez B. Krahe²¹, podatność na wykorzystanie, u dorosłych ofiar molestowania seksualnego w dzieciństwie, wynika z faktu częstszego podejmowania zachowań seksualnych, a poziom i rodzaj tych zachowań zwiększa ryzyko ponownej seksualnej wiktyimizacji.

Objawy w sferze emocjonalnej i samoocena

Konsekwencje wczesne: lęki, fobie, koszmary i lęki nocne, lęki wobec rodzica tej samej płci, co napastnik, depresja, przygnębienie, hipomania, drażliwość, złość, nadpobudliwość ruchowa, wstyd, poczucie winy (związane z poczuciem odpowiedzialności za zachowania seksualne podejmowane wobec dziecka), poczucie straty, obniżenie poczucia własnej wartości, negatywna samoocena.

Konsekwencje długotrwałe: zespół stresu pourazowego, lęk, dysocjacja osobowości, depresja, zachowania autodestruktywne (w tym próby samobójcze), negatywna samoocena.

Osoby, które doświadczyły molestowania seksualnego przed 14. rokiem życia, mogą zgłosić więcej objawów niepokoju, gdyż unikanie jest używane jako podstawowy sposób regulacji emocji, z powodu wstydu i poczucia winy związanego z nadużyciem. Wspomnianym zachowaniom unikającym często towarzyszy uczucie strachu, wstydu, gniewu i poczucie winy²².

²¹ B. Krahe, *Childhood Sexual Abuse and Revictimization in Adolescence and Adulthood*, „Journal of Personal and Interpersonal Loss” 2000, 5, s. 149–165.

²² D. Miller, *The Effects of Childhood Physical Abuse or Childhood Sexual Abuse in Battered Women's Coping Mechanisms: Obsessive Compulsive Tendencies and Severe Depression*, „Journal of

Długotrwała ekspozycja na stres traumatyczny zmienia czynności struktur mózgu, w sposób trwały i nieodwracalny może uszkadzać mózg.

Zmiany w funkcjonowaniu mózgu dotyczą: jakościowych zmian w sekrecji neurotransmiterów oraz zmienionej wrażliwości receptorów; nadmiernej aktywacji układu limbicznego, w tym ciała migdałowatego; nadaktywacji struktur prawej półkuli; zaburzeń w transferze informacji między półkulami, spowodowanych dysfunkcjami w przepływie impulsów przez spoidło wielkie; uszkodzeń hipokampa²³.

Objawy w sferze społecznej

Konsekwencje wczesne: zachowania regresywne (np. moczenie nocne), izolowanie się, problemy z nauką, wagary, ucieczki z domu, agresywność, konfliktowość, zanik autorytetów.

Konsekwencje długotrwałe: uzależnienia, w tym wcześniejsze nadużywanie środków psychoaktywnych w porównaniu do określonej grupy wiekowej; wrogość wobec innych, brak zaufania; trudność w utrzymaniu stabilnych relacji interpersonalnych; przedwczesne zawarcie małżeństwa; konflikty z rodzicami; trudności w wychowywaniu własnych dzieci; poczucie zdrady; konflikty lub lęki wobec partnerów; zachowania przestępcze; introwersja, szczególnie w przypadku kobiet; mniejsze zainteresowanie uczestnictwem w grupach społecznych; wyższy poziom zależności od innych; wyższy poziom uzależnienia w zakresie uzyskiwania od innych wskazówek oraz potwierdzania słuszności dokonywanych wyborów; tendencja do postrzegania siebie jako bezsilnych i nieskutecznych, a przeceniania kompetencji innych osób.

Przegląd 45 badań dokonany przez Kendall-Tackett, Williams i Finkelhor²⁴ ukazał, że wykorzystywane seksualnie dzieci cechowało występowanie (lub wyższe nasilenie) zespołu stresu pourazowego i seksualizacja zachowania. Również takie objawy, jak: zaniżona samoocena, zaburzenia zachowania, agresja, lęk, depresja i wycofanie okazały się bardziej powszechne wśród dzieci wykorzystywanych seksualnie, niż w grupach porównawczych. W innych cytowanych przez autorki badaniach, wykazano zwiększone objawy somatyczne, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, zaburzenia snu, skłonności samobójcze, symulacje, nad-

Family Violence” 2006, 21, s. 185–195, za: D.R. Wilson, B. Vidal, W.A. Wilson, S.L. Salyer, dz. cyt., s. 587–593.

²³ E. Zdankiewicz-Ścigala, *Otwarta blizna traumy*, [online] <stronyocalenia.pl/attachments/article/190/Zdankiewicz_OtwartaBliznaTraumy.pdf> [dostęp: 30.10.2015].

²⁴ E. Olafson, B.W. Boat, dz. cyt.

używanie substancji i dysocjacyjne objawy u dzieci wykorzystywanych seksualnie w porównaniu do grupy dzieci bez traumy molestowania.

Warto również zaznaczyć, że konsekwencje długotrwałe są zdecydowanie częstsze, kiedy dziecko doświadczyło użycia siły, przemocy czy broni oraz wysokiego poziomu strachu²⁵.

4. Terapia traumy u dzieci

Jak wykazano we wcześniejszej części opracowania, przemoc seksualna wobec dziecka bez wątpienia jest niezwykle traumatyzującym doświadczeniem. Metody pracy psychoterapeutycznej dotyczą więc pracy nad doświadczeniem traumy. K. Fenik, R. Kałucka, J. Marszał-Kotas i M. Sajkowska dokonały analizy takich metod stosowanych w leczeniu dzieci²⁶. Zdaniem cytowanych autorek priorytetowym elementem w czasie wstępnego kontaktu jest zapewnienie dziecku ochrony i poczucia stabilności (zagwarantowanie bezpieczeństwa, przerwanie przemocy). Kolejnym etapem jest koncentracja na obecnej sytuacji, w której znajduje się dziecko i jego rodzina. Zadaniem terapeuty jest edukacja rodzica i dziecka na temat skutków traumy i wpływu możliwych objawów na poszczególne fazy życia. Następnym etapem polega na przepracowaniu sytuacji urazu. Celem pracy jest przyjęcie i ponowne zdefiniowanie sposobu rozumienia trudnej rzeczywistości i traumatycznego wydarzenia. Błędne postrzeganie tego, co się stało, a także wszelkie treści, które uległy wyparciu, mogą być źródłem daleko idących zmian w osobowości dziecka. Proces ten ma pomóc dziecku w integracji i przywróceniu kontroli nad sobą. Ostatni etap to obdarowanie dziecka nadzieją oraz wyposażenie w nowe umiejętności przydatne w trudnych sytuacjach.

Autorki wymieniają wybrane obszary, istotne w pracy terapeutycznej:

- przywrócenie dziecku poczucia stabilności emocjonalnej (praca na emocjach);
- przywrócenie dziecku zaufania do osoby dorosłej (zbudowanie więzi terapeutycznej opartej na zaufaniu oraz zadbanie o obecność rodzica niekrzywdzącego w procesie leczenia);
- odzyskanie przez dziecko poczucia kontroli (sprawstwa i siły);

²⁵ D.R. Wilson, B. Vidal, W.A. Wilson, S.L. Salyer, dz. cyt., s. 587–593.

²⁶ K. Fenik, R. Kałucka, J. Marszał-Kotas, M. Sajkowska, *Skuteczność pracy terapeutycznej z dziećmi z doświadczeniem traumy*, [online] <fdn.pl/skuteczność-pracy-terapeutycznej-z-dziećmi-z-doswiadczeniami-traumy-0?cat1=446&cat2=1275&cat3=>> [dostęp: 30.10.2015].

- odbudowanie poczucia własnej wartości (wzmacnianie indywidualności, wiary we własne siły, samodzielności, zmiana obrazu własnej osoby z negatywnego na pozytywny);
- zdjęcie z dziecka odpowiedzialności za przeżyty sytuację, praca z poczuciem winy;
- odzyskanie przez dziecko świadomości i akceptacji własnego ciała oraz kontroli nad nim (budowanie szacunku do własnego ciała).

Zdaniem cytowanych autorek obszary, których najczęściej dotyczy praca terapeutyczna, są następujące:

- wprowadzenie dziecka w obszar terapii (określenie warunków, celów i form terapii);
- zbudowanie relacji terapeutycznej (jest to szczególnie ważne, gdy dziecko doświadczyło traumy ze strony osób dorosłych);
- przygotowanie rodziców/opiekunów do terapii dziecka;
- stabilizacja stanu emocjonalnego dziecka oraz kształtowanie w dziecku umiejętności samoregulacji;
- uruchomienie wspomnień o wydarzeniach traumatycznych;
- psychoedukacja na temat objawów traumy – dla dziecka i rodzica;
- wyjaśnienie i zrozumienie doświadczenia traumatycznego oraz przebudowa tych doświadczeń;
- integracja doświadczeń traumatycznych w sferze emocji dziecka;
- ustanowienie systemu zabezpieczającego dziecko; opracowanie – wraz z dzieckiem oraz jego opiekunami – systemu wspierania go podczas wystąpienia sytuacji trudnych, np. wspomnień emocji dotyczących traumy.

Wiele badań poświęcono efektywności metod leczenia dzieci po urazach traumatycznych. Najczęściej w psychoterapii dzieci po urazach stosowane jest podejście poznawczo-behawioralne. Metody pochodzące z psychoterapii poznawczo-behawioralnej zawierają w sobie techniki pracy z lękiem (np. relaksacja), trening asertywności, korektę niewłaściwych i zniekształconych myśli związanych z traumą. Leczenie oparte na ujawnianiu traumatycznych treści ma największe znaczenie w usuwaniu natrętnych wspomnień, flashbacków i korygowaniu zniekształconych na skutek traumy myśli i przekonań²⁷.

²⁷ Ż. Leksza, *Techniki stosowane w terapii dzieci*, [online] <www publikacje.edu.pl/pdf/9914.pdf> [dostęp: 30.10.2015].

5. Psychoterapia dzieci, które doświadczyły przemocy seksualnej

Dzieci, które doświadczyły krzywdzenia seksualnego, na ogół potrzebują profesjonalnej pomocy wielu specjalistów. Aby ta pomoc była skuteczna, konieczne jest także zaangażowanie w nią najbliższych opiekunów dziecka. Wykorzystanie seksualne wywołuje cierpienie także u jego rodziców, opiekunów, rodzeństwa²⁸.

Formy pomocy psychologicznej dziecku wykorzystywanemu seksualnie i jego rodzinie są następujące:

- interwencja kryzysowa;
- terapia indywidualna dziecka;
- terapia grupowa dziecka;
- terapia indywidualna rodzica;
- spotkania edukacyjne dla rodziców;
- grupy wsparcia dla rodziców²⁹.

Wybór odpowiedniej formy pomocy uzależniony jest od potrzeb dziecka i dorosłego, etapu rozwojowego, na którym dziecko się obecnie znajduje, i jego zgody na uczestniczenie w danej formie terapii. Zależy także od wieku dziecka, głębokości urazu oraz zasobów rodziny, w której dziecko się wychowuje. Małe dzieci powinny pozostawać raczej w krótkotrwałym kontakcie z terapeutą, który koncentruje się na pracy z rodzicami i przez nich oddziałuje na dzieci. Opiekunowie uczestniczą w zajęciach psychoedukacyjnych, w razie potrzeby także terapeutycznych. Jednocześnie należy systematycznie monitorować rozwój i funkcjonowanie dziecka.

W zależności od wieku dziecka i głębokości urazu, należy zdecydować, czy właściwa będzie terapia długo- (powyżej 6 miesięcy), czy krótkoterminowa. Wskazaniem do objęcia dziecka terapią długoterminową jest wielokrotne doświadczanie wykorzystania seksualnego oraz krzywdzenie seksualne przez najbliższego członka rodziny³⁰.

Zdaniem Faller³¹ w przypadku ofiar przemocy seksualnej najczęściej wyróżnia się trzy warianty pomocy psychologicznej:

²⁸ J. Zmarzlik, B. Pawlak-Jordan, *Pomoc psychologiczna dzieciom wykorzystywanym seksualnie*, w: *Dziecko wykorzystywane seksualnie. Diagnoza, interwencja, pomoc psychologiczna*, red. M. Sajkowska, Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje, 2010.

²⁹ Tamże.

³⁰ Tamże.

³¹ Za: K. Waszyńska, D. Skowroński, *Wykorzystanie seksualne dzieci. Diagnoza i terapia*, w: *Terapia w seksuologii. Zagadnienia wybrane*, red. L. Gapik, A. Woźniak, Poznań: Interfund, 2001.

1. Interwencja kryzysowa – najczęściej tuż po ujawnieniu faktu wykorzystania. Zadaniem terapeuty jest zapewnienie dziecku wsparcia, zrozumienia, opieki, poradzenia sobie z sytuacjami pojawiającymi się w czasie badań lekarskich czy składania zeznań. Na tym etapie istotna jest współpraca różnych osób i instytucji zajmujących się pomaganiem.

2. Terapia krótkoterminowa (do 6 miesięcy) – jej celem jest „przepracowanie” sytuacji wykorzystania, odreagowanie nagromadzonych emocji, poprawa stosunku do siebie i innych.

3. Terapia długoterminowa (powyżej 6 miesięcy) – gdy pojawiły się czynniki zwiększające siłę bolesnych przeżyć u dziecka, np. doświadczenie pobudzenia w sytuacji wykorzystania, doświadczenie kazirodcze, długo utrzymywana tajemnica, doświadczenie przemocy.

Terapia dziecka wykorzystywanego seksualnie ma przywrócić mu równowagę psychiczną. Głównymi celami terapii są:

- zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i przywrócenie zaufania do dorosłych;
- nabywanie przez dziecko umiejętności rozpoznawania i wyrażania własnych uczuć i emocji;
- zwiększenie poczucia własnej wartości;
- zwiększenie umiejętności interpersonalnych;
- zniwelowanie braku akceptacji siebie i swojego ciała;
- możliwość bezpiecznego rozładowania emocji negatywnych wobec sprawcy i wyrażenia emocji pozytywnych;
- odzyskanie poczucia siły i kontroli³².

Faller³³ podaje, że w pracy terapeutycznej z dzieckiem wykorzystanym seksualnie, aby wyeliminować długotrwałe skutki przemocy, należy skupić się na następujących zadaniach:

- przywróceniu zaufania dziecka do dorosłych;
- kształtowaniu umiejętności budowania prawidłowych relacji z innymi ludźmi;
- poprawie obrazu własnej osoby;
- poprawie obrazu własnego ciała (ukształtowanie pozytywnej postawy wobec ciała);
- przywróceniu prawidłowego rozwoju seksualnego;
- „przepracowaniu” emocji pojawiających się w związku z sytuacją wykorzystania.

³² J. Zmarzlik, B. Pawlak-Jordan, dz. cyt.

³³ Za: Z. Lew-Starowicz, dz. cyt.

Zdaniem E. Olafson i W.B. Boat³⁴ nadużycie seksualne nie może być traktowane tylko jako zaburzenie lub syndrom, ale wydarzenie, którego dziecko doświadczyło w swojej biografii. W związku z tym, nie można rekomendować tylko jednego rodzaju leczenia i jednej drogi terapii. Pierwsza zasada terapii mówi, że uraz nie może być skutecznie leczony, jeśli dziecko jest nadal narażone na traumatyczne doświadczenia (jeśli przemoc nie została przerwana). Należy więc w pierwszej kolejności zadbać o bezpieczeństwo dziecka.

Zarówno terapia indywidualna, jak i grupowa mają zastosowanie w leczeniu traumy molestowania seksualnego. Badania wskazują, że terapia poznawczo-behawioralna okazała się skuteczna dla wielu dzieci. Jeśli nadużycie trwało długo i było bardziej intensywne, terapia jest zazwyczaj konieczna. Niezbędne jest również zaangażowanie rodziców, aby pokazać im, jak mają radzić sobie z sytuacją dla nich również trudną i obciążoną cierpieniem, a jednocześnie – jak pomóc własnym dzieciom.

Wytyczne i zasady istotne w pracy z dzieckiem po traumie nadużycia:

1. Leczenie poznawczo-behawioralne okazuje się skuteczne w pracy z dziećmi po ciężkich traumach seksualnych, ale nie w fazie szoku dzieci.

2. Małe dzieci mogą reagować na interwencje behawioralne ograniczone do 10–12 sesji. Jednak dzieci z objawami traumy wymagają dłuższego leczenia.

3. Nie ma danych wskazujących na większą skuteczność terapii grupowej lub indywidualnej. Na ogół uważa się, że młodzież może lepiej reagować w terapii grupowej.

4. Chłopcy i dziewczęta na ogół reagują inaczej na wykorzystywanie seksualne i wymagają odmiennych interwencji terapeutycznych.

5. Badania wykazują, że seksualizujące zachowania dzieci starszych są bardziej odporne na terapię w porównaniu do lęku i depresji. W jednym z badań stwierdzono, że przedszkolaki pozytywnie reagują na oddziaływania pomocowe w ciągu dwóch sesji, jeśli rodzice zostali poinstruowani, jak postępować z dziećmi. Wynik ten wskazuje na konieczność wczesnego rozpoznania i terapii, tak aby dysfunkcyjne zachowania seksualne nie utrwaliły się jako nawykowe podczas okresu dojrzewania.

6. Niektóre dzieci reagują na terapię, a niektóre nie, chociaż zmienne przewidywania reakcji leczenia nie są dobrze znane. Sugeruje się, że obrona z zaprzeczania i unikania może spowolnić proces zdrowienia.

7. Ważne jest, aby zaangażować niemolestującego rodzica lub niemolestujących rodziców w proces terapii i uczyć ich strategii behawioralnych,

³⁴ E. Olafson, B.W. Boat, dz. cyt.

które mogą stosować w domu. Im młodsze dziecko, tym ważniejszy jest udział rodziców (rodzica) w terapii³⁵.

Zakończenie

W niniejszej pracy wykazano, że istnieje potrzeba kompleksowych działań pomocowych w stosunku do dzieci, które doświadczyły traumy wykorzystania seksualnego. Pomocą psychologiczną powinny być objęte także rodziny dzieci, a szczególnie istotną rolę w dochodzeniu do zdrowia przypisuje się zaangażowaniu rodziców lub – jeśli sprawcą był jeden z rodziców – rodzica niekrzywdzącego. W zależności od głębokości traumy oraz wieku dziecka, proponuje się psychoterapię krótko- lub długoterminową.

Bibliografia

- Beisert M., *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2004.
- Fenik K., Kałucka R., Marszał-Kotas J., Sajkowska M., *Skuteczność pracy terapeutycznej z dziećmi z doświadczeniem traumy*, [online] <fdn.pl/skutecznos-pracy-terapeutycznej-z-dziecmi-z-doswiadczeniami-traumy-0?cat1=446&cat2=1275&cat3=>> [dostęp: 30.10.2015].
- Faller K.C., *Sexual Abuse Issues*, [online] <garymallon.com/fall2013/s8/20.Faller.SexualAbuse.Final.02.26.2012.pdf> [dostęp: 30.10.2015].
- Glaser D., Frosh S., *Dziecko seksualnie wykorzystywane*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1995, s. 19.
- Guidelines for Medico-Legal Care for Victims of Sexual Violence*, Geneva: World Health Organization, 2003, s. 75–94, [online] <www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/guidelines_chap7.pdf> [dostęp: 30.10.2015].
- Hill E.L., Gold S.N., Bornstein R.F., *Interpersonal Dependency Among Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse in Therapy*, „Journal of Child Sexual Abuse” 2000, 9, s. 71–86.
- Krahe B., *Childhood Sexual Abuse and Revictimization in Adolescence and Adulthood*, „Journal of Personal and Interpersonal Loss” 2000, 5, s. 149–165.
- Leksza Ź., *Techniki stosowane w terapii dzieci*, [online] <www publikacje.edu.pl/pdf/9914.pdf> [dostęp: 30.10.2015].
- Lew-Starowicz Z., *Przemoc seksualna*, Warszawa: Jacek Santorski & Co. Agencja Wydawnicza, 1992.
- Miller D., *The Effects of Childhood Physical Abuse or Childhood Sexual Abuse in Battered Women’s Coping Mechanisms: Obsessive Compulsive Tendencies and Severe Depression*, „Journal of Family Violence” 2006, 21, s. 185–195.

³⁵ Tamże.

- Olafson E., Boat B.W., *Long-term Management of the Sexually Abused Child. Considerations and Challenges*, w: *Treatment of Child Abuse. Common Ground for Mental Health, Medical, and Legal Practitioners*, red. R.M. Reece, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2000.
- Ożarowska M., *Wykorzystywanie seksualne dziecka: istota zjawiska, objawy, skutki*, „Horyzonty Psychologii” 2011, t. 1, nr 1.
- Sajkowska M., *Wykorzystywanie seksualne dzieci. Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego*, [online] <www.zlydotyk.pl/tl_files/artysty/artykuly/Sajkowska_M_Wykorzystywanie_seskualne_dzieci.pdf> [dostęp: 30.10.2015].
- Ustawa z dnia 4 kwietnia 2014 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz niektórych innych ustaw* (DzU z 2014 r. poz. 538), [online] <isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20140000538> [dostęp: 30.10.2015].
- Waszyńska K., Skowroński D., *Wykorzystanie seksualne dzieci. Diagnoza i terapia*, w: *Terapia w seksuologii. Zagadnienia wybrane*, red. L. Gapik, A. Woźniak, Poznań: Interfund, 2001.
- Wilson D.R., Vidal B., Wilson W.A., Salyer S.L., *Overcoming Sequelae of Childhood Sexual Abuse with Stress Management*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2012, 19, s. 587–593.
- Zdankiewicz-Ściagała E., *Otwarta blizna traumy*, [online] <stronyocalenia.pl/attachments/article/190/Zdankiewicz_OtwartaBliznaTraumy.pdf> [dostęp: 30.10.2015].
- Zielona-Jenek M., *Wykorzystanie seksualne – trauma nadużycia czy trauma ujawnienia?*, w: *Ukryte piętno. Zagrożenia rozwoju w okresie dzieciństwa*, red. A. Brzezińska, S. Jabłoński, M. Marchow, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora, 2003, s. 223–243.
- Zmarzlik J., Pawlak-Jordan B., *Pomoc psychologiczna dzieciom wykorzystywanym seksualnie*, w: *Dziecko wykorzystywane seksualnie. Diagnoza, interwencja, pomoc psychologiczna*, red. M. Sajkowska, Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje, 2010.

Dorota Gołąb

Wielkopolskie Centrum Onkologii. Pracownia Psychologii Klinicznej

Praca z pacjentem onkologicznym i jego rodziną

1. Zanim przekazana zostanie diagnoza...

Rozpoznanie choroby nowotworowej rozpatrywane jest w kategoriach wydarzenia traumatycznego. Zarówno sam pacjent, jak i jego rodzina konfrontują się z chorobą zagrażającą życiu, której leczenie często wiąże się z koniecznością wykonania okaleczających zabiegów chirurgicznych, oraz długotrwałą, uciążliwą terapią. Intensywność lęku, z jakim wiąże się już samo ryzyko otrzymania diagnozy choroby nowotworowej sprawia, że obserwować możemy tendencję do odkładania w czasie decyzji o wykonaniu badań kontrolnych, tak jakby podejrzenie poważnej choroby i niepewność co do ostatecznych wyników były lepiej tolerowane niż świadomość faktycznego rozpoznania. Być może mechanizm zaprzeczenia dotyczy już samego podejrzenia możliwości otrzymania diagnozy.

Dlatego rozważanie zadań psychologa w radzeniu sobie z chorobą nowotworową obejmować powinno także działania związane z profilaktyką chorób nowotworowych i edukacją dotyczącą korzyści, jakie wynikają z udziału w systematycznych badaniach kontrolnych. Celowe wydają się działania ukierunkowane na zmniejszanie lęku przed ewentualnym wykryciem choroby nowotworowej – dążenie do tego, aby systematyczne wykonywanie badań kontrolnych stało się czymś powszechnym, naturalnym. Ogromną rolę w tych działaniach odegrać mogą stowarzyszenia pacjentów, osoby, które pomyślnie przeszły przez proces leczenia choroby nowotworowej, rodzice oraz wychowawcy. Ośrodki Profilaktyki Nowotworów podejmują szereg działań w kierunku upowszechnienia wiedzy dotyczącej roli

badania okresowych, właściwego sposobu odżywiania, kodeksu walki z rakiem (przykładem może być Zakład Epidemiologii i Profilaktyki Nowotworów w Wielkopolskim Centrum Onkologii¹).

2. Konsekwencje otrzymania diagnozy choroby nowotworowej

Otrzymaniu informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej towarzyszą silne emocje negatywne. Niezależnie od rozwoju medycyny i coraz większej liczby osób, które pomyślnie ukończyły leczenie onkologiczne, diagnoza nowotworu odbierana jest jako informacja o zagrożeniu życia i rozpatrywana w kategoriach kryzysu i wydarzenia traumatycznego. Zgodnie z definicją, przez pojęcie *kryzysu psychologicznego* rozumiemy „stan psychiki i sytuacji, który ma charakter przełomowy, zwrotny, w którym rozstrzygają się stan zdrowia człowieka, jakość relacji z otoczeniem, kierunek jego dalszego rozwoju”². W literaturze spotykamy szczegółowe opisy dynamiki przeżyć osoby doświadczającej sytuacji kryzysowej³. Pierwszą reakcją na konfrontację z zagrożeniem własnego zdrowia i życia jest silny szok, niedowierzanie, tendencja do zaprzeczania. Oto przykładowe relacje pacjentek: „Informacja ścięła mnie z nóg. Nie mogłam racjonalnie myśleć, w uszach tylko diagnoza, a w oczach bliscy, którzy przez to przechodzili”. „Nie poproszono mnie, bym usiadła nawet na dwie minuty. Byłam przerażona i załamana”. „Lekarz o chorobie poinformował mnie w drzwiach gabinetu, wręczając mi wynik biopsji. Byłam zaskoczona i załamana. Przeżywam do dzisiaj depresję, boję się o swoje życie, nie potrafiłam w tym dniu zebrać myśli, bardzo płakałam. Chciałam już wówczas umrzeć i jednocześnie żyć”.

W pierwszym okresie po otrzymaniu diagnozy trudno uwierzyć w realność zaistniałej sytuacji. Zarówno sam pacjent, jak i jego bliscy mogą zakładać, że zaszła pomyłka, że otrzymane wyniki badań nie są prawdziwe. Przeżywane emocje cechują się w tym okresie ogromną intensywnością. Silny lęk, smutek, poczucie bezradności, gniewu zakłócać mogą procesy uwagi i zdolność zapamiętywania poszczególnych wiadomości. Trudne może okazać się podejmowanie planowego, celowego działania. Osoby doświadczają-

¹ <www.wco.pl/wok> [dostęp: 29.10.2015].

² I. Nowak, *Doświadczenie kryzysu w chorobie nowotworowej – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?*, w: *Żyj z chorobą nowotworową. Materiały naukowe*, red. A. Czupryna, J. Wodliczek, A. Szczepaniak, Kraków 2002, s. 19–27.

³ D. Kubacka-Jasiecka, *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2010, s. 55 i nast.

ce sytuacji kryzysowej mogą cierpieć na bezsenność, jadłowstręt. Dopiero po pewnym czasie pacjenci odzyskują zdolność konfrontowania się z kolejnymi informacjami dotyczącymi ich stanu zdrowia, odzyskują poczucie własnej wartości, podstawy do nadziei⁴. Jedną z koncepcji traumy wskazuje na – towarzyszące doświadczaniu silnego kryzysu – „przerwanie poczucia ciągłości życia”. Po otrzymaniu diagnozy choroby nowotworowej osoby chore stracić mogą poczucie bezpieczeństwa. Żyją z „wdrukowanym poczuciem śmierci”. Po okresie odrętwienia psychicznego i zmniejszenia aktywności społecznej pacjenci mogą dążyć do odnalezienia sensu, nadania znaczenia własnemu życiu w konfrontacji ze śmiercią⁵. Najsilniej z diagnozą choroby nowotworowej wiążą się emocje smutku i lęku. Lęk przede wszystkim wyraża się w obawie przed śmiercią, przed niemożnością skutecznego wyleczenia się. Pacjenci z różną intensywnością czują się „pozbawieni przyszłości”. Osoby chore mogą się obawiać bólu, konieczności wykonania okaleczających zabiegów chirurgicznych, skutków ubocznych chemio- i radioterapii. Lęk osób chorych może wynikać z przewidywania progresji choroby. Obawy mogą się skupiać wokół niekorzystnych zmian sytuacji materialnej wynikających z niemożności powrotu do pracy zawodowej. Niepokój dotyczyć może przewidywanych zmian w życiu osobistym. Pacjenci mogą się obawiać np. braku akceptacji ze strony partnera, odrzucenia przez otoczenie. Osoby chore mogą niepokoić losy ich bliskich: pobyt w szpitalu zakłóca możliwość wywiązywania się z ról rodzicielskich. Niekiedy pacjenci obawiają się, że ich choroba „zaburzyła” dotychczasowe plany ich krewnych. Smutek wiąże się z szeregiem strat, jakie powodują choroba nowotworowa i jej leczenie. Przynajmniej na czas terapii, pacjenci zmuszeni są wycofać się z niektórych, odgrywanych dotąd, ról społecznych. Leczenie wiązać się może z koniecznością wykonania okaleczającego zabiegu chirurgicznego. Pacjenci tracą swój dotychczasowy obraz ciała. Terapia zwykle uniemożliwia realizację dotychczasowych obowiązków i planów (np. związanych z pracą zawodową, aktywnością fizyczną, prokreacją). Smutek i żal wynikać mogą z poczucia niezrealizowania swoich marzeń, „poczucia niewykorzystania w pełni swojego czasu”.

Należy podkreślić, że zarówno smutek, jak i lęk traktować można jako naturalne reakcje na rozpoznanie choroby nowotworowej, jednak pewne formy lęku i smutku mają charakter kliniczny i wymagają nie tylko czasu, wsparcia osób bliskich, ale przede wszystkim pomocy farmakologicznej. Do

⁴ I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 213; I. Nowak, dz. cyt., s. 20.

⁵ D. Kubacka-Jasiecka, dz. cyt., s. 420.

klinicznych postaci lęku należą m.in. lęk napadowy i lęk wolno płynący⁶. Poszczególne objawy doświadczane przez pacjentów, np. duszność i ból, mogą potęgować lęk. W przypadku osób leczonych onkologicznie istotne jest zwrócenie uwagi na to, że część objawów kojarzonych z depresją może wynikać z osłabienia, zmęczenia spowodowanego chorobą i jej leczeniem. Pacjenci mogą tracić apetyt, mieć trudności ze snem, mogą odczuwać większą niż przed zachorowaniem potrzebę odpoczynku, mieć mniej energii – jednak zmiany te spowodowane mogą być nie tyle obniżeniem nastroju, co np. działaniem chemioterapii. Do innych reakcji emocjonalnych na otrzymanie diagnozy należą gniew („dlaczego mnie to spotkało?”) oraz poczucie winy i wstydu wynikające z niejasnej etiologii chorób nowotworowych⁷.

Następstwem przeżywania silnych emocji negatywnych jest uruchomienie szeregu mechanizmów obronnych. Do najczęściej stosowanych należy zaprzeczenie – mechanizm występujący z różną intensywnością, który obserwowano można u pacjentów w trakcie całego przebiegu choroby: od chwili otrzymania diagnozy aż do zaawansowanej fazy leczenia⁸. Zarówno uruchamiane mechanizmy obronne, jak i sam styl radzenia sobie z chorobą, są bardzo indywidualne. Główne rodzaje stylu radzenia sobie z chorobą nowotworową określane są jako:

- pozytywne przewartościowanie;
- „duch walki”;
- zaabsorbowanie lękowe;
- poczucie bezradności, beznadziejności⁹.

Poza sferą emocjonalną choroba nowotworowa wpływa także na sferę poznawczą i osobowość pacjenta¹⁰. Samo przeżywanie silnego stresu zakłócać może przebieg funkcji poznawczych, jednak znaczenie mogą mieć także lokalizacja choroby, stosowane leczenie i jego skutki. Istotne są przekonania pacjenta na temat jego choroby (tzw. obraz choroby). Od ich charakteru za-

⁶ K. de Walden-Gałuszko, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAK-med, 1996, s. 21 i nast.; tegoż: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011, s.103 i nast.; T. Turuk-Nowakowa, *Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych*, w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, red. I. Heszen-Niejodek, Warszawa: PZWL, 1990, s. 166 i nast.

⁷ T. Turuk-Nowakowa, dz. cyt., s. 167–168; J. Barraclough, *Rak i emocje*, Warszawa: Wydawnictwo Medyczne SANMEDICA, 1997, s. 64 i nast.

⁸ J. Barraclough, dz. cyt., s. 64 i nast.; T. Świrydowicz, *Emocjonalne konsekwencje otrzymania diagnozy choroby nowotworowej*, Poznań, w: *Materiały szkoleniowe. Szkolenie personelu medycznego w zakresie psychoonkologii, projekt finansowany przez Ministerstwo Zdrowia*, 2013.

⁹ Z. Juczyński, B. Chrystowska-Jabłońska, *Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową*, „Psychoonkologia” 1999, nr 5, s. 3–9.

¹⁰ T. Turuk-Nowakowa, dz. cyt., s. 165 i nast.

leżeć mogą m.in.: gotowość do podjęcia leczenia, nadzieja związana ze stosowaną terapią i siła odczuwanego lęku. Na kształtowanie się obrazu choroby ogromny wpływ mogą mieć dotychczasowe doświadczenia pacjenta – historia jego rodziny, przykłady innych chorych osób. Oddziaływanie doświadczenia choroby nowotworowej na osobowość rozumiane jest w kategoriach oddziaływania korzystnego i niekorzystnego. Negatywny wpływ, nazywany tzw. zespołem Miecza Damoklesa, oznacza lękową koncentrację na przewidywanej progresji choroby, jej niepomysłnym przebiegu¹¹. Pozytywny wpływ choroby na osobowość wynika z dokonania przez osobę chorą pewnych przewartościowań i określany jest jako „filozofia niemarnowania ani jednego dnia”, a w nowszej literaturze – jako wzrost potraumatyczny¹².

Wpływ choroby nowotworowej na funkcjonowanie psychiczne pacjenta zależy może od lokalizacji nowotworu. Poza wspólnym dla wszystkich pacjentów lękiem przed niepomysłnym przebiegiem leczenia, poszczególne rodzaje nowotworów mogą nieść ze sobą różne konsekwencje związane z: trudnościami w zaakceptowaniu okaleczonego ciała, niemożnością powrotu do pracy zawodowej, trudnościami w sferze aktywności seksualnej, lękiem przed odrzuceniem czy stygmatyzacją wynikającą z rozpoznania choroby nowotworowej, lękiem przed utratą kontroli nad własnym zachowaniem i utratą samodzielności.

Odrębne trudności psychologiczne wiążą się z poszczególnymi fazami leczenia choroby nowotworowej. Do najtrudniejszych emocjonalnie sytuacji należą: otrzymanie diagnozy, progresja choroby oraz wyczerpanie możliwości leczenia (informacja o zbliżającej się śmierci)¹³. Stres związany z nawrotem choroby może być w pewnym stopniu złagodzony znajomością otoczenia szpitala i personelu medycznego, wiedzą na temat prawdopodobnych metod leczenia (pacjent niejako wraca do szpitala, który już zdążył poznać). Z drugiej jednak strony wiadomość o nawrocie choroby może być odebrana jako potwierdzenie obaw dotyczących niepomysłnego przebiegu leczenia, jest informacją o tym, że „dotychczasowe leczenie nie było wystarczająco skuteczne”. W tej sytuacji tak pacjent, jak i jego bliscy mogą mieć trudności w traktowaniu proponowanych form leczenia jako pomocnych. W razie nawrotu znacznie trudniej o nadzieję. Jeśli pierwsza część terapii wiązała się z dotkliwymi skutkami ubocznymi,

¹¹ J. Miniszewska, *Ujść miecz Damoklesa*, w: *Siły, które pokonają raka. Psychologiczne terapie wspomagające w chorobie nowotworowej*, red. P. Pająk, Kielce: Charaktery, 2013, s. 31–37.

¹² N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, *Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar*, „Psychiatria” 2010, t. 7, nr 4, s. 129–142.

¹³ B. Winch, *Dynamika choroby nowotworowej a pomoc psychologiczna*, w: *Kurs. Szkolenie trenerów w zakresie psychoonkologii*, Gdańsk: Fundacja PZU, 2006.

z niemiłymi wspomnieniami z czasu hospitalizacji, to powrót do szpitala może być bardzo obciążający. Paradoksalnie także faza remisji choroby wiąże się z określonymi trudnościami. Tak jak leczenie przyczynowe (operacja, chemio- i radioterapia) może być czasem ogromnej determinacji w dążeniu do odzyskania zdrowia, tak czas remisji może być okresem konfrontacji z faktycznymi konsekwencjami choroby i leczenia (bezpłodnością, zmęczeniem, trudnościami w zaakceptowaniu swojego ciała). Dotkliwa bywa obawa przed nawrotem choroby – podzielana także przez rodzinę pacjenta. Bliscy chorego mają trudności w odnalezieniu równowagi między tendencją do chronienia, opiekowania się a dążeniem do tego, aby przywrócić rytm znany z okresu sprzed choroby. Zwłaszcza w sytuacji, w której choroba dotyczyła ośrodkowego układu nerwowego – bliscy chorego mogą być świadkami tego, jak bardzo zmienił się ich krewny: jego zachowanie, usposobienie, emocjonalność. Czas, w którym nie ma już możliwości kontynuowania leczenia jest opisywany jako czas „bóluszechogarniającego” – kiedy poza bólem typowo somatycznym, pacjent doświadcza szeregu negatywnych emocji, obaw związanych z osamotnieniem, lęku przed osieroceniem bliskich, obaw natury egzystencjalnej¹⁴. Szczególnie trudna może być rozmowa na temat zbliżającego się końca życia chorego. Tzw. „zmowa milczenia” może prowadzić do osamotnienia chorego i konieczności zmagania się z doświadczanym cierpieniem w izolacji od bliskich¹⁵.

3. Aspekty psychologiczne poszczególnych form terapii onkologicznej

Dla wielu pacjentów oddział chirurgiczny jest miejscem, w którym rozpoczyna się leczenie (choć coraz częściej, w przypadku niektórych schorzeń, zabieg chirurgiczny jest poprzedzony chemio- lub radioterapią). Dlatego tzw. „wejście w rolę chorego” – utrata dotychczasowej pozycji, konieczność zakończenia lub przerwania wielu dotychczasowych form aktywności, zderzenie się z rzeczywistością szpitala onkologicznego (widokiem cierpiących osób, ich ogromnej liczby, pośpiechem) – dokonuje się właśnie podczas pobytu na oddziale chirurgii. Ponieważ pacjenci przebywający na oddziale chi-

¹⁴ J. Łuczak, *Cierpienie – charakterystyka, rozpoznanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, w: *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B.L. Block, W. Otrębski, Lublin: WNS KUL, 1997, s. 68–95.

¹⁵ R.G. Twycross, M.S. House, *Problem porozumiewania się z chorym i jego rodziną*, w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby*, Kraków: Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1993.

rurgicznym zazwyczaj od niedawna wiedzą o podejrzeniu lub rozpoznaniu choroby nowotworowej, przeżywają silne emocje negatywne charakterystyczne dla pierwszych faz kryzysu (szok, zaprzeczenie i intensywne reakcje emocjonalne). Niezależnie od specyfiki chirurgii onkologicznej, pacjenci oddziału zabiegowego doświadczają obaw związanych z koniecznością poddania się narkozie i utratą możliwości kontrolowania sytuacji, ryzykiem okaleczenia ciała, bólem, utratą samodzielności i konieczności korzystania z pomocy personelu medycznego¹⁶.

Jedno z głównych zadań personelu medycznego, w tym także psychologa, powinno polegać na udzieleniu pomocy w postrzeganiu przez pacjenta faktu pobytu w szpitalu i konieczności poddania się operacji jako pomocnych w dążeniu do odzyskania zdrowia. Dobrze, aby pacjent myślał o stosowanej terapii jako o korzystnej dla siebie, aby nie koncentrował się wyłącznie na fakcie przykrego rozstania się z bliskimi na czas hospitalizacji, bólu i uciążliwych skutkach ubocznych. Psychoedukacja oraz terapia wspierająca są zasadniczymi formami pomocy psychologicznej, udzielanej przez wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Przez pojęcie *psychoterapii elementarnej* rozumiemy wszystkie oddziaływania psychologiczne towarzyszące zarówno leczeniu, rehabilitacji, jak i opiece sprawowanej przez personel pielęgniarski¹⁷.

Rozmowy psychologa z pacjentem przebywającym na oddziale chirurgicznym dotyczą często jedynie prawdopodobnego przebiegu terapii. Do momentu operacji pacjenci często nie znają koniecznego zasięgu zabiegu (np. tego, czy konieczne będzie wyłonienie stomii w przypadku operacji jelita grubego, i tego, czy wskazana okaże się mastektomia, a nie zabieg oszczędzający w sytuacji operacji gruczołu piersiowego). Zwykle dopiero podczas wizyty kontrolnej, a więc po zakończeniu hospitalizacji, pacjenci otrzymują wyniki histopatologiczne: część z nich musi ponownie poddać się operacji, część dowiaduje się o konieczności chemio- lub radioterapii. Psychoedukacja, informowanie pacjentów powinny przebiegać w sposób zindywidualizowany¹⁸. Nie każdy pacjent jest gotowy na przyjęcie informacji na temat prawdopodobnego przebiegu leczenia, mając nadzieję, że część

¹⁶ I. Heszen-Niejodek, *Psychologiczne problemy chirurgii*, w: *Psychologia lekarska*, red. M. Jarosz, Warszawa: PZWL, 1988, s. 422 i nast.; też: *Problemy psychologiczne i zadania psychologa w chirurgii*, w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, red. I. Heszen-Niejodek, Warszawa: PZWL, 1990, s. 128 i nast.

¹⁷ M. Motyka, *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, 2002.

¹⁸ I. Heszen-Niejodek, dz. cyt., s. 133 i nast.; I. Heszen, H. Sęk, *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 220–221.

z opisywanych metod nie będzie go dotyczyła. Osoby z wysokim poziomem lęku mogą unikać szczegółowych informacji. W przypadku tej grupy pacjentów nadmiar wiadomości dotyczących choroby i jej leczenia może zwiększyć odczuwany poziom dystresu. Odpowiednie przygotowanie pacjenta środkami psychologicznymi do operacji prowadzić może do: lepszych wskaźników fizjologicznych podczas zabiegu chirurgicznego, mniejszej liczby powikłań pooperacyjnych, mniejszej ilości stosowanych środków farmakologicznych (w tym środków przeciwbólowych) oraz do skrócenia pobytu w szpitalu po wykonanej operacji¹⁹. Przygotowanie do operacji, dążenie do obniżenia poziomu odczuwanego lęku szczególnie ważne mogą być w przypadku pacjentów, którzy cierpią na choroby towarzyszące (np. osoby, które wcześniej przeszły zawał serca, skarżą się na nadciśnienie, które źle zniosły wcześniejsze znieczulenie ogólne). Przed personelem medycznym odrębne wymagania stawia kontakt z pacjentami, którzy:

- z powodu ogólnego stanu zdrowia zostają zdyskwalifikowani z możliwości wykonania zabiegu chirurgicznego;
- poddani są operacji o charakterze paliatywnym;
- sami mają podjąć decyzję o zasięgu operacji (w przypadku kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi);
- operowani są z powodu wznowy choroby;
- operowani są z powodu wysokiego prawdopodobieństwa zachorowania na nowotwór (w przypadku osób będących pod opieką poradni genetycznych);
- poddani są operacji poprawiającej/przywracającej obraz ciała sprzed choroby (rekonstrukcja piersi, przywrócenie ciągłości jelita grubego); w tym przypadku nadziei towarzyszyć może obawa przed niepomyślnym przebiegiem operacji; na pewno jednak stan psychiczny tej grupy pacjentów jest lepszy niż osób operowanych z powodu nowotworu złośliwego.

Osoby przeżywające silny lęk, w trakcie spotkań z psychologiem mogą korzystać z nauki technik odprężenia oraz wizualizacji bezpiecznego miejsca, tak aby zmniejszyć napięcie związane z oczekiwaniem na operację i samym pobyt w szpitalu. Po wykonanym zabiegu chirurgicznym, kiedy znany jest już zasięg operacji, możliwa jest bardziej szczegółowa psychoedukacja na temat ewentualnych, koniecznych zmian w trybie życia. Udzielana pomoc psychologiczna ukierunkowana jest także na akceptację zmiany

¹⁹ I. Heszen-Niejodek, dz. cyt., s. 138.

obrazu ciała w wyniku operacji (zaakceptowanie rodzaju okaleczenia, np. amputacji piersi, utraty kończyny, wyłonienia stomii).

Ogromną pomoc w procesie odzyskiwania równowagi podczas leczenia onkologicznego niosą pacjentom osoby z poszczególnych stowarzyszeń pacjenckich. Szczególną tradycją cieszy się Towarzystwo Przyjaciół Amazonek. W poznańskich szpitalach onkologicznych pacjentki odwiedzane są przez ochotniczki dwa razy w tygodniu. Podczas spotkań otrzymują materiały edukacyjne (m.in. dotyczące rehabilitacji) oraz uzyskują informacje na temat działania klubów Amazonek i praktycznych aspektów powrotu do codziennego rytmu życia po operacji piersi. Przede wszystkim spotkania te dowodzą, że leczenie choroby nowotworowej może być jedynie epizodem w życiu kobiety: nie musi powodować utraty dotychczasowej pozycji (żony, matki, kobiety aktywnej zawodowo) oraz pozbawiać nadziei na satysfakcjonujące życie po opuszczeniu szpitala. Ogromna nadzieja dla kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi wiąże się z coraz częściej wykonywaną rekonstrukcją piersi.

Niezależnie od rodzaju terapii, charakter udzielanej pacjentom pomocy psychologicznej i zakres poruszanych tematów zawsze zależą od indywidualnej sytuacji chorego i jego oczekiwań. Do częstych pytań pacjentów należą pytania o to, jak rozmawiać o chorobie z dzieckiem lub ze starszymi rodzicami (czy zataić przed kimś z rodziny fakt pobytu w szpitalu), na ile możliwy będzie powrót do pracy. Niekiedy pobyt w szpitalu i spotkanie z psychologiem stwarzają okazję do tego, aby szukać pomocy w związku z sytuacją osobistą, niezależną od samej choroby nowotworowej (np. gdy w rodzinie występuje przemoc).

Pomoc psychologiczna udzielana pacjentom podczas chemo- i radioterapii uwzględniać powinna powszechne stereotypy dotyczące tych form leczenia (np. „chemioterapia jako trucizna”). Praktyka pokazuje, jak silny jest lęk pacjentów przed koniecznością poddania się zwłaszcza chemioterapii. Leczenie cytostatykami postrzegane jest przez pacjentów jako potwierdzenie powagi ich schorzenia. Do lęku wynikającego z samego rozpoznania choroby nowotworowej dołączyć może obawa przed tym, jak przebiegać będzie leczenie, na ile uciążliwe okażą się jego skutki. Dla wielu pacjentów bardzo dużym dyskomfortem jest utrata włosów (dla otoczenia chorego może to być potwierdzenie terapii, jakiej jest poddany). Zależnie od rodzaju stosowanej chemioterapii, uciążliwe mogą być nudności i wymioty, utrata apetytu, wrażliwość na zapachy, osłabienie organizmu, spadek dotychczasowego poziomu energii, spadek libido. Lekarze, w większym stopniu niż sami pa-

cjenci, analizują m.in. ewentualny wpływ cytostatyków na funkcje szpiku kostnego, pracę serca, nerek, funkcje poznawcze²⁰.

Podobnie jak podczas pracy z pacjentem przebywającym na oddziale chirurgicznym, jednym z głównych celów psychoterapii elementarnej byłoby zapewnienie pacjentom poczucia bezpieczeństwa, obniżenie intensywności przeżywanego lęku, wskazanie na indywidualny przebieg terapii u poszczególnych osób (konkretne cytostatyki powodują różne skutki uboczne, w wielu sytuacjach chemioterapia ma charakter leczenia uzupełniającego i nie świadczy o poważnym rokowaniu). Ważnym zadaniem psychologa pracującego na oddziale może być ułatwienie kontaktu pacjenta z lekarzem. Idea pomocy choremu onkologicznie wyraża się w dążeniu do sprawowania nad nim opieki holistycznej: współpracy w ramach zespołu terapeutycznego przedstawicieli różnych grup zawodowych (lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, pracownika socjalnego, psychologa, wolontariusza, księdza). W Wielkopolskim Centrum Onkologii organizowane są spotkania edukacyjne prowadzone przez lekarzy specjalistów – chemioterapeutę i radioterapeutę, których celem jest uzupełnienie wiedzy pacjentów na temat proponowanej im terapii, odpowiedniego trybu życia podczas leczenia, skorygowanie stereotypowych przekonań. Szczególnej pomocy psychologicznej wymagają mogą osoby cierpiące na tzw. wymioty antycypacyjne. Warto zachęcać pacjentów do tego, aby zadbali o możliwość odwracania uwagi od otoczenia szpitalnego i nie koncentrowali się na oczekiwaniu na ewentualne pogorszenie ich samopoczucia. Pomocne mogą być nagrania z ulubioną muzyką, czasopisma, książki, rozmowy z osobą towarzyszącą choremu w trakcie pobytu w szpitalu. Niektórzy pacjenci przed przyjściem na oddział lub przed rozpoczęciem kroplówki korzystają z leków uspokajających (wzmacniających działanie leków przeciwwymiotnych). Jeśli jednak rozwiązania te okazują się niewystarczające, a pacjent wyraża zgodę na korzystanie z pomocy psychologa, można zaproponować mu naukę technik odprężenia. Poniżej zamieszczam przykładowy opis takiej pracy.

Pani A., 36 lat, mężatka, matka ośmioletniej dziewczynki, leczona z powodu nowotworu złośliwego piersi. Po wykonanej mastektomii. Podczas leczenia cytostatykami sama zgłosiła się o pomoc do psychologa. Skarżyła się na bardzo silny niepokój związany z koniecznością przebywania w szpitalu, przytaczała bardzo złe doświadczenia dotyczące pobytu na oddziale położniczym, na którym rodziła córkę (trudność w uzyskaniu pomocy, ból,

²⁰ J. Jassem, *Jakość życia chorych leczonych napromienianiem i cytostatykami*, w: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, red. K. de Walden-Gałuszko, M. Majkiewicz, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1994, s. 51 i nast.

poczucie osamotnienia). Praca z pacjentką ukierunkowana była na ekspresję uczuć i uporządkowanie dotychczasowych doświadczeń związanych z hospitalizacją. Pani A. zgodziła się na naukę technik odprężenia. W trakcie ćwiczeń po uregulowaniu oddechu, rozluźnieniu mięśni i wywołaniu wrażenia ciężkości w poszczególnych partiach ciała pacjentkę proszono o wyobrażenie sobie bezpiecznego miejsca. Pani A. najczęściej wyobrażała sobie swój ogród lub brzeg morza. Korzystała z ćwiczeń przed każdym kursem chemioterapii. Umiejętności odprężenia, przywoływania poczucia bezpieczeństwa, odwracania uwagi wykorzystywała także podczas badań (tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny) oraz w trakcie koniecznej po kilku latach radioterapii.

Praca personelu medycznego, w tym także psychologa, koncentrować się może na zachęceniu pacjenta do podjęcia lub kontynuowania leczenia. Brak wiary w skuteczność leczenia, dotkliwość skutków ubocznych mogą zniechęcać pacjentów do korzystania z terapii. Wątpliwości dotyczące zasadności leczenia wynikać mogą także z chęci korzystania z metod medycyny naturalnej (niekonwencjonalnej).

4. Formy pomocy psychologicznej udzielanej osobom z rozpoznaną chorobą nowotworową

Według T. Turuk-Nowakowej rolą psychologa „powinno być wykrywanie psychicznych skutków choroby i przeciwdziałanie im”²¹. Profesor K. de Walden-Gałuszko wskazuje na rolę wsparcia udzielanego pacjentom onkologicznym w celu przywrócenia równowagi psychicznej i zmniejszenia nasilenia negatywnych skutków stresu. Psycholog (pracując zwłaszcza z osobami, które w sytuacji stresu koncentrują się na rozwiązaniu problemu) może pomagać w zbieraniu informacji o chorobie, jej źródłach, prawdopodobnym przebiegu leczenia, metodach radzenia sobie z emocjonalnymi skutkami otrzymania diagnozy oraz w odzyskaniu poczucia sprawowania kontroli nad sytuacją²². W celu zwiększenia prawdopodobieństwa otoczenia opieką psychologiczną tych osób, które wymagają tego najbardziej, w szpitalach onkologicznych wprowadzany jest tzw. termometr dystresu (narzędzie to dostępne jest na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego: www.ptpo.org.pl).

²¹ T. Turuk-Nowakowa, dz. cyt., s. 175-176.

²² K. de Walden-Gałuszko, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 207.

Podobny cel ma wywiad prowadzony podczas przyjęcia na oddział przez pielęgniarki, który uwzględnia m.in. nastrój pacjenta, jego kłopoty ze snem, możliwość nawiązania logicznego kontaktu. Analizując cele pracy psychologa z pacjentem onkologicznym, warto uwzględnić założenia teoretyczne dotyczące psychologii zdrowia i choroby. Zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia H. Wrony-Polańskiej, głównym mechanizmem psychologicznym prowadzącym do zdrowia jest osobowość prozdrowotna, na którą składają się poczucie koherencji, poczucie kontroli oraz pozytywna samoocena²³.

A. Antonovsky w swej koncepcji wskazuje, że poziom zdrowia jednostki zależy od współdziałania:

- uogólnionych zasobów odpornościowych (w skład których wchodzi właściwości jednostki: biologiczne i psychologiczne oraz cechy społeczno-kulturowe);
- stresorów;
- poczucia koherencji;
- zachowania i stylu życia.

Poczucie koherencji rozumiane jest jako

ogólna orientacja człowieka wyrażająca, w jakim stopniu ma on dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: 1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny, 2) ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, 3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania²⁴.

Rozwijając przytoczoną definicję, na poczucie koherencji składają się: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności (świadomość, że trudnościami można zaradzić) i poczucie sensowności. Ten ostatni element wydaje się szczególnie cenny w przypadku pacjentów onkologicznych. Decyzja o podjęciu trudu leczenia może być łatwiejsza, jeśli osoba chora postrzega swoje życie jako cenne, pełne znaczenia (w praktyce spotykamy pacjentów, którzy chcą wyzdrowieć, bo nie zrealizowali jeszcze wszystkich swoich planów, chcą wychować dzieci itp.). Biorąc pod uwagę przytoczone definicje, praca psychologa ukierunkowana powinna być na przywrócenie osobom chorym poczucia kontroli, pomoc w ustaleniu tego, jak postępować w obliczu choroby, gdzie szukać wsparcia, jakie są możliwości własnego aktywnego

²³ H. Wrona-Polańska, *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011, s. 103.

²⁴ I. Heszen, H. Sęk, dz. cyt., s. 81-82.

udziału w leczeniu. Istotne byłoby wzmacnianie (odnalezienie) motywacji pomocnej w przetrwaniu okoliczności towarzyszących leczeniu. Zarówno w pracy z pacjentem, jak i jego rodziną główne założenia pomocy psychologicznej opierają się na interwencji w kryzysie. Według modelu sześciu kroków interwencji kryzysowej pojedynczej sesji (kiedy nie jesteśmy pewni tego, czy spotkamy pacjenta i jego bliskich po raz kolejny) praca powinna przebiegać zgodnie ze schematem:

1. Nawiązanie kontaktu z pacjentem, stworzenie podtrzymującej, pełnej empatii relacji.

2. Ocena kryzysu i podjęcie działań interwencyjnych, tak aby zapewnić pacjentowi (jego bliskim) bezpieczeństwo (istotne jest uwzględnienie tendencji samobójczych lub zaniedbania podstawowych potrzeb związanych ze snem, odżywianiem, zwłaszcza w przypadku osób osieroconych). Na tym etapie uzasadnione jest uwzględnienie pilnych potrzeb pacjenta, np. ustalenie czy po otrzymaniu informacji o rozpoznaniu nowotworu złośliwego pacjent jest w stanie sam wrócić do domu. Ważne jest także dążenie do przywrócenia równowagi emocjonalnej (w interwencji w kryzysie cenne jest podkreślanie naturalnego charakteru przeżywanych emocji w sytuacji „nie-naturalnie trudnej”).

3. Badanie i ocena rodzaju i znaczenia wydarzeń krytycznych, tego, jaki rozmiar ma reakcja kryzysowa pacjenta (ważne jest, aby zrozumieć, co rozpoznanie choroby nowotworowej oznacza dla danej osoby – pacjenci poza doświadczeniem poważnej choroby somatycznej borykają się z szeregiem innych obciążeń, np. sami wychowują dzieci, przeżywają żałobę).

4. Badanie i rozwijanie z udziałem pacjenta różnych możliwych sposobów rozwiązania kryzysu.

5. Pomoc w zmobilizowaniu zasobów osobistych i społecznych; dostarczenie dodatkowych zasobów i wsparcia, jeśli są potrzebne.

6. Przewidywanie przyszłości; ustalenie możliwości kontaktu z osobą udzielającą pomocy po zakończeniu sesji (w praktyce działania te mogą polegać na pozostawieniu pacjentowi numeru telefonu, wyjaśnieniu trybu zgłaszania się do specjalisty w miejscu zamieszkania itp.)²⁵.

Jeśli praca z pacjentem i jego rodziną trwa przez dłuższy czas, terapia powinna się składać z następujących elementów:

- ustabilizowania afektu;
- wypracowania skutecznych, efektywnych wzorów zachowania;
- osiągnięcia sprawności poznawczej, nadania znaczenia sytuacji kryzysowej;

²⁵ D. Kubacka-Jasiecka, dz. cyt., s. 131-132.

- osiągnięcia dojrzałości, sprawności rozwojowej (w przeciwieństwie do regresji w obliczu choroby);
- pomocy w korzystaniu z dostępnych interpersonalnych i środowiskowych zasobów (kształtowanie umiejętności korzystania ze wsparcia innych osób, odbudowy relacji międzyludzkich itp.)²⁶.

Założenia interwencji w kryzysie podkreślają rolę pomocy wielodyscyplinarnej. Pacjenci otrzymują pomoc ze strony lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych, rehabilitantów, psychologów, prawników, osób duchownych (mówimy o holistycznej opiece nad pacjentami i ich rodzinami). Istotne miejsce w pracy z pacjentem mają psychoedukacja oraz dyrektywny charakter pracy w sytuacji znacznej immobilności pacjenta²⁷. Ważne, aby psycholog dysponował wiedzą na temat metod leczenia, jakim poddawany jest pacjent. Pomoc psychologa, jego wiedza o możliwych formach terapii onkologicznej mogą być istotne w samym podejmowaniu przez pacjenta decyzji o leczeniu i zmniejszaniu lęku przed poszczególnymi zabiegami. Wiedza całego personelu medycznego, gotowość wysłuchania pacjenta i udzielenia wyczerpujących odpowiedzi na jego pytania mogą skorygować nieadekwatne przekonania na temat terapii (np. „nowotworu lepiej nie operować”). Szeroko rozumiana psychoedukacja oznacza także udzielanie informacji na temat trybu życia podczas leczenia i po jego ukończeniu, roli rehabilitacji, odpowiedniej diety. Przekazywanie wymienionych przykładowo wiadomości należy do zadań poszczególnych członków zespołu terapeutycznego. Istotne jest, aby psycholog sam poszerzał (aktualizował) swoją wiedzę oraz współpracował z innymi specjalistami (w praktyce psycholog niejako pośredniczy między pacjentem a poszczególnymi pracownikami oddziału, szpitala, stowarzyszeń).

Do popularnych metod proponowanych pacjentom leczonym z powodu choroby nowotworowej, zwłaszcza po ukończeniu hospitalizacji, należą Metoda Simontona oraz Racjonalna Terapia Zachowania (RTZ)²⁸. Zgodnie z założeniami RTZ przeżywane emocje i podejmowane działania wynikają nie tyle z sytuacji, w jakiej się znajdujemy, ale z naszych przekonań na temat tej sytuacji. Dlatego istotne miejsce w tzw. racjonalnej samoanalizie zajmują: ocena własnych przekonań według pięciu kryteriów zdrowego (korzystnego) myślenia oraz zastępowanie nieracjonalnych przekonań zdaniem, opisami, które wywoływać w nas będą takie emocje, jakie chcielibyśmy odczuwać (np. spokój, nadzieję zamiast strachu). Poniżej przedstawione zostały

²⁶ Tamże, s. 135.

²⁷ W. Szlagura, M. Madejski, *Intensywny Kurs Interwencji Kryzysowej, materiały szkoleniowe*, Ustronie: 2013.

²⁸ M. Wirga, *Zwyciężyć chorobę*, Katowice: KOS, 1998.

zasady racjonalnego myślenia oraz przykładowa tabela racjonalnej samoanalizy.

1. Czy moje myślenie opiera się na faktach?
2. Czy moje myślenie chroni moje życie i zdrowie?
3. Czy moje myślenie pomaga mi osiągać moje bliższe i dalsze cele?
4. Czy dzięki mojemu myśleniu mogę unikać niepożądanych konfliktów?
5. Czy dzięki mojemu myśleniu mogę przeżywać takie emocje, na jakich mi zależy?

Tabela. Racjonalna samoanaliza

A. Opis sytuacji: „za kilka dni jadę znów do tego okropnego szpitala na podanie chemii”	„Test kamerą”: „za kilka dni mam kolejne podanie chemioterapii”
B. Przekonania na temat sytuacji „A”: – „już tego to wytrzymam” – „nie znoszę tego miejsca” – „na pewno znów będę wymiotować”	Racjonalna analiza przekonań na temat sytuacji „A”: – „wiem, jak wiele osób pomyślnie ukończyło leczenie; nie ma powodu, żebym zakładała, że moje leczenie będzie bardziej skomplikowane” – „pamiętam o tym, co lekarz mówił o uzupełniającym charakterze mojej chemioterapii; zależy mi na moim zdrowiu – leczenie zmniejszy ryzyko wznowy choroby” – „zadbam o wszystko, dzięki czemu pobyt w szpitalu będzie dla mnie łatwiejszy: pójdę tam z kimś bliskim, wezmę ze sobą ulubioną muzykę, będę unikać rozmów z innymi, przygnębiionymi osobami” – „o moich obawach będę na bieżąco rozmawiać z lekarzem, żeby w razie potrzeby przepisał mi leki łagodzące skutki uboczne chemioterapii” – „będę korzystać z leków przeciwwymiotnych; wiem, że wymioty ustaną, tak jak do tej pory: trzeciego dnia po chemioterapii czułam się już znacznie lepiej”
C. Emocje i zachowanie w sytuacji „A”: strach, zniechęcenie, niepokój, trudność w koncentracji, bezsenność, drażliwość	Pożądane emocje i zachowanie: spokój, nadzieja, umiejętność odwrócenia uwagi od niepokojących wyobrażeń, umiejętność skupienia się na domowych czynnościach

O.C. Simonton w książce *Triumf życia*²⁹ bardzo szeroko omawia proponowane pacjentom onkologicznym wizualizacje. Najczęściej przywoływa-

²⁹ O.C. Simonton, S. Matthews-Simonton, J.L. Creighton, *Triumf życia. Możesz mieć przewagę nad rakiem*, Łódź: Feeria, 2012.

nym podczas pracy z osobami chorymi obrazem jest wyobrażenie zdrowienia. Cenne jest, aby chorą tkankę pacjenci wyobrażali sobie jako słabą, podatną na leczenie, a o swojej terapii myśleli jak o czymś przyjaznym, dobrym dla siebie, i aby pamiętali o sile swojego organizmu (układu odpornościowego). W kolejnych książkach O.C. Simonton, poza ćwiczeniami wizualizacji, wskazuje na inne elementy proponowanej przez siebie terapii. Należą do nich np. sesja dotycząca komunikacji z rodziną, analiza ewentualnych korzyści płynących z faktu zachorowania oraz tzw. dwuletni plan zdrowienia. Pacjenci zachęceni są do tego, aby przeznaczali więcej czasu na te zajęcia, na te formy aktywności, które są dla nich szczególnie satysfakcjonujące (np. na zabawę, życie towarzyskie, medytację, sport)³⁰. W wielu polskich miastach organizuje się warsztaty poświęcone Metodzie Simontona, na które zapraszane są osoby chore wraz z osobami towarzyszącymi³¹.

W praktyce, podczas kontaktu z pacjentami w trakcie hospitalizacji, elementy technik poznawczo-behawioralnych wykorzystywane są m.in. w celu redukcji lęku (przed zabiegiem chirurgicznym, podaniem chemioterapii, radioterapią, badaniami kontrolnymi, zwłaszcza w przypadku osób cierpiących na klaustrofobię), w celu złagodzenia dolegliwości bólowych czy zmniejszenia dokuczliwości skutków ubocznych leczenia (desensytyzacja w przypadku wymiotów antycypacyjnych). Należy jednak pamiętać, że proponowane techniki mają na celu poprawę jakości życia pacjentów, a nie jego przedłużenie czy też uniknięcie nawrotu choroby. Pomoc psychologiczna nie powinna prowadzić do obarczenia osoby chorej odpowiedzialnością za przebieg jej leczenia. Praktyka autorki tekstu dowodzi tego, jak często choroba nowotworowa rozwija się niezależnie od osobowości, „umiejętności doceniania własnego życia” czy optymizmu pacjenta. Ważne, aby nie zrezygnować z leczenia i starać się odzyskać równowagę psychiczną po kryzysie związanym z otrzymaniem diagnozy. Jednak samo leczenie choroby nowotworowej nie zależy wyłącznie od czynników natury psychicznej.

Konfrontacja z chorobą zagrażającą życiu, informacje o nawrocie choroby czy o wyczerpaniu możliwości dalszego leczenia skłaniają do sięgania po elementy logoterapii podczas pracy z pacjentem onkologicznym i jego bliskimi³².

³⁰ O.C. Simonton, R. Henson, B. Hampton, *Powrót do zdrowia: pozytywny program życia dla osób dotkniętych chorobą nowotworową*, Łódź: Ravi, 1998.

³¹ <www.psychesomapolis.org> [dostęp: 29.10.2015].

³² B. Winch, *Metoda komplementarna*, w: *Kurs. Szkolenie trenerów w zakresie psychoonkologii*, Gdańsk: Fundacja PZU, 2006; I.D. Yalom, *Dar Terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne,

D. Kubacka-Jasiecka zwraca uwagę na sytuacje, w których kontakt z pacjentem powinien służyć raczej kontemplacji tajemnicy, jaką jest cierpienie i życie, niż sięganiu po konkretne techniki psychologiczne. Zwłaszcza w pracy z pacjentami w zaawansowanej fazie leczenia i z osobami osieroconymi istota kontaktu polegać powinna na towarzyszeniu, na pomocy w zaakceptowaniu dramatycznej sytuacji, niż na podejmowaniu wysiłków zmierzających do zmiany, odwrócenia sytuacji³³.

Świadomość realności kresu własnego życia może skłaniać do dokonywania bilansu życia, do szukania jego sensu. V.E. Frankl wskazuje na trzy zasadnicze drogi odnajdywania sensu życia: związane z działaniem i twórczością, doświadczaniem piękna i relacji z drugim człowiekiem oraz związane z naszym stosunkiem do cierpienia.

Sens życia można odnaleźć poprzez twórczą pracę lub działanie, doświadczenie dobroci, prawdy oraz piękna, poprzez bezpośredni kontakt z przyrodą lub kulturą, a także nie mniej ważne zbliżenie z drugim człowiekiem, którego wyjątkowości możemy doświadczyć poprzez miłość. Jednakże najpełniej przeżywają ów sens ci, którzy – pozbawieni możliwości odnalezienia sensu w działaniu, pracy czy miłości – przyjmują postawę pozwalającą im wznieść się ponad swoje położenie i przekroczyć samego siebie. Liczy się właśnie ta postawa, dzięki której trudności obracają się w sukces, triumf i heroizm³⁴.

Ze względu na potrzebę ekspresji emocji i jednoczesną trudność w ich nazywaniu, pomocne w pracy z pacjentami onkologicznymi mogą okazać się różne formy arteterapii, np. choreoterapia. Włączenie elementów arteterapii czy szerzej: terapii zajęciowej do form pracy psychologa, może uczynić pobyt pacjenta w szpitalu trochę łatwiejszym³⁵.

Ponieważ samo otrzymanie diagnozy choroby nowotworowej traktowane jest jako sytuacja silnie traumatyczna, do dbałości o zapewnienie pacjentom właściwej opieki psychologicznej należeć powinny także starania o właściwy sposób informowania osób chorych i ich bliskich o rozpoznaniu. Profesor K. de Walden-Gałuszko przekazywanie niepomyślnych informacji traktuje jako proces. Podkreśla prawo pacjentów do prawdy o swoim stanie zdrowia, zaznaczając, że chorzy nie mają obowiązku jej znać. W procesie przekazywania niekorzystnych informacji właściwe byłoby wstępne osza-

2003; V.E. Frankl, *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2010.

³³ D. Kubacka-Jasiecka, dz. cyt., s. 141.

³⁴ V.E. Frankl, dz. cyt., s. 95.

³⁵ D. Gołąb, A. Spychała, *Formy arteterapii realizowane na terenie Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Referat zjazdowy*, 10. Ogólnopolska Konferencja Psychoonkologiczna, Władysławowo 2009.

cowanie dotychczasowej wiedzy pacjenta na temat jego stanu zdrowia i tego, jak bardzo szczegółowych informacji oczekuje. Pomocni w ocenie gotowości do przyjęcia złych wiadomości na temat stanu zdrowia mogą okazać się bliscy pacjenta (znający jego odporność psychiczną, sposoby reagowania na trudne wydarzenia).

W ocenie oczekiwań pacjenta przydatny może być tzw. „strzał ostrzegawczy” – lekarz informuje osobę chorą o tym, że ma już wyniki badań, i że nie są one pomyślne. W zależności od zachowania pacjenta lekarz albo stopniowo uszczegóławia zebrane wyniki, albo daje choremu czas na odzyskanie równowagi psychicznej, być może także na poproszenie na kolejne spotkanie kogoś z najbliższej rodziny. Istotne jest sprawdzenie zrozumienia przez pacjenta przekazanych mu wiadomości oraz upewnienie się przez lekarza o stopniu, w jakim on sam zrozumiał pacjenta i jego pytania. Cenne byłyby: gotowość skupienia się na reakcjach emocjonalnych chorego, udzielenie pomocy w zaakceptowaniu zaistniałej sytuacji, przedstawienie w przystępny dla pacjenta sposób planu dalszego postępowania. Przede wszystkim ważne jest dawanie pacjentowi nadziei. W tej najtrudniejszej sytuacji, jaką jest przekazanie informacji o braku możliwości leczenia, „dawanie nadziei” oznacza zapewnienie o pomocy w zakresie łagodzenia dolegliwości i o towarzyszeniu choremu³⁶. Ponieważ przekazanie informacji o rozpoznaniu choroby nowotworowej ma charakter wydarzenia traumatycznego, warto stworzyć okazję do tego, aby pacjent mógł uporządkować swoją wiedzę na temat doświadczenia choroby nowotworowej i aby wszelkie wspomnienia związane z leczeniem stopniowo zostały włączone w jego dotychczasową historię życia³⁷. Pomocne mogą być formy narracji czy stosowana w naukach społecznych metoda biograficzna³⁸.

5. Pomoc rodzinie pacjenta

Ponieważ rozpoznanie choroby nowotworowej i podjęcie leczenia w ogromnym stopniu wpływają także na otoczenie chorego, psycholog pracujący z pacjentem powinien uwzględniać potrzeby jego rodziny. Ze względu na

³⁶ K. de Walden-Gałuszko, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 198 i nast.; A. Widera, *Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową*, w: *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, red. B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2007, s. 76–78.

³⁷ B. Cyrulnik, *Rozmowy o miłości na skraju przepaści*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2011, s. 200 i nast.; D. Kubacka-Jasiecka, dz. cyt., s. 440.

³⁸ J. Włodarek, M. Ziółkowski, *Teoretyczny i empiryczny status metody biograficznej we współczesnej socjologii*, w: *Metoda biograficzna w socjologii*, red. J. Włodarek, M. Ziółkowski, Warszawa-Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1990.

siłę negatywnych emocji i to, że także rodzina doświadcza sytuacji traumatycznej, również w stosunku do tej grupy osób odpowiednie mogą okazać się zasady postępowania zgodne z założeniami interwencji w kryzysie. W pracy z rodziną chorego, zwłaszcza w zaawansowanej fazie choroby czy po jego śmierci, pomocna może być znajomość logoterapii. Rodzaj problemów psychologicznych doświadczanych przez osoby bliskie zależy przede wszystkim od tego, kto choruje (dziecko, rodzic, małżonek), od etapu rozwojowego rodziny, rodzaju nowotworu i fazy choroby. Inne będą potrzeby osób, które właśnie dowiedziały się o rozpoznaniu, inne – w okresie remisji czy w sytuacji nawrotu choroby. W pracy z rodziną pacjenta istotne jest to, że właśnie osoby najbliższe są zwykle najważniejszym źródłem wsparcia dla chorego. Chęć towarzyszenia swoim bliskim jest często głównym motywem starań o odzyskanie zdrowia („chcę dożyć matury mojego syna”, „chcę zobaczyć moje wnuki”). Z drugiej strony niezależnie od doświadczanych trudności, rodzina może koncentrować się przede wszystkim na wspieraniu chorego, na ukrywaniu własnych emocji, tak aby go dodatkowo nie obciążać. Zwłaszcza podczas towarzyszenia bliskiemu w zaawansowanej fazie leczenia konieczność zapewnienia odpowiedniej opieki może być tak absorbująca, że choćby z powodów wyłącznie logistycznych trudne może być korzystanie ze wsparcia psychologa, terapeuty (przyjaciela). Od tego, jakie są przekonania rodziny pacjenta dotyczące stosowanych form terapii, zależą mogą decyzje samego chorego (jego ewentualna zgoda na terapię lub jej brak). Okaleczenie ciała w wyniku operacji, skutki uboczne leczenia mogą być lepiej tolerowane, łatwiej akceptowane, jeśli spotykają się z akceptacją i wyrozumiałością ze strony najbliższego otoczenia chorego. Rodzina może być cennym źródłem informacji o tym, jak pacjent radzi sobie z trudnościami, a także o tym, jakie zachowania są dla niego charakterystyczne (tak, aby nie przeoczyć zwiastunów ewentualnej progresji choroby, zwłaszcza w obrębie OUN).

Do głównych potrzeb osób bliskich należą potrzeby:

- towarzyszenia choremu;
- posiadania informacji na temat stanu zdrowia chorego;
- wsparcia³⁹.

Do przykładowych zadań psychologa w pracy z rodziną pacjenta należą: pomoc w odzyskaniu równowagi psychicznej, stworzenie okazji do wyrażenia własnych emocji, psychoedukacja, pomoc w komunikacji z pacjentem, zachęcanie do tego, aby korzystać ze wsparcia innych osób. W pierwszym okresie po otrzymaniu diagnozy najważniejsze wydaje się

³⁹ K. de Walden-Gałuszko, *Psychoonkologia...*, dz. cyt., s. 156; tegoż: *U kresu...*, dz. cyt., s. 108.

podjęcie starań związanych w rozpoczęciem leczenia; przekonanie do skuteczności stosowanej terapii („pomoc w odnalezieniu nadziei”). W okresie remisji bardzo ważne jest zachowanie równowagi między chęcią chronienia osoby chorej i lekceważeniem jej ewentualnych obaw, emocji. Podobnie jak sam pacjent, także jego bliscy mogą się obawiać nawrotu choroby, żyć w ciągłym niepokoju, mieć bolesne wspomnienia dotyczące hospitalizacji krewnego i własnej bezradności. Szczególnej uwagi wymagają dzieci w rodzinie pacjenta. Dobrze, aby o chorobie rodzica czy rodzeństwa dowiedziały się od najbliższych. Należy zadbać o ich potrzebę bezpieczeństwa i bliskości. Szczegółowe omówienie zagadnień dotyczących rodziny osób chorych na nowotwór wykracza poza ramy tego opracowania. Problematyka dzieci chorujących na nowotwór poruszana jest w pracach Pani Profesor M. Samardakiewicz. Ogromny wkład w rozwój tanatopedagogiki ma Profesor J. Binnebesel. Osoby zainteresowane zachęcam do poznania ich prac.

Bibliografia

- Barracough J., *Rak i emocje*, Warszawa: Wydawnictwo Medyczne SANMEDICA, 1997, s. 64 i nast.
- Cyrułnik B., *Rozmowy o miłości na skraju przepaści*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2011, s. 200 i nast.
- Frankl V.E., *Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2010, s. 95.
- Gołąb D., Spychała A., *Formy arteterapii realizowane na terenie Wielkopolskiego Centrum Onkologii. Referat zjazdowy*, 10. Ogólnopolska Konferencja Psychoonkologiczna, Władysławowo 2009.
- Heszen-Niejodek I., *Psychologiczne problemy chirurgii*, w: *Psychologia lekarska*, red. M. Jarsz, Warszawa: PZWL, 1988, s. 422 i nast.
- Heszen-Niejodek I., *Problemy psychologiczne i zadania psychologa w chirurgii*, w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, red. I. Heszen-Niejodek, Warszawa: PZWL, 1990, s. 128 i nast., 133 i nast., 138.
- Heszen I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007, s. 81-82, 213, 220-221.
- Jassem J., *Jakość życia chorych leczonych napromienianiem i cytostatykami*, w: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, red. K. de Walden-Gałuszko, M. Majkovicz, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 1994, s. 51 i nast.
- Juczyński Z., Chrystowska-Jabłońska B., *Strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową*, „Psychoonkologia” 1999, nr 5, s. 3-9.
- Kubacka-Jasiecka D., *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2010, s. 55 i nast., 131-132, 135, 141, 420, 440.

- Łuczak J., *Cierpienie – charakterystyka, rozpoznanie, wspomaganie cierpiących, powinności leczących, skuteczność pomocy cierpiącym chorym*, w: *Człowiek nieuleczalnie chory*, red. B.L. Block, W. Otrębski, Lublin: WNS KUL, 1997, s. 68–95.
- Miniszewska J., *Ująć miecz Damoklesa*, w: *Siły, które pokonają raka. Psychologiczne terapie wspomagające w chorobie nowotworowej*, red. P. Pająk, Kielce: Charaktery, 2013, s. 31–37.
- Motyka M., *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, 2002.
- Nowak I., *Doświadczenie kryzysu w chorobie nowotworowej – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?*, w: *Żyj z chorobą nowotworową. Materiały naukowe*, red. A. Czupryna, J. Wodliczek, A. Szczepanik, Kraków 2002, s. 19–27.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar*, „Psychiatria” 2010, t. 7, nr 4, s. 129–142.
- Simonton O.C., Henson R., Hampton B., *Powrót do zdrowia: pozytywny program życia dla osób dotkniętych chorobą nowotworową*, Łódź: Ravi, 1998.
- Simonton O.C., Matthews-Simonton S., Creighton J.L., *Triumf życia. Możesz mieć przewagę nad rakiem*, Łódź: Feeria, 2012.
- Szlagura W., Madejski M., *Intensywny Kurs Interwencji Kryzysowej, materiały szkoleniowe*, Ustronie: 2013.
- Świrydowicz T., *Emocjonalne konsekwencje otrzymania diagnozy choroby nowotworowej. Poznać*, w: *Materiały szkoleniowe. Szkolenie personelu medycznego w zakresie psychoonkologii, projekt finansowany przez Ministerstwo Zdrowia*, 2013.
- Turuk-Nowakowa T., *Postępowanie psychologa w chorobach nowotworowych*, w: *Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych*, red. I. Heszen-Niejodek, Warszawa: PZWL, 1990, s. 166, 167–168, 165 i nast., 175–176.
- Twycross R.G., House M.S., *Problem porozumiewania się z chorym i jego rodziną*, w: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby*, Kraków: Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1993.
- Walden-Gałuszko K. de, *U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*, Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed, 1996, s. 21 i nast., 108.
- Walden-Gałuszko K. de, *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2011, s. 103 i nast., 156, 198 i nast., 207.
- Widera A., *Psychologiczne aspekty pacjenta z chorobą nowotworową*, w: *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, red. B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2007, s. 76–78.
- Winch B., *Dynamika choroby nowotworowej a pomoc psychologiczna*, w: *Kurs. Szkolenie trenerów w zakresie psychoonkologii*, Gdańsk: Fundacja PZU, 2006.
- Winch B., *Metoda komplementarna*, w: *Kurs. Szkolenie trenerów w zakresie psychoonkologii*, Gdańsk: Fundacja PZU, 2006.
- Wirga M., *Zwyciężyć chorobę*, Katowice: KOS, 1998.
- Włodarek J., Ziółkowski M., *Teoretyczny i empiryczny status metody biograficznej we współczesnej socjologii*, w: *Metoda biograficzna w socjologii*, red. J. Włodarek, M. Ziółkowski, Warszawa-Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1990.
- Wrona-Polańska H., *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011, s. 103.

Yalom I.D., *Dar Terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 2003.

<www.psychesomapolis.org> [dostęp: 29.10.2015].

<www.wco.pl/wok> [dostęp: 29.10.2015].

Ewa Miturska

Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia
Uniwersytet Warszawski

Współczesne uzależnienia behawioralne. Specyfika pracy terapeutycznej z pacjentem uzależnionym behawioralnie

Wstęp

W literaturze przedmiotu opisano wiele rodzajów zachowań, od których człowiek może się uzależnić. Praktycznie każda, wielokrotnie powtarzana przez osobę czynność, podejmowana zwłaszcza w celu regulacji emocji, może stać się nałogowym „holizmem”. Specyfika dzisiejszych czasów: stres, rywalizacja i pogoń za sukcesem, konsumpcjonizm, liczne choroby cywilizacyjne, rozpad związków, samotność, słabe więzi emocjonalne, brak czasu wolnego i nikła umiejętność relaksacji sprzyjają nałogowej regulacji uczuć¹. W świetle wymienionych czynników należałoby zadać sobie kilka pytań: Czy rzeczywiście ryzyko uzależnienia jest tak duże? Jakie są uwarunkowania uzależnień behawioralnych oraz mechanizmy je podtrzymujące? Na czym polega leczenie nałogu i na ile jest ono skuteczne? Pytania te nurtują badaczy i praktyków zajmujących się wspomnianym problemem. Niniejszy rozdział jest poniekąd próbą skrótovej odpowiedzi na te kwestie, opisuje bowiem mechanizmy uzależnienia behawioralnego i specyfikę pracy z danym pacjentem.

¹ N. Ogińska-Bulik, *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?*, Warszawa: Difin, 2010.

1. Definicja uzależnienia behawioralnego

Uzależnienie behawioralne rozumiane jest ogólnie jako zespół objawów związanych z utrwalonym, wielokrotnym powtarzaniem określonej czynności (lub grupy czynności) w celu uzyskania stanów emocjonalnych, takich jak: ulga, spokój, poczucie bezpieczeństwa lub euforia. Wszystkie zachowania, które mają charakter ucieczkowy mogą mieć nałogową specyfikę. Ich nadrzędnym celem jest wówczas regulacja emocji oraz zapomnienie o problemach zaistniałych w rzeczywistości².

Za typowe, w skali częstotliwości występowania, uzależnienia behawioralne uznaje się uzależnienie od: hazardu, seksu/pornografii, komputera, internetu, gier komputerowych, telefonu komórkowego, jedzenia, ćwiczeń fizycznych, zakupów, pracy. Praktycznie każda czynność, wielokrotnie powtarzana w celu regulacji emocji, może być wykonywana w sposób destrukcyjny, zaburzający funkcjonowanie człowieka³.

2. Diagnostyka uzależnienia behawioralnego

Diagnozę uzależnienia stawia się najczęściej na podstawie aktualnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Uzależnienia behawioralne należą do grupy zaburzeń nawyków i popędów (F63) oraz podgrupy – inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) F63.8⁴.

Uzależnienia behawioralne można także zdefiniować, posilując się podstawowymi kryteriami diagnostycznymi uzależnień od substancji psychoaktywnych. Wówczas przyjmuje się, że określona czynność (lub grupa czynności) staje się nałogowa wtedy, gdy towarzyszą jej: (1) silne pragnienie lub wewnętrzny przymus podejmowania danej czynności (tzw. głód); (2) coraz większa częstotliwość powtarzania oraz nasilenie intensywności działań (zwiększanie się tolerancji); (3) narastające trudności w kontrolowaniu nałogowego zachowania (utrata kontroli); (4) w sytuacji ograniczenia lub przerwania czynności – zróżnicowane objawy abstynencyjne (fizjologiczne: bezsenność, nadmierna potliwość, drżenie rąk, ból głowy lub emocjonalne: wstyd, poczucie winy, nasilona lękliwość, rozdrażnienie, zachowania agresywne).

² E.M. Bergler, *The Psychology of Gambling*, USA: Universities Press, 1985.

³ C. Guerreschi, *Nowe uzależnienia*, Kraków: Salwator, 2006.

⁴ *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, red. B. Bętkowska-Korpała, Warszawa: PARPA Media, 2009.

Osoba uzależniona: (5) jest silnie skoncentrowana na powtarzaniu nałogowego zachowania, co mocno wpływa na jej funkcjonowanie we wszystkich sferach życia: zawodowej, edukacyjnej, rodzinnej, społecznej, zdrowotnej, prawnej; (6) powtarza określone czynności, mimo świadomości wyraźnej szkodliwości takiego zachowania dla siebie samej⁵.

3. Charakterystyka wybranych uzależnień behawioralnych

Współczesne, najczęściej występujące uzależnienia behawioralne to: uzależnienie od komputera, hazardu, pracy, jedzenia czy seksu. Pokróćce opisano specyfikę każdego z nich.

Uzależnienie od komputera lub/i internetu polega głównie na: obsesyjnym graniu w gry komputerowe, korzystaniu z internetu lub ciągłym porządkowaniu danych na komputerze. Częstość wzorcem jest kompulsywne rozbudowywanie komputera czy zarządzanie informacjami w trybie *online* (nadmierne przeglądanie, gromadzenie danych, ściąganie plików). Osoba regulująca w ten sposób emocje zazwyczaj nawiązuje też wiele relacji internetowych przez czaty, kawiarenki dyskusyjne, grupy dyskusyjne, fora społecznościowe. Charakterystycznym zachowaniem osób uzależnionych od komputera jest również korzystanie z różnych stron internetowych, w ramach których można dodatkowo regulować napięcie emocjonalne (hazard *online*, aukcje, zakupy, strony pornograficzne)⁶.

Hazard jest formą uzależnienia behawioralnego, w którym regularnie grając, traci się powoli kontrolę nad tym rodzajem rozrywki, doświadczając przy tym wielu konsekwencji w różnych sferach życia. Nałogowi hazardziści zaniedbują z czasem wszelkie swoje zainteresowania, pracę, edukację, relacje towarzyskie i rodzinne. Przeznaczają coraz większe kwoty na gry, przedłużają daną czynność, tym samym doświadczając subiektywnego dreszczyku emocji (ekscytacji i napięcia) oraz specyficznego optymizmu, który nie zostaje zachwiany nawet przez powtarzające się doświadczenia kolejnych porażek. W sytuacji ograniczania gry lub jej przerwania odczuwają niepokój lub wzmogoną irytację; zazwyczaj towarzyszy temu chęć odegrania utraconych pieniędzy. Aby zdobyć środki finansowe na grę, hazardzista wielokrotnie podejmuje się nielegalnych działań, takich jak: fałszerstwo,

⁵ R.F. Baumaister, T.F. Heatherton, D.M. Tice, *Utrata kontroli*, Warszawa: PARPA Media, 2000; ICD-10. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, Warszawa: IPiN, 2000; *Hazard - historia, zagrożenia i drogi wyjścia*, red. B.T. Woronowicz, Poznań: Media Rodzina, 2012.

⁶ P. Wallace, *Psychologia internetu*, Poznań: Rebis, 2005.

oszustwo, kradzież, malwersacja. Bywa, że okłamuje bliskich w celu ukrycia rozmiarów swojej aktywności hazardowej. Hazard jest najczęściej traktowany jako ucieczka od problemów lub środek na uśmierzenie poczucia bezradności, winy, leku, depresji⁷.

Pracoholizm polega na silnej potrzebie wykonywania czynności związanych z pracą oraz odczuwaniu niepokoju w czasie wolnym lub przy próbie ograniczenia zadań zawodowych. W ramach realizacji kompulsywnego wzorca regulacji emocji występuje brak czasu na zainteresowania, relaks czy budowanie bliskich relacji interpersonalnych. Istotą pracoholizmu jest zaspokajanie silnej potrzeby rywalizacji i osiągnięcia wyznaczonych celów. Praca daje często poczucie satysfakcji, bycia akceptowanym, podziwianym – podnosi samoocenę. Po latach intensywnego wysiłku, mnogości spotkań biznesowych i podejmowania licznych aktywności, w których można wygrywać oraz w sposób namacalny doświadczać efektów pracy – pracoholik cierpi zazwyczaj na permanentne zmęczenie, poczucie szybkiego upływu czasu oraz często ma dolegliwości o charakterze psychosomatycznym⁸.

Jedzenie, podobnie jak wyżej omówione czynności, też może pełnić funkcje regulatora emocji. W zależności od wzorca patologii (anoreksja, bulimia, kompulsywne objadanie) jedzenie może służyć do okazywania uczuć, wypełnia czas wolny, stanowi formę nagrody bądź kary, bywa też czynnością wyciszającą bieżące problemy czy patentem na budowanie bliskich więzi z drugą osobą. Wzorce kompulsywnego jedzenia mogą mieć różny styl i częstotliwość, jednak wspólne jest dla nich wszechobecne poczucie winy, lęk i komponent depresyjny. Osoba regulująca w ten sposób emocje z reguły przeżywa też silny wstyd i poczucie porażki towarzyszące kolejnemu epizodowi zajadania się oraz nieudanej próbie kontroli zachowania. Kompulsywne jedzenie może prowadzić do otyłości, depresji i silnego spadku sprawczości, szczególnie w sytuacji braku efektów zmiany danego zachowania⁹.

Seksoholizm jest uzależnieniem behawioralnym polegającym na silnej potrzebie regulacji emocji i napięcia emocjonalnego przez różne zachowania seksualne. Seksoholik często angażuje się w zachowania o podłożu seksualnym, mające duży wpływ na jego funkcjonowanie społeczne i emocjonalne.

⁷ *Terapia poznawcza uzależnień*, red. A.T. Beck, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2007; E.M. Bergler, dz. cyt.; *Hazard – historia...*, dz. cyt.

⁸ B. Killinger, *Pracoholicy. Szkoła przetrwania*, Poznań: Rebis, 2007; J.M. Claiborn, C. Pedrick, *Jak pozbyć się złych nawyków?*, Gliwice: Sensus, 2007.

⁹ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2003; G. Waller., E. Corstorphine, *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania*, Warszawa: MediPage, 2011.

Osoby uzależnione od seksu mają skłonność do nadawania znaczenia seksualnego ludziom, sytuacjom. Często spędzają dużo czasu i wydają dużo pieniędzy dla realizacji tego przymusu. Nierzadko korzystają z portali pornograficznych, agencji towarzyskich i innych form realizacji usług seksualnych. Uzależnieni od seksu są mocno ukierunkowani na euforię wywołaną przez seks¹⁰.

4. Specyfika zachowań nałogowych

Zachowania nałogowe mają szereg wspólnych cech, bez względu na charakter czynności regulującej emocje. Należą do nich: (1) destrukcyjność w różnych sferach życia – zachowanie jest wielokrotnie powtarzane mimo wyraźnych szkód doświadczanych przez osobę; (2) opór przed zaprzestaniem wykonywania danej czynności i zarazem lęk przed zmianą zachowania – osoba uzależniona przejawia złość w sytuacji ograniczenia lub zakazu w zakresie wykonywania zachowania nałogowego; (3) posiadanie subiektywnych i krótkoterminowych zysków z wykonywania danej czynności, np. zapomnianie o problemach, ucieczka od nudy i rzeczywistości, unikanie odpowiedzialności, usprawiedliwienie bierności, uzyskiwanie wsparcia; (4) trwałe i trudne do zmiany nałogowy schemat postępowania – trudności w modyfikacji utartych nawyków, częste zamiany zachowań w ramach ogólnego wzorca nałogowej regulacji emocji – tzw. zamiana jednego uzależnienia w drugie oraz kłopoty w samodzielnych próbach ograniczenia zachowania; (5) system przekonań podtrzymujących oraz utrwalających nałogowe zachowania – minimalizowanie strat, koloryzowanie zysków, obwinianie innych za zachowania nałogowe, racjonalizowanie przyczyn zachowania, usprawiedliwianie własnego postępowania, iluzja kontroli nad danym zachowaniem¹¹.

5. Funkcjonowanie osoby uzależnionej behawioralnie

Dotychczasowe badania empiryczne nie potwierdzają istnienia jednego typu osobowości, która czyniłaby człowieka bardziej podatnym na nałogi. Uzależniają się bardzo różni ludzie o odmiennych cechach osobowości: neuro-

¹⁰ S.R. Leiblum, R.C. Rosen, *Terapia zaburzeń seksualnych*, Gdańsk: GWP, 2005.

¹¹ A. Bryńska, *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2007; J.M. Claiborn, C. Pedrick, dz. cyt.; A. Dodziuk, L. Kapler, *Nałogowy człowiek*, Warszawa: IPZ, 2007.

tyczni, ekstrawertywni, otwarci na doświadczenia i unikający ich, komunikatywni w relacjach interpersonalnych i skryci, aktywni w działaniu i pasywni. Istotną rolę w kształtowaniu nałogowych zachowań odgrywają szczególnie takie cechy, jak: perfekcjonizm, silna presja na sprawowanie kontroli, tendencja do szukania akceptacji, skłonność do redukcji lęku, nastawienie na efekt i rywalizację, unikowy styl radzenia sobie z problemami, nieumiejętność wchodzenia w bliskie relacje, trudności w podtrzymaniu intymnych więzi i kłopoty natury seksualnej. U osób z tendencją do zachowań nałogowych obserwuje się również skłonność do huśtawki nastrojów, nieumiejętne dbanie o swoje potrzeby, problemy z realną oceną rzeczywistości i siebie, zagubienie życiowe i lęk przed wzięciem odpowiedzialności za swoje życie¹².

Wielu praktyków klinicznych podkreśla, że u osób uzależnionych behawioralnie obserwować można zaburzenia obrazu własnej osoby. Niedookreślona tożsamość może być przyczyną potwierdzania siebie w wielu zachowaniach, szczególnie przez pryzmat osiągniętych sukcesów. Brak akceptacji siebie może skłaniać takie osoby do wielokrotnych prób wypełnienia tej pustki i szukania aprobaty za pomocą różnych form nałogowych zachowań. Zachowania te poniekąd mogą dać uczucie spełnienia i bezpieczeństwa. W sytuacji wykonywania danych czynności znika dyskomfort, nie ma natłoku myśli i nieprzyjemnych emocji. Uciekając w czynności zastępcze, uzależniony nie musi się zastanawiać nad dalszym swoim życiem i wizją siebie. Badania potwierdzają, że dla osób uzależnionych charakterystyczna jest niska samoocena i silny samokrytycyzm. Osoby te często wyznaczają sobie surowe warunki realizacji wielu zadań, są bezlitosne w ocenie siebie. W dążeniu do perfekcji potrafią zrobić wiele, jednocześnie ich działaniom towarzyszy nieustanny lęk przed tym, że nie będą mieli kontroli nad wieloma sprawami w swoim życiu. Dużo osób doświadcza nieadekwatnego poczucia winy, biorąc na siebie odpowiedzialność za zachowania, których nie popełnili, i przeżywając nieadekwatnie sytuacje w relacjach interpersonalnych. Podobnie jest z poczuciem wstydu i przekonaniem o własnej niedoskonałości oraz niekompetencji w odniesieniu do innych ludzi. Bywa, że takie uczucia są przykrywką dla gniewu i lęku, szczególnie w sytuacjach, gdy coś nie dzieje się zgodnie z wygórowanymi oczekiwaniami, wymyka się spod kontroli lub jest mało jednoznaczne i przewidywalne¹³.

¹² A.T. Beck, A. Freeman, D.D. Davis, *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2005; *Terapia poznawcza uzależnień...*, dz. cyt.; M. Tesson, L. Degenhardt, W. Hall, *Uzależnienia*, Gdańsk: GWP, 2005.

¹³ *Psychologia zaburzeń osobowości – wybrane zagadnienia*, red. L. Cierpiałkowska, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2004; T. Millon, R. Davis, *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005.

W aspekcie regulacji innych emocji charakterystyczna dla osób uzależnionych jest nieumiejętność wyrażania złości, co wynika z lęku przed odrzuceniem i brakiem akceptacji. Tłumiony gniew może być źródłem nałogowych zachowań, które w tym przypadku krótkoterminowo pozwalają rozładować napięcie emocjonalne, ale jednocześnie nasilają pojawianie się poczucia winy i wstydu w związku z przejawianym zachowaniem. Nastroje depresyjne, tłumione doświadczenia wstydu, gniewu, poczucia winy i krzywdy tworzą dodatkową pożywkę dla depresji. Takie zjawiska biorą się także z przekonania, że człowiek powinien kontrolować swoje życie i odnosić w nim sukcesy, a okazuje się, że nie zawsze tak się dzieje. Stany przygnębienia, smutku i apatii występują u zdecydowanej większości ludzi, u których rozwijają się nałogowe zachowania pełniące wówczas funkcję ucieczki od rzeczywistości. Osoby z tendencją do zachowań nałogowych mają trudności w doświadczaniu zdrowych i codziennych przyjemności, takich jak: słuchanie muzyki, czytanie książek, oglądanie filmów, smakowanie potraw, podziwianie przyrody, sport czy relaks itd. Formą doznawania przyjemności są dla nich silne stany ekscytacji. Wysokiego poziomu pobudzenia poszukują przez wspomniane nałogi¹⁴.

Szczególne deficyty obserwuje się również u osób uzależnionych w obszarze budowania bliskich emocjonalnie relacji. Istotą bliskości jest otwartość, zaufanie, dotyk i zbliżenie. Jeśli człowiek nie potrafi odnaleźć się w takiej sytuacji (traumatyczne zranienia w okresie dzieciństwa), ucieka do nawykowych zachowań, mających zapewnić mu podziw czy uznanie. Często intymność myli z seksem i jedynie doznaniem fizycznymi; inne zachowania o charakterze kompulsywnym także pozwalają się wyciszyć i uzyskać poczucie chwilowego bezpieczeństwa. Osoby nałogowo regulujące emocje mają duże trudności w nawiązywaniu relacji bezpośrednich z poziomu emocjonalnego. Kontakty te często mają charakter powierzchowny i instrumentalny. Zdarza się, że w poczuciu zagrożenia i lęku przed odrzuceniem charakterystycznym wzorcem budowania relacji jest manipulacja i stosowanie różnego rodzaju gier interpersonalnych¹⁵.

Do nałogowych zachowań może skłaniać również brak poczucia sensu w życiu oraz niemożność sformułowania i realizacji celów życiowych. Osoby mające skłonność do nałogów próbują angażować się w serię sukcesów i osiągnięć, aby nadać znaczenie swojemu życiu. Paradoks tego działania polega na tym, że w pewnym momencie sukces jest jedynym gwarantem

¹⁴ E.M. Bergler, dz. cyt.; L. Cierpiałkowska, *Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych*, w: tejże, *Psychopatologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2005.

¹⁵ *Terapia poznawcza uzależnień...*, dz. cyt.; E. Berne, *Dzień dobry... i co dalej?*, Poznań: Rebis, 2007.

w miarę normalnego funkcjonowania. Brak sukcesu jest z kolei postrzegany jako przegrana, która podkopuje wiarę w siebie i swoje możliwości, napędzając błędne koło nałogu. Trudności te dodatkowo wzmacniane są przez nieumiejętność brania odpowiedzialności za swoje życie. W sytuacji gdy nie nadchodzi oczekiwany sukces, osoba z tendencją do zachowań nałogowych często zrzuca winę na innych. Charakterystyczne jest dla niej postrzeganie rzeczywistości w klimacie poczucia krzywdy – świadomości winy. Działania takie mają uchronić przed doświadczaniem negatywnego myślenia o sobie, ale też wzmacniają ucieczkę od rzeczywistego problemu i przyczyniają się do realnego braku zmian¹⁶.

6. Leczenie pacjentów uzależnionych behawioralnie

Praca z pacjentem z diagnozą uzależnienia behawioralnego opiera się w dużej mierze na psychoterapii oraz działaniach wspierających. Psychoterapia uzależnień behawioralnych realizowana jest w ramach programów terapii uzależnienia w strukturze leczenia odwykowego bądź określonych nurtach psychoterapii, najczęściej nurcie poznawczo-behawioralnym, humanistycznym, systemowym lub w obszarze krótkich interwencji BFS¹⁷.

Celem procesu psychoterapii uzależnień jest m.in. uświadomienie pacjentowi, na czym polega istota jego choroby, jakie są psychologiczne mechanizmy, które ją podtrzymują. Celem psychoterapii jest również uświadomienie pacjentowi rzeczywistego rozmiaru nałogu przez urealnienie doświadczanych strat i zmotywowanie do wzięcia odpowiedzialności za swoje życie. Psychoterapia uzależnień ukierunkowana jest mocno także na zmianę destrukcyjnych nawyków w drodze ukształtowania nowych i właściwych sposobów radzenia sobie z emocjami, konstruktywnego rozwiązywania bieżących problemów oraz budowania bliskich relacji interpersonalnych¹⁸. Ważnym elementem psychoterapii osób uzależnionych jest również profilaktyka w obszarze zapobiegania nawrotom choroby¹⁹.

W leczeniu uzależnień behawioralnych stosowana jest także farmakoterapia. Ma ona zastosowanie głównie w stanach, kiedy nasilenie objawów u pacjenta w sposób znaczny utrudnia mu normalne funkcjonowanie psy-

¹⁶ J. Mellibruda, Z. Sobolewska, *Wprowadzenie do psychoterapii uzależnienia*, Warszawa: IPZ, 2003; T. Millon, R. Davis, dz. cyt.

¹⁷ *Terapia poznawcza uzależnień...*, dz. cyt.

¹⁸ J. Mellibruda, Z. Sobolewska, *Integracyjna psychoterapia uzależnienia. Teoria i praktyka*, Warszawa: IPZ, 2006.

¹⁹ *Nawroty w uzależnieniach*, red. M. Gossop, Warszawa: PARPA Media, 1997.

chospołeczne oraz korzystanie z terapii. Dodatkowym wsparciem w procesie zdrowienia są grupy samopomocowe, które na podstawie programu Dwunastu Kroków, wypracowanych pierwotnie przez Anonimowych Alkoholików, stanowią ważny element samopomocy dla osób z diagnozą uzależnień behawioralnych (grupy: Anonimowych Hazardzistów, Seksoholików, Pracoholików itp.)

7. Specyfika pracy z pacjentem uzależnionym behawioralnie

Początek pracy terapeutycznej powinien być poprzedzony przeprowadzeniem wywiadu klinicznego, pozwalającego zorientować się w kwestii aktualnego stanu zdrowia i sytuacji klienta. Celem tego wywiadu jest zebranie informacji na temat funkcjonowania psychospołecznego pacjenta, pierwotnych uwarunkowań nałogu i czynników podtrzymujących uzależnienie, oraz szczegółowej historii i przebiegu dotychczasowego leczenia. Istotnym elementem tej strukturalizowanej rozmowy jest również rozeznanie w motywacji pacjenta i określenie etapu jego gotowości do zmiany. Dodatkowo w psychoterapii uzależnienia za ważne elementy wywiadu klinicznego uznaje się: (1) rozpoznanie i ewentualne urealnienie oczekiwań pacjenta wobec psychoterapii; (2) ustalenie aktualnych problemów występujących w życiu pacjenta oraz stopnia ich wpływu na możliwości zmiany nałogowych zachowań; (3) zebranie informacji na temat aktualnej sytuacji rodzinnej, edukacyjnej, zawodowej i społecznej w aspekcie dotychczasowego wpływu uzależnienia na każdą z tych sfer życia; (4) odkrycie podstawowych przekonań na temat swojej osoby, własnego życia, relacji międzyludzkich i otaczającego świata; (5) rozpoznanie stanu zdrowia somatycznego i psychicznego (konieczna weryfikacja w aspekcie występowania zaburzeń osobowości, chorób psychicznych, myśli i tendencji samobójczych, nadużywania substancji psychoaktywnych, problemów ze snem, jedzeniem i depryacją innych potrzeb itp.); oraz (6) określenie ważnych stresowych wydarzeń i doświadczeń z przeszłości, mających wpływ na obecne funkcjonowanie pacjenta. Tak przeprowadzony wywiad stanowi podstawę do sformułowania realnych problemów do dalszej pracy terapeutycznej.

Bardzo ważnym aspektem pracy terapeutycznej z pacjentem uzależnionym behawioralnie jest przeprowadzenie diagnostyki pod kątem występowania innych zaburzeń, które nie są bezpośrednio związane z aktualnymi sytuacjami życiowymi, w szczególności często współwystępujących u pa-

cjentów uzależnionych: nadużywania substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości, nastroju lub odżywiania. W praktyce klinicznej terapeuci korzystają z różnego rodzaju kwestionariuszy i testów weryfikujących występowanie i stopień nasilenia poszczególnych objawów psychopatologicznych. Wyniki takich testów mogą pełnić funkcje zarówno diagnostyczną, jak i edukacyjną, ponieważ dostarczają pacjentowi informacji kluczowych dla zrozumienia jego funkcjonowania i korekcji dotychczasowych zachowań²⁰.

Kluczową rolę w skutecznej psychoterapii odgrywają właściwości między terapeutą a pacjentem. Treść i jakość relacji terapeutycznej są wypadkową różnych czynników związanych z osobą pacjenta, terapeuty oraz ich wzajemnej interakcji. W większości przypadków pacjenci uzależnieni szukają pomocy pod wpływem zewnętrznej presji ze strony rodziny, pracodawcy, przyjaciół lub innych okoliczności zewnętrznych (problemy prawne, finansowe, zdrowotne). Świadomość takich okoliczności oraz wiedza terapeuty o mechanizmach uzależnienia pozwalają zrozumieć opór pacjenta, jego obawy i niechęć wobec terapii. Terapeuta często przez pacjentów jest spostrzegany jako osoba nadmiernie kontrolująca i dyrektywna. Już na początku budzi to niepotrzebną nieufność i dystans. Czasami te odczucia skłaniają pacjenta do unikania bliższej relacji i otwartości, manipulowania lub tworzenia złudzenia uległości i podporządkowania. Nawiązanie relacji terapeutycznej z pacjentem uzależnionym behawioralnie początkowo bywa trudne. Terapeuta musi umieć zbudować poczucie bezpieczeństwa, zaufania oraz okazywać pacjentowi akceptację przy jednoczesnym konfrontowaniu go ze szkodami i zagrożeniami spowodowanymi przez nałóg²¹.

Podstawę pracy terapeutycznej z pacjentami uzależnionymi stanowi umiejętne zastosowanie interwencji poznawczych i behawioralnych. Interwencje poznawcze oparte są na założeniu, że treść myśli oraz ich wpływ na funkcjonowanie osoby mogą być bezpośrednio modyfikowane przez planowane oddziaływania terapeuty oraz samego klienta. Celem tak przeprowadzanych interwencji terapeutycznych jest kształtowanie u klienta umiejętności kontrolowania i dystansowania się od treści dysfunkcyjnych przekonań oraz ograniczania ich wpływu na życie. Interwencje poznawcze przyczyniają się do rozwijania zdolności do samoobserwacji i monitorowania własnej aktywności umysłowej pacjenta, głównie przez zmniejszanie dotkliwie dręczących myśli lub zmianę dysfunkcyjnych przekonań. Ważnym elementem takiej pracy jest również przygotowanie konceptualizacji

²⁰ *Terapia poznawcza uzależnień...*, dz. cyt.; *Uzależnienia w praktyce klinicznej...*, dz. cyt.; J. Mellibruda, Z. Sobolewska, *Integracyjna psychoterapia uzależnienia...*, dz. cyt.

²¹ J.M. Claiborn, C. Pedrick, dz. cyt.; J. Mellibruda, Z. Sobolewska, *Integracyjna psychoterapia uzależnienia...*, dz. cyt.

poznawczej pod kątem myśli i wyobrażeń pacjenta odgrywających szczególnie rolę w nałogowym funkcjonowaniu jego umysłu. Istotne jest uzyskanie odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób te dysfunkcjonalne myśli i przekonania wpływają na emocje i zachowania. W jaki sposób te przekonania mogą przyczyniać się do nawrotów? Kluczowe wydaje się tu zrozumienie wydarzeń i doświadczeń z wcześniejszych okresów życia pacjenta, które mogły przyczynić się do powstawania dysfunkcyjnych tendencji w sferze poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej. W ramach interwencji poznawczych wykorzystywane są głównie procedury polegające na rozpoznawaniu i rejestrowaniu myśli automatycznych, a następnie na ćwiczeniu różnych sposobów uzyskiwania przez klienta racjonalnej kontroli nad nimi oraz osłabianiu ich wpływu na emocje i zachowania (weryfikacja stylu myślenia, tworzenie nowych przekonań). Terapeuci powinni unikać perswazyjnego wywierania wpływu na myślenie klienta. Zalecane jest takie prowadzenie sesji, aby praca w obszarze zmiany przekonań przypominała raczej trenowanie pewnych czynności umysłowych przez klienta, niż poddawanie się sugestiom terapeuty. Poza wszelakimi wykorzystywanymi do tego arkuszami rejestracji myśli, wskazane może być czasami zastosowanie wizualizacji w zakresie uwypuklenia specyficznego stylu myślenia w konkretnych sytuacjach. Efektem podejmowanych działań powinna być zmiana treści myślenia o sobie i świecie, rozwój zdolności do obserwowania i monitorowania treści, funkcji i okoliczności pojawiania się schematycznych myśli i przekonań²².

Interwencje behawioralne stosuje się w celu zmiany wzorców aktywności behawioralnych, które są bezpośrednio związane z regulacją emocjonalną i z prostymi reakcjami na zewnętrzne sytuacje, oraz te, które mają związek z nałogowym funkcjonowaniem pacjenta. W przypadku osób uzależnionych behawioralnie szczególnie istotna jest modyfikacja wzorców związanych z: (1) codzienną strukturalizacją czasową i organizacją dni wolnych od pracy; (2) przygotowaniem pacjenta do stykania się z wyzwalaczami nałogu, np. gier hazardowych, nadmiernego jedzenia, zakupów, komputera; (3) konstruktywnym rozwiązywaniem problemów dnia codziennego; (4) umiejętnym budowaniem relacji interpersonalnych pod względem prawidłowych wzorców otwartości, komunikacji i asertywności; (5) kształtowaniem umiejętności obniżania napięcia i uzyskiwania rozluźnienia emocjonalnego. Standardowymi technikami behawioralnymi stosowanymi w ramach nauki

²² R.L. Leahy, *Techniki terapii poznawczej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2008; A. Popiel, E. Pragłowska, *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*, Warszawa: Paradygmat, 2008.

danych umiejętności są: modelowanie, eksperymenty behawioralne oraz treningi umiejętności psychospołecznych²³.

Na pracę terapeutyczną z osobą uzależnioną behawioralnie można też spojrzeć od strony popularnego w polskim leczeniu odwykowym integracyjnego modelu uzależnień. Wówczas centralnym wątkiem psychoterapii będzie praca nad rozbrajaniem mechanizmów uzależnienia. Praca powinna przebiegać równolegle w trzech obszarach nałogowych zachowań: mechanizmu nałogowej regulacji emocji, mechanizmu iluzji i zaprzeczania oraz mechanizmu rozpraszenia i rozdławiania JA²⁴.

Rozbrajanie mechanizmu nałogowej regulacji uczuć ukierunkowane jest na pomoc pacjentowi w bardziej bezpośrednim kontakcie z uczuciami przez kształtowanie zdolności do rozpoznawania ich, wyrażania i zwiększanie zdolności do odraczania gratyfikacji oraz naukę radzenia sobie z bolesnymi przeżyciami. Ważnym elementem pracy w obszarze tego mechanizmu jest tworzenie okazji do doświadczania przez pacjenta pozytywnych doznań bliskości, zaufania, nadziei i poczucia bezpieczeństwa. Terapeuta pomaga pacjentowi w poznawaniu związku między systemem jego przekonań, myśli a emocjami oraz dalszymi działaniami. Praca w obszarze mechanizmu iluzji i zaprzeczania rozpoczyna się od stopniowego zwiększania racjonalnej wiedzy pacjenta na temat jego sytuacji życiowej i uzależnienia. Obejmuje ona bezpośrednią i dyrektywną zmianę przekonań pacjenta dotyczących własnego uzależnienia, rozwija umiejętności rozpoznawania i korygowania typowych zniekształceń poznawczych związanych z uzależnieniem, a szczególnie minimalizowaniem jego konsekwencji. Uczy kontrolowania objawów „nałogowej” logiki, która powoduje, że pacjent, konfrontując się z faktami o nałogu, często nadal wyciąga fałszywe wnioski. Psychoterapia w tym aspekcie tworzy warunki do uczenia się przez pacjenta planowania własnych działań, realizacji wyznaczonych sobie zamierzeń oraz do rozwoju realistycznego rozumowania przyczynowo-skutkowego w ocenie ludzi i świata. W przypadku mechanizmu rozpraszenia i rozdławiania JA praca terapeutyczna polega głównie na wyrównywaniu istotnych deficytów rozwojowych związanych z obrazem siebie, swoich granic i stylu funkcjonowania. Zadania terapeutyczne w obszarze pracy nad danym mechanizmem skoncentrowane są na umacnianiu konstruktywnych aspektów tożsamości pacjenta, zwiększaniu poczucia sprawczości i kompetencji w osiąganiu

²³ J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, D. Westbrook, *Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej*, Gdynia: Alliance Press, 2004; *Terapia poznawcza uzależnień...*, dz. cyt.

²⁴ J. Mellibruda, Z. Sobolewska, *Wprowadzenie do psychoterapii uzależnienia...*, dz. cyt.; J. Mellibruda, Z. Sobolewska, *Integracyjna psychoterapia uzależnienia...*, dz. cyt.

ważnych celów życiowych, rozwijaniu pozytywnego stosunku do siebie, zwiększaniu motywacji i zdolności do angażowania się w realizację swoich potrzeb i świadome życie w zgodzie z zakładanym systemem wartości²⁵.

8. Analiza przypadku

Poniższy przykład przedstawia fragmenty autentycznej wypowiedzi pacjenta z rozpoznaniem uzależnienia od hazardu. Na podstawie przedstawionej w ramach retrospekcji krótkiej historii rozwoju uzależnienia i przebiegu procesu leczenia można dokonać wstępnej analizy obszarów wskazanych do pracy terapeutycznej z danym pacjentem. Punktem odniesienia są wcześniej przedstawione podstawowe zasady pracy z pacjentem uzależnionym behawioralnie.

Zacząłem grać jako młody, 19-letni chłopak. Tak po prostu z nudy i chyba trochę z ciekawości [analiza czynników wyzwających potrzebę grania, nauka strukturalizacji i planowania czasu wolnego]. Poza tym wkurzało mnie to, że wiecznie nie mam kasy i muszę ciężko pracować na studiach, ledwo co opłacając rachunki za akademik i jedzenie [praca nad przekonaniem dotyczącym pieniędzy i zarabiania]. Nie miałem znikąd wsparcia, na rodziców nigdy nie mogłem liczyć, oni sami ledwo co wiązali koniec z końcem, poza tym między nimi były wieczne kłótnie [praca nad pozyskaniem konstruktywnych źródeł wsparcia, budowanie prawidłowych relacji w rodzinie, przepracowanie trudnych doświadczeń z okresu dzieciństwa]. Myślałem wtedy, że nigdy nie skończę w takiej biedzie i upokorzeniu jak oni, i to po tylu latach pracy. Obstawiałem zakłady sportowe, totolotka, później pojawił się poker i pierwsze wizyty w kasynie. A potem to już szybko poszło, nawet nie wiem, jak minęły dwa lata.

Odkąd pamiętam, lubiłem tę adrenalinę, stan napięcia, kombinowania i działania. Czułem, że gram z całym światem – wygram czy nie wygram? Uwielbiałem te spojrzenia na mnie, grę słów i skojarzeń [praca nad lepszą regulacją emocji i radzeniem sobie ze stresem]. Miałem poczucie, że tylko wtedy coś znacze, że mając pieniądze, jestem kimś dla tych wszystkich kobiet i szarych, zwykłych ludzi [praca w obszarze prawidłowej realizacji potrzeb akceptacji i uznania]. Na początku wygrywałem, miałem wrażenie, że wszystko idzie mi łatwo, zbyt łatwo. Czułem się mocny, tak łatwo było przewidzieć pewne systemy, manipulować innymi graczami. Zbyt łatwo. Wierzyłem, że jestem w tym wyjątkowy [analiza przekonania dotyczących iluzji kontroli i poczucia mocy – złudzenie gracza].

Dopiero w terapii zdałem sobie sprawę, że chyba okłamuję sam siebie. Nie chciałem pamiętać początkowych zdarzeń: jak raz zostałem pobity, jak zawałem studia, jak ukradłem matce część pieniędzy przeznaczonych na życie, czy jak w ciągu dwóch

²⁵ J. Mellibruda, Z. Sobolewska, *Wprowadzenie do psychoterapii uzależnienia...*, dz. cyt.; J. Mellibruda, Z. Sobolewska, *Integracyjna psychoterapia uzależnienia...*, dz. cyt.

godzin wydałem całą pensję, i jak zostawiła mnie dziewczyna, którą – tak mi się wtedy wydawało – kochałem... Bolało, szczególnie to ostatnie, ale tylko przez chwilę. Pomyślałem, że jeśli nie ona, to następna – kobiet lecących na kasę jest dużo [świadomość konsekwencji grania, analiza wpływu uzależnienia na różne sfery życia oraz pełnienie ról społecznych]. Później znowu się zakochałem i założyłem rodzinę, zmieniłem się. Myślałem: jest ok – dojrzałeś, ustabilizowałeś się, jesteś ok facet, nie będziesz, głupi, grał – to przecież bagno. Tylko dlaczego wiecznie czegoś brakowało, wkurzało mnie to potulne chodzenie do pracy, denerwował mnie szef i jego wymagania, ciężko mi szła ponowna nauka na studiach. Wkurzał mnie nawet własny syn, jego marudzenie i wieczna chęć zabawy [kształtowanie umiejętności: regulacji emocji, umiejętnego odraczania gratyfikacji, realizacji własnych potrzeb, formułowania i realizacji celów życiowych]. Żona niby była ok, ale coś zmieniło się między nami, nie było już jak dawniej – oddaliliśmy się od siebie, seks też już nie ten sam [praca nad prawidłowym budowaniem bliskich relacji emocjonalnych, wzmacnianiem intymności]. Niby wszystko było dobrze, nie miałem powodu, by narzekać. Na trzy lata uspokoiłem się. Później przez przypadek zacząłem grać w totolotka, niewinnie, po prostu kilka kuponów [kształtowanie umiejętności radzenia sobie z napięciem emocjonalnym tzn. przymusem grania, praca nad konstruktywnym rozwiązywaniem problemów życiowych], a potem nawet nie wiem, jak i kiedy byłem znowu w kasynie. To były już inne stawki. W ciągu kilku lat przegrałem prawie całe dochody firmy i wartość dwóch mieszkań. Narobiłem rodzinie ogromnych długów, zaczęły się nękania moich bliskich przez paserów, żona odeszła ode mnie i zagroziła rozwodem, nie chciała dopuścić mnie do syna, miałem depresję. Czułem, że nie chcę żyć, bo niby po co? Dla kogo? Pojawił się alkohol. Przynajmniej było mi wtedy lżej, rzeczywistość mnie przerażała. Z faceta, który założył i rozkręcił własną firmę, stałem się tchórzem bojącym się wyjść na ulicę, nie miałem nikogo, byłem przerażony, że zostanie sam. I wtedy poszedłem na terapię. Do dzisiaj pamiętam ten wstyd i upokorzenie. Te myśli kłębiące się w głowie: co ja tu robię? [wzmacnianie motywacji wewnętrznej do pracy nad sobą]. Na cholerę będę siedział tu z tymi pijakami i małolatami z automatów. Myślałem wtedy: ogarnę się szybko, zaczynam od nowa i żadna siła mnie już nie zmusi do grania [zdobycie wiedzy na temat uzależnienia i mechanizmach choroby]. Po terapii nie grałem przez osiem miesięcy i potem znowu [zapobieganie nawrotom w chorobie] – nawet szkoda gadać, niby ze stresu i po kłótni z żoną [praca nad poczuciem odpowiedzialności za swoje życie], ale prawda jest taka, że chyba nosiło mnie już od kilku tygodni, jednak nie chciałem nic z tym zrobić. Tak, jakbym znowu w tym zastygł i czekał na odpowiedni moment [rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych nawrotu]. Potem powtórka z rozrywki i znowu kolejna terapia i praca nad sobą – już wiedziałem, jak to wygląda, ale teraz miałem poczucie, że to inny moment, nie miałem już nic do stracenia. Albo wygram swoje życie, albo je przegram. Teraz mija cztery lata, nadal się boję, ale nie walczę już o to, by ciągle być na świeczniku, chyba nie jestem tak silny, jak mi się wydawało. Niedawno spłaciłem już długi. Staram się odbudować relację z synem, chciałbym ułożyć sobie jeszcze życie, ale już nie chcę tej gonitwy. Dzisiaj chciałbym zwolnić, chcę wierzyć, że życie to nie gra i nie mam w nim nieograniczonej liczby szans [praca nad sensem życia, wzmacnianie procesu zdrowienia].

Zakończenie

Wspólnym mianownikiem różnych zachowań nałogowych jest fakt, że przez powtarzalność określonych zachowań osoba doświadcza różnych konsekwencji. Utrata zdolności w obszarze kontroli danych zachowań pojawia się dopiero po upływie jakiegoś czasu przy intensywnym wzorcu ich kontynuowania. W nałogowych zachowaniach kluczowe jest doznawanie skrajnych stanów emocjonalnych oraz osiągnięcie stanu rozluźnienia i relaksacji, mechanizm ten podtrzymuje podejmowanie zachowań mimo licznych strat w życiu osoby uzależnionej. Uporczywe poszukiwanie przyjemności zaczyna dominować w życiu jednostki, z czasem powtarzanie określonych zachowań prowadzi jedynie do przymusowych i rozpaczliwych prób łagodzenia cierpienia. Pomocne w kształtowaniu umiejętności panowania nad tym problemem mogą być psychoterapia i farmakoterapia.

Bibliografia

- Baumaister R.F., Heatherton T.F., Tice D.M., *Utrata kontroli*, Warszawa: PARPA Media, 2000.
- Beck A.T., Freeman A., Davis D.D., *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2005.
- Bennett-Levy J., Butler G., Fennell M., Hackmann A., Mueller M., Westbrook D., *Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej*, Gdynia: Alliance Press, 2004.
- Bergler E.M., *The Psychology of Gambling*, USA: Universities Press, 1985.
- Berne E., *Dzień dobry... i co dalej?*, Poznań: Rebis, 2007.
- Bryńska A., *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2007.
- Cierpiałkowska L., *Zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych*, w: *też, Psychopatologia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2005.
- Claiborn J.M., Pedrick C., *Jak pozbyć się złych nawyków?*, Gliwice: Sensus, 2007. *Psychologia zaburzeń osobowości – wybrane zagadnienia*, red. L. Cierpiałkowska, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM, 2004.
- Dodziuk A., Kapler L., *Nałogowy człowiek*, Warszawa: IPZ, 2007.
- Guerreschi C., *Nowe uzależnienia*, Kraków: Salwator, 2006.
- Hazard – historia, zagrożenia i drogi wyjścia*, red. B.T. Woronowicz, Poznań: Media Rodzina, 2012.
- ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*, Warszawa: IPiN, 2000.
- Killinger B., *Pracoholicy. Szkoła przetrwania*, Poznań: Rebis, 2007.
- Leahy R.L., *Techniki terapii poznawczej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2008.
- Leiblum S.R., Rosen R.C., *Terapia zaburzeń seksualnych*, Gdańsk: GWP, 2005.

- Mellibruda J., Sobolewska Z., *Wprowadzenie do psychoterapii uzależnienia*, Warszawa: IPZ, 2003.
- Mellibruda J., Sobolewska Z., *Integracyjna psychoterapia uzależnienia. Teoria i praktyka*, Warszawa: IPZ, 2006.
- Millon T., Davis R., *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005.
- Nawroty w uzależnieniach*, red. M. Gossop, Warszawa: PARPA Media, 1997.
- Ogińska-Bulik N., *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?*, Warszawa: Difin, 2010.
- Popiel A., Pragłowska E., *Psychoterapia poznawczo-behawioralna*, Warszawa: Paradygmat, 2008.
- Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2003.
- Teesson M., Degenhardt L., Hall W., *Uzależnienia*, Gdańsk: GWP, 2005.
- Terapia poznawcza uzależnień*, red. A.T. Beck, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2007.
- Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*, red. B. Bętkowska-Korpała, Warszawa: PARPA Media, 2009.
- Wallace P., *Psychologia internetu*, Poznań: Rebis, 2005.
- Waller G., Corstorphine E., *Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania*, Warszawa: MediPage, 2011.



Noty o autorach

Agnieszka Bleja

Psycholog, psychoterapeuta certyfikowany przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, nauczyciel psychoterapii ericksonowskiej w Polskim Instytucie Erickskonowskim. Absolwentka psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Od ponad dwudziestu lat pracuje w obszarze pomagania dzieciom, młodzieży i rodzinom, prowadząc psychoterapię indywidualną i rodzinną w poradni psychologiczno-pedagogicznej i w gabinecie prywatnym.

dr Przemysław Bury

Adiunkt w Instytucie Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (Zakład Badań Problemów Społecznych i Pracy Socjalnej). Jest psychologiem oraz pedagogiem zainteresowanym problematyką dewiacji i patologii społecznych oraz formami pracy socjalnej z osobami i grupami zagrożonymi wykluczeniem społecznym. Uzyskał tytuł zawodowy specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego oraz specjalisty w zakresie organizacji pomocy społecznej.

dr Monika Filipiak

Psycholog, docent na Wydziale Nauk Społecznych w Wyższej Szkole Humanistycznej im. Króla Stanisława Leszczyńskiego w Lesznie. Przez dziesięć lat była związana z Uniwersytetem im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Od wielu lat zajmuje się działalnością naukową i dydaktyczną. Jest autorką książki *Seksualność dorosłych dzieci alkoholików* oraz publikacji z zakresu psychologii i seksuologii. Swoją wiedzę i umiejętności wykorzystuje także w praktyce psychoterapeutycznej, w ramach której prowadzi terapię indywidualną, małżeńską i rodzinną. Ukończyła Studia Podyplomowe w zakresie Seksuologii Społecznej na WNE Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Kończy 4-letni Kurs Psychoterapii atestowany przez Sekcję Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w Polskim Instytucie Erickskonowskim w Łodzi.

Dorota Gołąb

Specjalista psychologii klinicznej, psychoonkolog, superwizor w zakresie psychoonkologii. Od 1992 roku pracownik Wielkopolskiego Centrum Onkologii w Poznaniu, od 2005 roku kierownik Pracowni Psychologii Klinicznej. Prowadzi zajęcia dydaktyczne m.in. dla studentów psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu w ramach ścieżki „Psychologia zdrowia i choroby” oraz dla personelu medycznego. Członek Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego.

dr Anna Gulczyńska

Psycholog, seksuolog. Aktualnie pracuje na stanowisku adiunkta w Pracowni Edukacji Zdrowotnej na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół tematów seksualności i psychopedagogiki rodziny. Łączy działalność naukowo-badawczą i dydaktyczną z indywidualną praktyką terapeutyczną w zakresie poradnictwa i terapii.

dr Barbara Jankowiak

Adiunkt w Zakładzie Promocji Zdrowia i Psychoterapii na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Jest pedagogiem, psychologiem, psychoterapeutą, seksuologiem i trenerem. Jej zainteresowania naukowe dotyczą pomocy psychologiczno-pedagogicznej w obszarze oddziaływań socjoterapeutycznych, funkcjonowania adolescentów i osób dorosłych w tradycyjnych i alternatywnych związkach intymnych oraz kształtowania postaw społecznych.

dr Ewa Kasperek-Golimowska

Wykładowca na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, kierownik Pracowni Edukacji Zdrowotnej, specjalista w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie i promocji zdrowia z zakresu mediacji, Racjonalnej Terapii Zachowania, Podejścia Skoncentrowanego na Rozwiązaniach. Jej zainteresowania naukowe i działalność dydaktyczna mieszczą się w obszarze pedagogiki zdrowia, edukacji zdrowotnej, edukacji seksualnej, promocji zdrowia i zdrowego stylu życia.

Lucyna Lipman

Psycholog, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz certyfikowany psychoterapeuta European Association for Psychotherapy, nauczyciel psychoterapii. W Polskim Instytucie Ericksonowskim prowadzi terapię indywidualną, małżeńską, rodzinną i grupową. Szkoliła się m.in. w The Milton H. Erickson Foundation (Phoenix, Az., USA). Specjalizuje się w zagadnieniach psychosomatycznych, zaburzeniach osobowości i terapii par.

Ewa Miturska

Psycholog, pedagog i politolog. Specjalista terapii uzależnienia i współuzależnienia, specjalista ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie, specjalista interwencji kryzysowej, trener umiejętności psychospołecznych, coach i psychoterapeuta poznawczo-behawioralny CBT. Wieloletni praktyk w obszarze psychoterapii uzależnień, współuzależnienia, zaburzeń osobowości, nastroju i odżywiania. Opracowała programy zajęć terapeutycznych do pracy z pacjentem z różnych grup diagnostycznych oraz scenariusze szkoleń i warsztatów z zakresu umiejętności psychospołecznych i kompetencji psychoterapeutycznych. Wykładowca akademicki, autor wielu publikacji z zakresu psychoterapii i rozwoju osobistego.

Katarzyna Poniatowska-Leszczyńska

Psycholog, certyfikowany psychoterapeuta, superwizor szkoleniowy Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego (KCP), certyfikowany socjoterapeuta i superwizor socjoterapii PTP (nr cert. 36), trener I stopnia PTP. Absolwentka psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu – specjalność kliniczna. Kwalifikacje do prowadzenia psychoterapii uzyskała, kończąc czteroletnią Szkołę Psychoterapii KCP – szkolenie rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Dyrektor Poznańskiej Pracowni Psychoterapii. Ma kwalifikacje i doświadczenie w prowadzeniu psychoterapii indywidualnej i grupowej.

Alina Rękoś

Psycholog z wieloletnim doświadczeniem zawodowym, specjalista w zakresie psychologii klinicznej, psychoterapeuta. Pracuje m.in. w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie. Od trzydziestu lat prowadzi prywatną praktykę, zajmując się psychoterapią indywidualną oraz terapią rodzinną. Swoją pracę poddaje systematycznej superwizji.

dr Dariusz P. Skowroński

Psycholog (Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu) i seksuolog kliniczny (PTS). Doktorat ukończył na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu w 2002 roku, badając obszar normy seksualnej. W 2005 roku wyjechał z Polski, kontynuując karierę akademicką na uniwersytetach w Australii, Singapurze oraz Japonii – szkolił się tam klinicznie i pracował psychoterapeutycznie. Obecnie pracuje w Tokyo na Waseda University, Sophia University oraz Temple University Japan Campus, oraz prowadzi terapię seksuologiczną i psychologiczną w gabinecie stacjonarym oraz online.

dr Emilia Soroko

Psycholog, adiunkt w Zakładzie Psychologii Zdrowia i Psychologii Klinicznej w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Zajmuje się psychologiczną problematyką diagnozowania, szczególnie klinicznej diagnozy zaburzeń osobowości, a także psychologią narracji i analizą autonarracji opowiedzianych.

dr Katarzyna Szymańska

Psycholog kliniczny, wieloletni nauczyciel akademicki na Uniwersytecie Łódzkim. Ukończyła międzynarodowe szkolenie w ZIST (Niemcy), organizowane przez The Milton H. Erickson Foundation (Phoenix, Az., USA) oraz całonocne szkolenie z zakresu terapii ericksonowskiej w Polskim Instytucie Ericksonowskim pod kierunkiem Krzysztofa Klajsa, z udziałem zagranicznych terapeutów, uczniów M.H. Ericksona. Od dwudziestu lat w ramach praktyki terapeutycznej prowadzi terapię indywidualną, rodzinną, małżeńską i grupową. Jest superwizorką SNP, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz superwizorką Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Jest nauczycielem psychoterapii i dyrektorem do spraw szkoleń w Polskim Instytucie Ericksonowskim w Łodzi.

dr Katarzyna Waszyńska

Psycholog, seksuolog kliniczny, specjalista w zakresie terapii stresu pourazowego, doradca w problemach małżeńskich i rodzinnych, specjalista drugiego stopnia w zakresie edukacji seksualnej. Jest adiunktem w Zakładzie Promocji Zdrowia i Psychoterapii na

Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (kierownik i koordynator specjalności socjoterapia i promocja zdrowia, kierownik Studiów Podyplomowych Seksuologii na Wydziale Studiów Edukacyjnych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu). Jej zainteresowania naukowe skupiają się na zagadnieniach związanych z psychologią, seksuologią i terapią. Obejmują także promocję zdrowia seksualnego i edukację seksualną ujmowane jako integralny element edukacji zdrowotnej. Okresowo współpracuje z ośrodkami telewizyjnymi w ramach programów publicystycznych i edukacyjnych. Działalność kliniczną terapeutyczną w Poznaniu prowadzi od 1997 roku.

dr Agata Woźniak

Pedagog specjalny, terapeuta. Aktualnie wykłada w Gnieźnieńskiej Szkole Wyższej Millennium w Gnieźnie. Zajmuje się zagadnieniami dotyczącymi pomocy psychologiczno-pedagogicznej: poradnictwem rodzinnym, coachingiem rodzicielskim, interwencją kryzysową, a także szeroko rozumianą terapią pedagogiczną. Oprócz działań dydaktyczno-szkoleniowych, prowadzi własną praktykę oraz współpracuje z publicznym przedszkolem jako specjalista w zakresie porad i konsultacji dla rodziców. Pracuje w modelu opartym na współpracy, integrując podejście systemowe oraz Podejście Skoncentrowane na Rozwiązaniach.