

WGLĄD

Luty

Rok 7, numer 22

PSYCHOTERAPIA

Jacek Pasternak, Krzysztof Klajs

Czy wgląd w psychoterapii
ma znaczenie?

Rozmowa z prof. Alanem Fruzzettim

O tajemnicach terapii DBT

BIULETYN INSTYTUTU PSYCHOLOGII
KOLEGIUM NAUK SPOŁECZNYCH
UNIwersytet RZESZOWSKI



W numerze

| | |
|--|----|
| Andrzej Łukasik Psychotherapeia – antidotum na myśli | 4 |
| Anna Batory-Ginda Podejście psychodynamiczne w psychoterapii | 6 |
| Jacek Pasternak, Krzysztof Klajs Czy wgląd w psychoterapii ma znaczenie? | 9 |
| Anna Englert-Bator Psychoterapia poza granicami myśli: moje spotkanie z psychoterapią poznawczo-behawioralną | 13 |
| Alan Fruzzetti, Anna Englert-Bator Od dialektyki do harmonii emocji: rozmowa o tajemnicach terapii DBT | 17 |
| Katarzyna Sikora, Piotr Sikora Umiejętności DBT | 23 |
| Kawiarenka psychologiczna Troska | 27 |
| Z badań psychologicznych na świecie | 31 |
| Słow(n)ik psychologiczny Przeniesienie | 31 |
| Mistrzowie psychologii Prof. dr hab. Maria Braun-Gałkowska | 32 |
| Emilia Dziuban Projektowanie przyszłości z naturą – warsztaty | 34 |
| Poziom wiedzy z zakresu pojęć dotyczących społeczności LGBTQ+. Wyniki ankiety KNS UR equal | 37 |
| Czy wiesz, że... | 40 |
| Recenzje | 40 |
| Techniki terapeutyczne | 41 |
| OPOWIADANIA NIE ZAWSZE Z MORAŁEM | |
| Jacek Pasternak Magiczny kamień z Księżycą | 42 |

WGLĄD

Rok 7, numer 22

Luty

Skład redakcji

Dr hab. Andrzej Łukasik, prof. UR
redaktor naczelny

Dr Tomasz Gosztyła
zastępca redaktora naczelnego

Dr Małgorzata Marmola
redaktor merytoryczna

Dr Anna Wańczyk-Welc
redaktor merytoryczna

Dr Anna Englert-Bator
redaktor merytoryczna

Dr Anna Lenart
redaktor merytoryczna

Adres redakcji

ul. Ówiklińskiej 1

35-601 Rzeszów

ips.wglad@ur.edu.pl

<https://www.ur.edu.pl/pl/kolegia/kolegium-nauk-spoecznych/jednostki-naukowe/institut-psychologii/biuletyn-psychologiczny>



Redakcja zastrzega sobie
prawo skracania tekstów



23. miesiąc inwazji na Ukrainę

Andrzej Łukasik

Psychotherapeia – antidotum na myśli



Ten numer „Wglądu” poświęcamy psychoterapii. Psychotherapeia to leczniczy wpływ relacji między ludźmi. Relacja taka oparta jest głównie na rozmowie, ale może korzystać z innych technik, na przykład angażujących ciało klienta. Psychotherapeia może być indywidualna – to relacja twarzą w twarz między klientem a terapeutą oraz grupowa, gdy jeden lub więcej terapeutów pracuje w grupie z kilkoma osobami jednocześnie.

Jeśli zdefiniujemy psychotherapeię jako rozmowę, wtedy można przypuszczać, że w zasadzie nawet zwykła rozmowa prowadzona przez ludzi w celu poprawy samopoczucia czy pomocy w rozwiązaniu trudnego problemu osobistego innego człowieka jest psychotherapeią. To prawda. Wsparcie przez rozmowę uzyskiwane od innych osób: dalszych przyjaciół, rodziny, jest w wielu sytuacjach kluczowe dla dobrostanu człowieka i ochrony przed skutkami nieszczęść. Współcześnie często ma ono formę zorganizowaną, np. w postaci ruchu Anonimowych Alkoholików, grup wsparcia dla rodziców dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu czy dla pacjentów z różnymi chorobami somatycznymi. Ale wieki temu, daleko w głębi naszej ewolucyjnej przeszłości, wsparcie uzyskiwane od osób z własnej społeczności, przede wszystkim krewnych, miało podobną funkcję. I to do dziś się nie zmieniło.

Jednakże relacja i rozmowa psychotherapeutyczna różnią się od zwykłej „leczniczej” rozmowy. Na ten temat można napisać książkę, ale krótko mówiąc: rozmowa taka przebiega według określonych reguł specyficznych dla konkretnego podejścia terapeutycznego. Jest prowadzona ze specjalistą, który ma naukową, rzetelną wiedzę i umiejętności. Terapeuta swoją wiedzę i umiejętności wciąż rozwija, a także kieruje się zasadami etycznymi, których celem jest najwyższe dobro klienta. Nie jest to też zwykła rozmowa i relacja, bo najważniejszym „narzędziem” pracy jest tak naprawdę osobowość samego terapeuty i jego zasoby intelektualne. Mówiąc kolokwialnie, „pracuje on sobą” i dlatego

relacje z różnymi terapeutami są niepozwtarzalne.

Rodowody psychotherapeii

Rodowodu psychotherapeii można szukać – jak wszystkiego w europejskiej kulturze – w starożytności. Kay Jamison, profesor psychiatrii w Johns Hopkins School of Medicine, pisze, że na przykład kapłani w IV w. p.n.e. w świątyniach boga sztuki lekarskiej Asklepiosa (asklepiojonach) byli szkoleni w leczeniu cierpienia. Uczyli się aplikowania uspokajających lub ożywiających ziół. Stosowali złożone rytuały lecznicze. W asklepiojonach składano ofiary Asklepiosowi i świątynnym węzom. Towarzyszył temu modlitewny śpiew i święte światło. Ciepłoty, uspieni sugestią lub narkotykami, spali w specjalnych miejscach w obrębie sanktuarium. Czekali, aż przyjdzie kapłan, przeanalizuje ich sny i zaleci lekarstwa. Asklepiojony były odpowiednikami dzisiejszych przychodni lekarskich, może nawet poradni zdrowia psychicznego.

Psychotherapeia nie jest jednakże odkryciem zrodzonym w łonie kultury europejskiej. Każda kultura i każda społeczność w jej obrębie praktykowała jakąś formę psychotherapeii. Psychotherapeię grupową są obrzędy i rytuały towarzyszące różnym ważnym dla społeczności wydarzeniom: religijnym, inicjacyjnym w okres dojrzałości, zawieraniu małżeństw, uświetniające zdarzenie będące dla tej społeczności częścią jej mitu założycielskiego i grupowej tożsamości. Istotne jest to, że każdy rytuał nasycony jest symboliką zawartą w przedmiotach, gestach, ruchach, kolorach. Rytuał odwołuje się do znaczeń umownych, często zrozumiałych jedynie dla osób biorących w nim udział.

Obrzędy bywają niezwykle brutalne i bolesne dla uczestników. Antropolog Dimitris Xygalatas, badacz rytuałów, opisuje Thaipusam Kavadi, pielgrzymkę na cześć hinduskiego boga Murugana odbywaną przez Tamilów na Mauritiusie. Świątynia, do której podążają pielgrzymi, znajduje się na wzgó-

rze. Pielgrzymi przekuwają sobie ciało, nawet pozwalają wbić w swoje policzki kilkumetrowe pręty, które muszą podtrzymywać rękami, aby nie doznać ciężkiego uszkodzenia twarzy i głowy. Uczestnicy niosą też na barkach ciężkie ołtarze (*kavadi*). Procesja trwa kilka godzin, a na końcu pątników czeka wielostopniowe podejście do świątyni. Cały rytuał odbywa się w palącym słońcu.

Badania antropologiczne wykazują, że obrzędy grupowe – także te ekstremalne, a nawet przede wszystkim te – zwiększają spójność społeczności. Uczestnicy udział w nich traktują jako wielki zaszczyt i odczuwają mniejszy lęk egzystencjalny. Doznanie to jest doświadczeniem głównych aktorów, jak i obserwatorów obrzędów, ale ci pierwsi odczuwają je w większym stopniu. Zresztą już oczekiwanie na taką uroczystość przez członków społeczności, przygotowania oraz emocjonalne napięcie są silnymi czynnikami spajającymi grupę. W taki sposób, za pomocą obrzędu, grupa tworzy „wewnętrzne poczucie mocy”, swoją zdolność do rzucenia wyzwania światowi zewnętrznemu i płynącemu z niego lękowi.

Szukając korzeni psychotherapeii, trzeba także spojrzeć jeszcze dalej w głąb historii, na szamanizm. Szamanizm jest prawdopodobnie najstarszą religią. Występuje przede wszystkim w małych społecznościach w wielu częściach świata, a rytuały odgrywają w nim zasadniczą rolę. Szamanizm opiera się na teatralnym obrzędzie, często połączonym z transem i odurzeniem środkami halucynogennymi, oraz pierwszoplanowej aktorskiej roli szamana. Szamani w dawnych społecznościach – i często we współczesnych – wypełniali rolę psychotherapeutów. Wbrew potocznym wyobrażeniom – jak podkreśla Marlene de Rios, badaczka zjawiska, antropolog i psychotherapeutka – szamani są w pełni racjonalnymi osobami. Mają szeroką wiedzę o leczeniu środkami dostępnymi w przyrodzie, o pomaganiu osobom z zaburzeniami psychicznymi.

mi. Ich leczniczy wpływ wynika także z ich wysokiej pozycji społecznej ze względu na osobisty i oparty na prawie wyłączności kontakt z istotą nadnaturalną – bóstwem. Taki kontakt wzmacnia siłę ozdrowieńczych szamańskich praktyk. Ostatnio zwraca się uwagę na lecznicze możliwości psylocybiny występującej w niektórych grzybach. Psylocybinę od dawna stosowali szamani, stymulując serotoninowy i dopaminowy system mózgowy. Według Michaela Winkelmana z Arizona State University dokonujące się przez tę stymulację rozszerzanie możliwości poznawczych człowieka mogło być jednym z czynników napędzających jego ewolucję.

Elementem łączącym wszystkie powyższe przykłady jest wskazanie, iż psychoterapia jest pewnego rodzaju rytuałem. Nie ma ona dziś co prawda tak scenicznej oprawy jak kiedyś, terapeuta nie krąży wokół pacjenta jak szaman, ale wciąż istnieją różne elementy rytuału, także mające znaczenie symboliczne. Wystarczy wspomnieć o sławnej kozetce w gabinecie Zygmunta Freuda, na której pacjenci snuli swoje opowieści, a te były później analizowane przez ojca psychoanalizy. Opublikowane niedawno badania Joanny Wojtkowiak i współpracowników z University of Humanistic Studies w Utrechcie wykazały, że terapeutycznymi rytuałami są także niektóre techniki stosowane w pracy nad żałobą towarzyszącą śmierci: medytacja, symboliczna komunikacja ze zmarłym lub wyimaginowanym przyjacielem i inne rodzaje ekspresji symbolicznej. Tak więc rytualna oprawa psychoterapii istnieje i to jest też jedna z cech odróżniających relację terapeutyczną od sytuacji, gdy np. przyjaciel wspiera przyjaciela konkretną radą czy kobieta ze łzami w oczach opowiada przyjaciółce o zdradzie męża.

Psychoanaliza – w kierunku wnętrza człowieka

„Psychotherapeia”, czyli antidotum na myśli, to termin, który został ukuty przez londyńskiego chirurga Waltera Dendy’ego w jego traktacie *Psyche* z 1853 roku. Psychiatra Daniel Tuke zaadaptował ten termin jako „psychoterapię” dwie dekady później, używając go do opisu uzdrawiającej mocy umysłu, zwłaszcza wyobraźni, nad ciałem. I w ten sposób znaleźliśmy się w wieku XIX, dla psychologii, psychiatrii i psychoterapii – wieku o wielkim znaczeniu. Wiele się wtedy zdarzyło...

Pod koniec XIX wieku powstał pierwszy kierunek w psychoterapii – psychoanaliza stworzona przez Zygmunta Freuda. Psychoanaliza to głęboka koncepcja człowieka, powstawania zaburzeń, ale również metoda psychoterapii podkreślająca rolę odkrywania nieświadomej treści psychiki pacjenta jako warunku wyzwolenia z cierpienia. Psychoanaliza – z początku mająca tylko małe grono zwolenników, a większe przeciwników – z czasem jednak spotężniała w wielki nurt obejmujący Europę i USA, istniejący do dziś jako wariant tzw. podejścia psychodynamicznego. Freud skupiał się na wewnątrzpsychicznym konflikcie między biologicznymi popędami człowieka a jego superego – przyswojonymi od społeczeństwa zasadami moralnymi. Nierozwiązany konflikt między biologiczną warstwą natury człowieka a warstwą społeczną w nieunikniony sposób prowadzi do nerwic. Freud wdrożył psychoanalizę jako metodę terapii: rozmowę, hipnozę, wolne skojarzenia, analizę wypowiedzi pacjenta i symboliki snów. Prowadził pacjenta do katharsis – oczyszczenia z napięcia emocjonalnego i tłumionych emocji. Przy okazji historia zatoczyła koło. Rewolucja francuska z 1789 roku zmiotła nie tylko Bastylię, monarchię Burbonów, ale też okrutne więzienia-przytułki dla osób chorych psychicznie. Nastąpiło ich wyzwolenie i wprowadzono nowe, humanitarne warunki opieki i hospitalizacji (więcej na ten temat w numerze 15. „Wglądu” w artykule „Leczenie ciemności”). Symbolem tej przemiany jest szpital Salpêtrière w Paryżu, który po rewolucji francuskiej uwolnił z nieludzkich warunków pacjentów. Ten sam szpital wiele lat później dla Freuda stał się miejscem pobierania cennej nauki, bo tam sławny profesor Charcote leczył przypadki hysterii.

Terapia behawioralno-poznawcza – toksyczne myśli i uczenie się

Po psychoanalizie przyszedł czas na nowy, silny kierunek w psychoterapii – psychoterapię behawioralno-poznawczą (CBT). Ten kierunek – podobnie jak psychoanaliza – rozwija się także współcześnie. Psychoterapia poznawczo-behawioralna odwołuje się do wspólnych założeń teoretycznych. Według nich dysfunkcyjne zachowania i emocje człowieka można wyjaśnić na podstawie teorii uczenia się i uwzględ-

nienia pośredniczącej roli procesów poznawczych. CBT powstała w latach 60. ub. wieku i inspirowana była m.in. coraz większą frustracją psychoanalizą.

Podwaliny pod terapię behawioralno-poznawczą położyli m.in. tacy „frustraci” jak Aaron Beck i Albert Ellis. Psychiatra Aaron Beck jest twórcą znanej teorii i terapii depresji, według której to negatywne, toksyczne myśli ułożone w tzw. triadę depresyjną są główną przyczyną choroby. Jądem problemu jest spostrzeżenie siebie i świata poprzez perspektywę „zawsze” i „wszystko” prowadzącą do pesymizmu: 1) jestem wadliwy lub nieadekwatny; 2) wszystkie moje dotychczasowe doświadczenia wskazują jedynie na porażki lub niepowodzenia oraz 3) przyszłość jest beznadziejna. Jak zauważyła Sarah Marks, badająca historię psychoterapii, CBT sięga korzeniami do greckiej, w szczególności stoickiej myśli, i maksymy: „Ludzie są niepokojeni nie przez rzeczy, ale przez myśli, które traktują jak rzeczy”. Droga ku wyleczeniu prowadzi zatem poprzez „wymianę” myśli przygnębiających, utrwalonych i uszywnionych, będących dla pacjenta fizyczną „rzeczą”, na bardziej realistyczne. Z kolei psycholog Albert Ellis to twórca terapii racjonalno-emotywniej (REBT). REBT to podejście zorientowane na działanie, które koncentruje się na pomaganiu ludziom w radzeniu sobie z irracjonalnymi przekonaniami oraz uczeniu się, jak kierować swoimi emocjami, myślami i zachowaniami w zdrowszy sposób.

W zasadzie powinniśmy mówić o psychoterapiach, a nie psychoterapii. Już opisałem dwa główne kierunki: psychoanalizę i psychoterapię behawioralno-poznawczą, a jest ich znacznie więcej. W dodatku w obrębie każdego istnieją odrębne nurty teoretyczne i terapeutyczne. Psychologowie zazwyczaj korzystają z jednego lub syntetycznie z kilku z nich. Każda perspektywa teoretyczna działa jak mapa drogowa, która pomaga psychologowi zrozumieć swoich pacjentów i ich problemy oraz opracować rozwiązania. Ludzie wciąż unikają psychoterapii, bojąc się stygmatu osoby słabej lub chorej psychicznie. Na szczęście przez ostatnie lata wiele się w tym zakresie zmieniło na lepsze. Coraz więcej osób, także w Polsce, wybiera psychoterapię. Warto rozważyć psychoterapię, gdy kogoś dopadnie kryzys lub nieszczęście. Psychotherapeia naprawdę działa.

Anna Batory-Ginda

Podejście psychodynamiczne w psychoterapii



Psychoterapia psychodynamiczna wyłania się z długiej historii nurtu psychoanalitycznego – od klasycznej psychoanalizy Sigmunda Freuda, przez *psychologię ego*, aż do najbardziej współczesnych *teorii relacji z obiektem* i *psychologii self*. Perspektywy te istotnie się różnią, choć pozostają ze sobą w teoretycznej i funkcjonalnej współzależności, stanowiąc kolejne odsłony myśli psychoanalitycznej.

Współcześnie podkreśla się ich komplementarność i możliwość integracji w praktyce klinicznej, jednak – jak przypomina Fred Pine (1990) w książce *Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work* – wyłanianie się kolejnych szkół nie odbywało się bez koncepcyjnych walk. Przykładowo, *psychologię ego* traktowano jako dyplomatyczny wybieg, który miałby sprzyjać zaakceptowaniu psychoanalizy przez szersze

gremia odbiorców. Skupienie się na mechanizmach obronnych ego pozwalało bowiem dystansować się od zagrażających twierdzeń dotyczących popędów – seksualnego i agresywnego. Z kolei *teoriom relacji z obiektem* wypominano, że przedkładają relacje z osobami znaczącymi nad popędy i umniejszają wagę kompleksu Edypa. Natomiast *teorii self* Kohuta zarzucano, że ujmuje popędy jako podporządkowane

self, a konflikty popędowe jako objawy zaburzeń.

Psychoterapia psychodynamiczna – charakterystyka

Zakorzenie w psychoanalizie sprawia, że terminy terapia „psychoanalityczna” i „psychodynamiczna” bywają stosowane zamiennie, co jest znacznym uproszczeniem. Mówiąc o podejściu psychoanalitycznym, odnosimy się zazwyczaj do klasycznej psychoanalizy i szkół w największym stopniu nawiązujących do jej korzeni. Natomiast podejście psychodynamiczne w głównej mierze bazuje na *teoriach relacji z obiektem* i *teoriach self*, będących ich pokłosiem. W znacz-



nym stopniu czerpie również z *teorii ego*. Odmienne podstawy teoretyczne przekładają się na inny sposób pracy i stosowane techniki.

Wbrew powszechnym opiniom podejście psychodynamiczne nie oznacza koncentracji na dzieciństwie w celu rozwiązania obecnych problemów pacjenta. Istotnie, źródła aktualnych trudności tkwią we wcześniejszych doświadczeniach, jednak terapia skupia się przede wszystkim na „tu i teraz”, na aktualnym doświadczeniu i obecnych sposobach działania. Oczywiście spojrzenie wstecz pozwala wskazać potencjalne źródła obecnego stanu i kontekst rozwojowy ich powstania, jednak praca terapeutyczna ogniskuje się na teraźniejszości. To oczywiście nie wyklucza wracania do przeszłości i przywoływania wspomnień z każdego okresu życia. Terapia jest czasem spontanicznej aktywności pacjenta (choć oczywiście kierowanej również przez terapeutę), który opowiada o wszystkim, co jest dla niego ważne, ale również o tym, co nie wydaje się kluczowe, ale z jakichś względów pojawia się w umyśle. Treść swobodnych skojarzeń bywa kluczem do poznania tego co przedświadome, czyli na granicy świadomego poznania, a dzięki temu możemy uzyskać pewne rozpoznanie tego co nieświadome, czyli z gruntu niedostępne.

Proces leczenia prowadzący do trwałych pożądaných zmian w życiu pacjenta najczęściej ma charakter długoterminowy, nie rzadko trwa kilka lat. Uznaniem cieszy się również nurt krótkoterminowej psychoterapii psychodynamicznej. W tym kontekście należy podkreślić, że w ujęciu psychodynamicznym za miarę skuteczności psychoterapii uznaje się przede wszystkim głęboką zmianę na poziomie struktury osobowości, tak by była ona bardziej zintegrowana, spójna, dojrzała. To z kolei przekłada się na jakościowo inne, bardziej optymalne i satysfakcjonujące sposoby

radzenia sobie w świecie. Usunięcie objawów, z którymi pacjent się zgłosił, jest ważnym, ale niewystarczającym kryterium dobrze przeprowadzonego procesu terapeutycznego. Objawy były przecież skutkiem czegoś bardziej ukrytego, co musi ulec modyfikacji, aby zmniejszyć ryzyko nawrotu problemów. Objawy mogą zniknąć jako skutek wspierającej aktywności terapeuty, ale nie oznacza to, że efekt ten utrzyma się po zakończeniu spotkań.

Teorie relacji z obiektem

Kluczowe dla współczesnego rozumienia psychiki w perspektywie psychodynamicznej są *teorie relacji z obiektem*. Zakładają one, że system Ja i osobowość kształtują się poprzez uczestnictwo w relacjach z osobami znaczącymi, począwszy od pierwszego opiekuna, którym zazwyczaj jest matka. Bycie w bliskiej relacji jest źródłem doświadczeń, które przekładają się na sposób postrzegania siebie samego, innych ludzi i świata oraz styl wchodzenia w relacje. Innymi słowy, wczesnodziecięce doświadczenia są uwewnętrzniane i stanowią matrycę powstającej osobowości. Można metaforycznie powiedzieć, że nasz umysł zamieszkuje obrazy różnych osób, z którymi relacja była na tyle znacząca, że „zakodowaliśmy” ją w postaci pewnych wzorców i związanych z nimi kluczowych doświadczeń. Co więcej, mamy ograniczony wgląd w to, jak ten wewnętrzny, nieco ukryty świat oddziałuje na nasze obecne funkcjonowanie. Sytuację komplikuje fakt, że wczesnodziecięce doświadczenia mogą być uwewnętrzniane w sposób zniekształcony. Nie mamy pewności, czy występujący u kogoś obraz świata jako zagrażającego powstał wyłącznie na bazie mało troskliwej opieki rodziców czy też obraz chłodnych emocjonalnie i porzucających opiekunów był po części wytworem zniekształconej percepcji dziecka. Właściwości temperamentalne i genetycz-

nie uwarunkowane predyspozycje do zaburzeń psychicznych mogą przyczyniać się do zniekształconego spostrzegania innych. Byłoby nieostrożnością zakładać, że źródłem trudności psychicznych człowieka dorosłego są wyłącznie niesprzyjające oddziaływania środowiska rodzinnego w okresie wczesnodziecięcym.

Nieświadomość

Choć nurt psychodynamiczny w psychoterapii jest wewnętrznie zróżnicowany, to cechą wspólną różnych szkół w tym obszarze jest głębokie spojrzenie na funkcjonowanie psychiki z uwzględnieniem nieświadomego jej poziomu. To, że większość procesów poznawczych, w tym decyzyjnych, przebiega na poziomie nieświadomym, wydaje się obecnie niepodważalne, co potwierdziły liczne badania naukowe na gruncie współczesnej psychologii akademickiej. Nasze motywacje, cele, decyzje romantyczne, rodzicielskie, wyborcze czy konsumenckie wynikają z działania procesów nieświadomych (Bargh, 2018). Oczywiście psychoterapia psychodynamiczna w nieco inny sposób rozumie źródła i rolę nieświadomości w funkcjonowaniu psychiki, jej mechanizmy i treści w niej zawarte. W procesie terapii uwaga skupiona jest na świadomym i nieświadomym poziomie funkcjonowania, ze szczególnym uwzględnieniem tego, że źródła problemów pacjenta mogą tkwić w tym ostatnim. To, co dzieje się „pod powierzchnią” świadomości, może (do pewnego stopnia) zostać uświadomione i przepracowane w takim kierunku, aby zmienić dotychczasowy sposób rozumienia siebie i świata. Przykładowo, pozbycie się lęku przed wchodzeniem w relacje wymaga pewnie zrozumienia, że relacje służą dobrostanowi, i nauczenia się, jak inicjować i podtrzymywać kontakty. Jednak refleksja nad wartością kontaktów interpersonalnych i nabycie kompeten-

cji w ich nawiązywaniu mogą się okazać niewystarczające. Osoby doświadczające poczucia osamotnienia mają przecież świadomość, że wejście w rela-

Konflikty

Obok nieświadomości drugim kluczem do zrozumienia życia psychicznego jest rozpo-

Kluczowe dla rozumienia psychiki w perspektywie psychodynamicznej są teorie relacji z obiektem. Zakładają one, że osobowość kształtuje się poprzez uczestnictwo w relacjach z osobami znaczącymi, począwszy od pierwszego opiekuna, którym zazwyczaj jest matka...

cje dobrze by im zrobiło, i nie-rzadko wiedzą, jak można by to zrobić, jednak utrwalone mechanizmy myślenia i doświadczania sprawiają, że tę „wiedzę i kompetencje” trudno im wcielić w życie. U podłoża trudności mogą tkwić głębiej zakotwiczone przekonania i uczucia uniemożliwiające wprowadzenie zmian, które na poziomie racjonalnym wydają się łatwe do wprowadzenia. W psychoterapii, która jest leczeniem poprzez rozmowę, pacjent przygląda się swoim doświadczeniom, myślom i emocjom, które im towarzyszą, zauważa jakąś regularność i powtarzalność w różnych obszarach swojego funkcjonowania bądź też ich brak. W relacji terapeutycznej doświadczą też uczuć, które pozwalają mu bardziej wieloaspektowo spojrzeć na swoją sytuację, poszerzyć horyzont myśli i działań. W optymalnych warunkach i w dłuższej perspektywie czasu proces psychoterapeutyczny zmierza do tego, aby pacjent, który nie pozbędzie się przecież wszystkich konfliktów wewnętrznych (bo jest człowiekiem!), potrafił w większym stopniu doświadczać siebie i innych w sposób pełny i harmonijny.

znanie w nim obszarów konfliktowych. Spostrzeganie osobowości w kategoriach wewnętrznych napięć nie jest wyłączną domeną psychoanalizy, ale się z niej wywodzi. Podejście psychodynamiczne podkreśla wewnętrzną złożoność i różnorodność osobowości, jej poziomu świadomego i nieświadomego. Nasze życie psychiczne rozumiane jest w kategoriach konfliktu, który toczy się między miłością i agresją, między wewnętrznymi impulsami a koniecznością uwzględnienia zewnętrznych standardów czy też między różnymi sposobami zaspokajania pragnień i potrzeb. Konflikt przynależy do naszej natury i jest źródłem dynamiki osobowości. W tym sensie jest nieunikniony i potrzebny. Praca psychoterapeutyczna nie skupia się na usuwaniu konfliktów (bo to wydaje się niemożliwe, ale też niepożądane), lecz na ich eksplorowaniu i ustanawianiu twórczych sposobów radzenia sobie z nimi. Wizja wewnętrznie skonfliktowanego człowieka, targanego popędami, na które nie ma wpływu, a co gorsza, których często nie jest świadomy – to nieco uproszczone i szkodliwy obraz psychodynamicznego ujęcia jednostki.

Pogłębiona analiza literatury przedmiotu pokazuje, że współczesne podejścia psychodynamiczne (i psychoanalityczne) tyleż skupiają się na konflikcie, co podkreślają patrzenie na osobę jako zintegrowaną całość. Jak zauważa Fred Pine (1990), życie psychiczne zorganizowane jest na różnych poziomach, stąd poznając osobę, staramy się zrozumieć nie tylko jej – nie zawsze uświadomione – pragnienia (perspektywa freudowskiej psychologii popędu), ale też sposoby przystosowania się do otoczenia (perspektywa psychologii ego i mechanizmów obronnych) oraz relacje interpersonalne, które osoba uwewnętrznia (niekiedy w zniekształconej formie) i przekłada na swój niepowtarzalny sposób rozumienia siebie i innych (teorie relacji z obiektem); a ponadto zrozumieć jej subiektywne doświadczenia związane z poczuciem podmiotowości, autentyczności, sprawczości i własnej wartości (perspektywa psychodynamicznej psychologii *self*).

Cytowane prace u autorki tekstu



Jacek Pasternak*, Krzysztof Klajs**

Czy wgląd w psychoterapii ma znaczenie?

Przez wgląd rozumie się czynnik leczący w psychoterapii, którego podstawą jest poznanie i rozumienie. To uzyskiwanie przez pacjenta świadomości własnych motywów, odczuć, impulsów, relacji z innymi ludźmi, których poprzednio nie był w ogóle świadomy lub których dobrze nie rozumiał. W psychoanalizie mówi się raczej o wglądzie w nieświadomość, ale też polega on na zrozumieniu mechanizmu powstawania nerwicy.

W 1909 roku Sigmund Freud odwiedził Stany Zjednoczone z serią wykładów. Moment zbliżania się ojca psychoanalizy do amerykańskiego lądu przedstawili twórcy filmu *Niebezpieczna metoda*. Freud w rozmowie z Carlem Gustavem Jungiem powiedział: „Myśli pan, że zdają sobie sprawę, że przywozimy im zarazę?”. I rzeczywiście, „zaraza” psychoanalitycznej konceptualizacji funkcjonowania psychicznego człowieka, patomechanizmu powstawania zaburzeń psychicznych oraz zasad zalecanej terapii rozprzestrzeniła się na USA i inne kraje na długi czas. Można to zauważyć chociażby w deklaracjach niektórych pacjentów podających się psychoterapii, bazujących na dostępnych publikacjach, którzy mówią, że chcieliby wrócić do przeszłości, poznać źródło swoich problemów, zrozumieć je, i myślą, że wtedy ustąpią uciążliwe objawy psychopatologiczne, zostaną wyleczeni.

Wgląd jako czynnik leczący w psychoterapii

Przez wgląd rozumie się czynnik leczący w psychoterapii, którego podstawą jest poznanie i rozumienie. To uzyskiwanie przez pacjenta świadomości własnych motywów, odczuć, impulsów, relacji z innymi ludźmi itd., których poprzednio nie był w ogóle świadomy lub których dobrze nie rozumiał. W psychoanalizie mówi się raczej o wglądzie w nieświadomość i przeniesienia (popędy, potrzeby, wzorce tworzenia relacji i związane z nimi emocje), ale też polega on na zrozumieniu mechanizmu powstawania nerwicy (zaburzeń lękowych i innych związanych z występowaniem lęku). Wglądem może być wyjaśnienie: „Ponieważ ma Pan w rodzinie relacje typu X, to ma Pan objawy Y. Jeżeli zmieni Pan relacje, to ustąpią objawy”. Problem w tym, że osoby neurotyczne potrafią zmienić relacje w małym stopniu. Pacjenci z głębszymi zaburzeniami, ze słabym ego, są w znacznie mniejszym stopniu zdolni do wprowadzenia w życie wniosków z wglądu. Sami psychoanalitycy zwracają uwagę, że wgląd i pożądana

zmiana o charakterze terapeutycznym są często znacznie oddalone w czasie, to znaczy, że za wglądem niekoniecznie idą w parze zmiany w sposobie przeżywania, relacjach społecznych i realizacji ważnych zadań życiowych. Gdy treść wglądu jest przykra lub wstydliva, to nieświadomość stosuje mechanizmy obronne powodujące bardziej „zapomnienie” wglądu niż zmienianie czegokolwiek ważnego w sobie (opór). W psychoanalizie i innych terapiach wywodzących się z tego nurtu zaleca się wtedy wielokrotne powtarzanie wglądu, nawet przez długi czas, co pozwala lepiej radzić sobie z jego nietrwałością. Wgląd jest aktywnością wewnętrzną pacjenta, ale to działania terapeuty, zwłaszcza interpretacje, najczęściej go inicjują (Grzesiuk, 2005).

Od czasów Freuda wiele zmieniło się w psychoterapii, lecz swoisty dwusuw mechanizmu leczenia: wgląd, zrozumienie przyczyn powstawania zaburzenia – poprawa funkcjonowania, ustąpienie objawów psychopatologicznych, nadal funkcjonuje. Co ciekawe, psychoanaliza bada irracjonalność pacjenta, jego nieświadome potrzeby, popędy, konflikty, ale sama pokłada ufność w rozumie, bazuje na racjonalnym, logicznym myśleniu.

Charakterystyka podejścia ericksonowskiego w psychoterapii

W 1909 roku Milton H. Erickson był 8-letnim chłopcem i nie wiedział jeszcze, że w przyszłości czeka go kontakt z wirusem polio oraz „zarazą” psychoanalizy. Dzięki leczeniu, dobrej opiece, ale też własnej pomysłowości i determinacji udało mu się w znacznej mierze przezwyciężyć pierwszy z wirusów. Z drugim zapoznał się w trakcie swojej edukacji jako z dominującym i najbliższym prawdy o funkcjonowaniu psychicznym człowieka. Erickson znał literaturę psychoanalityczną, lecz kreatywnie rozwijał swoją własną koncepcję zdrowia, psychopatologii i psychoterapii. A właściwie to pragmatycznie tworzył odrębne jej zastosowania na użytek różnych pacjentów, z którymi współpracował, spożytk-

owując każdy rodzaj wiedzy i doświadczenia, jaki był w stanie użyć dla zdrowia i rozwoju konkretnej osoby. Erickson intencjonalnie zasiewał ideę prozdrowotnej zmiany, którą często udawało się wprowadzić, zmieniając bieg i jakość życia wielu osób. Był pionierem przekierowywania uwagi terapeutów na zdrowie, zasoby, dobre funkcjonowanie, przyszłość, spożytkowania hipnozy i metafory w pracy, a także terapii par i rodzin. Jego wpływ na grono profesjonalistów jest ogromny. „Najlepszy dzień w życiu jest ciągle przede mną” – mawiał nawet pod koniec życia.

W podejściu ericksonowskim psychoterapia ma miejsce, kiedy w powtarzającym się wzorcu dysfunkcyjnych zachowań następuje zmiana wywołana pracą z symptomem, osobowością, systemem społecznym lub dowolną kombinacją tych czynników. Strategiczna zmiana wywołuje reperkusje w całym systemie – modyfikacja symptomu powoduje zmianę w osobowości i systemie społecznym (Lankton, 1985). I właśnie zmiana, nie teoria, interesowała Ericksona. Uważał ogólną teorię osobowości za przeszkodę dla terapeutów, która koncentrowała ich percepcję i myślenie na dopasowaniu do kryteriów diagnostycznych określonego zaburzenia osobowości, a następnie skłaniała do korzystania z wiedzy o tym zaburzeniu zamiast koncentrowania uwagi na dostrzeganiu i wykorzystywaniu różnic personalnych i interpersonalnych. „Każda osobowość jest inna” – mawiał. Stosując jakąś teorię, zauważa się jedynie to, co ją potwierdza (Zeig, 1997). Przekierował psychoterapię z prób odpowiedzi na pytanie „dlaczego” na odpowiedź na pytanie „jak”, a więc z teoretycznych rozważań i badań eksperymentalnych na pragmatyczne osiąganie rezultatów. Wiele wcześniejszych nurtów psychoterapii to archeologia, poszukiwanie tego, jak powstają „aberracje” – często towarzyszy temu ukryte przekonanie, że już same te wyjaśnienia mogą spowodować zmianę. Błędne wydaje się myślenie, że analiza tego, jak powstała dana struktura, może doprowadzić do jakiegokolwiek zmiany w jej funkcjonowaniu (Zeig, 1997). Kiedy terapeuta wykazuje gotowość do słuchania o cierpieniu, przeszłości, pacjenci o tym opowiadają. Inaczej jest, kiedy ogniskuje się uwagę na przyszłościową perspektywę czasową.

Proces leczenia w psychoterapii ericksonowskiej, rola wglądu

Psychoterapeuta ericksonowski częściej słyszy od swojego pacjenta: „Poprawiło mi się, dobrze się czuję, chce mi się żyć i smakować życie” niż „Zrozumiałem źródło swoich niepowodzeń i po tym zrozumieniu poczułem się lepiej”. Milton H. Erickson uważał zatem wgląd za nieistotny komponent terapii. Jeżeli wgląd mógł pomóc konkretnej osobie, był użyteczny, zaś jeżeli pacjent wglądu nie osiągał, a w efekcie terapii czuł się dobrze – wgląd był pragmatycznie nieznaczący. Dla codziennego życia wielu osób liczyło się po prostu aktualne przystosowanie do wyzwań terażniejszości i przyszłości oraz poczucie zadowolenia i jakości życia (Battino, 2008). Nie jest łatwo uchwycić ten moment, kiedy terapia zaczyna przynosić realne pozytywne efekty, w którym następuje „wyleczenie”. To raczej seria kroków w stronę zdrowia dająca wzrastające poczucie ulgi, spokoju, wolności, sprawczości, zadowolenia, a także przekierowanie uwagi w stronę zasobów, pozytywnych rozwiązań, przyszłości itp., a nie spektakularne zjawisko wewnętrzne, które zmienia tak wiele. Kiedy pacjent wykonał już odpowiednią liczbę kroków, czuje

się na tyle blisko tego, do czego dążył i czego pragnął, że na wielu poziomach wewnętrznego doświadczenia odczuwa upragnione zmiany.

Aby ułatwić zmianę wychodzącą od pacjenta, terapeuta ericksonowski spotyka się z nim wewnątrz jego ram odniesienia, „w jego świecie” (dostrójenie), a następnie sam aktywnie prowadzi terapię, używając w swoich interwencjach odpowiedniego, bazującego na doświadczeniach pacjenta języka (z ogrodnikiem można rozmawiać o sadzonkach pomidorów, a z mechanikiem samochodowym o przeglądzie czy remoncie silnika). Celem technik terapeutycznych jest uwolnienie tkwiących w jednostce możliwości samopomocy, czy to w stanie hipnozy, czy na jawie. Niektóre z jego metod pracy są wynikiem codziennych doświadczeń radzenia sobie z bólem i innymi dolegliwościami będącymi skutkiem przebytego w dzieciństwie polio. Erickson wiedział, co jest przyczyną jego cierpienia, ale ta wiedza nie pomagała mu w uśmierzeniu bólu. Wymuszone przez nieustanną walkę z przeciwnościami niepowtarzalne zestawienie pomysłów, elastyczności, oryginalności i improwizacji połączył z nieortodoksyjnym stylem i skłonnością do ryzyka

w granicach rozsądku. Sam sugerował, operował mnóstwem indywidualnych, wielopoziomowych komunikatów werbalnych i niewerbalnych. Często przyłączał się do manifestowanego oporu, pozornie stając po stronie choroby i mechanizmów obronnych pacjenta, lub wyznaczał mu zadania sprawiające wrażenie dziwacznych i bezsensownych. Udzielał pozornie trywialnych rad i oferował zdroworozsądkowe rozwiązania, a jednocześnie korzystał z metafor, prowokował sytuacje, w których ludzie spontanicznie odkrywali w sobie dotąd niedostrzegane zdolności dokonywania zmian. Podstawowym celem była dezorientacja pacjenta zmuszająca go do porzucenia dotychczasowych schematów i spojrzenia na rzeczy w nowy sposób. Techniki były dostosowywane do wymagań sytuacji, a nie tworzone wcześniej.

Wielopoziomowa komunikacja terapeutyczna zostaje zindywidualizowana w celu rozpoznania, wydobycia, rozwinięcia, połączenia i wykorzystania zasobów pacjenta. W większości wypadków wymaga to użycia technik pośrednich polegających na komunikacji przesuniętej o jeden stopień. Często wykorzystywana jest „komunikacja paralelna”. Zamiast nazywać problemy



i propozycje ich rozwiązania wprost, terapeuta przedstawia paralele, używając takich technik, jak udramatyzowane anegdoty i analogie, może również formułować rady i przedstawiać je przeniesione o jeden stopień, używając wiązań i analogii terapeutycznych.

sto enigmatycznym opakowaniu, tak aby dialog nieświadomości terapeuty i pacjenta mógł odbywać się na poziomie bardziej dostosowanym do tych struktur. I właśnie ta komunikacja nieświadomej części terapeuty, bazująca na intuicji wynikającej z wiedzy i do-

peutycznych. Zmiana osiągnięta w jednym wymiarze może okazać się dla jednostki wystarczająca, może ułatwić pracę w innym wymiarze lub być początkiem zmian w różnych obszarach na zasadzie efektu domina, niewielkiego ruchu inicjującego inne, w rezultacie znaczące zmiany.

Czy zatem wgląd jest konieczny w psychoterapii i jest głównym specyficznym czynnikiem leczącym? Podejście ericksonowskie pokazuje, że ludzie potrzebują zróżnicowanych doświadczeń, aby przebyć drogę od bycia nieszczęśliwym, depresyjnym, wypełnionym lękiem do bycia osobą zaangażowaną, ciekawą różnorodnych doświadczeń, zadowoloną, będącą w kontakcie z sobą i innymi czy królem swojego życia. A wgląd jest jednym z tych doświadczeń, choć z pewnością nie najważniejszym ani też najczęściej odpowiedzialnym za postęp w terapii.

Cytowane prace u autorów artykułu.

* **Dr Jacek Pasternak**, psychoterapeuta ericksonowski, Instytut Psychologii UR.

** **Krzysztof Klajs**, specjalista psychologa klinicznego. Psychoterapeuta i supervisor Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz psychoterapeuta i supervisor Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Certyfikowany psychoterapeuta EAP (European Association for Psychotherapy). Przewodniczący Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Członek Zarządu The International Society of Hypnosis (ISH), ISH President-Elect, członek M. Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose e. V. w Monachium oraz Advisory Board Jane A. Parsons-Fein Training Institute w Nowym Jorku. Prowadził zajęcia szkoleniowe z zakresu hipnozy i terapii ericksonowskiej w Austrii, Chinach, Francji, Iranie, Kanadzie, Niemczech, USA, Wielkiej Brytanii, w RPA, Meksyku, Nepalu, Hiszpanii, na Litwie i w Szwecji. Współzałożyciel i dyrektor Polskiego Instytutu Ericksonowskiego.

W podejściu ericksonowskim, psychoterapia ma miejsce, kiedy we wzorcu dysfunkcyjnych zachowań następuje zmiana wywołana pracą z symptomem, osobowością, systemem społecznym lub dowolną kombinacją tych czynników...

nych. Działania pośrednie wywołują mniejszy opór, a pacjent, świadomie lub nie, wnosi do terapii swój ożywczy wkład (Zeig, 1997; Zeig i Munion, 2005; Battino, 2008). Kiedy psychoanalityk nadmiernie koncentruje się na tym, co postrzega jako opór pacjenta, wtedy nieintencjonalnym skutkiem tego procesu jest obwinianie pacjenta o trudności czy utknięcie w terapii. Erickson przeformułował tego typu sytuację, przekierowując uwagę na aktywność terapeuty, a konkretnie na jego zbyt małą elastyczność. Interwencje w takich przypadkach dobrze ilustruje jedna z anegdot. Erickson wychowywał się na farmie. Kiedy jego ojciec spróbował wyprowadzić ze stajni osła, ten stanął w progu i pomimo starań farmera nie chciał wykonać żadnego ruchu. Młody Milton wszedł przez okno do stajni i zaczął ciągnąć osła za ogon. Zwierzę ponownie przeciwstawiło się woli człowieka i zrobiło krok do przodu, a tam czekał już na niego ojciec Milтона. Kiedy terapeuta wzmocnił własne kompetencje i poszerzył je o umiejętności pracy zarówno z osobami sugestywnymi, jak i kontrugestywnymi, wtedy koncepcja oporu, diagnozowania jego aspektów i żmudne zmagania się z nim tracą swoją użyteczność.

W terapii ericksonowskiej przesłanie dotyczące pożądanej zmiany nie jest podawane bezpośrednio, tylko w innym, bardziej wymyślnym, czę-

świadczenia, zaufania do nieświadomości, i pacjenta wydaje się istotnym warunkiem postępu terapeutycznego i kontrastuje z racjonalnym podejściem terapeuty psychoanalitycznego do badania procesów nieświadomych.

Niespecyficzne czynniki terapeutyczne dotyczą podobnych procesów zachodzących w różnych szkołach psychoterapii (Czabała, 2017). Poszczególne nurty bardziej różnicują specyficzne czynniki postępu terapeutycznego. W terapii ericksonowskiej wymiary kategorii diagnostycznych, zjawisk transowych, refleksji systemowej, zasobów i motywacji pacjenta tworzone są w celu ich pragmatycznych aplikacji w służbie osiągania terapeutycznej zmiany. Terapeuta może dodawać swoje kategorie, jeżeli tylko istnieje prawdopodobieństwo ich wpływu na proces psychoterapii. Pracuje się w tych obszarach, w których pacjent najlepiej współpracuje. Zmiana może być następstwem urealnienia halucynacji pacjenta (niekorzystnych przekonań o sobie), asocjacji z potrzebami, emocjami czy ciałem, zwolnienia z „zakłęcia” rzuconego na osobę w dzieciństwie (sugestii posthipnotycznej) czy podważenia znaczenia tego „zakłęcia”, zmiany dysfunkcyjnej struktury rodziny (np. wyodrębnienia i wzmocnienia podsystemu rodziców) itp.

I każdy z tych obszarów może przynieść pozytywną terapeutycznie zmianę, rozszerzając zakres oddziaływań tera-

Anna Englert-Bator

Psychoterapia poza granicami myśli: moje spotkanie



Psychoterapia poznawczo-behawioralna to kompleksowe podejście, które ma na celu poprawę psychicznego dobrostanu. Obejmuje wypracowywanie praktycznych strategii zmierzających do identyfikacji i modyfikacji konkretnych zachowań, które mogą przyczyniać się do problemów pacjenta. Dużą wagę przykładają się również do umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) w świetle nauki

W dzisiejszym świecie, w którym tempo życia narasta, a trudności emocjonalne stają się coraz bardziej złożone, psychoterapia staje się kluczowym narzędziem wspierającym zdrowie psychiczne jednostek. Powszechne opracowania diagnostyczne wyróżniają kilkanaście głównych grup zaburzeń psychicznych, a także dodatkowe problemy psychologiczne oraz transdiagnostyczne

procesy, które mogą podtrzymać zaburzenia (np. perfekcjonizm, prokrastynacja, tolerancja niepewności). Jednostki, które zmagają się z różnymi problemami, niewątpliwie wymagają terapii dostosowanej do ich potrzeb i objawów (Farley i in., 2022). Opieranie się na aktualnych i wiarygodnych wynikach badań naukowych podczas planowania oddziaływań psychoterapeutycznych jest elementem praktyki opartej na dowodach (*evidence-based practice*), będącej standardowym po-

dejsciem stosowanym w medycynie (*evidence-based medicine*). W dziedzinie psychoterapii podejście takie charakteryzuje głównie terapię poznawczo-behawioralną (CBT). Jej fundamenty, oparte na nauce, sprawiają, że jest nie tylko skuteczna, ale także dynamicznie dostosowywana do zmieniających się potrzeb pacjenta i wymogów współczesnego społeczeństwa. Jest to potężne narzędzie, które wnosi nadzieję i skuteczność w leczeniu różnorodnych problemów psychicznych.

Na początku XXI wieku Prochaska i Norcross (2006) w książce na temat systemów psychoterapeutycznych stwierdzili, że „gdybyśmy musieli kupić akcje jakiegoś systemu psychoterapii, to w przypadku terapii poznawczej Becka byłyby to inwesty-



cja bezpieczna, gwarantująca tendencję wzrostową”. I rzeczywiście, efektywność terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) jest od kilku już dziesięcioleci naukowo potwierdzana w badaniach klinicznych i ich metaanalizach. Ze względu na niepodważalną siłę dowodów naukowych CBT jest metodą z wyboru w leczeniu wielu zaburzeń psychicznych u dzieci, nastolatków i dorosłych na całym świecie. Jej skuteczność jest porównywalna do farmakoterapii, a czasem wręcz przewyższa ją użytecznością i trwałością efektów (Merz i in., 2019; Wang i in., 2017). W wielu krajach jest traktowana jako złoty standard leczenia ze względu na formułowane przez ekspertów zalecenia kliniczne – czyli wskazówki dotyczące leczenia zaburzeń na podstawie dostępnych danych, z uwzględnieniem informacji o ograniczeniach i negatywnych efektach, a jako najbardziej wszechstronną rekomenduje ją brytyjska agencja NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*). Jest to organizacja odpowiedzialna za dostarczanie porad i wytycznych dotyczących opieki zdrowotnej i leczenia w systemie opieki zdrowotnej, która opracowuje zalecenia oparte na najnowszych badaniach i dowodach naukowych, aby wspierać praktykę kliniczną. Metoda poznawczo-behawioralna stanowi realną pomoc dla lekarzy i specjalistów w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia pacjentów, zapewnia spójne i zaktualizowane informacje na temat skutecznych interwencji terapeutycznych (m.in. terapia CBT, psychodynamiczna, rodzin).

Zmiana myśli, zmiana życia: Szybki przewodnik po założeniach CBT

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) stanowi praktyczne, innowacyjne podejście do psychoterapii, które integruje poznawcze teorie psychologiczne z nauką behawioralną. Kluczowe założenia tego podejścia obejmują wzajemne powiązania myśli, uczuć i zachowań. Pacjenci uczestniczący w terapii CBT w celu osiągnięcia zdrowszego funkcjonowania psychicznego często pracują nad identyfikacją i zrozumieniem automatycznych myśli, które mogą być szkodliwe i ograniczające. Proces ten obejmuje świadome rozpoznawanie (również nieświadomych) myśli,

które pojawiają się w reakcji na różne sytuacje, a następnie analizowanie ich wpływu na emocje i zachowania. Dążąc do świadomości tych automatyzmów, pacjenci zyskują możliwość skuteczniejszej pracy nad zmianą negatywnych wzorców myślowych i reakcji, co stanowi istotny krok w kierunku poprawy ich zdolności do radzenia sobie z trudnościami życiowymi. Terapeuta pomaga przekuć negatywne myśli na bardziej konstruktywne, co otwiera drogę do pozytywnych zmian (Popiel, Prąglowska, 2023).

Podczas sesji terapeutycznych klient/pacjent jest zachęcany do analizy swoich bardziej utrwalonych przekonań (rdzennych, kluczowych itp.), schematów oraz zidentyfikowania, w jaki sposób wpływają one na jego myśli, emocje i zachowania. Następnie terapeuta wspiera go w wypracowywaniu alternatywnych, korzystniejszych przekonań, które są bardziej zgodne z rzeczywistością. Przekonania mogą dotyczyć różnych obszarów życia, takich jak wartość osobista, kompetencje społeczne czy zdolność radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Praca nad nimi w terapii pozwala na rozwinięcie umiejętności samopoznania i samoregulacji, co przyczynia się do poprawy ogólnego stanu psychicznego i funkcjonowania poprzez bardziej zrównoważone i pozytywne spojrzenie na siebie i świat, sprzyja osiąganiu lepszych rezultatów w codziennym życiu. Pacjent regularnie otrzymuje prace osobiste lub konkretne zadania do wykonania między sesjami, co umożliwia praktyczne stosowanie nowych umiejętności.

Ponieważ psychoterapia poznawczo-behawioralna to kompleksowe podejście, które ma na celu poprawę dobrostanu psychicznego, obejmuje także wypracowywanie praktycznych strategii zmierzających do identyfikacji i modyfikacji konkretnych zachowań, które mogą przyczyniać się do problemów pacjenta. Dużą wagę przykładają się również do umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. To może obejmować techniki relaksacyjne, umiejętności rozwiązywania problemów czy skuteczną komunikację. Wiele problemów klinicznych jest odzwierciedlonych w relacjach z innymi.

Wydaje się, że o skuteczności terapii CBT decyduje również jej kolaboracyjny charakter: psychoterapeuta i pacjent współpracują jako partnerzy, wspólnie identyfikują cele terapeutyczne, opracowują strategię i, co niezwykle istotne, stale monitorują postępy. Najczęściej sesje terapii skoncentrowane są na teraźniejszości i bieżących problemach klienta oraz poszukiwaniu aktualnych rozwiązań. Jednakże wbrew powszechnemu mitowi terapia poznawczo-behawioralna nie ogranicza się jedynie do teraźniejszości. Równie istotną rolę odgrywa analiza przeszłości i przygotowywanie do przyszłości. W trakcie sesji CBT terapeuta nie tylko pomaga zidentyfikować i modyfikować szkodliwe przekonania zakorzenione w przeszłości pacjenta, ale także zajmuje się analizą automatycznych myśli, schematów myślowych i przekonań. To pozwala zrozumieć, jak doświadczenia z przeszłości wpływają na obecne funkcjonowanie. Ponadto terapia CBT obejmuje rozwijanie umiejętności radzenia sobie w przyszłości. Pacjent jest uczony zdrowych strategii myślowych i behawioralnych, które umożliwiają skuteczniejsze radzenie sobie z przyszłymi wyzwaniami.

Trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej: nowe horyzonty wspomagania psychologicznego

Ciągła ewolucja terapii poznawczo-behawioralnej prowadzi do potocznie zwanej „trzeciej fali”, czyli nowoczesnego podejścia, które integruje techniki tradycyjnej CBT z bardziej holistycznym spojrzeniem na ludzki umysł i doświadczenie. Wśród nich można wyróżnić: terapię schematów, terapię metapoznawczą MCT, REBT, terapię racjonalnego zachowania RTZ, terapię dialektyczno-behawioralną DBT, terapię MBSR, terapię akceptacji i zaangażowania ACT, TEAM CBT, terapię skoncentrowaną na współczuciu CFT czy psychoterapię opartą na analizie funkcjonalnej.

Terapia schematów skupia się na głębokich strukturach emocjonalnych zwanych schematami. Psychoterapeuci pomagają pacjentom zidentyfikować i przepracować negatywne wzorce myślowe, które wpływają na ich funkcjonowanie. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) to program rozwijają-

cy uważność stworzony przez Jona Kabat-Zinna. Skupia się na redukcji stresu poprzez praktyki medytacyjne skierowane na obecność i akceptację chwilowego doświadczenia. ACT koncentruje się na akceptacji trudnych myśli i uczuć, jednocześnie dążąc do pełnego zaangażowania w życie. Pomaga jednostkom osiągnąć elastyczność psychiczną i zgodność z wartościami życiowymi.

Terapia dialektyczno-behawioralna DBT, stworzona przez Marszę Linehan, jest skoncentrowana na rozwijaniu umiejętności radzenia sobie z silną dysregulacją emocjonalną, pierwotnie przeznaczona do pracy z pacjentami samookaleczającymi się i w ryzyku kryzysu samobójczego. Jest bardzo wielowymiarową terapią, która oferuje techniki uważności, umiejętności interpersonalne, regulację emocji i umiejętności przetrwania kryzysu emocjonalnego. Obejmuje pracę indywidualną, grupowy trening umiejętności, coaching telefoniczny i pracę terapeuty w zespole konsultacyjnym.

Terapia metapoznawcza, czyli Metacognitive Therapy (MCT), to innowacyjna forma psychoterapii skoncentrowana na świadomości i zarządzaniu myślami. Jej celem jest pomoc pacjentom w zrozumieniu i zmianie ich stosunku do myślenia oraz sposobu, w jaki przetwarzają informacje. MCT wyróżnia się skupieniem na metawiedzy, czyli umiejętności monitorowania i regulacji własnych myśli, co sprawia, że stanowi unikalne podejście do pracy nad zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza tymi związanymi z myśleniem i percepcją.

W ramach trzeciej fali zyskują na znaczeniu także terapie transdiagnostyczne, które obejmują szerokie spektrum zaburzeń psychicznych. Pomagają one w identyfikowaniu i leczeniu wspólnych mechanizmów, które przyczyniają się do różnych problemów emocjonalnych.

Trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej przynosi nowe spojrzenie na ludzki umysł, uwzględnia nie tylko samą zmianę myślową i behawioralną, ale także uważność, akceptację i wartości życiowe. To zaawansowane podejście otwiera przed pacjentami nowe możliwości leczenia, wychodząc poza tradycyjne ramy terapii CBT.



Aaron T. Beck

amerykański psychiatra,
jeden z twórców terapii poznawczej

**Na powierzchni jest więcej
niż to,
co widzą nasze oczy.**

Z pasją w świat psychoterapii: moje osobiste przeżycia i miłość do pracy terapeuty CBT i DBT

Bez mała w każdym tygodniu mojej praktyki terapeutycznej mam refleksję, że uwielbiam zanurzać się w świat psychoterapii. Świadomie współuczestniczę w procesie zdrowienia pacjenta, poznaję najróżniejsze emocje, które towarzyszą temu procesowi, doświadczam uzdrawiającej funkcji relacji terapeutycznej. Praca psychoterapeuty to podróż w głąb ludzkich emocji, czasem pełna śmiechu, czasem zatopiona w melancholii. W interakcji z pacjentem należy wykazać się samoświadomością, wiedzą i umiejętnościami (osobistymi, interpersonalnymi i klinicznymi), ale też odwagą w podejmowaniu interwencji terapeutycznych. Sama psychoterapia stanowi ekspresję siły więzi społecznej (Holman i in., 2023). Przecież jako psychoterapeuta spotykam na swojej drodze osoby, które doświadczyły ogromnego cierpienia psychicznego, wielu nieprzyjemnych przeżyć, braku bliskości, zaniedbania, opuszczenia, traum. Ich historie są niekiedy tak przejmujące, że korzystam z prawa do osobi-

stego, wrażliwego zaangażowania się i odsłaniania się. Często też stosuję i uczę komunikacji bezceremonialnej, która może odgrywać kluczową rolę w budowaniu silnej relacji terapeutycznej oraz wspieraniu procesu leczenia. To ważne, by otwarcie wyrażać uczucia, myśli, potrzeby i wątpliwości, a także unikać sformalizowanej retoryki. Pozwala to na wykorzystanie dialogu jako procesu współtworzenia rozwiązań i strategii radzenia sobie, oraz przekazywanie treści w sposób zrozumiały i wspierający.

Niewątpliwie cieszy widok efektywnej pracy i pozytywnych zmian, jakie pacjenci osiągają, oraz świadomość, że moja praca przyczynia się do poprawy jakości ich życia. Nie ma chyba większej satysfakcji niż to, gdy widzisz, że pomogłeś komuś wypracować bardziej realistyczne perspektywy czy kiedy ktoś odnajduje równowagę w chaosie codzienności. Dla równowagi staram się pamiętać, że praca w zawodzie psychoterapeuty to również specyficzna strategiczna gra umysłowa, która wymaga zindywidualizowania i precyzyjnej konceptualizacji problemów. Od tego zależy, w jaki sposób będę pro-

jektować moją pracę i czy będę wykorzystywać jedynie tradycyjnie pojmowaną terapię CBT i dostępne w niej protokoły dla poszczególnych zaburzeń, czy praca będzie wymagała wdrożenia całościowego programu DBT. Każdy pacjent jest zupełnie indywidualną jednostką, z unikalną, niekiedy przerażająco smutną historią i różnymi potrzebami. Każde spotkanie z pacjentem jest dla mnie nie tylko szansą na pomaganie, ale także nauką o ludzkiej psychice i elastyczności umysłu. Od moich mentorów, kolegów i koleżanek, z którymi współpracuję, a przede wszystkim od moich pacjentów nauczyłam się, że autentyczność, budowanie zaufania, kształtowanie empatii i współczucia oraz nieustanne dążenie do zrozumienia drugiego człowieka stanowią fundamenty udanej pracy terapeutycznej. Osiągnięcie mistrzostwa wymaga zatem nieustającego wysiłku i pewnego poświęcenia: zapoznawania się z najnowszą literaturą, pokory co do swoich umiejętności, obserwowania swoich słabości, konsultowania i su-

perwizowania swojej pracy, ciągłego szkolenia się i doskonalenia warsztatu terapeutycznego.

Jeden z kluczowych momentów w moim życiu nastąpił, gdy poznałam terapię dialektyczno-behawioralną, a właściwie kiedy zanurzyłam się w środowisko terapeutów DBT, entuzjastycznie głoszących „przywracamy nadzieję, uczymy umiejętności”. Terapia DBT za sprawą Marshy Linehan połączyła niezwykle empatyczne zrozumienie przeżyć wewnętrznych pacjentów z zaburzeniami osobowości borderline i skuteczne narzędzia behawioralno-poznawcze, stając się pionierskim podejściem do leczenia prawdziwie trudnych doświadczeń psychicznych. Zdaniem M. Linehan niewątpliwą „podporą leczenia jest przekonanie o tym, że każda osoba pragnie rozwoju i postępu, przekonanie o jej wrodzonej zdolności do zmiany”.

Pracując w Polskim Towarzystwie Terapii Dialektyczno-Behawioralnej, spotkałam niezwykle ludzi i zetknęłam się z niezwykłym sposobem

pracy z drugim człowiekiem. Jestem wdzięczna, że poznałam liczne umiejętności, które realnie pomagają pacjentom, ale które poprawiły również jakość mojego życia. Jedną z nich jest radykalna akceptacja, która w znacznym uproszczeniu pozwala na pełne otwarcie się na doświadczenie rzeczywistości takiej, jaka jest w danej chwili. To początkowo niełatwe „uznanie lub rozpoznanie tych faktów, które są prawdziwe, i porzucenie walki z rzeczywistością” (Linehan, 2021). Paradoksalnie, żeby coś zmienić, należy to najpierw zaakceptować.

Bardzo rezonuje we mnie przesłanie Marshy, że terapeuci, którzy pracują z osobami z tendencjami samobójczymi, powinni wziąć na siebie pewną odpowiedzialność za udzielenie tym jednostkom wszelkiej możliwej pomocy w stworzeniu życia, które warto przeżyć. W tym kontekście terapeuta stanowi wrażliwe narzędzie zmiany.

Cytowane prace u autorki tekstu



Anna Englert-Bator

Od dialektyki do harmonii emocji – rozmowa z prof. Alanem Fruzzettim o tajnikach terapii DBT



Alan E. Fruzzetti – profesor psychologii oraz dyrektor programu badawczego z zakresu dialektycznej terapii behawioralnej na Uniwersytecie Nevada w Reno, tytuły magistra i doktora uzyskał na Uniwersytecie Waszyngtońskim w Seattle. Pełni funkcję dyrektora ds. badań i jest członkiem rady dyrektorów National Education Alliance for Borderline Personality Disorder oraz zasiada w radzie dyrektorów Międzynarodowego Towarzystwa Badań i Nauczania DBT oraz Naukowej Rady Doradczej Instytutu Linehan. Autor około 100 prac naukowych i klinicznych oraz 2 książek. Współtwórca programu NEA-BPD Family Connections skupionego na wsparciu ro-

dziców, partnerów i innych bliskich osób z dysregulacją emocjonalną. Prowadzi szkolenia z zakresu DBT w Stanach Zjednoczonych, Europie, Australii i Nowej Zelandii. Jego wkład w dziedzinę psychologii oraz terapii behawioralnej jest nieoceniony i rzuca światło na skomplikowane relacje między psychopatologią a interakcjami interpersonalnymi.

Anna Englert-Bator: Dziękuję, Profesorze, że zgodził się Pan z nami porozmawiać. Mam nadzieję, że będzie to przyjemna lektura dla czytelników „Wglądu”.

Pamiętam kilka lat temu nasze pierwsze spotkanie na szkoleniu dla terapeutów. Przez cały pierwszy zjazd

byłam równocześnie przytłoczona i niemalże euforycznie zainspirowana. Obserwowałam, jak pracujesz, jak modelujesz nam wszystkie interakcje i transakcje zachodzące pomiędzy pacjentem i psychoterapeutą – zawsze wiedziałeś, co powiedzieć, jaką interwencję zastosować, znajdowałeś równowagę między stanowczymi wymaganiami a okazywaniem zrozumienia. Robiłeś to z niezwykłą lekkością i swobodą. To właśnie wtedy postanowiłam, że jak dorosnę (terapeutycznie), to zostanę profesorem Alanem Fruzzettim w spódnicy.

Alan Fruzzetti: Oh, staraj się być jeszcze lepszą wersją :)

AEB: Na razie spróbuję chociaż Ci dorównać :)



Zdjęcie dzięki uprzejmości prof. Alana Fruzzettiego

W trakcie przerwy obiadowej czułam się nieco onieśmielona towarzystwem tak wybitnego psychoterapeuty, który z dużym poczuciem humoru opowiada o swojej pracy. Mówiłeś również o swoich początkach i retrospekcji pracy po kilku latach praktyki – byłeś zszokowany i przerażony, jak wiele błędów popełniłeś, ile nieadekwatnych interwencji zastosowałeś. I to była taka olbrzymia ulga dla nas, szkolących się terapeutów, równocześnie mocno mobilizująca do pracy. Jeśli światowej renomy terapeuta może popełniać błędy, to możemy i my. Czy możesz zatem opowiedzieć, dlaczego postanowiłeś zostać psychoterapeutą. Co zadecydowało o takim wyborze ścieżki kariery?

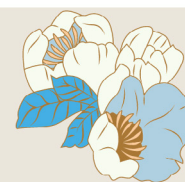
AF: Cóż, moja historia jest może trochę wyjątkowa, szkoliłem się na terapeutę behawioralnego. Wcześniej ukończyłem studia magisterskie i doktoranckie z psychologii na Uniwersytecie Waszyngtońskim w Seattle, gdzie twórczyni terapii dialektyczno-behawioralnej Marsha Linehan była profesorem w połowie lat 80. Wtedy zupełnie nikt nie wiedział, czym jest DBT. Ja również niewiele na ten temat wiedziałem – nie było podręcznika, instrukcji, żadnych badań. Ale właśnie tak tworzy się nauka – zaczyna się od badań podstawowych. Znałem nieco Marshę, ponieważ uczęszczałem na jej zajęcia i miałem niejasne pojęcie, czym się zajmuje. Pewnego dnia po prostu zapytała mnie, czy chcę dołączyć do jej zespołu naukowego i w jego ramach prowadzić z nią terapię.

Prof. Linehan była niezwykle nauczycielką – charyzmatyczną, interesującą, pełną terapeutycznego geniuszu. Ale bywała też niełatwa w kontakcie. Mimo wszystko nie wahałem się, ponieważ wiedziałem, że mogę prawdziwie się od niej uczyć i pod jej okiem szkolić w stosowaniu wielu umiejętności. Marsha miała wszystko, co mistrz mógł wtedy reprezentować. Była terapeutą behawioralnym, terapeutą poznawczo-behawioralnym, badaczem i profesorem uczelnianym, więc tak naprawdę nie zacząłem od myśli „zostanę terapeutą DBT”, po prostu chciałem zostać jakimkolwiek psychologiem i psychoterapeutą. Praktyka przy boku Marshy była niezwykle doświadczeniem – zacząłem rozumieć, czym jest terapia dialektyczno-behawioralna i naprawdę doceniałem, jak wiele robimy dla nauki i dla pacjentów. Wyobraź sobie pacjentów w klinice Marshy – byli to pacjenci z najpoważniejszymi zaburzeniami psychicznymi, w stanach psychotycznych, w kryzysie suicydalnym, po wielu próbach samobójczych, samookaleczający się, wszyscy na dodatek uprzednio karygodnie traktowani przez system zdrowia psychicznego. Moim zdaniem klasycznym błędem popełnianym przez klinicystów było obwinianie takich pacjentów za ich problemy. Czasami się tak zdarza, że specjaliści w obszarze zdrowia psychicznego, kiedy nie mogą komuś pomóc, obwiniają pacjentów – że za mało się starają, że nie pracują wystarczająco ciężko, że nie mają motywacji, że nie są gotowi na zmiany. Nie jest to zgodne z filozofią terapii DBT. Obserwowałem prof. Linehan i ona pracowała zupełnie inaczej. Przyglądała się błędom, które były popełniane w różnych placówkach, przez różnych specjalistów i próbowała w prowadzonej terapii behawioralnej uwzględnić działania zupełnie przeciwne. A przede wszystkim okazywała pacjentom maksymalnie dużo akceptacji i uprawomocnienia. Powiedziała nam, że w naszej codziennej pracy z pacjentami z nawracającymi skłonnościami samobójczymi i dysregulacją emocjonalną będziemy zakładać, że starają się oni na tyle, na ile potrafią. Ale ponieważ to nie wystarcza, więc muszą działać inaczej i jeszcze ciężiej pracować. Ta

dialektyczna filozofia bardzo przemawiała do naszego zespołu. Po zakończeniu pracy badawczej nad programem terapii otrzymałem ofertę pracy na Uniwersytecie, gdzie do moich obowiązków należało prowadzenie pracy naukowej oraz dydaktycznej w zakresie szkolenia profesjonalistów. Zacząłem więc nauczać i nadzorować pracę terapeutów dialektyczno-behawioralnych. I szczerze mówiąc, dopiero wtedy, szkoląc studentów, nauczyłem się pracy psychoterapeutycznej.

AEB: To jest imponujące, że wyszkoliłeś dziesiątki tysięcy terapeutów na całym świecie, równocześnie łącząc to z pracą naukową. Być może masz jakieś rady dla osób, które rozważają podjęcie takiej roli w przyszłości? Jakie były kluczowe wyzwania i osiągnięcia podczas wieloletnich badań nad skutecznością terapii DBT?

AF: Praktycznie prowadzimy badania od kilku dziesięcioleci. Marsha Linehan była główną siłą napędową, ale było nas wielu – prowadziliśmy badania, staraliśmy się udowodnić skuteczność prowadzenia terapii DBT, uniwersytet dawał nam takie możliwości, publikowaliśmy wyniki i wskazywaliśmy na potrzebne modyfikacje. Byłem i jestem bardzo zaangażowany zarówno w pracę naukową, jak i praktykę. Myślę, że kluczową rzeczą dla początkującego terapeuty jest po prostu próbowanie różnych rzeczy. Psycholog powinien mieć takie umiejętności obserwowania: w czym jest dobry, co lubi robić i z kim pracować, bo te rzeczy są ze sobą bardzo powiązane. Należy też usunąć wszystkie „powinności” z głowy i podążać za tym, co sprawia satysfakcję i daje poczucie skuteczności. Dla niektórych osób może to być terapia DBT, ponieważ rozumieją filozofię dialektyczną, ma to dla nich sens. Nie oznacza to jednak, że od razu będą w tym dobrzy. Ja sam byłem straszny na początku! Stawanie się efektywnym psychoterapeutą zajęło dużo czasu, ale wiedziałem, że lubię taki rodzaj pracy i wierzyłem, że w końcu się tego nauczę. I rzeczywiście nauczyłem się. Ważne, żeby umieć przyznać, że nie wszyscy muszą być dobrzy w tym samym. Niektórzy psychologowie chcą pomagać ludziom, którzy borykają się z trudnościami, i to ich autentycznie motywuje. Ale dla innych może to być nie



Niezależnie od wszystkiego, przysięgam Bogu, że wydostanę się z tego piekła, a jak to już nastąpi, będę pomagać innym się z niego wydostać. Przynięga ta przyświecała mi przez całe życie i wytyczyła jego trasę.

M. Linehan, *Życie warte przeżycia*, 2021, s.43



P·T·D·B·T

do zniesienia. I co z tego? Psycholog nie musi być onnipotentny – niektórzy będą doskonali w diagnozowaniu, niektórzy w pracy z dziećmi lub młodzieżą, a niektórzy jedynie z dorosłymi. Tak, to będzie moja jedyna rada dla młodych psychologów i terapeutów – ważne jest po prostu znalezienie swojej drogi. Próbuj różnych rzeczy. Zrezygnuj z wszelkich „powinności” i podążaj za tym, co naprawdę cię interesuje i co potrafisz robić dobrze. Bo choćbyś był świetny w czymś, co cię nie cieszy, to szybko się wypalisz. A jest tyle innych rzeczy, które można robić i być w tym naprawdę doskonałym.

Terapeuta zawsze może starać się bardziej

AEB: Jeśli się nie mylę, pracujesz już ponad 30 lat z pacjentami, głównie z zaburzeniami osobowości borderline, których wielu profesjonalistów uważa za trudnych. Czasem wręcz można spotkać się z przypadkami stygmatyzacji w środowisku klinicystów. Byłam na wielu Twoich szkoleniach, oglądałam różne nagrania i uderzające jest, że zawsze mówisz o swoich pacjentach z unikalną mieszanką szacunku i wrażliwości. Uśmiechasz się spontanicznie, widać, że myślisz o nich przyjaźnie i z życzliwością. Wspomniałeś o ryzyku wypalenia zawodowego. To jak to właściwie się stało, że przez tyle lat pracy nie uległeś wypaleniu, dominuje u ciebie satysfakcja z pracy i nadal kochasz to, co robisz?

AF: Faktycznie, pracuję od ponad 35 lat! Mam poczucie, że w końcu stałem się w tym dobry w tym roku, ale może to się stanie dopiero w kolejnych latach. Ale masz absolutnie rację, cieszę się, że widać, że lubię ludzi, z którymi pracuję. Tak myślę i tak to odczuwam. Chociaż to wcale nie wyklucza, że podczas niektórych sesji chciałbym sobie oderwać uszy. Wciąż miewam klientów/pacjentów, z którymi mam problem i którym nie potrafię pomóc. Nie wiem, czy to przeze mnie, moją osobowość, brak umiejętności czy przez niewłaściwą terapię. Ale założenia terapii DBT pomagają mi zrozumieć, co robić i jak nie być przytłoczonym. Zdarza się, że terapia nie przynosi rezultatów, ale w większości przypadków ja i mój zespół wykonujemy naszą pracę skutecznie. Pokora jest bardzo potrzebna i zro-

zumienie, że żadna psychoterapia nie jest doskonała. Musimy swoje umiejętności ciągle udoskonalać i oferować lepsze wsparcie terapeutyczne. W przypadku terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) szczególnie zachwycające jest to, że jednym z elementów efektywnego prowadzenia procesu terapeutycznego jest czerpanie przyjemności z wykonywania tego zawodu. Zwracamy na to uwagę cały

ich trudności zaczynają nabierać dla mnie sensu. Oczywiście jako terapeutci chcemy pomagać innym i większość z nas naprawdę to robi, także ci, którzy nie są terapeutami DBT. Głęboko wierzę, że, nikt idący w kierunku psychologii nie ma ciemnego serca. Wiesz, każdy ma dobre serce, tylko, że dla niektórych z nas łatwiej jest wyrazić to w pewnych okolicznościach niż w innych.

Moje osobiste doświadczenia z pacjentami z chwiejnością emocjonalną są takie, że są to ludzie, którzy naprawdę borykają się z cierpieniem i mają różnorodne sposoby radzenia sobie z dysregulacją, która występuje na wielu płaszczyznach...

czas, bo moim zdaniem jest to dość unikalne wśród różnych modalności terapeutycznych.

AEB: No właśnie, terapeuci DBT oprócz indywidualnej pracy z pacjentem czy prowadzenia treningu spotykają się na cotygodniowych zespołach konsultacyjnych. Korzystałam z superwizji, ale wymóg pracy w zespole był dla mnie zadziwiający i obciążający na początku. A teraz nie wyobrażam sobie mojej terapeutycznej pracy bez takiego wsparcia. Czy Twoim zdaniem to stoi za sukcesem terapii DBT? W zespole jest wiele osób, znamy swoich pacjentów – więc można powiedzieć, że wielu terapeutów zajmuje się jednym pacjentem. Czy zespół konsultacyjny jest bardziej potrzebny terapeutom czy pacjentowi?

AF: Uważam, że jest trochę trudne do wyrażenia, ponieważ obejmuje dialektykę. Niewątpliwie siłą zespołu jest to, że pomaga nam nie stosować innej terapii i kontynuować ją prawidłowo zgodnie z założeniami. Nie zawsze jest przyjemnie, ale zespół zapewnia nam wsparcie, pomaga czerpać przyjemność z pracy, z bycia terapeutą, cieszyć się naszymi pacjentami. Naprawdę lubię moich pacjentów, najpierw jako ludzi, a potem jeszcze bardziej, kiedy

Borderline: odkrywanie ludzkiej siły i transformacja w terapii

AEB: W jaki sposób spostrzegasz pacjentów z zaburzeniami osobowości borderline?

AF: Zdecydowanie myślę, że istnieje pewna różnorodność i wiele wariantów zaburzenia osobowości borderline (BPD). Ale gdyby nie istniały pewne podobieństwa, nie byłoby sensu używania terminu BPD. Moje osobiste doświadczenia z pacjentami z chwiejnością emocjonalną są takie, że są to ludzie, którzy naprawdę borykają się z cierpieniem i mają różnorodne sposoby radzenia sobie z dysregulacją, która występuje na wielu płaszczyznach. Zaburzenie osobowości borderline może się manifestować w różnorodny sposób, i choć każda osoba z BPD jest unikalna, to w literaturze psychologicznej wskazuje się na kilka potencjalnych podtypów lub wzorców zachowań, które mogą występować u osób z BPD: emocjonalny (depresyjny), impulsywny, złożony (mieszany), interpersonalny (niestabilne relacje), paranoidalny. A zatem niektórzy będą intensywnie przeżywać smutek, przygnębienie i pustkę. Inni będą mieć skłonności do wyco-



To jest bardzo trudne uprawomocnić przeżycia drugiej osoby, kiedy nie są one wyrażane adekwatnie lub istotnie różnią się od naszych oczekiwań lub naszych własnych przeżyć

Alan Fruzzetti,
współautor programu Family Connections

@ptdbt

fywania się, unikania kontaktu społecznego. Niektórzy pacjenci będą się mierzyć z trudnościami w kontrolowaniu impulsów, co może prowadzić do ryzykownego zachowania, takiego jak nadużywanie substancji czy niebezpieczne zachowania seksualne czy agresywne akty. A jeszcze inna grupa pacjentów będzie wykazywać skłonności do intensywnych, burzliwych związków, a także lęk przed odrzuceniem. Warto podkreślić, że takie podtypy to jedynie ogólne kategorie, a wiele osób z BPD może prezentować mieszankę różnych cech. To niezwykle istotne, by zrozumieć, że każdy przypadek jest indywidualny. Dlatego jako terapeuci musimy być elastyczni. Nie możemy być przyklejeni do naszego terapeutycznego krzesła. Musimy być w stanie poruszać się, aby spotkać osobę tam, gdzie jest, a następnie pomóc jej uregulować się i wrócić do swojego pierwotnego stanu. Część naszego „mądrego umysłu” to jest miejsce, w którym jesteśmy w stanie doświadczać siebie jako spójnych, autentycznych i prawdziwych. Pacjenci cierpią też, bo nie mogą odnaleźć swojej tożsamości i nie mają zdolności do czucia się komfortowo we własnej skórze. Większości z nas, osób, które nie mają zaburzenia osobowości borderline, trudno to zrozumieć, gdyż nie mamy takich doświadczeń. Nie sądzę, żebym kiedykolwiek w moim życiu nie czuł się jak „ja”. Czuję siebie i wiem, kim jestem, niezależnie od emocji – jestem wewnątrz mojej skóry i moja tożsamość jest taka sama. Mogę być smutny. Mogę być szczęśliwy. Ale zawsze istnieje spójne „ja”, którego nie próbuję pozbyć się.

AEB: Czytałam w Twoich artykułach, że liczba pacjentów, którzy rezygnują z terapii DBT, jest znacznie niższa niż w innych systemach terapeutycznych. Jedno badanie dotyczyło osób samookaleczających się, a kolejne osób nadużywających substancji psychoaktywnych. Osobiście mam poczucie, że pomaga stosowana przez terapeutów umiejętność uprawomocniania. Ale czy istnieje jakieś naukowe wyjaśnienie, co jest odpowiedzialne za takie niskie wskaźniki?

AF: Uprawomocnienie, rozumienie cierpienia pacjentów i uważanie ludzkich emocji to wyraźnie element tego, co utrzymuje ludzi w terapii. Ale jeśli jest stosowana jako jedyna technika, to nie wystarcza – wtedy terapia jest jedynie przyjemna, kocha się swojego terapeutę, lubi do niego cho-

dzić, ale nie zmienia się zaangażowanie pacjenta w dezadaptacyjne wzorce zachowania. To nie jest zresztą byle jaka umiejętność. Uprawomocnienie w terapii dialektyczno-behawioralnej obejmuje proces wspierania pacjenta w rozwoju zdolności do uznawania i akceptacji własnych uczuć, myśli i doświadczeń. Kluczowym elementem uprawomocnienia jest praca nad rozwijaniem umiejętności radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi oraz budowanie poczucia własnej wartości. Terapeuta DBT pomaga pacjentowi w identyfikowaniu i nazwaniu emocji, zrozumieniu ich genezy oraz rozwijaniu zdolności do ich akceptacji. Proces ten obejmuje różne umiejętności, m.in. praktyki z zakresu uważności, które pomagają pacjentowi obserwować i rozumieć swoje doświadczenia w sposób nieoceniający. Uprawomocnienie w DBT oznacza także naukę umiejętności interpersonalnych, aby pacjent mógł efektywnie komunikować się z innymi, wyrażać swoje potrzeby i ustanawiać zdrowe granice. Terapeuta zachęca do rozwijania autonomii i samodzielności, umożliwiając pacjentowi podejmowanie decyzji i odpowiedzialność za własne życie. Pozwala to pacjentowi na kształtowanie satysfakcjonującego życia, pomimo doświadczanych trudności emocjonalnych. To proces stopniowego budowania pewności siebie, umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach i rozwijania zdolności do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Uprawomocnienie to bardzo ważna umiejętność, którą wspiera wspomniany zespół konsultacyjny. Nawet gdy czujemy wypalenie, to zespół pozwala nam się uregulować i wrócić do pacjenta jako serdeczny, autentyczny i uprawomocniający terapeuta. Ta relacja terapeutyczna jest bardzo istotna, wynikająca z autentyczności i prawdziwego połączenia między ludźmi. A zatem jest to dialektyczna postawa – trzeba się liczyć z tym, że stan niektórych pacjentów nie poprawi się, że podejmą kolejne próby samobójcze i będą wymagać hospitalizacji. Należy równoważyć działania – nieustająco pracować nad zaangażowaniem pacjenta i realizować cele terapeutyczne. Być ciepłym i troskliwym terapeutą, ale równocześnie, jeśli sytuacja tego wymaga, działać zdecydowanie i być wymagającym. Upór terapeuty pomaga pacjentowi pomóc posunąć się naprzód w realizacji swoich celów i zachować dialektyczną równowagę między akceptacją a zmianą. Taka specyficzna strategia Buddy na drodze. Być może znasz to określenie? Jeśli zdarza się, że dbasz o kogoś, ale nie możesz komunikować się słownie, a ta osoba jest bliska upadku z klifu, wszystko jedno czy przypadkowo czy celowo, po prostu siadasz przed nią. Nie pozwalasz jej przejść dalej, z troski i z miłości. Dlatego w pracy terapeutycznej staram się być wymagającym „życziwcem”.

Wartość terapeuty w obliczu bezradności

AEB: Trudno uwierzyć, że terapia kojarzy ci się jedynie z troską, miłością, realizacją celów etc. Czy masz doświadczenia w pracy z pacjentem, które dla ciebie jako praktyka są największym wyzwaniem?

AF: Najtrudniejsze dla mnie są sytuacje, gdy nie widać poprawy u pacjentów. Podejrzewam, że jest to prawdziwie trudne dla wielu terapeutów. Pracujemy, szkolimy się, uczymy się, żeby pomagać ludziom osiągnąć ich cele. I gdy nie odnosimy sukcesów, to jest to bardzo emocjonujące, nieprzyjemne i rozczarowujące. Nie przeszkadza mi tak bardzo, gdy w trakcie sesji ktoś na mnie krzyczy i nazywa najgorszym terapeutą świata. Akceptuję to, bo wiem, że jest

to chwilowe i nie potrwa to wiecznie. To przerażające, gdy ktoś samookalecza się lub próbuje popełnić samobójstwo, ale naprawdę dla mnie osobiście najtrudniejszy jest brak jakiegokolwiek postępu. Dane mówią nam, że w przypadku terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) nie udaje się pomóc około 15–25% osób, a w niektórych próbkach może to wynieść nawet 30%. Trzeba to po prostu uznać. Myślę, że DBT może pomóc niektórym z tych osób, ale nie jestem tak optymistyczny, by sądzić, że możemy pomóc wszystkim. Wierzę jednak, że ci, którym nie możemy pomóc, mogą znaleźć inną terapię, która jest inna od tej, którą my oferujemy, i rekompensuje to, czego nam brakuje. Zakładamy, że jest to dialektyka, a zatem brakuje nam także pewnych elementów.

AEB: Takie poczucie terapeutycznej bezradności jest bardzo nieprzyjemne. Ale podobnie jak każda emocja nie jest z nami na trwałe. Czy są jakieś cechy osobowości albo umiejętności, które według ciebie powodują, że łatwiej jest pracować jako psycholog/psychoterapeuta?

AF: No cóż, myślę, że najważniejszymi konstruktami są zachowania. Są rzeczy, które musimy umieć robić, i rzeczy, których nie powinniśmy robić, ale wszystko jest możliwe do nauczenia i wytrenowania. Nie uważam, by terapeutyczna osobowość była trwałą cechą. Myślę o niej raczej jako o zbiorze działań uzależnionych od emocji, czynników społecznych i poznawczych, które podejmujemy w danym momencie. Uważam, że są to rzeczy, które mogą się zmienić, jeśli tego chcemy, czasami może być to trudne, ale wykonalne. Są przykładowo osoby, które będą miały trudności z myśleniem dialektycznym. Jeśli ktoś ma wiele zasad i tendencję do widzenia świata w kategoriach dobra i zła, to będzie miał problemy z dialektyką. Będzie miał trudności z ideą, że osądy nie są realne, że są to tylko koncepcje. Nie wszystkim łatwo przychodzi zrozumienie, że opis jest rzeczywisty, ale ocena i osądy już nie. I nie każdy zechce się tego nauczyć. Niektórzy naprawdę lubią swoje zasady, albo mają uczucie moralnej wyższości i mówię to w sposób zupełnie niekrytyczny. Myślę, że istnieją ludzie, dla których praca jako terapeuty DBT po prostu nie byłaby dobrym wyborem, ponieważ musieliby na-

prawdę zmienić sposób, w jaki przestrzegają świat. Podobnie, niektórzy ludzie mają własne historie, ale cierpienie innej osoby zbytnio ich przytłacza. Terapeuta przede wszystkim musi mieć wystarczającą zdolność do zdrowego funkcjonowania psychicznego oraz wykształcić w sobie empatię. Jest to zupełnie standardowe w każdej psychoterapii. To nie jest unikalne dla terapii DBT, chcę podkreślić, że nie sugeruję, że jest to jedyna dobra psychoterapia. Dobra terapia, powiedziałbym, wymaga empatii, czyli zdolności zrozumienia doświadczeń drugiej osoby, jakbyśmy byli na ich miejscu, ale bez konieczności rzeczywistego wejścia w ich życie i stania się nimi. Więc to jest dialektyczne, tak jak mogę być sobą – mogę też zrozumieć i doświadczyć, jak to jest być drugą osobą. Wciąż jednak mam swoje „ja”, do którego mogę wrócić po zakończeniu sesji i stać się ponownie sobą. Taka empatia jest wyuczalna, ale przede wszystkim jest warunkiem koniecznym w leczeniu kogoś, kto cierpi. Obserwowałem ten proces u moich pacjentów, którzy mieli dość poważne problemy psychiczne. Ale ich stan się poprawił, uczyli się umiejętności i ostatecznie stawali się naprawdę dobrymi terapeutami. I jestem pewien, że na początku, gdy ich poznawałem, nie byłiby w stanie być skutecznymi terapeutami. Ale przez swoje cierpienie nauczyli się innego myślenia, innego zachowania, potrafili regulować swoje emocje i nikt nie miałby aktualnie podstaw sądzić, że mają zaburzenie osobowości borderline.

AEB: A czy terapeuta może być zbyt empatyczny w swojej roli?

AF: Odpowiem dialektycznie. Myślę, że kwestią nie jest to, że jesteśmy zbyt empatyczni, ale że możemy stracić równowagę w naszej roli. Empatia nie może nas przeważać, tak samo, jak nie możemy się zbytnio oddalić. Chciałbym podkreślić najważniejsze słowa: empatia i dialektyczna równowaga. W skrócie, dialektyka w DBT to podejście do traktowania paradoksów i sprzeczności jako naturalnej części ludzkiego doświadczenia, co umożliwia bardziej holistyczne i elastyczne podejście do terapii. Filozofia dialektyki odnosi się do zasady łączenia pozornych przeciwieństw i rozstrzygania konfliktów. W kontekście terapii DBT obejmuje przyjęcie dwóch pozornie sprzecznych prawd, które mogą istnieć

jednocześnie. To podejście pomaga zrozumieć złożoność ludzkich doświadczeń i unika szufladkowania ich w kategoriach czarno-białych, dychotomicznych. W praktyce dialektyka w DBT manifestuje się, na przykład, poprzez równoczesne akceptowanie potrzeb zmiany i akceptacji. Oznacza to, że można akceptować siebie i swoje doświadczenia, jednocześnie dążąc do wprowadzania pozytywnych zmian. Dialektyka pomaga unikać ekstremalnych myśli, takich jak „wszystko albo nic” czy „dobrze albo źle”. Terapeuta DBT rozumie dialektykę, internalizuje ją, potrafi spontanicznie stosować ją w komunikacji terapeutycznej i relacji terapeutycznej. Terapeuci DBT starają się zrozumieć perspektywę pacjenta, jednocześnie zachowując swoją własną perspektywę. Takie podejście pomaga w budowaniu zaufania i zrozumienia.

AEB: Myślenie dialektyczne było dla mnie kolejnym wielkim odkryciem. Rzeczywistość często mieści się w odcieniach szarości, a ludzkie doświadczenia są bardziej złożone niż proste kategorie. DBT uczy, jak unikać skrajności w myśleniu, i podejścia do sytuacji z większym zrozumieniem dla różnorodności doświadczeń pacjenta. Mam wrażenie, że dialektyka pomaga w radzeniu sobie z paradoksami i traktowaniu sytuacji jako bardziej zmiennych i elastycznych, co sprzyja lepszemu dostosowaniu się do rzeczywistości, zarówno ze strony terapeuty, jak i pacjenta.

Terapeutyczna elastyczność: wyzwania, nauka i dostosowywanie

AEB: Wyraźnie widać, że kochasz terapię dialektyczno-behawioralną. Ale musiałeś uznać, że czegoś w niej brakuje, skoro rozpoczęłaś prace nad bezpłatnym programem dla rodzin i bliskich osób z dysregulacją emocjonalną Family Connections. Co cię zainspirowało?

AF: Prof. Linehan przed stworzeniem terapii DBT była psychologiem behawioralnym, a wcześniej społecznym. To było istotne dla terapii, ale sama nigdy nie pracowała psychologicznie z rodzinami ani parami. Nie miała wykształcenia w tym zakresie. A model transakcyjny w swojej podstawowej formie mówi o rozwoju zaburzeń w niewłaściwym środowisku społecznym. Miałem poczucie, że nękam ją pytaniami, dlaczego nie wprowadzić do programu DBT rodziców i partne-

rów. A ona niezmiennie odpowiadała, że to świetny pomysł, ale nie ma doświadczenia w tym zakresie. W latach 80. i wczesnych latach 90. zajmowałem się pracą z parami i behawioralną pracą rodzicielską i w końcu próbowałem połączyć to z DBT. I dlatego opracowałem umiejętności dla rodziców i bliskich osób z dysregulacją emocjonalną, a potem wspólnie z moją drogą przyjaciółką Perry Hoffman stworzyłem program Family Connections. I teraz oczywiście nazywamy to terapią DBT z rodzicami, parami i rodzi-

nymi problemami miało miejsce jeszcze przed moim spotkaniem z Marshą Linehan. Wcześniej byłem terapeutą poznawczo-behawioralnym oraz terapeutą par i rodzin. Następnie poznałem Marshę, a moje życie zawodowe podzieliło się na dwie sfery – pracę z parami i rodzinami oraz terapię dialektyczno-behawioralną (DBT). Zdecydowałem, że muszę połączyć te dwie dziedziny, integrować je i myśleć o nich w bardziej spójny sposób. Ta spójność opiera się oczywiście na regulacji emocji. W końcu napisa-

podobała mi się też Twoja pierwsza książka. Samo tytułowe „odnajdywanie spokoju w rodzinie” brzmi kojąco i daje nadzieję. Książki, takie jak *High Conflict Couples* i inne związane z terapią dialektyczno-behawioralną (DBT) są cennymi źródłami wiedzy dla osób szukających informacji na temat radzenia sobie z trudnościami w relacjach. To zdecydowanie kluczowy aspekt wielu rodzin, a dysregulacja emocjonalna może wpływać na wiele obszarów życia wielu członków rodzin. Wystarczy pomyśleć o nastolatkach, którzy przechodzą przez okres intensywnych zmian emocjonalnych, społecznych i fizycznych. Radzenie sobie z emocjami w tym czasie może być wyzwaniem.

AF: Tak, dlatego moja najnowsza książka, która ukaże się niebawem, jest w całości dedykowana rodzinom nastolatków, którzy mierzą się z chwienością emocjonalną. Dlatego ważne jest, aby wspierać ich, ucząc umiejętności radzenia sobie z emocjami, rozwijania empatii i budowania zdrowych relacji. Edukacja emocjonalna oraz otwarta, uprawomocniająca atmosfera w rodzinie i szkole mogą znacząco przyczynić się do lepszego radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi. Tylko skąd rodzice mają wiedzieć, jak to robić, jeśli nie zostali nauczeni tego wcześniej? Potrzebują pomocy w odkryciu umiejętności rodzicielskich DBT.

AEB: Mam nadzieję, że uda się ją przetłumaczyć na język polski. Wydaje się, że niezależnie od kontekstu kulturowego, nastolatki doświadczają stresu i różnorodnych trudności emocjonalnych i potrzebują zrozumienia i wsparcia w radzeniu sobie z nimi.

AEB: Dziękuję serdecznie, Profesorze Fruzzetti, za poświęcony czas i cenne spostrzeżenia na temat terapii dialektyczno-behawioralnej. Twoje doświadczenie w dziedzinie psychoterapii jest niezmiennie inspirujące.

AF: Również dziękuję za rozmowę. Chciałbym podkreślić, że psychoterapia to fascynujące wyzwanie, a rozmowa dzisiaj była świetną okazją do podzielenia się tym doświadczeniem. Być może kiedyś będziemy mieli okazję kontynuować tę rozmowę.

DBT uczy, jak unikać skrajności w myśleniu, i podejścia do sytuacji z większym zrozumieniem dla różnorodności doświadczeń pacjenta...

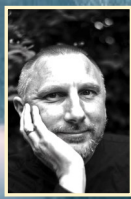
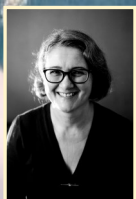
nami. To jest ta brakująca druga strona transakcji. Terapia indywidualna ma wiele funkcji, ale przede wszystkim ma pomóc jednostce radzić sobie. Wprowadzając do terapii również otoczenie pacjenta, dbamy o umiejętności interpersonalne obu stron transakcji. Możemy pomóc pacjentowi zmieniać się, co jest dobre dla bliskich, np. dla rodzica lub partnera, ale możemy również pomagać rodzicom i partnerom zmieniać się, co z kolei jest dobre dla pacjenta i pozwala na trwałe zmiany w jego zachowaniu.

AEB: Zajmujesz się również pracą z tzw. „high conflict couples”, czyli z parami, które charakteryzują się intensywnym poziomem konfliktów i trudnościami w rozwiązywaniu problemów. Konflikty w takich związkach są bardzo częste, a sposoby radzenia sobie z nimi bywają nieskuteczne. U par, gdzie obie osoby bywają chwiejne emocjonalnie, często obserwuje się wzorce komunikacyjne, które utrzymują konflikty i prowadzą do długotrwałych trudności w związku. Pracując z takimi parami, starasz się im pomóc w zrozumieniu źródła konfliktów czy poprawić umiejętności komunikacyjne? Czy może praca terapeutyczna polega na znalezieniu konstruktywnych sposobów radzenia sobie w związku?

AF: Długotrwałe zainteresowanie pracą z parami i rodzinami z poważ-

łem o tym książkę. Nie wiem, czy sam dałbym jej taki tytuł, ale wydawcy często robią takie rzeczy według własnego uznania. Mój pierwotny zamysł na książkę obejmował bardziej ogólny tytuł, na przykład „Przewodnik DBT. Połączenie i uprawomocnienie”. Chciałem, aby książka była dostępna dla par, może nie takich, które doświadczają myśli samobójczych, ale z pewnością borykają się z dysregulacją emocjonalną, poznawczą, behawioralną i interpersonalną. Mogą charakteryzować ich zachowania szkodliwe lub inne formy dysregulacji, takie jak nadmierne spożywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych czy impulsywne reagowanie na sytuację domową – np. ucieczki. W moim zamierzeniu, książka miała być narzędziem, które para mogłaby wziąć do ręki, czytać, wykonywać ćwiczenia i przechodzić przez nią wspólnie. Terapeuta z kolei korzystałby z książki jako narzędzia terapeutycznego. Okazało się, że książka odniosła sukces, a wydawca, który zakładał, że sprzeda się 10 000 egzemplarzy, był zaskoczony, gdy sprzedała się w ponad 100 000 egzemplarzach. Sukces pokazał, ile rodzin mierzy się z takimi trudnościami i nie mogą uzyskać pomocy.

AEB: Widziałam na Amazonie, że została też przetłumaczona na wiele języków i przykładowo w Hiszpanii zdobyła rzesze czytelników. Bardzo



Katarzyna Sikora*, Piotr Sikora**

Umiejętności DBT

Psychoterapia dialektyczno-behawioralna (DBT) jest opartym na wynikach badań systemem terapeutycznym, który zaleca się jako postępowanie z wyboru wobec pacjentów/tek z poważnymi zaburzeniami regulacji emocji, przewlekłymi tendencjami samobójczymi i zaburzeniem osobowości borderline.

Program cechuje się znaczną skutecznością (po roku terapii u ok. 70% pacjentów/tek występuje poważna redukcja objawów, aż do stanu, w którym przestają spełniać kryteria zaburzenia osobowości). Należy podkreślić, że takie efekty da się uzyskać tylko obejmując pacjenta/kę całością programu, który składa się z terapii indywidualnej raz w tygodniu, treningu umiejętności DBT raz w tygodniu, przez 16–24 tygodnie oraz konsultacji telefonicznych z terapeutą w sytuacjach kryzysowych. Czwartym elementem programu są cotygodniowe spotkania zespołu konsultacyjnego terapeutów DBT, które mają na celu wzmacnianie kompetencji terapeutów, ale przede wszystkim wzajemne wsparcie i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu.

Umiejętności DBT są potrzebne każdemu człowiekowi

Tematem niniejszego szkicu są umiejętności DBT, których pacjenci/teki

uczą się i które praktykują w ramach grupowego treningu. Spotkania grupy treningowej nie są tylko uzupełnieniem czy dodatkiem do terapii indywidualnej – to właśnie zastosowanie umiejętności, których pacjent/ka uczy się podczas treningu, umożliwia redukcję zachowań problemowych, a także budowanie satysfakcjonującego życia – co jest celem programu terapeutycznego DBT. Zakłada się, że z powodu trudności tak temperamentalnych, jak i związanych z historią życia osoby te nie wytworzyły w biegu życia umiejętności przydatnych w codziennym funkcjonowaniu. Przykładowo, większość osób potrafi spokojnie i zgodnie z normami kulturowymi poprosić o coś, czego potrzebują, potrafi również zatrzymać się na kilka sekund refleksji przed podjęciem działania. Takich umiejętności ludzie nabywają przede wszystkim w procesie społecznego uczenia się, a zatem niekoniecznie świadomie czy intencjo-

nalnie. Jest to również element przekazu kulturowego. Od najmłodszych lat słyszymy, że kontrola behawioralna jest bardzo ważna dla dobrego funkcjonowania: „poproś grzecznie”, „pomyśl, zanim coś powiesz”, „uspokój się”. Osoby z wrodzoną, biologicznie uwarunkowaną impulsywnością prawdopodobnie nie były w stanie nabyć tych umiejętności w toku życia, zatem muszą się ich nauczyć w środowisku terapeutycznym. Ważne jest, aby pamiętać, że nie są to odrębne umiejętności służące osobom z zaburzeniami psychicznymi – są one potrzebne każdemu, tylko nie każdy jest w stanie nauczyć się ich w naturalny sposób.

Umiejętności DBT można podzielić na 4 kategorie: umiejętności związane z uważnością, umiejętności tolerancji dyskomfortu psychicznego, umiejętności regulacji emocji oraz umiejętności interpersonalne. Pełny trening obejmuje więc cztery moduły – w każdym uczestniczki/cy uczą się umiejętności z danej kategorii. Warto jednak mieć świadomość, że wszystkie umiejętności są ze sobą wzajemnie powiązane. Umiejętnościami podstawowymi, na których opierają się



wszystkie pozostałe, są te związane z uważnością.

Uważność

Twórczyni DBT, Marsha Linehan, definiuje uważność (*mindfulness*) jako akt świadomego skupiania umysłu na chwili obecnej, bez osądzania i bez przywiązywania się do niej (por. Linehan, 2016). Linehan wiąże uważność ze zdolnością do w pełni przytomnego przeżywania życia, z ciekawością, otwartością na nowe doświadczenia, akceptacją rzeczywistości, elastycznością i gotowością do zmiany. Uważność przeciwstawia sztywnemu, schematycznemu, a także ucieczkowemu funkcjonowaniu. Tak pojęta uważność, praktykowana w codziennym życiu, przeciwdziała automatycznemu uciekaniu się do nieadaptacyjnych zachowań, jak groźby i próby samobójcze, samouszkodzenia, agresja czy nadużywanie substancji.

Aby skutecznie uczyć tak pojętej uważności, w treningu umiejętności wyróżnia się bardziej specyficzne aspekty *mindfulness*. Są to trzy tzw. umiejętności „co” – czyli trzy uważne „czynności” – obserwowanie, opisywanie i uczestniczenie – oraz trzy tzw.

umiejętności „jak”, czyli trzy sposoby wykonywania owych „czynności”: bez osądzania, w skupieniu na jednej rzeczy i skutecznie. Uważność obejmuje także zdolność dotarcia do „mądrego umysłu” – zdolności podejmowania decyzji, która uwzględni zarówno argumenty racjonalne, jak i emocjonalne potrzeby osoby. Pojęcie „mądrego umysłu” zawiera w sobie najistotniejsze z punktu widzenia celów terapii elementy, pozostające w równowadze: kierowanie się racjonalnością z równoczesnym uwzględnieniem i poszanowaniem emocji, zaufanie do siebie i swojego oglądu rzeczywistości z równoczesną świadomością ograniczeń ludzkiego poznania, równoważenie dobra i interesów własnych i innych osób. W terapii indywidualnej terapeuta i pacjent/ka często odwołują się do „mądrego umysłu” w poszukiwaniu rozwiązań problemów codziennego życia, a także w sytuacjach kryzysowych.

Mindfulness często kojarzona jest z medytacją. Warto zatem podkreślić, że w DBT tzw. „formalne” praktyki medytacyjne (siedzenie bez ruchu w odpowiedniej pozycji, wykonywanie technik oddechowych itp.) ograniczo-

ne są do minimum, zaś nacisk położony jest na ćwiczenie różnych aspektów uważności w codziennych okolicznościach życiowych, są to bowiem te okoliczności, w których jest ona najbardziej przydatna, wręcz niezbędna. Człowiek, który zauważa, co dzieje się w świecie i w nim samym, który zauważa swoje emocje i potrzeby, kiedy ich natężenie jest niewielkie, łatwiej uniknie osobistych i społecznych katastrof.

Tolerancja dyskomfortu psychicznego

Drugi moduł treningu poświęcony jest umiejętnościom tolerancji dyskomfortu psychicznego. Są to w dużej mierze umiejętności służące przetrwaniu kryzysu – m.in. powstrzymanie się przed zachowaniami takimi jak samouszkodzenia czy próby samobójcze i parasamobójcze. Ćwiczymy tu zarówno umiejętne oddziaływanie na układ nerwowy z poziomu biologicznego (np. uspokojenie układu współczulnego i pobudzenie przywspółczulnego – tzw. TIPP), jak i proste behawioralne sposoby zatrzymania szkodliwych działań (tzw. STOP), a także poprawianie trudnych



chwil za pomocą odpowiednich doznań zmysłowych.

Umiejętnością należącą do obszaru tolerancji dyskomfortu, która sięga najgłębiej w egzystencjalną postawę wobec życia, jest umiejętność radykalnej akceptacji – przyjęcia także trudnych, a niemożliwych do zmiany aspektów rzeczywistości. Radykalna akceptacja – co bardzo ważne – obejmuje nie tylko akceptację zewnętrznych okoliczności, lecz także współczujące uznanie własnych emocji. Proces radykalnej akceptacji przypomina przechodzenie żałoby, sięga zatem do najbardziej bolesnych wspomnień i okoliczności życia pacjenta/ki. Osoby z BPD często mają za sobą trudną historię emocjonalnego cierpienia, trudności rodzinnych i relacyjnych, impulsywnych decyzji, których nie da się już odwołać czy zmienić. Nie mogą również wiele poradzić na to, że ich układ nerwowy funkcjonuje w ten, a nie inny sposób, i że mają bardzo ograniczony wpływ na swoje cechy temperamentalne. W ich życiu jest bardzo wiele do radykalnego zaakceptowania.

O ile stosowanie umiejętności z modułu tolerancji dyskomfortu niekoniecznie skutkuje poprawą jakości życia (chodzi w nich przede wszystkim o przetrwanie trudności), o tyle umiejętności z modułów regulacji emocji i interpersonalnych służą głównie budowaniu bardziej satysfakcjonującego życia.

Regulacja emocji i umiejętności interpersonalne

Moduł umiejętności regulacji obejmuje zarówno zdolność obniżania podatności emocjonalnej przez dbanie o ciało, jak i umiejętności o charakterze poznawczym (sprawdzanie faktów), kompetencje behawioralne (działanie przeciwne do emocji), a także zdolności uważnego obserwowania narastania i przemijania danej emocji bez tłumienia jej i bez poddawania się impulsom, których jest ona źródłem.

Ostatni moduł poświęcony jest umiejętnościom interpersonalnym, tj. zdolnościom potrzebnym w budowaniu zdrowych, satysfakcjonujących relacji oraz umiejętnościom kończenia relacji destrukcyjnych. Ćwiczymy tu m.in. zdolność właściwej komunikacji swoich potrzeb, zachowywania równowagi w relacji, uprawomocnienia

osób, z którymi jesteśmy w kontakcie, a jednocześnie zachowywania szacunku dla samego siebie, a także zdolność dochodzenia do siebie po unieważnieniu. Te umiejętności potrzebne są pacjentom/kom przede wszystkim na dalszych etapach terapii – kiedy osiągną już kontrolę behawioralną i ustabilizują nieco swoje życie, mogą przystąpić do osiągania swoich celów, realizacji marzeń, mogą budować satysfakcjonujące relacje z innymi.

Analizując wartość treningu umiejętności, nie można nie wspomnieć o jego grupowym charakterze. W wielu tradycjach terapeutycznych uważa się, że osoby z BPD nie są zdolne do pracy grupowej, a nawet że może być ona szkodliwa z punktu widzenia celów terapii. Zauważmy jednak, że osoby biorące udział w treningu umiejętności nie tworzą grupy procesowo-terapeutycznej. Grupa ma charakter szkoleniowy, a zasady w niej obowiązujące służą tworzeniu przyjaznego, niekrytycznego i niekonfrontacyjnego środowiska – w DBT komunikacja o bezceremonialnym, czasem konfrontacyjnym charakterze ma swoje miejsce raczej w terapii indywidualnej. Doświadczenie pokazuje, że uczestniczki/cy treningu bardzo często wspierają się wzajemnie w nabywaniu umiejętności i pozytywnych nawyków. Stworzenie bezpiecznego środowiska, które jednak – dzięki różnorodności członków grupy – przypomina do pewnego stopnia środowiska społeczne, w którym uczestniczki/cy funkcjonują na co dzień, pozwala nie tylko na teoretyczne zapoznanie się z umiejętnościami, ale również praktyczne ich ćwiczenie w interpersonalnym kontekście przypominającym sytuacje, w których uczestniczki/cy mogą się znaleźć także poza treningiem.

Praktyczne ćwiczenie umiejętności bywa dla uczestniczek/ków treningu trudne. W trakcie spotkań zdarzają się momenty mniejszej lub większej dysregulacji emocji, a nawet epizody dysocjacyjne. Dlatego każdą grupę prowadzi zawsze co najmniej dwóch trenerów umiejętności DBT. Jeden z nich uczy umiejętności, zadaniem drugiego jest wspieranie uczestników przeżywających trudności poprzez podpowiadanie, której z już nabytych umiejętności można w danym momencie użyć (i jak to zrobić) w celu osiągnięcia stanu pozwalającego na

efektywne uczestnictwo w trwającym właśnie spotkaniu.

– Trening umiejętności DBT pozwala na kształtowanie skutecznych wzorców zachowania zarówno w sytuacjach kryzysowych, jak i w warunkach codziennego życia. Wzorce te są kształtowane w sytuacji społecznej, jaką zapewnia spotkanie grupy. Wraz z terapią indywidualną, która skupia się przede wszystkim na jednostkowych problemach pacjenta/ki, stanowi sposób osiągnięcia tego, co jest ostatecznym celem terapii DBT: życia wartego tego, aby je przeżyć.

Cytowane prace u Autorów tekstu.

* **Katarzyna Sikora**, doktor psychologii, Centrum Terapeutyczno-Szkoleniowe TerCognitiva w Krakowie, psychoterapeutka poznawczo-behawioralna, terapeutka DBT, trenerka umiejętności społecznych, liderka programu Family Connections. Specjalizuje się w terapii pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline, z tendencjami samobójczymi i samouszkodzeniami, sekretarz Polskiego Towarzystwa DBT.

** **Piotr Sikora**, dr hab. filozofii, kierownik katedry Filozofii Współczesnej Uniwersytetu Ignatianum w Krakowie, trener umiejętności DBT, certyfikowany nauczyciel Mindfulness Based Living Course, lider programu Family Connections, członek Polskiego Towarzystwa DBT i Mindfulness Association Polska.

Kawiarenka psychologiczna

Troska



Rembrandt (1606–1669), Powrót syna marnotrawnego (ok. 1668). Ermitaż, St. Petersburg.
Public domain, Wikipedia

W *Kawiarence psychologicznej* prezentujemy różne poglądy na tematy związane z fundamentalnymi dla zrozumienia człowieka zagadnieniami dotyczącymi jego psychiki i zachowań. Dziś tematem jest TROSKA. Swoje stanowiska prezentują: **dr hab. Teresa Zbyrad, prof. UR**, Instytut Nauk Socjologicznych UR, kierownik Zakładu Polityki Społecznej; **dr hab. Iwona Tabaczek-Bejster, prof. UR**, Pełnomocnik Rektora ds. Osób z Niepełnosprawnościami; **dr Elżbieta Trubiłowicz**, psycholog, certyfikowany psychoterapeuta oraz superwizor aplikant Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, wieloletni wykładowca KUL, prowadzi Centrum Terapii Rodzinnej i Indywidualnej „True be” – Lublin – Opole Lubelskie – truebe.pl; **dr Beata Gumienny**, Zakład Pedagogiki Specjalnej, Instytut Pedagogiki UR

Teresa Zbyrad

Codziennie życie człowieka skoncentrowane jest wokół jakiejś troski. Najczęściej jest to troska o coś albo o kogoś. Termin *troska* odznacza się szczególną subtelnością, jakiej nie można przypisać innym wyrazom określającym problemy, z jakimi człowiek się zmagają, czy wskazującym na pomoc drugiemu człowiekowi. Troska ma w sobie coś indywidualnego, osobistego, intymnego, bezinteresownego, ciepłego i czułego. Tylko w trosce kryje się jakaś tajemna wiedza, sekretność, ukryte pobudki i motywy – dostępne dla tego, kto ją przejawia.

Porządkując, zauważmy, że każdy z nas posiada jakieś troski o sprawy własne, np. troska o zdrowie, o pracę, o własny rozwój, o przyszłość itp. Troska może wykraczać poza własne pragnienia i obejmować sprawy społeczne, polityczne, religijne, związane ze środowiskiem naturalnym czy prawami zwierząt. W tej trosce przejawia się jakieś dobro prywatne bądź dobro wspólne. Generalnie troska skoncentrowana jest wokół jakiegoś dobra i ukryty w niej jest jakiś szlachetny cel. Troska o coś może wykraczać poza dobro własne, a obejmować dobro innych, np. jakąś grupę społeczną, mieszkańców lokalnej społeczności czy nawet przyszłe pokolenia.

Troska o kogoś obejmuje zawsze relacje między ludźmi na wielu płaszczyznach. W rodzinie – tu najbardziej doświadczamy troski – matka troszczy się o dziecko, mąż troszczy się o żonę, dziadkowie troszczą się o swoje wnuki itd. U podłoża tej troski leży uczucie, jakim jest miłość. Taka troska wymaga wielkiego wysiłku, poświęcenia, a nawet wyrzeczenia i samozaparcia. Jest to niekiedy trudna troska, ale czego nie zrobimy dla osoby, którą kochamy... Troska

w rodzinie jest najwyższym stopniem troski. Przykładem może być kobieta pełniąca rolę matki, żony, pracująca zawodowo, która poświęca swój wolny czas, aby zadbać o rodzinę, przygotować obiad, zrobić zakupy itp. Codzienna krzątania – niektórzy powiedzą, rutyna – ma w sobie jakiś cel, jakim jest troska o najbliższe sercu osoby. Niestety, często zdarza się, że najbliżsi członkowie rodziny nie dostrzegają tych zmagających, tego poświęcenia, ale dopiero wówczas, gdy zabraknie danej osoby zauważa się, jak wiele dla nas robiła, jak bardzo się starała, jak bardzo się troszczyła.

Troska ma różne oblicza, niekiedy może innych frustrować, a nawet spotykać się z niechęcią czy oporem. Takim przykładem może być rodzic, który zwraca dziecku uwagę na niestosowne zachowanie, który je upomina, który na coś nie pozwala, stosuje zakazy i nakazy, który być może nawet karci – ale wszystko sprowadza się do troski o dziecko. W porze zimowej rodzice wymagają od dzieci noszenia czapek czy rękawiczek, co często – szczególnie u nastolatków – budzi opór. Warto zauważyć, że współczesny rodzic ma nieco inne troski aniżeli jeszcze kilka dekad temu. W trosce o dziecko rodzic limituje czas spędzany przed komputerem czy z telefonem, co nie zawsze znajduje zrozumienie u dzieci. Wzrosła poprzeczka stawianych wobec nauczycieli wymagań, gdyż w trosce o dziecko rodzice bardziej skłonni są artykułować jego potrzeby i swoje oczekiwania. Ponadto rodzice mogą przeżywać dylematy, czy wyrazić zgodę np. na tatuaż czy tak popularny wegański sposób odżywiania. Troska o dziecko pozostaje w konflikcie z jego wyborami i pragnieniami.

Ciało człowieka jeszcze nigdy nie było tak w centrum troski jak obec-

nie. To kolejny obszar, na którym skupia się współczesny człowiek. Troska o ciało jest wspomagana przez rozwój medycyny i trendy społeczne. Medycyna estetyczna rozkwita. Salony kosmetyczne rosną jak grzyby po deszczu. Ludzie nie tylko poprawiają swoje ciała, udoskonalają poszczególne części (powiększają usta, piersi, prostują i wybielają zęby itp.), ale także dbają o kondycję fizyczną – a wszystko sprowadza się do troski o ciało. Wkładają w to wiele wysiłku, poświęcają czas i pieniądze. Ciało jest traktowane jako kapitał, w który należy inwestować. Pojawiają się coraz to nowe trendy związane z idealnym ciałem. Najbardziej niepokojące jest w tym to, że troszczymy się bardziej o ciało niż o rozwój wewnętrzny. Ciało staje się elementem tożsamości. Stawia się znak równości pomiędzy wnętrzem człowieka a jego ciałem. Tożsamość człowieka coraz mniej jest łączona z jego duszą, umysłem, a zaczyna być postrzegana przez ciało. Wygląd człowieka zaczyna dominować w związkach uczuciowych, być może dlatego te związki są coraz mniej trwałe. Dobór partnera czy partnerki ogranicza się do fascynacji ciałem. Poprzez troskę o ciało stajemy się wzrokowcami ślepych na piękno ukryte.

Jeszcze inny przejaw troski możemy zauważyć w świecie pracy. Pracodawcy dzielą się na tych, którzy troszczą się o swoich pracowników, i tych, którzy spełniają zaledwie minimum zapisane w kodeksie pracy. Troska o pracownika jest czymś więcej aniżeli zatrudnieniem zgodnie z systemem formalnoprawnym i wypłatą wynagrodzenia. Troskliwy pracodawca zna swoich pracowników i ich potrzeby, łączy ludzi, wsłuchuje się w ich głos, organizuje spotkania integracyjne, nagradza, docenia, motywuje, mobilizuje, zachęca i ma zawsze otwarte drzwi do swojego gabinetu. Troska w świecie pracy może obejmować nie tylko podwładnych, ale też odbiorców usług, w zależności od profilu instytucji mogą to być kontrahenci, klienci, pacjenci, uczniowie, studenci, podopieczni itd. Przejawem takiej troski na uczelniach wyższych są promocje kierunków poprzez aktywność naukową pracowników, publikacje, organizowanie konferencji, seminariów, integracje studentów

w koła naukowe. Wydawanie czasopism wzmacnia siłę instytutu i jest wyrazem troski. Dobrym przykładem jest czasopismo „Wgląd” wydawane przez Instytut Psychologii Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Troska jest czymś więcej niż pomocą. Mamy wiele zawodów określanych mianem pomocowych, ludzi, którzy niosą pomoc innym, np. lekarz, pielęgniarka, strażak, ratownik, policjant, nauczyciel, pracownik socjalny itp. Znamionną cechą tych zawodów jest pomaganie, chociaż też może zawierać elementy troski. Wyróżniamy różne formy i motywy pomagania. Mogą one być altruistyczne, ale też bywają egoistyczne. Te ostatnie najczęściej wiążą się z jakimś interesem ekonomicznym bądź jakąś kalkulacją zysków i strat z relacji dawca–biorca. Zawsze jednak są to pewne powinności, które spełniają ludzie w ramach swoich zawodów. Ludzie wykonujący zawody pomocowe świadczą pewną usługę, która niewiele ma wspólnego z troską.

Termin *troska* nie jest tak powszechny jak *pomoc*. Może i dobrze, bo dzięki temu, że *troska* nie jest nadużywana w języku potocznym, zachowuje tę wyjątkową cechę, pierwiastek uczuciowy, jakim najczęściej darzymy tych, o których się troszczymy. Z kolei pomocy możemy udzielać ludziom zupełnie obcym, a nawet dawca i biorca nie muszą wchodzić ze sobą w jakiegokolwiek relacje, pomoc może nawet zawierać elementy depersonalizacji. Warto podkreślić, że troska wymaga właściwej oceny sytuacji, interpretacji, trafnego odczytania intencji, delikatności, aby nie skrzywdzić osoby wykazującej troskę. Z troską wiąże się odpowiedzialność za coś lub za kogoś. Troska to także służba na rzecz kogoś, oddanie, gotowość do poświęceń, ale też ryzyko, że trafimy na opór, sprzeciw, niezrozumienie. Troska, chociaż nie jest łatwa, jednak warto się o nią troszczyć mimo wszystko.

Iwona Tabaczek-Bejster

Według *Słownika języka polskiego PWN* troska to: *dbałość o kogoś, o coś lub zabieganie o coś*. Troska o innych wynika z poczucia współodpowiedzialności za sytuację, która zaistniała, często jednak nie jest ona konsekwencją naszych poczynań.

Można troszczyć się o kraj, śro-

dowisko naturalne, dzieci, przyjaciół, starszych rodziców, swoich podopiecznych – uczniów, studentów. Troska wiąże się z koniecznością poświęcenia czasu, uwagi, otoczenia opieką osoby, o którą się troszczymy.

Troska jest odruchem wynikającym z potrzeby i chęci zaopiekowania się kimś. Wiąże się z szacunkiem i zainteresowaniem potrzebami i oczekiwaniami drugiego człowieka. Kiedy ktoś się o kogoś troszczy, nie istnieją wątpliwości co do jego intencji, jest obdarzany zaufaniem, wzbudza poczucie bezpieczeństwa. Troszczenie się o innych jest bardzo ważne we współczesnym świecie.

Podejmowanie troski o kogoś ma chronić przed zagrożeniami, wiązać się z opieką i dbałością o osobę i jej sprawy. Troska staje się wtedy źródłem rozwoju człowieka, może dać poczucie sensu życia, ważna jest w życiu społecznym. Człowiek, który objęty jest troską, otrzymuje wsparcie, zaspokaja swoje potrzeby, między innymi emocjonalne. Osoba troszcząca się rozwija swoją empatię, czuje się potrzebna, wzrasta jej samoakceptacja i samoocena, zdobywa nową wiedzę. Rozumienie innej osoby, jej potrzeb, rozwija osobę troszczącą się.

Żyjemy w świecie, w którym coraz częściej występują różnego rodzaju zagrożenia, przez co wzrasta znacząco rola troski o drugą osobę, ale też o siebie.

Chciałabym poświęcić kilka słów trosce, którą powinniśmy objąć samych siebie, w tym przypadku siebie – nauczyciela akademickiego. Wszyscy oczekują od nauczycieli, że będą wspierać studentów, okazywać im troskę. Jest to możliwe tylko wtedy, kiedy nauczyciel sam będzie miał odpowiednie zasoby i będzie dobrze sobie radził z samym sobą. Kondycja psychiczna Polaków (w tym nauczycieli akademickich), jak pokazują badania, zmieniła się po wybuchu pandemii Covid-19. Wiąże się to z problemem stresu i wypalenia zawodowego. Nauczyciele borykali się z technostresem, konieczne było wstąpienie w świat nowych technologii, co bywało często bardzo trudne. Dodatkowym obciążeniem była ekspozycja publiczna – wykłady czy ćwiczenia mogły być szeroko obserwowane i nagrywane, co wcześniej było możliwe tylko w wyjątkowych okolicznościach. Brak bezpośrednio-

go kontaktu ze studentami był również stresujący. Wszystko to wiązało się z nadużywaniem mediów cyfrowych, nauczyciele byli zmuszeni spędzać przed ekranem wiele godzin, co powodowało szybkie zmęczenie.

Nie pomagała i nie pomaga sytuacja finansowa nauczycieli, konieczność dorabiania do pensji często kosztem rodziny, przyjaciół, braku czasu na odpoczynek czy hobby, czasami też na pracę naukową czy inną formę rozwoju zawodowego, co rodzi kolejne frustracje. Często nauczyciele obarczani są nadmiarem obowiązków, zwłaszcza dotyczy to kobiet (dodatkowo zaangażowanych w rolę matki, osoby dbającej o rodzinę).

Zdrowie psychiczne człowieka jest bardzo ważne. Możemy sami zatroszczyć się o siebie poprzez aktywność fizyczną, uprawianie jakiegoś sportu, przebywanie na łonie natury, posiadanie hobby, które jest odskocznią od pracy. Wszystko to pomaga rozładować długotrwały stres i przeciwdziała wypaleniu zawodowemu. Z drugiej strony potrzebne jest wsparcie społeczno-organizacyjne. Nauczyciel powinien, jeśli tego potrzebuje, otrzymać wsparcie psychologiczne (coraz więcej nauczycieli korzysta z takiego wsparcia) oraz pomoc przy rozwiązywaniu trudnych problemów dotyczących życia uczelni.

Z troską o siebie wiąże się też umiejętność stawiania granic w kontaktach ze studentami i przełożonymi. Nie musimy odbierać telefonów o każdej porze dnia i nocy, siedem dni w tygodniu, odpowiadać na maile podczas urlopu, nie powinniśmy godzić się na załatwianie spraw dorosłego przecież studenta przez jego rodziców itp.

Nie będzie zdrowego psychicznie studenta bez zdrowego nauczyciela, więc troszczmy się o siebie.

Elżbieta Trubiłowicz

Troska w psychoterapii ma wiele różnych postaci. To, o jakiej trosce myślimy, zależy od tego, jak ją zdefiniujemy oraz kto będzie przedmiotem, a kto podmiotem troski.

Jeżeli określamy troskę jako przeżywanie silnego niepokoju, który wynika z trudnych wydarzeń lub z ich przewidywania, to niemal zawsze poprzedza ona decyzję o podjęciu terapii. Ten niepokój implikuje potrzebę

zmiany, która ma być celem procesu. Często rozlewa się on na rodzinę, która w całości podejmuje terapię lub mobilizuje do tego jedną osobę. W takim ujęciu troska jest podstawą rozpoczęcia procesu psychoterapii.

W innej definicji jest to wręcz opis relacji terapeutycznej. Dzieje się tak, gdy przez troskę rozumiemy potrzebę otoczenia opieką i wsparciem kogoś, kogo potrzeby i oczekiwania są przez nas rozpoznawane i respektowane. Takie rozumienie tego pojęcia zakłada dobre intencje, zmierzające do zapewnienia dobrostanu i bezpieczeństwa. Psychoterapeuta troszczy się o pacjenta/klienta, wsłuchując się w jego potrzeby i szukając najlepszych metod do osiągnięcia oczekiwanych przez niego celów. W trosce o jakość swojej pracy czyta, słucha wykładów, uczestniczy w szkoleniach i superwizjach. Bez aktualizacji wiedzy i umiejętności oraz poddawania analizie swoich działań troska psychoterapeuty nie uznawałaby prawa pacjenta do uzyskania możliwie najlepszego wsparcia. Korzystając z superwizji, psychoterapeuta nie tylko realizuje dbałość o potrzeby klienta, lecz także zostaje otoczony troską superwizora, który zabiega zarówno o jak najlepszą jakość procesu terapii, jak i o dobrostan superwizanta.

Okazuje się, że troska jest kamieniem węgielnym psychoterapii w każdym jej wymiarze. Troska inicjuje działania wszystkich uczestników procesu terapii, zarówno tych bezpośrednio spotykających się w gabinecie, jak i tych „z drugiego rzędu”, jak rodzina klienta czy superwizor terapeuty. Troska o siebie i/lub bliskich skłania do podjęcia leczenia i wyznacza jego cele. Troszcząc się o powodzenie tego procesu, psychoterapeuta kształci swoje umiejętności i na ich bazie opracowuje i przeprowadza terapię. Kiedy pojawia się niepokój spowodowany trudnościami, szuka on pomocy superwizora.

Obok „profesjonalnej” troski pojawia się też ta „zwyčajna”, gdy pacjent troskliwie myśli o terapeutce, a ten z troską patrzy na zmęczenie superwizora.

I tak w krainie psychoterapii żyją dwie troski. Ta zatroskana, zaniepokojona, często pełna lęków i trudu oraz ta troszcząca się – gotowa dawać wsparcie i opiekę. Obie są częstymi

gośćmi u innych mieszkańców krainy: pacjentów, psychoterapeutów, superwizorów. Czasem przychodzą w odwiedzinach osobno, czasem wspólnie... Psychoterapeuta troszczy się o klienta, by ująć mu troski, a sam jest przedmiotem zatroskania superwizora. Stroskania i troszczenia się jest dużo.

Istnieje jeszcze jeden metapoziom troski. To troszczenie się o rangę i jakość zawodu psychoterapeuty. Z tego poziomu są działania środowiska na rzecz mądrych regulacji prawnych dotyczących zawodu psychoterapeuty, ścieżki kształcenia, samorządu zawodowego itd. Dzięki temu środowiskowemu zatroskaniu zarówno my, jak i nasi pacjenci mamy szansę uniknąć wielu trosk w przyszłości.

Beata Gumienny

Troska jest niezwykle zróżnicowanym pojęciem, odnoszącym się zarówno do drugiego człowieka, jak i do samego siebie, zwierząt, roślin, ojczyzny, pracy, pasji, dóbr materialnych, duchowych czy innych stanów, obiektów i zjawisk. Zatem troska wpisana jest w społeczny kod funkcjonowania człowieka, a wymiary i priorytety troszczenia się, zmieniały się w dziejach ludzkiej egzystencji. Można powiedzieć, że troska ma niezwykle bogaty obraz, jak w kalejdoskopie, stale zmienny, zależny od wieku i stanu człowieka, jego predyspozycji charakterologicznych i osobowościowych oraz od środowiska kulturowego.

Troska kojarzy się z naturalnym biegiem życia, z miłością, czułością, serdecznością, dbaniem o kogoś, poświęcaniem komuś czasu, uwagi, z zaspokajaniem potrzeb rozwojowych czy zdrowotnych osób bliskich, pacjentów, uczniów, wychowanków, osób niepełnosprawnych itp. Troszczyć się oznacza również inicjować działania na styku opieki, pomocy i wsparcia. Można troszczyć się bezinteresownie, ale też w ramach wykonywanych profesji: lekarza, pielęgniarki, weterynarza, nauczyciela i wielu innych. Człowiek posiada niezwykle zdolności troszczenia się, szczególnie w sytuacji przeżywanego macierzyństwa czy ojcostwa. Ileż to było (lub jest) nieprzespanych nocy i dni spędzonych z dzieckiem na ręku? Ileż to niepokojów i obaw w trosce o jego dobrostan czy przyszłość.

Kulturowy model zdolności troszczenia się łatwo można zobaczyć w dziecięcych zabawach, kiedy to maluchy troszczą się o swoje ulubione lalki, misie i inne pluszaki czy zabawki.

Jak już wspomniałam, jest wiele wymiarów troski, a jednym z nich jest troska o zwierzęta – domowe pupile, które są obiektem miłości i zajmują sporo miejsca w ludzkich sercach. Innym przejawem jest dbałość o kwiaty, warzywa, krzewy, drzewa, które są dumą miłośników przyrody i amatorów własnych upraw. Oprócz regularnego dbania o rośliny istotną sprawą okazuje się właściwy stan pogody, warunkujący kolejne etapy wzrostu i owocowania roślin (innych warunków potrzebujących rośliny domowe).

Odmienne znaczenie można nadać pojęciu „zatroskanie”, bo ten stan budzi uczucia niepokojów, zmartwienia, zgryzoty, lęku, obawy, bólu czy cierpienia, co wywołuje nieprzyjemne doznania wywołane trudną sytuacją naszego życia, rodziny lub przyjaciół. Można też przysporzyć komuś trosk lub inni mogą nas wprowadzić w stan nadmiernego zatroskania, nadwyrężającego nasze siły i zasoby. Wówczas występuje wysoki poziom napięcia emocjonalnego, a obiekt czy stan zatroskania podlega naszej szczególnej uwadze.

Zatem troska może być rozpatrywana jako naturalne zjawisko w życiu każdego człowieka (rodzaj miłości i profilaktyki), przybierające jednak na sile w sytuacjach zagrożenia. Można też troszczyć się nadmiernie, w przesadny sposób, albo przejawiać wiele form zaniedbywania (siebie, innych ludzi czy obiektów), prezentując niski poziom lub brak troski. Jednak ostatecznie to właśnie rozumne doświadczanie i prezentowanie troski – w przeszłości i teraźniejszości – często warunkuje jakość życia ludzi czy zwierząt. Podobnie wygląda sprawa dbałości o przedmioty, obiekty, zjawiska czy procesy, które należą do znaczących sfer naszego życia, otaczanych w większym lub mniejszym stopniu troską.

Zebrał Tomasz Gosztyła

Z badań psychologicznych na świecie



Psychoterapia zespołu stresu pourazowego (PTSD) a funkcjonowanie jelitowe

Zespół stresu pourazowego (PTSD) jest zaburzeniem psychicznym wynikającym z narażenia na traumatyczne wydarzenia. Obecnie zalecane interwencje pierwszego rzutu w leczeniu PTSD obejmują psychoterapię, np. terapię przetwarzania poznawczego (CPT). Psychoterapie są skuteczne w zmniejszaniu objawów PTSD, ale około dwie trzecie weteranów nadal spełnia kryteria diagnostyczne PTSD po leczeniu. To sugeruje, że istnieje niepełne zrozumienie co do tego, jakie czynniki podtrzymują PTSD.

Jednym z obszarów zainteresowania badawczego jest mikrobiota jelitowa i środowisko jelitowe. Istnieje dobrze udokumentowana, dwukierunkowa komunikacja między mikrobiotą a mózgiem: zmiany w jelitach mogą wpływać na mózg i odwrotnie. Na przykład stres fizyczny i psychiczny może powodować prozapalne zmiany w mikrobiocie jelitowej.

Procedura. W badaniu oceniano próbki fizjologiczne pochodzące od osób bez PTSD, które porównano z próbkami od weteranów z PTSD. Próbkę pobrano przed i po 3-tygodniowym intensywnym programie leczenia opartym na CPT.

Wyniki. Terapia poprawiła stan psychiczny weteranów z PTSD, ale nie odnotowano zmian w wynikach jelitowych, które wskazywały na różne nieprawidłowości.

Wniosek. Autorzy przypuszczają, że ukierunkowanie na korzystne zmiany w jelitach może wspomóc istniejące metody leczenia PTSD. Wyniki cytowanych badań znajdują pewne potwierdzenie w odniesieniu do innych zaburzeń, lecz niewielka liczba osób badanych ogranicza możliwość stawiania wniosków na ten temat.

Voigt, R. M. et al. (2022). Abnormal intestinal milieu in posttraumatic stress disorder is not impacted by treatment that improves symptoms. *American Journal of Physiology. Gastrointestinal and Liver Physiology*, 323(2), G61–G70. <https://doi.org/10.1152/ajpgi.00066.2022>

aŁ

Słow(n)ik psychologiczny



Przeniesienie – (niem. *die Übertragung*) termin zaproponowany na gruncie terapii psychoanalitycznej przez Zygmunta Freuda pod koniec XIX wieku. W procesie terapii odnosi się do związku między pacjentem a terapeutą. Polega na rzutowaniu przez pacjenta na terapeutę swoich nieświadomych myśli, uczuć lub wyobrażeń pierwotnie przeżywanych z osobami znaczącymi. Mogą one dotyczyć np. relacji pacjenta z rodzicem, którego dostrzega w terapeutę, przenosząc na niego swoje uczucia. Jako proces w dużej mierze nieświadomy, nie jest on dostrzegalny przez pacjenta. Rolą terapeuty jest akceptowanie, analizowanie i interpretowanie przeniesie-

nia. Umożliwia to przeżycie z pomocą terapeuty wypartych przeżyć w sposób świadomy i rozwiązanie mogących z tego wynikać konfliktów lub zmianę wzorców wchodzenia w relacje z innymi. W zależności od nurtu psychoterapii przeniesienie jest traktowane jako jeden z głównych przedmiotów pracy terapeutycznej, w innych podejściach jako mniej istotny czynnik oddziaływania terapeutycznego.

(al)

Mistrzowie psychologii



Foto: Roman Czyrka

Zdjęcie za zgodą WNS KUL

Prof. dr hab. Maria Braun-Gałkowska, urodziła się 16 maja 1939 r. w Milechowach k. Kielc. W 1961 r. ukończyła studia na kierunku filozoficzno-psychologicznym w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim (dzisiaj – Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II). Pracę magisterską przygotowała pod kierunkiem dr Natalii Han-Ilgiewicz, wybitnej pedagog i kryminolog, organizatorki opieki nad młodzieżą z trudnościami wychowawczymi. W tym też roku podjęła pracę na swojej macierzystej uczelni. Pracowniciem Instytutu Psychologii KUL była nieprzerwanie do 2011 r.

Pod opieką naukową prof. Marii Grzywak-Kaczyńskiej, specjalistki w zakresie psychologii szkol-

nej i pionierki psychologii stosowanej w Polsce, napisała i obroniła pracę doktorską pt. *Oddziaływanie telewizji na psychikę dzieci*. Praca uchodzi za unikalną, ponieważ telewizja w owym czasie była zjawiskiem nowym, nie wszystkie dzieci miały do niej dostęp, więc można było dokonać interesujących porównań pomiędzy tymi, które już ją oglądały, a tymi, które jeszcze takiej możliwości nie miały.

Wielokrotnie odwoływała się do spuścizny i inspiracji postaciami prof. Natalii Han-Ilgiewicz i prof. Marii Grzywak-Kaczyńskiej, a także: prof. Karola Wojtyły (późniejszego papieża Jana Pawła II, świętego Kościoła katolickiego), Janusza Korczaka oraz Arystotelesa czy to

w działalności naukowej, praktycznej czy popularyzatorskiej, kładąc akcent na psychologię szkolną (dziś powiedzielibyśmy – edukacyjną) i wychowawczą, psychologię rodziny oraz – szerzej – psychologię stosowaną. W działalności wychowawczej szczególnie bliska była jej idea pedagogiki złotego środka: szacunku do wychowanka, próby zrozumienia jego potrzeb i sposobu myślenia, przy równoczesnym wprowadzaniu w świat wartości – prawdy, dobra, piękna.

W 1979 r. uzyskała tytuł doktora habilitowanego, w 1988 stanowisko profesora KUL, a w 1992 tytuł profesora zwyczajnego. Jej zainteresowania naukowe dotyczyły głównie psychologii małżeństwa i rodziny (ze szczególnym uwzględnieniem psychoprophylaktyki życia rodzinnego), psychologii wychowania, psychologii mediów oraz zastosowania metod projekcyjnych w diagnozie psychologicznej. Opublikowała kilkanaście książek i ponad 200 artykułów naukowych oraz popularnonaukowych. Wśród najbardziej znanych publikacji można wymienić następujące, kilkakrotnie wznawiane, pozycje książkowe: *Miłość aktywna. Psychiczne uwarunkowania powodzenia małżeństwa* (1980; 1985), *Psychologia domowa* (1985; 1987; 1989; 1990; 2008; 2018); *Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa* (1992; 1998), *W tę samą stronę. Książka dla nauczycieli o wychowaniu i lekcjach wychowawczych* (1994; 1996) *Poznanie systemu rodzinnego* (2007; 2009). Była członkiem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz International Academy of Family Psychology.

W latach 1984–2011 kierowała Katedrą Psychologii Wychowawczej i Rodziny KUL, która to instytucja w owym czasie była miejscem dynamicznego rozwoju naukowego, wymiany myśli, wielu warsztatów i szkoleń. Prof. Braun-Gałkowska była promotorem 25 doktoratów i ponad 300 magisteriów z zakresu psychologii. W prowadzonych przez nią seminariach doktoranckich uczestniczyli nie tylko doktoranci, ale także pracownicy Katedry Psychologii Wychowawczej i Rodziny. Regularnie organizowała szkolenia

dla pracowników dotyczące m.in. metodyki nauczania, kładąc duży nacisk na metody aktywizujące. Wiele prowadzonych przez nią zajęć miało charakter otwarty dla całej społeczności akademickiej. W latach 1990–1995 pełniła funkcję dyrektora Instytutu Psychologii KUL.

Poza KUL współpracowała z Uniwersytetem Warszawskim, Wyższą Szkołą Pedagogiczną w Częstochowie (dziś – Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie), Uniwersytetem Opolskim, Uniwersytetem Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz Akademią Ignatianum w Krakowie (dziś – Uniwersytet Ignatianum w Krakowie), prowadząc tam działalność naukowo-dydaktyczną. W Ignatianum była kierownikiem Katedry Psychologii (od 2012 do 2014 r.), a następnie Katedry Psychopedagogiki (od 2014 do 2017 r.).

Pracę naukowo-badawczą łączyła z praktyką terapeutyczną. Była certyfikowaną psychoterapeutką Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, superwizorem w Ośrodku Terapii Rodzin przy Akademii Medycznej, w Specjalistycznej Poradni Psychoprophylaktyki i Terapii Rodzin oraz w Poradni Psychologicznej przy Duszpasterstwie Akademickim KUL. Współtworzyła Ośrodek Psychologiczny im. Natalii Han-Ilgiewicz w Lublinie. Pracowała terapeutycznie głównie według metod nurtu systemowego, przy dogłębnej znajomości innych kierunków.

Jest twórczynią przygotowujących do małżeństwa kursów narzeczeńskich prowadzonych metodami aktywizującymi w małych (do 7 par) grupach. Kursy realizowane są od 1975 r. do dziś i ukończyło je, przy samym Duszpasterstwie Akademickim KUL, ponad 6 tysięcy osób.

Prof. Maria Braun-Gałkowska prowadziła szeroko zakrojoną działalność popularyzatorską, wygłaszając wykłady i prelekcje oraz prowadząc warsztaty dla nauczycieli, pedagogów, samorządowców, rodziców, duchowieństwa. Szacuje się, że wygłosiła ich ok. 400. Opracowała (wraz ze swoim zespołem) kilkanaście ekspertyz dla Senatu RP, KRRiT, Rady Programowej TVP i Rzecznika Praw Dziecka, opartych na wynikach badań empirycznych z zakresu psychologii mediów i psychologii wychowania, dotyczą-

cych programów telewizyjnych i gier komputerowych.

Była osobą zaangażowaną społecznie, dzielącą się swoją wiedzą i doświadczeniem, ale bez bezpośredniej aktywności politycznej, rozumianej jako walka o władzę. Organizowała Wszechnicę Wyborczą w ramach Komitetu Obywatelskiego Lubelszczyzny „Solidarność” (1989 r.), była członkiem Komitetu Obywatelskiego Lubelszczyzny (lata 1989/90), kierownikiem prac Zespołu Doradców Obywatelskiego Klubu Parlamentarnego (lata 1989/1990), członkiem Rady Programowej TVP S.A. (lata 1993–1997) oraz członkiem Komisji Episkopatu *Iustitia et Pax* oraz Podkomisji Episkopatu ds. Duszpasterstwa Kobiet.

Za swoją działalność prof. Maria Braun-Gałkowska została nagrodzona m.in. medalem Komisji Edukacji Narodowej i Medalem Zasłużony dla Województwa Lubelskiego oraz odznaczona Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Prywatnie była żoną prof. Jerzego Gałkowskiego, kierownika Katedry Etyki Społecznej i Politycznej Wydziału Filozofii KUL, matką czwórki dzieci, zaangażowaną babcią, osobą pielęgnującą przyjaźnie, dostępną dla uczniów i współpracowników, dyskretną filantropką.

Prof. Maria Braun-Gałkowska zmarła 1 grudnia 2023 r. w Tyczynie. Pozostawiła po sobie liczne grono uczennic i uczniów w całej Polsce, którzy – według lubianego przez nią cytatu ze św. Pawła, i tytułu jednej z jej książek – *idą dalej w tę samą stronę*.

Opracował Tomasz Gosztyła, na podstawie: Ulfik-Jaworska, I., Gała, A. (red.) (2012). *Dalej w tę samą stronę*. Księga jubileuszowa dedykowana profesor Marii Braun-Gałkowskiej. Lublin: Wydawnictwo KUL; Jubileusz 80-lecia prof. dr. hab. Marii Braun-Gałkowskiej (2019). Lublin.

Emilia Dziuban
studentka I roku psychologii UR

Projektowanie przyszłości z naturą – warsztaty



30 listopada i 1 grudnia 2023 roku w kampusie przy ul. Rejtana odbyły się warsztaty dla I roku psychologii pt. „Future Lab – projektowanie przyszłości z naturą”. Ich głównym tematem było uświadomienie uczestnikom i uczestniczkom, jak ważne jest myślenie przyszłościowo uwzględniające współczesne problemy środowiska naturalnego.

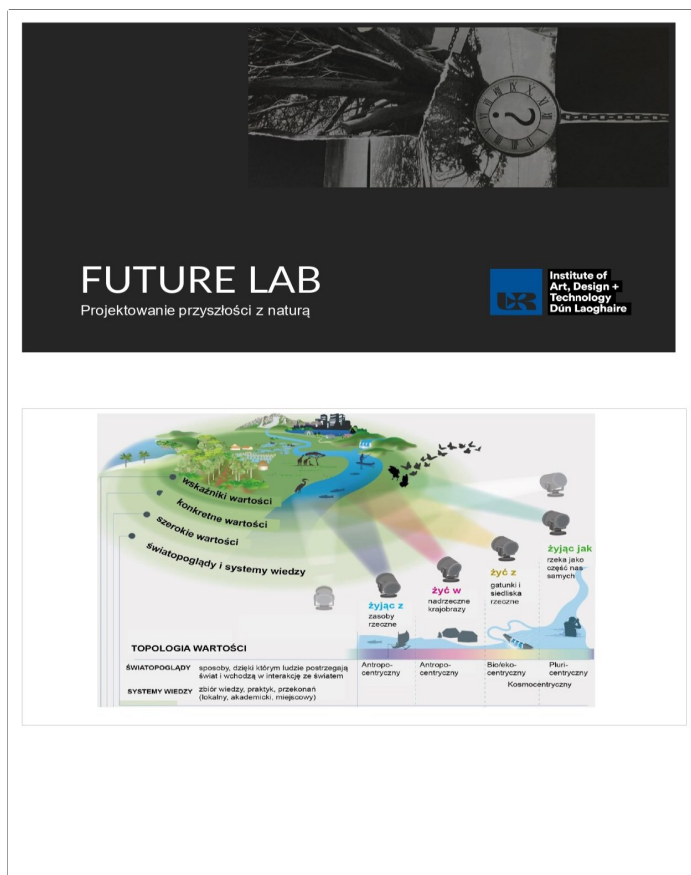
Zajęcia poprowadzili Justyna Doherty oraz Clyde Doyle z Institute of Art, Design + Technology w Dublinie. Istotą warsztatów jest tzw. *futures literacy*. Są to wyobrażenia o przyszłości: powinniśmy widzieć przyszłość w szerszej perspekty-

wie, aby zmieniać świat na trochę lepszy. Ważnym elementem warsztatów jest również rozwijanie umiejętności empatycznych z przyszłymi pokoleniami.

Część warsztatów dotyczyła tzw. pilnego optymizmu. Skła-

dają się na niego kolejno: elastyczność psychiczna (wszystko może się zdarzyć), realistyczna nadzieja (równowaga między poczuciem realizmy a wyobraźnią) oraz przyszła moc (poczucie kontroli i sprawczości). Ważnym elementem zajęć był eksperyment z wyobraźnią. Polegał on na tym, żeby pomyśleć o pokoju, w którym się budzę, co mnie budzi, kto się obudzi obok mnie, co będę robić, w co będę ubrany/ubrana. Potem, na takie same pytania trzeba odpo-





wiedzieć raz jeszcze, ale z perspektywy 10 lat później. Dzięki temu uczestnicy i uczestniczki stworzyli nowe wspomnienie z przyszłości. Dało im to do zrozumienia, że to, co dla mózgu wcześniej było niewyobrażalne, teraz jest do wyobrażenia. Dowiedzieli się także trochę o mentalnych podróżach w czasie. Związane są one z dobrostanem psychicznym i są wysoce skutecznym narzędziem zmiany zachowań oraz zwiększającym kreatywność. Istnieje 100 sposobów na to, by wyobrazić sobie, jak wszystko może być inne w przyszłości. Jednym z nich jest zasada Jima Datora. Polega na wybraniu dowolnego tematu, następnie wypisaniu 100 rzeczy, które już dziś są prawdziwe i związane z danym zagadnieniem. Na końcu wypisuje się te fakty, które w przyszłości nie mogą być prawdziwe. Dzięki temu można zauważyć sygnały zmiany.

W następnym ćwiczeniu studenci i studentki zostali podzieleni na grupy. Clyde wprowadził

to ćwiczenie, mówiąc, że statystycznie codziennie w Rzeszowie rodzi się pięcioro dzieci. Każda osoba miała za zadanie wymyślić zawód, jaki mogłoby wykonywać takie dziecko w przyszłości. Te pomysły zostały spisane na karteczkach samoprzylepnych oraz przyklejone do ściany. Z każdej grupy została wyłoniona jedna osoba, która miała wcielić się w wybraną przez siebie postać i przedstawić reszcie grupy. Osoby z grupy miały zadawać pytania osobie wcielającej się w przybysza bądź przybyszkę z przyszłości. Po skończonym „wywiadzie” osoby z przyszłości po raz drugi wyszły z sali. Ich kolejne zadanie polegało na narysowaniu nakrycia głowy, które pasowałoby ich zdaniem do zawodu, który wykonuje ich postać. Następnie ponownie wróciły do swoich grup. Pozostali uczestnicy i uczestniczki w czasie ich nieobecności przygotowali swoje nakrycia głowy wraz z atrybutami (wykonanymi z folii aluminiowej) dla gości z przyszłości, oraz przedstawili,

dłaczego wykonali takie, a nie inne przedmioty. Ćwiczenie to wywołało lawinę śmiechu i dobrego nastroju, gdyż uzasadnienia wyboru wykonania tychże rzeczy – w dodatku z ubraniem nakryć głowy – były często bardzo komiczne.

Ostatnia część warsztatów dotyczyła *future forest*. Clyde opowiadał o designie: jego związku z kulturą, zmianami klimatu, ekosystemem i regulacją UE. Porównał nasze życie z naturą z koegzystowaniem Indian, twierdził, że oni żyją w zgodzie z nią. Wprowadził pojęcie błędu epistemologicznego: nie doświadczamy korelacji pomiędzy poszczególnymi systemami i dlatego nie jesteśmy w stanie radzić sobie z ich złożonością. Człowiek jest oddzielony od reszty świata przyrody, dąży do dominacji nad innymi i nad naturą. Na zakończenie, w parach, uczestnicy i uczestniczki wykonali jeszcze jedno ćwiczenie. Polegało ono na zmianie terytorium, na którym współcześnie mieści się budynek

Uniwersytetu Rzeszowskiego, w siedlisko jednego gatunku występującego regionalnie. Miało ono na celu uświadomienie uczestniczącym, że wszystko jest tworzone na potrzeby ludzi, a nie innych gatunków. Dzięki temu zadaniu można było odczuć więź z naturą.

Spotkanie z zagranicznymi gośćmi było wielce rozwijające i interesujące. Oto kilka opinii:

„Według mnie warsztaty były ciekawym doświadczeniem. Pozwoliły zatrzymać się i pomyśleć o przyszłości w szerszym kontekście niż ten, o którym myślimy na co dzień. Pokazały, że w przyszłości tak naprawdę wszystko będzie możliwe. Przypomniały również, że nie jesteśmy jedynymi istotami na Ziemi

i powinniśmy umożliwić godne życie innym gatunkom.”

Agata Jakubowska

„Warsztaty były świetnym doświadczeniem edukacyjnym. Prowadzący prezentowali wiedzę w sposób zrozumiały, a praktyczne aspekty warsztatu pozwalają bezpośrednio stosować zdobytą wiedzę na co dzień. Całość była skoncentrowana na istotnych umiejętnościach, takich jak: kreatywność, zarządzanie zmianą, krytyczne myślenie czy umiejętność rozwiązywania problemów. Tym samym sprawiły, że uczestnictwo w nich było nie tylko pouczające, ale i inspirujące.”

Klaudia Wymysłowska

„Moja opinia na temat warsztatów jest pozytywna. Pogłębi-

liśmy na nich wiedzę na temat natury, ale też zmieniła ona trochę moje patrzenie na współczesny świat i pozwoliła dostrzec piękno przyrody, która otacza nas na co dzień. Myślę, że różne ćwiczenia w formie zabawy też nas trochę do siebie zbliżyły i mieliśmy możliwość dzięki temu lepiej się poznać.”

Sandra Kochanowicz



Z wizytą u Prorektor Kolegium Nauk Społecznych, prof. dr hab. Elżbiety Feret (w środku); po prawej: Clyde Doyle, Justyna Doherty; po lewej: dr hab. Andrzej Łukasik, prof. UR, dyrektor Instytutu Psychologii

Ankieta przeprowadzona przez Studenckie Koło Naukowe UR equal „Poziom wiedzy z zakresu pojęć dotyczących społeczności LGBTQ+”



Wstęp

Sytuacja osób należących do społeczności LGBTQ+ [lesbijki, geje, (osoby) biseksualne, (osoby) transpłciowe, (osoby) queerowe] na polskich uczelniach coraz częściej jest tematem dyskusji, zwłaszcza dotyczącej wymiarów tolerancji, równości czy bezpieczeństwa. Obecność ta jest także podstawą do organizowania spotkań edukacyjnych z udziałem ekspertów czy przeprowadzania ankiet. Mają one na celu zwrócenie uwagi m.in. na konkretne przeszkody, jakie napotykają nieheteronormatywni studenci w systemie szkolnictwa wyższego w Polsce, takie jak dyskryminacja czy agresja słowna lub fizyczna. Coraz większą wagę przypisuje się dbałości o bezpieczeństwo takich studentów. W ostatnich latach na polskich uczelniach powstają koła naukowe i organizacje zainteresowane tematyką równościową. Uczelnie coraz częściej biorą pod uwagę problemy mniejszości, wprowadzając w tym zakresie różnego rodzaju rozwiązania, czego przykładem może być nakładka w USOS dla osób transpłciowych, która pozwala na używanie swojego preferowanego imienia, a nie deadname'u przed zmianą danych osobowych. Dzięki ankietom przeprowadzonym wśród studentów oraz pracowników uczelni osoby odpowiedzialne za ochronę praw i wartości studenckich oraz akademickich mogą lepiej poznać, zrozumieć i ocenić sytuację, które wymagają odpowiedniej reakcji – jak chociażby zachowania rasistowskie, ksenofobiczne czy homofobiczne. Wiedza na tematy równości i różnorodności przekazywana

studentom i pracownikom uczelni pozwala na stworzenie przestrzeni otwartej i przyjaznej dla wszystkich, w której każdy może czuć się bezpiecznie.

Cel

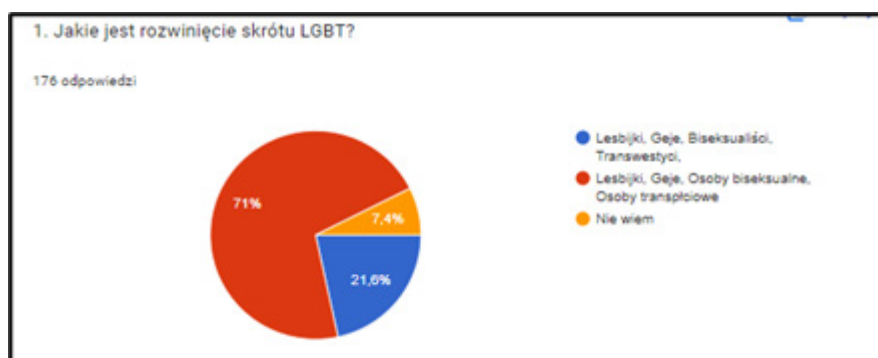
Głównym celem badania było sprawdzenie poziomu wiedzy z zakresu pojęć dotyczących społeczności LGBTQ+ na Uniwersytecie Rzeszowskim. Pośrednim zadaniem było również zwiększenie świadomości społeczności akademickiej poprzez zapoznanie ich z konkretnymi pojęciami dotyczącymi tożsamości studentów nieheteronormatywnych. Przeanalizowanie wyników badania ułatwi zidentyfikowanie ewentualnej luki w wiedzy studentów z zakresu orientacji psychoseksualnej i tożsamości płciowej oraz społeczności LGBTQ+. Pozwoli to na określenie priorytetów w dalszej edukacji antydyskryminacyjnej oraz wybór działań związanych ze zwiększeniem bezpieczeństwa osób narażonych na dyskryminację. Działania tego typu mogą nie tylko poprawić poziom świadomości studentów, ale również nauczyć ich właściwych reakcji na pojawiające się przejawy dyskryminacji bądź agresji.

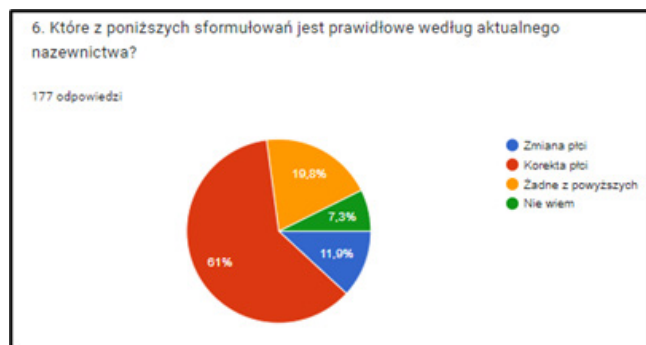
Metodologia

Badanie przeprowadzono za pomocą ankiety składającej się z 17 pytań. Została ona rozposzechniona poprzez media społecznościowe i środki masowego przekazu, takie jak Facebook. Ankieta była dostępna do wypełnienia od 16.12.2022 roku do 13.02.2023 roku. Kwestionariusz był w pełni anonimowy. Adresatami były osoby studiujące na Uniwersytecie Rzeszowskim. Do badania włączono wszystkie kolegia Uniwersytetu, najwięcej odpowiedzi uzyskano z Kolegium Nauk Społecznych (42%), następnie z Kolegium Nauk Przyrodniczych (20%) i Kolegium Nauk Medycznych (18%). Grupą respondentów było 177 osób, 64% badanych określiło swoją płęć jako żeńską, 24% jako męską, pozostałe osoby zaznaczyły odpowiedź „inne”.

Wybrane wyniki badań

Na pytanie o rozwinięcie skrótu LGBT właściwą odpowiedź wskazała większość ankietowanych, tj. 71%. Świadczy to o tym, że istnienie takiego środowiska jest powszechnie znane, a ta tematyka obecna jest w debacie publicznej. Niestety nie istnieje możliwość





porównania tych wyników z innymi danymi.

Na pytanie „czy orientację seksualną można wybrać” większość, czyli ponad 70,1%, wskazała prawidłową odpowiedź, tj. „nie”. Z kolei na podobne pytanie, tj. „czy orientację seksualną można zmienić”, ponad połowa ankietowanych odpowiedziała „nie”. Obydwa pytania sprawiają wrażenie podobnych, jednak istnieje między nimi kluczowa różnica. Uważa się bowiem, że orientacja seksualna towarzyszy ludziom od urodzenia – nie można jej zmienić terapią konwencjonalną czy siłą woli. Należy pamiętać jednak, iż jest to spektrum.

Ankietowani zostali także poproszeni o wybranie obowiązującego według aktualnego nazewnictwa sformułowania dotyczącego korekty płci. Na rys. 6 zaprezentowano możliwe odpowiedzi i uzyskane wyniki.

Prawie 63% ankietowanych uważa, iż tożsamość płciowa nie jest związana z orientacją seksualną, przeciwnego zdania jest niewiele ponad 20%. Warto zaznaczyć, że blisko 20% twierdzi, że transpłciowość to choroba, zdecydowana większość, ok. 70% badanych, uważa przeciwnie.

Badani zostali również zapytani o znaczenie terminu „coming out”, przy czym ponad 84% z nich zaznaczyło prawidłową definicję.

Kolejnym pytaniem było wskazanie definicji terminu „osoba niebinarna”. Prawie 81% ankietowanych zaznaczyło prawidłową opcję, w ankiecie pojawiły się także odpowiedzi: „osoba nieposiadająca widocznych cech kobiecych lub męskich” (1%), a także „osoba wspierająca środowisko LGBT+, ale nie będąca jego częścią” (2,8%).

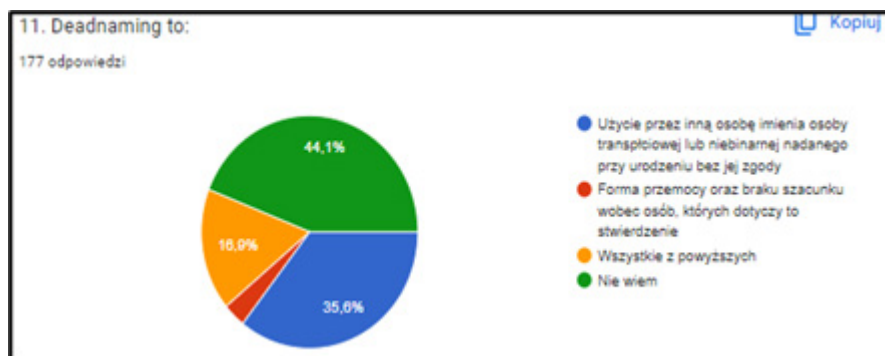
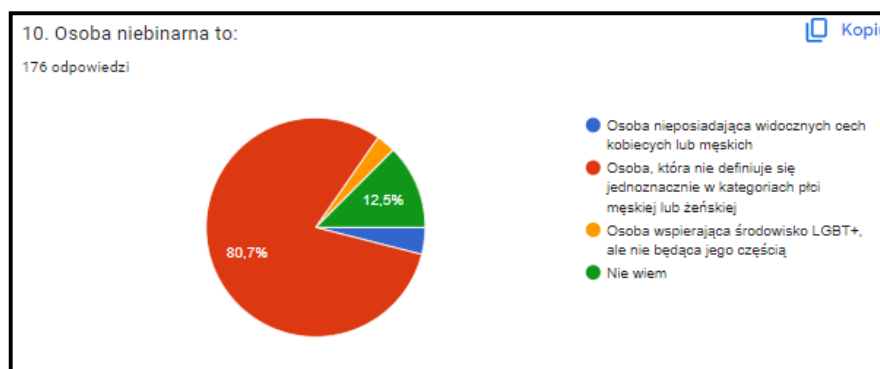
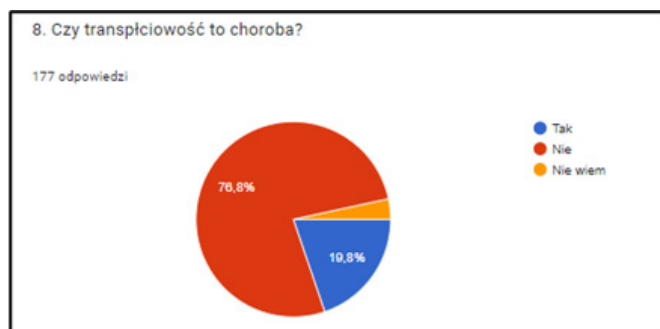
Na pytanie dotyczące definicji słowa „deadnaming” aż 44,1% odpowiedzi „nie wiem”, 35,6% to „użycie przez inną osobę imienia osoby transpłciowej lub niebinarnej (nadanego przy urodzeniu) bez jej zgody”, 3,4% to „forma przemocy oraz braku szacunku wobec osób, których dotyczy to stwierdzenie, natomiast 16,9% „wszystkie z powyższych”.

Na ostatnie pytanie dotyczące tego,

czym jest *gender*, prawie 42% wybrało odpowiedź „odniesieniem do tożsamości płciowej”, niemal 24% wskazało na „płeć kulturową”, a aż 22% na „ideologię”.

Podsumowanie

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę dalszej edukacji dotyczącej społeczności LGBT+. Mimo iż duża część badanych wskazała poprawne odpowiedzi, wciąż znajdują się błędne, wymagające szczególnej uwagi, jak na przykład stwierdzenie, iż transpłciowość to choroba lub że określenie *gender* jest ideologią. Część studentów nie postrzega swoich queerowych kolegów jako „normalnych”. Studenci LGBT+ mogą spotkać się m.in. z pytaniami typu „czy nie uważacie, że to dziwne, że na naszym bardzo małym roku są aż dwie osoby queer? Bardziej spodziewałbym się tego po innym kierunku, tam to są same dziwaki...” (*przykład wypowiedzi*). Wobec tego uczący się, którzy są nieheteronormatywni, są przez niektórych postrzegani jako pewna opozycja do niemal niedefiniowalnej normalności. Sprawia to, że queerowa część społeczności akademickiej jest postrzegana jako rzadka, dziwna, inna, a może nawet obca. Tym samym pozostali studenci mogą niejako oddzielać się od tych, którzy się od nich różnią, tworząc wrogie środowisko. Dodatkowo patrzenie na studentów LGBTQ+ jako na rzadkie, odstępujące od normy okazy jest przedmiotowym traktowaniem tych osób. Zdarza się, że te osoby powołują się na statystyki, które w tym przypadku zupełnie nic nie znaczą, bo osoby studiujące to po prostu ludzie i społeczność LGBT na uczelni nie powinna być traktowana jako jakiś procent, zgodnie z którym na danym kierunku powinna być taka, a nie inna liczba queerowych studentów.



Zastanawiające jest również utożsamienie słowa „dziwne” ze słowem „złe” w powyższym przykładzie. Trudno o akceptację i tolerancję ze strony studentów, jeśli ich pierwszą myślą na temat osób nieheteronormatywnych jest „dziwne – nienormalne – obce – złe”. Mamy nadzieję, że wyniki naszego badania będą pomocne w ustaleniu i zdefiniowaniu konkretnych problemów i opracowaniu działań, jakie może podjąć uczelnia, aby im zapobiegać.

Opracowali: Weronika Przyboś, Nat Dzięgiel, Michalina Kawa, Patryk Kotkowski i Katarzyna Szmyt (absolwentka).

Czy wiesz, że...?



Czy wiesz, że... w Polsce corocznie przyznawane są tzw. Złote Synapsy?

W grudniu 2023 w kategorii: „Psychiatryczna Innowacja Roku” wyróżnienie otrzymało Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży – Bielany. Dr Tomasz Rowiński i dr Kamila Lenkiewicz stworzyli tam model opieki środowiskowej dla dzieci i młodzieży – Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (ŚCZP dim). Założyli, że w mechanizmach powstawania zaburzeń psychicznych istotną rolę odgrywają czynniki z trzech głównych obszarów: biologicznego, psychicznego i społecznego. Ponieważ dzieci i nastolatki żyją oraz funkcjonują w mikro- i makrosystemach, między którymi zachodzi interak-

cja, czyli znacząco szerszym kontekście niż tylko system rodzinny, dlatego pracować należy również z ich siecią wsparcia społecznego, uwzględniając wszystkie systemy.

Model stworzony przez dra Rowińskiego i dr Lenkiewicz jest wdrażany w wielu innych miejscach kraju, m.in. w Szpitalu im. Babińskiego w Krakowie, Centrum Zdrowia Dziecka w Międzyzlesiu, w Centrum Pediatrii im. JP II w Sosnowcu. Innowacyjnym założeniem było, że pierwszym specjalistą, który bierze odpowiedzialność za proces zdrowienia, jest psycholog lub psychoterapeuta, a lekarz dołącza do zespołu jedynie, gdy niezbędne jest rozpoczęcie farmakoterapii. Model ten znalazł uznanie Komisji Europejskiej. (aeb, aww)

Recenzje



Linehan, M. (2021) „Życie warte przeżycia”. Wyd. Media Rodzina

Książka ta skupia się na umiejętnościach radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi, w szczególności u osób z zaburzeniami borderline, oraz prezentuje koncepcję dialektyki, czyli równowagi między akceptacją obecnego stanu a zmianą. Autorka pokazuje swoją drogę od własnych problemów psychicznych aż do stworzenia skutecznej terapii, a także daje czytelnikom narzędzia do lepszego zrozumienia i zarządzania swoimi emocjami oraz strategię, które pomagają w budowaniu zdrowszych relacji społecznych. Dzięki ukazaniu swoich zmagania książka zyskuje wymiar osobisty, a czytelnicy mogą utożsamiać się z historią osobistą autorki, co może

być inspirujące i motywujące, mobilizujące do walki o poprawę swojego stanu. Dodatkowo lektura destygmatyzuje BPD, zaburzenie często okryte mitami i wstydem, przez co osoby chore niekiedy nie chcą szukać pomocy z obawy przed reakcją środowiska na ich diagnozę. „Życie warte przeżycia” oferuje kompleksowe podejście do terapii dla osób ze wspomnianym zaburzeniem, a także daje nadzieję na lepszą przyszłość osobom z problemami emocjonalnymi, pokazując, że nie są one wyrokiem i mimo niesamowitego bólu i cierpienia psychicznego możliwe jest zbudowanie życia wartego przeżycia.

(ep)



Techniki terapeutyczne

SPOKÓJ CHWILI – NAUKA UWAŻNOŚCI (MINDFULNESS)

W prewencji i leczeniu chorób spowodowanych nadmiernym napięciem emocjonalnym coraz częściej środkiem zapobiegawczo-leczniczym jest relaksacja, obejmująca szereg różnorodnych technik, u podstawy których leży tradycyjny system jogi i medytacji. Zaslugują one na szczególną uwagę ze względu na wiele korzystnych oddziaływań zdrowotnych, dzięki czemu są obecnie coraz częściej stosowanymi interwencjami, tzw. Body-Mind Medicine. Zarówno joga, jak i medytacja stały się inspiracją dla technik relaksacyjnych stosowanych z powodzeniem w terapii, takich jak progresywna relaksacja mięśni Jacobsona, autogenny trening Schultza czy uważność (mindfulness), której propagatorem jest Jon Kabat-Zinn, profesor medycyny na Uniwersytecie Massachusetts. Metodę zaczerpnął z buddyjskich praktyk medytacyjnych, a sam określa uważność jako „świadomość każdej chwili” (Kabat-Zinn, 1990, s. 26). Jego 8-tygodniowy program redukcji stresu oparty na uważności (Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR) w klinice medycznej przy Uniwersytecie Michigan ma na celu rozwój wewnętrznych zdolności relaksacji, skupiania uwagi, świadomości i percepcji. Badania wykazały, że MBSR wpływa pozytywnie na nastrój i redukuje objawy stresu (Branstrom i in., 2010) oraz obniża lęk i depresję (Piet, Wurtzen, Zachariae, 2012).

W oparciu o program MBSR Zindel V. Segal, Mark G. Williams i John D. Teasdale (2016; 2017) stworzyli model terapii depresji opartej na uważności. Badania wykazały, że trening uważności zmniejsza liczbę nawrotów depresji u osób chorujących przewlekłe, jednak tylko w przypadku, gdy liczba nawrotów była nie mniejsza niż cztery. U osób z mniejszą liczbą nawrotów dotychczas nie zaobserwowano takiego efektu (Popiel i Prąglowska, 2008). Terapia tą metodą została na stałe włączona w repertuar metod terapii poznawczo-



Fot. Tomasz Gosztyła

-behawioralnej. W oparciu o uważność powstały również w ramach terapii poznawczo-behawioralnej takie terapie jak: terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) oraz terapia schematów. ACT jest umieszczona przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne na liście terapii opartych na dowodach w takich kategoriach, jak: depresja, chroniczny ból, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, zaburzenia lękowe (Hershfield, 2016).



Agnieszka Kotula, psycholog, certyfikowana psychoterapeutka CBT, nauczycielka MBSR

Opowiadania nie zawsze z morałem

Jacek Pasternak



Magiczny kamień z Księżyca

Kiedyś na Księżycu mieszkał sobie pewien kamień. Był nieduży, okrągły, koloru ciemnobrunatnego z czerwonymi odcieniami. Mieszkał i był obecny przy tym, co działo się wokół. A działo się niewiele: księżycowy krajobraz, skąpe natężenie światła, czerwony pył, rzadkie burze i ciągły kontakt z naturą nieożywioną nie bardzo ożywiały wewnątrz potencjalnie witalnego i ciekawego nowości kamienia. Mijały lata i wydawało się, że wszystko, co ma się wydarzyć, już się wydarzyło, a to, co się działo na co dzień, było tylko powtórzeniem tego, czego kamień doświadczał we wcześniejszych latach, dekadach, mileniach...

Pewnego dnia nieopodal znanych skał wylądował statek kosmiczny, otworzył się właz, a z niego wyszli na zewnątrz ubrani w szczelne skafandry kosmiczne ludzie. Ostrożnie poruszali się, a po chwili z coraz większą śmiałością i radością cieszyli się stanem nieważkości: skakali, fikali koziołki, dotykali napotkanych różnych rodzajów skał czy innych substancji, bawili się piękną chwilą i sprawiali, że czas terazniejszy rozszerzał swój subiektywnie doświadczany zakres o kolejne sekundy, minuty, kwadranse. Kiedy już nasycili się tym pięknym, beztróskim czasem, spoważnieli i przeszli do tego, po co się tu pojawili – do zleczonego zadania pobierania próbek księżycowych pyłów, skał, kamieni i wszystkiego innego, co tylko napotkali na swojej drodze. Kamień przyglądał się temu w skupieniu, doświadczając ambiwalencji – z jednej strony lęku przed dotykową czy faktyczną inwazją obcych, a z drugiej ciekawości nowego. Kiedy jednak jeden z ludzi sięgnął po niego, aż wzdrygnął się z przerażenia i wewnętrznie najeżył. Nic to nie dało – i tak trafił do kosmicznej rękawicy, a następnie do ciasnego pojemni-

ka. Jego przerażenie wzrosło, kiedy odczuł, że jest wewnątrz jakiegoś ciemnego, klaustrofobicznego pomieszczenia, a następnie usłyszał dźwięk, o którym nie mógł wiedzieć, że jest to dźwięk potężnych silników. Dźwięk narastał, wreszcie kamień odczuł, że rakieta wystartowała z jego planety. Trudno w to uwierzyć, ale po kamiennych krawędziach spłynęły łzy smutku, pożegnania i strachu przed nowym. Skonstatował, że opuszcza miejsce, które zna od wieków, na być może kolejne wieki. Ten horror kontaktu z nowością, pustki, tęsknoty za znanym, rodzinnym i powtarzalnym towarzyszył mu przez cały czas kosmicznej podróży. Czas, który dłużył się i subiektywnie trwał co najmniej tak długo, jak jego dotychczasowe istnienie. W pewnym momencie poczuł ostre szarpnięcie, wibracje i opór powierzchni pod nim. Hałas silników ustał, wokół rozległy się ludzkie głosy – radosne, pełne wigoru i niewytłumaczalnej, w tamtej chwili, energii. Poczul, jak nieznaną siłą zabrała go razem z pojemnikiem z pojazdu. Przez niewielki otwór zobaczył ludzi, już nie w skafandrach kosmicznych, lecz w zwykłych codziennych ubraniach, jak się później dowiedział – w spodniach i koszulach. „Dziwni są” – pomyślał. Zdumiewała go ich zdolność do ruchu, przemieszczania się, kontaktowania między sobą, dialogów, które prowadziły, ruchów ciała, mimiki, gestów, obopólnego reagowania na siebie. Nie byli wcale groźni, tylko współpracowali i widać było, że to, co robili, działo się celowo. Pomyślał, że miejsce, gdzie się znalazł – Ziemia – podobne jest do Księżyca. Kiedy jednak samochód, którym jechał, opuścił pustynię, zauważył mnóstwo różnic, i to go zafascynowało. Razem z innymi rzeczami z Księżyca trafił do laboratorium. Tam odłamanemu mu małą część i oglą-

dano ją pod dziwnym urządzeniem, następnie wykąpano go w wodzie oraz innych, dających różne wrażenia cieczach. Nie wiadomo skąd, szybko nauczył się rozumieć ludzką mowę. Usłyszał, że jest zwykłym granitem i nie ma w nim nic ciekawego. Ludzie w fartuchach odstawili go na półkę, tuż obok drzwi. Następnego dnia do mężczyzny, który go badał, przyszedł w odwiedziny jego 10-letni syn Franz. Chłopiec niepostrzeżenie dla innych chwycił kamień i schował do kieszeni. Podobał mu się ten kawałek Księżyca, chociaż nie był świadomy jego pochodzenia. Wpadł także w oko jego młodszej kuzynce Klarze. Dziewczynka od razu polubiła kamień i chłopiec, widząc to, podarował jej go. Klara miała polecieć do Europy i szukała oryginalnego prezentu dla swojej kuzynki Hani. Oprócz klocków i gier planszowych postanowiła podarować jej ten mierny się w słońcu różnymi kolorami kamień. Jak pomyślała, tak zrobiła. Hania stała się nową właścicielką kamienia, który zaliczył podróż do Polski. Hania uwielbiała swój wyjątkowy prezent. Znalazła dla niego miejsce na półce, tuż obok swojego łóżka, zawijała go w chusteczki lub małe kocyki, by nie zmarzł, oraz zabierała ze sobą, aby poznawał otoczenie.

Pewnego dnia wybrała się z rodzicami na plac zabaw. Wśród innych zabawek w torebce swoje miejsce znalazł kamień. W ferworze zabaw – ruchu, skakania, zjeżdżania – wypadł Hani i leżał w trawie tuż przy chodniku. Nieświadoma tego Hania bawiła się w najlepsze, a obok kamienia działo się inne ważne wydarzenie. Marysia bardzo ceniła magiczne bajki i baśnie oraz wierzyła w moc dobrych wróżek. Bardzo pragnęła, aby taka wróżka spełniła jej marzenia i pozwoliła na rozwijanie jej naturalnych talentów. I tego właśnie dnia tajemnicza

wrózka ukazała się jej i powiedziała, że jak będzie miała dobre serce i stawiała sobie dobre dla siebie i innych ludzi, zwierząt, natury cele, wspomogą rozwój jej talentów. Miała tylko sumiennie pracować nad sobą i dbać o innych ludzi, a wtedy rozwój dobrych jej cech nastąpi i wcześniej czy później będzie mogła zbierać owoce swojej wyjątkowej pracy. Wróżka przekazała jej tę dobrą moc, wspomagającą rozwój talentów, ale niechętnie podarowała ich dwa razy za dużo. Dziewczynka wiedziała, że musi przekazać swoją moc komuś lub czemuś. Jej poruszający się wokół wzrok zatrzymał się na ciemnobrunatnym połyskującym na czerwono kamieniu. Podniosła go z ziemi i natychmiast połowa magicznej mocy przepłynęła do kamienia.

Po powrocie do domu Hania dostrzegła brak kamienia i bardzo się zmartwiła. Razem z rodzicami wrócili na plac zabaw tą samą drogą, szukając zguby. Tato Hani miał szczęście zostać fortunnym znalazcą. Od tej pory kamień miał swoje miejsce na półce przy łóżku Hani. Dziewczynka brała go w swoje małe

dłonie, tuliła, marząc o dobrych rzeczach, które mogą się jej przytrafić, o swoich zainteresowaniach, o szczęśliwym życiu ze swoją rodziną i innymi dziećmi.

Następnej nocy Hani przyśnił się sen. Tajemnicza postać, rodem być może z Hogwartu, a może ze świata świętych, wręczyła jej magiczny, ciemnobrunatny, połyskujący na czerwono kamień i oznajmiła, że ten wyjątkowy dar może spełnić jej życzenia. Ma tylko zadbać, aby te życzenia były ekologiczne, co wyjaśniła jako dobre dla niej, jej rozwoju jako osoby, dla innych i natury. Życzenia te mają też być możliwe do osiągnięcia, ich zdobywanie wiąże się z pewnym, czasem dużym, wysiłkiem, często dotyczą różnych umiejętności, zachowań, postaw lub sprawności. Ich osiągnięcie może być podzielone na dobrze wyodrębnione etapy. Kiedy pomyśli czy pomarzy o zwykłym albo najskrytszym życzeniu, kamień zamruga żółtym światłem, pytając swoją właścicielkę o to, co zamierza zrobić, aby życzenie się spełniło. Jeżeli kamień uzyska satysfakcjonującą go odpowiedź, mrugnie

zielonym kolorem, jeśli nie – czerwonym.

Od tamtej pory, kiedy pomyśli o życzeniu, bierze kamień w dłonie i uważnie przypatruje się pojawiającym się kolorom. Czasem jest pewna, że widzi je wyraźnie, czasem ledwie co, i chociaż trudno odróżnić to, co istnieje obiektywnie w jego strukturze, od tego, co widzi oczyma wyobraźni, ten proces kamiennej weryfikacji jej celów i życzeń ma dla niej ogromne znaczenie. Jej ulubiony kamień – w jej odczuciu piękny i wyjątkowy, ziemski i nieziemski, zwykły i magiczny – może pomagać jej stawać się osobą, którą chce być już teraz i w przyszłości, żyć tak, jak chce żyć, odróżniać to, co dobre i wartościowe, od tego, co takim nie jest, rzetelnie pracować nad tym, nad czym warto pracować, tak aby to, co zostało zasiane w jej wnętrzu, mogło rozwinąć się w najlepszą wersję tego, co może się rozwinąć...





Fot. Natalia Łukasik-Tomala. Norwegia, Lofoty. Dzień za kołem podbiegunowym

EKO-INSTITUT PSYCHOLOGII



Szanowna Studentko,

Szanowny Studencie,

Nie oprawiaj swoich prac seminaryjnych, projektów z psychologii w plastikowe okładki, koszulki itd. Wyjątkiem są tylko prace licencjackie i magisterskie. Nie nadużywaj elementów metalowych, np. spinaczy. Gdy to możliwe, drukuj strony obustronnie. Korzystaj z poczty elektronicznej, jeśli jest to uzgodnione z prowadzącym zajęcia. Segreguj śmieci na terenie Uniwersytetu.

Egzemplarz bezpłatny

Instytut Psychologii UR
Jesteśmy na



„Wgląd” wydawany jest przez Instytut Psychologii UR