

# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021  
Number 2  
Volume 1

JOURNAL OF POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY



WORLD ASSOCIATION FOR POSITIVE  
AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY

ISSN: 2710-1460  
Published by WAPP  
[www.positum.org](http://www.positum.org)

# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021  
Vol. 1  
No.1



**The Global Psychotherapist (JGP)** to interdyscyplinarne czasopismo cyfrowe poświęcone psychoterapii pozytywnej i transkulturowej (PPT według Peseschkiana, od 1977 r.)™. Ten recenzowany półrocznik publikuje artykuły dotyczące doświadczeń i zastosowania humanistyczno-psychodynamicznej metody psychoterapii pozytywnej i transkulturowej. Tematyka obejmuje artykuły badawcze dotyczące zagadnień teoretycznych i klinicznych, przeglądy systematyczne,

W dziale tym publikowane są innowacje, artykuły dotyczące zarządzania przypadkami, różnych aspektów szkolenia i edukacji psychoterapeutycznej, zastosowań PPT w poradnictwie, edukacji i zarządzaniu, listy do redakcji, recenzje książek itp. Istnieje specjalna sekcja poświęcona młodym profesjonalistom, która ma na celu zachęcenie młodych kolegów do publikowania. Czasopismo przyjmuje manuskrypty z różnych kultur i krajów.

**Redaktor naczelny czasopisma:** *Olga Lytvynenko, Ukraina:* [dr.olgalytvynenko@gmail.com](mailto:dr.olgalytvynenko@gmail.com)

**Redaktor naczelny czasopisma:** *Erick Messias, USA:* [ELMessias@uams.edu](mailto:ELMessias@uams.edu)

**Redakcja:** [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org)

**Redaktor angielski:** *Dorothea Martin* [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org)

**Redaktor rosyjski:** *Kateryna Lytvynenko* [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org)

#### REDAKCJA JGP:

**Olga Lytvynenko, Ukraina**

**Erick Messias, USA**

**Liudmyla Serdiuk, Ukraina**

**Ali Eryilmaz, Turcja**

**Roman Ciesielski, Polska**

**Strona internetowa JGP:** <https://www.positum.org/ppt-journal/>

#### MIĘDZYNARODOWY KOMITET NAUKOWY (ISC):

**Andre R. Marseille, USA; Yevhen Karpenko, Ukraina; Zlatoslav Arabadzhiev, Bułgaria; Denys Lavrynenko, Ukraina.**

#### MIĘDZYNARODOWA RADA DORADCZA (IAB):

**Arno Remmers, Niemcy; Ivan Kirillov, Turcja; Maksim Chekmarev, Rosja; Todor S. Simeonov, Bułgaria; Aleksandra Nizdran-Fedorovych, Ukraina; Polina Efremova, Rosja; Ewa Dobiąła, Polska; Aleksandra Zarek, Polska; Liudmyla Moskalenko, Ukraina; Shridhar Sharma, Indie.**

*Wszystkie afiliacje zawodowe członków Rady Redakcyjnej i Międzynarodowej Rady Doradczej są obecnie publikowane na odpowiednich stronach witryny JGP.*

**Opublikowane przez:** Światowe Stowarzyszenie Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej (WAPP) Luisenstrasse 28, 65185 Wiesbaden, Niemcy

**E-mail:** [wapp@positum.org](mailto:wapp@positum.org)

**Strona internetowa:** [www.positum.org](http://www.positum.org)

Czasopismo korzysta z [międzynarodowej licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) (CC-BY 4.0).

**ISSN: 2710-1460 (Online)**

# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021  
Number 2  
Volume 1

## EDYT:

List powitalny od redakcji..... 5

Pozytywne radzenie sobie ze światowymi kryzysami: nasz wkład w pokój na świecie

Nossrat Peseschkian ..... 7

## BADANIA I INNOWACJE:

Odzyskaj równowagę: Badania nad skutecznością pozytywnej psychoterapii

Claudia Christ, Ferdinand Mitterlehner, Selina Raisch .....12

Możliwości pozytywnej psychoterapii w kształtowaniu hartu ducha

Olena Chykhantsova, Olga Kuprieieva.....22

Spektrum reakcji frustracji podczas kryzysu dojrzewania

Stefanka Tomcheva, Zlatoslav Arabadzhiev ..... 27

## BADANIA WSTĘPNE:

Zdolność do autentycznej obecności terapeuty jako metoda jakościowego monitorowania skuteczności psychoterapii

Veronika Ivanova ..... 36

## SZKOLENIE PSYCHOTERAPEUTYCZNE:

Co mówi nam nasze ciało podczas terapii?

Arno Remmers..... 41

## ARTYKUŁY SPECJALNE:

Wyzwania związane z terapią psychologiczną osób dorosłych z autyzmem

Ewa Dobiała, Renata Stefańska-Klar, Aleksandra Rumińska, Paulina Gołaska-Ciesielska,  
Maciej Duras, Weronika Janiak .....45



# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021  
Number 2  
Volume 1

Групповые формы работы в психиатрическом стационаре и отношение к пациенту [Grupa terapeutyczna w szpitalach psychiatrycznych i stosunek do pacjenta].

Владимир Перебейносков [Vladimir Perebeynosov] ..... 57

Międzynarodowe przysłowia o nadziei

Friedhelm Röder ..... 66

Хаос VS Продвижение: как не исчезнуть в информационном пространстве [Chaos VS Promocja: Jak nie zniknąć w przestrzeni informacyjnej]

Оксана Фортунатова [Oksana Fortunatova] ..... 69

## RECENZJE KSIĄŻEK:

ЗДРАВСТВУЙТЕ, ДЕТИ!!!: Ш. А. Амонишвили (1983)

[HELLO CHILDREN! by Amonishvili, S.].

Recenzja: Maksim Chekmarev ..... 75

UCZYMY SIĘ DZIELĄC SIĘ - PRZEWODNIK NAPISANY PRZEZ I DLA SPECJALISTÓW L&D:  
Redaktor: Gabriela Hum (2021)

Recenzja: Diana Pop ..... 78

WAPP ..... NEWS80

## INFORMACJE I WYTYCZNE DLA

..... AUTORÓW  
3

## POWITANIE PRZEZ REDAKCJĘ

# DZIENNIK PPT

## "GLOBALNY PSYCHOTERAPEUTA"

Drogi Czytelniku,

Z wielką dumą i radością prezentujemy Państwu drugi numer "*The Global Psychotherapist*" - *International Journal of Positive Psychotherapy*. Wysiłki redakcji "*The Global Psychotherapist*", a także recenzentów systemu ślepej recenzji przyczyniły się do powstania tego numeru. Po pierwsze, chcielibyśmy podziękować badaczom, recenzentom i osobom z redakcji czasopisma, które przyczyniły się do powstania tego numeru.

Zgodnie z celem *The Global Psychotherapist - International Journal of Positive Psychotherapy*, niniejszy numer zawiera również praktyczne materiały i badania w dziedzinie psychoterapii z uniwersalną perspektywą. Ponieważ Psychoterapia Pozytywna, która jest podejściem międzykulturowym, koncentrującym się na pozytywie (całej osobie), może obejmować podejścia eklektyczne i opierać się na terapiach analitycznych, te różne techniki znajdują odzwierciedlenie w badaniach zawartych w drugim numerze tego czasopisma. Podczas pandemii Covid-19 świat przechodzi przez niezwykle procesy i stwierdziliśmy, że perspektywa **prof. dr Nossrata Peseschkiana** na zasadę nadziei w psychoterapii pozytywnej oferuje nam umiejętność najbardziej znaczącą w czasie tego drugiego numeru. Opracowany przez prof. dr Peseschkiana w latach 60. i potwierdzony przez ruch psychologii pozytywnej na początku XXI wieku, znaczenie i siła psychoterapii pozytywnej są pokazane w tych artykułach. W ten sam sposób **Röder** bada nadzieję i jej znaczenie dla zdrowia psychicznego za pomocą przysłów i przenosi tę tradycję do terażniejszości w tym drugim numerze.

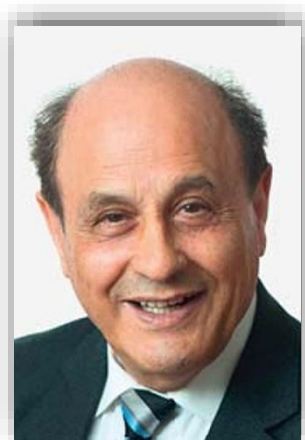
Wzrost liczby badań nad skutecznością psychoterapii pozytywnej można zaobserwować w tym drugim numerze. **Christ i wsp.** w imponujący sposób pokazują, z punktu widzenia psychoterapeutów i pacjentów, że Pozytywna Psychoterapia jest ważną metodą terapeutyczną pod względem wyjaśniania motywacji, aktywnej pomocy w rozwiązywaniu problemów oraz wsparcia terapeutycznego i relacji. **Chykhantsova i Kuprieieva analizują** tutaj koncepcję hartu ducha, wykorzystywaną we współczesnej psychologii, w kontekście psychoterapii pozytywnej, co dostarcza ważnych informacji do literatury przedmiotu. **Chykhantsova i Kuprieieva** pokazują nam, że zdolności takie jak kontakt, zaufanie, nadzieja, miłość, osiągnięcia i niezawodność mogą być ważnymi narzędziami w zwiększaniu odporności. Ponadto **Tomcheva i Arabazhiev badają** frustrację i ogólny poziom agresywnych tendencji nastolatków i przypominają nam o znaczeniu "egocentryzmu", który jest ważną koncepcją w rozwoju nastolatków. Jedną z ważnych koncepcji Psychoterapii Pozytywnej jest zróżnicowanie intrapersonalne. **Ivanova** pokazuje nam znaczenie autentyczności i otwartości, które są ważnymi narzędziami różnicowania intrapersonalnego w procesie psychoterapii, z interesującymi i ważnymi badaniami w zakresie psychoterapii pozytywnej.

Psychoterapia pozytywna postrzega ciało jako ważne źródło radzenia sobie z konfliktem i ważny obszar, w którym odzwierciedlają się zdolności i możliwości ludzi. *Remmers* zajmuje się przekazami ciała w procesie psychoterapii w sposób teoretyczny i praktyczny. Ponieważ w naszym życiu są wyjątkowi ludzie, są też wyjątkowi klienci w procesie psychoterapii. *Dobiata i wsp.* szczegółowo omawiają naturę zaburzenia doświadczanego przez osoby z autyzmem dorosłych, jego wpływ na proces psychoterapii i to, co należy zrobić. Jednym z zastosowań psychoterapii pozytywnej jest pozytywna psychoterapia grupowa. *Perebeynosov poszerza* naszą perspektywę dzięki badaniu praktyk grupowych. Wreszcie *Fortunatova* ocenia i bada kwestię etyki w procesie psychoterapii z innej perspektywy.

Podsumowując zawartość drugiego numeru, można zauważyć, że Pozytywna Psychoterapia została naukowo zbadana przez badaczy na poziomie mikro i makro. Interesującym aspektem tego numeru jest zbadanie relacji między koncepcjami rozpatrywanymi w badaniach psychologii pozytywnej a strukturami Psychoterapii Pozytywnej. Jak stwierdzono na początku naszego drugiego numeru, zasady, koncepcje i struktury Psychoterapii Pozytywnej chronią jednostki i społeczeństwa przed kryzysami. W rezultacie, zapewniając znaczące wsparcie dla perspektyw biomedycznych, psychospołecznych i biopsychospołecznych; z nadzieją, że *The Global Psychotherapist - International Journal of Positive Psychotherapy*, który oferuje ważną perspektywę różnym grupom zawodowym, takim jak doradcy psychologiczni, psycholodzy, psychiatrzy, pedagodzy, pracownicy socjalni i pielęgniarki psychiatryczne, będzie korzystny dla ludzkości.

## Redakcja

"Globalny psychoterapeuta",  
Journal of Positive and Transcultural Psychotherapy (Czasopismo Psychoterapii Pozytywnej i  
Transkulturowej)



## POZYTYWNE RADZENIE SOBIE ZE ŚWIATOWYMI KRYZYSAMI: NASZ WKŁAD W POKÓJ NA ŚWIECIE

przez PROF. DR. NOSSRAT PEESCHKIAN †  
M.D., WIESBADEN, NIEMCY

Po raz pierwszy opublikowany w  
*Hessisches Ärzteblatt Journal*. Wydanie 3 (2002) w języku niemieckim  
Tłumaczenie: dr Dorothea Martin

Dostojewski powiedział, że życie jest jak raj, do którego zgubiliśmy klucz. -"Bracia Karamazow", Księga VI, Rozdz. 1 Ta prelekcja pokaże nam sposób na odnalezienie tego zagubionego klucza. 11 września 2001 roku porządek świata, który uważaliśmy za oczywisty, został całkowicie i nieoczekiwanie zburzony. odwrócony do góry nogami.

Niniejszy artykuł nie będzie omawiał faktów związanych z tym wydarzeniem ani jego politycznych przyczyn. Zamiast tego postaram się rzucić światło na jego psychologiczne i psychoterapeutyczne aspekty.

*"Jeśli chcesz uporządkować kraj, najpierw uporządkuj prowincję.*

*Jeśli chcesz zaprowadzić porządek w prowincji, musisz najpierw zaprowadzić porządek w miastach.*

*Aby zaprowadzić porządek w miastach, trzeba zaprowadzić porządek w rodzinie.*

*Jeśli chcesz zaprowadzić porządek w rodzinie, musisz najpierw zaprowadzić porządek we własnej rodzinie.*

*Jeśli chcesz zaprowadzić porządek we własnej rodzinie, to musi zaprowadzić porządek". (Opowieści orientalne)*

Ta starożytna orientalna mądrość śledzi wzajemne powiązania, w których żyjemy. Musimy założyć, że nawet niewielkie zmiany w jednym obszarze życia mają wpływ na cały system. Według Konfucjusza każda osoba jest odpowiedzialna za wzrost i upadek ludzkości.



*Wartość osób i diamentów można rozpoznać dopiero  
diamonds when they are taken out of their setting.*

*—Słowo mądrości*

### Z raportu terapeuty:

" ... Oprócz strachu przed wojną, telewizja pokazywała setki niczego niepodważających ludzi, którzy w ciągu kilku sekund spłonęli w kuli ognia lub zostali rozerwani na tysiąc kawałków. Myśli o śmierci, które zwykle tak dobrze tłumimy w naszym społeczeństwie, były wszechobecne w tamtych dniach. Fakt, że wszystko może się skończyć w ciągu kilku sekund, był zawsze na porządku dziennym".

### Ograniczmy się tutaj do kilku czynników:

Pytanie o sens ludzkiego życia oznacza również, że musimy zapytać o jego pochodzenie i cel. W tym kontekście pojawiają się dalsze pytania o to, jaka jest natura człowieka? Czy jest on dobry czy zły? Czy jest wolny w podejmowaniu własnych decyzji? Czy istnieje spełnienie jego tęsknoty za szczęściem? Czy ma jakikolwiek wpływ na losy ludzkości? Czy wszystko kończy się wraz z jego śmiercią?

Ważną motywacją dla podejścia znanego jako psychoterapia pozytywna może być fakt, że znajduję się w sytuacji transkulturowej. Jestem Persem (Irakijczykiem), ale mieszkam w Europie od 1954 roku. Z tego punktu widzenia zdałem sobie sprawę, że wiele zachowań, nawyków i postaw jest cenionych inaczej w tych dwóch kulturach. Jest to doświadczenie, które miałem już w dzieciństwie w Teheranie. Dotyczyło to uprzedzeń religijnych, które mogłem obserwować z bliska.

Jako bahaici zawsze znajdowaliśmy się w napięciu między naszymi islamskimi, chrześcijańskimi i żydowskimi kolegami z klasy i nauczycielami.

To pobudziło mnie do zastanowienia się nad relacjami







## Trzy przykłady:

| Zachowanie/pojęcie | Zachód  | Wschód  |
|--------------------|---|---|
| <b>Choroba</b>     | Kiedy ktoś jest chory, chce trochę odpocząć. Odwiedza go tylko kilka osób. Wizyty te są również postrzegane jako kontrola społeczna.                  | Tutaj, jeśli ktoś jest chory, łóżko jest umieszczane w salonie, tak jak w przypadku złamanej nogi. Chory jest w centrum uwagi i odwiedzają go liczni członkowie rodziny, krewni i przyjaciele. Brak odwiedzających zostałaby uznana za zniewagę i deprawację. |
| Śmierć             | Prosimy ludzi o powstrzymanie się od wizyt kondolencyjnych. Muszę sam pogodzić się ze swoim losem. Muszę znieść tak wielkiego cierpienia w pojedynkę. | Krewni, przyjaciele, znajomi i inne współczujące osoby odwiedzają pograżonych w żałobie przez 8-40 dni i dają im poczucie bezpieczeństwa. Wspólny smutek to pół smutku.   |
| Depresja           | Mieszkańcy Europy Środkowej i Ameryki Północnej zapadają na depresję, ponieważ brakuje im kontaktu, są odizolowani i pozbawieni emocjonalnego ciepła. | W krajach Orientu ludzie popadają w depresję, ponieważ czują się przytłoczeni wąskim zakresem zobowiązań społecznych i relacji, z których nie mogą się wyrwać.  |

### 1. Wkład polityka

Działania polityka są zdeterminowane przez czas i kulturę, w której dorastał, stopień emocjonalnego ciepła i przykłady, jakie dała mu rodzina, relacje, które był w stanie rozwinąć z innymi ludźmi oraz znaczenie, jakie mają dla niego inni ludzie. Co więcej, decydujące są również idee znaczenia, które otrzymują od swoich religii i światopoglądów oraz jakie instrumenty nauki i technologii są dla nich dostępne. Rozważania sparowane z przykładem polityków nie ograniczają się do nich. Ponieważ człowiek, jako istota społeczna, może kształtować swoje życie tylko wspólnie z innymi ludźmi, każdy z nas ma mandat polityczny. Możemy delegować nasze zadania, ale nie nasze obowiązki:

Przejdźcie na język:

Ważne jest, abyśmy wszyscy zachowali nasze języki ojczyste, ale powinniśmy także być w stanie mówić językiem, który pomoże nam komunikować się z innymi. Takim "językiem" jest to, co psychoterapia transkulturowa stara się zapewnić - metakomunikację - komunikację wykraczającą poza konflikty.

w życie jednostki, nawet w jej najbardziej prywatne i intymne obszary. Bez wchodzenia w głębszą analizę treści religii, możemy powiedzieć, że ich podstawowe zasady są takie same pomimo różnic między nimi. Funkcjonalna teoria socjologii i psychologii uczy, że struktury instytucjonalne zbudowane w kontekście religii spełniają określoną funkcję. Instytucja musi spełniać praktyczne potrzeby społeczeństwa i jednostek. Jeśli nie ma znaczenia i funkcji, przestaje istnieć lub, jak to niestety często bywa, próbuje ratować się z czasem poprzez fiksję i dogmatyzm. Tutaj również wymiar czasu może być postrzegany jako podstawowa zasada jego rozwoju.

Religia jest jak lekarstwo, które mierzy się zgodnie z naturą człowieka. Może mieć znaczenie tylko wtedy, gdy jest odpowiednia do wymagań, potrzeb i żądań istoty ludzkiej oraz gdy uwzględnia koncepcje rozwoju (zasada czasu), względności i jedności. Kiedy fałszywie rozumiana religia prowadzi do zaburzeń, fiksacji, ograniczeń rozwoju, sztywności intelektualnej obrony, wówczas staje się bezsensowna. Dlatego Feuerbach określił ją raczej jako patologię niż teologię, Marks i Engels nazwali ją opium dla ludu, a Freud karykaturalnie określił ją jako towarzystwo ubezpieczeniowe.

Naucz się odróżniać przekonania religijne od instytucji: an institution

ManWielu małych ludzi w wielu małych miejscach, ma którzy robią wiele małych rzeczy; zmieni oblicze - African P Ziemi. - Afrykańskie przysłowie

### 2. Wkład przywódców religijnych

Chociaż istnieje tendencja do ignorowania religii, nie ma argumentu, że religia, w kontekście moralnym, a także w kontekście dostarczania aktywnego wyznania, wpływa na

### 3. Wkład naukowca

Zadaniem religii jest nadanie człowiekowi wartości, celów i znaczenia (nadanie sensu), podczas gdy

Nauka poszukuje wyjaśnień i przedstawia prawa opisowe (odnajdując znaczenie). Istnieje wiele nauk, które podchodzą do rzeczywistości z różnych perspektyw. Tutaj również znajdujemy konkurencję między poszczególnymi naukami z ich roszczeniami do absolutności ich konkretnych systemów i ich rywalizacji z innymi systemami.

Te powiązania pokazują nam, że wstępne decyzje nauki, tematy, które bada, pytania, które przedstawia i jej metody zależą od historycznych, społecznych, ideologicznych i religijnych warunków wstępnych. Ludzkość osiągnęła funkcjonalną jedność nie tylko dzięki powiązaniom geograficznym. Wynika to w znacznie większym stopniu ze współzależności elementów struktury jej cywilizacji. Tak więc dziedziny takie jak polityka, biznes, edukacja, nauka, filozofia, psychologia i religia są ze sobą powiązane całą siecią powiązań. W praktyce wygląda to tak, że ekonomia nie jest już domeną ekonomistów, a edukacja nie leży już wyłącznie w rękach rodziców. Wszystkie dziedziny są ze sobą w jakiś sposób powiązane ("globalizacja").

Nasza obecna sytuacja, z jej technologiczną niezależnością od człowieka, wymaga współpracy.

Jednocześnie jednostka posiada zdolność do różnicowania się i związanej z tym odpowiedzialność. W ten sposób nie jest ona biernie podporządkowana naturze, ale aktywnie określa swoje własne przeznaczenie w zakresie dostępnych możliwości.

### Podejście praktyczne

W tym sensie związek polityka, przywódcy religijnego, naukowca lub jednostki może być postrzegany jako zaburzony, jeśli jego emocjonalność jest spustoszona. Dlatego należy zapytać osobę o relacje w ramach następujących pięciu kategorii:

*Jaki jest mój związek jako polityka/naukowca z moim własnym ja?*

Czy poświęcam czas na własne potrzeby, takie jak sen, jedzenie, czas wolny i dalsza edukacja?

*Jak wyglądają moje relacje z partnerem?*

Czy mam dobry kontakt z żoną/mężem i dziećmi? Czy poświęcam im czas, ufam im? Czy wymagam od nich tylko posłuszeństwa i uprzejmości, czy też cenię sobie otwartą wymianę zdań z nimi? Czy biorę pod uwagę rodzinę?

*Jak wyglądają moje relacje z otoczeniem*

*społecznym? Jak wyglądają moje relacje z krewnymi, przyjaciółmi, kolegami, rodakami czy w ogóle z innymi osobami? Czy jestem gotowy na takie relacje, towarzyski, czy też mam uprzedzenia, obawy lub agresywność wobec konkretnych osób? jednostki czy grupy?*

*Jak wyglądają moje relacje z zawodem?*

Czy wybrałem ten zawód dobrowolnie, czy zostałem do niego zmuszony? Czy nie było innej pracy, którą mógłbym wykonywać? Czy praca, którą wykonuję mnie interesuje? Czy pracuję tylko dla pieniędzy lub po to, by pozwolić sobie na rzeczy, których pragnę? A może moja praca nabrała dla mnie znaczenia, stała się moją wewnętrzną potrzebą? Czy mam konflikty w mojej pracy? Czy jestem przeciążony pracą lub mam za mało wyzwań? Czy praca sprawia mi satysfakcję, ale nie dogaduję się ze współpracownikami? Jak mogę przyczynić się do rozwoju społecznego?

*Żadna przyszłość nie może nadrobić tego, co w zostało zaniedbane w teraźniejszość. -Attributed to Albert Schweitzer  
-Przypisywane Albertowi*

*“Myśli bez treści są puste; intuicje bez pojęć są ślepe.  
without concepts are blind. - Immanuel Kant  
- Immanuel Kant*

### 4. Wkład poszczególnych osób

Kiedy pytamy, skąd dana osoba wzięła swoje idiosynkrazje, poglądy i sądy wartościujące, najprawdopodobniej wracamy do środowiska, w którym dorastała, a mianowicie do jej rodziny. Ciągłość społeczeństwa jest utrzymywana przez reguły gry, które dana osoba nabyła w rodzinie oraz przez wspólne wartości, które jako cele grupowe utrzymują społeczeństwo razem. Jednostka stoi pośrodku tych sprzecznych, kulturowo specyficznych, ideologiczno-religijnych i naukowych koncepcji, które próbują nadać jej znaczenie. Jednostka zostanie zmielona między tymi konkurującymi ze sobą kamieniami młyńskimi, jeśli żaden z nich nie wydaje się być czymś, z czym mogłaby się identyfikować.

W rezultacie sam człowiek jest zintegrowany z tą jednością i musi podporządkować się pewnym nakazom, prawom natury i nieuniknionym regulacjom. Przy

*Jaki jest mój związek z przyszłością?*

Czy jestem zadowolony czy niezadowolony z teraźniejszości? Czy widzę możliwości rozwoju, czy po prostu utknąłem w martwym punkcie? Czy mogę oczekiwać, że moje potrzeby będą odpowiednio zaspokajane w przyszłości? Jakie są moje cele i jakie zasady leżą u podstaw mojego systemu orientacji? Czy sam wypracowałem swój system orientacji, czy tylko otrzymałem go od innych? Co tak naprawdę oznacza dla mnie życie? Jak radzę sobie z trudnościami, które pojawiają się w różnych sytuacjach? Czy jestem skłonny do eksperymentowania? Czy jestem gotów otwarcie wyrażać swoje zdanie i być na jego podstawie oceniany, nawet ryzykując utratę dobrej opinii innych?

**Konsekwencje**

Poszukiwanie przez ludzkość nowej i skutecznej orientacji przyniesie ze sobą zmianę relacji między przyczyną a skutkiem. Jednostki rozczarowane kulturą, społeczeństwem, polityką i religią, które szukają schronienia i pomocy w swoich prywatnych światach, będą z kolei mnożyć zbiorowe problemy z powodu tych zmieniających się relacji. To po raz kolejny pokazuje nam, że żaden z tych systemów kulturowych nie jest dobry sam w sobie. Ich cechy ujawniają się jedynie w sposobach, w jakie są one skuteczne dla ludzi, którzy w nich żyją, oraz w stopniu, w jakim zasady ich gier pozwalają na konstruktywne spotkania z innymi systemami społeczno-kulturowymi i ich członkami. Jest więc wiele rzeczy, których członkowie różnych systemów kulturowych mogliby się od siebie nawzajem nauczyć - np. Nawet jeśli uczą się tylko rozumieć siebie nawzajem.

# ODZYSKAJ RÓWNOWAGĘ: BADANIA NAD SKUTECZNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII POZYTYWNEJ



## Claudia Christ

Prof. Dr., MD, medycyna wewnętrzna, Master of Public Health CEO, Master Trainer of PPT i psychoterapeuta w *Akademie an den Quellen* (Wiesbaden, Niemcy)

E-mail: [christ@akademie-quellen.de](mailto:christ@akademie-quellen.de)



## Ferdinand Mitterlehner

Magister psychologii, magister teologii  
CEO i psychoterapeuta w *Akademie an den Quellen* (Wiesbaden, Niemcy)

E-mail: [mitterlehner@akademie-quellen.de](mailto:mitterlehner@akademie-quellen.de)



## Selina Raisch

Licencjat z psychologii  
Kierownik ds. badań i zapewniania jakości w *Akademie an den Quellen* (Wiesbaden, Niemcy)

E-mail: [selina.raisch@live.de](mailto:selina.raisch@live.de)

Otrzymano 07.04.2021  
Zaakceptowano do publikacji  
28.06.2021 Opublikowano  
07.07.2021

## Streszczenie

W niniejszym badaniu zbadano, czy Pozytywna Psychoterapia (PPT) spełnia trzy wspólne czynniki skuteczności psychoterapii postulowane przez Grawe i in. (1994), a czyniąc to, uwzględniono ocenę wspólnych czynników przez terapeutów, długość doświadczenia zawodowego terapeutów i wielokrotne pomiary. 207 pacjentów ambulatoryjnych (66 mężczyzn, 41 kobiet) i ich terapeutów - którzy zostali przeszkoleni w zakresie PPT - oceniło spełnienie trzech wspólnych czynników po indywidualnej sesji terapeutycznej. Wyniki potwierdzają skuteczność PPT: zarówno pacjenci, jak i terapeuci ocenili, że PPT spełnia trzy wspólne czynniki skuteczności. Jednak pacjenci postrzegali wszystkie trzy czynniki jako spełnione w jeszcze większym stopniu niż terapeuci. Ponadto dwa ze wspólnych czynników były oceniane jako bardziej spełnione, gdy terapeuta miał większe, a nie mniejsze doświadczenie zawodowe. Wreszcie, pacjenci doświadczali terapii jako jeszcze bardziej skutecznej w miarę upływu czasu. Weryfikacja skuteczności Pozytywnej Psychoterapii poprzez wyraźny pomiar wspólnych czynników skuteczności prowadzi do zdobycia wiedzy i ma ważne implikacje dla psychoterapeutów praktykujących i uczących PPT. Ponadto niniejsze badanie dostarcza nowych i interesujących podejść do przyszłych badań.

**Słowa kluczowe:** badania nad psychoterapią, psychoterapia pozytywna, badania nad skutecznością, wspólne czynniki skuteczności, leczenie ambulatoryjne

## Wprowadzenie

Badania psychoterapeutyczne są uważane przez wielu autorów za "fundamentalny aspekt psychoterapii".

usługi" (np. Lambert, 1991, s. 1) i jest uważany za niezbędny do poprawy wyników leczenia i wytycznych dotyczących psychoterapii (Angus i in., 2014). Jego znaczenie wynika z wkładu, jaki



Badania nad psychoterapią przyczyniają się do poszerzania wiedzy na temat procesów i wyników psychoterapii (Strauss i in., 2015) oraz ważnych korzyści i implikacji dla praktykujących psychoterapeutów (Grawe, 1992; McLeod, 2001; Safran i in., 2011; Taubner i in., 2014), a także dla szkolenia psychoterapeutów (Elkins, 2012; Grawe, 1992). Ponadto badania nad psychoterapią są również interesujące dla pacjentów (McLeod, 2001), ponieważ pozytywna ocena terapii przez pacjentów - w tym przekonanie, że psychoterapia jest skuteczna i może być dla nich pomocna - idzie w parze ze zwiększoną motywacją do terapii (Rosenbaum & Horowitz, 1983). Co więcej, istnieje rosnąca presja ze strony ubezpieczycieli zdrowotnych, organów finansujących i innych interesariuszy, aby wykazać skuteczność usług psychoterapeutycznych (McLeod, 2001; Peseschkian et al., 1999; Presslich-Titscher & Datler, 1994).

Wszystkie powyższe czynniki doprowadziły do wzrostu liczby badań nad psychoterapią w ciągu ostatnich 70 lat (Fuertes & Nutt Williams, 2017). Badania te można ogólnie podzielić na cztery fazy, w zależności od konkretnego badanego pytania (Grawe, 1992). Podczas pierwszej fazy badania koncentrowały się na wykazaniu ogólnej skuteczności psychoterapii, podczas gdy druga faza koncentrowała się na porównywaniu kierunków psychoterapii, a tym samym na identyfikacji najbardziej skutecznej. Trzecia faza, z drugiej strony, przyjęła bardziej normatywne podejście, badając, która forma terapii jest wskazana dla danego pacjenta. W latach 90. badania nad procesem stawały się coraz ważniejsze, a wraz z nimi pytanie o to, jak działa psychoterapia i co dokładnie sprawia, że psychoterapia jest skuteczna (Grawe, 1997; Hank & Krampen, 2008; Mattejat, 2011).

Odnosząc się do tego ostatniego pytania badawczego, Grawe, Donati i Bernauer (1994) - opierając się na dużym badaniu empirycznym skuteczności psychoterapii - postulowali, że trzy wspólne czynniki skuteczności są kluczowe dla skuteczności każdej psychoterapii: *wyjaśnienie motywacyjne, aktywna pomoc w rozwiązywaniu problemów* oraz *wsparcie i relacja terapeutyczna*. Według nich, *wyjaśnienie motywacyjne* odnosi się do zrozumienia zagrażającego znaczenia konkretnej sytuacji lub zdarzenia lub implikacji celu pacjenta. Drugi wspólny czynnik *aktywnej pomocy w rozwiązywaniu problemów* odnosi się do konkretnego doświadczenia pacjenta w uczeniu się, jak radzić sobie z sytuacjami wcześniej doświadczanymi jako trudne lub wywołujące lęk (Grawe, 1997). Wreszcie, Grawe i wsp. (1994) zdefiniowali trzeci wspólny czynnik w

postaci

psychoterapii jako stopień, w jakim pacjent czuje się rozumiany przez terapeuta i może zaakceptować jego wsparcie. Zgodnie z modelem, skuteczność psychoterapii zależy od stopnia, w jakim te trzy wspólne czynniki są aktywowane przez konkretne procedury terapeutyczne (Grawe i in., 1994).

Te wspólne czynniki skuteczności sensu Grawe et al. (1994) znalazły powszechną akceptację w dziedzinie badań nad psychoterapią (Mattejat, 2011), a zatem zostały wykorzystane w celu wykazania lub porównania skuteczności różnych podejść psychoterapeutycznych i metod leczenia (np. Sander et al., 2012; Schramm et al., 2004; Stangier et al., 2010). W tym sensie Nossrat Peseschkian i współpracownicy przeprowadzili szeroko zakrojone badanie skuteczności w latach 1994-1997, aby wykazać, że Pozytywna Psychoterapia (PPT) spełnia trzy wspólne czynniki skuteczności zdefiniowane przez Grawe i in. (1994; Peseschkian & Remmers, 2020). Badanie zostało przeprowadzone w warunkach codziennej praktyki klinicznej i objęło 402 pacjentów z różnymi zaburzeniami psychiatrycznymi i psychosomatycznymi, którzy byli leczeni przez terapeutów przeszkolonych w zakresie PPT (Peseschkian & Tritt, 1998; Peseschkian et al., 1999). Korzystając z baterii testów psychometrycznych, które zostały ustalone w porozumieniu z Grawe, Peseschkian i współpracownicy byli w stanie wykazać, że "PPT spełnia [...] zasady postulowane przez Grawe [et al. (1994)] dla skuteczności psychoterapii" (Peseschkian & Remmers, 2020, s. 29). Znaczenie i wpływ tego badania skuteczności podkreśla nagroda za wybitną pracę w dziedzinie zapewnienia jakości medycznej, którą otrzymało (Peseschkian i in., 1999). Należy jednak zauważyć, że badacze w tamtym czasie mogli jedynie wnioskować o spełnieniu trzech wspólnych czynników skuteczności na podstawie wyników pacjentów w różnych testach psychometrycznych, ponieważ nie było dostępnego narzędzia do konkretnego pomiaru wspólnych czynników skuteczności postulowanych przez Grawe i wsp. (1994).

Obecnie, ponad 20 lat później, sytuacja uległa zmianie, ponieważ Krampen (2002) opracował Kwestionariusz Sesji dla Ogólnej i Różnicowej Psychoterapii Indywidualnej (STEP). Instrument ten został zaprojektowany w celu umożliwienia ekonomicznego pomiaru trzech wspólnych czynników skuteczności według Grawe i in. (1994). Kwestionariusz STEP odnosi się do doświadczeń pacjenta z indywidualnej sesji terapeutycznej, a także związanego z nią zewnętrznego postrzegania i oceny jego terapeuty (Krampen, 2002). Pozycje tworzą trzy podskale, a mianowicie *wyjaśnienie motywacyjne*, *aktywacja* i *pomoc*

do rozwiązywania problemów i relacji terapeutycznej, obejmując tym samym trzy wspólne czynniki zdefiniowane przez Grawe et al. (1994). Ponieważ dobra jakość psychometryczna kwestionariusza STEP została wielokrotnie potwierdzona (Beutel & Brähler, 2004; Krampen, 2016; Krampen & Wald, 2001), narzędzie to może być wykorzystane do rzetelnego i jednoznacznego badania trzech wspólnych czynników skuteczności.

Dlatego niniejsze badanie ma na celu zbadanie, czy PPT spełnia trzy wspólne czynniki skuteczności postulowane przez Grawe i in. (1994), gdy są one wyraźnie badane za pomocą kwestionariusza STEP. Ponadto niniejsze badanie uwzględni również ocenę wspólnych czynników skuteczności przez terapeutów, różnice w doświadczeniu zawodowym terapeutów i wielokrotne pomiary, co pozwala na bardziej wyrafinowaną eksplorację wzorca aktywacji wspólnych czynników skuteczności w PPT. Podążając za pracą Peseschkiana i współpracowników, w celu maksymalizacji uogólnienia wyników, wybrano naturalistyczne ustawienie, w którym kwestionariusz STEP został podany 210 pacjentom ambulatoryjnym, którzy byli leczeni przez terapeutów przeszkolonych w PPT. W ten sposób niniejsze badanie stanowi kontynuację badań przeprowadzonych przez Peseschkian i współpracowników w 1998 i 1999 roku i dostarcza dalszych dowodów na skuteczność PPT.

## Metodologia

### 2.1 Uczestnicy i projekt badania

Próba badawcza składała się z pacjentów ambulatoryjnych leczonych w praktyce psychoterapeutycznej *Akademie an den Quellen* w Wiesbaden w Niemczech w latach 2014-2019. Pacjenci zostali poproszeni o wypełnienie kwestionariusza STEP bezpośrednio po regularnej sesji terapeutycznej. Wypełniali kwestionariusz STEP na różnych etapach terapii, w związku z czym próba była mieszanką pacjentów na początku terapii, jak i na zaawansowanych etapach terapii. Sesje do oceny były wybierane losowo, a pacjenci nie byli informowani o planowanej ocenie z wyprzedzeniem, aby zapobiec stronniczości.

Łącznie w badaniu wzięło udział 210 pacjentów, z których 54 wypełniło kwestionariusz dwukrotnie, 17 wypełniło go trzykrotnie, a 5 odpowiedziało na niego czterokrotnie. Średni czas pomiędzy dwoma pomiarami wynosił 7 miesięcy. Niniejsze badanie stanowi badanie kliniczne, w którym nie zaplanowano grupy kontrolnej (badanie quasi-eksperymentalne lub projekt bez randomizacji; Schramm i in., 2004).

ISSN 2710-1460

Po sprawdzeniu danych pod kątem potencjalnych wartości odstających, 207 pacjentów zostało włączonych do analizy statystycznej po raz pierwszy. Tak więc próba ta obejmowała 66 mężczyzn i 41 kobiet w wieku od 18 do 78 lat (średni wiek = 44 lata). Analiza wartości odstających w próbie z dwoma pomiarami dała 52 pacjentów (11 mężczyzn, 41 kobiet, średni wiek = 43 lata). Ponieważ rozmiary próbek z trzema i czterema pomiarami są bardzo małe, próbki te nie zostały przeanalizowane osobno.

W przypadku analiz statystycznych ogólnej skuteczności psychoterapii w praktyce, wszystkie pomiary analizowano łącznie, ponieważ kwestionariusz STEP został zaprojektowany specjalnie do oceny właśnie przeprowadzonej sesji terapeutycznej, a zatem wielokrotne pomiary tej samej osoby powinny być również brane pod uwagę przy ocenie ogólnej skuteczności danej formy psychoterapii. Po wykluczeniu statystycznych wartości odstających, wynikowa próba, w tym wielokrotne pomiary tej samej osoby, składała się z 282 pacjentów (86 mężczyzn, 196 kobiet, średni wiek = 44 lata). Średnio pacjenci byli leczeni w gabinecie przez 9,9 miesiąca, kiedy wypełniali kwestionariusz STEP. Diagnozy pacjentów obejmowały depresję (52,9%), zaburzenia stresowe (26,8%), zaburzenia lękowe (14,3%), czynniki psychologiczne i behawioralne związane z zaburzeniami lub chorobami sklasyfikowanymi gdzie indziej (15,0%), zaburzenia somatoformiczne (7,5%), zaburzenia osobowości (6,8%) i inne (22,1%).

### 2.2 Terapeuci

W niniejszym badaniu wzięło udział łącznie 21 psychoterapeutów, z których wszyscy pracowali w praktyce psychoterapeutycznej *Akademie an den Quellen* w Wiesbaden w Niemczech przez cały czas trwania badania. Wszyscy terapeuci byli przeszkoleni w psychoterapii psychodynamicznej i PPT. 19 z nich było psychoterapeutami szkolącymi się w *Wiesbadener Akademie für Psychotherapie* (WIAP), gdzie prowadzone jest szkolenie psychoterapeutyczne oparte na PPT. Pozostali dwaj psychoterapeuci są wykładowcami w WIAP: jeden z nich posiada certyfikat głównego trenera PPT, podczas gdy drugi posiada kwalifikacje w zakresie terapii integratywnej sensu Petzold (1993), podejścia bardzo podobnego do PPT w odniesieniu do podstawowej struktury i koncepcji istot ludzkich.

### 2.3 Sesje terapeutyczne

Wszyscy pacjenci objęci niniejszym badaniem otrzymywali cotygodniowe 50-minutowe sesje PPT.

WAPP



humanistyczno-psychodynamiczna psychoterapia" (Peseschkian & Remmers, 2020, s. 11). Została opracowana przez Nossrata Peseschkiana w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku. PPT charakteryzuje się koncentracją na konflikcie i orientacją na zasoby, a także integracją podejść z głównych kierunków psychoterapii (ebd.). PPT koncentruje się na możliwościach pacjenta i chce pomóc mu odkryć jego potencjał do samopomocy. Zaburzenia, konflikty i objawy są postrzegane jako "zdolność do reagowania na konflikty" (ebd., s. 12) i są uważane za część całości pacjenta, podobnie jak jego zasoby, zdolności i potencjały.

wykazują dobrą spójność wewnętrzną (Field, 2013).

#### 2.4 Środki

*Kwestionariusz Sesji* dla Ogólnej i Różnicowej Psychoterapii *Indywidualnej* [Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Psychotherapie] (STEP; Krampen, 2002) stanowi ekonomiczny i wystandaryzowany kwestionariusz do oceny wspólnych czynników skuteczności procesów psychoterapeutycznych wyróżnionych przez Grawe i wsp. (1994) z perspektywy pacjentów i ich terapeutów. Pozycje kwestionariusza odnoszą się bezpośrednio do doświadczenia indywidualnej sesji terapeutycznej przez pacjenta, stanowiąc wersję dla pacjenta (STEPP), a także zewnętrznego postrzegania sesji i doświadczenia pacjenta przez jego terapeutę, tworząc wersję dla terapeuty (STEPT).

Obie wersje zostały zaprojektowane jako równoległe pod względem treści i zawierają po 12 uzupełniających się pozycji. Pięć pozycji mierzy doświadczane (wersja STEPP pacjenta) lub postrzegane (wersja STEPT terapeuty) *wyjaśnienie motywacyjne* pacjenta (STEP-C), cztery pozycje oceniają doświadczaną lub postrzeganą *aktywną pomoc w rozwiązywaniu problemów* (STEP-P), a trzy pozycje oceniają *relację terapeutyczną* (STEP-R), odpowiednio dla konkretnej sesji terapeutycznej.

W przypadku STEPP pacjenci używają 7-stopniowej skali odpowiedzi, aby ocenić, w jakim stopniu odpowiednie stwierdzenia odnoszą się do ich doświadczeń. Rzetelność dla trzech skal wersji dla pacjentów mieści się w przedziale od  $\alpha = 0,76$  do  $\alpha = 0,89$ . W przypadku STEPT terapeuci oceniają analogiczne treściowo pytania związane z ich postrzeganiem doświadczeń i zachowań pacjentów na 7-stopniowej skali odpowiedzi. Współczynniki rzetelności dla trzech skal wersji dla terapeutów wahają się od Cronbacha  $\alpha = 0,78$  do  $\alpha$  Cronbacha = 0,91. Zatem wszystkie skale

skalach, maksymalne osiągalne wartości różnią się. W przypadku STEP-C można osiągnąć łączny wynik 35, w przypadku STEP-P możliwa jest maksymalna ocena 28, a w przypadku STEP-R maksymalny wynik wynosi 21.

## Wyniki

### 3.1 PPT spełnia trzy wspólne czynniki skuteczności

Analiza statystyczna zbioru danych obejmującego wszystkie miary wykazała, że w porównaniu z normami opublikowanymi przez Krampen (2002) średnie wartości wszystkich podskal mieściły się w średnim zakresie (patrz Tabela 1).

Biorąc jednak pod uwagę losowe wahania, średnie wartości STEPP-P i STEPT-P znajdowały się w zakresie od poniżej średniej do średniej. Ponieważ odchylenia od średniego zakresu są raczej niewielkie (patrz Tabela 1), ogólnie rzecz biorąc, obie skale można nadal uznać za niższe od średniej. Warto jednak zauważyć, że obie skale dotyczą *aktywnej pomocy w rozwiązywaniu problemów* - zarówno z punktu widzenia pacjentów, jak i terapeutów. W związku z tym może to oznaczać, że terapeuci praktykujący i uczący PPT powinni zwracać szczególną uwagę na ten wspólny czynnik, aby zapewnić jego spełnienie.

Dodatkowo, biorąc pod uwagę losowe wahania, średnia wartość STEPP-R miała tendencję do bycia średnią lub powyżej średniej, co sugeruje, że pacjenci postrzegają wspólny czynnik *terapeutyczny* jako szczególnie silnie spełniony przez PPT (patrz Tabela 1).

Biorąc wszystko pod uwagę, można stwierdzić, że PPT aktywuje trzy wspólne czynniki skuteczności wyróżnione przez Grawe i in. (1994), zarówno z punktu widzenia pacjentów, jak i zgodnie z oceną terapeutów, a zatem jest postrzegana jako skuteczna.

#### Tabela

a 1. Wartości normy  $T$ , współczynnik Cronbacha  $\alpha$ , odchylenia standardowe (SD)

i przedziały ufności (CI) dla wszystkich skal STEP.

| Skala   | $T$ | $\alpha$ | SD | 90% CI         | Klasa fikacja |
|---------|-----|----------|----|----------------|---------------|
| STEPP-C | 50  | .89      | 10 | [44.56, 55.44] | a             |
| STEPT-C | 45  | .85      | 10 | [40.08, 49.92] | a             |
| STEPP-P | 45  | .76      | 10 | [38.64, 51.35] | ba do         |
| STEPT-P | 45  | .91      | 10 | [38.44, 51.56] | ba do         |
| STEPP-R | 60  | .84      | 10 | [51.97, 68.03] | a do aa       |
| STEPT-R | 50  | .78      | 10 | [42.31, 57.69] | a             |

Uwagi.  $N = 282$ , STEPP-C/STEPT-C = skala wyjaśniania motywacji w wersji pacjent/terapeuta, STEPP-P/STEPT-P = skala aktywnej pomocy w rozwiązywaniu problemów w wersji pacjent/terapeuta, STEPP-R/STEPT-R = skala relacji terapeutycznej w wersji pacjent/terapeuta, a = średnia, ba =

### 3.2 Pacjenci postrzegają terapię jako bardziej skuteczną niż sądzą ich terapeuci

Co ciekawe, oceny pacjentów różniły się znacząco od ocen terapeutów we wszystkich podskalach i we wszystkich momentach pomiaru (patrz tabela 2 i rysunek 1). Tak więc średnio pacjenci doświadczali wszystkich trzech wspólnych czynników skuteczności jako znacznie bardziej spełnionych niż postrzegali je ich terapeuci.

Chociaż rozbieżności w ocenie sesji terapeutycznej przez pacjentów i terapeutów nie są ani niepokojące, ani niezwykle i zostały opisane jako ogólny problem badań nad procesem przez Hartmanna i in. (2013), różnice w ocenach kwestionariusza STEP nie są na ogół tak jednolite i spójne we wszystkich skalach, jak miało to miejsce w ankiecie przed wysłaniem. Zwykle można zaobserwować, że czasami pacjenci, a innym razem terapeuci postrzegają wspólne czynniki skuteczności jako bardziej spełnione, a kierunek rozbieżności między skalami różni się również w tej samej próbie (Krampen, 2002).

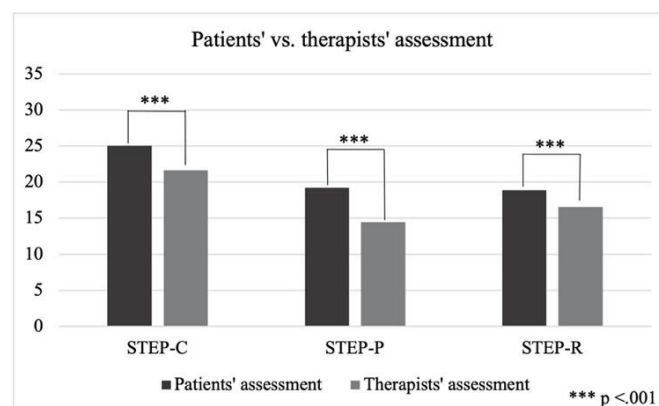
Jednym z możliwych wyjaśnień tej niezwykle jednolitej rozbieżności pod względem wyższych wartości ocen pacjentów widocznych w niniejszym badaniu jest to, że terapeuci mają bardziej zaawansowane rozumienie trzech wspólnych czynników i opierają swoje oceny na profesjonalnej wiedzy na temat tego, jak powinny być one spełnione w psychoterapii, co prowadzi do wyższych oczekiwań, a tym samym do bardziej krytycznej oceny. Z drugiej strony pacjenci porównują sytuację psychoterapeutyczną do swoich przeszłych osobistych doświadczeń, co skutkuje bardziej pozytywną oceną. Podobne wyjaśnienie zasugerował Horvath (2000) w odniesieniu do rozbieżności w ocenie sojuszu terapeutycznego przez pacjentów i terapeutów. Fitzpatrick i wsp. (2005) zastosowali założenie Horvatha do trzech wymiarów współpracy zadaniowej, współpracy w osiąganiu celów i więzi pacjent-terapeuta. Dlatego wydaje się prawdopodobne, że ten wzorzec może mieć również zastosowanie do trzech wspólnych czynników psychoterapii zdefiniowanych przez Grawe i in. (1994).

Tabela 2.

Średnie (*M*), odchylenia standardowe (*SD*), wartości *t* i *p* testów *t* dla porównania pacjentów i terapeutów

| Skala  | Pacjenci ocena |           | Terapeuci ocena |           | <i>t</i> (280) | <i>p</i> |
|--------|----------------|-----------|-----------------|-----------|----------------|----------|
|        | <i>M</i>       | <i>SD</i> | <i>M</i>        | <i>SD</i> |                |          |
| STEP-C | 25.06          | 6.04      | 21.67           | 5.49      | 8.53           | <.001    |
| STEP-P | 19.20          | 5.23      | 14.43           | 6.06      | 13.13          | <.001    |
| STEP-R | 18.86          | 2.36      | 16.56           | 2.63      | 12.90          | <.001    |

Uwagi. *N* = 282. STEP-C = skala wyjaśnienia motywacji (zakres wyników = 5-35), STEP-P = skala aktywnej pomocy w rozwiązywaniu problemów (zakres wyników = 4-28), STEP-R = skala relacji terapeutycznej (zakres wyników = 3-21).



Rysunek 1. Porównanie średnich ocen pacjentów i terapeutów w skalach STEP: wyjaśnienie motywacji (STEP-C), aktywna pomoc w rozwiązywaniu problemów (STEP-P) i relacja terapeutyczna (STEP-R).

### 3.3 Doświadczenie zawodowe terapeutów odgrywa ważną rolę

Ponieważ w niniejszym badaniu wzięto udział dwóch terapeutów z wieloletnim doświadczeniem zawodowym (średnie doświadczenie zawodowe = 20,56 lat), a także 19 psychoterapeutów w trakcie szkolenia (średnie doświadczenie zawodowe = 3,50 lat), można było również zbadać wpływ doświadczenia zawodowego terapeuty na ocenę wspólnych czynników skuteczności. Analiza statystyczna zbioru danych obejmującego wszystkie miary wykazała, że wspólny czynnik *rozwiązywania problemów* był postrzegany zarówno przez pacjentów, jak i terapeutów jako istotnie bardziej spełniony, jeśli terapeuta prowadzący miał większe, a nie mniejsze doświadczenie zawodowe. Ponieważ to właśnie te dwie skale (STEP-P i STEP-R) miały tendencję do znajdowania się w zakresie od poniżej średniej do średniej w porównaniu do wartości normalnych, przeprowadzono kolejne porównanie norm dla terapeutów z dużym i dla terapeutów z małym



wykazały, że ocena doświadczonych terapeutów przez pacjentów i terapeutów mieściła się w średnim zakresie, nawet biorąc pod uwagę losowe wahania. Średnie wartości dla terapeutów z mniejszym doświadczeniem zawodowym, przeciwnie, miały tendencję do bycia poniżej średniej do średniej. Ponieważ analizowany zbiór danych obejmuje 248 pomiarów od terapeutów z niewielkim doświadczeniem zawodowym, ale tylko 34 pomiary bardziej doświadczonych terapeutów, wydaje się prawdopodobne, że wpływ doświadczenia zawodowego terapeutów doprowadził do ogólnej klasyfikacji STEPP-P i STEPT-P jako poniżej średniej do średniej, o czym wspomniano wcześniej.

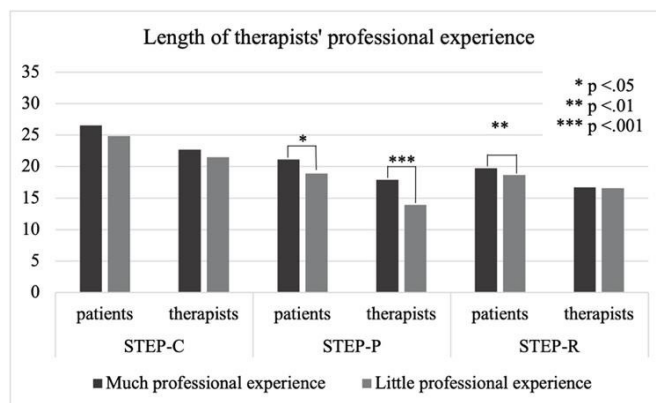
Ponadto pacjenci terapeutów z wieloletnim doświadczeniem zawodowym oceniali *relację terapeutyczną* jako istotnie bardziej spełnioną niż pacjenci mniej doświadczonych terapeutów. Sami terapeuci nie wykazali jednak znaczącej różnicy w ocenie tego wspólnego czynnika. Jeśli chodzi o *wyjaśnienie motywacyjne*, terapeuci i pacjenci zgodzili się, że nie zaobserwowano różnicy w spełnieniu tego wspólnego czynnika w zależności od doświadczenia zawodowego terapeuty (patrz tabela 3 i rysunek 2).

Tabela  
3.

Średnie (*M*), odchylenia standardowe (*SD*), wartości *t* i *p* testów *t* dla porównania dużo i mało doświadczenie zawodowe terapeuty prowadzącego

| Skala   | Dużo profesjonalny doświadczeni |           | Mało doświadczeni e zawodowe |           | <i>t</i> (280) | <i>p</i> |
|---------|---------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|----------------|----------|
|         | <i>M</i>                        | <i>SD</i> | <i>M</i>                     | <i>SD</i> |                |          |
| STEPP-C | 26.59                           | 5.57      | 24.86                        | 6.07      | 1.57           | .117     |
| STEPT-C | 22.71                           | 5.37      | 21.54                        | 5.49      | 1.16           | .247     |
| STEPP-P | 21.12                           | 4.75      | 18.93                        | 5.70      | 2.14           | .033     |
| STEPT-P | 17.94                           | 5.06      | 13.92                        | 6.07      | 3.70           | <.001    |
| STEPP-R | 19.74                           | 1.69      | 18.70                        | 2.53      | 3.11           | .003     |
| STEPT-R | 16.68                           | 3.36      | 16.59                        | 2.60      | 0.36           | .721     |

*Uwagi.* *N* = 282. STEP-C = skala wyjaśniania motywacji w wersji pacjent/terapeuta (zakres wyników = 5-35), STEP-P = skala aktywnej pomocy w rozwiązywaniu problemów w wersji pacjent/terapeuta (zakres wyników = 4-28), STEP-R = skala relacji terapeutycznej w wersji pacjent/terapeuta (zakres wyników = 3-21).



Rysunek 2. Porównanie średnich wyników pacjentów i terapeutów w skalach STEP: wyjaśnienie motywacyjne (STEP-C), aktywna pomoc w rozwiązywaniu problemów (STEP-P) i relacja terapeutyczna (STEP-R) dla terapeutów z dużym i małym doświadczeniem zawodowym.

Porównując wyniki niniejszego badania z wynikami porównawczymi przedstawionymi w podręczniku kwestionariusza STEP (Krampen, 2002), wyniki są tylko częściowo zgodne.

Zbieżne z niniejszymi wynikami, analizy Krampena (2002) również ujawniły znacząco wyższe wartości dotyczące *rozwiązywania problemów* przez terapeutów z większym doświadczeniem zawodowym, zarówno z punktu widzenia terapeutów, jak i pacjentów. Jednak oceny pacjentów i terapeutów dotyczące *wyjaśniania motywacji* były również wyższe w przypadku bardziej doświadczonych terapeutów, co nie było prawdą w przypadku niniejszego badania. Co więcej, w analizach porównawczych ocena *relacji terapeutycznej przez pacjentów* nie wykazała istotnych różnic w zależności od doświadczenia zawodowego terapeuty, podczas gdy miało to miejsce w niniejszym badaniu. Chociaż należy wziąć pod uwagę, że analizy porównawcze przedstawione w podręczniku opierają się jedynie na raczej małych próbach, bardziej zróżnicowana i dogłębna eksploracja wpływu doświadczenia zawodowego terapeutów na każdy z trzech wspólnych czynników wydaje się pożądana i istotna. Zgoda co do kierunku efektów - zawsze w sensie lepszych ocen wspólnych czynników dla terapeutów z większym doświadczeniem zawodowym - wskazuje jednak, że pracy terapeutycznej można się nauczyć.

### 3.4 W miarę upływu czasu pacjenci doświadczają jeszcze większej skuteczności terapii

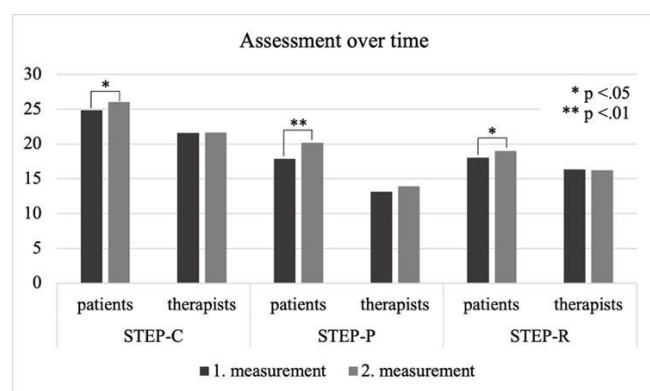
Ponieważ w przypadku 52 pacjentów przeprowadzono dwa pomiary, możliwe było również zbadanie, czy i jak ocena trzech wspólnych czynników skuteczności psychoterapii przez pacjentów i terapeutów zmieniała się w czasie. Warto zauważyć, że ocena pacjentów zmieniła się znacząco, ponieważ postrzegali oni wszystkie trzy wspólne czynniki jako jeszcze silniej spełnione w miarę upływu czasu. Tym samym pacjenci postrzegali terapię jako jeszcze bardziej skuteczną w miarę upływu czasu. Nie zaobserwowano jednak takiego efektu wśród terapeutów: zawsze postrzegali oni terapię jako równie skuteczną dla pacjentów (patrz Tabela 4 i Wykres 3).

Tabela

4. Średnie (*M*), odchylenia standardowe (*SD*), wartości *t* i *p* testów *t* dla porównania pierwszego i drugiego czasu

| Skala   | Pierwszy raz pomiar |             | Drugi raz pomiar |             | <i>t</i> (280) | <i>p</i>    |
|---------|---------------------|-------------|------------------|-------------|----------------|-------------|
|         | <i>M</i>            | <i>SD</i>   | <i>M</i>         | <i>SD</i>   |                |             |
| STEPP-C | 24.83               | 6.25        | 26.04            | 5.61        | -2.15          | .036        |
| STEPT-C | 21.57               | 5.00        | 21.65            | 5.34        | -0.41          | .682        |
| STEPP-P | 17.87               | 5.78        | 20.19            | 4.92        | -3.65          | .001        |
| STEPT-P | 13.14               | 5.99        | 13.92            | 6.05        | -1.29          | .204        |
| STEPP-R | 18.06               | 2.93        | 18.97            | 2.04        | -2.36          | .022        |
| STEPT-R | <u>16.33</u>        | <u>2.39</u> | <u>16.25</u>     | <u>2.65</u> | <u>0.23</u>    | <u>.816</u> |

Uwagi. *N* = 282. STEP-C = skala wyjaśniania motywacji w wersji pacjent/terapeuta (zakres wyników = 5-35), STEP-P = skala aktywnej pomocy w rozwiązywaniu problemów w wersji pacjent/terapeuta (zakres wyników = 4-28), STEP-R = skala relacji terapeutycznej w wersji pacjent/terapeuta (zakres wyników = 3-21).



Rysunek 3. Porównanie średnich wyników pacjentów i terapeutów w skalach STEP: wyjaśnienie motywacyjne (STEP-C), aktywna pomoc w rozwiązywaniu problemów (STEP-P) i relacja terapeutyczna (STEP-R) dla pierwszego i drugiego pomiaru.

## Wnioski

Celem niniejszego badania było zbadanie spełnienia przez PPT trzech wspólnych czynników skuteczności psychoterapii. Wykorzystując kwestionariusz STEP (Krampen, 2002) do wyraźnego pomiaru wspólnych czynników postulowanych przez Grawe et al. (1994), uzyskane wyniki dostarczają wsparcia dla skuteczności PPT w tym sensie, że zarówno pacjenci, jak i terapeuci postrzegali PPT jako spełniającą trzy wspólne czynniki skuteczności. Stwierdzenie, że pacjenci i terapeuci oceniali *aktywną pomoc w rozwiązywaniu problemów* jako spełnioną tylko na niższym średnim poziomie, można rozwiązać, biorąc pod uwagę doświadczenie zawodowe terapeutów, które zostało zidentyfikowane jako szczególnie istotne dla spełnienia tego wspólnego czynnika skuteczności. Doświadczenie zawodowe odgrywało również rolę w ocenie *relacji terapeutycznej przez pacjentów*. Dostarcza to dowodów na możliwość nauczania i uczenia się pracy terapeutycznej, zwłaszcza w odniesieniu do *aktywnej pomocy w rozwiązywaniu problemów i relacji terapeutycznej*. Co więcej, pacjenci oceniali wszystkie trzy wspólne czynniki jako spełnione w jeszcze wyższym stopniu niż terapeuci. Wreszcie, można było stwierdzić, że pacjenci doświadczali terapii jako jeszcze bardziej skutecznej w miarę upływu czasu, podczas gdy nie wykryto takiego trendu w ocenach terapeutów.

Zgodnie z wiedzą autorów, niniejszy artykuł stanowi pierwsze badanie spełnienia trzech wspólnych czynników skuteczności mierzonych za pomocą kwestionariusza STEP w PPT. W związku z tym dostarcza ważnego i nowego wsparcia dla skuteczności PPT. Dodatkowo, ze względu na uwzględnienie oceny terapeuty, długości doświadczenia zawodowego terapeuty i wielokrotności pomiaru, pozwala to na głębszy wgląd we wzorce aktywacji i umożliwia identyfikację istotnych aspektów spełnienia wspólnych czynników. Szczególnie ważnym odkryciem w tym kontekście jest wpływ doświadczenia zawodowego na spełnienie *aktywnej pomocy w rozwiązywaniu problemów*, ponieważ podkreśla to znaczenie szczególnego uwzględnienia tego wspólnego czynnika w szkoleniu trwających psychoterapeutów.

Oprócz dostarczenia znaczących odpowiedzi dotyczących skuteczności PPT, obecne wyniki otwierają również dalsze pytania, a tym samym zapewniają ważne i interesujące podejścia do przyszłych badań. Po pierwsze, należy dokładniej zbadać, jakie czynniki odgrywają rolę w różnicach w ocenie między pacjentami a terapeutami i czy potencjalne wyjaśnienie

sugerowane przez autorów okazują się prawdziwe. Co więcej, przyszłe badania powinny spróbować wyjaśnić, w jaki sposób rosnące doświadczenie zawodowe psychoterapeutów przekłada się na zwiększoną realizację dwóch z czynników wspólnych. Wreszcie, interesujące wydaje się zbadanie, w jaki sposób i w jakim stopniu ocena trzech wspólnych czynników przez pacjentów wzrasta wraz z upływem czasu.

Niniejsze wyniki należy zawsze interpretować, biorąc pod uwagę, że badanie to nie jest również pozbawione ograniczeń. Dlatego należy zauważyć, że brak grupy kontrolnej ogranicza wnioski przyczynowe, które można wyciągnąć z badania na temat skuteczności PPT. Ponadto wybrany naturalistyczny projekt zmniejsza wewnętrzną ważność badania (Howard i in., 1996). Ograniczenie to zostało jednak zaakceptowane, ponieważ badanie miało na celu zbadanie skuteczności PPT w warunkach naturalistycznych, kładąc nacisk na trafność zewnętrzną i możliwość uogólnienia wyników (Howard i in., 1996; Leichsenring & Rüger, 2004). Niemniej jednak, z wyżej wymienionych powodów, replikacja badania w bardziej kontrolowanych warunkach wydaje się pożądana dla przyszłych badań.

Podsumowując, niniejszy artykuł dostarcza ważnych dowodów, a także dalszych spostrzeżeń na temat skuteczności PPT mierzonej za pomocą wspólnych czynników skuteczności sensu Grawe i in. (1994). Można go zatem postrzegać jako kontynuację badań Peseschkiana i współpracowników (1998; 1999). Obecne ustalenia są bardzo istotne dla przyszłych badań nad psychoterapią, a także dla psychoterapeutów praktykujących i nauczających PPT na całym świecie.

## Referencje

- [1] **ANGUS, L., WATSON, J. C., ELLIOTT, R., SCHNEIDER, K., TIMULAK, L.** (2014). Badania nad psychoterapią humanistyczną w latach 1990-2015: Od innowacji metodologicznych do wyników leczenia popartych dowodami i nie tylko. *Psychotherapy Research*, Vol. 25(3), pp. 330-347.
- [2] **BEUTEL, M.E., BRÄHLER, E.** (2004). Klinische Untersuchungsverfahren [Procedury badania klinicznego]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Vol. 33(4), pp. 319-320.
- [3] **ELKINS, D. N.** (2012). W kierunku wspólnego celu w badaniach nad psychoterapią. *Psychotherapy*, Vol. 49(4), pp. 450-454.
- [4] **FIELD, A.** (2013). *Odkrywanie statystyk przy użyciu statystyk IBM SPSS*. London: Sage

Publishing.

- [5] **FITZPATRICK, M.R., IWAKABE, S., STALIKAS, A.** (2005). Rozbieżność perspektyw w sojuszu roboczym. *Psychotherapy Research*, Vol. 15(1-2), pp. 69-80.
- [6] **FUERTES, J.N., NUTT WILLIAMS, E.** (2017). Badania nad psychoterapią skoncentrowaną na kliencie. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 64(4), pp. 369-375.
- [7] **GRAWE, K.** (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre [Badania nad psychoterapią na początku lat dziewięćdziesiątych]. *Psychologische Rundschau*, Vol. 43(3), pp. 132- 162.
- [8] **GRAWE, K.** (1997). Psychoterapia oparta na badaniach, *Psychotherapy Research*, Vol. 7(1), s. 1-19.
- [9] **GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F.** (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession* [Psychoterapia w okresie przejściowym: od wyznania do zawodu]. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [10] **HANK, P., KRAMPEN, G.** (2008). *Diagnostik der Therapeutischen Beziehung* [Diagnostyka relacji terapeutycznej]. In: Hermer, M., Röhrle, B. (eds), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, (pp. 141-168). DGVT Verlag.
- [11] **HARTMANN, A., LEOHNART, R., HERMANN, S., JOOS, A., STILES, W.B., ZEECK, A.** (2013). Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten [Ocena sesji terapeutycznych przez pacjentów i terapeutów]. *Diagnostica*, Vol. 59(1), pp. 45-59.
- [12] **HORVATH, A.O.** (2000). Relacja terapeutyczna: From transference to alliance. *Journal of clinical psychology*, Vol. 56(2), pp. 163-173.
- [13] **HOWARD, K. I., MORAS, K., BRILL, P. L., MARTINOVICH, Z., LUTZ, W.** (1996). Ocena psychoterapii: Skuteczność, efektywność i postępy pacjenta. *American psychologist*, Vol. 51(10), pp. 1059-1064.
- [14] **KRAMPEN, G.** (2002). *Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie: STEP* [Kwestionariusz sesji dla ogólnej i różnicowanej psychoterapii indywidualnej]. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [15] **KRAMPEN, G.** (2016). *STEP*. In: Geue, K., Strauß, B., Brähler, E. (red.), *Diagnostische Verfahren in*

der Psychotherapie (wydanie 3), (s. 484-489).  
Hogrefe Verlag für Psychologie.

uwzględniająca

- [16] **KRAMPEN, G., WALD, B.** (2001).  
Kurzinstrumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie und Beratung [Krótkie narzędzia do oceny procesu i wskazań adaptacyjnych w ogólnej i zróżnicowanej psychoterapii i poradnictwie]. *Diagnostica*, Vol. 47(1), pp. 43-50.
- [17] **LAMBERT, M. J.** (1991) *Wprowadzenie do badań nad psychoterapią*. W: Beutler, L. E., Crago, M. (red.), *Psychotherapyresearch : Międzynarodowy przegląd badań programowych*, (s. 1-11). American Psychological Association.
- [18] **LEICHSENRING, F., RÜGER, U.** (2004).  
Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM) Randomizierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es nur einen Goldstandard? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Vol. 50(2), pp. 203-217.
- [19] **MATTEJAT, F.** (2011). Geschichte der empirischen Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie [Historia empirycznych badań nad psychoterapią ze szczególnym uwzględnieniem psychoterapii dzieci i młodzieży]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Vol. 60(8), pp. 606-625.
- [20] **MCLEOD, J.** (2001). Rozwijanie tradycji badawczej zgodnej z praktyką i wartościami poradnictwa i psychoterapii: Dlaczego badania nad poradnictwem i psychoterapią są konieczne. *Counselling and Psychotherapy Research*, Vol. 1(1), s. 3-11.
- [21] **PESECHKIAN, N., TRITT, K.** (1998). Pozytywny Badanie skuteczności psychoterapii i zapewnienie jakości. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, Vol. 1(1), pp. 93-104.
- [22] **PESECHKIAN, N., KICK, H., SCHEURER, H, KRÖMKER, J., TRITT, K., LOEW, T.** (1999). PositivePsychotherapie : Ein kurzzeittherapeutisches Verfahren unter Einbeziehung computergestützter Qualitätssicherung [Pozytywna psychoterapia: Krótkoterminowa procedura terapeutyczna

*Forum Psychotherapie*, Vol. 7(1), pp. 1-7.

[23] **PESECHKIAN, H., REMMERS, A.** (2020)

*Positive*

*Psychotherapia: An Introduction*. In: Messiah, E., Peseschkian, H., Cagande, C. (eds), *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, (pp. 3-9). Springer, Cham.

[24] **PETZOLD, H. G.** (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie (Band 1)* [Terapia integracyjna: modele, teorie i metody terapii międzyszkolnej (tom 1)]. Junfermann.

[25] **PRESSLICH-TITSCHER, E., DATLER, W.** (1994). *Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie und öffentlicher Legitimationsdruck: Eine Stellungnahme aus der Sicht der Österreichischen*

*Individualpsychologie*

[Badania nad skutecznością psychoterapii i publiczna presja na legitymizację: Stwierdzenie z perspektywy austriackiej psychologii indywidualnej].

*Zeitschrift für*

*Individualpsychologie*, Vol. 19, pp. 203-213.

[26] **ROSENBAUM, R. L., HOROWITZ, M. J.** (1983). *Motywacja do psychoterapii: analiza czynnikowa i konceptualna. Psychotherapia: teoria, badania i praktyka*, Vol. 20(3), pp. 346-354.

[27] **SAFRAN, J. D., ABREU, I., OGILVIE, J., DEMARIA, A.** (2011). *Czy badania nad psychoterapią wpływają na praktykę kliniczną klinicystów-badaczy? Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 18(4), pp. 357-371.

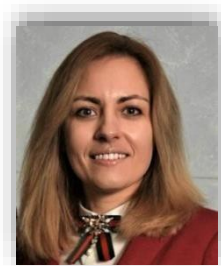
[28] **SANDER, L., ZOBEL, I., DYKIEREK, P., SCHRAMM, E.** (2012). *Allgemeine Wirkfaktoren bei der Behandlung depressiver Patienten - Vergleich zweier Psychotherapieansätze [Wspólne czynniki skuteczności w leczeniu pacjentów z depresją - porównanie dwóch podejść psychoterapeutycznych]. Verhaltenstherapie*, Vol. 22, pp. 228-235.

[29] **SCHRAMM, E., VAN CALKER, D., BERGER, M.** (2004). *Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung*

- Ergebnisse einer Pilotstudie [Skuteczność i czynniki terapeutyczne psychote

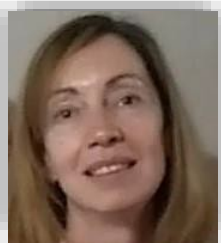
- Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Vol. 54(2), pp. 65-72.
- [30] **STANGIER, U., VON CONSRUCH, K., SCHRAMM, E., HEIDENREICH, T.** (2010). Wspólne czynniki terapii poznawczej i psychoterapii interpersonalnej w leczeniu fobii społecznej. *Anxiety, Stress & Coping*, Vol. 23(3), pp. 289-301.
- [31] **STRAUSS, B. M., LUTZ, W., STEFFANOWSKI, A. WITTMANN, W. W., BOEHNKE, J. R., RUBEL, J, ..., KIRCHMANN, H.** (2015). Korzyści i wyzwania w psychoterapii zorientowanej na praktykę badania w Niemczech: Projekty TK i QS-PSY-BAY dotyczące zapewniania jakości w psychoterapii ambulatoryjnej. *Psychotherapy Research*, Vol. 25(1), pp. 32-51.
- [32] **TAUBNER, S., KLASSEN, J., MUNDER, T.** (2014). Dlaczego psychoterapeuci uczestniczą w badaniach nad psychoterapią, a dlaczego nie? Wyniki kwestionariusza Attitudes to Psychotherapy Research Questionnaire na próbie doświadczonych niemieckich psychoterapeutów. *Psychotherapy Research*, Vol. 26(3), pp. 318-331

# MOŻLIWOŚCI PSYCHOTERAPII POZYTYWNEJ W KSZTAŁTOWANIU HARTU DUCHA



## Olena Chykhantsova

Doktor psychologii, profesor nadzwyczajny  
Chamata Laboratorium Psychologii Osobowości  
Podstawowy Konsultant PPT  
G. S. Kostiuł Instytut Psychologii NAES Ukrainy (Kijów,  
Ukraina)  
E-mail: [chykhantsova@gmail.com](mailto:chykhantsova@gmail.com)



## Olga Kupriejewa

Doktor psychologii, profesor nadzwyczajny,  
Narodowy Uniwersytet Kijowski im. Tarasa  
Szewczenki, podstawowy konsultant PPT  
(Kijów, Ukraina)  
E-mail: [consultok0804@gmail.com](mailto:consultok0804@gmail.com)

Otrzymano 05.04.2021

Zaakceptowano do publikacji

28.06.2021 Opublikowano

07.07.2021

## Streszczenie

Głównym celem tego badania było zbadanie możliwości psychoterapii pozytywnej w kształtowaniu twardości i głębsze zagłębienie się w związek między twardością a rzeczywistymi możliwościami danej osoby. Dane zostały zebrane od 380 osób z Ukrainy, w wieku od 19 do 62 lat. Respondenci wypełnili Inwentarz Wiesbaden dla Pozytywnej Psychoterapii i Terapii Rodzin (WIPPF 2.0), który został opracowany przez N. Peseschkiana we współpracy z H. Deidenbachem oraz Skalę Twardości Maddi. Wykorzystaliśmy współczynnik korelacji Pearsona do pomiaru statystycznego związku między odpornością a osobistymi możliwościami. Wykorzystaliśmy również analizę regresji w celu określenia wskaźników prognostycznych twardości. W wyniku naszych badań stwierdziliśmy, że zdolności kontaktu, zaufania, nadziei, miłości, osiągnięć i niezawodności mają największy wpływ na twardość.

**Słowa kluczowe:** twardość, psychoterapia pozytywna, cechy osobowości, zdolności pierwotne i wtórne

## Wprowadzenie

We współczesnym świecie naukowym koncepcja osobistej odporności przyciąga coraz większą uwagę badaczy. Problemy związane z utratą sensu życia, radzeniem sobie z czynnikami stresogennymi, zwłaszcza w aktywności zawodowej, skłaniają do poszukiwania środków wsparcia psychologicznego i psychotherapeutycznego.

Koncepcja "odporności" została po raz pierwszy przedstawiona przez Suzanne C. Kobasę (1979) jako styl lub wzorzec osobowości związany z utrzymującym się dobrym zdrowiem i odpornością.

wydajność pod wpływem stresu (Mund, 2016). Pojęcie to definiuje się jako podstawową cechę osobowości, system postaw i przekonań jednostki, które pośredniczą w wpływie niekorzystnych sytuacji życiowych na ludzką świadomość i zachowanie (Maddi, 2013).

Tak więc S. Kobasa i S. Maddi (2002) scharakteryzowali twardość jako składającą się z trzech komponentów, znanych jako 3C: 1) Zaangażowanie, 2) Kontrola i 3) Wyzwanie. "Zaangażowanie" jest ważną cechą charakterystyczną postawy danej osoby wobec siebie, otaczającego świata i interakcji z nim, która daje siłę i pewność siebie.



Motywuje go do samorealizacji, przywództwa, zdrowych myśli i zachowań; pozwala osobie czuć się ważną i wystarczająco wartościową, aby w pełni zaangażować się w rozwiązywanie problemów życiowych bez zwracania uwagi na czynniki stresowe i zmiany. "Kontrola" nad okolicznościami pomaga znaleźć sposoby wpływania na wynik zmian wynikających ze stresu, zamiast popadania w stan bezradności i bierności. "Wyzwanie" pomaga osobie otworzyć się na otaczający świat, innych ludzi i społeczeństwo. Jego istotą jest postrzeganie przez daną osobę wydarzeń i problemów życiowych jako wyzwania i testu dla niej samej. Stosowany aspekt twardości jest określany przez rolę, jaką jego osobiste parametry odgrywają w tolerancji na sytuacje stresowe (Baranauskienė, Serdiuk, Chykhantsova, 2016).

D. Leontiev uważa, że twardość jest rodzajem psychologicznego analogu rdzenia życiowego danej osoby, który odzwierciedla stopień przezwyciężenia przez nią pewnych stresujących sytuacji i dostosowania się do danych okoliczności, a także miarą zastosowanych wysiłków na rzecz samodoskonalenia i przezwyciężania niekorzystnych okoliczności życiowych (Leontev, 2002). Według S. Maddiego "twardość wyłoniła się jako zestaw postaw lub przekonań o sobie w interakcji z otaczającym światem, który zapewnia odwagę i motywację do wykonania ciężkiej pracy polegającej na przekształceniu zmian stresu z potencjalnych katastrof w możliwości" (Maddi, 2004, s. 286).

Ważnym czynnikiem wpływającym na odporność są fundamentalne założenia jednostki (Janoff-Bulman, 1992), które są podstawą jej obrazu świata, są zawarte w aktach wewnętrznego wyboru człowieka, a więc są podstawą samostanowienia, celowości i samorozwoju. Te fundamentalne założenia, jako jednostka światopoglądu, są kryterium wyborów wartości dokonywanych przez jednostkę w różnych okolicznościach życiowych i podstawą pewnych osobistych znaczeń (Kuprieieva i in., 2020).

Ważnym faktem jest to, że nie tylko odporność jako potencjał ludzki, ale także Pozytywna Psychoterapia (PPT) jako podejście terapeutyczne jest jednym z zasobów, które zapewniają zdolność osoby do przezwyciężenia stresu. Według E. Messiasa (2020) cechą pozytywnej psychoterapii jest zmiana podejścia do osoby z orientacji na objawy i deficyty na rozwój i wsparcie jej wewnętrznych zasobów. Innymi słowy, Pozytywna Psychoterapia jest jednym z takich modeli terapeutycznych, który ma na celu reorientację podejścia terapeutycznego, aby było bardziej skoncentrowane na

Wspieranie klientów w wykorzystywaniu ich wewnętrznych zasobów do pokonywania wyzwań, rozumienia i rozpoznawania obszarów wzrostu oraz skupiania się na pracy nad odpornością (Mead, 2021). Psychoterapia pozytywna, z pomocą refleksji i samooceny, pozwala ludziom uświadomić sobie swoje zasoby, treść konfliktu, charakterystykę reakcji konfliktowych i ich psychodynamiczne pochodzenie. Podstawowy konflikt jest opisywany przez pierwotne i wtórne zdolności, a podczas terapii osobiste znaczenie i rozwój każdej zdolności są odzwierciedlane, różnicowane i kompilowane przez człowieka (Dobiąła, Winkler, 2016).

Zgodnie z teorią PPT, każdy ma dwie podstawowe zdolności: zdolność percepcji i zdolność miłości. N. Pesechian (1987) stwierdził, że te dwie podstawowe zdolności są tym, co leży u podstaw naszych dalszych zdolności. PPT ma na celu zbadanie dwóch podstawowych zdolności danej osoby, aby lepiej ją zrozumieć i, w stosownych przypadkach, zająć się brakiem równowagi w celu uzyskania dodatkowych pozytywnych rezultatów. Pozytywna psychoterapia postrzega istoty ludzkie jako zdolne do pomagania osobie, która chce prowadzić znaczące i satysfakcjonujące życie, rozwijać się, dojrzewać i rozkwitać (Dobiąła, Winkler, 2016).

W związku z tym w naszym badaniu staramy się zbadać rolę pozytywnej psychoterapii w rozwoju odporności osoby.

**Przedmiot badań** - osobiste cechy odporności.

**Celem badań było** zbadanie znaczenia pierwotnych i wtórnych zdolności w kształtowaniu odporności danej osoby.

## Metodologia

### 2.1. Metody i organizacja badań

Badanie zostało przeprowadzone w oparciu o Laboratorium Psychologii Osobowości Instytutu Psychologii Kostiuka Narodowej Akademii Nauk Edukacyjnych Ukrainy.

W badaniu empirycznym wykorzystaliśmy następujące metody:

1. Wiesbaden Inventory for Positive Psychotherapy and Family Therapy (WIPPF 2.0), który został opracowany przez N. Pesechian we współpracy z

H. Deidenbach (Pesechian, & Deidenbach, 1988), przetłumaczone i dostosowane do próby ukraińskiej przez

L. Serdiuk i S. Otenko (Serdiuk, Otenko, 2021). Kwestionariusz składa się z 27 skal, które pozwalają ocenić subiektywne znaczenie własnej osobowości

cechy w następujących trzech sekcjach: 1) rzeczywiste zdolności (drugorzędne w stosunku do własnego zachowania; pierwszorzędne w stosunku do samego siebie); 2) przejawiane reakcje konfliktowe w czterech obszarach modelu równowagi; 3) subiektywnie postrzegane parametry modelu relacji. Wszystkie pytania zostały ocenione na czteropunktowej skali, od zdecydowanie zgadzam się do zdecydowanie nie zgadzam się. Alfa Cronbacha wahała się w zależności od różnych skal WIPPF w wersji ukraińskiej od 0,73 do 0,86 (Serdiuk, Otenko, 2021).

2. Skala mrozoodporności Maddi, wersja zaadaptowana przez D. Leontev i E. Rasskasova (Leontev, & Rasskasova, 2006). Został on zaprojektowany w celu określenia osobistej zdolności i chęci do aktywnego i elastycznego działania w sytuacjach stresowych i trudnych. Skala zawiera ogólny wskaźnik odporności i trzy skale: zaangażowania, kontroli i wyzwania. Zawiera 45 stwierdzeń i 4 opcje odpowiedzi od 1 (całkowicie się nie zgadzam) do 4 (całkowicie się zgadzam). Współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,81.

Do analizy statystycznej uzyskanych danych wykorzystano następujące metody statystyki matematycznej: korelacja, analiza regresji. Przetwarzanie uzyskanych danych empirycznych zostało przeprowadzone przy użyciu pakietu oprogramowania statystycznego SPSS 21.0 dla Windows.

## 2.2. Uczestnicy badania

Próba naszego badania składała się z 380 osób, w tym 96 mężczyzn (25,26%) i 284 kobiet (74,74%) z różnych regionów Ukrainy, w wieku od 19 do 62 lat. Średnia wieku  $37,7 \pm 11,1$ . Zgodnie ze sposobem doboru, próba jest losowa, aby uniknąć niezamierzonego lub celowego zniekształcenia faktów.

## Wyniki

Tabela 1 przedstawia korelacje między badanymi zmiennymi. Uzyskane wyniki współczynnika korelacji Pearsona wskazują, że istnieje więcej korelacji między podstawowymi zdolnościami. Dlatego możemy powiedzieć, że następujące podstawowe zdolności mają związek z odpornością: nadzieja ( $r = 0,533$ ;  $p < 0,01$ ), zaufanie ( $r = 0,451$ ;  $p < 0,01$ ), kontakt ( $r = 0,439$ ;  $p < 0,01$ ) i miłość ( $r = 0,419$ ;  $p < 0,01$ ). Wskazuje to, że wytrzymałość można rozwinąć poprzez przykład jednostki poprzez relacje. Wiara koreluje z wyzwaniem jako składnikiem twardości ( $r = 0,325$ ;  $p < 0,01$ ). Seksualność koreluje z ogólną odpornością ( $r = 0,330$ ;  $p < 0,01$ ) i kontrolą ( $r = 0,335$ ;  $p < 0,01$ ). Oznacza to, że

respondenci są świadomi swoich możliwości i

cechy, autorefleksja i wykazywanie zrozumienia siebie. Zdolności podstawowe wpływają na odpowiednie doświadczenia związane z nastrojem i stanem fizycznym, co jest ważne w sytuacjach stresowych.

Wśród drugorzędnych zdolności wpływ na twardość mają: punktualność ( $r = 0,383$ ;  $p < 0,01$ ), niezawodność ( $r = 0,381$ ;  $p < 0,01$ ) i osiągnięcia ( $r = 0,358$ ;  $p < 0,05$ ). Za pomocą tych drugorzędnych zdolności osoba próbuje kontrolować stresującą sytuację i wykazuje się odpornością.

W wyniku naszych badań odkryliśmy, że ludzie mają tendencję do wyrażania siebie w kategoriach społecznie akceptowalnych cech, a jednocześnie rzeczywiste zachowanie często okazuje się odwrotne. Dzięki świadomości biegunów możliwe staje się zwiększenie akceptacji i zrozumienia samego siebie.

Tabela 1.

Związki odporności z możliwościami osobistymi

| Rzeczywiste możliwości |                | Odporność    |          |          |                            |
|------------------------|----------------|--------------|----------|----------|----------------------------|
|                        |                | Zobowiązanie | Kontrola | Wyzwanie | Ogólny wskaźnik odporności |
| Możliwości drugorzędne | Porządek       | .265         | .277     | -.105    | .331                       |
|                        | Czystość       | -.223        | .253     | -.157*   | .334**                     |
|                        | Punktualność   | .358*        | .029*    | .390*    | .383**                     |
|                        | Grzeczność     | -.023        | .163*    | -.133    | -.103                      |
|                        | Otwartość      | .141*        | .096     | .046     | .115                       |
|                        | Osiągnięcia    | .388**       | .364*    | .347     | .358*                      |
|                        | Niezawodność   | .311**       | .245*    | .298     | .381**                     |
|                        | Oszczędność    | .229         | .294     | .370**   | .328*                      |
|                        | Posłuszeństwo  | -.035        | .011     | .216**   | -.071                      |
|                        | Sprawiedliwość | .139*        | .125     | .037     | .122                       |
|                        | Dokładność     | .223**       | .158*    | .115     | .196**                     |
| Podstawowe             | Cierpliwość    | .158*        | .126     | .140*    | .159*                      |
|                        | Czas           | .164**       | .273**   | .252**   | .242**                     |
|                        | Kontakt        | .483**       | .474**   | .341**   | .439**                     |
|                        | Zaufanie       | .423**       | .432**   | .368**   | .451**                     |
|                        | Nadzieja       | .514**       | .507**   | .387**   | .533**                     |
|                        | Seksualność    | .250**       | .335**   | .283**   | .330**                     |
|                        | Miłość         | .420**       | .385**   | .443**   | .419**                     |
| Wiara                  | .201           | .259         | .325**   | .264     |                            |

Uwaga: \*\*. Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (2 ogony). \*. Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (2 ogony). Warto zauważyć, że wszystkie trzy składniki odporności (zaangażowanie, kontrola i wyzwanie) mają korelacje z podstawowymi zdolnościami, takimi jak kontakt, zaufanie, nadzieja i miłość. Oznacza to, że emocje zajmują pierwsze

i są one bardzo ważne dla rozwoju odporności. Można to wyjaśnić faktem, że w istocie zdolności pierwotne odnoszą się do doświadczenia życiowego, które zostało nabyte w związku ze zdolnościami wtórnymi. Tak więc rozwój hartu ducha poprzez pozytywną psychoterapię będzie oznaczał, że dana osoba może zwiększyć akceptację i zrozumienie siebie.

Zastosowaliśmy analizę regresji w celu określenia wskaźników prognostycznych dla odporności. Tabela 2 przedstawia obliczenia wyników dla predyktorów odporności.

Tabela  
2.

Prognostyczny model odporności

| Model | R | R Square | Skorygowany kwadrat | Błąd standardowy |
|-------|---|----------|---------------------|------------------|
|       |   |          |                     |                  |

Uwaga: Predyktory: (const) miłość, niezawodność, kontakt, osiągnięcia, nadzieja, zaufanie.

Zmienna zależna: wytrzymałość

Jak widzimy, podstawowa zdolność miłości jest na pierwszym miejscu w kształtowaniu odporności. Podstawowe ustawienia są tworzone na podstawie pierwotnych zdolności i musimy zwracać na nie uwagę, ponieważ są one podstawą ludzkich badań przesiewowych i rozwoju odporności. Tak więc predyktorami, które mają pozytywny wpływ na odporność, są zdolności pierwotne i wtórne: niezawodność, kontakt, osiągnięcia, nadzieja, zaufanie.

Rzeczywiste możliwości są głównym narzędziem pracy w psychoterapii pozytywnej, ponieważ stanowią treść konfliktu i są rodzajem norm wartości, które pomagają nam budować odporność.

## Wnioski

Badanie to stanowi jedną z pierwszych prób zbadania roli rzeczywistych zdolności (zdolności pierwotnych i wtórnych) z odpornością. Wynik ten potwierdza definicję odporności jako indywidualnego zasobu, który można zwiększyć, gdy ludzie rozwijają swoje możliwości poprzez psychoterapię pozytywną.

The Wiesbaden Inventory for Positive Psychology and Family Therapy jest oryginalnym narzędziem do badania cech osobowości, zdolności pierwotnych i wtórnych. Korzystając z tego Inwentarza, badaliśmy wpływ zdolności osobistych na rozwój twardości. W naszym badaniu stwierdziliśmy, że takie

komponenty twardości jak zaangażowanie, kontrola i wyzwanie

obejmują osobiste zdolności w interakcji z parametrami egzystencjalnie trudnej sytuacji.

Ponieważ rzeczywiste zdolności są treścią wychowania, są one kształtowane u jednostek zgodnie z potrzebami społeczeństwa. Są zmiennymi socjalizacyjnymi, więc niektóre zdolności przeważają nad innymi. Zostało to wykazane w naszym badaniu. Osoba kształtuje i rozwija swoje zdolności w zależności od mikro i makro społeczeństwa. W rezultacie nasza próba charakteryzuje się następującymi wskaźnikami. Najsilniejsze korelacje stwierdzono między odpornością a zdolnościami pierwotnymi: kontaktem, zaufaniem, nadzieją i miłością oraz zdolnościami wtórnymi: osiągnięciami i niezawodnością. Wykazaliśmy również, że zdolności pierwotne i wtórne jako predyktory mają pozytywny wpływ na twardość. Pierwotna zdolność miłości znajduje się na pierwszym miejscu wśród predyktorów odporności. W zależności od stanu fizycznego, środowiska i czasu, w którym dana osoba żyje, zdolności te są zróżnicowane i tworzą niezmienną strukturę podstawowych cech. Zdolności te są stale obecne w codziennym życiu w różnych sytuacjach.

Podstawowe zdolności zapewniają rozwój żywotności jako wewnętrznych zasobów jednostki. W zależności od kondycji fizycznej, środowiska i czasu, w którym dana osoba żyje, zdolności te są zróżnicowane i wpływają na kształtowanie się odporności.

Nasze badania potwierdziły, że PPT pomaga jednostkom lepiej zrozumieć umiejętności i zdolności, które posiadają, a także te, które mogą potrzebować rozwinąć, aby osiągnąć większe poczucie wewnętrznej równowagi, co jest ważne dla kształtowania i rozwoju odporności.

Ponieważ celem badania było zbadanie znaczenia zdolności pierwotnych i wtórnych jako rzeczywistych zdolności w kształtowaniu odporności danej osoby, nie ustaliliśmy różnic między zdolnościami pierwotnymi i wtórnymi w tym procesie. Jest to jednak w planach przyszłych badań. Ponadto dalsze badania powinny wykorzystywać plan badań podłużnych, który jednoznacznie udowodni, że rozwój rzeczywistych zdolności może konsekwentnie wpływać na odporność ludzi, co w rezultacie znajdzie odzwierciedlenie w ich ogólnym stanie zdrowia fizycznego i psychicznego.

## Referencje

- [1] **BARANAUSKIENĖ, I., SERDIUK, L., CHYKHANTSOVA, O.** (2016). Psychologiczna charakterystyka odporności absolwentów szkół na ich

- samostanowienie zawodowe. *Pomoc społeczna: podejście interdyscyplinarne*, 2(6), 64-73. DOI: [10.21277/sw.v2i6.275](https://doi.org/10.21277/sw.v2i6.275)
- [2] **DOBIAŁA, E., & WINKLER, P.** (2016). "Pozytywna psychoterapia" według Seligmmana i "Pozytywna psychoterapia" według Peseschkiana: Porównanie. URL: <https://www.positum.org/ppt-publications/positive-psychotherapy-according-to-seligman-and-positive-psychotherapy-according-to-peschkian-a-comparison/> [dostęp: 04.04.2021].
- [3] **JANOFF-BULMAN, R.** (1992). *Shattered assumptions*. New York, NY: Free Press
- [4] **KOBASA, S. C.** (1979). Stresujące wydarzenia życiowe, osobowość i zdrowie: badanie odporności. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1-11. DOI: [10.1037/0022-3514.37.1.1](https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1)
- [5] **KUPRIEIEVA O., TRAVERSE, T., SERDIUK L., CHYKHANTSOVA O., SHAMYCH O.** (2020). Podstawowe założenia jako predyktory odporności psychicznej studentów z niepełnosprawnościami. *Pomoc społeczna: podejście interdyscyplinarne*, 1(10). C. 96-105. DOI: [10.21277/sw.v1i10.566](https://doi.org/10.21277/sw.v1i10.566)
- [6] **LEONTEV, D., & RASSKAZOVA, E.** (2006). Тест жизнестойкости [Test odporności psychicznej]. Moskwa: Smysl. [https://www.aksp.ru/work/activity/nac\\_strateg/resurs\\_centrf/iles/soln\\_testgizn.pdf](https://www.aksp.ru/work/activity/nac_strateg/resurs_centrf/iles/soln_testgizn.pdf) [dostęp: 04.04.2021].
- [7] **MADDI, S. R.** (2002). Historia odporności: Dwadzieścia lat teoretyzowania, badań i praktyki. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 54(3), 173-185. DOI: [10.1037/1061-4087.54.3.173](https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173)
- [8] **MEAD, E.** (2021). Czym jest psychoterapia pozytywna? (Korzyści i model). URL: <https://positivepsychology.com/> [dostęp: 04.04.2021].
- [9] **MESSIAS, E., PESECHKIAN, H, CAGANDE, C.** (redaktorzy) (2020). *Psychiatria pozytywna, psychoterapia i psychologia - zastosowania kliniczne*. Springer International Publishing, Cham.
- [10] **MUND, P.** (2016). Kobasa koncepcja twardości. *International Research Journal of Engineering, IT & Scientific Research*, 2(1), 34-40. URL: <https://sloap.org/journals/index.php/irjeis/article/view/243> [dostęp: 04.04.2021].
- [11] **PESECHKIAN, N.** (2000). *Psychoterapia pozytywna; teoria i praktyka nowej metody*. Author House UK. ISBN 978-8120722439
- [12] **SERDIUK, L., OTENKO, S.** (2021). Ukraińskojęzyczna adaptacja Inwentarza Pozytywnej Psychoterapii i Terapii Rodzin z Wiesbaden (WIPPF). "The Global Psychotherapist", Vol. 1, No.1, pp. 11-14. DOI: [10.52982/lkj135](https://doi.org/10.52982/lkj135)

### Podziękowania

Autorzy chcieliby podziękować **Liudmyli Serdiuk**, doktor psychologii, profesorowi, kierownikowi Laboratorium Psychologii Osobowości, Kostiuł Institute of Psychology, NAES Ukrainy za jej wsparcie, za wyjaśnienia dotyczące korzystania z ukraińskiej wersji Inwentarza Wiesbaden dla Pozytywnej Psychoterapii i Terapii Rodzin oraz za możliwość prowadzenia badań w oparciu o laboratorium psychologii osobowości.

# SPEKTRUM REAKCJI FRUSTRACJI PODCZAS KRYZYSU DOJRZEWANIA



## Stefanka Tomcheva

Dr, psycholog, Master Trainer PPT (Szumen, Bułgaria) Studio Wsparcia Psychospołecznego "Selena",  
E-mail: [stefani\\_petkova@yahoo.com](mailto:stefani_petkova@yahoo.com)



## Zlatoslav Arabadzhiev

MD, PhD, Konsultant Podstawowy Psychoterapii Pozytywnej (Płowdiw, Bułgaria)  
E-mail: [zlatolini@gmail.com](mailto:zlatolini@gmail.com)

Otrzymano 25.04.2021  
Zaakceptowano do publikacji  
28.06.2021 Opublikowano  
07.07.2021

## Streszczenie

W każdej sferze życia, czy to edukacyjnej, akademickiej czy osobistej, nastolatki odczuwają wiele przeszkód na drodze do swoich celów w życiu. Czasami są w stanie poradzić sobie z nimi racjonalnie, ale czasami radzą sobie z nimi emocjonalnie. Jeśli nie są w stanie poradzić sobie z tymi przeszkodami, stają się sfrustrowani. Aby poradzić sobie z frustracją, nastolatki potrzebują czasu na rozwinięcie swoich umiejętności społecznych i emocjonalnych. Oznacza to, że powinni mieć elastyczność, optymistyczne myśli i umiejętności kontrolowania impulsów. W niniejszym badaniu zbadano reakcje nastolatków w sytuacjach frustracji i ogólny poziom tendencji agresywnych, a także obecność związku między reakcjami frustracji a zachowaniami agresywnymi. W latach 2018-2020 skonsultowaliśmy się z 212 nastolatkami i ich rodzicami w naszej praktyce. Świadomą zgodę na włączenie do badania charakterystyki i dynamiki reakcji w sytuacjach frustracji uzyskano od rodziców 109 nastolatków, z których wszyscy byli mężczyznami - 57 (52,3%) w wieku 12-14 lat i 52 (47,7%) w wieku 15-17 lat. Wyniki pokazały, że nastolatki koncentrują się na swoim wewnętrznym świecie i wierzą, że świat powinien być taki, jaki chcą. Brakuje im wystarczającego doświadczenia, aby oceniać i akceptować opinie, które różnią się od ich własnych. Próbuje ukryć niepewność co do swoich zdolności i umiejętności, polegając na mechanizmach ochronnych.

**Słowa kluczowe:** frustracja, młodzież, agresja, kryzys, psychoterapia pozytywna

## Wprowadzenie

Podczas indywidualnego rozwoju człowiek przechodzi przez różne okresy. W każdym z nich człowiek staje w obliczu rozwiązywania różnych "zadań psychologicznych", które wymagają pewnych zasobów, aby przejść dalej.

"pomyślnie". Jeśli tak się stanie, jednostka rozwiązuje odpowiedni kryzys, "gromadzi" nowe "doświadczenia psychologiczne" i przechodzi na wyższy poziom funkcjonowania osobistego. Rozwijane są odpowiednie wzorce i nowe strategie radzenia sobie (Boncheva, 2013). W każdym kryzysie normatywnym występują



czynników, najczęściej zmian pochodzących ze środowiska lub procesów fizjologicznych oraz czynnika subiektywnego - deficytu, sposobów przetrwania i rozwiązania kryzysu.

Okres dojrzewania słusznie nazywany jest kryzysem. W tym okresie zachodzą znaczące zmiany w kształtowaniu się osobowości, które prowadzą do radykalnej zmiany w zachowaniu, zainteresowaniach i postawach nastolatków.

Podczas kryzysu dojrzewania rozpoczyna się i kończy jeden z najbardziej złożonych i kontrowersyjnych etapów życia każdego człowieka. L.S. Wygotski (1984) identyfikuje trzy fazy kryzysu dojrzewania:

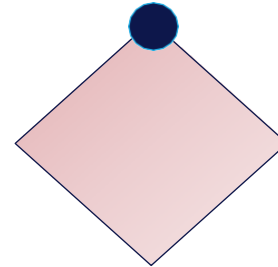
- Faza negatywna (przedkryzysowa) - rozpoczyna się około 10-11 roku życia. System wartości zaczyna się zmieniać, stereotypy są łamane. Zaczynają się problemy w relacjach między rodzicami a dziećmi.
- Prawdziwy kryzys - 12 - 14/13 - 15 lat. Faza ta może przebiegać na kilka różnych sposobów: od wyrażonego negatywizmu wobec wszystkich sfer życia, do płynnego przejścia do opanowania nowych umiejętności. Poszerza się pole zainteresowań i sposób myślenia, pojawiają się nowe możliwości. Nastolatek broni swojej indywidualności i walczy o oddzielenie się od rodziców.
- Faza pozytywna (pokryzysowa). Oznacza koniec kryzysu, raczej spokojny okres, charakteryzujący się już poszerzonym horyzontem (myślenie prognostyczne), zmienionym światopoglądem, ukształtowanymi wartościami życiowymi i pewną dalszą ścieżką rozwoju.

Intensywny rozwój fizyczny i fizjologiczny powoduje, że nastolatki inaczej patrzą na siebie. Według I. Bonchevy (2013, s. 102), "podczas gdy we wcześniejszym wieku ich głównym zadaniem było dostosowanie się do świata poza nimi, teraz zaczyna się świadoma próba dostosowania świata do ich zwiększonych potrzeb osobistych. Głównym konfliktem jest walka między stosunkowo niskim poziomem dojrzałości psychospołecznej a zwiększoną potrzebą tożsamości seksualnej". I jeśli na początku wyzwaniem, przed którymi stoją nastolatki, są zmiany zachodzące w ciele, to kolejnym, znacznie bardziej złożonym wyzwaniem jest budowanie relacji społecznych w nowy sposób (rysunki 1, 2, 3, 4).

ISSN 2710-1460

## Ciało

Początek dojrzewania, pojawienie się drugorzędnych cech płciowych, szybki wzrost i zmiany w ciele, nagłe zmiany nastroju, którym towarzyszy uczucie napływu siły i energii do bezradności.



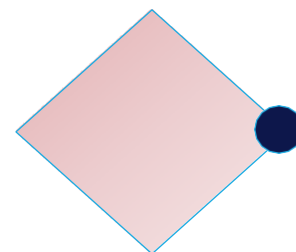
Rys. 1. Ciało

## Osiągnięcia

**Braki:** Utrata zainteresowania poprzednimi/starymi aktywnościami, zmniejszona produktywność funkcji poznawczych i obniżona wydajność. Dążenie do udowodnienia swojej wyjątkowości wszelkimi sposobami, w tym problematycznym zachowaniem i odrzuceniem norm.

**Zasoby:** Zróżnicowany stosunek do treści nauczania, rozszerzona objętość i selektywność wiedzy, preferencje i zdolności. Rozwój cech wolicjonalnych: od podstawowych dynamicznych - siła, szybkość i szybkość reakcji, poprzez jakościowe - zdolność do wytrzymania większego i dłuższego obciążenia - wytrzymałość, wytrwałość, cierpliwość, do złożonych i zróżnicowanych cech wolicjonalnych - koncentracja, konsekwencja, skupienie i wytrwałość.

Potrzeba samostanowienia daje impuls do zwiększonej aktywności poznawczej i twórczej - ciekawości, eksperymentowania z różnymi działaniami, uczestnictwa w różnych klubach i szkołach.



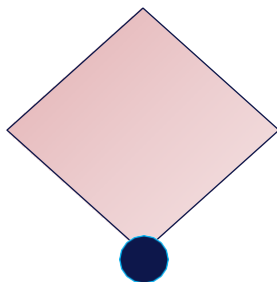
Rys. 2. Osiągnięcia

**Kontakt**

**Wady:** Upór, nieuprzejmość, nieposłuszeństwo, samowola, dewaluacja, ignorowanie i/lub ostry sprzeciw wobec autorytetu osoby dorosłej. Częste wahania nastroju - od drażliwości, "wybuchowości", agresji i negatywizmu, po płacizliwość, obojętność i apatię. Relacje z dorosłymi są silnie konfliktowe, z aktywnym dążeniem do separacji, wyrażającym się w lekceważeniu norm, kwestionowaniu zasad, odrzucaniu i nieprzestrzeganiu ograniczeń, buncie wobec sankcji.

**Zasoby:** Poszerzenie umiejętności komunikacyjnych, kształtowanie i rozwój umiejętności organizacyjnych, umiejętności biznesowych, przedsiębiorczości, dyscypliny, odpowiedzialności, poszerzenie zakresu strategii radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych.

W przeciwieństwie do treści kontaktu z dorosłymi, rozwija się pragnienie kontaktu z rówieśnikami - krąg przyjaciół jest miejscem uczenia się nowych modeli i ich praktykowania. W grupie przyjaciół wszyscy doświadczają i dzielą się tym samym. Refleksja.



Rys. 3. Kontakt

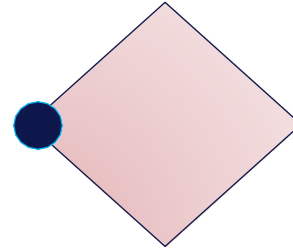
**Przyszłość / znaczenie**

**Braki:** Poczucie braku sensu życia, strach przed przyszłością, niepewność, bezradność, beznadzieja. Silne wewnętrzne sprzeczności między pragnieniami a możliwościami.

**Zasoby:** Poszerzenie horyzontów oraz wzbogacenie i restrukturyzacja systemu wartości - w zakresie komunikacji - selektywnej postawy i oceny innych oraz poczucia własnej wartości.

W okresie "kryzysu dojrzewania" podatność nastolatków na frustrację jest bardzo silna. Młodzi ludzie stają w obliczu wielu wyzwań, z jednej strony następuje rozkwit zdolności twórczych, poznawczych i intelektualnych, a także logicznego podejścia do rozwiązywania problemów.

Z drugiej strony okres ten charakteryzuje się niestabilnością emocjonalną, stresującymi i frustrującymi sytuacjami związanymi z trudnościami w rozwoju psychicznym.



Rys. 4. Przyszłość/znaczenie

Kluczem do rozwoju z minimalnymi szkodami emocjonalnymi jest kształtowanie odporności psychicznej młodych ludzi, opartej na zaufaniu do własnych mocnych stron i umiejętności, zdolności do akceptowania i radzenia sobie z wyzwaniami, elastyczności w podejściu do rozwiązywania problemów i przewidywania trudnych sytuacji. Innymi słowami, jest to kwestia kształtowania tolerancji na frustrację.

Tolerancja frustracji jest definiowana jako psychologiczna odporność na frustrację, która opiera się na zdolności do adekwatnej oceny frustrującej sytuacji i przewidywania wyjścia z niej (L. S. Aseikina, 2005).

J. Wilde (2012) identyfikuje pewne sprzeczne cechy okresu dojrzewania, które wpływają na kształtowanie się tolerancji na frustrację:

- Młodzi ludzie koncentrują się na swoim wewnętrznym świecie i wierzą, że świat powinien być taki, jak chcą.
- Brakuje im wystarczającego doświadczenia, aby oceniać i akceptować opinie, które różnią się od ich własnych.
- Próbuje ukryć niepewność co do swoich zdolności i umiejętności, polegając na mechanizmach ochronnych.
- Okres dojrzewania to czas wysokiej wrażliwości i częstych wahań nastroju.

Wykazują tendencję do szybkiego orientowania się w tym, jak "powinno być", a nie jak jest naprawdę.

**Metodologia****2.1. Uczestnicy**

W latach 2018-2020 konsultowaliśmy się z

WAPP

212 nastolatków i ich rodziców w naszej praktyce.

Świadomą zgodę na włączenie do badania charakterystyki i dynamiki reakcji w sytuacjach frustracji uzyskano od rodziców 109 nastolatków, wszystkich płci męskiej - 57 (52,3%) w wieku 12-14 lat i 52 (47,7%) w wieku 15-17 lat.

Cel badania: Zbadanie reakcji nastolatków w sytuacjach frustracji oraz ogólnego poziomu tendencji agresywnych, a także obecności związku między reakcjami frustracji a zachowaniami agresywnymi.

## 2.2. Instrumenty

Podstawowa rozmowa psychoterapeutyczna - 5-etapowy model Metody Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej (Peseschkian H., 2000).

Obrazkowy test frustracji Rosenzweiga (Rosenzweig S., 1945; bułgarska standaryzacja K. Мечков, 1979). Test projekcyjny, zaprojektowany do pomiaru charakterystycznych sposobów reagowania na frustrację, w którym respondentowi przedstawiono 24 rysunki z kreskówek, z których każdy przedstawia jedną osobę mówiącą coś frustrującego do drugiej, a druga osoba jest pokazana z pustym dymkiem. Zadaniem respondenta jest wypełnienie każdego z 24 pustych dymków pierwszą odpowiedzią, która przychodzi mu do głowy. Wynik opiera się na dziewięciu czynnikach, pochodzących z kombinacji trzech rodzajów agresji (dominacja przeszkód, obrona ego i wytrwałość w zaspokajaniu potrzeb) oraz trzech kierunków agresji (ekstragresja, agresja wyobrażeniowa i intragresja).

Kwestionariusz agresji (Buss i Perry, 1992). Kwestionariusz agresji Bussa-Perry'ego (BP-AQ) to 29-itemowy, czteroczynnikowy instrument mierzący agresję fizyczną, agresję słowną, złość i wrogość.

## Wyniki

Podczas pierwszej rozmowy psychoterapeutycznej z rodzicami ujawniono treści konfliktowe:

- Wysoki niepokój ("*Rzeczy w kontakcie z moim/naszym synem zależą ode mnie, nie mogę sobie z tym poradzić - jestem bezradny i to jest problem!*") - u 60,5% rodziców, z minimalną różnicą w wieku - 31,2% w przypadku rodziców młodych nastolatków (12-14 lat) i 29,3% w przypadku rodziców nastolatków (15-18 lat).

- Rozczarowanie, niezadowolenie, zniechęcenie ("*Nie mogę/nie możemy tego zrobić; Powinniśmy być dobrymi rodzicami, ale to nie działa! Nie rozumiem, co się dzieje!*") jest doświadczeniem 82,5% rodziców, więcej dla rodziców młodych nastolatków - 47,7%, dla rodziców nastolatków jest to 34,8%.

- Oburzenie, irytację, oskarżenia ("*On/ona nie jest tym, czego oczekiwaliśmy!*"; "*On/ona zachowuje się dziecinnie i żadne nasze wysiłki nie przynoszą rezultatów!*") wykazało 63,3% rodziców, odpowiednio 22,1% rodziców młodych nastolatków i 41,3% rodziców badanych nastolatków.

- Obrażanie, agresja ("*Daję mu/jej wszystko, co dobry rodzic powinien i oczekujemy dobrego zachowania!*"; "*Próbuje przezwyciężyć swoim zachowaniem, ale tak się nie stanie - karami i ograniczeniami "wyleczymy" jego/jej upór!*") jest obserwowana u 38,6% rodziców. - mniej u młodych nastolatków (15,5%) i około 8% więcej u rodziców starszych nastolatków (22,9%).

Po przeciwnej stronie znajdują się doświadczenia młodych nastolatków i starszych nastolatków. Treść dzielonych przez nich problemów można warunkowo podzielić na kilka głównych grup: Relacje z dorosłymi; relacje rówieśnicze; problemy w szkole; niezadowolenie z siebie i niezadowolenie z innych (tabela 1):

Tabela 1.

Problemy z perspektywy młodych nastolatków i młodzieży.

| Problemy   | Grupa wiekowa 12-14 lat  | Grupa wiekowa 15-17 lat  |
|--|--|--|
| Relacje z dorosłymi (rodzicami i znaczącymi dorosłymi) | Konflikty z rodzicami: "Zabraniają mi wychodzić z domu!"; "Nie lubią moich przyjaciół i kłócimy się o nich!"; "Grożą mi karą!"; "Ciągłe mnie besztają i obrażają!". "Oskarżają mnie o to, że jestem nieposłuszny, leniwy i | Konflikty z rodzicami: "Oni tylko wymagają i zobowiązują!" "Nie rozumieją mnie!"; "Kłócą się ze mną i ograniczają mnie"; Zawsze są niezadowoleni - z mojego stylu, z muzyki, której słucham, z moich przyjaciół ..., z |

|                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
|                                | Nieodpowiedzialni!"; "Chcą, żeby wszystko działa się po ich myśli - Nie rozumieją mnie!"; "Nie mam prawa niczego chcieć ani robić - bo jestem młody!"; "Nie kupują tego, czego ja chcę, tylko to, co oni postanowili!"; "Nie kochają mnie!". | siebie! "" Oskarżają mnie o lenistwo i brak odpowiedzialności! "" Według nich nie nadaję się do niczego, jeśli nie robię tego tak, jak oni chcą! "; "Nie mam nic do powiedzenia!"; "Nie wierzą mi!".               |
| Relacje z rówieśnikami         | Odrzucenie, izolacja, nękanie, agresja, wyśmiewanie  | Złożone relacje z rówieśnikami - zdrada, odrzucenie, nękanie, agresja. Nieodwzajemniona miłość.  |
| Problemy w szkole              | Brak zainteresowania i opór - "Moi rodzice wybrali szkołę, niech się uczą!"; złe oceny - "Celowo dają mi złe oceny!"; kary; bunt przeciwko zasadom: "Zasady są poto, żeby je łamać!".  | Brak zainteresowania, nuda; problemy z nauczycielami, niesprawiedliwość w ocenianiu, dużo wymagań, dużo prac domowych, duże obciążenie pracą; niezrozumienie, brak akceptacji, narzucanie na siłę "głupich" zasad. |
| Niezadowolenie z samego siebie | Ciało; wygląd; umiejętności  | Drażliwość, uraza, złość na samego siebie: "Wszystko wymyka mi się spod kontroli!"; "Wszystko mi się wymyka!". "Do niczego się nie nadaję!".   |
| Niezadowolenie z innymi        | Inni są źli, niezadowoleni, mściwi, nienawidzą mnie, obrażają i plotkują.  | "Zawsze są oburzeni, denerwują mnie, jestem rozczarowany, są niesprawiedliwi".   |

Aby prześledzić specyfikę wiekową reakcji na frustrację u młodych nastolatków i starszych nastolatków, użyliśmy testu frustracji Rosenzweiga.

Wiarygodność wyników (alfa Cronbacha) - 0,77 w grupie wiekowej 12-14 lat i 0,86 w grupie wiekowej 15-17 lat.

Obie grupy wykazały najwyższe wartości w zewnętrznych reakcjach oskarżycielskich jako sposobie radzenia sobie z frustracją

(kategoria "E"). W odniesieniu do obiektu, na który skierowana jest reakcja, najwyższe wartości obserwuje się w reakcjach związanych z samoobroną (kategoria "ED"). (Tabela 3).

W porównaniu z zakresem normatywnym (K. Mechkov, 1979) reakcje obu grup są normalne (kod 3).

Tabela 3.

Wartości średnich w obu grupach

| Wiek            |                 | E            | I      | M      | OD    | ED           | NP    |
|-----------------|-----------------|--------------|--------|--------|-------|--------------|-------|
| 12 - 14<br>lata | Średnia         | <b>11,17</b> | 4,833  | 7,684  | 5,99  | <b>10,92</b> | 6,77  |
|                 | N               | 57           | 57     | 57     | 57    | 57           | 57    |
|                 | Std. Odchylenie | 3,853        | 1,9419 | 2,9725 | 2,304 | 2,904        | 2,591 |
| 15 - 17<br>lata | Średnia         | <b>9,53</b>  | 5,442  | 8,683  | 4,27  | <b>11,88</b> | 7,51  |
|                 | N               | 52           | 52     | 52     | 52    | 52           | 52    |
|                 | Std. Odchylenie | 3,884        | 2,1343 | 2,6972 | 1,708 | 2,646        | 2,500 |

Znaczące różnice między obiema grupami stwierdzono w *teście frustracji obrazkowej* Rosenzweiga u 61,3% 12-14-latków (w porównaniu z 38,7% 15-latków).

17 lat), niepokój, tendencja do polegania na sztywnych stereotypach aktywności i niezdolność do oceny sytuacji. Nastolatki skupiają się na konflikcie jako wydarzeniu / przeszkodzie (czynnik E - reakcje ekstrapuntywne) i poprzez wrażliwość, chęć narzucenia się i "posiadania głosu" starają się przyciągnąć uwagę innych.

uwagę na siebie. Nie bez znaczenia są inni uczestnicy frustrującej sytuacji, 58,0% młodych adolescentów w porównaniu do 42,0% starszych adolescentów ma tendencję do reagowania ostrym odrzuceniem tego, co się dzieje, chęcią podporządkowania rzeczywistości swoim potrzebom, dążeniem do dominacji i nietolerancją wobec "obcej woli" (czynnik E - reakcje ekstrapuntywne). Innym czynnikiem, na który młodzi nastolatki kładą większy nacisk, jest impulsywna reakcja na okoliczności

(czynnik M - bezkarne reakcje), odpowiednio 61,1% 12-14-latków reaguje beztroską, niefrasobliwością, nieodpowiedzialnością i/lub bagatelizuje sytuację. Takie zachowanie podlega załamaniom emocjonalnym, częstym zmianom wartości i stanom astenicznym.

W charakterystyce reakcji frustracji u adolescentów (15-17 lat) w porównaniu z młodymi adolescentami (12-14 lat) z silną istotnością statystyczną (60,1% u adolescentów w porównaniu z 39,9% u adolescentek) okazał się czynnik "e", który z jednej strony jest wskaźnikiem roszczeń i oczekiwań wobec drugiej strony w celu usunięcia frustracji, z drugiej strony oznacza aktywność, tendencję do delegowania odpowiedzialności i przywództwa. U badanej przez nas młodzieży czynnik "e" wykazuje istotność w połączeniu z czynnikami:

- "Ja" (intropunitive responses) - oznaka samokrytycyzmu, skupienie na własnej niższości, poczucie winy, wyrzuty sumienia, czasem obwinianie siebie i samo-dyskredytacja z charakterystycznym zachowaniem grzeczności i irracjonalnego konformizmu.
- "M" (impunitive responses) - tendencja do bycia obojętnym w sytuacjach frustracji, dewaluacji lub demonstrowanej obojętności, co prawdopodobnie jest selektywnym stosowaniem psychologicznej obrony "formowania reakcji" w celu poradzenia sobie z lękiem przed nową frustracją lub powstrzymania stłumionego agresywnego impulsu wbudowanego w postrzeganie przez nastolatka subiektywnej nieakceptowalności agresywnego zachowania - 53,7% u młodych nastolatków, w porównaniu do 46,3% u starszych nastolatków).

Tabela 4.

Istotność różnic w dwóch grupach według czynników badania Rosenzweiga P-F

|                         | E'     | E      | e      | I      | M'     | M      |
|-------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Test U Manna-Whitneya   | 1028,5 | 1105,0 | 740,5  | 957,0  | 1030,5 | 740,5  |
| Wilcoxon W              | 2406,5 | 2483,0 | 2393,5 | 2610,0 | 2408,5 | 2393,5 |
| Z                       | 2,770  | 2,293  | 4,527  | 3,21   | 2,762  | 4,527  |
| Asymp. Sig. (2-ogonowe) | ,006   | ,002   | ,001   | ,001   | ,006   | ,001   |

Wyniki Kwestionariusza Agresji Bussa i Perry'ego (AQ):

Rzetelność kwestionariusza (alfa **Cronbacha**) dla poszczególnych podskal waha się od 0,73 do 0,79, osiągając 0,77 dla ogólnego wyniku agresji.

Średnie wartości badanych zmiennych są wyższe w grupie adolescentów, a istotne różnice między obiema grupami występują we wszystkich komponentach agresji, z wyjątkiem skali "Wrogość". (Tab. 5 i Tab. 6).

Tabela 5.

Średnia wartość dla składników agresji

| Wiek         |                 | OA     | FA    | VA    | A     | H     |
|--------------|-----------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 12 - 14 lata | Średnia         | 98,74  | 34,49 | 22,77 | 22,89 | 18,84 |
|              | N               | 57     | 57    | 57    | 57    | 57    |
|              | Std. Odchylenie | 13,915 | 6,596 | 6,921 | 5,554 | 3,895 |
| 15 - 17 lata | Średnia         | 76,17  | 23,52 | 20,46 | 16,50 | 15,69 |
|              | N               | 52     | 52    | 52    | 52    | 52    |
|              | Std. Odchylenie | 12,269 | 6,210 | 5,465 | 3,739 | 3,644 |

Tabela 6.

Znaczące różnice między grupami w skalach agresji

|  | OA | FA | VA | A | H |
|--|----|----|----|---|---|
|  |    |    |    |   |   |

|                                |        |        |        |        |        |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Test U Manna-Whitneya</b>   | 337,0  | 362,5  | 803,0  | 518,5  | 1184,5 |
| <b>Wilcoxon W</b>              | 1715,0 | 1740,5 | 2181,0 | 1896,5 | 2562,5 |
| <b>Z</b>                       | -6,948 | -6,797 | -4,132 | -5,855 | -1,808 |
| <b>Asymp. Sig. (2-ogonowe)</b> | ,001   | ,001   | ,001   | ,001   | ,071   |

Dzieci w wieku 2-14 lat wykazują gotowość do stosowania tych dwóch form agresji w celu osiągnięcia własnych celów. Młodzi adolescenty otwarcie okazują swoje rozdrażnienie, niezadowolenie, złość i irytację. Wciąż ograniczone zdolności poznawcze wpływają na znaczenie zachowania, a brak tolerancji w osiąganiu pożądanych celów i siła impulsu, który kieruje działaniami nastolatków, nadaje agresji bardziej ochronny charakter. Ograniczona samokontrola i kształtująca się samoocena, wyrażająca się głównie we wrażliwości na negatywną ocenę i towarzyszące jej emocje i przeżycia, predysponują do działań agresywnych.

Niskie wartości w obu grupach na skali "Wrogość" świadczą o tym, że działania młodych adolescentów i starszych adolescentów nie są zdeterminowane długotrwałym i uporczywym negatywnym nastawieniem do otaczającej rzeczywistości (ludzi i zdarzeń), a raczej wynikają ze stanu emocjonalnego o charakterze prowokacyjnym, np. złości.

Z definicji wrogość jest antagonistyczną postawą wobec ludzi, która obejmuje komponent poznawczy, afektywny i behawioralny. Komponent afektywny jest reprezentowany przez szereg powiązanych ze sobą emocji, takich jak: złość, irytacja, uraza, obrzydzenie, pogarda i inne. Komponent poznawczy zawiera negatywne przekonania na temat świata i innych - nieufność, podejrzliwość, pogardę, uprzedzenia i cynizm, Komponent behawioralny obejmuje zróżnicowany repertuar działań, najczęściej ukrytych - działania pasywno-agresywne, niechęć do współpracy i kompromisu, unikanie kontaktu (komunikacji), zimne nastawienie do innych itp. (Barrett i in., 2007).

Pasywne - agresywne zachowanie jest, być może, najgorszym sposobem okazywania gniewu - w przeciwieństwie do otwartego i spontanicznego sposobu, aby silnie rozładować napięcie, które zwykle podąża za trajektorią: niezadowolenie - irytacja - gniew - wściekłość. Młodzież i młodzi dorośli nie są jeszcze w stanie zrozumieć swojej podstępnej i destrukcyjnej zdolności i nie zdają sobie sprawy, że ich opór i wytrwałość uniemożliwiają uwolnienie uwięzionego gniewu. Przykładami takich zachowań są: zwlekanie, upór, podejrzliwość, uraza, złość, celowa "niezdolność" do wykonania oczekiwanych lub powtarzających się niepowodzeń w wykonywaniu wymaganych zadań. Na poziomie świadomym młody człowiek wierzy, że w ten sposób broni siebie i "pozwala im zrozumieć". Na poziomie nieświadomym takie zachowanie jest

mające na celu rozwścieczenie i/lub zdenerwowanie władz (rodziców, nauczycieli, wychowawców).

**"Nie ma dymu bez ognia!"** - Co jest iskrą, która zapala agresywne zachowanie dorastającej osoby?

## Dyskusja

Podsumowane informacje z pierwotnego wywiadu psychoterapeutycznego pokazują, że aby ugruntować swoją nową pozycję społeczną, młody człowiek stara się wyjść poza swój dotychczasowy styl kontaktów. Jego wysiłki koncentrują się na znalezieniu sposobów na realizację swoich "rosnących" możliwości, dążeniu do autonomii i niezależności (doświadczanej jako wolność), rozwijaniu swojej indywidualności i otrzymywaniu uznania od dorosłych, których model powtarza i którym chce pokazać swoją gotowość do zajęcia miejsca w "świecie wielkich".

Sfera komunikacji z rówieśnikami jest bardzo naładowana emocjonalnie. I jeśli w drugim kryzysie normatywnym (pierwszoklasisty) sukcesem jest dobry kontakt tylko z jedną osobą - "Mój przyjacielu! Pokój w grupie" (I. Bontcheva, s. 101), to w kryzysie dojrzewania wiodącym motywem w zachowaniu młodego człowieka jest utrwalenie swojego miejsca i ugruntowanie swojej pozycji w grupie rówieśników. Przyjaźń w tym okresie jest złożona i kontrowersyjna, a przyjaciele są źródłem społecznego i emocjonalnego znaczenia. Ocena, której oczekuje i otrzymuje od swoich rówieśników, nabiera nadrzędnego znaczenia i wypiera z pola widzenia nastolatka relację ze znaczącym dorosłym, ale treść kontaktu zachowuje silny ładunek emocjonalny. Wewnętrzna walka dorastającej osoby to z jednej strony silne pragnienie autonomii, niezależności i wolności, a z drugiej strony potrzeba odczuwania i otrzymywania miłości, ciepłości, uwagi, zaufania i czasu (podstawowe zdolności), aby czuć się bezpiecznie i stabilnie oraz doświadczać siebie jako znaczącego i wartościowego.

To tutaj znajduje się "kamień węgielny" w kontakcie między rodzicami a młodymi/starszymi nastolatkami. Wspólne problemy pokazują, gdzie jest rozbieżność - rodzice mają **oczekiwania** dotyczące sukcesu, osiągnięć, porządku, dokładności, uprzejmości, dyscypliny, odpowiedzialności (drugorzędne zdolności), a młody nastolatek i nastolatki mają **potrzeby** wsparcia, pomocy, współpracy i partnerstwa. Rodzice wymagają i obwiniają i/lub bezradnie wycofują się z aktywnego kontaktu ze swoimi dziećmi.

dzieci, podczas gdy młodzież albo gwałtownie protestuje, albo ponuro milczy i działa na swój własny sposób.

Niezaspokojone potrzeby powodują frustrację. Szybkie tempo rozwoju fizycznego i poznawczego prowadzi do powstawania nowych potrzeb, a zawężony horyzont psychologiczny "Tu i teraz!" określa ramy, w których nastolatek nalega na uzyskanie tego, czego chce.

Opierając się na psychologicznych cechach kryzysu w okresie dojrzewania, oczywiste jest, że nastolatki, ze względu na swoją wrażliwość i niewzmocniony obraz siebie, wybierają demonstracyjne zachowania - od otwartej agresji, aktywno-ofensywnej pozycji, dążenia do dominacji i nietolerancji wobec wymagań, po impulsywność i źle oceniane decyzje dotyczące działania. Skuteczna samoobrona w ich doświadczeniu to działanie poprzez oskarżenia, żądania / oczekiwania wobec drugiej osoby, aby wzięła odpowiedzialność za to, co się dzieje, odrzucając i zaprzeczając własnej winie i / lub udziałowi, próbując "wyrównać siły".

Analiza porównawcza pozwoliła na wykazanie cech charakterystycznych reakcji frustracyjnych młodych adolescentów i starszych adolescentów w zakresie potrzeb motywacyjnych: *niszczenie autorytetu dorosłych, orientacja na afirmację w grupie rówieśniczej, potrzeba autoafirmacji, autoekspresji, obrony własnej pozycji, zdobywania uznania innych, potrzeba autonomii i niezależności*. W zakresie sfery emocjonalnej i zachowania: *irytacja, uraza, złość, podejrzliwość, podatność na zranienie, frustracja, impulsywność, opór, chęć samodzielnego rozwiązania sytuacji, upór, nieposłuszeństwo i walka, zachowania chroniące ego i demonstracyjność*.

Biorąc pod uwagę charakterystykę wiekową, można powiedzieć, że ogólnie reakcje frustracji są normalne, ale przeważają niekonstruktywne reakcje frustracji, które są prawdopodobną barierą, która tworzy inną rzeczywistość u młodych ludzi i determinuje ich reakcje i doświadczenia - urazę, podejrzliwość, izolację i agresję. Ogólnie rzecz biorąc, w obu grupach dominuje typ reakcji chroniących ego, następnie reakcje związane z zaspokajaniem potrzeb, a wpływ przeszkody jest najślabszy.

Nastolatek wysyła rodzicom komunikaty poprzez swoje zachowanie, czasami w formie nieprzyjemnych, agresywnych ataków, wybuchów złości, a także / lub zachowanie opozycyjne. Rodzice muszą reagować na przesłanie ukryte w zachowaniu, a nie na sposób, w jaki się ono przejawia.

przekazywane. W wielu przypadkach gniew nastolatków jest próbą (czasami świadomą, częściej nie) zadeklarowania, że niektóre podstawowe potrzeby nie zostały zaspokojone lub zostały niesprawiedliwie zignorowane.

Młodzi ludzie są pełni oburzenia i gniewu, gdy czują, że nie otrzymują:

- **Szacunek** - nastolatki mogą być oburzone, ponieważ w rozmowach z rodzicami czują, że ich rodzice uważają, że nie zasługują na szacunek. Często są uważani za bardziej zdolnych, niż ich rodzice są skłonni przyznać.
- **Przestrzeń - potrzebują** fizycznej i emocjonalnej przestrzeni dla ciekawości i eksperymentowania i oczekują, że rodzice im ją zapewnią. Przestrzeń, w której mogą odkrywać życie, siebie, bez przestrzegania rodzicielskich zasad, wytycznych i narzuconych obrazów. Potrzebują przestrzeni do kształtowania własnego wizerunku.
- **Rozpoznanie** - wkraczając w życie dorosłych, nastolatki nie mają jeszcze doświadczenia życiowego. Po raz pierwszy doświadczają tego, czego ich rodzice doświadczali wiele razy. Utrudnia to rodzicom zrozumienie ~~aspekta~~ ich reakcji na sytuacje, które wydają się powszechne. To niezrozumienie prowadzi do konfliktów: rodzic nie rozpoznaje swoich emocji jako odpowiednich do sytuacji, a młodzi ludzie po prostu nie nauczyli się jeszcze reagować na wahania (wzrost i spadek) życia w sposób, który rodzic już zna. Dobrze jest, aby rodzic pamiętał, że dorastająca osoba wciąż uczy się żyć w trudnym okresie i bardzo ważne jest, aby wiedział, że jego rodzice uznają i akceptują rzeczywistość i adekwatność jego doświadczeń.

## Wnioski

1. Ogólnie rzecz biorąc, w obu grupach dominuje typ reakcji chroniących ego, a następnie reakcje związane z zaspokajaniem potrzeb.
2. W grupie 12-14-latków obserwuje się niepokój, tendencję do polegania na sztywnych stereotypach aktywności i niezdolność do oceny sytuacji. Młodzi nastolatki skupiają się na konflikcie jako wydarzeniu / przeszkodzie i poprzez wrażliwość, chęć narzucenia się i "posiadania głosu", starają się zwrócić na siebie uwagę. Młodzi ludzie mają tendencję do reagowania ostrym odrzuceniem tego, co się dzieje.

- chęć podporządkowania rzeczywistości swoim potrzebom, dążenie do dominacji i brak tolerancji dla "woli obcych"
3. W charakterystyce reakcji frustracji u młodzieży (15-17 lat) z silną istotnością statystyczną okazał się czynnik "e", który z jednej strony jest wskaźnikiem roszczeń i oczekiwań wobec drugiej osoby w celu usunięcia frustracji, z drugiej strony oznacza to aktywność, tendencję do delegowania odpowiedzialności i przywództwa.
  4. Młodzi ludzie koncentrują się na swoim wewnętrznym świecie i wierzą, że świat powinien być taki, jaki chcą. Brakuje im wystarczającego doświadczenia, aby oceniać i akceptować opinie, które różnią się od ich własnych. Próbuje ukryć niepewność co do swoich zdolności i umiejętności, polegając na mechanizmach ochronnych.
  5. Kryzys okresu dojrzewania charakteryzuje się tym, że nastolatek zyskuje nowe możliwości i mocne strony, które wcześniej były nieobecne lub stanowiły proces rozwoju. Przechodząc na wyższy etap rozwoju, młody człowiek czuje, że ma już znacznie więcej siły, niezależności i woli do rozwiązywania problemów, które do niedawna były rozwiązywane przez dorosłych.

## Referencje

- [1] **BARRETT, L. F., MESQUITA, B., OCHSNER, K. N., GROSS, J. J.** (2007). Doświadczenie emocji. *Annual Review of Psychology*, nr 58, 2007. pp. 373-403.
- [2] **BUSS, A. H.** (1961). *Psychologia agresji*. New York: Wiley. 307 p.
- [3] **BUSS, A. H.** (1966). Instrumentalność agresji, sprzężenie zwrotne i frustracja jako determinanty agresji fizycznej. *Journal of Personality and Social Psychology*, nr 3, 1966. s. 153-162.
- [4] **BUSS, A. H., & PERRY, M.** (1992). Kwestionariusz Agresji. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 1992, s. 452-459. DOI: [10.1037/0022-3514.63.3.452](https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452)
- [5] **KASWAN, J., WASMAN, M., & FREEDMAN, L. Z.** (1960). Agresja i badanie frustracji obrazkowej. *Journal of Consulting Psychology*, 24(5), s. 446-452. DOI: [10.1037/h0046233](https://doi.org/10.1037/h0046233)
- [6] **TOMCHEVA, S.** (2021). Młodzież między dwoma brzegami. Przedstawienie przypadku praktyki psychoterapeutycznej. "The Global Psychotherapist", Vol. 1, No.1, pp. 49-52. DOI: [10.52982/lkj142](https://doi.org/10.52982/lkj142)
- [7] **PESECHKIAN, N.** (2006). *Psychoterapia pozytywna; teoria i praktyka nowej metody*. Author House UK. ISBN 978-8120722439.
- [8] **ROSENZWEIG, S.** (1945). Metoda skojarzeń obrazowych i jej zastosowanie w badaniu reakcji na frustrację. *J. Pers.*, nr 14, s. 3-23.
- [9] **ROSENZWEIG, S.** (1978) *The Rosenzweig Picture Frustration (P-F) Study*. St. Louis: Rana House.
- [10] **WILDE, J.** (2012). Związek między nietolerancją frustracji a osiągnięciami akademickimi w college'u. *International Journal of Higher Education* 1(2). 2012. DOI: [10.5430/ijhe.v1n2p1](https://doi.org/10.5430/ijhe.v1n2p1).
- [11] **АСЕЙКИНА, Л. [AISEIKINA, L.]** (2008) *Организация толерантного педагогического взаимодействия на этапе довузовской подготовке иностранных студентов* [Organizacja tolerancyjnej interakcji pedagogicznej na etapie kształcenia przeduniwersyteckiego studentów zagranicznych]. uniwersyteckiego studentów zagranicznych]. Орел.
- [12] **БОНЧЕВА, И. [BONCHEVA, I.]** (2019). *Психология на детското развитие* [Psychologia rozwoju dziecka]. Варна: Славена.
- [13] **ВЫГОТСКИЙ, Л.С. [VYGOTSKIY, L.]** (1984). *Проблема возраста* [Problem wieku]. Собр.соч. в 6 т. М.Т.4. 244-268 с.
- [14] **ВЫГОТСКИЙ, Л.С. [VYGOTSKIY, L.]** (1984). *Учение об эмоциях* [Doktryna o emocjach]. Собр.соч. в 6 т. М. Т.6. 318 с.
- [15] **МЕЧКОВ, К. [MECHKOV, K.]** (1979). *Българска стандартизация на картинно-фрустрационна проба на Розенцвайг* [Bułgarska standaryzacja obrazkowej próby frustracji Rosenzweiga].

# UMIEJĘTNOŚĆ AUTENTYCZNEJ OBECNOŚCI TERAPEUTY JAKO METODA JAKOŚCIOWEGO ŚLEDZENIA SKUTECZNOŚCI PSYCHOTERAPII



## Veronika Ivanova

Dr, psycholog kliniczny,  
Certyfikowany psychoterapeuta pozytywny (Warna, Bułgaria)  
Główny adiunkt na Uniwersytecie Medycznym w Warnie  
E-mail: [veronica\\_ivanovi@abv.bg](mailto:veronica_ivanovi@abv.bg)

Otrzymano 08.04.2021

Zaakceptowano do publikacji

28.06.2021 Opublikowano

07.07.2021

## Streszczenie

Istnieją spory i duża liczba metod, które twierdzą, że mierzą skuteczność psychoterapii. Większość badań koncentruje się na osobowości i umiejętnościach terapeuty, a mniej na procesie psychoterapii i tym, jak wzajemne powiązania między terapeutą a klientem zmieniają ten proces. W tym badaniu przedstawiamy metodę oceny autentyczności i poziomu komunikacji inspirowaną teorią Budgatala (Budgendhala), badającą autentyczność kontaktu klienta po każdej sesji, wraz z dwoma czynnikami związanymi z terapeutą: ekspresją i otwartością (refleksyjność według Peseschkiana). W semantyce psychoterapii pozytywnej są to zdolności terapeuty, zdolność otwartości, ekspresja emocjonalna itd. Wyniki określono za pomocą analizy korelacji skali autentycznej obecności i komunikacji (Alfa Cronbacha Alfa 0,6), która przedstawia związek korelacyjny między zdolnościami ekspresji i dostępności terapeuty a poziomem autentyczności w terapeutycznym dzieleniu się klienta. Wyniki pokazują, że istnieje statystycznie istotna dodatnia korelacja (korelacja Spearmana .748 i .511,  $p=0,01$ ) między zdolnością otwartości a wysokim poziomem autentyczności w komunikacji terapeutycznej oraz ujemna korelacja z ekspresją emocjonalną terapeuty. Podsumowując, możemy powiedzieć, że poziom autentyczności w komunikacji terapeutycznej zależy od zdolności do otwartości (szczerości według Peseschkiana) i wymaga przeciwieństwa ekspresyjności, a mianowicie introwertycznej funkcji emocji zdolnej do "treści doświadczeń drugiej osoby, bez zajmowania miejsca nadmierną ekspresją swoich emocji".

**Słowa kluczowe:** skuteczność, autentyczna obecność, psychoterapia pozytywna

## Wprowadzenie

Jeśli prześledzimy rozwój metod badawczych w psychoterapii, wyróżniają się trzy główne wymiary, reprezentujące zainteresowanie badawcze, skuteczność, efektywność i proces badawczy. Komunikacja psychoterapeutyczna różni się jakościowo od komunikacji poza gabinetem terapeutycznym, ale to, co zawiera się w tym pojęciu, jest wspólnym, złożonym zagadnieniem. Ze względu na naszą niewystarczającą wiedzę na temat mechanizmów psychoterapii, relacji między

Teoretyczne koncepcje modelu i rzeczywiste zachowanie psychoterapeuty prowadzącego psychoterapię wciąż nie są zrozumiałe. Badania nad psychoterapią pokazują, że profil i wiedza terapeuty są tym, co determinuje efekt psychoterapii, a nie szkolenie terapeuty i szkoła, do której należy. W tym sensie, aby uniknąć proszenia psychoterapii o uzasadnienie naukowych koncepcji dotyczących jej działania, możliwe jest skupienie się na strukturach spekulatywnych, ale zasada działania, w różnych środowiskach i różnych profilach psychoterapeutów, jest wciąż niezrozumiała.



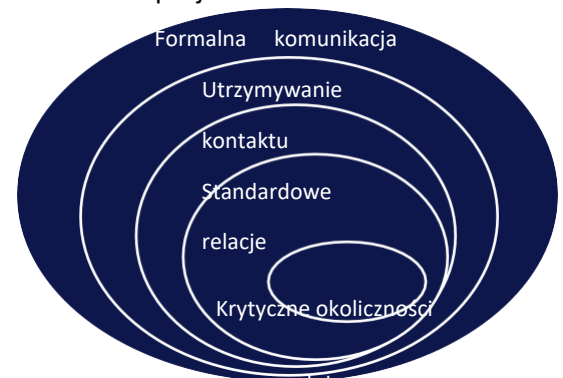
pacjentów. Parametry są optymalnie zobiektywizowane zgodnie z zachowaniem w trakcie komunikacji pacjentów, ponieważ w warunkach określonej grupy społecznej cechy osobiste istnieją w postaci zjawisk relacji interpersonalnych.

Empiryczne badania psychoterapii coraz częściej wymagają zróżnicowanej obiektywizacji pacjentów, roli osobowości terapeuty i poziomów procesu. Badania parametrów pacjenta przed i po leczeniu, a także wszelkie jednowymiarowe badania parametrów lekarza i pacjenta, są niewystarczająco wiarygodne. Bez danych na temat procesu psychoterapii, pozostaje on niedokładny, a specyfika modelu nie może być zrozumiana (Beebe, 1998). Dlatego też różne rodzaje psychoterapii oparte na pomiarach wstępnych mogą dawać podobne wyniki (Berríos & Lucca, 2006).

Przejście od wstępnych pomiarów skuteczności do diagnozowania procesu psychoterapeutycznego na poziomie podwójnych jednostek jakości - dokładnej specyfikacji procedury psychoterapeutycznej, badania poszczególnych interwencji psychoterapeuty i reakcji pacjenta na nie - jest postrzegane jako główne osiągnięcie w ewaluacji badań (Chattor i Krupnick 2001, Del Prette, Zap i Del Prette 2008, Elliot, Shapiro, Firth-Cozens, Stiles, Hardy, Lewelin i in., 1994). Specyfikacje procedury również znacząco przyczyniają się do celu mechanizmu i złożonych podejść psychoterapeutycznych.

Osiągnięcie obiektywnych celów psychoterapeutycznych, takich jak adaptacja i łagodzenie objawów, może koncentrować się wyłącznie na subiektywności procesu. Niezdolność pacjenta do wykazania pełnej obecności jest najbardziej oczywistym, skutecznym sposobem na uniknięcie importowania jego subiektywności do pracy w terapii grupowej. Nieodświadczony i niewykwalifikowany terapeuta, według Budgental, 1990, może nie zauważyć, że podczas dzielenia się faktami, treściami i objawami, pacjent unikał prezentowania siebie jako kompletnej osoby w procesie terapii. (Peseschkian & Remmers, 2020) W takiej sytuacji nawet najbardziej znaczące interpretacje terapeutyczne niosą ze sobą ryzyko abstrakcyjnej komunikacji terapeutycznej, intelektualnej akumulacji dużej ilości nowej wiedzy, ale bez autentyczności.

i ostatecznie bez prawdziwego procesu terapeutycznego, który nie przynosi prawie żadnych korzyści psychoterapeutycznych. Dlatego badanie poziomów "obecności", stopnia autentycznej komunikacji, ponieważ rolą terapeuty jest okazywanie ekspresyjności i przejrzystości, aby pomóc grupie osiągnąć bardziej dogłębny poziom "obecności". Proste przekazywanie informacji nie jest psychoterapią (Bugental, *The Art of Psychotherapy*, 1990), w wyniku czego pacjent wie dużo o sobie, ale prawie nie osiąga trwałych zmian w najważniejszym obszarze swoich relacji z innymi. Obecność, ekspresyjność, autentyczność są nie do pogodzenia z psychoanalitycznymi zasadami terapeuty jako interpretatora, pobocznego obserwatora i krytyka. Efekt psychoterapii zależy w dużej mierze od tego, jaki jest poziom obecności pacjenta.



Rys.1 Pięć stopni autentycznej obecności i poziomów komunikacji na Budgel

1. Komunikacja formalna
2. Utrzymywanie kontaktu
3. Standardowe relacje
4. Krytyczne okoliczności
5. Intymność

Każdy element jest oceniany na 5-punktowej skali, a wskaźniki grupowe są porównywane z czynnikami:

- Wyrażenie terapeuty
- Dostępność terapeuty - zdolność do otwierania poziomów komunikacji lub jak to nazywa

Budżet "obecności" jest związany ze zdolnościami autentycznej dostępności i adekwatnej ekspresji terapeuty. Główna hipoteza badania wiąże się z założeniem, że dostępność i ekspresja terapeuty są związane ze stopniem autentycznej obecności pacjentów podczas procesu grupowego (Budjental, 1965).

Pierwszy poziom to poziom komunikacji formalnej. Przychodząc do nowej osoby w grupie, która nie ma doświadczenia psychoterapeutycznego, jest ona skłonna posługiwać się zwyczajami zaadaptowanymi ze swojej kultury komunikacji. Takie zachowania stosujemy w komunikacji z autorytetem. Komunikacja formalna skupia się na obiektywnych cechach ludzi. Kluczową oznaką komunikacji formalnej jest to, że dostępność i ekspresja są ograniczone, aby ograniczyć zaangażowanie człowieka w komunikację z drugim człowiekiem i są rodzajem oporu. Pacjent trzyma wszystko pod kontrolą, dopóki nie zapewni bezpieczeństwa środka. Kontrola ta koncentruje się na jego wizerunku. W rezultacie wypowiedzi są bardziej obiektywne, powierzchowne i banalne, a przede wszystkim bezosobowe. Spontanizacja jest minimalna i praktycznie nieobecna (Budjental, 1990).

Drugi poziom to poziom utrzymania gniazda. Niektórzy pacjenci mogą pominąć ten poziom i przejść bezpośrednio do poziomu 3, standardowych relacji, ale inni, szczególnie w warunkach stacjonarnych, potrzebują etapu pośredniego. Mogą wyglądać na przydzielonych\*\*\*, gotowych do dzielenia się, ale często powściągliwych. Komunikacja ma formę nadrzędnego uczestnictwa, dzielenie się zawiera tylko fakty. Na tym poziomie komunikacji jest dużo rzeczowych informacji, a psychoterapeuta obserwuje reakcje emocjonalne i sygnalizuje gotowość do przejścia na głębszy poziom komunikacji. Terapeuta kieruje dyskusją na takie tematy, które mają znaczenie psychoterapeutyczne (Budjental, 1990).

Trzeci poziom to poziom standardowej rozmowy, ponieważ "standardowy" jest używany w znaczeniu powszechny, oczekiwany. Komunikacja psychoterapeutyczna, w najbardziej efektywnej części, jest w niewielkim stopniu zależna od standardowych, zwyczajowych warunków. Jest to moment przejściowy między dbałością o obraz a doświadczeniami wewnętrznymi. Szczere, ale ograniczone włączenie osobowości. Z reguły taka komunikacja nie zawiera konfliktu (Budjental, 1990).

Czwarty poziom, nazywany "okolicznościami krytycznymi", w których jest znaczący, znaczący dla człowieka, mający kluczowe znaczenie. Rozmowa na tym poziomie prowadzi do długotrwałych zmian w myślach, uczuciach, słowach i działaniach jednego lub więcej uczestników. Typowe dla tego poziomu są silne aktualne emocje, a nie tak wiele wspomnień o nich. Oznaką głębokiego wkładu są szczere opisy przeszłych i bieżących wewnętrznych doświadczeń i kwestii, których doświadcza pacjent. Pacjent jest bardziej zaniepokojony swoimi wewnętrznymi

doświadczeniami niż okolicznościami zewnętrznymi, ponieważ

Wydaje się innym, że pożądanie społeczne jest ograniczone kosztem szczerości. Doświadczenia stają się bardziej bezpośrednie. Pacjent zaczyna używać więcej przymiotników, przysłówków w swoim doświadczeniu, aby przekazać jakość swoich doświadczeń. Ślimak, wykrzyknik, nieprzyzwoite słowa. Postawa staje się bardziej zrelaksowana i niechroniona, a język ciała odpowiada uczuciom. Mamy tu do czynienia z silną ekspresją i ograniczoną dostępnością (to znaczy, że mężczyzna jest pochłonięty przez swoje doświadczenia i nie jest tak dostępny, aby je zrozumieć).

Piąty poziom to poziom intymności. Słowo to zostało oczyszczone ze znaczenia bliskości seksualnej. Oznacza intensywność i bliskość emocjonalną, sugeruje dzielenie się osobistymi, sekretnymi doświadczeniami. Maksymalna dostępność i ekspresja, płacz, śmiech, głęboki strach, entuzjazm, cierpienie z powodu świadomej samotności i rozpacz, narastający gniew. Subiektywne istnienie klienta jest energetycznie zaangażowane w proces świadomości wewnętrznej. (Budjental, 1990)

Cel badania: oczekuje się pozytywnej i znaczącej korelacji między zdolnością terapeuty do otwartości i ekspresji a dwoma wysokimi poziomami autentyczności kontaktu terapeutycznego - "okolicznościami krytycznymi" i "intymnością" oraz niskim lub ujemnym poziomem autentyczności na pozostałych trzech poziomach. Zakłada się, że im bardziej otwarty i ekspresyjny jest terapeuta, tym bardziej prawdopodobne jest, że klient osiągnie "intymny" poziom dzielenia się.

## Metodologia

Niniejsze badanie opisuje dane 30 uczestników, wszystkich nastolatków. ( $X = 6,16$ ,  $SD = 3,06$ ). Zastosowano następujące metody kliniczne: obserwacja, sesje psychoterapii z młodzieżą z wykorzystaniem metod PPT, stacjonarne i ambulatoryjne. Metody statystyczne obejmują przetwarzanie danych za pomocą programu SPSS. Do analizy danych wykorzystano statystyki opisowe, analizę korelacji, rozkład częstości danych oraz statystykę rzetelności.

## Wyniki

Wyniki zostały opracowane za pomocą programu statystycznego SPSS 19. Zastosowano standardowe metody dla tego typu prezentacji danych - statystyki opisowe, analizę korelacji. Badaniem objęto 30 sesji psychoterapii. 18 kobiet i 12 mężczyzn.

Opis próbki  
Tabela 1

|               | N  | Średnia | Std. Odchylenie |
|---------------|----|---------|-----------------|
| Formalny      | 30 | 1.7000  | .70221          |
| Kontakt       | 30 | 2.0667  | .86834          |
| Standard      | 30 | 2.7000  | 1.26355         |
| Krytyczny     | 30 | 2.8000  | 1.15669         |
| Intymny       | 30 | 4.2333  | .67891          |
| Dostępność    | 30 | 4.0333  | .71840          |
| Ekspresyjność | 30 | 4.3667  | .55605          |
| Prawidłowe N  | 30 |         |                 |

Statystyki  
Tabela 2

| Alfa Cronbacha | Alfa Cronbacha o pozycje standaryzowane | N pozycji |
|----------------|---|-----------|
|----------------|---|-----------|

## Analiza korelacji

Korelacje między czynnikami związanymi z terapeutą (ekspresja terapeuty, dostępność terapeuty) a poziomem autentyczności komunikacji terapeutycznej.

Tabela 3

## Analiza korelacji

|                      |                     | Formalny | Kontakt | Standard | Krytyczny     | Intymny       |
|----------------------|---------------------|----------|---------|----------|---------------|---------------|
| <b>Dostępność</b>    | Korelacja Spearmana | .031     | -.436   | .271*    | <b>.748**</b> | <b>.511**</b> |
|                      | Sig. (2-strzałkowa) | .871     | .016    | .147     | .000          | .004          |
|                      | N                   | 30       | 30      | 30       | 30            | 30            |
| <b>Ekspresyjność</b> | Korelacja Spearmana | -.271    | -.062   | -.054    | -.312         | .283          |
|                      | Sig. (2-strzałkowa) | .746     | .763    | .757     | .093          | .129          |
|                      | N                   | 30       | 30      | 30       | 30            | 30            |

\*. Korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (2-krotna).

\*\* . Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (2-krotna).

Z tabeli wynika, że otwartość lub zdolność do szczerości terapeuty koreluje istotnie dodatnio z dwoma najważniejszymi poziomami autentyczności komunikacji terapeutycznej (.748 i .511).

Ekspresja terapeuty ma niskie korelacje ze wszystkimi kamieniami oraz niskie i nieistotne z najwyższym poziomem autentyczności 5-intymności.

Cel badania został określony w badaniu korelacyjnym, które nie zostało w pełni potwierdzone. Oczekiwana pozytywna korelacja między otwartością terapeuty a krytycznym poziomem autentyczności kontaktu terapeutycznego i dzielenia się klientem została potwierdzona. **Oznacza to**, że teorie zdystansowanego, biernego i otulonego psychoterapeuty nie są uzasadnione, to właśnie otwartość, czyli zdolność do autodystansowania się, dostępność, zaufanie do klienta jest podstawą do stworzenia bezpiecznej przestrzeni, w której poziom autentyczności dzielenia terapeutycznego pozwala im dotrzeć do intymności i intymnych momentów. Interesujący jest wynik wzajemnych powiązań między emocjonalną ekspresyjnością terapeuty a zgłaszaną ujemną korelacją z większością poziomów dzielenia się, z wyjątkiem intymności, ale jest ona znikoma. Analiza tego wyniku jest ważna pod względem równowagi między otwartością a ekspresją, ekspresyjny terapeuta zajmuje więcej miejsca w pokoju konsultacyjnym,

ale jednocześnie nie predysponuje do niskiego poziomu autentyczności, ale także wspiera intymność. Można to wytłumaczyć faktem, że piąty poziom autentyczności, jak opisuje go Bugental, to zamknięcie klienta, zatopienie się w doświadczeniach, których siła wymaga spokojnego, otwartego, ale nie tak drogiego terapeuty, który będzie w stanie "powstrzymać" niepokój klienta. Prawdopodobnie empatia wobec klienta, którego dzielenie się jest intymne, wymaga większej koncentracji, spokojnej ciszy i niewerbalnego wsparcia, które nie jest silnie zabarwione emocjonalnie.

Ujemna korelacja między dostępnością terapeuty a poziomem kontaktu w komunikacji jest nieoczekiwanym wynikiem. W praktyce poziom kontaktu 2 jest wtedy, gdy klient używa słów, aby ukryć prawdziwe emocje, poziom, w którym klient mówi i mówi, ale nie powiedział ważnych rzeczy. Na wczesnych sesjach niektórzy klienci mówią dużo ze strachu lub obawy przed odrzuceniem ze strony terapeuty. Kiedy kładzie się nacisk na dostępność, kiedy terapeuta jest szczery i otwarty, czas drugiego poziomu w terapii ulega skróceniu, słowa stają się mniej, ale bardziej autentyczne.

W psychoterapii pozytywnej (Peseschkian i Remmers, 2020) podstawowe umiejętności, do których odnoszą się zarówno otwartość (szczerość), jak i wyrażanie emocji, są związane z emocjonalną zdolnością terapeuty.

Dlatego ich związek z poziomem autentyczności kontaktu terapeutycznego nie jest zaskakujący.

W rozumieniu typologii osobowości Junga (Jung, 2020), ekstrawertyczna emocja (ekspresyjność) jest bardziej skierowana na zewnątrz, aby pokazać, powiedzieć, powiedzieć, podobnie jak gra aktorów, podczas gdy druga, introwertyczna funkcja emocji (przeciwieństwo ekspresji w tym badaniu) jest niezbędna do komunikacji terapeutycznej, ponieważ ma na celu relacje i proces, zrozumienie emocji drugiej osoby i ich spokojne przyjęcie. W ten sposób wyjaśnilibyśmy negatywne korelacje otrzymane z czynnikiem "Ekspresja".

## Wnioski

Istnieje wiele rodzajów badań koncentrujących się na cechach terapeuty jako autentycznej osoby, jego zdolności do kontaktu, przygotowania i doświadczenia (Ablon & Marci, 2004; Nathan, 2003). Większość badaczy jest zgodna co do tego, że istotność związku zawodowego, w tym poświęcenie dialogu i tworzenie warunków, które go ułatwiają, jest podstawą dobrej praktyki terapeutycznej.

Poziom obecności zależy od dostępności terapeuty, który jest autentycznie dostępny i odpowiednio ekspresyjny, poświęcając swoją uwagę treści i procesowi psychoterapii. (Budjental, 1990).

Dowody oparte na praktyce są charakteryzowane jako "oddolny" proces gromadzenia danych, który opiera się na doświadczeniu klinicystów w celu informowania o terapii. (Dupree, 2007).

Przyszłym kierunkiem badań jest przeprowadzenie badań porównawczych nad rolą zdolności do empatii terapeuty, a także różnych możliwości inwentarza pozytywnej psychoterapii, z czynnikami nieodłącznie związanymi z podejściem, które pomagają określić te z nich, które wspierają skuteczność psychoterapii.

## Referencje

- [1] **ABLON, J. S., MARCI. C.** (2004). Proces psychoterapii: brakujące ogniwo: komentarz do Westen, Novotny i Thompson-Brenner. *Psychol Bull.* 2004 Jul;130(4):664-68; odpowiedź autora 677-83. DOI: [10.1037/0033-2909.130.4.604](https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.604). PMID: 15250816.
- [2] **BEEBE, B.** (1998). Proceduralna teoria działania terapeutycznego: komentarz do sympozjum. Interwencje wpływające na zmianę w psychoterapii. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 333-340.
- [3] **BERRÍOS, R., & LUCCA, N.** (2006) Metodologia jakościowa w badaniach nad poradnictwem: Najnowsze osiągnięcia i wyzwania na nowy wiek. *Journal of Counseling & Development*, 84(2), s. 174-186.
- [4] **BUDJENTAL J.** (1990). Sztuka psychoterapii. W.W. Norton & Co. ISBN 10-0393309118
- [5] **BUDJENTAL, J.** (1965). "Poszukiwanie autentyczności" - analityczne podejście do psychoterapii. 2nd ed. enl. New York: Irvingston publs.
- [6] **BUCKLEY, V. J., NEWMAN, D. W., KELLETT, S., & BEAIL, N.** (2006). Naturalistyczne porównanie skuteczności trianee i wykwalifikowanych terapeutów. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practise*, 79 (1),137-144.
- [7] **CHARMAN, D.** (2003). Paradygmaty w obecnych badaniach nad psychoterapią: krytyka i argumenty za badaniami nad psychoterapią psychodynamiczną opartą na dowodach. *Australian Psychologist*, 38 (1), 39-45.
- [8] **CHATTOR, I., & KRUPNICK, J.** (2001). Rola niespecyficznych czynników w wynikach leczenia w badaniach nad psychoterapią. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (Suppl. 1), S19-S25.
- [9] **DEL PRETTE, Z. A. P., & DEL PRETTE, A.** (2008). Znaczenie kliniczne i poprawa pewności w ocenie interwencji psychologicznych. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (4), 497-505. **DUPREE, W. J., WHITE, M. B., OLSEN, C. S., & LAFLEUR, C. T.** (2007). Wzorce leczenia niewierności: A practice-based evidence approach. *American Journal of Family Therapy*, 35(4), 327-341. DOI: [10.1080/01926180600969900](https://doi.org/10.1080/01926180600969900)
- [10] **JUNG, C.** (2020). *Typy osobowości*. Sofia: Lege artis. ISBN 9789548311
- [11] **IVANOVA, V.** (2021). Dynamika rodziny w psychoterapii młodzieży z anoreksją. *"The Global Psychotherapist"*, Vol. 1, No.1, pp. 34-38. DOI: [10.52982/lkj139](https://doi.org/10.52982/lkj139)
- [12] **NATHAN, P. E., STUART, S. P., & DOLAN, S. L.** (2003). Badania nad skutecznością i efektywnością psychoterapii: Między Scyllą a Charybdą? In A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (p. 505-546). American Psychological Association.
- [13] **PESESCHKIAN H., REMMERS A.** (2020) *Psychoterapia pozytywna: Wprowadzenie*. W: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds) *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*. Springer, Cham. DOI: [10.1007/978-3-030-33264-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2)
- [14] **STILES, W., BARKHAM, M., TWIGG, E., MELLOR-CLARK, J., & COOPER, M.** (2006). Effectiveness of cognitive-behavioral, personcentred and psychodynamic therapies as practiced in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36 (4), 555-566.

# CO NASZE CIAŁO MÓWI NAM PODCZAS TERAPII?



## Arno Remmers

M.D., psychoterapeuta, międzynarodowy trener PPT  
prywatny wykładowca i superwizor w Wiesbaden Academy for  
Psychotherapy (WIAP) (Wiesbaden, Niemcy)

E-mail: [arno@arem.de](mailto:arno@arem.de)

Otrzymano 01.04.2021  
Zaakceptowano do publikacji  
28.06.2021 Opublikowano  
07.07.2021

## Streszczenie

Interakcja werbalna wydaje się być głównym narzędziem leczenia. W tym artykule przyjrzymy się nieświadomemu językowi interakcji ciała, ponieważ wydaje się on być nie tylko ważnym przekaźnikiem emocjonalnej atmosfery terapeutycznej, ale także ważnym narzędziem do odkrywania treści konfliktu, wzorca relacji i pomaga w pracy z problemami strukturalnymi. Wyniki dotyczące wczesnych interakcji rodzic-dziecko pokazują jak w zwierciadle specyficzne potrzeby udanej relacji terapeutycznej, zwłaszcza w leczeniu zaburzeń osobowości. Przeciwprzeniesienie opiera się głównie na świadomości własnych reakcji ciała i uczuć, odzwierciedlając nieświadome tematy klienta. Przyjrzenie się jako terapeuta, jak własne ciało reaguje na określone impulsy, uczucia i emocje, może pomóc w odkryciu powiązanych psychodynamicznych terminów treści konfliktu i potrzeb strukturalnych. Interpretacja doznań własnego ciała może być pomocna w stosowaniu terapii pozytywnej i psychodynamicznej, a także w podejściach poznawczych, aby zobaczyć interakcję ciała jako instrument do zrozumienia ukrytego planu.

**Słowa kluczowe:** Psychoterapia pozytywna, przeciwprzeniesienie, czynniki ochronne, profilaktyka, mowa ciała

*Nie drżymy ze strachu przed lwem,  
ale drżymy i to właśnie odczuwamy jako nasz strach.  
Innymi słowy, emocje są odczuciami zmian cielesnych".  
James, 1884 r.*

## Wprowadzenie

Wpływ języka ciała, interakcji i inicjatywy we wczesnym dzieciństwie

Fizyczne interakcje między osobami rozpoczynają się już w okresie ciąży między matką a dzieckiem, pod wpływem interakcji matki z jej środowiskiem: Niektórzy badacze odkryli nawet, że prenatalny wpływ stresu matki podczas ciąży powoduje więcej problemów emocjonalnych i problemów z zachowaniem u dziecka w późniejszym okresie szkolnym (przegląd w Talge et al., 2007). O'Connor et al. (2002) wykazali, że ten prenatalny wpływ

nawet jeśli matka lepiej kontrolowała swój niepokój i depresji po urodzeniu dziecka (Schmid-Hagenmeyer, 2008). Interakcja między matką a dzieckiem, jako czynnik ochronny dla zdrowia psychicznego, została uznana za "dotyk matki w interakcji z dzieckiem, wsparcie matki..., uśmiech w interakcji z matką, ekspresyjny język w okresie niemowlęcym dziecka". W badaniach stwierdzono, że ma to silny wpływ na zdrowie psychiczne nawet 19 lat później w wieku dorosłym, w porównaniu do interakcji z matką w dzieciństwie dziecka. Wczesna aktywna interakcja może zapobiegać depresji, prawie niezależnie od czynników genetycznych. "Im mniejszą inicjatywę wykazywała matka w kontakcie z trzymiesięcznym dzieckiem, tym bardziej depresyjne były jej dzieci w wieku 19 lat, a także w wieku dorosłym.



Im gorzej, tym gorzej, co skutkuje diagnozą depresji lub dystymii". Dzieci te miały również więcej objawów behawioralnych w wieku od 2 do 15 lat. Wsparcie społeczne dla kobiet w ciąży i nowych matek odgrywa ważną rolę; im więcej wsparcia miały, tym bardziej reagowały na swoje dzieci. "Wsparcie emocjonalne to oferowanie empatii, troski, uczucia, miłości, zaufania, akceptacji, bliskości, zachęty lub opieki. Jest to ciepło i opieka zapewniane przez źródła wsparcia społecznego". Wszystkie te zdolności i przywiązanie są wyrażane przez język ciała i są podobnie odczuwalne podczas sesji terapeutycznych.

## Metodologia

*Język ciała, osobowość i relacje terapeutyczne*

Można znaleźć różne sposoby mowy ciała, związane z konkretnymi osobowościami z ich stylem postrzegania i konkretną oceną postrzeganej mowy ciała. Fuchs i Koch (2014) opisują to jasno: "Postrzegamy emocje jako wynikające z cyrkularnej interakcji pomiędzy afektywnymi cechami lub affordancjami w środowisku a cielesnym rezonansem podmiotu, czy to w formie doznań, postaw, ekspresyjnych ruchów czy tendencji ruchowych. Ruch i emocje są zatem ze sobą nierozzerwalnie związane: człowiek jest poruszany przez ruch (percepcja; wrażenie; uczucie) i poruszany do ruchu (działanie; ekspresja; e-ruch). Poprzez swój rezonans ciało funkcjonuje jako medium percepcji emocjonalnej: zabarwia lub łąduje doświadczenie siebie i otoczenia afektywnymi wartościami, podczas gdy samo pozostaje w tle własnej świadomości. Model ten jest następnie stosowany do emocjonalnego zrozumienia społecznego lub interakcji, która jest postrzegana jako przeplatanie się dwóch cykli ucieleśnionej afektywności, a tym samym ciągłe modyfikowanie afektywnych affordancji i rezonansu cielesnego każdego z partnerów. Kończymy rozważaniami na temat tego, w jaki sposób ucieleśniona afektywność zmienia się w psychopatologii i może być uwzględniona w psychoterapii ucieleśnionego ja...

"Szczególną cechą uczuć jest to, że (...) wpływają one na wszystkie obszary: doświadczenie, ekspresję, instrumentalne zachowanie i fizjologię. Uczucia są papierkiem lakmusowym stanu dyskusji nad problemem ciała i duszy. Dziedziczność uczuć, temperamentu, a nawet empatii będzie musiała zostać ponownie otwarta i prawdopodobnie będziemy musieli przyznać jej znacznie większy udział niż zwykle w kręgach psychoanalitycznych (Zahn-Waxler i in., 1992)".

Fizyczne podstawy i mediacja emocji są w procesie coraz większego oświecenia: "Emocje są nie tylko doświadczalnymi reprezentacjami procesów fizjologicznych, ale funkcjonują jako organizatory i integratorzy ważnych procesów fizjologicznych, a zwłaszcza naszych immunologicznych potencjałów obronnych. "...Neuropeptydy (są) głównymi molekularnymi mediatorami emocji (Pert, 1986).... Neuropeptydy są najgęściej zlokalizowane w układzie limbicznym. Ten obszar mózgu jest szczególnie istotny dla emocjonalnych analogów neurologicznych. ...Ta sieć neuropeptydów (tworzy) biochemiczną podstawę dla tego, że emocjonalne bodźce mogą modulować powstawanie i rozwój lub regresję chorób biologicznych". "Wypieranie agresywnych uczuć ( $p < 0,001$ ), humorystyczne nastroje. an aktywny styl obrony lub radzenia sobie, zwiększona ogólna emocjonalność... są silnie skorelowane z kompetencjami immunologicznymi w porównaniu z niewydolnością immunologiczną".

## Zastosowanie

*Jak możemy odnieść się do interakcji ciała w terapii?*

Jako terapeuta mogę czuć się bardzo zły, a nawet pogardliwy, ale nie oddam tego bezpośrednio afektywnie, ale raczej jako "pojemnik" do przyjmowania projekcji, przekształcania ich i umieszczania w moich interwencjach w sposób leczniczy. Jeśli jest to poprawne, to odwrotna sytuacja jest również prawdziwa: jako terapeuta możesz mieć w sobie poczucie, że reagujesz bardzo empatycznie i z miłością na oferty pacjenta, a jednocześnie zachowujesz się zupełnie inaczej w zachowaniu mikroekspresji afektywnej. Jest to również weryfikowalne i częstsze niż nam się wydaje". (Krause, 1996). Krause (1996) opisuje ogromne znaczenie rozpoznawania rodzaju uczuć w psychoterapii dla powodzenia terapii, nawet jako czynnika prognostycznego podczas pierwszych sesji. Ponadto, aktywna interakcja z klientem wykorzystująca świadomość własnych uczuć staje się modelem dla klientów, aby byli świadomi własnych uczuć i impulsów.

Nieświadomość przejawia się często między wierszami, jest interpretowana w zdaniu podrzędnym, niewłaściwej przerwie w mówieniu, przejęzyczeniu lub w towarzyszących znakach mowy ciała. Gdy pacjent mówi, możemy obserwować jego komunikację niewerbalną: Czy chwyta cię za rękę, czy podchodzi do ciebie, domagając się pozdrowienia? Czy wyciąga rękę daleko od siebie, aby zachować dystans, czy szybko



Stopy" lub "Tracę chwyt" zawierają dość wyraźny język ciała. Komunikacja niewerbalna jest przełomowa dla nieświadomego procesu, który rozwija się między tobą a pacjentem od pierwszej minuty. Ciało komunikuje się nie tylko poprzez mimikę i gesty, ale także poprzez krążenie krwi w skórze (pacjent robi się czerwony lub ciepły), zapach ciała (np. pot lęku, który lubi być maskowany dużą ilością perfum), mokre dłonie, zmiany w oddychaniu i reakcje źrenic. Nawet jeśli świadoma obserwacja pominię jeden lub drugi szczegół mowy ciała, nieświadome systemy percepcji implicite go uchwycą. Pod tym względem samoobserwacja terapeuty również należy do obserwacji w bardzo szczególny sposób. Nie tylko zbieraj dane, ale także odczuwaj swojego pacjenta: Co ludzie wyzwalają w tobie w uczuciach, reakcjach wegetatywnych, uprzedzeniach, sądach wartościujących, lękach, pragnieniach, fantazjach, wspomnieniach?

## Dyskusja

W przypadku depresji podświadomy podstawowy konflikt lęku przed separacją i utratą został opisany przez Gerda Rudolfa (Küchenhoff, 2017) w taki sposób, że później lęk przed utratą przywiązania i relacji staje się przyczyną reakcji depresyjnych. Emocjonalnie znacząca, aktywna i fizycznie interaktywna relacja terapeutyczna może mieć tutaj jakość leczniczą, co oznacza, że to, jacy jesteśmy, jaki jest nasz stosunek do klienta, ma większy wpływ niż to, co "robimy" lub jaką metodę stosujemy. Chebotareva, I. S. (2001) opisała znaczenie emocjonalności i osobowości kobiet w ciąży w interakcji terapeutycznej oraz zmieniającą się dynamikę w procesie leczenia psychoterapią pozytywną w Kazaniu w Rosji. Z drugiej strony, w podręczniku "Psychoterapia pozytywna" nie można znaleźć terminu "emocje" w indeksie, ani odniesień do "uczucia" lub "afektu". W porównaniu między analizą różnicowania a bardzo afektywnie podkreślaną terapią pierwotną według A. Janova, Peseschkian przypisuje obszar emocjonalny z poszukiwaniem miłości i uznania do podstawowych rzeczywistych zdolności. Zajmuje się on jednak emocjami i afektami w opowiadaniach, nie czyniąc samej emocji przedmiotem; postrzega je raczej jako fizyczny odpowiednik definiowalnego treściowo mikrokonfliktu, który dojrzała osoba może kontrolować poznawczo.

## Wnioski

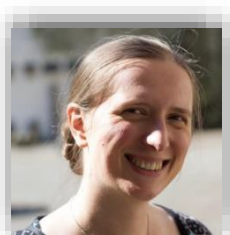
Proces terapii działa nieświadomie, a później świadomie z uczuciami jako doznaniem ciała: Odczuwanie, odczuwanie, postrzeganie, nazywanie i zapisywanie uczuć i funkcji ciała - to pierwszy krok obserwacji i dystansowania się w pozytywnym procesie psychoterapii. Aby rozróżnić uczucia i reakcje ciała w następnym kroku, możemy przełożyć je na podstawową treść zdolności, wartości, treści konfliktów i wzorców relacji w odniesieniu do doświadczeń i historii pacjenta. Nazwanie uczuć, których brakuje pacjentowi, czy są one pokryte mechanizmami obronnymi, czy też nie są w stanie odczuwać, staje się zachętą w sytuacji pacjenta i jego otoczenia. Uczucia sygnalizują konflikty - ich rozwiązanie jest możliwe poprzez zrozumienie języka ciała jako wyrazu wewnętrznych konfliktów, które mogą być również odczuwane w przeciwprzeniesieniu. Umożliwienie pacjentowi świadomego przeżywania doznań i różnicowania ich treści na relacje poszerza możliwości klienta.

## Referencje

- [1] **BOESSMANN, U., REMMERS, A** (2011). *Das Erstinterview: Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung* [Pierwszy wywiad: Praktyka anamnezy psychodynamicznej, diagnostyka, wskazania i planowanie terapii]. Deutscher Psychologen Verlag; 1. wyd. 136 s.
- [2] **CHO, S.M., KIM, E.J., LIM, K.Y., LEE, J.W., SHIN, Y.M.** (2015). The effects of maternal depression on child mental health problems based on gender of the child. *Community Ment Health J.* 2015 Apr;51(3):354-8. DOI: [10.1007/s10597-014-9824-6](https://doi.org/10.1007/s10597-014-9824-6)
- [3] **CROCKENBERG, S., & ACREDOLO, C.** (1983). Oceny temperamentu niemowląt: Funkcja niemowląt, matek, czy obu? *Infant Behavior & Development*, 6(1), 61-72. DOI: [10.1016/S0163-6383\(83\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(83)80008-3)
- [4] **FUCHS, T. & KOCH, S.** (2014). Ucieleśniona afektywność: O poruszaniu się i byciu poruszonym. *Frontiers in Psychology*, 5, artykuł 508. DOI: [10.3389/fpsyg.2014.00508](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00508)
- [5] **KRAUSE, R.** (1996). Hypertensive Urgency Concern. *Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine*. Volume 3, Issue 6, June 1996, pp. 646-647. DOI: [10.1111/j.1553-2712.1996.tb03477.x](https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03477.x)
- [6] **KÜCHENHOFF, J.** (2017). *Depresja*. Psychosozial Verlag. S. ISBN 978-3-8379-2705-4
- [7] **LAUCHT, M.** (2011). Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit [Czynniki ryzyka i ochrony w dzieciństwie]. *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim GAIMH Jahrestagung*, Wien, No. 16., 2011, pp. 17.-19.

- [8] **PERT, C. B.** (1986). Mądrość receptorów: neuropeptydy, emocje i umysł ciała. *Adv Mind Body Med.* 2002 Fall;18(1):30-5. PMID: 12523304.
- [9] **REMMERS, A** (2019). Wykład na konferencji "25 lat pozytywnej psychoterapii w Bułgarii", Warna, Bułgaria, 18.05.2019 r.
- [10] **REMMERS, A.** (2021). Być albo nie być - Hamlet i techniki psychoterapeutyczne: O sojuszu terapeutycznym, rozwoju i skutecznej terapii. *"The Global Psychotherapist"*, Vol. 1, No.1, pp. 39-44. DOI: [10.52982/lkj140](https://doi.org/10.52982/lkj140)
- [11] **SCHMID-HAGENMEYER, B.** (2008). Einfluss der frühen Mutter-Kind-Interaktion auf die Depressivität und Stressreaktivität im jungen Erwachsenenalter unter Berücksichtigung moderierender genetischer Faktoren [Wpływ wczesnej interakcji matka-dziecko na depresję i reaktywność na stres w młodym wieku dorosłym, z uwzględnieniem moderujących czynników genetycznych].  
czynniki brane pod uwagę]. *Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg Wydział Medyczny Mannheim Dissertation wersja skrócona.* URL: <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/11803> (dostęp: 30.03.2021)
- [12] **ZAHN-WAXLER, C., RADKE-YARROW, M., WAGNER, E., & CHAPMAN, M.** (1992). Rozwój troski o innych. *Developmental Psychology*, 28(1), 126-136. DOI: [10.1037/0012-1649.28.1.126](https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.1.126)
- [13] **ЧЕБОТАРЕВА, И. С. [CHEBOTAREVA, I. S.]** (2001): Эмоциональность и личность беременных и меняющаяся динамика в процессе позитивного психотерапевтического лечения [Emocjonalność i osobowość kobiet w ciąży oraz zmieniająca się dynamika w procesie leczenia psychoterapią pozytywną]. *Psychological Dissertation Faculty Medical Psychology and General Psychology*, University Kazan, Russia.

# WYZWANIA ZWIĄZANE Z TERAPIĄ PSYCHOLOGICZNĄ OSÓB DOROSŁYCH Z AUTYZMEM



## Ewa Dobiąła

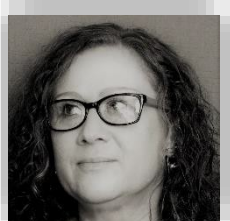
dr n. med., psychoterapeuta i superwizor-szkoleniowiec Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, trener podstawowy PPT, Centrum Zdrowia Psychicznego w Lesznie, Centrum Psychoterapii Pozytywnej w Lesznie, Institutum Investigationis Scovorodianum przy Fundacji Autism Team (Kierownik Sekcji Psychiatrycznej, Polska), Fundacja Prodeste (Polska).

**E-mail:** [edobiąła@gmail.com](mailto:edobiąła@gmail.com)



## Renata Stefańska-Klar

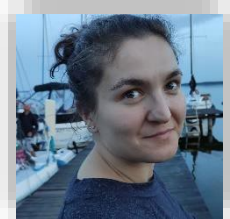
mgr, dr, psycholog doradczy, terapeuta  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu, Instytut Studiów Edukacyjnych, Institutum Investigationis Scovorodianum przy Fundacji Autism Team (Kierownik Sekcji Psychologicznej, Polska) **Email:** [renata.stefanska-klar@wp.pl](mailto:renata.stefanska-klar@wp.pl)



## Aleksandra Rumińska

mgr, Szkoła Doktorska Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Institutum Investigationis Scovorodianum przy Fundacji Autism Team (koordynator badań interdyscyplinarnych, Sekcja Pedagogiczna, Polska)

**E-mail:** [aleksandra.ruminska@us.edu.pl](mailto:aleksandra.ruminska@us.edu.pl)



## Paulina Gołaska-Ciesielska

mgr, dr, psycholog, terapeuta  
Centrum Wspierania Relacji w Poznaniu, Institutum Investigationis Scovorodianum przy Fundacji Zespół Autyzmu (Sekcja Psychoterapeutyczna, Polska)

**E-mail:** [kontakt@wspieranierelacji.pl](mailto:kontakt@wspieranierelacji.pl)



## Maciej Duras

mgr, pedagog, terapeuta  
Centrum Wspierania Relacji w Poznaniu

**E-mail:** [maciej@wspieranierelacji.pl](mailto:maciej@wspieranierelacji.pl)



## Weronika Janiak

Mgr, dziennikarz, politolog, aktywista i wolontariusz  
Fundacji FIONA, Aktywna Fundacja FURIA w Poznaniu

**Email:** [wejaniak@gmail.com](mailto:wejaniak@gmail.com)

Otrzymano 19.03.2021

Zaakceptowano do publikacji

28.06.2021 Opublikowano

07.07.2021

## Streszczenie

Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD), jako neurozróznicowany wzorec rozwojowy, dotyczą od jednej do dwóch osób na 100. Osoby autystyczne doświadczają różnych wyzwań w każdej dekadzie swojego życia. Trudności w funkcjonowaniu sensoryczno-motorycznym, kodach emocjonalnych, komunikacji i poznaniu, choć powodują stres emocjonalny, stanowią podstawę do rozwoju unikalnej kultury. Wiedza, zrozumienie, szacunek i otwartość na neuroróżnorodność są podstawowymi warunkami wstępnymi dla psychoterapeutów transkulturowych i pozytywnych oraz każdego profesjonalisty, który zamierza prowadzić terapię psychologiczną osób z autyzmem. W niniejszym artykule omawiamy medyczne, psychologiczne i społeczno-kulturowe aspekty spektrum autyzmu oraz przedstawiamy podstawowe cele pracy terapeutycznej z dorosłymi osobami z autyzmem.

**Słowa kluczowe:** dorośli, zaburzenia ze spektrum autyzmu, zalecenia, psychoterapia pozytywna

## Wprowadzenie

Ze względu na odmienny wzorec rozwoju, osoby z autyzmem często doświadczają braku zrozumienia ich unikalnych potrzeb przez innych, w tym psychologów. W obecnych naukach medycznych i psychologicznych nie ma "złotego standardu" interwencji terapeutycznej u osób z autyzmem. Jednocześnie nasze rozumienie spektrum autyzmu zmienia się i bardzo szybko staje się przestarzałe. Podczas gdy istnieje mnóstwo interwencji terapeutycznych przeznaczonych dla autystycznych dzieci i młodzieży (Greenspan & Wieder, 2014), istnieje tylko kilka interwencji przeznaczonych dla autystycznych dorosłych, co sprawia, że dostępna pomoc jest niewystarczająca. Liczba dorosłych osób z autyzmem na całym świecie jest trudna do oszacowania. Badania epidemiologiczne są zwykle przeprowadzane na dzieciach, a ich wyniki są ekstrapolowane na populację ogólną, co nie wydaje się całkowicie uzasadnione. Jedno z nielicznych badań przeprowadzonych na dorosłych (Brugha et al., 2007) wykazało, że w Wielkiej Brytanii częstość występowania zaburzeń ze spektrum autyzmu wynosiła 1%. Doświadczenie kliniczne sugeruje, że liczba autystycznych dorosłych, którzy otrzymują diagnozę autyzmu bardzo późno, np. po długotrwałych poszukiwaniach i licznych wizytach u różnych specjalistów lub po odkryciu własnej neuroróżnorodności poprzez diagnozę własnych dzieci, wzrasta z każdym rokiem. Wzrost ten jest szczególnie zauważalny w przypadku kobiet, których ocena diagnostyczna wymaga szczególnej wiedzy i uwagi ze strony specjalistów, którzy dopiero zaczynają uczyć się, jak skutecznie rozpoznawać

ISSN 2710-1460

subtelne przejawy kobiecego fenotypu autyzmu (Rynkiewicz i in., 2019). Jak pokazano w dalszej części artykułu, potrzeba wsparcia psychologicznego i terapeutycznego jest już ogromna w przypadku osób z autyzmem.

ze wzrostem tej populacji. Tam, gdzie specjaliści nie są wrażliwi na specyfikę spektrum autyzmu, praca ta może być jednak nieskuteczna i źródłem frustracji dla wszystkich zaangażowanych stron.



### 1.1 Ogólny przegląd dorosłości

Dorosłość jest najdłuższym etapem rozwojowym w życiu człowieka, obejmującym kilka dekad między okresem dojrzewania a starością, którego granice wyznaczają czynniki biologiczne, demograficzne, społeczne i kulturowe. Wynika to z faktu, że sama długość życia, a także tempo starzenia się oraz normy i przepisy prawne dotyczące różnych kwestii związanych z wiekiem wpływają na to, kto jest uważany za w wieku, w którym można wyrazić zgodę np. na zawarcie małżeństwa, kto podlega odpowiedzialności karnej lub kto jest uprawniony do przejścia na emeryturę. Psychologia rozwojowa opracowała wiele klasyfikacji etapów rozwojowych, które często nie są zgodne co do granic wieku dorosłości. Dla przykładu, E. Erikson czy R. Havighurst uznali wiek 18 lat za początek dorosłości, dzieląc go dalej na: wczesną dorosłość (18-35 lat), średnią dorosłość (inaczej wiek średni, 35-60 lat) i późną dorosłość (powyżej 60 lat). D. Levinson znacznie rozszerza wczesną dorosłość, umieszczając ją między 17 a 45 rokiem życia, przy czym każdy pięcioletni okres wyznaczający jego początek i koniec jest postrzegany jako faza przejściowa (Brzezińska i in., 2015).

Współczesne dane badawcze wskazują na coraz bardziej "opóźnione wchodzenie w dorosłość" współczesnych młodych ludzi, co przejawia się dłuższym pozostawaniem w edukacji stacjonarnej, późniejszym podejmowaniem pełnoetatowej, stałej pracy zawodowej, a także zakładaniem rodziny lub rodzeniem pierwszego dziecka po 30. roku życia (Brzezińska i in.).

Syska, 2016). W związku z tym podziały dorosłości proponowane przez współczesnych autorów muszą to uwzględniać, choć nie jest jasne, czy kluczową kwestią powinno być raczej "odroczenie" dorosłości niż jej "opóźniony początek". W związku z tym Bee (2004) sugeruje, że wczesna dorosłość rozpoczyna się w wieku 20 lat i trwa do 40 roku życia, a wiek średni przypada między 40 a 60 rokiem życia, po czym następuje późna dorosłość. To przesunięcie wieku początkowego wpływa na kolejne przedziały wiekowe, zacierając ich granice. Zgodnie z powyższym, Brzezińska i in. (2015) dzielą życie ludzkie na 4 odrębne etapy: wczesne i późne dzieciństwo (od urodzenia do 10-12 roku życia), dorastanie (od 10-12 do 20-25 roku życia) i dorosłość (od 20-25 roku życia do końca życia).

Z kolei Oleś (2015) postuluje cztery kryteria, których spełnienie potwierdza, że jednostka weszła w dorosłość. Pierwszym kryterium (1) jest akceptacja i realizacja zadań dorosłego życia. Tradycyjnie zalicza się do nich posiadanie pracy i założenie rodziny. Obecnie jednak zakres przemian społecznych i mentalnych w naszej kulturze, a także zmiany warunków, w jakich te role życiowe są realizowane, uzasadniają rewizję ról i zadań życiowych na miarę dorosłości. Stąd obecnie dorosłymi byłyby osoby, które określiły kierunki swoich dążeń życiowych, wybrały dominującą aktywność (niekoniecznie o charakterze zawodowym), określiły swoje aspiracje na kolejne 10-20 lat i są zdolne do aktywnego i wytrwałego podejmowania prób realizacji wybranego życia. Jeśli chodzi o założenie rodziny, oczekiwanie to jest obecnie coraz częściej zastępowane przez uznanie, że są gotowi i zdolni do budowania długotrwałych związków lub przestrzegania swojego wyboru życia w pojedynkę. Drugim kryterium (2) jest zdolność do wzięcia odpowiedzialności za siebie i innych. Trzecie kryterium (3) to uzyskanie niezależności, w szczególności emocjonalnej, od rodziców (opiekunów/ochroniarzy). Niekoniecznie musi to oznaczać opuszczenie domu rodzinnego, co - jak postuluje Oleś - nie jest najważniejsze. Zamiast tego, jak twierdzi, zdolność do podejmowania autonomicznych wyborów i decyzji bez potrzeby, aby proces decyzyjny był wspierany lub zatwierdzany przez "dorosłego". Czwartym kryterium (4) jest wolność wyboru i towarzyszące jej dążenie do spełnienia własnych pragnień i aspiracji. Wymaga to odwagi (do prowadzenia niezależnego życia), wytrwałości (do radzenia sobie z dorosłymi rolami życiowymi) i wytrzymałości (w obliczu trudności i wyzwań).

przeszkody) ciągłe dążenie do osiągnięcia swoich celów pomimo trudności i niepowodzeń.

Biorąc pod uwagę te kryteria, staje się jasne, że w dorosłości nie chodzi o wiek. Zamiast tego kluczową rolę odgrywają czynniki związane z jednostkami i stopniem ich rozwoju osobistego, a także czynniki kontekstowe tworzące pole możliwości, konieczności i akceptowalności ich działań.

### 1.2. Dorosłość w spektrum autyzmu

Oceniając funkcjonowanie psychospołeczne dorosłych osób z autyzmem w celu określenia ich potrzeb w celu zapewnienia wystarczającego wsparcia, należy wziąć pod uwagę szereg czynników, które wpływają na ich codzienne życie, poza tymi typowo związanymi z ich obecnym etapem życia. Są to wszystkie biologiczne / medyczne, psychologiczne i społeczne konsekwencje neurodiversity, czyli autystycznego wzorca rozwoju, które należy zbadać poza zwykłą perspektywą psychopatologiczną (Stefańska-Klar, 2017a; Stefańska-Klar, 2017b).

### 1.3 Medyczne aspekty autyzmu

Współczesne rozumienie spektrum autyzmu zakłada jego neurobiologiczną naturę, opartą zarówno na czynnikach genetycznych (Sandin i in., 2014; Risch i in., 2014), jak i środowiskowych, które wpływają zarówno na prenatalny, jak i postnatalny rozwój mózgu. Dotychczasowe badania nie zidentyfikowały żadnych izolowanych czynników przyczynowych. W związku z tym zaburzenie ze spektrum autyzmu jest uważane za jedno z najbardziej heterogenicznych zaburzeń neuropsychiatrycznych. Liczne badania kohortowe (np. Hviid i in., 2019) wykluczyły związek między autyzmem a szczepieniami, który został zasugerowany w 1998 roku i od tego czasu stał się popularny. Z drugiej strony, u osób z autyzmem potwierdzono zmiany w ponad 700 genach. Obejmują one jednak tylko kilka mutacji *de novo* (Ruzzo i in., 2019). W związku z tym, mimo że geny wyraźnie odgrywają rolę w autyzmie, ich ekspresja fenotypowa u osób z autyzmem pozostaje wysoce zmienna (Veenstra-Vanderweele i in., 2004), na którą wpływa szereg czynników prenatalnych, okołoporodowych i postnatalnych (Wang i in., 2017).

Specyfika autystycznych funkcji poznawczych, sensorycznych i motorycznych, a także komunikacji stanowi wyzwanie medyczne przez całe życie autystycznej osoby dorosłej wraz z chorobami współistniejącymi, zarówno fizycznymi, jak i psychicznymi, w tym zaburzeniami pierwotnymi i wtórnymi. Te często występujące choroby



duża zmienność objawów klinicznych u dorosłych z autyzmem.

Ostatnie badania pokazują, że 50% osób z autyzmem ma co najmniej cztery potwierdzone choroby współistniejące (psychiatryczne, neurologiczne, endokrynologiczne itp., reumatologiczne, żołądkowo-jelitowe itp.), a ponad 95% dzieci z autyzmem ma co najmniej jedną dodatkową zdiagnozowaną chorobę (Baron-Cohen, 2020). W praktyce klinicznej 83% dzieci z autyzmem ma inny stan neurorozwojowy, 10% ma co najmniej jeden stan zdrowia psychicznego (zaburzenia lękowe, depresyjne, zaburzenia odżywiania itp.), a 16% ma współistniejące zaburzenie neurologiczne. Problemy ze snem dotyczą od 50% do 73% osób z autyzmem, przy czym częstość występowania zależy od przyjętej definicji snu lub narzędzia oceny stosowanego w badaniu (Hodges i in., 2020).

Częstość występowania chorób i zaburzeń psychicznych znacznie wzrasta wraz z wiekiem w populacji osób z autyzmem, co uważa się za związane z mikrourazami i traumami z dzieciństwa i okresu dojrzewania. Około 50-70% dorosłych osób z autyzmem ma co najmniej jedno zdiagnozowane zaburzenie psychiczne. Ryzyko depresji i schizofrenii u osób z autyzmem jest odpowiednio 3 razy i 22 razy wyższe niż w populacji osób nieautystycznych. Mimo że ryzyko próby samobójczej jest 5-krotnie wyższe u osób z autyzmem, tylko u 50% osób podejmujących próby samobójcze zdiagnozowano wcześniej depresję. Częstość występowania chorób autoimmunologicznych, endokrynologicznych lub reumatologicznych jest również znacznie wyższa u osób z autyzmem w porównaniu z populacją ogólną. Pojedyncze prospektywne badanie populacyjne wykazało, że ryzyko śmiertelności w populacji osób z autyzmem jest prawie dwukrotnie wyższe niż w populacji ogólnej (Mouridsen i in., 2008).

#### *1.4 Trudności psychologiczne dorosłych osób z autyzmem*

Osoby z cechami autystycznymi (niezależnie od tego, czy zostały formalnie zdiagnozowane, czy nie) doświadczają szeregu trudności psychologicznych, zarówno specyficznych dla ich stanu, jak i powszechnie dotyczących innych dorosłych z wielu powodów. Psychologia rozwojowa, kliniczna i zdrowia dostarcza narzędzi do grupowania tych trudności, przekładających się na różne podejścia doradcze (Czabała & Kluczyńska, 2020). Część z tych problemów wynika z wewnętrznych i zewnętrznych barier w przechodzeniu przez kolejne etapy rozwojowe i/lub

wypełnianiu zadań rozwojowych, pozytywnym rozwiązywaniu normatywnych kryzysów życiowych. Mogą to być również trudności w utrzymaniu optymalnej kondycji psychicznej.

zdrowie i związany z nim dobrostan psychiczny, który wynika z satysfakcji z życia postrzeganego jako sensowne, owocne i sprzyjające dalszemu rozwojowi osobistemu.

Światowa Organizacja Zdrowia (2004) definiuje zdrowie psychiczne jako "stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka realizuje swoje własne zdolności, może radzić sobie z normalnymi stresami życiowymi, może pracować produktywnie i owocnie oraz jest w stanie wnieść wkład w swoją społeczność". Dlatego też, z psychologicznego punktu widzenia, zdrowie psychiczne jest produktem ubocznym osiągnięcia pełnego potencjału w zakresie zaspokajania potrzeb, realizacji aspiracji, planów i celów, podejmowania zadań mobilizujących zasoby wewnętrzne i zewnętrzne, a także pozytywnego radzenia sobie ze stresem i trudnymi wydarzeniami życiowymi. Wynika z tego uznanie zdrowia psychicznego za warunek *sine qua non* osiągnięcia wszystkiego, od czego zależy dobrostan, tj. dobrego i owocnego funkcjonowania człowieka, pozytywnego przystosowania się do zmian życiowych i samorealizacji w zakresie realizacji własnych aspiracji.

Badania nad psychologicznym funkcjonowaniem dorosłych osób z autyzmem potwierdzają wniosek, że jest to grupa szczególnie narażona na stres i jego konsekwencje, a także na doświadczanie kryzysów emocjonalnych różnego pochodzenia. Istotnym czynnikiem wydaje się niedostosowanie środowiskowe, związane z bodźcami sytuacyjnymi lub wyzwaniem i trudnościami życia społecznego (Hirvikoski & Blomqvist, 2015). Nieodłączna autystyczna specyfika odbierania i przetwarzania informacji sensorycznych i semantycznych, a także trudności interpersonalne i społeczne (obejmujące aspekty poznawcze, emocjonalne i praktyczne) oznaczają, że wiele sytuacji, które większość osób neurotypowych uważa za zwyczajne i możliwe do opanowania, staje się znacznie trudniejsze do pokonania dla osoby z autyzmem. Niektóre sytuacje mogą nawet zagrażać bezpieczeństwu psychicznemu i fizycznemu, będąc wyjątkowo energochłonnymi i wymagającymi znacznie intensywnej aktywności w różnych dziedzinach, aby spełnić oczekiwania, osiągnąć cel lub po prostu przetrwać do zakończenia sytuacji. Należy zauważyć, że wydatki emocjonalne i energetyczne, o których mowa, są znacznie wyższe w porównaniu z wydatkami osoby neurotypowej. Gdy takie doświadczenie staje się regularne lub wręcz permanentne, człowiek żyje w stanie chronicznego zmęczenia, prowadzącego do okresów wyczerpania, a nawet subiektywnego poczucia "wypalenia życiowego" (Stefańska-Klar, 2020). Nieumiejętność poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją może prowadzić do nietypowych konsekwencji, niekiedy

Mogą to być nagłe wybuchy afektywno-behawioralne (meltdown) lub załamanie energetyczne, objawiające się przedłużającą się niezdolnością do poruszania się, oderwaniem od bodźców, a nawet zapadnięciem w głęboki sen, niezależnie od fizycznego położenia (shutdown). W przypadku braku wsparcia i dostępu do osobistych zasobów, wyczerpanie skutkuje tym, co zostało nazwane "wypaleniem autystycznym", które jest stanem zagrażającym zdrowiu, a nawet samemu życiu. Charakterystyczną grupą trudności psychologicznych doświadczanych przez osoby z autyzmem są te wynikające z przedwczesnego (tj. przyspieszonego lub opóźnionego) osiągnięcia kolejnych etapów rozwoju psychospołecznego i osobowościowego. System ten wynika z niedopasowania między zdolnościami intelektualnymi, gotowością do podjęcia określonych zadań rozwojowych a umiejętnościami społecznymi, komunikacyjnymi lub emocjonalnymi. Alternatywnie, mogą one wynikać z braku gotowości do podjęcia określonych ról, pomimo norm i oczekiwań społecznych wyrażanych wprost lub pośrednio przez ważne dla jednostki osoby (Stefańska-Klar, 2017). Społeczeństwo może "popychać" osobę z autyzmem do przyjmowania ról i zadań uznawanych za odpowiednie ze względu na wiek, odpowiedni status lub oczekiwane przez normy społeczno-kulturowe. Alternatywnie, napędzane strachem, obawami lub uprzedzeniami, może tworzyć bariery, utrudniać jej aktywność lub uniemożliwiać podejmowanie określonych działań. Konsekwencją psychologiczną jest brak lub utrata autonomii, kryzysy emocjonalne, depresja i/lub wyuczona bezradność. Z drugiej strony, efekt autyzmu może powodować trudności w osiągnięciu celów i zaspokajaniu własnych potrzeb nawet u osoby, która z powodzeniem realizuje swój osobisty plan życiowy, przy braku lub pomimo barier lub przeszkód. Podczas gdy taki efekt może być ograniczony do jednostki (problemy osobiste, trudności osobowościowe itp.), często wpływa on na jej bliższe i dalsze otoczenie. Bliższych i bardziej odległych społecznych, takie jak relacje z bliskimi, w systemie rodzinnym, miejscu pracy, sąsiedztwie itp. Osoby z autyzmem, które są w związkach, założyły rodziny i mają dzieci, doświadczają problemów typowych dla par lub rodzin, w których jeden z członków rodziny jest autystyczny, niezależnie od tego, czy jest to osoba dorosła, dziecko/dzieci, czy oboje. W takich okolicznościach cechy autystyczne jednego lub obojga małżonków/partnerów wpływają na kwestie zwykle poruszane w poradnictwie dla par, terapii rodzinnej i wsparciu psychologicznym dla

rodziców dzieci z autyzmem, co zawsze należy brać pod uwagę podczas pracy z tą grupą klientów. Na przykład, autystyczni rodzice mogą obawiać się, że nie są wystarczająco kompetentni.

wychowują swoje nieautystyczne dziecko, czując, że nie są w stanie go zrozumieć ani odpowiednio zareagować na jego potrzeby.

Kolejna grupa trudności psychologicznych jest związana z obrazem siebie i samoakceptacją, subiektywnym sensem życia i postrzeganą satysfakcją z życia, które stanowią podstawę dobrostanu psychicznego w całym okresie życia. Obejmuje to wszystkie kwestie związane ze świadomością autyzmu, zrozumieniem jego wpływu, zaakceptowaniem diagnozy, zadowoleniem z siebie, a także pozytywną oceną własnego miejsca w świecie i jakością relacji z innymi. Jak można się spodziewać, potrzeby młodych dorosłych będą się różnić od potrzeb osób w średnim lub starszym wieku. Dlatego ważne jest, aby zidentyfikować etap dorosłego życia, na który wpływa osobowość i trudności egzystencjalne osoby z autyzmem (Stefańska-Klar, 2017).

### *1.5 Społeczny i kulturowy wymiar autyzmu: kwestia autystycznej samoidentyfikacji*

Autystyczna tożsamość własna, zdefiniowana jako poznawcze postrzeganie siebie przez osobę autystyczną we wszystkich możliwych relacjach z samym sobą i światem zewnętrznym, może zacząć się rozwijać dopiero wtedy, gdy autyzm stanie się znany. Budowanie tożsamości własnej wymaga ugruntowania w społeczeństwie i kulturze, a następnie konstruowania świadomości i samoświadomości, zdolności do identyfikowania się z innymi i porównywania własnych cech z cechami innych. A. Giddens (2012) definiuje tożsamość własną jako *"refleksyjny projekt jaźni, który polega na utrzymywaniu spójnych, ale stale weryfikowanych narracji biograficznych i odbywa się w kontekście wielokrotnego wyboru filtrowanego przez systemy abstrakcyjne"*. Autystyczna tożsamość, jako zbiorowa tożsamość ruchu społecznego, poznawcze postrzeganie siebie wspólne dla grup ludzi o podobnych cechach, definiowanych jako cechy autystyczne, jest nową i dynamiczną rzeczywistością, ale głęboko zakorzenioną w kulturze, stworzoną przez społeczeństwo i typową dla niego. Wpisuje się w model tożsamości oporu o cechach projekcyjnych, zdefiniowany przez Bokszańskiego (2005), ponieważ aktorzy społeczni są marginalizowani przez logikę dominacji, która pozostawia ich w poczuciu stygmatyzacji. Często są wykluczani z pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, co dodatkowo skłania ich do oporu prowadzącego do przyjmowania zasad odmiennych od tych, którymi kieruje się wykluczająca ich część społeczeństwa. Działania miały na celu kompleksową transformację struktury społecznej i zasad, na których się ona opiera (Bokszański, 2005).

Takie działania przynoszą jakościowe zmiany w poziomie świadomości i zrozumienia autyzmu. W związku z tym są one istotne z perspektywy prakseologii. Jest to w dużej mierze zasługa ruchów self-advokatów, które mają na celu wzmocnienie pozycji grup i jednostek, pomoc w odzyskaniu ich sprawczości oraz zapewnienie należytego przyznania praw człowieka i obywatela. Samopomoc koncentruje się zatem na takich kategoriach socjologicznych, jak zaufanie, sprawczość, tożsamość społeczna, opieka, godność i szacunek, reprezentacja, współpraca i podmiotowość (Raclaw i Trawkowska, 2017).

Historia autystycznych ruchów samopomocy sięga 1990 roku, kiedy to powstał pierwszy ruch tożsamości osób ze zdiagnozowanym autyzmem, Autism National Committee (AUTCOM), *"... w celu ochrony i promowania praw człowieka i praw obywatelskich wszystkich osób z autyzmem i związanymi z nim różnicami w komunikacji i zachowaniu. W obliczu społecznej polityki dewaluacji, która wyraża się w praktykach segregacji, medykalizacji i warunkowania awersyjnego, twierdzimy, że wszystkie osoby są stworzone równymi i obdarzonymi pewnymi niezbywalnymi prawami, a wśród nich są życie, wolność i dążenie do szczęścia".*

(<https://www.autcom.org/about.html> [dostęp: 30.08.2020]).

Inna tego typu organizacja, Autism Network International (ANI), jest organizacją samopomocy i rzecznictwa dla osób z autyzmem, utworzoną w 1992 r. przez Jima Sinclaira, Kathy Grant i Donnę Williams. Celem organizacji jest pomoc osobom autystycznym w zidentyfikowaniu pozytywnych sposobów życia z autyzmem i funkcjonowania jako osoby autystyczne w neurotypowym świecie, zapewnienie im poczucia przynależności do wspólnej kultury autystycznej, a od 1996 r. dzielenie się i poszerzanie wiedzy opartej na relacjach z pierwszej ręki osób autystycznych podczas konferencji Autreat

([https://www.autreat.com/History\\_of\\_ANI.html](https://www.autreat.com/History_of_ANI.html) [dostęp: 30.08.2020]).

W 2006 roku Ari Ne'eman i Scott Michael Robertson założyli Autistic Self Advocacy Network (ASAN), międzynarodową organizację, której motto brzmi: Nic o nas bez nas. Została ona założona w odpowiedzi na amerykańskie ustawodawstwo, a także niedokładne przedstawianie w mediach osób autystycznych jako pozbawionych niezależności, niebezpiecznych i potrzebujących intensywnej terapii awersyjnej. ASAN wyraziła swój sprzeciw wobec Autism Speaks - organizacji twierdzącej, że wspiera osoby autystyczne i ich rodziny, na stronie

ze względu na ich systemowe, strategiczne lekceważenie osób z autyzmem, ich wkład w stygmatyzację autyzmu i wykluczenie osób z autyzmem z debaty publicznej na temat kwestii, które bezpośrednio ich dotyczą. ASAN zainicjował kampanię mającą na celu wprowadzenie zmian prawnych w celu uniemożliwienia Centrum Edukacyjnemu Sędziego Rotenberga korzystania ze stopniowanego elektronicznego deceleratora (GED), urządzenia do stymulacji elektrycznej zaprojektowanego przez założyciela centrum, Matthew Israela. Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zakazała stosowania GED dopiero w 2020 r., po tym jak Organizacja Narodów Zjednoczonych dwukrotnie potępiła to urządzenie jako torturę. Jednak JRC nadal stosuje inne awersyjne metody leczenia swoich studentów i rezydentów

(<https://www.masslive.com/news/2020/03/after-fda-bans-judge-rotenberg-center-from-using-electric-shock-devices-advocates-seek-public-apology-reparations.html> [dostęp: 01.09.2020]).

Inicjatywy oddolne wydają się niezbędne dla dyskursu na temat miejsca osób z autyzmem w społeczeństwie. W związku z tym również w Polsce powstały takie autystyczne ruchy samopomocy i organizacje trzeciego sektora pracujące z i na rzecz osób z autyzmem i ich sojuszników. Należą do nich Jasna Strona Spektrum oraz Stowarzyszenie Mary i Max skupiające autystycznych self-advokatów. Ponadto Fundacja Drużyna Autyzmu, organizacja dla osób z autyzmem, ich rodzin, przyjaciół i sojuszników, posiada "Klub Świadomej Młodzieży", oddolną inicjatywę zapoczątkowaną przez Jana Gawrońskiego, młodego autystycznego self-advokata. Wszystkie te grupy zapewniają psychoedukację osobom z autyzmem, ich rodzinom, nauczycielom i wychowawcom, i innych specjalistów. Niektóre z tych inicjatyw mają dodatkowo na celu promowanie pozytywnych zmian w prawie i infrastrukturze w celu zmniejszenia niepełnosprawności społecznej osób z autyzmem. Na stronie ASAN czytamy: *Autyzm (...) nie jest chorobą. Jest to schorzenie neurologiczne, rozwojowe; jest uważane za zaburzenie i powoduje niepełnosprawność na wiele różnych sposobów. Trwa przez całe życie. Nie szkodzi ani nie zabija z własnej woli. Jest budującym i znaczącym elementem tożsamości danej osoby i określa sposób, w jaki jednostka doświadcza i rozumie otaczający ją świat. Jest wszechobecna"* (<https://autisticadvocacy.org/about-asan/identity-first-language/> [dostęp: 04.09.2020]). Definicja ta jest

nie wyklucza ona współistnienia autyzmu i  
niepełnosprawności, wskazuje, że takie  
współistnienie nie jest

powszechne. Autyzm nie jest deficytem funkcjonalnym, który może i powinien być korygowany. Osoba z autyzmem wzrastająca i rozwijająca się w przyjaznym środowisku będzie budowała swoją tożsamość w oparciu o zasoby osobiste i te pozyskane z otoczenia, stąd autyzm nie może być postrzegany jako "dodatek" do jednostki. Co więcej, jak zauważa Sabina Pawlik, autystyczni self-advokaci, których aktywność przyczynia się do kształtowania dyskursu na temat autyzmu w domenie publicznej, zdobywają coraz większą kontrolę nad kategoriami, za pomocą których są definiowani, odsłaniając takie ciemne strony jak eugenika, nadużycia instytucjonalne i stygmatyzacja, które były doświadczeniem wielu osób autystycznych (Pawlik, 2015). Dążenie do zdefiniowania normalności w oparciu o to, co wspólne, jednorodne i jednolite, poprzez odrzucenie tego, co inne, jest głęboko zakorzenione w naszej kulturze. Cokolwiek powoduje zdenerwowanie, niepokój lub zaskoczenie, powinno zostać zbadane i wyjaśnione (Brauner & Brauner, 1988). Ponieważ dochodzenie jest ograniczone zasobami i narzędziami, niewykształcone społeczności opracowały własne historie ludowe, mity i legendy. Odmienne rozwojowo jednostki były w nich określane jako "podrzutki, podciepy, niańduchy, zamienoki, znajdy" (por. Kojder-Demska, 2020), czyli dzieci podrzucane rodzinom przez boginie, elfy, dobrych ludzi lub inne postacie ze świata magii. To emiczne pojmowanie niepełnosprawności wciąż znacząco wpływa na poziom społecznej akceptacji niepełnosprawności czy różnic rozwojowych. Znajduje to odzwierciedlenie w licznych przesądach dotyczących np. kobiet w ciąży i niemowląt. Niemowlęta nadal noszą czerwone wstążki jako ochronę przed złem, a motyw "złego oka" jest wszechobecny we wszystkich kulturach. Niektórzy ludzie wciąż wierzą, że niepełnosprawność może być karą od Boga za grzechy przodków lub wynikiem nieodpowiedniego wychowania.

Na postrzeganie autyzmu wpłynął również rozwój nauk społecznych, począwszy od L. Kanner i H. Aspergera, których praca obejmowała koncepcję i kryteria diagnostyczne autyzmu. Później psychogenna teoria autyzmu Bettelheima z jej centralną koncepcją "matki lodówki" spowodowała znaczne nieodwracalne szkody dla osób z autyzmem i ich rodzin (Rosmalen & Veer, 2020). Niestety, dotyczy to również stosowanej analizy behawioralnej wykorzystującej terapie awersyjne opracowane przez Lovaasa (Kirkham, 2017). Wreszcie, współcześni autorzy, tacy jak T. Attwood, T. Gałkowski czy S. Baron-Cohen, niekwestionowani

eksperti w dziedzinie badań nad autyzmem, również przyczynili się do

aktualne postrzeganie i rozumienie spektrum autyzmu.

W omawianym projekcie od początku naszej pracy kierujemy się mottem: "Osoba jest najważniejsza", którego głównym celem jest stawianie pacjenta/klienta, jego emocji i potrzeb na pierwszym miejscu we wszelkim wsparciu terapeutycznym, niezależnie od jego potencjału poznawczego i społecznego, samoświadomości, regulacji emocjonalnej, zdrowia czy niezależności. W związku z tym paradygmat terapii humanistycznej, w którym postrzeganie osoby jako podmiotu, a nie przedmiotu, ma kluczowe znaczenie dla wszystkich działań opierających się na jej mocnych stronach i chroniących jej słabości, niezależnie od jej (neuro)różnorodności lub niepełnosprawności, stał się kluczowy dla zaleceń postulowanych w niniejszym dokumencie. Paradygmat ten jest zgodny ze społeczną definicją niepełnosprawności i postrzeganiem niepełnosprawności w kategoriach normalizacji, integracji i emancypacji (Krauze, 2010). Zdefiniowanie autyzmu jako neuroróżnorodności, a nie zaburzenia, jest istotnym aspektem autystycznej samoidentyfikacji i czynnikiem promującym i utrzymującym dobre zdrowie psychiczne osób z autyzmem.

## Metodologia

Zalecenia te zostały opracowane w ramach projektu "Świadomość i relacje. Poprawa dostępu do terapii psychologicznych dla osób dorosłych ze spektrum autyzmu" realizowanego przez Centrum Wspierania Relacji w ramach projektu "Generator dostępności: Inkubator Innowacji Społecznych" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.1 Innowacje społeczne, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Jego celem było zainspirowanie do refleksji nad specyfiką i odrębnością pracy (psycho)terapeutycznej z osobami neurozróznicowanymi. Zespół autorski, będący członkami zespołu roboczego projektu, reprezentuje różne dziedziny nauki i praktyki klinicznej. Postanowiliśmy przedstawić różne perspektywy i sposoby rozumienia spektrum autyzmu w dorosłości. Opisowy język tego artykułu miał być ponadparadygmatyczny, stąd terminy pacjent/klient były używane zamiennie dla określenia osoby z autyzmem poszukującej wsparcia terapeutycznego, pozostawiając poza dyskusją znaczenia przypisane tym terminom. Jesteśmy głęboko przekonani, że bez względu na to, czy mówimy o kliencie, czy o pacjencie, jednostki i ich potrzeby powinny być zawsze na pierwszym miejscu.

w centrum projektowania i świadczenia wszelkich usług wsparcia. W związku z tym nadrzędnym celem takich usług powinno być zawsze promowanie ich optymalnego dobrostanu

- zarówno fizyczne, jak i psychiczne - z możliwością osiągnięcia pełnego potencjału w dobrych relacjach z bliskimi. Docelowymi odbiorcami tego artykułu są badacze i klinicyści różnych zawodów, którzy spotykają się lub mogą spotkać się z dorosłymi z neurozróznicowaniem w ramach swoich ról. Jesteśmy przekonani, że spotkanie terapeutyczne osoby z autyzmem różni się od spotkania osoby neurotypowej i jako takie wymaga osobnego, dogłębnego omówienia. Zgodnie z ograniczeniami projektu, osoba z autyzmem jest tutaj określana jako autystyczna osoba dorosła bez towarzyszącej niepełnosprawności intelektualnej (inaczej niepełnosprawność uczenia się, LD). Kwestie związane z terapią psychologiczną osób dorosłych z autyzmem i współwystępującą niepełnosprawnością intelektualną są na tyle istotne i znaczące, że wymagają odrębnego projektu, a następnie osobnego artykułu lub nawet książki. Zdając sobie sprawę z potrzeby takich zaleceń, naszym zamiarem jest opracowanie ich w ramach kolejnych projektów innowacji społecznych.

## Wyniki

Poniższe zalecenia są sumą wniosków zespołu roboczego, a następnie trzech grup recenzentów:

- trzech niezależnych psychoterapeutów doświadczonych w pracy z pacjentami autystycznymi
- trzy niezależne osoby autystyczne z doświadczeniem procesu psychoterapeutycznego
- trzech niezależnych psychoterapeutów wdrażających opracowane przez autorów zalecenia w codziennej pracy psychoterapeutycznej w ciągu trzech miesięcy.

### 3.1 Cele terapii u dorosłych osób z autyzmem

Osoby dorosłe i dzieci z autyzmem, które są bardzo wrażliwe i mają wyjątkowy profil psychospołeczny, mogą bez wątplenia skorzystać ze wsparcia terapeutycznego, które powinno mieć na celu:

- (1) identyfikacja własnych fizjologicznych i stany emocjonalne z ich późniejszą samoregulacją,
  - (2) zwiększenie samoświadomości,
  - (3) zrozumienie własnych potrzeb i dobrego samopoczucia
- i uczenie się, jak je spełniać/promować,
- (4) radzenie sobie z nadwrażliwością sensoryczną oraz
  - (5) akceptacja własnej neurozróznorodności. Osoby

autystyczne są narażone na wysokie ryzyko wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym - depresji, lęku, silnej reakcji psychosomatycznej na stres - które są zazwyczaj wtórne do

ich potrzeby są niezaspokojone przez całe życie,

Grupa robocza projektu opracowała szereg zaleceń

ponieważ są narażeni na wysoki poziom stresu od najmłodszych lat - w edukacji, relacjach z rówieśnikami, kryzysach rozwojowych, karierze zawodowej i / lub życiu rodzinnym (jeśli ktoś zdecyduje się założyć rodzinę). Podkreśla to pilną i istotną potrzebę budowania świadomości i poszerzania zrozumienia unikalnych poznawczych, emocjonalnych i społecznych aspektów autyzmu wśród profesjonalistów (w tym terapeutów) oraz uczenia ich, jak skutecznie wspierać osoby dorosłe z autyzmem. Niezależnie od tego, jaki kształt lub formę przybierze takie budowanie świadomości, zawsze jest ono warte wysiłku. "Świadomość i relacje: Poprawa dostępu do terapii psychologicznych dla osób dorosłych ze spektrum autyzmu" realizowany przez Centrum Wspierania Relacji w ramach projektu "Generator Dostępności: Inkubator Innowacji Społecznych" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa Wiedza Edukacja Rozwój", Oś Priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój.

dla profesjonalistów, którzy pracują (lub zamierzają pracować) z pacjentami/klientami z autyzmem. Jedno z tych zaleceń obejmuje podstawowe cele terapeutyczne, które mogą/powinny być brane pod uwagę podczas pracy z osobami z autyzmem.

Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4 .1 Projekt Innowacje Społeczne, współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, był próbą wypełnienia luki we wsparciu oferowanym dorosłym osobom z autyzmem. Celem projektu było zwrócenie szczególnej uwagi na sytuację psychospołeczną dorosłych osób z autyzmem bez trudności w uczeniu się oraz zainspirowanie debaty i refleksji na temat jakości dostępnego wsparcia. Rezultaty projektu obejmowały, oprócz niniejszego artykułu, broszurę edukacyjną zawierającą szczegółowe zalecenia kliniczne dla specjalistów pracujących z dorosłymi osobami z autyzmem, a także film instruktażowy, który przedstawia zalecenia we wzbogacony, bardziej dynamiczny sposób (wszystkie zasoby będą dostępne na stronie [www.wspieranierelacji.pl](http://www.wspieranierelacji.pl) i można je zamówić bezpośrednio u autorów). Korzystając z możliwości projektów innowacji społecznych, zasoby opracowane przez grupę roboczą projektu zostały poddane przeglądowi zarówno przez ekspertów według wiedzy (psychologów-terapeutów), jak i ekspertów według doświadczenia. doświadczenia (pacjenci/klienci z autyzmem). Zapewniło to, że opracowane treści były oparte na dowodach i dobrze dostosowane do potrzeb odbiorców, zarówno bezpośrednich (terapeutów), jak i pośrednich (dorośli osób z autyzmem). Projekt został zrealizowany

z dorosłymi osobami z autyzmem w sposób skuteczny, pełen szacunku i godności. Cele te mogą w szczególności obejmować:

- Rozwijanie SIEBIE, czyli zwiększanie świadomości, budowanie tożsamości, wzmacnianie poczucia własnej wartości, rozwijanie filozofii akceptacji i / lub afirmacji ich zaburzeń ze spektrum autyzmu, przy jednoczesnym rozwijaniu akceptacji (i / lub afirmacji) wyjątkowości innych ludzi, promując w ten sposób pozytywny szacunek dla ludzkiej różnorodności.

Te cztery elementy (samoświadomość, spójna tożsamość własna, zdrowa samoocena niezależnie od poziomu sprawności i akceptacja neuroróżnorodności, zarówno własnej, jak i innych osób) są najważniejszymi celami terapeutycznymi w pracy z osobami z autyzmem w każdym wieku - dziećmi, młodzieżą i dorosłymi.

- Poprawa samoregulacji i umiejętności radzenia sobie, szczególnie w sytuacjach wysoce emocjonalnych lub podczas przeciążenia sensorycznego;

- Rozwijanie umiejętności emocjonalnych i świadomości (począwszy od identyfikowania emocji na podstawie objawów cielesnych) oraz praca nad dojrzałością emocjonalną;

- Budowanie zrozumienia własnych potrzeb, a następnie zrozumienie potrzeb i emocji innych;

- Identyfikacja technik i działań relaksacyjnych (masaż, osteopatia, terapia manualna, leki, aktywność fizyczna - indywidualna lub grupowa), a także strategii samoregulacji i samouspokajania (stymulacja, mata do akupresury, obciążony koc itp.);

- Rozwijanie zdolności do utrzymania dynamicznej równowagi psychoemocjonalnej i powrotu do niej po krótkotrwałych wznosach i upadkach;

- Rozwijanie motywacji i kompetencji do budowania relacji, stawiania się częścią szerszej społeczności i wnoszenia do niej pozytywnego wkładu na wiele dostępnych i wzajemnie korzystnych sposobów, przy jednoczesnym odczuwaniu satysfakcji z tego wkładu i zaspokajaniu emocjonalnych potrzeb innych;

- Budowanie na mocnych stronach - odkrywanie swoich szczególnych zainteresowań i pasji, przy jednoczesnym odejściu od szkodliwego, negatywnego postrzegania szczególnych zainteresowań / pasji autystycznych jako przejawów zaburzenia ("fiksacje" lub "stereotypowe zachowania").

- Wspieranie osób w identyfikowaniu ich mocnych stron i talentów oraz wyznaczaniu odpowiednich celów SMART.

- Budowanie asertywności, zwłaszcza u osób, które były narażone na "interwencje terapeutyczne", które lekcewały ich potrzeby i prawo do autonomii (takie osoby są wyjątkowymi pacjentami; czasami specjalista może również spotkać osobę dorosłą całkowicie zależną od innych dorosłych - ich opiekunów - pomimo wyraźnego potencjału i zdolności do bardziej niezależnego życia).

Podkreślamy te konkretne cele, ponieważ zostały one pominięte w wielu innych proponowanych interwencjach dla osób z autyzmem (pomimo ich wyraźnej roli w promowaniu i utrzymywaniu optymalnego zdrowia psychicznego) na rzecz interwencji skoncentrowanych na eliminacji autyzmu lub naprawie tego, co jest "autystycznie zepsute". Wspierając się argumentacją polskich i międzynarodowych badaczy i organizacji, zachęcamy do zmiany perspektywy w kierunku bardziej humanistycznego spojrzenia opartego na szacunku dla wyjątkowości każdej osoby.

Strategie, które mogą pomóc w osiągnięciu opisanych wcześniej celów i które mogą być stosowane przez profesjonalistów, obejmują przede wszystkim

(1) relacja terapeutyczna oparta na zaufaniu i pozytywnym nastawieniu,

(2) tworzenie poczucia bezpieczeństwa poprzez zrozumienie i akceptację okazywane klientowi przez terapeutę, jego konsekwentne reakcje, postawę i stabilne, przewidywalne otoczenie, które klient uważa za ważne.

Dla wielu osób z autyzmem będzie to również obejmować wygląd terapeuty (np. fryzurę, kolor włosów, strój itp.), układ pokoju terapeutycznego (również ważny w terapii online). Wszelkie znaczące zmiany mogą powodować zdenerwowanie, niepewność lub rozproszenie uwagi, utrudniając skupienie się na rozmowie;

(3) ciągłość i regularność sesji (częstotliwość sesji może być zmieniana, o ile zachowane są regularne odstępy czasu), unikanie nagłych, gwałtownych zmian.

Większość pacjentów z autyzmem preferuje częstsze sesje w celu omówienia bieżących zmian w nich samych, ich środowisku oraz relacji między nimi a środowiskiem, zwłaszcza jeśli te dyskusje wydają się pomagać w ich codziennym życiu. Jednak w przypadku, gdy terapia nie jest częścią publicznego systemu opieki zdrowotnej lub jest subsydiowana przez zewnętrzne finansowanie z dostawcą trzeciego sektora, ograniczenia finansowe prawdopodobnie określą czas trwania terapii i częstotliwość sesji;

(4) otwartość terapeutów i ich gotowość do odkrywania nowych pomysłów, rozwiązań i technik, aby spr

potrzeby pacjenta, którego potrzeby ewoluują w trakcie trwania relacji i który może potrzebować różnych działań lub wyzwań.

Wymaga to elastyczności i kreatywności, ale także zdolności terapeutów do uczenia się od swoich pacjentów, ich motywacji do bycia prowadzonym przez swoich klientów i towarzyszenia im, jednocześnie zachęcając do zmian;

(5) zapewnienie klientowi wielu okazji do przetestowania nowo nabytych umiejętności i zastosowania ich w praktyce, najpierw w gabinecie terapeutycznym, a następnie w życiu;

(6) traktowanie rozwoju osobistego jako nadrzędnej zasady dla wszystkiego, co dzieje się w ramach terapii.

Oznacza to, że obok celów natychmiastowych lub krótkoterminowych powinny istnieć cele długoterminowe, które określają kierunek zmian w zachowaniu i osobowości klientów, a także zapewniają ogólny kierunek ich ciągłej pracy nad własnym życiem. Oczywiście klienci nadal pozostają głównymi architektami i twórcami siebie i swojego życia. Terapeuta jest ich świadomym towarzyszem, czasami przyjmuje rolę przewodnika lub doradcy, ale nigdy nie podejmuje wyborów / decyzji za jednostkę.

## Wnioski

Rosnąca świadomość neuroróżnorodności w społeczeństwie stwarza potrzebę bycia zarówno uważnym w środowisku diagnostycznym, jak i świadomym potencjalnych wyzwań w środowisku terapeutycznym podczas pracy z osobami z autyzmem.

Psychoterapia Pozytywna (PPT za Peseschkianem, od 1977 r.), ze względu na swój humanistyczno-psychodynamiczny charakter i głęboką refleksję nad dynamiką transkulturową (Dobiała i Winkler, 2016), jest jednym z obiecujących podejść w terapii psychologicznej osób z autyzmem (Dobiała, 2020).

Pozostajemy świadomi potrzeby dalszych badań i publikacji, aby umożliwić debatę i refleksję na temat specyfiki neuroróżnorodności w różnych aspektach terapii psychologicznej osób z autyzmem, w tym przymierza terapeutycznego, relacja i proces.

Należy również zauważyć, że bycie autystycznym dorosłym nie jest stanem, który wymaga pilnej interwencji psychologicznej lub psychiatrycznej per se, ponieważ sam autyzm nie jest stanem, który należy leczyć lub naprawiać. Jednak terapia psychologiczna, zwłaszcza dla osób, które dorastały w środowisku nieuwzględniającym ich neuroróżnorodności i nie promującym ich autonomii i niezależności, może okazać się ważnym, potężnym motorem zmiany

rozumianej jako rozwijanie dobrego, zdrowego stylu życia.

życie osób z autyzmem. Niniejszy artykuł jest jednym z rezultatów projektu "Świadomość i relacje: Poprawa dostępu do terapii psychologicznych dla osób dorosłych ze spektrum autyzmu" realizowanego przez Centrum Wspierania Relacji w ramach projektu "Generator Dostępności: Inkubator Innowacji Społecznych" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.1 Innowacje społeczne, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Jako członkowie zespołu projektowego mamy nadzieję, że treść niniejszej publikacji, broszury i filmu instruktażowego, których celem jest zmiana postrzegania autyzmu oraz poprawa jakości i adekwatności usług wsparcia w celu umożliwienia wszechstronnego, holistycznego rozwoju osób z autyzmem, zainspiruje do refleksji, promowania zaktualizowanego i lepszego zrozumienia autyzmu przez badaczy i praktyków pracujących z dorosłymi osobami z autyzmem.

## Referencje

- [1] Po tym, jak FDA zakazała Centrum Sędziego Rotenberga używania urządzeń do elektrowstrząsów, zwolennicy domagają się publicznych przeprosin i zadośćuczynienia. *MassLifemediasource*. URL: <https://www.masslive.com/news/2020/03/after-fda-bans-judge-rotenberg-center-from-using-electric-shock-devices-advocates-seek-public-apology-reparations.html> [dostęp: 14.03.2021].
- [2] Oficjalna strona Autism National Committee AutCom. URL: <https://www.autcom.org/about.html> [dostęp: 14.03.2021].
- [3] **BARON-COHEN, S.** (2020). Koncepcja neuroróżnorodności dzieli społeczność autyzmu . URL: <https://blogs.scientificamerican.com/observations/the-concept-of-neurodiversity-is-dividing-the-autism-community/> [dostęp: 14.03.2021].
- [4] **BEE, H.** (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i Spółka.
- [5] **BOKSZAŃSKI, Z.** (2005). *Tożsamości zbiorowe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 40 p.
- [6] **BRAUNER, A., BRAUNER, F.** (1988). *Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wrózkach. Fikcja literacka i rzeczywistość kliniczna* [Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wrózkach. Fikcja literacka i rzeczywistość kliniczna, wyd. 1. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, .
- [7] **BROWN, L.** Tożsamość - pierwszy język. *Autistic self advocacy network*. URL: <https://autisticadvocacy.org/about-asan/identity-first-language/> [dostęp: 14.03.2021].
- [8] **BRUGHA, T., et al.** (2007). *Autism spectrum disorders in adults living in households throughout England: report from the Adult Psychiatric Morbidity Survey*, NHS Information Centre for Health and Social Care, Leeds, URL: <https://www.nhs.uk/publications/autism-spectrum-disorders-in-adults-living-in-households-throughout-england-report-from-the-adult-psychiatric-morbidity-survey> ISSN 2710-1460

- [www.ic.nhs.uk/asdpsychiatricmorbidity07](http://www.ic.nhs.uk/asdpsychiatricmorbidity07) [dostęp: 14.03.2021].
- [9] BRZEZIŃSKA, A. (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- [10] BRZEZIŃSKA, A. I., APPELT, K., ZIÓŁKOWSKA, B. (2015). *Psychologia rozwoju człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- [11] BRZEZIŃSKA, A., SYSKA, W. (2016). *Ścieżki wkraczania w dorosłość*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- [12] BUDZIŃSKA, A. (2020). *Skuteczna terapia dziecka z autyzmem* [Skuteczna terapia dziecka z autyzmem]. Sopot: GWP.
- [13] CZABAŁA, CZ., KLUCZYŃSKA, S. (2020). *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: PWN.
- [14] DOBIAŁA, E. (2020). *Pozytywna psychoterapia grupowa*, w: Messias, E., Peseschian, H. & Cagande, C. (red.), *Pozytywna psychiatria, psychoterapia i psychologia: Zastosowania kliniczne*. DOI: [10.1007/978-3-030-33264-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2)
- [15] DOBIAŁA, E., WINKLER, P. (2016). Psychoterapia pozytywna według Seligmana i psychoterapia pozytywna według Peseschiana: porównanie. *The International Journal of Psychotherapy*, 20(3):5-13.
- [16] GIDDENS, A. (2012). *Nowoczesność i tożsamość. "Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności* [Modernity and identity. "I" and society in the late modern era]. Translated by: A. Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 16 p.
- [17] GREENSPAN, S., WIDER, S. (2014). *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć* [Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć.] Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- [18] HIRVIKOSKI, M., BLOMQVIST, M. (2015). Wysoka samoocena stresu i słabe radzenie sobie u sprawnych intelektualnie dorosłych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, *Autism*, 19(6):752-757
- [19] HODGES, H., FEALCO, C., SOARES, N. (2020). Zaburzenia ze spektrum autyzmu: definicja, epidemiologia, przyczyny i ocena kliniczna, *Translational paediatrics*, 9(1): 55-65
- [20] HVIID, A., HANSEN, J.V., FRISCH, M., et al. (2019). Szczepienia przeciwko odrze, śwince i różyczce a autyzm - ogólnopolskie badanie kohortowe, *Annals of Internal Medicine*, 170: 513-520
- [21] KIRKHAM, P. (2017). Granica między interwencją a nadużyciem - autyzm i stosowana analiza zachowania, *Historia Nauk o Człowieku*, 30(2): 107-126.
- [22] KOJDER-DEMSKA, K. (2020). *Bohynie, dziwożony, mamuny, czyli skąd się biorą niepełnosprawne dzieci*. URL: [https://www.academia.edu/35760453/Kaja\\_Kojder\\_Demska\\_Bohynie\\_dziwo%C5%BCony\\_mamuny\\_czyli\\_sk%C4%85d\\_si%C4%99\\_bior%C4%85\\_niepe%C5%82nosprawne\\_dzieci](https://www.academia.edu/35760453/Kaja_Kojder_Demska_Bohynie_dziwo%C5%BCony_mamuny_czyli_sk%C4%85d_si%C4%99_bior%C4%85_niepe%C5%82nosprawne_dzieci), s. 4 [dostęp: 14.03.2021].
- [23] KRAUZE, A. (2010). Niepełnosprawność - Inny w paradygmacie humanistycznym, *Niepełnosprawność*, 4: 118.
- [24] MOURIDSEN, S., BRONNUM- HANSEN, H., ISAGER, T. (2008). Mortality and causes of death in autism spectrum disorders: an update, *Autism*, 12(4):403-414, DOI: [10.1177/1362361308091653](https://doi.org/10.1177/1362361308091653)
- [25] OLEŚ, P. (2015). *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość, zmiana, integracja*. Warszawa: PWN.
- [26] PAWLIK, S. (2015). *Ruch autystycznych samorządowców - źródła, historia, współczesność, polskie doświadczenia*. w: Siemionow J., Śpica, P., *Historyczne i współczesne konteksty badań nad edukacją: Siemionow J., Śpica, P., Historyczne i współczesne konteksty badań nad edukacją. Studia teoretyczne i analizy empiryczne z okazji jubileuszu sześćdziesięciolecia pedagogiki gdańskiej (1958-2018)*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek. 612 p.
- [27] RACŁAW, M., TRAWKOWSKA, D. (2017). Pytania o rzecznictwo wobec niepełnosprawnych i problemu niepełnosprawności - koncepcje i działania w perspektywie interdyscyplinarnej [Questions about advocacy towards disabled and the problem of disability - concepts and activities in an interdisciplinary perspective]. *The Central European Journal of Social Sciences and Humanities*, 60: 13-32.
- [28] RISCH, N., HOFFMANN, T.J., ANDERSON, M., et al. (2014). Rodzinne nawroty zaburzeń ze spektrum autyzmu: Ocena wkładu genetycznego i środowiskowego. *American Journal of Psychiatry*, 171:1206-1213
- [29] RUZZO, E.K., PEREZ-CANO, J.Y., JUNG, J.Y., et al. (2019) Dziedziczone i de novo ryzyko genetyczne autyzmu wpływa na wspólne sieci. *Cell*, 178: 850-866.
- [30] RYŃKIEWICZ, A., JANAS-KOZIK, M., SŁOPIEŃ, A. (2019). Dziewczęta i kobiety z autyzmem, *Psychiatria Polska*, 53(4): 737-752. DOI: [10.12740/PP/OnlineFirst/95098](https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098).
- [31] SANDIN, S., LICHTENSTEIN, P., KUJA-HALKOLA, R., et al. (2014). Rodzinne ryzyko autyzmu, 2014, *JAMA*, 311: 1770-1777.
- [32] SINCLAR, J. (2005). Autism Network International: rozwój społeczności i jej kultury. *Autism Network International*. URL: [https://www.autreat.com/History\\_of\\_ANI.html](https://www.autreat.com/History_of_ANI.html) [dostęp: 30.08.2020].
- [33] STEFAŃSKA-KLAR, R. (2017). Autystyczny wzorzec funkcjonowania w kontekście zasobów osobistych. Badania eksploracyjne dorosłych w nieklinicznej próbie, w: Materiały konferencyjne [Autystyczny wzorzec funkcjonowania w kontekście zasobów osobistych. Badania eksploracyjne dorosłych w nieklinicznej próbie, w: Materiały konferencyjne]: *Quaere 2017 Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa Doktorantów i Asystentów*, Stowarzyszenie Magnanimitas, Hradec Králové, s. 689-698.
- [34] STEFAŃSKA-KLAR, R. (2017). Obecność autystycznego wzorca funkcjonowania w typowej populacji. Czy istnieją związki z płcią i wiekiem oraz szczęściem i satysfakcją z życia? w: *Materiały konferencyjne: Sapere Aude 2017. Zakres pedagogiki i psychologii*, Stowarzyszenie Magnanimitas, European Academics, Hradec Kralove, s. 289-299.

- [35] **STEFAŃSKA-KLAR, R.** (w druku). *Poradnictwo psychologiczne dla dorosłych ze spektrum autyzmu. Zarys problematyki* [Poradnictwo psychologiczne dla dorosłych ze spektrum autyzmu. Zarys problematyki] (w druku).
- [36] **VAN ROSMALEN, L., VAN DER VEER, R., VAN DER HORST, F.C.P.** (2020). Natura miłości: Harlow, Bowlby i Bettelheim o bezuczuciowych matkach, *Historia psychiatrii*, 31 (2): 227-231. DOI: [10.1177/0957154X19898997](https://doi.org/10.1177/0957154X19898997).
- [37] **VEENSTRA-VANDEWEELE, J., CHRISTIAN, S.L., COOK, E.H. Jr** (2004). Autism as a paradigmatic complex genetic disorder, *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 5:379-405. DOI: [10.1146/annurev.genom.5.061903.180050](https://doi.org/10.1146/annurev.genom.5.061903.180050).
- [38] **WANG, C., LIU, W., ZHANG, G.** (2017). Czynniki prenatalne, okołoporodowe i postnatalne związane z autyzmem: A meta-analysis. *Medicine*, 96(18): 1-7.
- [39] **Światowa Organizacja Zdrowia** (2004). *Promowanie zdrowia psychicznego: koncepcje, nowe dowody, praktyka* (Raport podsumowujący), Światowa Organizacja Zdrowia, Genewa.

### Podziękowania

Autorzy dziękują Karolinie Kalisz za pomoc w tłumaczeniu manuskryptu.

### Wkład autora

Ewa Dobiała - koordynator prac nad artykułem naukowym, członek zespołu roboczego projektu, autor abstraktu, podrozdziału nr 1.2., współautor podrozdziałów nr 2, 3 i 4, dodatkowo korekta merytoryczna i konsolidacja poszczególnych fragmentów tekstu.

Renata Stefańska-Klar - członek zespołu roboczego, autorka podrozdziałów: 1.1, 1.12, 1. Współautorka podrozdziału nr 3, dodatkowo korekty merytorycznej i konsolidacji poszczególnych fragmentów tekstu.

Aleksandra Rumińska - członek zespołu roboczego, autorka podrozdziału 1.4, współautorka podrozdziału nr 3, dodatkowo korekta merytoryczna tekstu;

Paulina Gołaska-Ciesielska - kierownik projektu, autorka podrozdziału 1. i 2. , współautorka podrozdziału nr 3 i 4, dodatkowo korekta merytoryczna i konsolidacja poszczególnych fragmentów tekstu.

Maciej Duras - członek zespołu roboczego projektu, korekta tekstu.

Weronika Janiak - członek zespołu roboczego projektu, korekta tekstu.

### Konkurencyjne interesy

Ten artykuł został napisany w ramach projektu "Świadomość i relacje. Poprawa dostępu do terapii psychologicznej dla osób dorosłych ze spektrum autyzmu" realizowanego przez Centrum Wspierania Relacji w ramach projektu "Generator Dostępności: Inkubator Innowacji Społecznych" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś Priorytetowa IV Innowacje społeczne i współpraca ponadnarodowa, Działanie 4.1 Innowacje społeczne, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

# ГРУППОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ

## GRUPA TERAPEUTYCZNA W SZPITALACH PSYCHIATRYCZNYCH A STOSUNEK DO PACJENTA



### Владимир Перебейносов

Vladimir Perebeynosov

Psycholog kliniczny, podstawowy konsultant PPT

Prywatna praktyka psychologiczna (Błagowieszczeńsk, Rosja)

E-mail: [vladimir.amursu@gmail.com](mailto:vladimir.amursu@gmail.com)

Otrzymano 19.04.2021

Zaakceptowano do publikacji

28.06.2021 Opublikowano

07.07.2021

### Аннотация

Ирвин Ялом называл психотерапевтические группы "социальным микрокосмом" (Ялом, 2007). Группы психологической поддержки и закрытые психотерапевтические группы особенно важны для пациентов психиатрических учреждений. В статье обосновывается ценность групповой работы в психиатрических учреждениях; описываются основные формы группового взаимодействия; разбираются особенности взаимодействия с пациентами в российских психиатрических стационарах. Предлагаемая концепция помощи и работы с пациентами основана на идеях Позитивной и Транскультуральной Психотерапии Носсрата Пезешкиана. Цель этой статьи: актуализировать для специалистов помогающих профессий важность групповых форм работы с пациентами.

**Ключевые слова:** групповая психотерапия, медицинская психология, психиатрия, социализация, Позитивная Психотерапия

### Streszczenie

Irwin Yalom nazwał grupy psychoterapeutyczne "społecznym mikrokosmosem" (Yalom, 2007). Grupy wsparcia psychologicznego i zamknięte grupy psychoterapeutyczne są szczególnie ważne dla pacjentów instytucji psychiatrycznych. Artykuł uzasadnia wartość pracy grupowej w instytucjach psychiatrycznych; opisuje główne formy interakcji grupowej; analizuje cechy interakcji z pacjentami w rosyjskich szpitalach psychiatrycznych. Proponowana koncepcja opieki i pracy z pacjentem opiera się na ideach psychoterapii pozytywnej i transkulturowej Nossrata Peseschkiana. Celem tego artykułu jest aktualizacja znaczenia grupowych form pracy z pacjentami dla specjalistów zawodów pomocowych.

**Słowa kluczowe:** psychoterapia grupowa, psychologia medyczna, psychiatria, socjalizacja, psychoterapia pozytywna.

## Вступление

Актуальность данной темы обусловлена растущим интересом общества к психологическим формам работы с пациентами психиатрических учреждений.

Психоневрологические стационары повышают количество рабочих мест для медицинских психологов, а также, увеличивается количество специалистов, проходящих обучение в психотерапевтических методах. На момент написания статьи, в условиях пандемии, в большинстве медицинских учреждений запрещены посещения пациентов; что оставляет людей в ещё большей изоляции без непосредственной поддержки близких людей. Исходя из этого, повышается важность групповой работы с пациентами.

К сожалению, многим медицинским психологам приходится сталкиваться с отсутствием вовлеченности врачей-психиатров, заведующих отделений, среднего и младшего медицинского персонала к глубокому сотрудничеству. По мнению автора, это связано с отсутствием заинтересованности и понимания ценности внутреннего мира пациентов. Зачастую, процесс лечения сводится лишь к купированию имеющейся симптоматики; а отношение к пациентам, местами, антитерапевтично.

## Методология

Написание данной статьи основывается на опыте работы в психиатрическом учреждении и изучении опыта европейских стран. В статье "Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы" (Цыганок, 2007) обзревается и анализируется опыт психиатрического движения в странах Европы и США. В статье было проведено подробное изучение предписаний ВОЗ, касающихся психиатрической помощи.

Анализ теоретического и исторического материала до и после реформ, введенных французским врачом Филиппом Пинелем, позволяет проследить важность гуманного и гибкого подхода к лечению пациентов.

Анализ и теоретическая разработка эффективного способа помощи пациентам внутри стационаров были основаны на наблюдении,

собственном опыте работы в психоневрологическом стационаре и взаимодействии со специалистами различного профиля. Большое внимание уделялось идеям Позитивной и Транскультуральной Психотерапии. Труды Ирвина Ялома и его художественное описание процесса психотерапевтической работы, также, внесли большой вклад в написание данной статьи.

## Результаты

С точки зрения современных представлений о гуманности и лечении, изначальная цель функционирования психиатрических больниц была неверно поставлена. Первые психиатрические "лечебницы" ставили перед собой стремились "изолировать" пациента; а не "вылечить" или "помочь". Как мы помним, Филипп Пинель, французский психиатр больницы Сальпетриер, в 1795 г. принимает решения снять цепи и оковы с душевнобольных, что уже приводило некоторых пациентов к выздоровлению. Мы не можем констатировать, что к пациентам современных психиатрических больниц проявляют открытое насилие. Однако его пассивные формы, мешающие выздоровлению, в виде стигматизации, ограничении прав и свобод, изоляции, грубости в российской психиатрической практике встречаются повсеместно.

Высокие нагрузки на медицинский персонал, жёсткие протоколы, нехватка кадров усугубляют незаинтересованность медицинского персонала к внутреннему миру пациентов.

Как следствие незаинтересованности, появляется привычка "клеймить". То есть пытаться подогнать состояние человека под определённые рамки, четко и понятно описывающие происходящее с ним. В какой-то мере это помогает врачам и учреждению, поскольку упрощает документацию и фармакотерапию. Однако, не приносит пользы самим пациентам. У врачей встречаются диагнозы, основанные на быстрой диагностике, - что особенно часто наблюдается на врачебных комиссиях (т.н. гипердиагностика). У психологов - это попытка "вставить" человека в определенные шаблоны, якобы описывающие то, как устроен внутренний мир того или иного пациента, например: "истеричный", "эпилептоид", "шизоид", "демонстративный", "нарциссичный" и т.д. Однако, использование данных понятий, с точки зрения

пользы для пациента, практически не имеет смысла без вовлеченности во внутренний мир и интереса к индивидуальности каждой отдельной личности.

По вышеперечисленным причинам, пациенты и их родственники, за последние годы, повышают внимание именно к негосударственным учреждениям психиатрической помощи. По статистике частной психиатрической клиники "Клиника Роса", темп роста обращаемости пациентов с психическими расстройствами в негосударственную психиатрическую службу г. Москвы ежегодно возрастает, увеличиваясь за последние 7 лет в среднем на 20% в год (на 24%, 81%, 28%, 4%, 7%, 20%, соответственно) (Филашихин и Аведисова, 2010).

Неоспоримой является важность повышения уровня образования среди врачей, а также младшего и среднего медицинского персонала. В особенности это касается изучения психологических аспектов психических больных. По мнению автора, очень важна организация помощи медицинскому персоналу в понимании собственного стиля взаимодействия с пациентами; возможности получения своевременной психологической помощи и профилактики эмоционального выгорания.

### 3.1 Подходы к оказанию психиатрической помощи

Подходы к оказанию психиатрической помощи в разных странах Европы различаются, однако не слишком критично. Все европейские государства следуют предписаниям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Соответственно, можно проследить общие направления развития (Колпакова и Тарасова, 2019).

1. *Деинституционализация.* Подразумевает закрытие государственных психиатрических больниц или уменьшение их стационарных отделений, путем сокращения количества койко-мест и финансирования. Такой подход позволяет частному сектору и неправительственным организациям (НПО) создавать учреждения интернатного типа, где лечение проходит в более домашней обстановке и атмосфере.

2. *Децентрализация оказания психиатрической помощи.* Означает перевод стационарных отделений для душевнобольных из специализированных больниц в общегородские. Эта политика, прежде всего, направлена на включение

психиатрии в общую систему здравоохранения, интеграцию психического здоровья с первичной медицинской помощью, развитие учреждений интернатного типа.

3. *Рост заботы со стороны сообщества (opieka społeczna).* Этот подход призывает делегировать часть полномочий по оказанию помощи на социальные группы и организации, находящиеся в зоне проживания душевнобольного. К ним могут относиться сообщества пациентов или их родственников, а также НПО.

4. *Увеличение внимания к немедикаментозной терапии.* Психотерапией стали заниматься не только врачи-психиатры, но и другие специалисты. В том числе, немедицинского профиля.

5. *Проведение законодательных реформ для обеспечения гражданских прав пациентов.* То есть формирование правовой основы политики в области психического здоровья. В частности, в задачи входят: регулирование принудительной госпитализации, предоставление адекватных условий лечения, борьба за свободные от дискриминации рабочие места и образование, развитие социальной поддержки, обеспечение права на неприкосновенность частной и семейной жизни.

6. *Дестигматизация.* Психические больные подвергаются сильной стигматизации, что приводит к потере социального статуса, дискриминации, безработице, изоляции, сокращению жизненных возможностей. Для уменьшения негативных последствий, в рамках работы по развитию заботы со стороны сообществ, создаются программы и стратегии по снижению стигмы и изменению стереотипов, ассоциирующихся с психиатрией.

7. *Ориентация на повышение качества жизни пациентов.* Со временем этот принцип стал важной концепцией современной модели медицинской помощи. На первый план, вышли психологическое и физическое благополучие и социальное участие, а не просто уменьшение симптомов или выживание.

8. *Вовлечение членов семьи и близких людей в процесс лечения пациентов.* Важно, что вместе с вовлечением, рядом идет осознание бремени, которое ложится на плечи заботящихся родственников. Им, также, стараются обеспечить поддержку.

В российской практике стремятся следовать Европейскому видению и предписаниям ВОЗ.

Однако данные предписания, зачастую, являются формальными. Изменения, которые внедряются в действующие системы, проходят без должного обучения специалистов. Помимо этого, существует проблема отдаленных регионов, которые тоже должны попадать под влияние изменений, но зачастую, остаются без должного внимания.

"Закон, прежде всего, заботится об уменьшении негативных последствий для государства - имеется в виду сокращение случаев инвалидности и нетрудоспособности, преступности, непригодности к военной службе и т.п." (Колпакова и Тарасова, 2019) Права пациентов, в основном, учитываются в нормативных документах о стационарном лечении, а вот что же происходит с людьми за пределами и внутри больницы - зачастую противоречит изначальным целям созданных предписаний.

### 3.2 Ценность групповой работы с пациентами в психиатрических стационарах

Анализируя собственный опыт работы в психоневрологическом стационаре, в данной статье была выведена схема наиболее эффективного взаимодействия членов терапевтического процесса для помощи пациентам. Данная схема основывается на единстве специалистов помогающих профессий между собой, с больным и с его близким окружением.

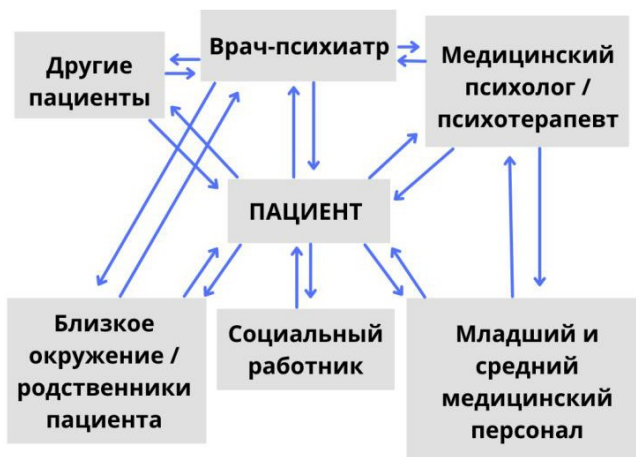


Рис. 1. Эффективное взаимодействие персонала и пациентов в медицинских учреждениях

Как видно из схемы (s. 1), практически все элементы системы должны взаимодействовать друг

с другом для комплексной и полноценной помощи пациенту. К сожалению, в российских реалиях медицинских учреждений наблюдается отсутствие подобного взаимодействия. Звенья помощи либо разобщены друг с другом, либо медицинский персонал, а особенно врач и психолог, говорят "на разных языках".

Также, как видно из предложенной схемы, достаточно значимым элементом является взаимодействие пациентов между собой. Именно поэтому, одними из самых важных и эффективных форм лечения, являются психотерапевтические группы.

В психиатрических учреждениях, психологу приходится собирать психотерапевтические группы "из того, что есть". Учитывая различный срок нахождения в стационаре, диагнозы, стадии, состояние больного - приходится приспосабливать группу к тем пациентам, которые уже находятся на стационарном лечении.

По наблюдениям автора, нахождение в атмосфере принятия и поддержки - это основной фактор улучшения самочувствия "здесь и сейчас" среди пациентов стационара. Но, к сожалению, приходится сталкиваться с тем, что практически любые эмоциональные проявления пациентов, будь то плач или раздражение, стремление к конфронтации, настойчивость в отстаивании собственных интересов - воспринимаются медицинским персоналом как "ненормальные". Будто непослушание, даже то, которое никак не вредит благополучию самого пациента и людей его окружающих, нужно срочно лечить. Дается посыл:

"тебе нельзя проявляться и быть самим собой - ты патологичен". Бывает так, что слова или действия пациентов принимаются медицинским персоналом "на свой счет", что влечет за собой злоупотребление властью. А зачастую, сами действия медицинского персонала провоцируют у пациентов различные эмоциональные и поведенческие реакции.

В качестве выхода из подобного рода трудностей, предлагается организация семинаров и групп психологической подготовки для медицинского персонала по развитию понимания важности гуманного отношения к пациентам и создания атмосферы заботы и принятия внутри стен медицинского учреждения. Такие обучающие и психологические группы, в которых медицинский персонал мог бы понять свой способ

W przypadku, gdy nie jest to możliwe, nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe w przypadku, gdy nie jest to możliwe; найти и проработать внутри себя причину, которая влияет на способ взаимодействия с пациентами и перестроить собственные формы коммуникации.

### 3.3 Классификация групп в условиях стационара

Как известно, по составу участников группы могут быть:

- Гомогенные. То есть, собранные по каким-либо признакам (пол, возраст, диагноз, запрос и т.д.).

- Гетерогенные. Группа, в которой встречаются различные вышеперечисленные признаки.

Предлагается выделить две основные используемые формы работы с пациентами психиатрического стационара:

1. *Группы психологической поддержки.* Могут быть использованы для пациентов, чей период нахождения в стационаре менее двух месяцев. То есть тот период, которого недостаточно для развития постепенного близкого и стабильного контакта с другими участниками группы. Данные группы могут создаваться и на более длительный срок, для создания атмосферы групповой поддержки и сопровождения пациентов на весь период лечения.

Самое главное, что формируется в группах психологической поддержки, - это ощущение, что ты не один. На протяжении длительного времени приходилось наблюдать, как между несколькими десятками пациентов, находящихся в одном отделении и общих палатах, не формируется близкий контакт. Пациенты практически не общаются между собой, а при взаимодействии не позволяют говорить открыто о своих переживаниях. Открытое выражение эмоций, медицинским персоналом, чаще всего, расценивается как усиление симптомов.

Группа является отличной возможностью для пациентов приблизиться друг к другу в безопасной и принимающей атмосфере. Практически все пациенты, уже после первой встречи группы, становятся более сплоченными в отделении. К ним будто приходит понимание, что остальные пациенты здесь "такие же, как и я", то есть страдающие люди, попавшие в тяжелое

положение. Пациенты начинают коммуницировать друг с другом, помогать в решении проблем в отделении

или советами в обществе. Они начинают выслушивать друг друга и делиться опытом схожих переживаний.

Так как внутриличностные конфликты формируются вследствие нарушения отношений человека с миром, а прежде всего с людьми; то я периодически привношу процесс поддерживающих групп интервенции о групповой динамике и взаимоотношениях между участниками группы. Это делается для того, чтобы наряду с получением и проявлением поддержки, пациенты имели возможность обращать внимание на способы своего взаимодействия в группе и постепенно перестраивать сложившиеся шаблоны поведения и взаимодействия.

2. *Закрытые динамические группы.* Собрать в условиях стационара полноценную динамическую группу, в которой пациенты были бы мотивированы, могли просить о помощи, были бы критичны к своему состоянию, имели примерно одинаковый срок нахождения в стационаре - очень сложно. Но при удаче собрать такую группу, взаимодействие получается очень и очень продуктивным.

### 3.4 Факторы эффективности стационарных терапевтических групп

Выделим несколько факторов большой эффективности динамических и поддерживающих групп в условиях стационара:

а) *Уровень критических переживаний.* Согласно постулату позитивной психотерапии о развитии первичных актуальных способностей, они могут развиваться двумя основными способами: через пример или через отчаяние (через прикосновение к пиковым переживаниям). Как правило, пациенты, которые по своим способностям, могут допускаться к участию в динамической группе - это люди, дошедшие до очень острого уровня переживаний (вследствие чего они и попали в психиатрическое учреждение) и при этом способные постепенно к этому прикасаться. Пациенты, например, с психотическими эпизодами или тяжелыми депрессиями проходят через отчаяние. Одновременно с этим участвуют в группе, получая пример людей и отношений, через которые можно более полноценно развивать в себе недостающие способности. Именно это и является очень большим движущим механизмом развития. Есть вероятность,

что в стационарной динамической группе будут задействованы оба способа развития актуальных способностей.

*б) Наличие времени.* Как известно, для рефлексии и контакта с собой нужно достаточно много временного ресурса. Подразумевается время на обдумывание, проживание, нахождение со своими чувствами и эмоциями, чему потенциально способно научить откровенное групповое взаимодействие.

*в) Ощущение, что "Я не один".* Пациентка, после своего первого группового занятия по арт-терапии, на индивидуальной сессии сказала, что она и не подозревала что переживают и думают другие пациенты. Хотя, ей всегда хотелось об этом узнать.

*г) Купирование продуктивной симптоматики лекарствами.* Обеспечение медицинскими препаратами и контроль их приема позволяет человеку, прикасающемуся к тяжелым переживаниям, оставаться в контакте с самой собой. Однако, зачастую, лекарственные препараты мешают разговорной психотерапевтической работе.

Одна из основных причин, по которой специалистам не удается собрать психотерапевтические группы в условиях стационара, является постановка чрезмерного акцента на критериях отбора в группу. Очень интересными выдаются критерии Ирвина Ялома для работы со стационарными больными, описанные в книге "Теория и практика групповой психотерапии" (Ялом, 2007):

1. Способность говорить.
2. Способность удерживать свое внимание на протяжении 80 минут.
3. Признание своей потребности в помощи.

Очевидно, критерии достаточно просты. Отбирая участников для стационарных групп и руководствуясь данными критериями, взаимодействие было действительно продуктивным. Ирвин Ялом не делает акцента на диагнозе. Например, во многих источниках говорят о том, что не нужно брать в группу пациентов с диагнозом "умственная отсталость" (или "расстройство интеллектуального развития" по МКБ-11). В наших группах были случаи, когда пациенты с расстройством интеллектуального развития сами проявляли желание присоединиться к группе и вносили вклад в процесс групповой работы. Однако, с такими пациентами также были и

трудности, которые приводили к острым групповым конфликтам. Поэтому, каждый случай и каждого пациента, с точки зрения его возможности находиться в группе, необходимо рассматривать индивидуально.

Недостаток теплоты, заботы и поддержки со стороны медицинского персонала блокирует способность к контакту у пациентов, вследствие ощущения недоверия. Группа, здесь, является тем "спасающим" для пациентов местом, в котором есть возможность ощущать, проявлять и развивать Доверие. Также, в группе большой акцент делается на Надежде. Так как учитывая тяжесть состояния больных, Надежда является важным звеном в процессе помощи. Пациентам, находящимся в отчаянии, бывает очень полезно понять причины, которые привели к тому, что происходит в жизни на данный момент. Понимание причин дает возможность сделать выбор. "Нами управляет то, что мы не осознаем". Дает возможность проанализировать и сделать шаг в другом направлении; что добавляет Надежды на изменения в будущем. Также, группа отлично развивает Контакт и Открытость. А как известно, одна из основных причин формирования психопатологии и фактор, сильно усугубляющий состояние - это неспособность пациента к выражению чувств и их блокирование. Принятие, также, является одной из важнейших способностей, развивающихся в отношениях в группе.

Как видно из выделенных выше актуальных способностей, большинство из них - это первичные способности. Акцент сделан именно на них, поскольку наличие психопатологии, в большинстве случаев, предполагает глубокий дефицит в структуре эмоциональных потребностей (например, в принятии). И именно в психотерапевтической группе возможно внести вклад в их развитие.

Карл Роджерс говорил о трех основных принципах взаимодействия между людьми, лежащих в основе лечения (Роджерс, 2001):

1. Безусловное принятие. Которое совпадает со способностями к принятию и терпению в позитивной психотерапии.
2. Конгруэнтность. Что схоже со способностью к открытости и доверию в позитивной психотерапии.
3. Эмпатия. Эмпатия предполагает способность к контакту.

Неоспоримые принципы Карла Роджерса подтверждают важность именно первичных актуальных способностей. Это можно сравнить с фундаментом, на котором строится лечение и адаптация пациента.

Способность к открытости, в условиях стационара, имеет первостепенную важность среди вторичных АС. Если возможно её развивать у пациентов стационара, то вероятно и освобождение множества лежащих внутри переживаний и чувств, которые и привели человека к психопатологии. Однако, очень важно соблюдать баланс вежливости и открытости, в условиях стационарного лечения. Зачастую приходилось наблюдать, как открытое выражение эмоций (например, плача) воспринималось медицинским персоналом как ухудшение состояния человека и ему лишь добавляли дозу лекарств. Поэтому, очень важно помочь человеку найти тот способ и место выражение эмоций, которое будет безопасным для самого пациента и будет давать ему чувство облегчения. Например, в психотерапевтических группах или на индивидуальных психологических сеансах.

Стоит отметить, что через развитие контакта и первичных способностей, у пациентов стационара, происходит развитие способности к Любви. Под развитием способности к любви, в данном случае, я понимаю рост теплого, принимающего и эмпатичного отношения к себе и другим.

Особенность стадий взаимодействия (слияние, дифференциация и отделение), в данном случае заключается в том, что пациентам стационара крайне сложно их отслеживать и понимать степень отношений с другими людьми. Некоторым пациентам сложно войти в стадию слияния, так как она автоматически ассоциируется у них с опасностью. Таким пациентам требуется больше времени. На стадии дифференциации может наблюдаться некоторое сопротивление к отделению; попытки зацепиться за слияние с группой. Что может выражаться в частом возникновении чувства обиды, протеста и даже усиление остроты симптомов. Важно отметить, что в условиях стационарного лечения, где в среднем срок нахождения пациентов не принудительного лечения составляет 2-6 месяцев, нужны группы психологической поддержки, нежели полноценные закрытые группы. В группах поддержки основное

W przypadku, gdy nie ma pewności, co do tego, że nie jest to możliwe, należy skontaktować się z nami w celu uzyskania szczegółowych informacji na ten temat. Grupa поддержки проводит человека на этапе переживания глубокого психического и эмоционального кризиса.

### 3.5 Примеры из практики ведения групп в условиях стационара

Предлагается кейс одной из пациенток. Елена (имя изменено). 31 год. Наблюдается с диагнозом "Параноидная шизофрения" (F20.0). Госпитализация, во время прохождения групповой психотерапии, 14-я. На индивидуальных терапевтических встречах, а также на первом групповом занятии, пациентка была отгорожена, а ее высказывания касались сверхценных идей отношения других к Елене. Вся первую группу она просидела отодвинутой от всех, в небольшом углу. На протяжении первых встреч она вела себя схожим образом, что и на индивидуальной психотерапии: говоря о себе и пытаясь показать всю тяжесть своего положения, пациентка практически полностью отгораживалась от возможности получения поддержки, заботы и теплого отношения от других участников группы. Постепенно, у участников группы начала возникать злость и желание исправить восприятие Елены. Некоторые участники открыто выразили свою критику. Постепенно, автор вносил интервенции по поводу ощущения беспомощности, возникающего в группе и вызывающего злость и желание исправить человека. А также о том, что мы периодически сами бываем в настолько тяжелом положении, что отрицаем любую возможность помощи и поддержки со стороны. Группа достаточно быстро ушла от попыток критики Елены. Участники стали больше доверять и делиться собственным опытом. Постепенно, по истечении 5-8 встреч, Елена понемногу стала доверять участникам группы. Да, она всё еще не умела принимать заботу и поддержку, но, даже несмотря на короткий промежуток времени нахождения в группе, она перестала выставлять жесткие стены в ответ на теплую обратную связь. Вместо этого она начинала смеяться и пытаться перевести тему. Но она перестала реагировать враждебностью на желание другим ей помочь.

Столкновение между глубокой потребностью в помощи и поддержке, вместе со стойкой убежденностью в невозможности получить это для себя создает внутриличностный конфликт, в котором актуальные способности к открытости, доверию, принятию, контакту могут быть развиты во взаимодействии в психотерапевтической группе. Постепенно, приводя к возможности сближения с другими и формированию эмоционально значимых отношений.

Другая пациентка настолько полюбила группы поддержки, что ходила в них на протяжении всего срока принудительного лечения (1,5 года). Каждую встречу она ждала с нетерпением, говоря о том, что это единственное, что приносит ей помощь, интерес, чувство общности во время нахождения в стационаре. Она с глубоким интересом анализировала себя, собственное прошлое, слушала опыт других пациентов и делилась собственным.

Был опыт, когда пациенты, устанавливающие близкий доверительный контакт на групповой психотерапии, продолжали поддерживать друг друга вне стен больницы, обмениваясь личными контактами и помогая решать возникающие социальные проблемы.



Рис. 2. Основные актуальные способности, развивающиеся в стационарной групповой психотерапии и группах психологической поддержки

Как видно из схемы (s. 2), способность и потребность в контакте размещена в центре, как самая значимая и необходимая во время нахождения на стационарном лечении. Именно близкий открытый контакт с другими пациентами и специалистами, способен развить те актуальные способности, которые помогут пациенту повысить его реабилитационный потенциал.

## Заключение

1. В российской психиатрической практике необходим кардинальный пересмотр как целей функционирования психиатрических учреждений, так и их условий. Важно, чтобы основной целью была не изоляция пациентов, а помощь им, переход к более гуманному отношению. А условия должны удовлетворять потребности пациента в заботе, в теплом отношении, в надежде и помощи.

2. Психологическая служба психиатрических учреждений, в первую очередь, должна дать человеку возможность выстраивать новый способ отношений с окружающими людьми и самим собой: через индивидуальную и групповую психотерапию пациентов, заинтересованное взаимодействие с врачами и родственниками. Это развивает способности человека к дальнейшей социализации, адаптации и интеграции в общество.

3. Для многих пациентов стационарного лечения, особенно в период пандемии и изоляции, важны групповые формы работы с соблюдением необходимых защитных мер.

Таким образом, ведение групповой работы с пациентами, с точки зрения метода Позитивной и Транскультуральной Психотерапии, позволяет достаточно комплексно и осознанно подойти к руководству группой. В стационарных условиях есть возможность для развития как первичных, так и вторичных актуальных способностей. Позитивная концепция человека позволяет разглядеть в каждом пациенте его ресурсы и способности.

## Список использованных источников

- [1] КОЛПАКОВА, С., ТАРАСОВА, А. [KOLPAKOVA, S., TARASOVA, A.] (2019). *От цепей до арт-терапии. Эволюция психиатрической помощи* [From Chains to Art Therapy. The Evolution of Mental Health Care]. Научно-образовательный портал IQ, Международный центр экономики, управления и политики в области здоровья НИУ ВШЭ. URL: <https://iq.hse.ru/news/303803375.h.html> (dostęp: 20.03.2021)
- [2] ПЕЗЕШКИАН, Н (2006). *Психосоматика и позитивная психотерапия* [Psychosomatyka i psychoterapia pozytywna], М.: Институт позитивной психотерапии.
- [3] ФИЛАШИХИН В., АВЕДИСОВА А. [FILASHIKHIN V., AVEDISOVA A] (2010). Структура обращаемости больных с психическими расстройствами в частную психиатрическую службу [Struktura skierowań pacjentów z zaburzeniami psychicznymi do prywatnej służby psychiatrycznej]. *Психиатрия и психофармакотерапия*. №2, s. 4-8.

- [4] **ЦЫГАНОК, Л. [TSYGANOK, L.]** (2007). Реформирование психиатрической службы. Опыт США И Европы [Reforma służby psychiatrycznej. Doświadczenia USA i Europy]. *Независимый психиатрический журнал*, № 3. <http://test.npar.ru/journal/2007/3/reforming.htm> Dostęp 27 lutego 2021 r.
- [5] **ЯЛОМ, И. [YALOM, I.]** (2007). *Теория и практика групповой психотерапии* [Teoria i praktyka psychoterapii grupowej]. М.: Апрель Пресс.
- [6] **РОДЖЕС, К. [ROGRES, C.]** (2001). Становление личности. Взгляд на психотерапию [Stawanie się osobą. Spojrzenie na psychoterapię]. М.: Эксмо-Пресс.

## Ограничения исследования

Пандемиякоронавирусной инфекции существенно затруднила возможность проведения как терапевтических групп, так и групп психологической поддержки. Однако, с другой стороны, пандемия помогла понять важность группового взаимодействия для пациентов. В период обострения инфекции, групповой работы с пациентами не проводилось, в периоды спада заболеваемости, группы были только в некоторых отделениях с очень ограниченным количеством пациентов и применением защитных мер.

# MIĘDZYNARODOWE PRZYSŁOWIA O NADZIEI



## Friedhelm Röder

MD, DM, psychiatra, psychoterapeuta,  
emerytowany starszy lekarz Vogelsbergklinik,  
Szpital Rehabilitacji Psychosomatycznej  
(Grebhain, Niemcy)

E-mail: [roeder@gmx.net](mailto:roeder@gmx.net)

Otrzymano 05.04.2021

Zaakceptowano do publikacji

28.06.2021 Opublikowano

07.07.2021

## Streszczenie

Podstawą każdego leczenia jest nadzieja. Aby zrozumieć koncepcję pacjenta dotyczącą przyszłości i stymulować proces poszerzania horyzontu, można użyć przysłów o nadziei. Jako pomoc dla terapeuty w korzystaniu z tego narzędzia stworzono dokument DIN A 4, który oferuje zbiór międzynarodowych przysłów. Podano kilka praktycznych wskazówek, jak korzystać z tego dokumentu. Dokument ten może być również wykorzystany przez pacjenta do przekształcenia roli w rodzinie ze źródła kłopotów w źródło zachęty.

**Słowa kluczowe:** nadzieja, fantazja, przysłowie, transmutacja, psychoterapia pozytywna

## Wprowadzenie

Ze względu na ich odmienny wzorzec rozwojowy, emocjonalną i motywacyjną podstawą każdego leczenia jest nadzieja [Peseschkian, Aziz 2009, s. 64]. Nadzieja jest połączeniem dwóch zdolności. Z jednej strony jest to zdolność do zapamiętywania doświadczeń z przeszłości. Po drugiej stronie jest zdolność do wyobrażania sobie nowych, dobrych doświadczeń w przyszłości. Wyobrażenia te mogą być podobne do poprzednich lub nawet zupełnie inne.

Leczenie jest współpracą między terapeutą a pacjentem dla dobra pacjenta, zgodnie z zasadami, które mają sens dla obu stron, nawet jeśli podstawowe idee stojące za tą wizją mogą się od siebie różnić. Jako pierwszy wspólny krok muszą porozmawiać o swoich wizjach nadziei. W tym celu zaczynają od relaksującej części skomplikowanej sytuacji emocjonalnej, powodującej chęć lub potrzebę leczenia. W ten sposób unika się niebezpieczeństwa nieudanego początku pierwszego spotkania. W ten sposób szanse na pozytywne rozpoczęcie spotkania od razu rosną. A to pozytywne doświadczenie zachęca do

Wyobrażenia o dalszych pozytywnych doświadczeniach ze sobą. Im bardziej zdesperowany jest pacjent, tym ważniejsze jest skierowanie uwagi na pozytywne aspekty życia. A mówienie o nadziei jest tematem, który wszyscy od razu rozumieją. A nadzieja jest tematem, do którego każdy z członków systemu społecznego pacjenta ma stosunek, który jest w większości znany pacjentowi. Terapeuta może więc zapytać pacjenta o jego koncepcję nadziei. W ten sposób można zrozumieć pozycję społeczną pacjenta i odkryć szanse na jej zmianę.

Rozmowa o nadziei jest ważna nie tylko na początku terapii, ale także w każdej sytuacji, w której pojawia się kryzys lub już przytłoczył pacjenta nierozwiązanymi problemami. Wówczas rozmowa o nadziei jest ważnym sposobem na ustabilizowanie rozchwianego stanu emocjonalnego i tożsamości. W miarę trwania terapii, koncepcje nadziei czasami ulegają zmianie. Z tego powodu przydatne może być powracanie do wcześniejszej postawy nadziei i porównywanie jej z faktycznymi rezultatami ostatnich zmian.

Nadzieja to zdolność do kalkulowania z możliwościami, które nie są znane w teraźniejszości. Tak więc nadzieja jest ściśle



związane z fantazją. Aby rozmowa o nadziei była bardziej wystarczająca, należy zachęcać do fantazjowania zarówno pacjenta, jak i terapeutę. W tym celu Psychoterapia Pozytywna i Transkulturowa wykorzystuje technikę opowiadania historii lub przysłów. Metoda\* oferowania pacjentowi szerokiej gamy międzynarodowych przysłów o nadziei jest zaproszeniem do poszerzenia horyzontu fantazji [Peseschkian 1979, s. 7]. W tym celu opracowałem dokument formatu DIN A 4 zawierający przysłowia o nadziei z wielu miejsc i kultur [Komentarze osobiste 2009-2013; Özcan, Seuß 2013; [www.sprueche-liste.com](http://www.sprueche-liste.com); [www.sprueche.woxikon.de](http://www.sprueche.woxikon.de); [www.sprichworte-der-welt.de](http://www.sprichworte-der-welt.de)]. Niektóre z przysłów w tym zbiorze można wymienić z kilkoma pochodzącymi z kręgu kulturowego pacjenta, które są mu znane

## Zastosowanie

*Materiały z międzynarodowymi przysłowiami o nadziei:*

Jaki rodzaj nadziei masz w obliczu swoich problemów?

"Właściwie nie jest trudno dotrzeć na szczyt góry. Trzeba tylko iść wystarczająco wolno".

"Lepiej jest potknąć się, idąc nowymi drogami, niż biec w miejscu po drogach, które znasz".

Ale jak znaleźć swoją drogę i prędkość? Bez nadziei nic nie będzie możliwe.

Ale: Która nadzieja prowadzi do którego celu? Dlatego: Jaki rodzaj nadziei posiadasz?

*Międzynarodowe przysłowia:*

Gdyby nadzieja nie istniała, nie żyłbym teraz. (Niemcy)

Z jednej strony wciąż mam nadzieję, ale z drugiej wciąż wątpię. (Niemcy)

Nadzieja to coś, czego nie trzeba kupować. (Niemcy)

Czy droga przed tobą jest pogrążona w ciemności?

Pamiętaj: kurtyna jest tylko przed twoimi oczami, ale nie na twojej drodze.

(Turcja)

Bez względu na to, ile śniegu spadnie, nie utrzyma się on do lata. (Turcja)

Kiedy Bóg zamyka srebrne drzwi, otwiera złote.

(Turcja)

Jeśli nie wiesz, jak kontynuować, są jeszcze cztery możliwości rozwiązania w lewo. (Bułgaria)

Nadzieja to tylko kamizelka ratunkowa, ale nie łódź ratunkowa. (Polska)

Nadzieja bez wysiłku jest jak podróż morską bez statku. (Walia)

Ten, kto okiełzna nadzieję przed swoim wozem, będzie jechał dwa razy szybciej niż wcześniej. (Polska)

Nawet stawka ma nadzieję, że zazieleni się ponownie, gdy nadejdzie kolejna wiosna. (Finlandia)

Nadzieja jest kotwicą świata. (Bantu)

Im mniejsza jaszczurka, tym większa nadzieja, że pewnego dnia stanie się krokodylem. (Abisynia)

Nadzieja i odwaga to dwa jasne diamenty w koronie sukcesu. (Indie)

Jeśli stracisz nadzieję, która była daremna, wiele zyskasz (Włochy).

- Które przysłowie cię zachęca?
- Do podjęcia jakiego kolejnego kroku zachęca cię to przysłowie?

*Praktyczne wskazówki:*

Wydrukuj tę ulotkę i przekaz ją pacjentowi.

Poproś pacjenta o przeczytanie tej ulotki na głos. Zazwyczaj zajmuje to od dwóch do trzech minut. Pozwala to sprawdzić miarę zdolności pacjenta do czytania, co może dostarczyć informacji o stanie intelektualnym i wykryć psychotyczne zaburzenia myślenia. Słuchając czytania pacjenta, można obserwować jego spontaniczne reakcje.

Po zapoznaniu się przez pacjenta z materiałami informacyjnymi można rozpocząć z nim rozmowę na temat tych przysłów.

Pod koniec tej sesji terapeutycznej można zachęcić pacjenta do zabrania ulotki do domu, dla siebie i do zaprezentowania rodzinie. W ten sposób pomagasz pacjentowi zmienić jego rolę w domu. Bardzo często pacjent jest definiowany przez rodzinę głównie jako przyczyna kłopotów i rodzina ma nadzieję, że jego wizyta u psychiatry lub psychoterapeuty przyniesie uwolnienie dla niego i dla nich. Jeśli pacjent przedstawi im tę ulotkę, członkowie rodziny od razu dowiedzą się, że są włączeni w terapię i że będą również zachęceni. W ten sposób pacjent przekształca swoją rolę z przyczyny kłopotów w przyczynę nadziei, a pacjent może przeczytać ulotkę razem z członkami rodziny i porozmawiać o swojej sytuacji w nowy i prosty sposób. Ich dyskusja może odblokować różne blokady, które istniały w nich i między nimi.

## Wnioski

Podstawą każdego leczenia jest nadzieja. Aby zrozumieć koncepcję pacjenta dotyczącą przyszłości i stymulować proces poszerzania horyzontu, można użyć przysłów o nadziei.

W miarę postępu terapii można powrócić do tego zbioru przysłów i sprawdzić, czy proces uczenia się spowodował, że pacjent zmienił swoje ulubione przysłowie.

Jako pomoc dla terapeuty w korzystaniu z tego narzędzia stworzono dokument DIN A 4, który oferuje zbiór międzynarodowych przysłów. Podano kilka praktycznych wskazówek, jak korzystać z tego dokumentu. Dokument ten może być również później wykorzystany przez pacjenta do przekształcenia roli w rodzinie ze źródła kłopotów w źródło zachęty.

## Referencje

- [1] **ÖZCAN, C., SEUSS, R.** (2013). *Türk Atasözleri - Türkische Sprichwörter. Auswahl und Übersetzung mit Zeichnungen von Ina Seeberg* [Türk Atasözleri - Tureckie przysłowia. Wybór i tłumaczenie z rysunkami Iny Seeberg]. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 6.Auflage.
- [2] Osobiste komentarze przyjaciół, współpracowników i pacjentów, 2009-2013.
- [3] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Oriental Stories as Techniques in Positive Psychotherapy (Opowieści orientalne jako techniki psychoterapii pozytywnej)*. Author House UK. ISBN 978-1524660871
- [4] **PESESCHKIAN, N., AZIZ, A.** (2009). *Lexikon der Positiven Psychotherapie* [Leksykon psychoterapii pozytywnej]. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- [5] Sprichwörter aus aller Welt [Przysłowia z całego świata]. URL: [www.sprichworte-der-welt.de](http://www.sprichworte-der-welt.de) [dostęp: 04.04.21].

# ХАОС VS ПРОДВИЖЕНИЕ: КАК НЕ ИСЧЕЗНУТЬ В ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ

## CHAOS KONTRA PROMOCJA: JAK NIE ZNIKNAĆ W PRZESTRZENI INFORMACYJNEJ



### Оксана Фортунатова

Oksana Fortunatova  
Podstawowy konsultant psychoterapii  
pozytywnej, konsultant prywatnej praktyki  
(Kijów, Ukraina) **Email:**  
[oksfortt@gmail.com](mailto:oksfortt@gmail.com)

Otrzymano 24.03.21  
Zaakceptowano do publikacji  
28.06.2021 Opublikowano  
07.07.2021

### Аннотация

Данная статья посвящена тонкому и сложному вопросу конкуренции методов психотерапии, этике и стратегии их продвижения, задачам и цели популяризации метода, а также роли в этом каждого из нас, как носителей метода Позитивной Психотерапии. Целью статьи является привлечение внимания коллег к такому важному и ценному делу, как проявление себя в информационном пространстве и последствия отказа от такового.

**Ключевые слова:** Позитивная Психотерапия, популяризация, социальные сети, ключевой конфликт, баланс

### Streszczenie

Niniejszy artykuł poświęcony jest delikatnej i złożonej kwestii konkurencji między metodami psychoterapii, etyce i strategiom ich promowania, celom i założeniom popularyzacji metody, a także roli w tym każdego z nas jako nosicieli metody Psychoterapii Pozytywnej. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi koleżanek i kolegów na tak ważną i cenną kwestię, jaką jest manifestowanie się w przestrzeni informacyjnej i konsekwencje odmowy tego.

**Słowa kluczowe:** Psychoterapia Pozytywna, popularyzacja, sieci społeczne, konflikt kluczowy, równowaga.

### Вступление

"Мы не добиваемся правды, мы добиваемся эффекта" - говорил апологет пропаганды, не брезговавший ни серой, ни черной информацией в деле завоевания умов. Апологета сожгли, а вот его

приемы остались, вьевшись в коллективное бессознательное настолько, что уже не воспринимаются, как нечто, противоположное правде.

Причем тут мы, мирная профессия, помогающая людям стать счастливее, успешнее, здоровее? Ответ





Но голос психотерапевтов слаб и не звонок, и люди вынуждены выбирать из того, что предлагается, а возложить всю ответственность за выбор на клиента опасно.

"Ослабление когнитивных процессов и переход на "детское" правополушарное мышление - результат стресса, приводящий к принятию иррациональных решений" (Сандомирский, 2005). Таким образом, сотни тысяч людей, находящихся в тяжелых жизненных обстоятельствах, просто доверятся информационному пространству.

Но является ли сегодня информационная среда сбалансированной, объективной о методах помощи в душевных страданиях? Достаточно ли мы, как представители научного метода психотерапии, проявляемся в ней? И как мы участвуем в противостоянии?

Но противостоянием "псевдоцелители VS специалисты в области психических процессов" дело не ограничивается. Специалисты не улучшают шансы клиентов на получение эффективной помощи.

Первое, что привлекает внимание неправильностью, это оспаривание психиатрами, психотерапевтами с медицинским образованием, психотерапевтами без медицинского образования и психологами прав друг друга на психологические интервенции. Обычному человеку в этом споре почти невозможно разобраться.

Таким образом, второй уровень противостояния, в которое мы втянуты, это "психотерапевт метода VS иные специалисты в области психических процессов".

Но даже там, где сталкиваются только психотерапевты, возникает не менее яркое противостояние - противостояние методов.

Давайте проследим, в какое информационное пространство вариантов попадет современный клиент, если попытается разобраться в методах психотерапии.

"Окей, Google!"

Запрос: "лучшие методы психотерапии".

Результатов: примерно 2 640 000 (0,52 сек.)

И первый выделенный фрагмент поиска категоричен: "Эффективные методы психотерапии:

- Психоанализ
- Аналитическая психология
- Когнитивно-поведенческая терапия
- Гештальт-терапия

- Экзистенциальная терапия
- Десенсибилизация и переработка движением глаз"

Среди ссылок первых двух страниц поисковой выдачи представлены эти же методы, и увы, отсутствуют упоминание о методе ППТ.

Специалисты знают, что подобные утверждения беспочвенны, а такие заявления не этичны. Но об этом не знают и не подозревают клиенты, в чьих умах прочно поселяется мысль о том, к кому же можно обращаться.

Как обычному человеку разобраться в вопросе, какой метод психотерапии эффективен, если путаница начинается на самом высшем уровне? Так, Всемирная организация здравоохранения в "Руководстве mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения", говоря о способах психологического лечения дает двусмысленный перечень. Среди приемов интервенции упоминаются несколько методов психотерапии:

"Рекомендуется: Поведенческая активация, Обучение приемам релаксации, Терапия, направленная на решение проблем, Когнитивно-поведенческая терапия, Лечение методом управления непредвиденными обстоятельствами, Семейное психологическое консультирование или психотерапия, Интерперсональная психотерапия, Психотерапия, направленная на активизацию мотивации".

Не удивительно, что страны дублируют подобные рекомендации в своих протоколах лечения. Так, например, Украина ввела

Унифицированный клинический

протокол первичной, вторичной и третичной медицинской помощи. Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации, ПТСР; или Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной и третичной медицинской помощи. Депрессия, в утвержденном приказом МОЗ Украины 23.02.2016

№ 121, обязывает врача: "предложить пациенту и координировать с ним специализированные и высокотехнологичные виды психотерапии (терапия решения проблем, короткая когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) и

консультирование - в течение 6-8 сеансов около 10-

12 недель). Решение о месте проведения и специалисте, который будет проводить определенный вид психотерапии, принимается вместе с пациентом".

Таким образом, люди, страдающие депрессией, соматоформными расстройствами и психосоматическими заболеваниями, неврозами, ПТСР и стрессовыми расстройствами должны согласовывать с врачом психотерапевта, с которым будут работать, и он может быть только в методе КПТ.

Дискуссия о возможности научно доказать и подтвердить эффективность метода на сегодня не закрыта, и однозначный ответ не получен. Более того, сегодня идет горячая дискуссия о том, как вообще оценить эффективность психотерапии валидно (Чушке, 2015).

Таким образом, мы, как представители Позитивной психотерапии, уже втянуты (и не по своей воле) в несколько уровней противостояния.

## Обсуждение

Важно помнить, что психотерапевты постсоветского пространства и развивающихся стран, в отличие от европейских, американских коллег, на стадии "грязных" работ в деле строительства рынка психотерапевтических услуг: разгребания мусора и закладки фундамента. Этот факт напрочь лишает нас возможности почивать на лаврах победы разума над невежеством. Нам предстоит еще много работы.

Начинать нужно с освоения маркетинга, а именно азов продвижения (promocja). Основа продвижения - информирование. Это база, на которой возможна вся последующая надстройка: формирование престижности, поддержание популярности, изменение стереотипа восприятия, лояльность методу.

Давайте посмотрим, с какой плотностью информации столкнется клиент, захотев подробнее ознакомиться с методами психотерапии из вышеупомянутого перечня:

"Окей, Google!"

"Транзактный анализ" Результатов: примерно 220000 (0,54 сек.).

"Когнитивно-поведенческая терапия" Результатов: примерно 1820000 (0,58 сек.)

"Гештальт терапия" Результатов: примерно 1210000 (0,57 сек.).

"Телесно-ориентированная психотерапия"  
Результатов: примерно 1470000 (0,59 сек.)

"Психоанализ" Результатов: примерно 3100000 (0,70 сек.).

Теперь рассмотрим результат для ППТ:

"Позитивная психотерапия" Результатов: примерно 193 000

"Позитивная кросс-культурная психотерапия"  
Результатов: примерно 49 800 (0,46 сек.)

Очевидно, что такая структура - вовсе не результат количества психотерапевтов в том или ином методе. Это результат активности.

Очень важно помнить, что продвижение метода психотерапии - это совсем иной феномен, нежели продвижение товаров. По сути, мы меняем взгляд на устройство человека. Согласитесь, это о науке более, нежели об услуге. И тут важно понимать, что просто информировать не получится.

"Переход к новой парадигме не может основываться на чисто рациональных доводах, хотя этот элемент значителен. Здесь необходимы волевые факторы - убеждение и вера" (Кун, 2002).

Убеждение и вера: Верим ли мы в наш метод? Верим ли мы в себя? Знаем ли мы тонкости настолько, чтобы убеждать других в эффективности метода? Убеждаем ли?

В сегодняшних реалиях информирование - это даже не инструмент заявления о себе. Это инструмент противостояния отрицанию метода и его возможностей. Это отстаивание права быть.

Но важно учитывать, что мы не только в атмосфере научной среды, мы в реалиях конкуренции. И то, что происходит в информационном пространстве сегодня, добавляет еще один признак - конфликт. Мы часто оперируем этим понятием, ведь оно ключевое для динамического направления.

"Конфликт - серьезное разногласие, столкновение противоположных сторон, мнений, сил" (Ефремова, 2002).

Что как не конфликт, принятие акта, который навязывает пациенту определённый метод психотерапии, значительно ограничивая права и возможности пациента?

Что как не конфликт, многочисленные и столь категоричные заявления коллег из других методов: "единственный метод, который может помочь вам - это метод ХХХХ".

И тут уместно вспомнить о центральном понятии позитивной психотерапии - ключевом конфликте. В понимании ППТ метода, "имея что сказать - нужно сказать", в противном случае эта энергия становится разрушающей.

Обратимся к четырем вариантам сочетания искренности и вежливости, которым соответствует четыре типа нашего поведения (Кириченко, 2007) и адаптируем их к обсуждаемой проблеме.

"Искренняя вежливость": мы спокойно реагируем на утверждение о том, что некий метод "единственно действенный", просто игнорируя это.

"Неискренняя вежливость": уступаем из страха, вялоотделяваясь общими формулировками. Возможная причина - неверие либо не знание силы собственного метода.

"Невежливая искренность": агрессивно отстаиваем свое мнение, не заботясь об аргументах, упоывая на эмоциональный напор. "Вежливая искренность": открыто, но вежливо вступаем в диалог, запрашивая аргументы, источники, выражаем свое несогласие и предоставляем свои аргументы.

Немаловажно задуматься, как каждый из нас сегодня преимущественно реагирует на ситуацию научной и деятельной конкуренции направлений, вернее конфликт. Если это молчание, игнорирование или уходом, важно понять почему так происходит. Ведь с точки зрения ППТ метода - это не эффективно. Что мы, как психотерапевты, будем предлагать клиенту, реагирующему на конфликт таким образом?

Возвращать вежливую искренность, поскольку у иных вариантов реакции есть негативные последствия.

Нельзя не коснуться еще одного уровня противостояния: психотерапевт против самого себя. Сегодня многие коллеги, пытаясь выиграть в гонке, присваивают себе знания уровня "могу все". Например, заявляя о своей специализации во всех известных психологии расстройствах и проблемах. Или гарантируя применение всех популярных методов. Специалист 27 лет от роду заявляет о работе в 11 методах психотерапии. Некоторые "для надежности" еще и добавляют такие способности, как "энерготерапевт", "нумеролог", "астролог". "У семи нянек дитя без глазу" (*Zbyt wielu kucharzy psuje rosół*). Глубокое изучение одного метода и специализация в определенной тематике - это лучшая ли гарантия эффективности и узнаваемости.

## Заключение

Таким образом, для усиления своей бытности в информационном пространстве предложены следующие шаги.

Если многие коллеги уже пришли к необходимости иметь сайт и размещать статьи в онлайн изданиях, то активность в соцсетях все еще остается на очень низком уровне. Максимум редпринимаемых усилий заключаются в создании статического контента. Но большой поток запросов и обмен информацией сегодня происходит в объединениях по интересам: группах. Сегодня сайт относится к работе с ними, как к части своей профессии: ответы на вопросы, разъяснения, отсылка к своим статьям, или статьям коллег. Достаточно найти несколько групп по своей специализации, где люди ищут ответы.

Создание своей группы или аудитории - это более продвинутый уровень, который дает возможность целенаправленно заявлять о себе и методе. И что самое важное в группе: это регулируемое столкновение мнений и взглядов. На сегодня Фейсбук не выдал и десятка групп по запросу "Позитивная психотерапия", как в русскоязычном так и в англоязычном варианте запроса.

У каждого, кто проходил обучение на базовом и мастер курсах есть сотни страниц готовой к публикации информации. Это контрольные работы. Они могут как сразу писаться в формате статьи, так и переделываться позднее. Это полезная и творчески переработанная информация внесет весомый вклад в дело уплотнения информационного поля о нашем методе. Как в виде статей, так и постов или разъяснений.

Люди очень любят истории про людей. Каждая встреча с клиентом - это сокровищница. Короткие заметки об интересном случае (соблюдением требования конфиденциальности) вызывают живой интерес и дают возможность привлечь внимание как к проблеме, так и к методу ее разрешения.

Но если совсем не хочется писать - информационное поле предлагает говорить. Подкасты - сегодня очень востребованный сектор, и дает не меньшую возможность заявить о методе и о себе.

Сегодня как никогда важно не просто владеть информацией, а загружать ее в пространство. И не просто загружать, а помочь ей стать видимой.

Реклама - не менее важный способ в деле продвижения и метода и себя. Впечатляюще масштабную работу по изучению запретов на рекламу в этических кодексах психотерапевтических обществ разных стран провел психиатр, психотерапевт Кирилл Кошкин, в результате которой сделал однозначный вывод: запрет для психотерапевтов на рекламу - это миф. Реклама должна соответствовать этическим нормам, но она должна быть.

Подводя итог, хочется отметить самое главное - без всех этих мер в современном мире обойтись нельзя. Мы уже втянуты в информационную битву, и возможно нам не выиграть. Но есть такие битвы, где важнее не победа, а противостояние.

## Список использованных источников

- [1] TSCHUSCHKE, V., CRAMERI A., KOEMEDA M., SCHULTHESS P., VON WYL, A. & WEBER, R. (2015). *Rainer Weber Psychotherapieforschung- Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S)* [Badania nad psychoterapią Rainera Webera - Podstawowe rozważania i pierwsze wyniki naturalistycznego badania psychoterapii ambulatoryjnej w Szwajcarii (PAP-S)]. URL: [http://docplayer.org/1783348-Volker-tschuschke-aureliano-crameri-margit-koemeda-peter-schulthess-agnes-von-wyl-rainer-weber.html#show\\_full\\_text](http://docplayer.org/1783348-Volker-tschuschke-aureliano-crameri-margit-koemeda-peter-schulthess-agnes-von-wyl-rainer-weber.html#show_full_text) [dostęp: 23.03.2021].
- [2] ЕФРЕМОВА, Т. [EFREMOVA, T.] (2000). *Новый словарь русского языка* [Nowy słownik języka rosyjskiego]. М. Русский язык. 1084 с.
- [3] КАРВАСАРСКИЙ, Б. [KARVASARSKY, B.] (2002). *Психотерапия: учебник для студентов медицинских вузов* [Psychoterapia: podręcznik dla studentów medycyny]. СПб.: Питер. 672 с.
- [4] КИРИЧЕНКО, С. [KYRYCHENKO, S.] (2007) Динамический баланс и уровни ключевого конфликта личности [Dynamiczna równowaga i poziomy konfliktu kluczowych osobowości]. *Журнал Позитум-Украина....* Черкассы. №1. С. 13-15.
- [5] КОШКИН, К. [KOSHKIN, K.] (2021). *Реклама и этический кодекс психолога/психотерапевта* [Reklama i kodeks etyczny psychologa / psychoterapeuty]. URL: <https://chastnayapraktika.com/etika> [dostęp: 23.03.2021].
- [6] КУН, Т. [KUHN, T.] (2002). *Структура научных революций* [Struktura rewolucji naukowych]. Москва, Изд. Аист 605 с.
- [7] МАК-ВИЛЬЯМС, Н. [McWILLIAMS, N.] (2007). *Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе* [Diagnostyka psychoanalityczna. Zrozumienie struktury osobowości w procesie klinicznym]. Москва. Из-во Класс. 474 с.
- [8] ПЕЗЕШКИАН, Н. [PEZESKIAN, N.] (2001): *Психотерапия в повседневной жизни. Тренинг разрешения конфликтов*

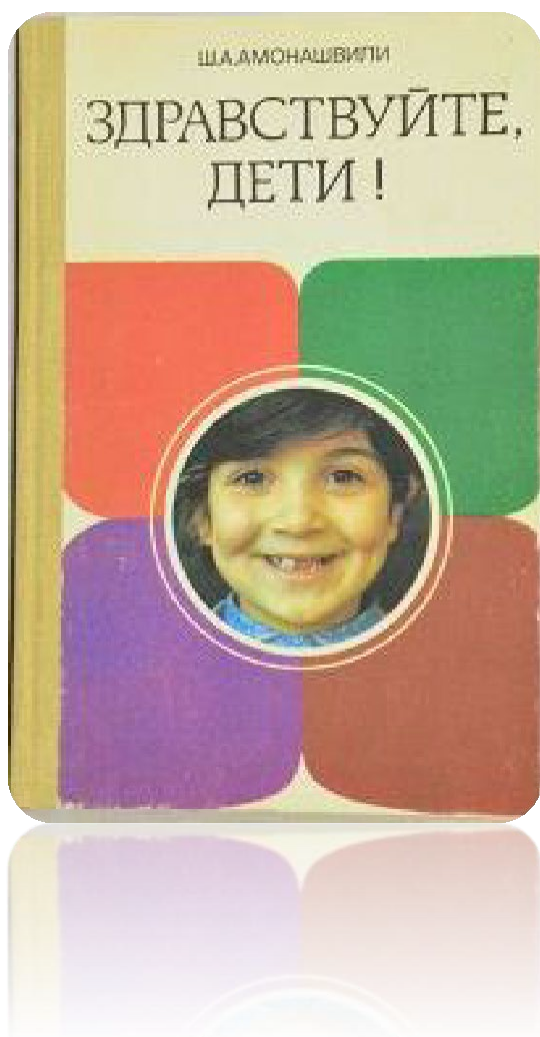
- [Psychoterapia w życiu codziennym. Trening rozwiązywania konfliktów]:  
перевод с немецкого Наумовой Ю. С. СПб.: Речь. 288 с.
- [9] **ПРИКАЗ МОЗ УКРАИНЫ** 23.02.2016 № 121. URL:  
[https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_121\\_ukpmd\\_ptsr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf)  
[dostęp: 23.03.2021].
- [10] **ПРИКАЗ МОЗ УКРАИНЫ** 23.02.2016 № 121. URL:  
[https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014\\_1003\\_ukpmd\\_depresiya.pdf](https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf)  
[dostęp: 23.03.2021].
- [11] Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения" (2018). *Всемирная организация здравоохранения*, Европейское региональное бюро, Копенгаген
- [12] **САНДОМИРСКИЙ, М. [SANDOMIRSKI, M.]** (2005). *Психосоматика и телесная психотерапия* [Psychosomatyka i psychoterapia ciała]. Москва. "Класс". 416 с.

## RECENZJA KSIĄŻKI



### подготовил Максим Чекмарев

MD, психиатр, психотерапевт, международный Мастер Тренер по ППТ, директор Амурского центра по Позитивной Психотерапии, преподаватель кафедры общественного здоровья Амурского государственного медицинского университета [pontific3@yandex.ru](mailto:pontific3@yandex.ru)



### HELLO CHILDREN! by Amonishvili, S.

### ЗДРАВСТВУЙТЕ, ДЕТИ! Ш. А. АМОНИШВИЛИ

Учебное пособие  
"Просвещение", 1983  
208 стр.

Работая в Дальневосточном Федеральном Университете во Владивостоке, я часто ездил на поездах в Благовещенск. Это почти сутки пути, в которые я брал собой книгу. Однажды я провёл эти сутки неотрывно за книгой, часто начиная плакать. Соседи по купе оглядывались, но сохраняли вежливую дистанцию. Этой книгой была "Здравствуйте, дети!" Шалвы Амонашвили издания 1983 года - документальные записи педагога о большом эксперименте в грузинских школах. Над следующей его книгой - монографией 1984 года "Воспитательная и образовательная функция оценки учения школьников" я тоже нашёл, где заплакать.

Шалва Амонашвили - грузинский педагог и психолог, создатель концепции гуманной педагогики, в этом году ему исполнилось 90 лет. С 1980-х годов его труды успели получить международное признание. Моя мотивация рассказать об одной из книг Амонашвили в научном журнале, посвящённом Позитивной и Транскультуральной Психотерапии продиктована близостью двух концепций. Много из того, о чём говорил и писал Пезешкиан в области психотерапии перекликается с идеями Амонашвили в педагогике и наоборот. В нашем методе только происходит формирование методологии позитивной педагогики, складывается понимание специфики концепции ребёнка в образовании. В гуманной педагогике эти философские основания хорошо описаны.

В качестве объекта рецензии я возьму книгу Шалвы Амонашвили 2000 года "Школа жизни", которая вышла с подзаголовком "Трактат о начальной ступени образования, основанной на принципах гуманно-личностной педагогики". Она, пожалуй, наиболее лаконично и полно описывает не

только философию, но и практику подхода, затрагивает учебный и воспитательный процесса в школе как в организации.

Книга написана уже в новом тысячелетии и вдруг - "трактат". В языке автора присутствуют намеренные архаизмы. В-первых, Амонашвили признаётся, что они служат для передачи пафоса и даже романтики педагогики. Ему чужда тенденция восприятия образования как услуги, оно непременно только служение, особая деятельность, не имеющая права потерять ощущение себя как чего-то сакрального. Во-вторых, архаизмы помогают понять, что перед нами неоклассика. После модернистского и постмодернистского подхода к образованию, то есть становления его как массового и стандартизированного явления, а затем имеющего право на плюрализм, автор предлагает задуматься о возвращении к истокам. Что такое педагогическая классика? Какие ценности утверждали в образовании Квинтиллиан, Коменский, Песталоцци, Ушинский, Корчак и Макаренко? Каждый из них предполагал, что ученик - субъект обучения, личность, раскрывающая свой потенциал.

Далее я предложу краткий обзор основных положений гуманной педагогики. Вы легко сможете оценить их близость с позитивным видением человека, что открывает возможность для транскультурального плодотворного обмена между двумя школами.

Описывая свой подход, опираясь на педагогическую классику, Амонашвили предлагает три допущения, три постулата и формулирует три движущих силы.

Три допущения связывают педагогику и духовную традицию. Вот они:

- душа человека есть реальная сущность;
- она устремлена к вечному восхождению и совершенствованию;
- земная жизнь есть отрезок пути восхождения. Здесь автор напоминает нам, что слово "школа" происходит от латинского "scale" - лестница.

Три постулата описывают наше отношение к

ребёнку в гуманной педагогике.

1. Ребёнок есть **явление** (феномен). Феноменологический подход призывает к восприятию ребёнка как уникального человека, который уже живёт, а не готовится к жизни.
2. Ребёнок несёт в себе жизненную **миссию**. В нём скрыт потенциал для прохождения уникального жизненного пути, который должен быть раскрыт и актуализирован образованием.
3. Ребёнок несёт в себе энергию **духа**. Библия говорит о том, что "Дух дышит, где хочет", таким образом и ребёнок не видит границ для своей реализации, способен и стремится выйти за пределы мира, очерченного старшими поколениями.

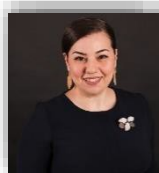
Три движущих силы обосновывают бессмысленность авторитарного педагогического мышления и постулируют компоненты природосообразного воспитания, которое способно учесть наличие следующих стремлений в душе ребёнка:

1. Стремление к развитию. Ребёнок не может не развиваться, развитие происходит через преодоление трудностей. Это который требует создания условий, а не постоянного мотивированная извне. Он нарушается только при воздействии агрессивной социальной среды, которой может стать и семья, и школа.
2. Стремление к взрослению. Ребёнок рождается не для того, чтобы остаться ребёнком, а для того, чтобы стать взрослым. Поэтому его жизнь - каждодневный выход за пределы себя. Амонашвили предлагает возвести исполнение педагогических процессов до искусства, что поможет чувствовать себя взрослым там, где он вовсе ещё не взрослый, а ребёнок.
3. Стремление к свободе. Оно означает движение к самостоятельности и автономности, которое может превратиться из возможности в реальность при содействии взрослого, через общение и совместную деятельность как с ним, так и самостоятельно.

Вне всякого сомнения, такой взгляд на ребёнка требует новое устройство школы. Современные тенденции стремятся сделать её максимально соответствующей текущим ценностям общества. Гуманная педагогика предлагает сосредоточиться на непреходящих истинах и раскрытии личностного потенциала, который включает физическое, интеллектуальное, эмоциональное и духовное развитие.

Даже беглый анализ основных положений гуманной педагогики позволяет определить этот подход как родственной позитивной психотерапии. В силу интереса у многих наших коллег к формированию нового направления - позитивной педагогики, я настоятельно советую ознакомиться как с трактатом "Школа жизни", так и с иными работами Шалвы Амонашвили.

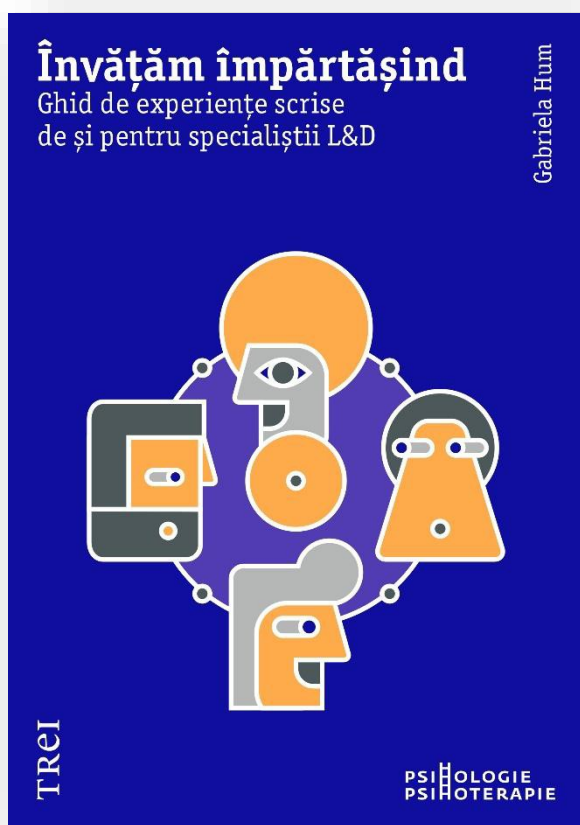
## RECENZJA KSIĄŻKI



### Diana Pop

Certyfikowany psychoterapeuta  
pozytywny, Kluż-Napoka,  
Rumunia  
[pop.iuliadiana@gmail.com](mailto:pop.iuliadiana@gmail.com)

**Zapraszam do współpracy.  
Doświadczeni specjaliści L&D,  
redakcja: Gabriela Hum**



**UCZYMY SIĘ, DZIELĄC SIĘ -  
PRZEWODNIK NAPISANY PRZEZ I  
DLA L&D  
SPECJALIŚCI [w języku  
rumuńskim]**

Wydawnictwo TREI, 2021  
348 stron  
ISBN: 9786064010124

ISSN 2710-1460

Podczas pandemii w 2020 r. osiemnastu specjalistów ds. uczenia się i rozwoju z różnych firm w Kluż-Napoka (Rumunia), koordynowanych przez Gabrielę Hum, zaczęło pisać książkę.

Rezultat?

*"Uczymy się dzieląc - przewodnik napisany przez i dla specjalistów L&D"* - Świetna 347-stronicowa książka o ich osobistych doświadczeniach związanych ze szkoleniami i zasadach, których należy przestrzegać, aby stworzyć dobre doświadczenie edukacyjne, jak prowadzić szkolenia i utrzymywać zmiany wywołane przez szkolenia w organizacjach.

Tom zawiera pięć rozdziałów, podzielonych na dwadzieścia sekcji stworzonych wokół słowa "uczenie się" i rozwój organizacyjny. Główny akcent położony jest na znaczenie uczenia się i rozwoju jako części funkcji zasobów ludzkich oraz znaczenie specjalistów ds. uczenia się i rozwoju jako partnerów biznesowych, wskazuje na aspekty techniczne, które są częścią analizy potrzeb i projektowania interwencji, programów dostarczania, uczenia się po dostarczeniu, kariery, jaką można mieć w dziale uczenia się i rozwoju oraz ekscytujące możliwości w tej dziedzinie.

Jest to nowa książka w dziedzinie HR i powinna stać się "biblią" dla każdej organizacji i dla wszystkich zainteresowanych obszarem szkoleń.

To, co zauważyłem, gdy zacząłem czytać książkę, to przystępny język, chociaż jest to książka techniczna, użyty język pozwolił mi - specjaliście od uczenia się i rozwoju - zrozumieć i zanurzyć się w tym świecie. Od pierwszego rozdziału zaciekało mnie, jak długi jest proces tworzenia szkolenia i jak wiele szczegółów jest branych pod uwagę od pierwszego punktu: potrzeby analizy szkolenia.

To książka pełna szczegółów, ale nie nudna,

WAPP

nadmierny sposób. Są to szczegóły potrzebne do zrobienia różnicy i te szczegóły, które mogą przyciągnąć uwagę uczestników, aby nastąpił proces uczenia się.

Uczucie, które pojawia się podczas czytania tej książki, nie jest ciężkie, zmęczone, ale uczucie ciekawości zmieszanej z entuzjazmem, "Ok, opowiedz mi o tym więcej".

Szczególnie podobał mi się rozdział trzeci - "Dostarczanie szkoleń", a po tytule można by się spodziewać sekcji "Jak to zrobić", ale nie, wyobraź sobie tę książkę jako labirynt, wiesz, dokąd wchodzisz, dowiesz się, jak się wydostać i otrzymasz wszystkie narzędzia, aby znaleźć wyjście, ale proces ten cię zadziwi. I to jest właściwe słowo dla tego rozdziału: niesamowity! Kiedy zaczynasz czytać ten rozdział, pierwsze zdanie brzmi: *"Kiedy przygotowujemy szkolenie, zaczynamy myśleć o nim jak o podróży. Ma ona punkt startowy, w którym spotykamy naszych partnerów, rozgrzewamy się i patrzymy na mapę, aby zobaczyć, gdzie musimy dotrzeć. Następnie rozpoczynamy podróż i przestrzegamy pewnych zasad, aby upewnić się, że wszyscy są z nami, przewodnikami. Na koniec żegnamy się i zabieramy ze sobą rzeczy, których nauczyliśmy się podczas podróży, aby dzielić się nimi i ćwiczyć je dalej.*

Czytelnik będzie zaskoczony, jak dobrze to zdanie podsumowuje cały rozdział: otwarcie, zasady grupowe, rozgrzewka przed szkoleniem i rozgrzewka przed konkretnym tematem, oczekiwania, styl uczenia się każdego - aby upewnić się, że *"każdy jest z nami, przewodnikami"*, prowadzenie szkolenia i techniki prowadzenia, dynamika grupy i facylitacja wizualna.

Kolejną rzeczą, która mi się podobała, jest akcent z ostatniego rozdziału - *"Możliwości i perspektywy w L&D"* w sekcji - *Jak szkolić trenera* - ważny aspekt i rzadko brany pod uwagę podczas prowadzenia szkolenia. Autor Calin Grigorovici podkreśla: *"Szkolenie dotyczy uczestników, a nie trenera"*, a rozdział poświęcony jest przygotowaniu trenera wokół trzech filarów: tła, pedagogiki i kształtu.

Cała książka koncentruje się nie tylko na informacjach, metodach i ćwiczeniach, ale także na ludziach: od trenera po uczestników i organizację - która w Rumunii nieśmiało zaczyna mieć kulturę uczenia się.

Na końcu każdego rozdziału czytelnik może znaleźć sekcję Referencje, przykłady ćwiczeń, narzędzia do wykorzystania w szkoleniach oraz obszar praktyki, w którym czytelnik jest zaproszony do wzięcia udziału w podróży.

Jeśli nie jesteś specjalistą ds. uczenia się i rozwoju, tak jak ja, być może Twoje pytanie będzie brzmiało: "Dlaczego warto kupić tę książkę?".

Moja odpowiedź brzmi: powinieneś ją kupić dla własnego rozwoju osobistego, ponieważ uczymy się czegoś każdego dnia i z każdym doświadczeniem, które napotykamy na żywo, możemy łatwo stać się trenerami dla naszych dzieci, klientów, studentów itp. A większość ćwiczeń i informacji zawartych w tej książce można łatwo wykorzystać w codziennej praktyce.

Proces uczenia się nie jest przeznaczony tylko dla organizacji, ale dla każdego, każdego dnia w naszym życiu.

## WAPP NEWS

- Lipiec 2021 r.

***Drodzy członkowie WAPP,***

***Drodzy przyjaciele i sympatycy Pozytywnej Psychoterapii na całym świecie,***

W ciągu ostatnich sześciu miesięcy Zarząd WAPP i Biuro Główne - przy dużym wsparciu naszych członków - wdrożyły wiele innowacyjnych pomysłów i rozwinęły istniejące projekty:

- ✓ WAPP uruchomił system monitorowania kursów.
- ✓ Zarząd WAPP opracował ulotkę informacyjną na temat samopoznania.
- ✓ Międzynarodowe wydanie podręcznika "Psychodynamicznej Psychoterapii Pozytywnej" jest w trakcie publikacji i wkrótce zostanie przetłumaczone na wiele języków.
- ✓ Zarząd WAPP opracował kryteria przyjmowania uczestników kursów mistrzowskich.
- ✓ Prezes WAPP dr Hamid Peseschkian został powołany do Rady Międzynarodowej Federacji Psychoterapii (IFP).
- ✓ Dwa spotkania online z trenerami, z których jedno poświęcone było samopoznaniu.
- ✓ Jedno spotkanie online z ośrodkami i organizatorami kursów PPT.
- ✓ Comiesięczne spotkania online Rady Dyrektorów WAPP.
- ✓ Przygotowanie międzynarodowych konferencji online i

offline. Poniżej przedstawiamy również inne istotne wiadomości.

### **Ustanowienie komitetów przez WAPP**

Światowe Stowarzyszenie Psychoterapii Pozytywnej i Transkulturowej (WAPP) utworzyło 4 komitety do dyskusji i pracy nad następującymi czterema głównymi tematami naszej organizacji: Zarządzanie; Członkostwo; Szkolenia; Publikacje.

Nasze Stowarzyszenie rozrosło się w tym roku do około 1900 członków w 36 krajach. Tematy stają się coraz bardziej złożone i szersze. Zarząd WAPP spotyka się raz w miesiącu na wideokonferencji, aby omówić stale rosnącą liczbę zagadnień. Nadal wiele tematów wymaga bliższego przyjrzenia się i zbadania - a co najważniejsze - różnych poglądów i opinii.

W związku z tym Zarząd wyznaczył kilku kolegów spośród naszych członków, aby pomogli nam przenieść nasze Stowarzyszenie na wyższy poziom. 19 z nominowanych członków zgłosiło się na ochotnika do dołączenia do komitetów. Wraz z członkami Zarządu tworzą oni następujące grupy 27 osób z 12 krajów:

| Governance Committee  | Membership Committee   | Training Committee  | Publications Committee   |
|---|--|---|--|
| Strategy, plans, headoffice, staff, agenda, board issues, annual meetings, elections, legal affairs | Membership, finance, budget, events (World Congress, ITS, conferences)                 | Trainers and trainings, evaluation, training standards, specialized courses, centers, associations, EAP/ECP | Publications, Journal supervision, translations, Social Media, Website, Internet         |
| <a href="mailto:governance-committee@positum.org">governance-committee@positum.org</a>              | <a href="mailto:membership-committee@positum.org">membership-committee@positum.org</a> | <a href="mailto:training-committee@positum.org">training-committee@positum.org</a>                          | <a href="mailto:publication-committee@positum.org">publication-committee@positum.org</a> |
| Hamid Peseschkian   | Ewa Dobiala  | Gabi Hum  | Olga Lytvynenko  |
| Raluca Ursica   | Tinia Tober  | Ivan Kirillov   | Stefanka Tomcheva  |
| Daria Krebs   | Anna Wyszadko  | Maxim Goncharov   | Irina Kuklina  |
| Fariba Karamloo   | Ekaterina Dokunova   | Natalia Khanetska   | Erick Messias  |
| Liudmyla Moskalenko   | Adela Moldovan   | Polina Efremova   | Ovidiu Damian  |
|   | Denys Lavrynenko   | Oana Bodor  | Klaudia Sujecka  |
|   |  | Ocean Liu Yang  | Oana Cuesdeanu   |
|   |  | Oleksandra Nizdran-Fedorovych   | Maksim Chekmarev   |

W przyszłości będzie więcej komitetów, podgrup komitetów lub grup roboczych, do których chętnie znajdziemy wolontariuszy.

Nowa możliwość spotkania się online ponad kontynentami i strefami czasowymi pozwala nam częściej się konsultować i spotykać, a także w końcu zacząć działać.

Pierwsze spotkanie wszystkich Komitetów odbyło się w maju, kolejne spotkania Komitetów odbywają się obecnie często i są bardzo owocne i inspirujące. Ich pomysły i sugestie są przedstawiane Zarządowi WAPP i, jeśli zostaną zatwierdzone, są realizowane w ścisłej współpracy Komitetów, Zarządu i Biura Głównego.

Z niecierpliwością czekamy na nowy rozwój, jaki przyniesie praca naszych nowych komitetów.

Bardzo dziękuję wszystkim, którzy wypełniają tę organizację życiem i doświadczeniem - a szczególne podziękowania dla naszych nowych członków Komitetu za gotowość i dodanie swoich pomysłów!

### Wybory uzupełniające w WAPP

Z powodu rezygnacji członka zarządu konieczne były wybory uzupełniające. Zarząd zwołał nadzwyczajne zgromadzenie (online), które odbyło się 29 kwietnia 2021 r. przez Zoom.



W sumie mieliśmy 11 nominacji dla członków z 8 krajów, z których 7 było gotowych do kandydowania do Zarządu WAPP. Dziękujemy za nominowanie ich i okazanie im zaufania i szacunku. Wybory były możliwe tylko poprzez głosowanie elektroniczne i odbyły się w kwietniu. W wyborach wzięło udział 311 członków uprawnionych do głosowania.

Nowo wybraną członkinią została dr Stefanka Tomcheva z Bułgarii. Ponad 50 członków z 3 kontynentów wzięło udział w nadzwyczajnym zgromadzeniu (online) w dniu 29 kwietnia, podczas którego ogłoszono wyniki wyborów uzupełniających.



## Uruchomienie nowej strony internetowej

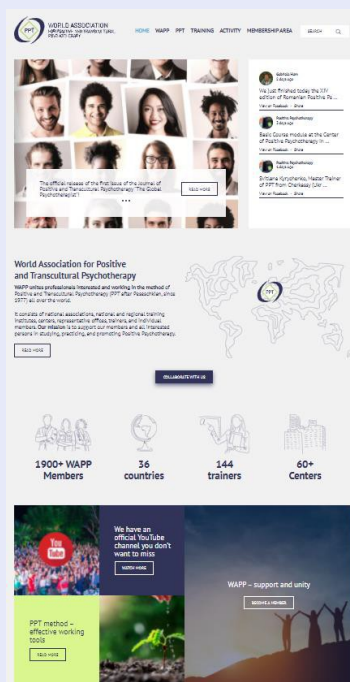
WAPP opublikował zupełnie nową stronę internetową ([www.positum.org](http://www.positum.org)). Jest ona bardziej nowoczesna, łatwa w nawigacji i pełna przydatnych informacji.

Istnieje specjalna sekcja "Publikacje", w której zebraliśmy wszystkie dostępne publikacje PPT: książki, artykuły, prezentacje, materiały szkoleniowe i promocyjne.

Można je filtrować według typu i języka.

Oczywiście nowa strona ponownie zawiera listę członków posortowaną według krajów i inne funkcje, do których przywykłeś na starej stronie.

Ma również login członkowski, który pozwala członkom WAPP uzyskać więcej informacji niż inni użytkownicy witryny. Oferuje więcej wiadomości, materiałów szkoleniowych, szczegółów na temat publikacji i artykułów.



## Międzynarodowe Seminarium Szkoleniowe (ITS) 2021 - Rejestracja jest otwarta



Z przyjemnością ogłaszamy kolejną Międzynarodową Konferencję Online na temat PPT: 9-10 października 2021 r. Ze względu na pandemię ITS ponownie odbędzie się online za pośrednictwem Zoom.

Rejestracja jest otwarta - [Zarejestruj się>>](#)

9 października 2021 r. - Dzień trenerów: tylko dla trenerów i kandydatów na trenerów - spotkania plenarne, seminaria, warsztaty na tematy związane z trenerami i szkoleniami oraz grupy samopoznania.

10 października 2021 r. - Dzień otwarty: spotkania plenarne i warsztaty - otwarte dla wszystkich.

Językiem seminarium będzie angielski i częściowo rosyjski, tłumaczenie dla poszczególnych prezentacji musi być zorganizowane przez prezentera, tłumaczenie na inne języki również należy zorganizować we własnym zakresie. Więcej informacji o programie naukowym znajduje się na naszej stronie internetowej.

***Z przyjemnością obserwujemy rozwój społeczności WAPP, a także wzrost jakości szkoleń PPT na całym świecie. Pomimo pandemii COVID-19 pandemii, WAPP pozostaje stale aktywny dzięki członkom, którzy poświęcają swój czas i wiedzę.***

Z głęboką  
wdzięcznością Zarząd WAPP i Biuro  
Główne



## INFORMACJE I WYTYCZNE DLA AUTORÓW

Pełne i aktualne "Informacje i wytyczne dla autorów" znajdują się na stronie internetowej JGP: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.

**The Global Psychotherapist (JGP)** to interdyscyplinarne czasopismo cyfrowe poświęcone Psychoterapii Pozytywnej (PPT według Peseschkiana, od 1977 r.)™. Ten recenzowany półrocznik publikuje artykuły na temat doświadczeń i zastosowania humanistyczno-psychodynamicznej metody psychoterapii pozytywnej i transkulturowej. Tematyka obejmuje artykuły badawcze dotyczące zagadnień teoretycznych i klinicznych, systematyczne przeglądy, innowacje, artykuły dotyczące zarządzania przypadkami, różne aspekty szkolenia i edukacji psychoterapeutycznej, zastosowania PPT w poradnictwie, edukacji i zarządzaniu, listy do redakcji, recenzje książek itp. Istnieje specjalna sekcja poświęcona młodym profesjonalistom, która ma na celu zachęcenie młodych kolegów do publikowania. Czasopismo przyjmuje manuskrypty z różnych kultur i krajów.

**Językami** artykułów są: angielski i rosyjski. Każdy artykuł musi mieć streszczenie w języku angielskim, a w przypadku artykułów rosyjskich - w języku angielskim i rosyjskim. W przypadku artykułów w języku angielskim autorzy mogą zwrócić się o pomoc do naszej redaktorki języka angielskiego, dr Dorothei Martin (USA/Albania). Usługa ta jest bezpłatna dla autorów. Ale dotyczy to tylko edycji, a nie tłumaczenia - e-mail za pośrednictwem [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org).

**Proces recenzji:** Wszystkie nadesłane manuskrypty - z wyjątkiem krótkich recenzji książek - zostaną zanonimizowane i wysłane do co najmniej 2 niezależnych recenzentów w celu uzyskania "podwójnie ślepych" recenzji. Ich recenzje (również anonimowe) zostaną następnie przesłane z powrotem do autora. Nadesłane artykuły są sprawdzane w systemie "Antiplagiat" i są akceptowane w przypadku zadowalającego wyniku (określanego dla każdego artykułu indywidualnie na podstawie stosunku oryginalnych fragmentów tekstu, zapożyczonych fragmentów i obecności sformalizowanych linków).

Zgłoszenia można przysyłać wyłącznie jako załącznik do wiadomości e-mail w formacie DOC, DOCX, RTF na adres [journal@positum.org](mailto:journal@positum.org).

W celu sformatowania artykułu, w tym informacji o autorach, redakcja prosi autorów o korzystanie ze specjalnych szablonów.

- Dla sekcji naukowych: [Szablon dla artykułów naukowych](#)
- Dla sekcji praktycznych: [Szablon dla artykułów praktycznych](#)
- Recenzje książek i listy są przyjmowane w dowolnej

formie. Autor może opublikować tylko jeden artykuł w danym numerze.

W wyjątkowych okolicznościach redakcja może rozważyć dłuższe artykuły (lub wariacje na temat tych wytycznych), jednak autorzy będą potrzebować specjalnej zgody redakcji przed ich przesłaniem. (Zwykle dopuszczamy 10% +/- margines błędu w liczbie słów).

# THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021  
Number 2  
Volume 1

**Piśmiennictwo:** Autor musi wymienić piśmiennictwo alfabetycznie na końcu artykułu lub na osobnym arkuszu (arkuszach), stosując podstawowy styl Harvard-APA. Lista odniesień powinna odnosić się tylko do tych odniesień, które pojawiają się w tekście, np. (Fairbairn, 1941) lub (Grostein, 1981; Ryle & Cowmeadow, 1992): przeglądy literatury i szersze bibliografie nie są akceptowane. Szczegóły wspólnego stylu Harvard-APA mogą zostać przesłane na żądanie lub są dostępne na różnych stronach internetowych.

Zasadniczo używany jest następujący format, z dokładną kapitalizacją, kursywą i interpunkcją.

Oto trzy podstawowe przykłady:

[1] W przypadku artykułów w czasopismach (tytuły czasopism nie powinny być skracane):

**FAIRBAIRN, W.R.D.** (1941). Zmieniona psychopatologia psychoz i neuropsychoz. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 22, s. 250-279.

[2] Dla książek:

**PESECHKIAN, N.** (2016). *Positive Psychosomatics: Clinical Manual of Positive Psychotherapy*, Bloomington, USA: AuthorHouse UK.

[3] Dla zasobów nieanglojęzycznych:

**ШПИГЕЛЬБЕРГ, Г. М. [SPIEGELBERG, H. M.]** (2002). *Феноменологическое движение. Историческое введение* [Ruch fenomenologiczny. Wprowadzenie historyczne]. M.: "Логос". 608 s.

[4] W przypadku rozdziałów w książkach wieloautorskich:

**PESECHKIAN H., REMMERS A.** (2020) *Psychoterapia pozytywna: Wprowadzenie*. W: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (red.), *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, (s. 3-9). Springer, Cham.

## Częstotliwość i prawa autorskie

Czasopismo ukazuje się dwa razy w roku. Czasopismo wspiera politykę otwartego dostępu opartą na zasadzie swobodnej dystrybucji informacji naukowej i globalnej wymiany wiedzy dla wspólnego postępu społecznego. Autorzy publikujący na dowolnej licencji dozwolonej przez czasopismo zachowują wszelkie prawa. Polityka redakcyjna czasopisma zezwala na deponowanie wszystkich wersji opublikowanych artykułów w instytucjonalnym lub innym repozytorium wybranym przez autora bez embarga. Redakcja czasopisma zastrzega sobie prawo do korekty artykułów zgłoszonych do publikacji.

Dalsze informacje i dane kontaktowe są dostępne na stronie internetowej JGP: <https://www.positum.org/ppt-journal/>.