

KSIĄŻKA ABSTRAKTÓW XI Sympozjum Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego

Towarzystwa Psychiatrycznego

"Psychoterapia czy psychoterapie. Dla Kogo? jaka? gdzie?"**Poznań 24-26.05.2007**

zorganizowanego przy współpracy Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego

im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

PROGRAM SYMPOZJUM:**"Psychoterapia czy psychoterapie. Dla Kogo?, jaka? , gdzie?"**

Poznań , 24-26 maja 2007

24.V.2007 czwartek

13.00 - Rejestracja

15.00 - Rozpoczęcie Sympozjum

Mgr Kazimierz Bierzyński- Przewodniczący SNP PTP

Prof. Joanna Hauser- Katedra Psychiatrii w Poznaniu

15.30-17.30 SESJA I

Prowadzenie: Dr hab. Bogdan de Barbaro, Mgr Kazimierz Bierzyński

1. Prof. Jerzy Aleksandrowicz - "Psychoterapia czy psychoterapie"

2. Dr fil. Jerzy Jakubowski - "Psychoterapia czy psychoterapie? Komu, co i kiedy?- w poszukiwaniu kryteriów decyzji"

3. Prof. Andrzej Kokoszka - "O integracji w psychoterapii"

4. Prof. Czesław Czabała - "Jaka psychoterapia ?"

17.30-18.00 Przerwa na kawę

18.00-19.30 Warsztaty I

1. Dr n. biol. Maria Rogiewicz

"Pierwsze spotkanie z pacjentem - przygotowanie do kontraktu terapeutycznego".

2. Mgr Marcelina Ptak

"Zmiana relacji klient-problem drogą do rozwiązania"

3. Dr n. med. Lidia Popek

"Wpływ relacji terapeuty - rodzice na proces psychoterapii małego dziecka"

4. Mgr Anna Gliszczyńska, mgr Monika Ścibak

"Śmierć i utrata - warsztat psychodramatyczny"

5. Lek. med. Jolanta Berezowska, Mgr Agnieszka Dębniak

"Terapia grupowa - czy podejście eklektyczne ma sens? Doświadczenia i dylematy związane z prowadzeniem ambulatoryjnej, rocznej grupy terapeutycznej dla studentów".

6. Mgr Anna Janik

"Psychoterapia w leczeniu niepłodności"

19.30... lampka wina

25.V.2007 piątek

9.00-10.30 SESJA II

Prowadzenie: Prof. Jacek Bomba, Dr n. med. Rafał Antkowiak

1. Prof. Hanna Jaklewicz, Dr Lidia Popek - "Psychoterapia małych dzieci"

2. Dr med. Anastasia Nakov- "Wczesna psychoterapia dzieci inspirowana metodą Ester Bick"

3. Mgr Krzysztof Klajs - "Strategiczna terapia rodzin w ujęciu J. Haleya - dla Kogo, kiedy, gdzie"

4. Dr hab. Bogdan de Barbaro - "Po co psychoterapii postmodernizm?"

10.30-11.00 Przerwa na kawę

11.00-13.00 Walne zebranie członków Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP

13.00-15.00 Przerwa na obiad

15.00-16.30 SESJA III

Prowadzenie: Prof. Jerzy Aleksandrowicz, Prof. Maria Siwiak-Kobayashi

1. Dr n. med. Ryszard Kamiński - "Psychoterapia w różnych działach medycyny"

2. Dr n. med. Rafał Antkowiak - "Warunki terapii"

3. Dr n. med. Roman Ciesielski - "Hipnoterapia poznawcza w leczeniu depresji"

4. Doc. dr hab. Jan Jaracz - "Psychoterapia i farmakoterapia w zaburzeniach lękowych i depresyjnych"

16.30-17.00 Przerwa na kawę

17.00-18.30 Warsztaty II i Sesja posterowa

1. Dr n. hum. Marek Jasiński

"Psychoanalityczne aspekty męskości i kobiecości w świetle stereotypów płciowych".

2. Dr n. med. Sławomir Murawiec

"Integracja pomiędzy głęboką psychoterapią a farmakoterapią"

3. Dr n. med. Roman Ciesielski

"Terapia par w ujęciu hipnoterapii ericksonowskiej"

4. Mgr Krzysztof Klajs

"Strategiczna terapia rodzin"

5. Mgr Elżbieta Czapiewska-Zejden

"Zmiana mapy wewnętrznej pacjentów z zaburzeniami lękowymi - paradygmat systemowy, pragmatyka ericksonowska"

18.30-19.30 1.Dyskusja panelowa - Prof. Jacek Bomba "Wskazania do psychoterapii w różnych podejściach" - z zaproszonymi przedstawicielami różnych podejść psychoterapeutycznych.

19.30-19.45 Podsumowanie Sympozjum

Bankiet od 20.30 (Restauracja "Pod Pretekstem" ul. Św. Marcin 80/82)

26.V.2007 sobota

10.00-11.30 Warsztaty III

1. Mgr Ewa Gruszecka

"Szatan w raju - paradoks egzystencjalny po polsku. Bogactwo uwarunkowań polskich terapeutów - możliwości rozwoju rodzimej myśli."

2. Dr med. Anastasia Nakov

" Psychoanalityczna terapia rodzin"

3. Dr n. med. Roman Ciesielski

"Hipnoterapia poznawcza w leczeniu depresji"

4. . Dr n. med. Jerzy A. Sobański, mgr Katarzyna Klasa

"Kwestionariusz osobowości KON-2006 - prezentacja narzędzia, programu komputerowego oraz wybranych przypadków klinicznych".

5. Mgr Teresa Dobiąła

"Niby wszystko wiem a ja wciąż to mam"- hipnoterapia w pracy z uporczywym objawem

Streszczenia wykładów:

Warunki terapii

Rafał Antkowiak

Warunki, które są ustalane pomiędzy pacjentem a psychoterapeutą, na jakich odbywa się psychoterapia są różnie ujmowane w zależności od podejścia psychoterapeutycznego. Np. zalecana przez terapeutów częstotliwość sesji terapeutycznych w ujęciu analitycznym waha się pomiędzy 1-3 razy w tygodniu a w podejściu systemowym 1 raz w miesiącu. Każda z tych propozycji ma swoje uzasadnienie teoretyczne. Na to, jakie ostatecznie warunki terapii zostaną przyjęte w konkretnej sytuacji ma też wpływ pacjent, który posiada pewne wyobrażenia, uprzedzenia, obawy, doświadczenia związane z przebiegiem procesu terapii, dysponuje określonymi możliwościami opłacania terapii (w zależności czy pacjent sam finansuje terapię, czy też rodzina czy też system opieki zdrowotnej czy inna instytucja finansująca leczenie), którego rodzina pragnie lub nie współuczestniczyć w terapii. W niniejszym wystąpieniu autor pragnie przyjrzeć się kwestii

warunków terapii poprzez pryzmat terapii ericksonowskiej (podając przykłady pracy Milтона H. Ericksona i omówić je używając jako klucza jednego z najważniejszych pojęć tego nurtu- zasady spożytkowania(utilization)) jak też terapii systemowej (omawiając pojęcie neutralności, wprowadzone i rozwijane przez G. Cecchina). Konkludując autor twierdzi, że umiejętność diagnozowania i dostosowywania odpowiednich warunków terapii do pacjenta i jego problemu jest jednym z najważniejszych elementów decydujących o skuteczności terapii, jednak też jednym z najtrudniejszych. Często wymagającym dużej uważności ze strony terapeuty i poddawania tego momentu terapii regularnej superwizji.

"Psychotherapia" czy "psychotherapie"?

Jerzy Witold Aleksandrowicz

Różnice między działaniami edukacyjnymi, doradztwem, pomocą itp. nazywanymi "psychoterapią" a leczeniem, psychoterapią *sensu stricte*, skłaniają do uznania wielości psychoterapii. Do takiego samego wniosku prowadzi podkreślanie różnic między psychoterapiami odwołującymi się do teorii - psychoanalitycznych, poznawczych itp.

Czy używanie określenia "psychotherapia" (w liczbie pojedynczej) jest wobec tego uzasadnione?

Czy pytanie o "skuteczność psychotherapie" jest zasadne? Oczywiście, można posługiwać się określeniem ogólnym (tak jak "farmakoterapia"), nazwą zbioru rozmaitych psychotherapie.

Czy rzeczywiście istnieje wiele psychotherapie? Odnajdywanie czynników leczących, obecnych w różnych rodzajach (modalnościach) mogłoby przemawiać za pozornością różnic między psychotherapie definiowanymi poprzez założenia teoretyczne, między formami indywidualną lub grupową itp. Z drugiej strony - wyznaczana różnicami psychopatologii odmiennosc psychotherapie zaburzeń np. nerwicowych, schizofrenii, uzależnień itp. również skłania do myślenia o "psychotherapie", a nie o "psychotherapie". Wciąż nie umiemy uporać się z takimi pytaniami.

Po co psychotherapie postmodernizm

Bogdan de Barbaro

W swoim wystąpieniu autor przedstawi elementy perspektywy postmodernistycznej, obecne we współczesnej psychotherapie, a ponadto wskaże na użyteczność niektórych technik terapeutycznych, odzwierciedlających postmodernistyczne tendencje. W szczególności omówiona zostanie - jako charakterystyczna dla postmodernizmu - perspektywa konstrukcjonizmu społecznego i jego użyteczności w terapii rodzin. W podsumowaniu omówione zostaną zalety i niebezpieczeństwa związane z aplikacją postmodernizmu w psychotherapie.

Hipnoterapia poznawcza w leczeniu depresji

Roman Ciesielski

Badania kliniczne (Kirsch 1993, Montgomery 1993, Sapirstein 1993 oraz Schoenberger 2000, Alladin 2006) wskazują na większą skuteczność terapii łączonej (terapia poznawcza i hipnoza kliniczna) w porównaniu z samą terapią poznawczą, w leczeniu różnych zaburzeń emocjonalnych, w tym depresji. Hipnoterapia poznawcza (HP) jest nowym rozwijającym się kierunkiem terapeutycznym, który integruje osiągnięcia psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz hipnozy klinicznej. Korzysta ona z dorobku Aarona Becka i Alberta, Ellisa, którzy jako pierwsi odkryli znaczenie tego jak myślimy (procesy myślowe) w odróżnieniu od tego, o czym myślimy (treść myślenia) oraz stosuje modele hipnoterapii (psychodynamiczny, ericksonowski oraz społeczny). Terapia poznawcza uaktywnia w odróżnieniu od pierwotnych wtórne procesy myślowe, a więc te związane z lewą półkulą mózgu. Wyrażają się one poprzez język werbalny, logiczny i analityczny. Hipnoza z kolei aktywizuje pierwotne procesy myślowe, w prawej półkuli mózgowej. Mają one charakter myślenia życzeniowego, wyobrażeniowego, intuicyjnego i holistycznego. Integracja obu tych podejść w ramach HP pozwala ominąć ograniczenia jakie nakłada każda z tych metod stosowana pojedynczo i uruchamia równoległe procesy -w prawej i lewej półkuli mózgu (Alladin 2006). Praca nad zniekształceniami poznawczymi w Terapii Poznawczej Beck'a czy irracjonalnymi przekonaniem w Racjonalno Emotywniej Terapii Zachowań Ellis'a są uznanymi metodami leczenia depresji. Kiedy jednak odwołujemy się do etapu poprzedzającego powstawanie zniekształceń poznawczych i irracjonalnych przekonań u pacjenta depresyjnego stwierdzamy, że staje on w sytuacji wieloznaczności zachodzących zdarzeń. Trudność w zaakceptowaniu tej wieloznaczności jest czynnikiem ryzyka depresji (Yapko 2001), bowiem prowadzi ona do błędnych interpretacji i zniekształceń poznawczych. Hipnoterapia, która zakłada podwójną logikę transu, gdzie sprzeczne przekonania, odczucia i dążenia współistnieją ze sobą i dopełniają się wzajemnie może okazać się pomocna w rozpoznaniu i zaakceptowaniu dwuznaczności i zapobiegać powstawaniu zniekształceń poznawczych.

Jaka psychoterapia?

Czesław Czabała

"Psychoterapia jest świadomym i zamierzonym zastosowaniem metod klinicznych i interpersonalnych zabiegów, pochodzących ze sprawdzonych twierdzeń nauk psychologicznych, w celu towarzyszenia ludziom przy modyfikacji ich zachowań, właściwości poznawczych, emocji i/lub innych osobistych charakterystyk na takie, które wydają się uczestnikom tego procesu pożądane" (Norcross, 1990, s. 218).

Celem psychoterapii jest modyfikacja, zmiana, właściwości osoby, które są pożądane w procesie zdrowienia. Najistotniejszym elementem tej zmiany jest ustalenie jej rodzaju. Podstawą, więc jest kontrakt terapeutyczny, w którym partnerzy interakcji terapeutycznej uzgadniają, co i jak ma być zmieniane. To "jak ma być zmieniane" polega na uzgodnieniu procedur i technologii terapeutycznych.

Terapeuta i pacjent są partnerami w procesie osiągania zmian. Terapeuta proponuje pacjentowi wiedzę i umiejętności terapeutyczne. Pacjent swoją gotowość korzystania z wiedzy i umiejętności terapeuty oraz odpowiedzialność za proces zmian i jego rezultaty.

Psychoterapia małych dzieci

Hanna Jaklewicz, Lidia Poppek

W pierwszej części naszego referatu dokonujemy krótkiego przeglądu poglądów wybitnych psychoterapeutów, ze szczególnym uwzględnieniem Anny Freud i Melanii Klein. Prezentujemy też wybrane metody pracy (terapia zabawą, rysunek, muzykoterapia) stosowane w psychoterapii małych dzieci.

W drugiej części omawiamy nasze przemyślenia wynikające z pracy z pacjentami, kładąc szczególny nacisk na bezpieczny kontakt terapeutyczny: terapeuta - dziecko - matka, który naszym zdaniem jest podstawą efektywnego procesu terapeutycznego.

Trzecia część to prezentacja psychoterapii dziecka autystycznego, w której na podstawie analizy rysunku śledzimy dynamikę wieloletniego procesu terapeutycznego.

Psychoterapia czy psychoterapie? Komu, co i kiedy?- W poszukiwaniu kryteriów decyzji.

Jerzy Jakubowski

Jest z pewnością wiele obszarów, gdzie można szukać kryteriów odpowiedzi na te pytania, oraz argumentów uzasadniających dawane odpowiedzi. Punktem wyjścia tego referatu jest rozróżnienie pomiędzy "przedmiotem poznany" - tutaj: tym, co poznajemy w badaniach naukowych, a samym procesem poznawania, czyli między tym, co poznajemy i tym jak poznajemy. Współcześni teoretycy poznawania, jak również badacze funkcjonowania mózgu, dochodzą do wniosku, że w procesie poznawania nie odtwarzamy rzeczywistości taką, jaką ona jest sama w sobie, lecz tworzymy ją. To tworzenie rzeczywistości odbywa się na poziomie indywidualnym i społecznym. Badania naukowe są jedną ze strategii w nieustannie trwającym społecznym procesie "tworzenia rzeczywistości" (a nie biernego jej odtwarzania). Jeżeli zatem nie jesteśmy w stanie poznać rzeczywistości samej w sobie, to nie możemy nigdy ocenić zgodności naszych sądów z rzeczywistym stanem rzeczy, którego te sądy dotyczą. Jedynym, więc kryterium oceny naszych sądów jest cel, do którego nasze sądy mają nas lub, kogo innego prowadzić. I tu zaczyna się historia

nie z tego świata, - bo ze światów, które indywidualnie i społecznie tworzymy usiłując przy tym udowodnić, że właśnie tak jak sądzimy jest "w rzeczywistości" ("tej rzeczywistej"). Taka perspektywa myślenia otwiera drzwi do obszarów z nowymi pytaniami i odpowiedziami. Mam nadzieję, że w czasie 30 minut zdołam zarysować przynajmniej najważniejsze kryteria szukania odpowiedzi.

Psychoterapia i farmakoterapia w zaburzeniach lękowych i depresyjnych

Jan Jaracz

Badania kliniczne, których celem było porównanie skuteczności psychoterapii (głównie poznawczo behawioralnej i interpersonalnej) i farmakoterapii wykazały podobną przydatność obu metod w leczeniu depresji i zaburzeń lękowych. Jednak wynika z nich także, że u 20-30% chorych nie uzyskuje się satysfakcjonującej poprawy po zastosowaniu jednej z wymienionych metod. Praktyczne znaczenie wyników tych badań ogranicza fakt, że ich metodologia opiera się na współczesnych systemach klasyfikacyjnych, w których kategorie diagnostyczne stanowią heterogenne pod względem etiologii grupy zaburzeń. Niestety, wskazówki, które ułatwiłyby wybór odpowiedniej metody terapii (psychoterapia czy farmakoterapia) nie zostały dostatecznie określone. O wyborze metody leczenia decyduje często przekonanie osoby leczącej o jej skuteczności oraz doświadczenie w jej stosowaniu. Ważnych informacji dostarczyć może analiza retrospektywna efektów dotychczasowego postępowania terapeutycznego. U znacznej części chorych zmiana leczenia w wyniku niepowodzenia po zastosowaniu jednej metody wiąże się z dużym prawdopodobieństwem poprawy po zastosowaniu innej lub w wyniku łącznego stosowania obu. Opublikowane zalecenia dotyczące wyboru jednej z form psychoterapii lub farmakoterapii, choć przydatne w praktyce, opierają się w małym stopniu na danych empirycznych. Dlatego podejmowane są próby określenia czynników predykcyjnych odpowiedzi terapeutycznej na różne formy psychoterapii oraz farmakoterapię. Wykazano na przykład, że w grupie chorych na przewlekłą depresję, ekspozycja na poważne wydarzenia traumatyzujące w okresie dzieciństwa wiązała się z większą skutecznością psychoterapii poznawczej. Natomiast chorych, którzy nie byli narażeni na tego typu wydarzenia skuteczniejsze było leczenie farmakologiczne.

Psychoterapia w różnych dziedzinach medycyny

Ryszard Kamiński

Miejsce i rola psychoterapii w różnych dziedzinach medycyny jest nadal przedmiotem licznych dyskusji. Medycyna, której polem działania są nauki przyrodnicze i wiedza empiryczna, poszukuje i często z sukcesem znajduje podłoże chorób somatycznych.

W swoich poszukiwaniach korzysta często z mechanistycznych i redukcjonistycznych teorii naukowych, które w swoim rozumieniu sprowadzają człowieka chorego do "jednostki chorobowej". W tak rozumianym obszarze pojawia się trudność w dostrzeganiu i podejmowaniu stanu psychicznego, jako wzajemnie przenikającego się ze stanem somatycznym.

Pojawia się pytanie, czy psychoterapia, niemylona z innymi formami pomocy psychologicznej takimi, jak np.: poradnictwo psychologiczne (counseling), interwencja kryzysowa, wsparcie psychospołeczne itp., może być z powodzeniem realizowana w różnych działach medycyny wobec pacjentów somatycznych?

Odpowiedź twierdzącą warunkuje postawienie właściwej diagnozy zjawisk (zaburzeń) psychicznych, które mogły poprzedzać i nałożyć się na stan choroby lub powstać w przebiegu i jej wyniku.

Z uwagi na to, że zdecydowana większość pacjentów somatycznych przebywa na leczeniu w szpitalu-fabryce, nieodzownym jest zwrócenie szczególnej uwagi na motywację leczenia tych pacjentów psychoterapią, a tym samym ustalenia kontraktu. Kolejną trudność, jaką można napotkać w kontekście leczenia pacjenta szpitalnego, to budowanie relacji terapeutycznej, czyli przymierza terapeutycznego.

Z uwagi na różnorodność występujących chorób w różnych działach medycyny nieodzownym jest indywidualne ustalanie procedur psychoterapeutycznych (formy, typu, metody, technik i interwencji) użytecznych w leczeniu uwzględniającym specyfikę jednostki chorobowej i przebieg zaburzeń stanu psychicznego.

Istotnym elementem procesu psychoterapii jest sam terapeuta, który w leczeniu stanu psychicznego w przebiegu różnych chorób somatycznych narażony jest na konfrontowanie się z własną bezsilnością w obliczu nieodwracalnej utraty zdrowia fizycznego lub śmierci.

Strategiczna terapia rodzin według J. Haleya. Dla Kogo?, kiedy i jak?

Krzysztof Klajs

W swoim wystąpieniu zaprezentuję założenia, rozwój i osiągnięcia strategicznej terapii rodzin, podejścia, którego zasady zostały sformułowane w drugiej połowie lat siedemdziesiątych i na początku lat osiemdziesiątych i które, ze względu na swoją terapeutyczną skuteczność, dynamicznie rozwija się do dziś. Przedstawię zalety i ograniczenia tej szkoły, podstawowe kroki i metody terapeutyczne. Przybliżę sylwetkę twórcy tej metody, zmarłego niedawno Jaya Haleya.

O integracji psychoterapii: zmiana nadawanego znaczenia jako wspólny cel głównych podejść psychoterapeutycznych.

Andrzej Kokoszka

Dotychczasowe próby integracji psychoterapii są mało skuteczne. Wielość koncepcji dotyczących mechanizmów jej działania w dobie medycyny opartej na faktach osłabia jej znaczenie jako metody leczenia. Zasadniczym założeniem proponowanego podejścia jest przyjęcie, że nadawanie znaczenia odbieranym informacjom jest złożonym, nieustannie trwającym w stanie czuwania, bardzo szybkim procesem, stanowiącym podstawę podejmowanych świadomie i nieświadomie (automatycznie) decyzji. Nadawane przez jednostkę znaczenia zależą od czynników biologicznych (np. wpływ alkoholu), psychologicznych (np. własne przekonania) i społecznych. (np. opinia społeczna). Jest ono wynikiem procesów biologicznych i psychologicznych, które obejmują aspekty poznawcze, emocjonalne i wykonawcze (behawioralne, wolicjonalne). Terapia zaburzeń psychicznych ma na celu zmianę dysfunkcyjnych znaczeń. Psychofarmakoterapia wpływa na procesy nadawania znaczenia przez aktywność neurotransmiterów (zmniejszanie nadmiernie uwypuklonych, chorobowych znaczeń). Psychoterapia poznawcza, koncentruje się na zmianie przekonań, psychoterapia psychoanalityczna/psychodynamiczna na zmianie emocjonalnych struktur; psychoterapia egzystencjalna i behawioralna na zmianie struktur odpowiedzialnych za działanie.

Zaprezentowana koncepcja stwarza perspektywę integracji różnych systemów psychoterapii wokół:

- uznania zmiany znaczenia nadawanego pewnym informacjom (treściom) jako zasadniczego celu psychoterapii,
- poszukiwania sposobów osiągnięcia takich zmian oraz oceny ich skuteczności w określonych zaburzeniach psychicznych.

Psychoterapia psychoanalityczna małych dzieci inspirowana metodą obserwacji Esther Bick.

Anastasia Nakov

Obecnie już wiemy, iż jest możliwa pomoc w cierpieniu psychicznym dzieci w ich bardzo wczesnym okresie życia, od pierwszych dni urodzenia. Z aktualnych statystyk wynika, że 10 % nowonarodzonych dzieci wchodzi w niepewne relacje ze swą matką. Ten dysfunkcyjny związek wywołuje nieufność w ich późniejszym rozwoju psychicznym. W krajach zachodnich, pomimo znacznego wzrostu ekonomicznego 5 do 10% populacji określanej jako "przypadki społeczne" -to znaczy rodziny z licznymi problemami psychospołecznymi, mają problemy w konfrontacji z trudnościami rozwojowymi ich dzieci. Zamożne klasy społeczne nie są też ochronione od patologii rozwojowej ich potomstwa. Rodziny te nie są też wolne od dysfunkcyjnych relacji i często małe dzieci z tych rodzin cierpią, one także, z powodu patologicznych więzi, które obciążają ich

psychiczną i somatyczną przyszłość. My doświadczamy, w jaki sposób nasza praca z dzieckiem, leczenie, a przede wszystkim prewencja, może dać szansę uniknięcia głębokiej, patologicznej organizacji psychicznej i somatycznej, lub stworzenia przesłanek do ominięcia głębokich cierpień w przyszłości.

Streszczenia warsztatów:

Terapia grupowa - czy podejście eklektyczne ma sens? Doświadczenia i dylematy związane z prowadzeniem ambulatoryjnej, rocznej grupy terapeutycznej dla studentów.

Jolanta Berezowska, Agnieszka Dębniak

Tematem warsztatu będzie analiza procesu grupowego prowadzonego metodą łączenia różnych, w niektórych aspektach przeciwstawnych kierunków terapeutycznych, z jednej strony terapii Gestalt i terapii ericksonowskiej, a z drugiej terapii psychodynamicznej i metody ustawień systemowych. Celem warsztatu jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie czy łączenie takich elementów jak: doświadczanie siebie teraz (podstawowa formuła terapii Gestalt), poszukiwanie zasobów i kontakt z nieświadomością (podkreślane w terapii ericksonowskiej), wgląd i poszerzanie świadomości (wiodący postulat w terapii psychodynamicznej) oraz psychodrama i przekazy transgeneracyjne (typowe dla ustawień systemowych) prowadzą do lepszego rozumienia siebie czy też do wewnętrznego chaosu, czy rozwijają i otwierają nowe możliwości czy gmatwają i tak trudne losy uczestników procesu grupowego. Kolejny dylemat stwarza pytanie czy prowadzący grupę terapeuci mogą reprezentować odmienne podstawy teoretyczne - czy będzie to prowadzić do powstania efektu synergii czy do zakłócenia procesu terapii?

Hipnoterapia poznawcza w leczeniu depresji

Roman Ciesielski

Warsztat ten jest praktycznym poszerzeniem zagadnienia poruszanego w części wykładowej, dotyczącego modelu terapeutycznego integrującego hipnoterapię ericksonowską i terapię poznawczą. We wstępnej części omawiane są ogólne zasady obu przedstawianych podejść terapeutycznych z uwzględnieniem różnic i podobieństw (kontekst relacji, budowanie nadziei i rozbudzanie motywacji). W dalszej części przedstawiona zostanie fenomenologia depresji oraz fenomenologia szczęścia z uwzględnieniem między innymi: procesów poznawczych, procesów percepcji, afektu i fizjologii, wymiaru symbolicznego, relacyjnego, historycznego i systemowego. Zaprezentowany zostanie model terapii odwołujący się do wybranych elementów fenomenologii depresji, opisujący związki między percepcją, interpretacją zdarzeń i reakcjami emocjonalnymi i

zachowaniami u pacjenta. W modelu tym nastąpi odniesienie do sytuacji "dwuznaczności" jako kontekstu, w którym zachodzą zniekształcenia poznawcze. Zostaną podane przykłady sugestii hipnotycznych, pomocnych w rozpoznawaniu i akceptowaniu "wieloznacznych" zdarzeń zachodzących w otaczającym świecie. Ponadto omówione zostanie zjawisko tak zwanej negatywnej autohipnozy (trans objawowy) i możliwości jego zamiany na trans terapeutyczny. Na koniec nastąpi odniesienie do znaczenia sugestii posthipnotycznych i zjawiska progresji czasowej i ich roli w tworzeniu kontekstu społecznego dla zachodzących zmian w terapii.

Terapia par w ujęciu hipnoterapii ericksonowskiej.

Roman Ciesielski

W części wstępnej warsztat obejmuje wprowadzenie do zasad hipnoterapii ericksonowskiej. W dalszej kolejności poruszone zostaną następujące zagadnienia:

1. Uniwersalne problemy występujące w relacjach partnerskich i małżeńskich, wśród których można wymienić:

- Ciągłe wzajemne obwinianie się
- Nadmierna eskalacja konfliktów bez ostatecznych rozwiązań
- Trudności w zdefiniowaniu wspólnej relacji
- Trudności w uznaniu własnych różnic i innych tradycji rodzinnych
- Zatarcie granic międzypokoleniowych
- Następstwa zdrady
- Pozorne czytanie w myślach i uczuciach partnera

2. Podstawowe cele w terapii par, które obejmują między innymi:

- Wzajemne dostrojenie się
- Zmianę wzorców interakcji
- Zmniejszenie reaktywności emocjonalnej w sytuacji konfliktu
- Budowanie partnerstwa (trzecia tożsamość)
- Korzystanie z zasobów rodzin pochodzenia i budowanie elastycznych granic międzypokoleniowych

3. Przykłady interwencji hipnoterapeutycznych:

- Budowanie perspektywicznych celów w związku (progresja czasowa)
- Kreowanie trzeciej tożsamości w związku partnerskim(dysocjacja/asocjacja)
- Docieranie do zasobów w relacji i ich reaktywowanie (regresja)
- Przenoszenie zasobów w nowe konteksty (most afektywny)
- Zmiana wzorców interakcji i reaktywności partnerów (trans interaktywny)

Na warsztacie zaprezentowany zostanie fragment sesji terapeutycznej obrazujący omawiane zagadnienia teoretyczne.

Zmiana mapy wewnętrznej pacjentów z zaburzeniami lękowymi - paradygmat systemowy, pragmatyka ericksonowska

Elżbieta Czapiewska-Zejden

Warsztat stanowi prezentację wieloletniej praktyki psychoterapeutki.

W procesie psychoterapii psychoterapeutka poszukuje odpowiedzi na pytania jak pracować z pacjentami, którzy zgłaszają objawy lękowe, stanowiące główną motywację do poszukiwania pomocy. Czy odwoływać się do ogólnie znanych i praktykowanych w różnych podejściach psychoterapeutycznych metod, np. poznawczo- behawioralnych? Czy też dla każdego pacjenta znaleźć indywidualny sposób pracy? W jakim paradygmacie dokonywać opisu zachodzących zmian w procesie psychoterapii? W paradygmacie systemowym akcent położony jest na relacyjne znaczenie objawów - ten paradygmat stanowi podstawę teoretyczną dla autorki. Autorka w swojej praktyce pracuje z pacjentami z zaburzeniami lękowymi, starając się spożytkować metaforyczne znaczenie objawów lękowych dla przekonstrowania tzw. "mapy wewnętrznej" pacjentów. "Mapę wewnętrzną" definiuje się jako subiektywny model świata, ukształtowany głównie przez system rodzinny.

Uczestnicy warsztatu będą mogli prześledzić procesy psychoterapii w odniesieniu do wybranych pacjentów oraz aktywnie uczestniczyć w twórczym procesie spożytkowania symbolicznego znaczenia lęku dla kształtowania zmiany "mapy wewnętrznej".

W pragmatyce ericksonowskiej metaforyczne znaczenie objawów lękowych jest wyzwaniem dla pacjenta do doświadczania zmiany w odniesieniu do samych objawów. Przewartościowanie znaczenia objawów stanowi podstawę do zmiany "mapy wewnętrznej". Pacjent w procesie psychoterapii rekonstruuje "mapę wewnętrzną", między innymi w odniesieniu do wartości. Tworzenie nowej "mapy wewnętrznej" staje się procesem definiowania osobistego modelu świata. Przypomina to opisywany przez H. Stierlina proces indywiduacji i separacji od systemu rodzinnego. Ten proces przekłada się na wypracowywanie nowych reguł kierujących zachowaniem w relacjach z rodziną i z innymi ludźmi.

"Niby już wszystko wiem a ja wciąż to mam"- hipnoterapia w pracy z uporczywym objawem
Teresa Dobiąła

W warsztacie planuję pokazać Państwu spotkanie pacjenta z powracającym objawem, bezsilność pacjenta i terapeuty wobec uporczywie powracającego objawu. Objawy są traktowane jak mowa życzliwej i przyjaznej nieświadomości, uporczywie domagającej się uwagi dla dobra pacjenta. Chcę

pokazać jak wykorzystać zjawiska transowe w kierunku uznania i pożegnania objawu, kiedy to już będzie możliwe.

Śmierć i utrata - warsztat psychodramatyczny

Anna Gliszczyńska, Monika Ścibak

Problematyka, z jaką ludzie zgłaszają się do terapii, najczęściej w sposób bezpośredni bądź pośredni łączy się z traumą, jaką w ich życiu stanowi śmierć bądź utrata ważnych osób, wartości lub uczuć. Autorki warsztatu łączą pracę terapeutyczną z pracą psychodramatyczną. Psychodrama okazuje się być bardzo twórczą i efektywną metodą w terapeutycznym przepracowaniu doznanego urazu, gdyż z natury swojej łączy elementy poznawcze, behawioralne oraz emocjonalne. Warsztat jest prezentacją psychodramatycznego rozwiązywania problemów, jakie mogą stanąć przed terapeutą oraz jego pacjentem na tej drodze. Warsztat przeznaczony jest dla terapeutów, ludzi szkolących się w psychoterapii lub psychodramie oraz wszystkich zainteresowanych tematem.

SZATAN W RAJU-paradoks egzystencjalny po polsku

Ewa Gruszecka

Europejskie współlistnienie-jak cię piszą tak się widzisz... tak wygrywasz.

Zarówno wiedza intuicyjna jak i nauki psychologiczno-społeczne opisują rzeczywistość człowieka jako złożoną i interakcyjną. Istniejemy w wielorakich konfiguracjach relacyjnych (ja dialogowe). Dynamicznie uzgadniamy realność wewnętrzną z realnością zewnętrzną, oscylując w kierunku równowagi współżycia. Warsztat daje szansę odkrycia wachlarza polskich pozycji wobec kontekstu europejskiego. Dyskretnie ociera się o pytanie czy systemowe ujęcie systemów może dać szansę życiową polskim terapeutom.

Ekologiczna pralnia totalitaryzmów- podziemie terapeutyczne.

Polacy zapraszani przez wieki do określonej pozycji społeczno-ekonomicznej mieli bolesną szansę być obszarem instalacji toksycznych systemów totalitarnych. Proces niszczący, zarówno w wymiarze biologicznym jak i duchowym, zmuszał jednocześnie do wykreowania mechanizmów oczyszczania, leczenia i walki o przetrwanie. Dziś, chcąc nie chcąc, ta wiedza tajemna jest udziałem polskich terapeutów. Kusi idea smakowania jej w wymiarze profesjonalnym.

Wysypisko niechcianych procesów- szczyt wszystkiego, czyli wieczny recycling.

Usytuowanie geograficzno-kulturowe Polski zachęca do projekcji i eksportu procesów niestrawnych, na obecnym etapie rozwoju społeczeństwa europejskiego. Polacy mają, więc szansę sensownej asymilacji i utylizacji tych odpadów. Terapeuci zaś są o parę kroków od prawdziwie satysfakcjonujących rozwiązań.

Rodzimy pomysł-tupet czy naturalna kolej rzeczy.

Naturalne bogactwo doświadczeń polskiego terapeuty, zanurzone w profesjonalnej przestrzeni, wcześniej czy później może zaowocować rodzimym pomysłem, od metody po paradygmat leczenia. Akt na granicy skandalu kulturowego może być płodnym społecznie odkryciem.

Wariacje europejskie-prawdziwa integracja.

Terapeuci istniejący klasycznie w kameralnej, indywidualno-rodzinnej czasoprzestrzeni teraz mają okazję doświadczyć spójności wielowymiarowych oddziaływań. Nie spełnią pewnie odwiecznych ludzkich marzeń. Jednak zadomowieni świadomie w makroskali społecznej mają szansę transformacji szalonych procesów kulturowych w kierunku coraz bardziej wielorakiej i zintegrowanej egzystencji.

Psychoterapia w leczeniu niepłodności

Anna Janik

Niepłodność jest traktowana jako choroba społeczna, gdyż problem ten dotyczy 12% - 15% par; w Polsce 1,5 miliona osób. Coraz częściej korzystają one z pomocy psychoterapeutów.

Sięgając do własnych doświadczeń w pracy klinicznej określe jak rozumiem udział i funkcję psychoterapii w leczeniu niepłodności. Jako podstawę wartościowej psychoterapii przyjmuję rozpoznawanie obszarów pracy dla terapeuty, świadomość i określenie granic (po stronie terapeuty i pacjenta), które warto szanować w pracy z problemami w prokreacji.

Istotna wydaje się również refleksja psychoterapeuty: „Jakie znaczenie dla osób, które leczą niepłodność ma społeczna dyskusja na ten temat i jakie ma to konsekwencje w pracy terapeutycznej.”

Psychoanalityczne aspekty męskości i kobiecości w świetle stereotypów płciowych

Marek Jasiński

Na warsztacie omawiane będą najczęściej spotykane stereotypy związane z atrybutami męskości i kobiecości. Uczestnicy tego warsztatu będą konfrontowali się z obiegowymi pojęciami w tym zakresie i psychologicznymi powodami utrzymywania się tych stereotypów. Wskażemy też na źródła tworzenia się tych stereotypów i ich konsekwencje w życiu intymnym i społecznym.

Etiologia tego zjawiska będzie rozpatrywana w ujęciu psychoanalitycznym i seksuologicznym. W celu większej przejrzystości tematu posłużę się licznymi przykładami klinicznymi, w których widoczne będą zakłócenia i zaburzenia w identyfikacji płciowej i satysfakcji czerpanej z pełnienia określonej roli płciowej.

Psychoanalityczna psychoterapia rodzin

Anastasia Nakov

Psychoanalityczne rozumienie grupy rodzinnej jako istoty, pozwala na pracę w głębi w przypadkach ciężkiej patologii, często psychotycznej, z transgeneracyjnymi korzeniami. Nie mniej, to podejście terapeutyczne jest szczególnie owocne w okresie adolescencji i w terapii patologii przypadków bardzo trudnych do leczenia, tak jak anorexia psychiczna. Wiemy z praktyki o złożoności tego zaburzenia, leczenia i ryzyka terapeutycznego.

Integracja pomiędzy głęboką psychoterapią a farmakoterapią

Sławomir Murawiec

Warsztat dotyczy pracy z osobami, które są leczone psychoterapeutycznie a jednocześnie przyjmują leki psychotropowe. Na podstawie literatury dotyczącej psychoanalitycznego rozumienia działania leków oraz własnych doświadczeń zostanie omówiony sposób, w jaki można widzieć działanie leków na poziomie psychodynamicznym. Omówione zostaną tematy: lek w kontekście funkcji ego, lek jako obiekt relacji, lek w obrębie relacji terapeutycznej, lek w kontekście procesów projekcji, identyfikacji, procesów nieświadomości.

Strategiczna Terapia rodzin

Krzysztof Klajs

Podczas zajęć będzie możliwość zapoznania się ze strategiczną terapią rodzin, zwłaszcza z pracą terapeuty podczas pierwszego spotkania z rodziną. Omówię i zademonstruję podstawowe zasady pracy i stworzę warunki do doświadczenia ich w praktyce. Warsztat stworzy przestrzeń do dyskusowania pozycji i roli terapeuty w tym podejściu oraz do refleksji superwizyjnej.

Wpływ relacji terapeuty - rodzice na proces psychoterapii małego dziecka

Lidia Popek

Warsztat dla 20 osób

Część pierwsza warsztatu ok. 30 - 40 min:

Wprowadzenie do psychoterapii małego dziecka.

Omówienie głównych nurtów w pracy psychoterapeutycznej z dziećmi z perspektywy psychoanalitycznej, systemowej, poznawczo-behawioralnej.

Omówienie metod stosowanych w pracy z dziećmi.

Rola diagnozy w psychoterapii dzieci: czy?, kogo?, po co? diagnozować.

Część druga ok. 30 min.: praca praktyczna w podgrupach

Część trzecia ok. 30 min.: dyskusja i wnioski

Zmiana relacji klient - problem drogą do rozwiązania.

Marcelina Ptak

Terapia systemowa spośród wielu szczególnie intensywnie rozwija idee nowych narracji.

Nie mamy w rozmowie terapeutycznej bezpośredniego dostępu do zdarzeń problemowych (np. napady lęku, ataki bulimiczne, moczenie nocne itp.) a tylko do ich opisów i nadanych znaczeń. Im bardziej problem spostrzegany jest jako trudny, skomplikowany tym mniej klient wykorzystuje własne możliwości i zasoby. Tym właśnie różnią się problemy, te, z którymi sobie radzimy od tych, które "radzą sobie z nami". Opis problemu determinuje postawę wobec niego a ta z kolei uruchamianie bądź nie, wewnętrznych sił.

Zapraszanie klientów do zupełnie nowego określania problemu w kategoriach odrębnego bytu lub osoby daje możliwość dostrzeżenia także jego słabych stron, nawiązania z nim relacji, dostrzegania korzyści, jakie mogą wynikać z jego pojawiania się. Sposoby realizacji takiego założenia to między innymi eksternalizacja, personifikacja, poszukiwanie wyjątków itp. Odpowiedzią na pytania stawiane w temacie sympozjum będzie przejście na metapoziom i, w oderwaniu od konkretnych rozpoznań, poszukiwanie pomysłów na "obchodzenie się" z różnymi problemem.

Kwestionariusz osobowości KON-2006 - prezentacja narzędzia, programu komputerowego oraz wybranych przypadków klinicznych.

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa

U podłoża zaburzeń nerwicowych leży dysfunkcja osobowości, którą można nazwać osobowością nerwicową, odmienne od specyficznych zaburzeń osobowości zawartych w klasyfikacji ICD-10.

Badania J.W. Aleksandrowicza i wsp. oparte na populacjach pacjentów oraz grupie kontrolnej osób nieleczonych miały na celu konstrukcję narzędzia mierzącego i opisującego to zaburzenie.

Doprowadziły one do powstania kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006. Podczas warsztatu zostaną omówione skale tworzące kwestionariusz, przedstawiony program komputerowy obliczający wyniki i tworzący przenośną bazę danych, ułatwiający korzystanie z kwestionariusza.

Uczestnicy uzyskają umiejętności jego obsługi i interpretacji wyników na przykładach wybranych przypadków klinicznych pacjentów leczonych psychoterapią.

Pierwsze spotkanie z pacjentem - przygotowanie do kontraktu psychoterapeutycznego.

Maria Rogiewicz

Plan warsztatu

1. Formułowanie problemu przez pacjenta.
2. Odbiór pacjenta przez terapeutę i związane z tym pułapki.
3. Sytuacje, kiedy konieczna jest konsultacja medyczna.
4. Wstępna propozycja ze strony psychoterapeuty.

Streszczenia posterów:

Fizjologiczne zaburzenia w nerwicach a terapeutyczne wartości ruchu (w formie choreoterapii i pracy z ciałem)

Zofia Aleszko, Małgorzata Gąsienica-Roj

U pacjentów cierpiących z powodu nerwic występują różne zaburzenia fizjologiczne, np. zaburzenia krążenia, oddychania, odżywiania, snu, sfery seksualnej i inne. Fakt ten w mniejszym lub większym stopniu utrudnia im normalne funkcjonowanie w życiu. Praktyka kliniczna dowodzi, że systematycznie stosowane formy ruchowe, takie jak choreoterapia i praca z ciałem (co ma miejsce w Klinice Nerwic w Warszawie) wywierają korzystny wpływ na stan fizjologiczny pacjentów. Wolno przypuszczać, że decydują o tym liczne wartości terapeutyczne ruchu, np. możliwość stymulowania procesów fizjologicznych, rozluźnienie i wzmacnianie mięśni, regulacja krążenia i oddechu, korygowanie postawy ciała i wiele innych. Celem niniejszego posteru jest zwrócenie uwagi na problem zaburzeń fizjologicznych w nerwicach oraz wartości terapeutyczne ruchu stosowanego systematycznie. Chodzi także o podkreślenie faktu, iż efekty uzyskiwane przy pomocy różnych form ruchu - ujętego w programy terapeutyczne, dostosowane do potrzeb i możliwości pacjentów nerwicowych - istotnie wspomagają i uzupełniają proces leczenia psychoterapią.

Doniesienie o realizacji nowej formy pomocy psychologicznej realizowanej w warunkach leczenia otwartego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznańskim Ośrodku Zdrowia Psychicznego

Monika Chrzastowska

Publiczne placówki Służby Zdrowia działają w warunkach wymagających dużej wrażliwości na dostępność pomocy terapeutycznej. Istniejące ograniczenia finansowe oraz wzrastające wymagania kwalifikacji wpłynęły na podjęcie wyzwania tzn. zrealizowania nowych form GRUPY WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO. Celem badania było sprawdzenie odbioru oferowanej usługi

terapeutycznej. Po zakończeniu 3. miesięcznej pracy w grupie (2 godziny w tygodniu) uczestnicy wypełnili ankietę ewaluacyjną biorącą pod uwagę czynniki wpływające na pracę grupy. Przedstawione zostaną wyniki badania jak też wnioski wypływające z analizy odpowiedzi udzielonych przez uczestników grupy. Podsumowanie: konieczność dostosowania się do warunków kontraktu podpisanego z NFZ, zaowocowała pozytywnym efektem kompromisowego działania wspierającego pracę lekarza psychiatry, z pracą w kameralnych warunkach terapeutycznych z psychologiem. W grupie tej trudno mówić o dynamice małych grup, nie jest to też kontakt indywidualny, z psychologiem. Pomoc psychologiczna jest realizowana w obecności świadków, którym daleko do neutralności.

Łączenie różnych form terapii w Dziennym Oddziale Leczenia Nerwic

Janina Czapnik /ordynator/, Sławomira Kwiatkowska, Katarzyna Sitnik, Katarzyna Rojewska, Monika Porwik, Sylwia Lech, Dominik Gawęda, Mariola Pilawa, Leszek Albert, Maciej Dokrzewski

Oddział Dzienny Leczenia Nerwic rozpoczął funkcjonowanie w marcu 2006 r. Pacjenci po przejściu procedury kwalifikacyjnej /do tej pory 121 osób/ - rozpoznania zgodnie z wymaganiami Funduszu mieszczą się w granicach F40.0-F48.9 i F60.0-F66.9 - przyjmowani są do oddziału i przez 12 tygodni codziennie w godzinach od 14 do 19 uczestniczą w różnych formach terapii grupowej. Początkowo wszyscy zakwalifikowani pacjenci brali udział w pełnej ofercie terapeutycznej /psychoterapia grupowa, warsztaty, psychoedukacja/, ale w czasie procedury kwalifikacyjnej spotykaliśmy pacjentów o głębszym poziomie zaburzeń /osobowość borderline, 'pogranicze', chorób afektywnych/ bardzo zmotywowanych do leczenia. To spowodowało wyodrębnienie osobnego toku postępowania terapeutycznego dla tych pacjentów. Nazwaliśmy ich 'grupą light', bo uczęszczali wyłącznie na rozszerzony program warsztatów i psychoedukację. Według tej koncepcji warsztaty terapeutyczne i psychoedukacja pełniły rolę 'terapii pomostowej', tzn. wprowadzały i przygotowywały pacjenta do bardziej zaawansowanej, intensywniejszej terapii, jaką jest terapia grupowa w konwencji psychodynamicznej z elementami terapii kognitywnej. Intencją postępowania terapeutów jest niedopuszczenie do zmarnowania motywacji pacjentów do leczenia. Pacjenci głębiej zaburzeni w czasie pobytu na 'terapii pomostowej' oswajają się z dyscypliną /regulaminem/ na zajęciach, konfrontują z własnymi dysfunkcyjnymi oczekiwaniami, uruchamiają przestrzeń psychiczną umożliwiającą dokonywanie zmian. W każdym momencie terapii pomostowej /zależało to od postępów pacjenta/ mogą kontynuować leczenie w pełnej ofercie terapeutycznej.

Do tej pory terapię ukończyło 70 osób, w tym 47 kobiet i 23 mężczyzn. Za kryterium poprawy przyjęto zmianę nastroju, usprawnienie mechanizmów obronnych, lepszą zdolność adaptacji do nowych sytuacji.

Zmiany korzystne w różnym stopniu nasilenia wystąpiły u 82% pacjentów, w tym pełna lub znaczna poprawa zauważalna jest u 40% /28 osób/, częściowa lub objawowa u 42% /30 osób/, bez poprawy wypisano 15% /12 osób/.

Zmiany funkcjonowania społecznego po rocznej psychoterapii indywidualnej lub grupowej w modelu poznawczym u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i związanymi ze stresem leczonych ambulatoryjnie w IPiN

Lilianna Engel

Celem przedstawionego fragmentu pracy jest weryfikacja hipotez dotyczących zmian funkcjonowania społecznego pacjentów badanego na trzech poziomach (sytuacje intymne, sytuacje ekspozycji społecznej oraz sytuacje wymagające asertywności). Celem większej, obszernej pracy jest ocena skuteczności nowo wprowadzonych form leczenia pacjentów w Przychodni Przyklinikowej IPiN- ambulatoryjnej psychoterapii indywidualnej i grupowej.

Metoda i osoby badane: zbadano 100 pacjentów Przychodni Przyklinikowej. Grupa eksperymentalna podjęła leczenie grupa kontrolna- oczekiwała na terapię. Pacjenci z grupy eksperymentalnej psychoterapią (indywidualna i grupową). Wobec pacjentów grupy kontrolnej nie podejmowano żadnych oddziaływań terapeutycznych. Otrzymali informację, że mogą oczekiwać na podjęcie terapii w wyznaczonym terminie, lub zgłosić się do lekarza psychiatry po pomoc farmakologiczną lub do innego ośrodka na terapię- założyłam, że wówczas nie będą już obejmowani badaniem. Po roku- w 2006r. zostało zakończone leczenie pacjentów z grupy eksperymentalnej. Pacjenci z grupy kontrolnej otrzymali propozycje podjęcia leczenia. Przebadano pacjentów kończących terapię indywidualną i grupową oraz pacjentów w grupie kontrolnej(oczekujących) przed podjęciem leczenia. Pacjenci badani byli następującymi narzędziami: Kwestionariusz ANAMNEZA (3 części - dane demograficzne, sytuacja życiowa, dane dotyczące historii choroby); Kwestionariusz objawowy "O" Katedry Psychoterapii CMUJ; Kwestionariusz osobowościowy R.B.Cattel; test Przymiotnikowy ACL- Adjective Check List H.B.Gough, A.B.Heilbrum, Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej KON 2004 Katedry Psychoterapii CUUJ; Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS-A(D) Anny Matczak Pracownia Testów Psychologicznych PTP; Kwestionariusz BHI- 12 Jerzy Trzebiński, Mariusz Zięba; Bateria Testów Komputerowych Visconsin (badanie funkcji poznawczych i parametrów związanych z neuroplastycznością mózgu). Przedstawione zostaną wyniki i wnioski dotyczące ilościowych i jakościowych zmian w funkcjonowaniu społecznym pacjentów, u jakich pacjentów i w wyniku, jakich form psychoterapii wystąpiły.

***Pierwsze interwencje diagnostyczno-terapeutyczne u pacjentek z anoreksją i bulimią
(doświadczenia własne)***

Bernadetta Izydorzyc, Barbara Czekał

Celem pracy jest przedstawienie propozycji wskazań do prowadzenia wczesnej interwencji diagnostyczno-terapeutycznej w procesie leczenia osób z zaburzeniami odżywiania w warunkach ambulatoryjnych. Przedstawione zostaną wyniki badań grupy 30 kobiet w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem oraz w zakresie nasilenia poziomu lęku. Otrzymane wyniki przyczyniły się do sformułowania wybranych wskazań do specyficznych form oddziaływań we wczesnej fazie pomocy.

***Psychoterapia pacjenta z objawami depresji i ciężką chorobą somatyczną z użyciem metody
Sandplay Therapy (Terapia w Piaskownicy)***

Łukasz Müldner-Nieckowski

Terapia w Piaskownicy (Sandplay Therapy), jest uznaną techniką stosowaną w psychoterapii pacjentów w różnym wieku (dzieci, dorośli, pary, rodziny, grupy). Technika ta jest zazwyczaj łączona z psychoterapią lub psychoanalizą werbalną (głównie analizą jungowską). Bywa także stosowana jako samodzielna metoda leczenia, jak miało to miejsce w opisywanym przypadku. Terapia w Piaskownicy pozwala na skonstruowanie - w umownej, choć namacalnej, przestrzeni symbolicznej - aktualnej konstelacji przebiegających w psychice (nieświadomości) pacjenta oddziaływań obiektów wewnątrzpsychicznych. Umożliwia ona wprowadzenie do realnej rzeczywistości, przez sieć projekcji, tych nieświadomych elementów, które w danym momencie odgrywają zasadniczą rolę w przeżywaniu i mechanizmach psychopatologicznych pacjenta. Stwarza też możliwość integracji i przemiany w sferze wewnętrznych konfliktów, determinujących patologiczne funkcjonowanie, często nawet bez konieczności świadomego wglądu w ich naturę. Pracę z piaskownicą można w tym aspekcie porównać do analizy snów lub psychodramy, w których to technikach pacjent odszukuje, a następnie integruje te treści nieświadome, które mają zasadniczy wpływ na jego życie psychiczne.

W doniesieniu przedstawiono opis przypadku półrocznej psychoterapii pacjenta z objawami depresji i chorobą Leśniowskiego-Crohna. Ze względu na liczne pobyty pacjenta w szpitalu z powodu leczenia choroby somatycznej, spotkania psychoterapeutyczne odbywały się rzadko. Dzięki zastosowaniu metody Sandplay możliwe było pogłębienie nieświadomej pracy w kierunku zmiany, co zaowocowało poprawą w zakresie objawów depresji, a także zwiększeniem zdolności do konstruktywnego rozwiązywania aktualnych trudności życiowych i adaptacji do sytuacji leczenia choroby podstawowej.

Polsko-angielsko-niemiecki słownik terminów psychologii analitycznej C.G. Junga

Łukasz Müldner-Nieckowski, Krzysztof Rutkowski

Przedstawiony słownik jest polskim opracowaniem międzynarodowego projektu International Association for Analytical Psychology (IAAP), zmierzającego do ujednoczenia używanej w tłumaczeniach terminologii psychologii analitycznej. W słowniku znajdują się hasła polskie, niemieckie i angielskie. Zawarto w nim terminy stosowane przez C.G. Junga, postjungistów, a także psychiatryczne i psychoanalityczne.

Kliniczne stosowanie psychologii analitycznej wymaga intensywnego szkolenia, w tym korzystania z prac teoretycznych tłumaczonych lub obcojęzycznych oraz niejednokrotnie terapii i (lub) superwizji w języku obcym. Głównym celem słownika jest stopniowe porządkowanie specjalistycznego słownictwa stosowanego w tłumaczeniach prac C.G. Junga i postjungistów i tym samym ułatwienie polskim psychoterapeutom studiowania psychologii analitycznej.

W opracowaniu przedstawiono strukturę słownika, metodologię pracy oraz przykłady terminów błędnie tłumaczonych i budzących wątpliwości natury językowej.

Związki nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych i nasilenia nerwicowych zaburzeń osobowości stwierdzanych przed leczeniem z końcowymi wynikami psychoterapii

Jerzy A. Sobański

Wstęp: W literaturze spotyka się opisy tzw. "efektów sufitu i podłogi" [np. 4, 5, 6] czyli mniejszych i rzadszych pogorszeń stanu pacjentów o znacznym nasileniu zaburzeń oraz mniejszych i rzadszych popraw stanu pacjentów o niewielkim nasileniu zaburzeń. Z drugiej strony niektórzy klinicyści i badacze uważają, że większe nasilenia objawów nerwicowych wiążą się z większą opornością na leczenie, inni zaś przypisują taki wpływ większym zaburzeniom osobowości towarzyszącym zaburzeniom nerwicowym. Wiązanie silniejszej motywacji i większych oczekiwań pacjenta z wyższym nasileniem dolegliwości prowadzi do przypisywania tym ostatnim pozytywnego wpływu na efektywność leczenia.

Cel pracy: Wyjaśnienie, w jakim stopniu końcowe wyniki leczenia intensywną psychoterapią prowadzoną w dziennym oddziale leczenia nerwic zależą od ciężkości zaburzeń stwierdzonych u pacjentów przed jego rozpoczęciem.

Materiał i metody: Historie chorób 914 pacjentów oddziału dziennego z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych i potwierdzającymi to rozpoznanie wynikami kwestionariuszy objawowych KO"0" [3] i testu osobowości 16PF Cattella [1, 2]. Analiza związku wartości początkowych kwestionariuszy objawowych i osobowości z względnymi zmianami wyników tych kwestionariuszy przed- i po leczeniu ocenianymi według kryteriów zaproponowanych przez Aleksandrowicza i wsp

[np. 1, 2]. Analiza rozkładów globalnych nasileń dolegliwości (OWK) i nerwicowych zaburzeń osobowości (WDN testu 16PF Cattella) przed leczeniem w grupach o różnego stopnia rozmiarze popraw lub pogorszeń w wyniku terapii ocenianych w zakresie objawów lub osobowości.

Wyniki: Większe zmiany wartości kwestionariuszy (większego stopnia poprawy) występowały częściej w grupie pacjentów bardziej zaburzonych przed leczeniem, zarówno w zakresie objawów, jak i nerwicowych zaburzeń osobowości. Zarazem jednak w grupie pacjentów z największymi nasileniami zaburzeń, zarówno w zakresie objawów, jak i osobowości, rzadziej dochodziło do znacznych popraw z wyleczeniem (redukcji liczby i nasilenia objawów lub zmniejszenia dezintegracji osobowości do wartości typowych dla osób nieleczonych), a częściej do popraw bez wyleczenia. W grupie pacjentów z niewielkimi zaburzeniami odnotowano więcej (niewielkich) pogorszeń niż w grupie ciężiej chorych.

Wnioski: Uzyskane wyniki są spójne z wynikami analogicznych badań skuteczności psychoterapii (np. efekty sufitu i podłogi). Ocena porównawcza skuteczności procesów psychoterapii powinna uwzględniać początkowe nasilenia zaburzeń, a efekty powinny być oceniane za pomocą kilku różnych narzędzi przy uwzględnieniu zarówno rozmiaru zmiany, jak i tego czy wartości końcowe zbliżają się do obserwowanych w populacji nieklinicznej.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2004.
2. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16PF R.B.Cattella w ocenie leczenia nerwic. *Psychoterapia*. 1985; 13: 47-60.
3. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr.Pol.* 1994, 28, 6, 667-676.
4. Svartberg M, Seltzer MH, Stiles TC, Khoo ST. Symptom improvement and its temporal course in short-term dynamic psychotherapy: A growth curve analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1995; 183, 4: 242-248.
5. Seligman, M. E. P. 1995: The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
6. McLeod J. An administratively created reality: some problems with the use of self-report questionnaire measures of adjustment in psychotherapy outcome research. 30th Annual Meeting of SPR, Braga 1999.

Rodzaj zaburzeń nerwicowych a wyniki leczenia psychoterapią w oddziale dziennym

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa

Wstęp: Niektóre badania prowadzą do rekomendacji odmiennych podejść i form psychoterapii dla poszczególnych zaburzeń nerwicowych, inne dowodzą podobnej skuteczności różnych psychoterapii niezależnie od rodzaju poddawanych leczeniu zaburzeń nerwicowych [więcej np. 1, 4].

Cel pracy: Określenie czy i jakie zaburzenia wiążą się z lepszymi efektami intensywnej psychoterapii prowadzonej w dziennym oddziale leczenia nerwic.

Materiał i metody: Historie chorób 914 pacjentów oddziału dziennego Zakładu Psychoterapii pracującego w podejściu integracyjnym z przewagą psychodynamicznego i poznawczego, oferującego - w intensywnym trybie codziennego leczenia - tygodniowo 15 sesji grupowych, jedną sesję indywidualną oraz jedno posiedzenie społeczności terapeutycznej [7, 8].

Ograniczono się tylko do tej podgrupy chorych z uwagi na stwierdzony wyraźny wpływ różnej intensywności terapii.

Chorzy z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych postawionym przez psychiatrów, oraz potwierdzającymi to rozpoznanie wynikami kwestionariuszy objawowych KO"0" i testu osobowości 16PF Cattella, przyjmowani byli do terapii po diagnostyce wstępnej obejmującej m.in. badanie psychiatryczne i psychologiczne. Porównanie wyników leczenia, ocenianych za pomocą wypełnianych przed i po terapii, kwestionariuszy objawowych KO"0" i testów osobowości 16PF Cattella [więcej np. 1, 2, 3, 4, 5, 6], przeprowadzono w grupach pacjentów z rozpoznaniem: 1) fobii lub zaburzeń lękowych, 2) nerwicy natręctw, 3) zaburzeń konwersyjnych/dysocjacyjnych lub somatyzacyjnych, 4) neurastenii oraz 5) dystymii. Odsetki wyników porównywano testem dla dwóch frakcji (wskaźników struktury). Istotność związku między badanymi zmiennymi, oszacowano także testem chi kwadrat. Porównywano też liczebności obserwowane i oczekiwane.

Wyniki: W badanej grupie pacjenci z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi, uzyskiwali najmniej korzystne wyniki leczenia - najrzadziej uzyskiwali znaczne poprawy objawowe z wyleczeniem, częściej osiągnęli tylko niewielkie zmiany. W zakresie nerwicowych cech osobowości pacjenci z OCD nieco częściej kończyli leczenie z pogorszeniem albo niewielką tylko poprawą. Niewielka liczebność tej podgrupy nie pozwala jednak na uzyskanie statystycznej weryfikacji istotności różnic. Pozostałe podgrupy pacjentów utworzone wg rodzaju zaburzeń uzyskały podobne wyniki leczenia, z niewielkimi różnicami, zależnymi od przyjętych metod oceny efektu, wskazującymi niekiedy na istotnie lepsze wyniki terapii pacjentów z neurastenią, innym razem - pacjentów z dystymią lub zaburzeniami konwersyjnymi lub somatyzacyjnymi. Najczęściej jednak nie stwierdzano istotnych statystycznie różnic.

Wnioski: Wyniki wskazują, że pacjenci z nerwicą natręctw są grupą szczególnie trudną do leczenia, co wiadomo także z wcześniejszych doniesień badawczych i z powszechnej wiedzy klinicznej. Prawdopodobnie wymagają większej indywidualizacji programu ich leczenia, być może także wyodrębnienia niedodiagnozowanej, odpornej na leczenie podgrupy zaburzeń rzekomonerwicowych. Ocena porównawcza skuteczności procesów psychoterapii na przykład dokonywana dla celów nadzoru lub finansowania opieki zdrowotnej powinna uwzględniać proporcje występowania poszczególnych zaburzeń w populacjach pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2004.
2. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16PF R.B. Cattella w ocenie leczenia nerwic. Psychoterapia. 1985; 13: 47-60.
3. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. Psychiatr. Pol. 1994, 28, 6, 667-676.
4. Klimowicz A. Poszukiwanie specyficznych powiązań zmian osobowości ze zmianami nasilenia objawów w zaburzeniach somatyzacyjnych i lękowych - badanie porównawcze. Psychiatr. Pol. 2003; 37, 2: 247-258.
5. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16PF R.B. Cattella w ocenie leczenia nerwic. Psychoterapia. 1985; 13: 47-60.
6. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwic - wskaźniki i kryteria zmian. Psychoterapia. 1989; 68: 53-62.
7. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romejko-Hurko A. Oddział dzienny jako forma intensywnej, kompleksowej terapii nerwic. Psychoterapia, 1979; 30: 39-45
8. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. Psychiatr. Pol. 1994; 28, 4: 421-430

Obecność niektórych objawów zaburzeń nerwicowych a końcowe wyniki intensywnego leczenia psychoterapią w oddziale dziennym

Jerzy A. Sobański

Wstęp: Obowiązujące klasyfikacje (ICD, DSM) nie są jedynym sposobem określania "profilu klinicznego" i co za tym idzie oceny "podatności na leczenie" pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Jedną z alternatyw może być podejście skupione na niektórych symptomach, na przykład zgłaszanych za pomocą kwestionariusza objawowego KO"0" [1], uznawanych za szczególnie obciążające lub "źle rokujące", wolniej lub szybciej reagujące na leczenie [np. 5, 6, 7].

Cel pracy: Sprawdzenie hipotez o mniejszej skuteczności leczenia pacjentów cierpiących na niektóre objawy nerwicowe np. natręctwa, lęk napadowy, zaburzenia seksualne i in.

Materiał i metody: Historie chorób 930 pacjentów oddziału dziennego z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych postawionym przez psychiatrów, oraz potwierdzającymi to rozpoznanie wynikami kwestionariuszy objawowych KO"0" [1] i testu osobowości 16PF Cattella [2]. Analiza związków występowania i nasilenia pojedynczych objawów z wynikami terapii - zmianami globalnego nasilenia objawów (OWK) oraz współczynnika dezintegracji osobowości (WDN), ocenianymi wg kryteriów zaproponowanych przez Aleksandrowicza i wsp [np. 3, 4]. Istotność związku występowania i nasilenia dolegliwości z kategoriami wyników leczenia oszacowano za pomocą testu chi kwadrat i analizy różnic między rozkładami liczebności obserwowanych i oczekiwanych.

Wyniki: Większe nasilenie większości pojedynczych symptomów wiązało się z wyższym początkowym globalnym nasileniem dolegliwości (OWK), a w konsekwencji dobrymi (znaczną poprawą) choć nie najlepszymi wynikami terapii (nie osiągnięcie wyleczenia). Występowanie wielu objawów a szczególnie ich wysokie nasilenie wiązało się dla kilkunastu symptomów z częstszym NIE uzyskiwaniem przez pacjentów wyleczenia objawowego (na przykład 'złe samopoczucie w sytuacjach społecznych'). Występowanie kilkunastu innych objawów w wyższych nasileniach wiązało się z częstszym uzyskiwaniem korzystnej zmiany objawów (nie równoznacznej z wyleczeniem), np. 'uleganie silnym wzruszeniom'). Znacznie więcej związków stwierdzono dla bardziej szczegółowej kategoryzacji wyników leczenia - uwzględniającej zarazem stopień poprawy jak i osiągnięcie wyleczenia. Okazało się, że dla większości symptomów ich obecność a szczególnie wysokie nasilenie wiązało się zarazem z uzyskiwaniem znacznej poprawy jednak - częściej - bez wyleczenia objawowego. Wyniki w zakresie osobowości wiązały się w mniejszym stopniu z występowaniem i nasileniem objawów zaznaczonych w kwestionariuszu KO"0" przed leczeniem. Podobnie jak dla zmian OWK, okazało się, że większe nasilenia objawów wiązały się z rzadszym wyleczeniem w zakresie osobowości, częstszą poprawą WDN, oraz znacznymi poprawami WDN bez wyleczenia. Osiem objawów było związane z ryzykiem pogorszenia osobowościowego: poczucie świata za mgłą, uczucie życia jak we śnie, zab.równowagi, omdlenia, lęk przed utratą kontroli lub katastrofą, nadmiar śliny w ustach, wybuchy złości, okresowa afonia.

Wnioski: Potwierdzenie znajduje przede wszystkim opisana w literaturze prawidłowość, że większe zmiany (zazwyczaj znaczne poprawy) obserwuje się u bardziej zaburzonych pacjentów. Można to wyjaśniać wpływem większego cierpienia na motywację do aktywnego uczestnictwa nawet w uciążliwej psychoterapii ale także powiązać z konstrukcją narzędzi badawczych, wykazujących efekty oddziaływania w postaci spadku nasilenia wielu objawów zaburzeń

nerwicowych. Poszczególne objawy (nawet skrajnie nasilone) wydają się mieć niewielki i nieczęsto obserwowany związek z końcowymi efektami terapii.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr.Pol.* 1994, 28, 6, 667-676.
2. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16PF R.B.Cattella w ocenie leczenia nerwic. *Psychoterapia.* 1985; 13: 47-60.
3. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwic - wskaźniki i kryteria zmian. *Psychoterapia.* 1989; 68: 53-62.
4. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. *Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2004.*
5. Sobański JA. Zmiany objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym i ich związek z wynikami leczenia. *Przegląd piśmiennictwa. Psychoterapia.* 2004, 130, 3: 81-90.
6. Sobański JA. Dynamika globalnego nasilenia objawów zaburzeń nerwicowych podczas intensywnej psychoterapii na oddziale dziennym. *Psychoterapia* 2004, 131, 4: 77-87.
7. Sobański JA. Różnice szybkości ustępowania objawów zaburzeń nerwicowych. *Psychoterapia.* 2005, 132, 1: 81-92.

Realizacja założeń teoretycznych w warunkach klinicznych. Analiza protokołów sporządzonych przez sędziów kompetentnych obserwujących psychoterapie indywidualne

Jerzy A. Sobański

Wstęp: Podejścia teoretyczne wydają się z założenia różnicować ośrodki psychoterapeutyczne i samych psychoterapeutów, jednak wiele obserwacji klinicznych i doniesień badawczych wskazuje na upodabnianie się zachowań specjalistów o długim stażu pracy, analogie między interwencjami lub ich celami, oraz podobne rozumienie, jeśli nie psychopatologii, to strategii i taktyki leczenia.

Cel pracy: Analiza zaobserwowanej w "eksperymentie klinicznym" niezgodności zachowań terapeutów z zakładanym podejściem teoretycznym.

Materiał i metody: Historie chorób 37 pacjentów leczonych w ramach programu badawczego porównującego skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej w leczeniu wybranych zaburzeń nerwicowych [1]. Leczenie prowadziły cztery doświadczone psychoterapeutki - uczące psychoterapii, w tym dwie certyfikowane superwizorki SNP PTP, dodatkowo przeszkolone zgodnie z wymaganiami protokołu badawczego w zakresie utrzymywania założonego podejścia teoretycznego. Protokoły oceny zgodności sesji psychoterapii z zakładanym podejściem teoretycznym sporządzone zostały przez obserwujących je przeszkolonych sędziów kompetentnych

- pięciu psychoterapeutów po ukończonym kursie psychoterapii. Porównano odsetki występowania poszczególnych odnotowanych zachowań terapeutów, uwzględniając elementy niezgodne, charakterystyczne dla "nieplanowanego" podejścia teoretycznego.

Wyniki: W analizowanych 18 procesach terapii indywidualnych w podejściu dynamicznym (402 sesje) i 19 poznawczym (437 sesje) często występowała znaczna ilość elementów nie należących do zakładanego podejścia teoretycznego. W 25 z 37 analizowanych procesów, odsetek zachowań terapeuty (określonych interwencji, rodzaju pracy z objawem etc.) zgodnych z założeniami podejścia wynosił 80-100%, w pozostałych dwunastu 64-79%. W podejściu dynamicznym obserwowano przeciętnie 6 interpretacji i 7 klaryfikacji na sesję, jednak spotykano je także w podejściu poznawczym - choć było ich znacznie mniej - średnio po jednej na sesję. Podawanie alternatyw zdarzało się średnio 6 razy na sesję terapii poznawczej ale przeciętnie 2 razy na sesję terapii psychodynamicznej, podważanie schematów średnio 5 razy w sesji poznawczej i przeciętnie raz na sesję psychodynamiczną. Przeciętna częstość interwencji w obu podejściach była zbliżona. Ogólnie mniejszą aktywność terapeuty zaobserwowano w procesach o najlepszych efektach w zakresie osobowości, natomiast w zakresie objawów większa częstość interwencji terapeuty łączyła się z najlepszymi wynikami tylko w terapiach w podejściu poznawczym.

Wnioski: Stosowane założenia teoretyczne często mogą stanowić raczej umowne nastawienie leczących niż mieć obiektywne odzwierciedlenie w zachowaniach terapeuty. Nawet interwencje bardzo typowe dla "przeciwego" podejścia i w założeniu unikane pojawiały się stosunkowo często. Prawdopodobnie "konieczność kliniczna" wymusza na leczących zachowania "eklektyczne" być może nawet leżące poza ich świadomą intencją. Ponadto wszechstronne wykształcenie i duże doświadczenie terapeutów - nauczycieli psychoterapii, może im dodatkowo utrudniać oddalenie się od optymalnego elastycznego funkcjonowania.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2004.
2. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. Wpływ sposobu interweniowania na efekty psychoterapii. Psychoterapia 1992; 82: 9-22.
3. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. Wpływ niektórych cech interakcji między pacjentami a psychoterapeutą na wyniki indywidualnej psychoterapii nerwic. Psychoterapia 1992; 83: 47-53.
4. Eells TD. Generating and Generalizing Knowledge About Psychotherapy From Pragmatic Case Studies. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy. 2007; 3, 1: 35-54

Czynniki długości pobytu i intensywności psychoterapii a wyniki leczenia w oddziale dziennym

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa

Wstęp: Psychoterapie mało intensywne obejmujące jedną-dwie sesje w tygodniu [6] oraz intensywne programy leczenia w oddziałach terapii nerwic [4, 5] lub zaburzeń osobowości obejmujące kilka-kilkanaście godzin w tygodniu, to dwie najczęstsze modalności psychoterapii. Ich efektywność została już wielokrotnie opisana, jednak znacznie mniej przeprowadzono porównań skutków psychoterapii różniących się intensywnością (liczbą sesji w tygodniu) oraz długością leczenia (łącznie czasem trwania) [np. 1].

Cel pracy: Analiza porównawcza skuteczności leczenia psychoterapią zaburzeń nerwicowych, prowadzonego z różną intensywnością, przy uwzględnieniu łącznej długości pobytu w oddziale dziennym.

Materiał i metody: Historie chorób 1358 pacjentów cierpiących na zaburzenia nerwicowe, leczonych 5 lub 3 razy w tygodniu (przez 17 lub 10 sesji tygodniowo) przez 8-18 tygodni. Porównanie wyników leczenia ocenianych za pomocą kwestionariuszy objawowych KO"0" [3] i kwestionariuszy osobowości 16 PF Cattella, wypełnianych przed leczeniem i w dniu jego zakończenia. Analiza krzywych wzrostu [vide np. 6] odsetków skumulowanych różnego stopnia popraw (kategorie zmian jak w [1, 2]) uzyskiwanych w obu formach terapii.

Wyniki: W badanej grupie przynajmniej niewielkie poprawy objawowe uzyskało 86% pacjentów, zarówno leczonych przez 16 jak i 10 sesji w tygodniu, w zakresie osobowości poprawy takie uzyskało 78% pacjentów leczonych bardziej intensywnie i 72% pacjentów leczonych mniej intensywnie (ta grupa istotnie częściej nie doznała żadnych zmian). Wyniki uznawane za wyleczenia objawowe osiągnęło 53% pacjentów terapii intensywnej i 47% pacjentów leczonych przez mniejszą liczbę sesji w tygodniu. Wyleczenia w zakresie osobowości stwierdzono u 28% pacjentów leczenia intensywnego i tylko 20% leczonych mniej intensywnie. Narastające z czasem leczenia skumulowane odsetki popraw w obu obszarach wyników są takie same tylko dla objawów i to dopiero po ok. 16 tygodniach (160 sesjach) leczenia mniej intensywnego. Odsetki takie dla zmian osobowości, w obu formach terapii, jedynie zbliżają się (nawet po 18 tygodniach przewagę ma leczenie bardziej intensywne). Skumulowane odsetki wyleczeń objawowych dla leczenia mniej intensywnego jedynie zbliżają się do wyników terapii bardziej intensywnej. Podobnie dzieje się w zakresie pełnej poprawy osobowości. Pierwsze istotne wzrosty odsetka korzystnych efektów (zarówno w zakresie objawów jak i osobowości) zaczynają się od 9 tygodnia terapii, niezależnie od intensywności leczenia, natomiast w leczeniu intensywnym przestają istotnie wzrastać dla grupy pacjentów leczonych powyżej 14-16 tygodni.

Wnioski: Uzyskanie jakiegokolwiek poprawy objawowej jest w psychoterapii stosunkowo częste i podobnie częste w zakresie objawów w leczeniu bardziej intensywnym jak i znacznie mniej

intensywnym. Pomiar popraw w zakresie osobowości wskazuje jednak na mniejszą skuteczność leczenia o podobnej długości, jednak mniej intensywnego. Natomiast przy uwzględnieniu najbardziej korzystnych wyników leczenia okazuje się, że psychoterapia o większej intensywności jest bardziej skuteczna zarówno w zakresie objawów, jak i osobowości.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2004.
2. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16PF RB.Cattella w ocenie leczenia nerwic. Psychoterapia. 1985; 13: 47-60.
3. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. Psychiatr.Pol. 1994, 28, 6, 667-676.
4. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romejko-Hurko A. Oddział dzienny jako forma intensywnej, kompleksowej terapii nerwic. Psychoterapia, 1979; 30: 39-45
5. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. Psychiatr. Pol. 1994; 28, 4: 421-430
6. Howard KI, Kopta SM, Krause M. i in. The dose-response relationship in psychotherapy. American Psychologist. 1986; 41: 159-164.

Zbieżność ocen wyniku psychoterapii w oddziale dziennym za pomocą kwestionariusza osobowości nerwicowej KON-2006 i kwestionariusza objawowego KO"0"

Jerzy A. Sobański

Wstęp: W efekcie psychoterapii najczęściej dochodzi do poprawy objawowej, jednak nie zawsze końcowe wyniki leczenia chorych leżą w zakresie wartości typowych dla osób zdrowych, a jeszcze rzadziej dochodzi do analogicznych - najkorzystniejszych zmian w zakresie osobowości [np. 2]. Dlatego pełna ocena skuteczności psychoterapii wymaga połączonej oceny za pomocą przynajmniej dwóch narzędzi - najlepiej odnoszących się do różnych obszarów wyniku - zmian objawowych i osobowości. Wprowadzenie nowego kwestionariusza stwarza potrzebę badania zbieżności ocen wyniku leczenia uzyskanych za jego pomocą, z pochodzącymi od innych narzędzi.

Cel pracy: Analiza zbieżności ocen wyników leczenia dokonanych za pomocą kwestionariusza KO"0" i kwestionariusza KON-2006

Materiał i metody: Historie chorób 246 pacjentów (180 kobiet i 66 mężczyzn) leczonych w oddziale dziennym z powodu zaburzeń nerwicowych (potwierdzonych wynikiem testów), intensywną psychoterapią prowadzoną w podejściu integracyjnym z przewagą podejścia psychodynamicznego [6, 7]. Analiza zmian w kwestionariuszach objawowych i osobowości wypełnianych przed i po terapii, oraz analiza rozkładu poszczególnych kategorii wyników leczenia

[2, 5] ocenianych za pomocą kwestionariusza KO"0" [4] i kwestionariusza KON-2006 [1]. Ocena związku między wynikami dokonana za pomocą testu chi kwadrat.

Wyniki: Odsetek poprawy (znacznej lub niewielkiej) zarówno w kwestionariuszu osobowości nerwicowej KON-2006, jak i kwestionariuszu objawowym KO"0" wyniósł 72,4%, braku zmian w obu testach 3,7%, pogorszeń w KON-2006 i KO"0" stwierdzono 1,7%. Zatem zgodność wyników w kwestionariuszach KON-2006 i KO"0" wyniosła łącznie 78%. Pozostałe wyniki to 4,1% popraw objawowych z pogorszeniem w zakresie osobowości, 11,0% popraw objawowych bez istotnych zmian w KON, oraz 2,0% braku zmian objawowych z pogorszeniem w KON a 2,4% z brakiem zmiany w KON oraz 2,8% popraw w zakresie osobowości bez zmian w nasileniu objawów. Zgodność wyników w zakresie wyleczeń w obu testach była niższa - wynosiła 67%, przy czym znacznie więcej pacjentów wskazanych zostało jako nie wyleczeni w teście KON-2006 przy informacji o wyleczeniu w KO"0" niż odwrotnie (29% vs 4%).

Wnioski: Intensywna psychoterapia w oddziale dziennym leczenia nerwic zakończyła się przeważnie (72%) poprawą objawową i w zakresie osobowości (w tym znaczną poprawą u 44% chorych), wyników jednoznacznie niekorzystnych - pogorszeń i braków zmian w obu testach było względnie niewiele (5,4%). Porównanie wyników dostarczanych przez pomiar wybranymi narzędziami wskazuje jednak na 15% procesów psychoterapii kończących się poprawą objawową bez poprawy w zakresie osobowości, zatem wynikiem prawdopodobnie nietrwałym.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2006.
2. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2004.
3. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16PF R.B.Cattella w ocenie leczenia nerwic. Psychoterapia. 1985; 13: 47-60.
4. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. Psychiatr.Pol. 1994, 28, 6, 667-676.
5. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwic - wskaźniki i kryteria zmian. Psychoterapia. 1989; 68: 53-62.
6. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romejko-Hurko A. Oddział dzienny jako forma intensywnej, kompleksowej terapii nerwic. Psychoterapia, 1979; 30: 39-45.
7. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. Psychiatr. Pol. 1994; 28, 4: 421-430.

Cechy osobowości a skuteczność psychoterapii zaburzeń nerwicowych w oddziale dziennym

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa

Wstęp: Skuteczność psychoterapii zależy prawdopodobnie w największym stopniu od prawidłowości postępowania terapeuty, trafności stojącej za nią koncepcji etiopatogenetycznej zaburzeń danego pacjenta, rozmieszczenia oddziaływań w optymalnym czasie etc. W praktyce klinicznej można jednak zaobserwować podstawy do poszukiwania związków pewnych cech pacjenta z wynikami jego leczenia. W piśmiennictwie pojawiają się w tym kontekście m.in. zestawy mechanizmów obronnych, cechy osobowości takie jak np. perfekcjonizm, sztywność, siła Ego.

Cel pracy: Określenie związku między cechami osobowości a wynikami psychoterapii w zakresie objawów.

Materiał i metody: Historie chorób 1358 pacjentów leczonych w oddziale dziennym z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, oraz potwierdzającymi to rozpoznanie wynikami kwestionariuszy objawowych KO"0" i testu osobowości 16PF oraz 246 pacjentów z wynikami leczenia ocenianymi również za pomocą kwestionariusza KON-2006. Analiza związku cech profilu 16PF Cattella lub kwestionariusza KON-2006 z wynikami psychoterapii ocenianymi w zakresie objawów lub osobowości, według kryteriów zaproponowanych przez Aleksandrowicza i wsp. [np. 2, 3, 4]

Wyniki: Częściej stwierdzano związek cech osobowości z 16PF Cattella z wynikami w zakresie osobowości niż z wynikami w zakresie objawów. Najsilniej skorelowane z mniejszą poprawą w zakresie osobowości okazały się **wysokie** wartości skal: C (siła Ego), H (Odporność) oraz N (Racjonalizm), natomiast **niskie** wartości skal: O (Poczucie winy) i Q4 (Napięcie ergiczne) (warto zauważyć, że przy obliczaniu WDN właśnie skalom C, O i Q4 przypisano podwójne wagi). W zakresie osobowości niskie C (siła Ego), wysokie M (Ekscentryzm), niskie N (racjonalizm), wysokie O (Poczucie winy), niskie Q3 (Kontrola emocji) wiązały się z poprawami lecz zarazem z nie uzyskiwaniem wyleczenia. Średnie C (siła Ego) wiązało się z uzyskaniem poprawy i wyleczenia w zakresie objawów. Ponadto niekorzystny związek - z brakiem wyleczenia objawowego stwierdzono dla niższych wartości skal C (siła Ego), H (odporność) oraz wyższych wartości skal M (Ekscentryzm), O (Poczucie winy), Q4 (Napięcie). Korzystny związek z osiągnięciem wyleczenia objawowego pojawił się dla średnich wartości tych samych skal. Skale 16PF Cattella takie jak: G (siła Superego) i A (Afektymia) okazały się nie wiązać z wynikami psychoterapii ani w zakresie zmiany globalnego nasilenia objawów (OWK) ani zmiany nerwicowej dezintegracji osobowości (WDN). Związek cech osobowości z KON-2006 z wynikami leczenia w zakresie osobowości stwierdzano częściej niż z wynikami w zakresie objawów. **Wyższa** wartość większości skal KON-2006 wiązała się z poprawą XKON w wyniku leczenia, niższa wartość skal wiązała się z uzyskiwaniem wyleczenia, wyjątek stanowiła skala 8. Skłonność do ryzyka, której

wyższa wartość wiązała się z uzyskiwaniem wyleczenia w zakresie osobowości. Najbardziej związane z wynikiem w zakresie osobowości okazały się skale: 1. Poczucie uzależnienia, 13. Brak wewnątrzsterowności oraz 14. Wyobraźnia i fantazjowanie. Wyższe wartości tej ostatniej skali wiązała się również z lepszymi wynikami w zakresie objawów. W zakresie objawów korzystniejsze okazały się niższe wartości pięciu skal: 6. Poczucie wyobcowania, 15. Poczucie winy, 16. Trudności w relacjach interpersonalnych, 19. Poczucie zagrożenia, 22. Drobiazgowość. Skale KON-2006 takie jak: 21. Irracjonalność i 24. Poczucie przeciążenia, okazały się nie wiązać w żaden sposób z wynikami psychoterapii ani w zakresie zmiany globalnego nasilenia objawów (OWK) ani zmiany nerwicowej dezintegracji osobowości (XKON).

Wnioski: Niektóre cechy osobowości wiązały się z gorszymi wynikami leczenia psychoterapią sugerujący "oporność na oddziaływania grupowe" podczas terapii prowadzonych w oddziale dziennym (większa ekspansywność, zręczność towarzyska), bądź wskazujący na swego rodzaju "podatność indywidualną" związaną z: średnią siłą Ego, odpornością i inteligencją i kontrolą emocji (samoocena) w 16 PF, oraz fantazjowaniem w KON. Częstsze powiązanie popraw w zakresie osobowości z jej większymi początkowymi zaburzeniami można wyjaśnić "efektem sufitu i podłogi" oraz sposobem konstrukcji współczynników WDN i XKON. Uwzględnienie początkowych różnic w zakresie osobowości wydaje się uzasadnione w przypadku prób porównywania skuteczności psychoterapii.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2006.
2. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2004.
3. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16PF R.B.Cattella w ocenie leczenia nerwic. Psychoterapia. 1985; 13: 47-60.
4. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwic - wskaźniki i kryteria zmian. Psychoterapia. 1989; 68: 53-62.

Które cechy osobowości wiążą się z poprawą jakich objawów zaburzeń nerwicowych

Jerzy A. Sobański

Wstęp: Określenie mechanizmów odpowiedzialnych za występowanie poszczególnych zaburzeń lub nawet poszczególnych objawów nerwicowych może wiązać się ze stwierdzeniem u pacjentów obecności pewnych "nerwicowych" cech osobowości (lub ich konstelacji), mniej nasilonych lub nieobecnych w zdrowej populacji. Wówczas w wyniku udanej psychoterapii powinna następować

eliminacja tych cech wraz z ustępowaniem objawów - zwłaszcza w wyniku procesów prowadzących do specyficznych i prawdopodobnie trwałych zmian.

Cel pracy: Określenie związku między poszczególnymi cechami profilu osobowości opisywanej kwestionariuszem KON-2006 z wynikami psychoterapii.

Materiał i metody: Historie chorób 246 pacjentów leczonych w oddziale dziennym Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych oraz potwierdzającymi to rozpoznanie wynikami kwestionariuszy objawowych KO"0" [1] i testu osobowości KON-2006 [2]. Analiza, zmiany w których skalach KON-2006 zachodzą jednocześnie z poprawą poszczególnych objawów ujętych w kwestionariuszu objawowym lub grup takich objawów (skal KO"0" zaproponowanych przez A.Rewer [3]) została przeprowadzona metodą analizy korelacji

Wyniki: Zmiany w nasileniu skali objawów fobii (w kwestionariuszu objawowym KO"0") okazały się najsilniej związane ze zmianami skali 2. Astenia (w KON-2006), zmiany skali zawierającej objawy innych zaburzeń lękowych wiązały się najsilniej ze zmianami skali 3. Negatywna samoocena i 15. Poczucie winy. Zmiany nasilenia natręctw wiązały się najsilniej ze zmianami skali 19. Poczucia zagrożenia, zmiany nasilenia objawów konwersji oraz zaburzeń autonomicznych ze zmianami skali 1. Poczucie uzależnienia od otoczenia, skali somatyzacji ze skalą 3. Negatywna samoocena i 15. Poczucie winy. Zmiany skali zaburzeń hipochondrycznych wiązały się najsilniej ze zmianami skali 15. Poczucie winy, zmiany skali neurastenii ze skalą 10. Brak witalności. Zmiany skali depresjonalizacji i derealizacji wiązały się najsilniej z 24. Poczuciem przeciążenia. Zmiany w skali unikanie i zależność wiązały się najsilniej ze zmianami skali 15. Poczucie winy, skali impulsywność i histrioniczność ze zmianą skali 2. Astenia, skali zaburzeń snu z 10. Brak witalności, zmiany skali dysfunkcje seksualne ze zmianami skali 3. Negatywna samoocena. zmiany w skali dystymii ze zmianami skali 11. Przekonanie o niezaradności życiowej. Stwierdzono także pewne związki w zakresie pojedynczych symptomów m.in.: zmiana nasilenia objawu czerwienienia się wiązała się ze zmianą skali 4. Impulsywność, objawu derealizacji ze zmianą skali 14. Wyobrażenia i fantazjowanie, zmiana objawu chwilowego niedowładu rąk lub nóg ze zmianą skali 13. Brak wewnętrzsterowności, zmiana objawu roztargnienia ze zmianą skali 2. Astenia, zmiana objawu uczucie braku kogokolwiek bliskiego ze zmianą skali 3. Negatywna samoocena, zmiana objawu lęk w samotności np. w pustym mieszkaniu ze zmianą skali 4. Impulsywność, objawu natrętnych myśli ze skalą 15. Poczucie winy.

Wnioski: Stwierdzone na podstawie analizy wyników psychoterapii związki zmian objawów zaburzeń nerwicowych ze zmianami cech osobowości opisywanymi kwestionariuszem osobowości nerwicowej KON-2006 pozwalają niekiedy domniemywać w tych ostatnich prawdopodobnych

przyczyn zaburzeń nerwicowych. Tak ukierunkowane badania mogą umożliwić na podstawie klinicznej - ex iuvantibus - budowanie modelu etiopatogenezy zaburzeń nerwicowych.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr. Pol.* 1994, 28, 6, 667-676.
2. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2006.
3. Rewer A. Skale kwestionariusza objawowego "O". *Psychiatr. Pol.* 2000, 34, 6: 931-943.
4. Klimowicz A. Poszukiwanie specyficznych powiązań zmian osobowości ze zmianami nasilenia objawów w zaburzeniach somatyzacyjnych i lękowych - badanie porównawcze. *Psychiatr. Pol.* 2003; 37, 2: 247-258.
5. Samochowiec J, Kucharska-Mazur J, Hajduk A, Wojciechowski B, Samochowiec A. Profil osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi oceniony za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera (TCI) oraz Kwestionariusza Osobowościowego R.B. Cattella. *Psychiatr. Pol.* 2005; 39, 3:527-36.
6. Sobański JA, Klasa K. Ponowna ocena własności kwestionariusza objawowego KO"0" w populacji pacjentów. Konferencja "Zaburzenia nerwicowe, terapia, badania, dydaktyka. 30-lecie Zakładu, Katedry Psychoterapii" 10-11.06.2006, Kraków.

Komu proponuje się psychoterapię w dziennym oddziale leczenia nerwic? Obserwacje oparte na codziennej praktyce

Jerzy A. Sobański

Wstęp: Dzielne oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych (szerzej opisywane np. [1, 2]) oferują psychoterapię wybranej grupie pacjentów, zmotywowanych do bardzo czasochłonnego leczenia, zdolnych wytrzymać znaczne napięcie często powstające w grupie terapeutycznej, najczęściej chorujących na zaburzenia nerwicowe lub mniej nasilone zaburzenia osobowości, rzadziej zaburzenia odżywiania się lub inne zaburzenia zachowania np. snu czy dysfunkcje seksualne. Stanowią one miejsce często rekomendowane przez byłych pacjentów i adres, pod który zgłaszają się inni także znacznie głębiej zaburzeni pacjenci, np. osoby chore na schizofrenię, uzależnione, lub nie mogące z innych powodów dostosować się do tej formy leczenia.

Cel pracy: Opis procesu kwalifikacji do terapii w oddziale dziennym i określenie jej specyfiki, oraz odsetków osób przyjmowanych do leczenia lub kierowanych do innych instytucji.

Materiał i metody: Informacje o kwalifikacjach do leczenia psychoterapią w oddziale dziennym Zakładu Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2004-2005, dotyczące 2171 pacjentów, przyjętych do leczenia lub skierowanych do innych placówek ochrony zdrowia. Analiza

przebiegu procesu kwalifikacji pod względem jego "wydajności" połączona z oceną odsetków wstępnych rozpoznań wg klasyfikacji ICD-10 oraz ich wpływu na proces kwalifikacji do psychoterapii.

Wyniki: Spośród 2171 zgłaszających się do leczenia w naszym oddziale dziennym jedynie u ok. 50% rozpoznano zaburzenia nerwicowe, natomiast zaburzenia osobowości u 23%, zaburzenia odżywiania się u 5% i dystymię (także u 5%). Inne zaburzenia potencjalnie kwalifikujące się do psychoterapii w naszej jednostce, np. niektóre zaburzenia snu lub dysfunkcje seksualne, były rzadkie (ok. 1%). Łączny odsetek chorych z zaburzeniami nie pozwalającymi na ich leczenie w naszej instytucji (głównie choroby psychiczne, uzależnienia, zaburzenia organiczne OUN) wynosił ok. 16%. Ponadto z grupy osób zakwalifikowanych na kolejne etapy diagnostyki nie zostaje przyjęte aż około połowy spośród "pasujących do profilu instytucji". Dzieje się tak z różnych powodów - m.in. niemożności pogodzenia z warunkami leczenia codziennych zajęć lub pracy zawodowej, zaburzeń zakłócających motywację do leczenia i zmniejszających zdolność do uczestniczenia w intensywnej psychoterapii grupowej.

Wnioski: Staranna selekcja pacjentów kwalifikowanych do intensywnej psychoterapii grupowej z elementami terapii indywidualnej i społeczności terapeutycznej prowadzonej w oddziale dziennym powoduje konieczność uwzględnienia względnie dużej ilości wstępnych badań lekarskich i psychologicznych w stosunku do liczby ostatecznie zakwalifikowanych pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romejko-Hurko A. Oddział dzienny jako forma intensywnej, kompleksowej terapii nerwic. *Psychoterapia*, 1979; 30: 39-45
2. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28, 4: 421-430
3. Sobański JA, Klasa K. Kwalifikacja do psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic. Konferencja "Zaburzenia nerwicowe, terapia, badania, dydaktyka. 30-lecie Zakładu, Katedry Psychoterapii" 10-11.06.2006, Kraków.

Zmiany częstości interwencji a dynamika objawów podczas psychoterapii indywidualnej zaburzeń nerwicowych prowadzonej w podejściu poznawczym i psychodynamicznym

Jerzy A. Sobański

Wstęp: Jednym ze sposobów uzyskania wiedzy o mechanizmach działania psychoterapii jest obserwacja przez sędziów kompetentnych interwencji terapeuty w toczącym się procesie [np. 1]. Niezbędne jest też nie tylko ocenienie skuteczności przez porównanie nasilenia dolegliwości przed- i po terapii lecz również monitorowanie wyników cząstkowych - zmian zachodzących np. z sesji na sesję lub w innych wybranych przedziałach czasu. Analiza współzależności tych dwóch ciągów

obserwacji przynosi w indywidualnych przypadkach przybliżenie do zrozumienia prawdopodobnych mechanizmów zmian [np. 5, 6].

Cel pracy: Wskazanie w materiale badawczym dotyczącym przebiegu wybranych procesów psychoterapii, współwystępujących zachowań terapeutów i zmian stanu pacjentów.

Materiał i metody: Wybrane zapisy przebiegów spośród 37 terapii indywidualnych, poznawczych bądź psychodynamicznych, trwających po 25 sesji, obejmujące ciągi kwestionariuszy objawowych wypełnianych w odstępach cotygodniowych oraz protokoły przebiegu tych sesji sporządzone przez sędziów kompetentnych, zawierające ilość i rodzaj interwencji oraz innych zjawisk obserwowanych na sesjach np. psychodynamicznej pracy z objawem, uzyskania wglądu itp.

Wyniki: W kilku wybranych pojedynczych przypadkach udało się zaobserwować współwystępowanie lub poprzedzanie zmian w globalnym nasileniu objawów nerwicowych, przez wzrosty częstości niektórych zachowań terapeutów. Na przykład w psychoterapii prowadzonej w oparciu o założenia psychodynamiczne (Wykres 1), nasilenie "psychodynamicznej pracy z objawem" (dwukrotne odnotowanie tej kategorii przez sędziego kompetentnego na sesji 21) poprzedzało (spowodowało?) gwałtowny spadek nasilenia objawów (o 80 pkt) ujawniony w kwestionariuszach objawowych KO"0" wypełnionych przed sesjami 20 oraz 22. W innym procesie psychoterapii (Wykres 2), opartej o założenia poznawcze, bardzo intensywne podważanie schematów poznawczych pacjenta (aż 29 takich interwencji w jednej sesji nr 15) odnotowano przed znacznym nasileniem objawów (o ponad 200pkt) stwierdzonym w kwestionariuszach wypełnionych przed sesjami 13 i 16. W innej terapii (Wykresy 3 i 4) (psychodynamicznej, zakończonej wyleczeniem objawowym i znaczną poprawą w teście 16PF Cattella) kilkakrotnemu doznaniu wglądu pacjenta odnotowanemu przez sędziego kompetentnego na sesji 17, towarzyszyło znaczne zmniejszenie nasilenia objawów w kwestionariuszach wypełnionych między sesjami 16 i 18, zarazem wcześniejszy wzrost nasilenia dolegliwości mógł wiązać się z dynamiczną pracą z objawem mającą miejsce już na kilku poprzedzających sesjach.

Wnioski: W przeprowadzonych badaniach przebiegu procesu psychoterapii można, przynajmniej niekiedy odnaleźć zmienne wskazujące na lokalizację w czasie najbardziej intensywnych oddziaływań prowadzących do zmian nasilenia dolegliwości. Zjawiska takie, jak wiadomo z badań i praktyki klinicznej mogą mieć charakter opóźniony w stosunku do swoich przyczyn lub kumulatywny - zależęć od sekwencji wcześniejszych sesji. Uzyskane wyniki wskazują na zgodność zidentyfikowanych oddziaływań z zakładanymi założeniami teoretycznymi, z uwagi na niewielkie liczebności poszczególnych przypadków nie podlegają jednak weryfikacji statystycznej. Następnym krokiem, obok zwiększenia ilości analizowanych przypadków, powinna być analiza spójności odnotowywanych oddziaływań ze szczegółową psychopatologią pacjenta, oraz wykorzystanie do

monitorowania przebiegu leczenia nie tylko zmian globalnego nasilenia objawów, lecz także pojedynczych symptomów, oraz badanie trwałości końcowych wyników leczenia.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2004.
2. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. Psychiatr.Pol. 1994, 28, 6, 667-676.
3. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. Wpływ sposobu interweniowania na efekty psychoterapii. Psychoterapia 1992; 3, 82: 9-22.
4. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. Wpływ niektórych cech interakcji między pacjentami a psychoterapeutą na wyniki indywidualnej psychoterapii nerwic. Psychoterapia 1992; 4, 83: 47-53.
5. Kiesler D.J. Basic Methodology Issues Implicit Psychotherapy Process Research (u autora).
6. Eells TD. Generating and Generalizing Knowledge About Psychotherapy From Pragmatic Case Studies. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy. 2007; 3, 1: 35-54

Postrzeżenie przez pacjenta zachowań terapeuty a wyniki intensywnej psychoterapii zaburzeń nerwicowych w oddziale dziennym

Jerzy A. Sobański

Wstęp: Ocena przebiegu terapii przez terapeutów, sędziów kompetentnych, czy programy komputerowe posiada pewną wadę - odnosi się do życzeniowego aspektu tego co było intencją leczących lub podobnie rozumujących ekspertów. Niekoniecznie jest jednak związana z odbiorem przez konsumentów psychoterapii, mogących - jak wiadomo z codziennej praktyki klinicznej odczytywać np. interpretację jako instrukcję, neutralność jako wrogość, eksplorację jako potępienie etc. Nawet jeśli się "mylą", pozostaje pytanie czyja subiektywność decyduje o ostatecznych efektach danego oddziaływania.

Cel pracy: Zbadanie związku wyników końcowych intensywnej psychoterapii z subiektywnym odbiorem jej przebiegu przez pacjentów.

Materiał i metody: Historie chorób 2390 pacjentów, których terapia zakończyła się poprawą w zakresie objawów, 349 pacjentów bez istotnych zmian w KO"0", 184 pacjentów z pogorszeniem objawowym. Ankiety dla pacjentów [1, 2] zawierające m.in. warianty opisów przebiegu terapii, rodzaje zachowań terapeuty, tematów sesji. Porównanie częstości poszczególnych kategorii subiektywnych opisów terapii w grupach pacjentów o różnych końcowych wynikach leczenia, ocenianych wg kryteriów zaproponowanych przez Aleksandrowicza i współpracowników [3, 4].

Wyniki: Najczęściej poruszane tematy sesji to w ocenie pacjentów wewnętrzne problemy i konflikty - istotnie częściej pojawiające się w terapiach udanych niż nieudanych (47% vs 36%).

Drugim najczęstszym tematem okazało się dzieciństwo, nieistotnie częściej pojawiające się w procesach zakończonych pogorszeniem (19% vs 16%), trzecim co do częstości tematem były sprawy ogólne np. życie codzienne, pojawiające się z podobną częstością niezależnie od efektów leczenia (12%). Tematy rzadsze: obecnych przeżyć i zachowań (8%), relacji pacjenta z innymi ludźmi (5%) pojawiały się podobnie często w grupach o różnych wynikach leczenia. Wyjątek stanowiła większa częstość zajmowania się dolegliwościami, lekami i postęпами leczenia, istotnie częściej w terapiach zakończonych pogorszeniem niż poprawą (7% vs 3%) oraz omawiania relacji z terapeutą - także nieco częstsza w grupie pogorszeń niż braku zmian (3% vs 0%). Sposób postępowania terapeuty wg pacjentów najczęściej był stymulowaniem ich do nazywania swojego przeżywania (istotnie częściej w udanych terapiach niż w pogorszeniach lub brakach zmian (31% vs 23-26%). Drugim najczęstszym było "stymulowanie wypowiedzi ważnych dla pacjenta" (25%-31%) - nie różniące się istotnie co do częstości w grupach utworzonych wg wyniku leczenia, kolejnym: tłumaczenie pacjentowi co się z/w nim dzieje (18-19%) także nie związane z efektami leczenia. Podobnie bez związku z wynikami były częstości stymulowania do lepszego rozumienia tematów (12-15%), udzielanie informacji i rad (5-7%), treningi (1-3%) oraz stymulowanie wspomnienia (3%).

Wnioski: Analiza wyników wskazuje na integracyjny charakter terapii prowadzonej w naszej instytucji, z przewagą podejścia psychodynamicznego i elementami poznawczego, z najmniejszym udziałem orientacji behawioralnej. Potwierdza też znany z piśmiennictwa i z praktyki klinicznej związek stymulowania pacjenta do określania przeżywania oraz omawiania konfliktów wewnętrznych z lepszymi efektami leczenia. Zachowania terapeuty zmierzające do "sztywnego-formalnego ogarniania pacjenta": jego stanu, postępów etc, a także (co jest zaskakujące wg niektórych założeń teoretycznych) omawiania relacji z terapeutą, wydają się nawet niekorzystne.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I. i in. Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu. Psychoterapia. 1981; 37: 3-10.
2. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romanik O, Świątek L. Wyniki badania psychoterapii. Psychoterapia. 1982; 40: 11-16
3. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2004.
4. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwic - wskaźniki i kryteria zmian. Psychoterapia. 1989; 68: 53-62.
5. Yalom I, Leszcz M. Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Uniwersyteckie UJ: Kraków; 2006.

6. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. Wpływ sposobu interweniowania na efekty psychoterapii. Psychoterapia 1992; 3, 82: 9-22.

Postrzeganie relacji z terapeutą a wyniki intensywnej psychoterapii zaburzeń nerwicowych w oddziale dziennym

Jerzy A. Sobański

Wstęp: Subiektywny odbiór relacji z terapeutą przez pacjenta wydaje się często zaniedbywany w badaniach nad procesem leczenia. Znacznie więcej uwagi poświęcono w nauczaniu, praktyce klinicznej i badaniach nad psychoterapią odczuciom terapeutów (przeciwprzeniesieniu etc.). Tymczasem analiza relacji takiej, jaka jest subiektywnie postrzegana przez pacjenta może wnieść wiele do rozumienia jego reakcji na terapię i terapeutę a w konsekwencji do określenia mechanizmów skutecznego leczenia.

Cel pracy: Zbadanie związku subiektywnie postrzeganych cech relacji pacjenta z terapeutą w intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym z jej wynikami końcowymi wykorzystujące oceny dokonane przez samych pacjentów.

Materiał i metody: Historie chorób 2390 pacjentów, których terapia zakończyła się poprawą w zakresie objawów, 349 pacjentów bez istotnych zmian w KO"0", 184 pacjentów z pogorszeniem objawowym. Ankiety oceniające przebieg leczenia [1, 2], zawierające m.in. opisy relacji pacjenta z terapeutami. Porównanie częstości poszczególnych kategorii subiektywnych opisów relacji w grupach pacjentów o różnych końcowych wynikach leczenia, ocenianych wg kryteriów zaproponowanych przez Aleksandrowicza i wsp [3, 4, 5].

Wyniki: Najczęściej w ocenie pacjenta terapeuta "raczej go lubił", ocena taka pojawiała się istotnie rzadziej w terapiach zakończonych pogorszeniem (46%) niż udanych (60%) lub nie prowadzących do zmiany (57%). Poczucie, że terapeuta bardzo lubił pacjenta było równie częste (11-12%) w terapiach udanych jak i zakończonych pogorszeniem ale istotnie rzadsze w nie prowadzących do zmiany (6%). Wrażenie obojętności terapeuty odnieśli istotnie częściej pacjenci, którzy doznali pogorszenia niż poprawy (24% vs 16%), podobnie poczucie bycia nie lubianym przez terapeutę, choć rzadkie, wiązało się z nieudanymi procesami (2% vs 0%). Poprawy objawowe wiązały się też z istotnie rzadszym odbieraniem nastawienia terapeuty jako zmiennego (9% vs 14-15%). Z drugiej strony pacjenci najczęściej bardzo lubili terapeutów, istotnie częściej w terapiach udanych (43%) niż zakończonych pogorszeniem (34%) lub brakiem zmian (35%). Poczucie "raczej lubienia" terapeuty było podobnie częste w różnych grupach wyniku leczenia (38-40%). Obojętność wobec terapeuty była istotnie częstsza w grupie pacjentów bez zmian objawowych niż uzyskujących poprawę (8% vs 5%), nie lubienie terapeuty było istotnie częstsze w terapiach zakończonych pogorszeniem niż poprawą (2% vs 0%), podobnie jak poczucie, że nikt się pacjentem nie zajmował

(3%). Zmienne przeżywanie terapeuty było dość częste (12-15%) i nie związane z efektami leczenia. Z lepszymi efektami terapii wiązało się istotnie częściej poczucie współpracy z terapeutą (88%) rzadsze w grupie pogorszeń (74%) lub braku zmian (81%), analogicznie a nawet jeszcze wyraźniej - wrażenie dobrego rozumienia się z terapeutą, które występowało najczęściej w udanych terapiach (79%) a także istotnie częściej w prowadzących do braku zmian (68%) niż do pogorszenia (56%). Zgodnie z tym, wrażenie walki z terapeutą dotyczyło istotnie częściej terapii nieudanych (33%) i nie prowadzących do zmiany (21%) niż przynoszących poprawę (15%). Poczucie zależności od terapeuty było częstsze (59% procesów) niż niezależności i nie przeszkadzało w leczeniu, podobnie chęć bycia takim jak terapeuta (także 59%), jak również ogólnie rzadka chęć pokazania terapeutce, że nie jest się gorszym od niego/niej (13-16%) czy nawet wrażenie pacjenta, że jest mocniejszy od terapeuty (3-6%). Natomiast wrażenie, że terapeuta nie potrafi zrozumieć pacjenta wiązało się z pogorszeniem istotnie częściej niż z poprawą czy brakiem zmian (7% vs 2-3%). Wrażenie niedostatecznego zaopiekowania się pacjentem było istotnie częstsze w mniej korzystnych procesach (odpowiednio 14% vs 23% i 28%), ale chęć spotkania się z terapeutą po zakończeniu leczenia była częstsza tylko w braku zmian objawowych (aż u 50% chorych).

Wnioski: Najczęstsze spostrzeżenie relacji w diadzie było zazwyczaj bliskie optymalnej sytuacji zalecanej przez podejście psychodynamiczne - żywe zaangażowanie pacjenta przy życzliwej neutralności ze strony terapeuty. Utrudnienie współpracy mające wyraz w odczuwaniu (a przynajmniej takim wspomnieniu) niezyczliwego nastawienia lub niekompetencji terapeuty wiązało się z gorszymi wynikami leczenia. Uzyskane wyniki są spójne z doświadczeniem klinicznym i piśmiennictwem referującym wyniki badań na temat przymierza terapeutycznego, natomiast dość interesujące wydaje się spostrzeżenie:, że nawet w terapiach zakończonych poprawą zdarzały się stosunkowo często "negatywnie" przeżywane relacji z terapeutą.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I. i in. Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu. Psychoterapia. 1981; 37: 3-10.
2. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romanik O, Świątek L. Wyniki badania psychoterapii. Psychoterapia. 1982; 40: 11-16.
3. Aleksandrowicz JW, Pawelec B, Sikora D. Model oceny efektów terapii nerwic - wskaźniki i kryteria zmian. Psychoterapia. 1989; 68: 53-62.
4. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. Biblioteka Psychiatrii Polskiej; Kraków; 2004.
5. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16PF R.B.Cattella w ocenie leczenia nerwic. Psychoterapia. 1985; 13: 47-60.

6. Aleksandrowicz JW, Mazgaj D. Wpływ niektórych cech interakcji między pacjentem a psychoterapeutą na wyniki indywidualnej psychoterapii nerwic. *Psychoterapia*, 1992; 83: 47-53.

7. Gaston L, Marmar CR, Gallagher D, Thompson LW. Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychother. Res.* 1991; 1, 2: 104-113.

Związek postrzeganych przez pacjentów trudności w uczestniczeniu w intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym z nasileniem zaburzeń, cechami osobowości i obrazem dolegliwości przed leczeniem

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa

Wstęp: Praktyka kliniczna wskazuje, że niektórzy pacjenci mają większe trudności adaptowania się do określonego typu terapii. Jedną z form terapii uważanych za najbardziej wymagające jest leczenie w oddziale dziennym [7] prowadzącym intensywną psychoterapię grupową, w podejściu psychodynamicznym. Wśród czynników mogących się wiązać z gorszą współpracą i adaptacją do wymogów leczenia wymienia się m.in. tendencje samobójcze, niektóre zaburzenia seksualne, ciężkie zaburzenia osobowości, niską zdolność do wglądu i współpracy [np. 8].

Cel pracy: Określenie czy pewne cechy pacjentów takie jak globalne nasilenie objawów, grup objawów czy obecność poszczególnych symptomów, cech osobowości, wiążą się z przeżywaniem przez nich trudności w leczeniu w psychoterapeutycznym oddziale dziennym.

Materiał i metody: Historie chorób 1035 pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości, zawierające wypełnione przed rozpoczęciem terapii kwestionariusze objawowe KO"0" [3], testy osobowości 16PF R.B.Cattella [4, 5], oraz ankiety dla pacjentów [1, 2] oceniające m.in. trudności adaptacji do intensywnej psychoterapii, relacje z grupą i z terapeutami. Analiza związków potencjalnie obciążających pacjenta cech sprzed leczenia z subiektywnymi ocenami jego przebiegu zawartymi w ankietach wypełnianych po jego zakończeniu.

Wyniki: Pacjenci, którzy zgłaszali bardzo duże trudności w adaptacji do terapii (n=378, 37% grupy badanej) mieli przed leczeniem istotnie większe globalne nasilenie objawów (OWK) w kwestionariuszu objawowym, większą nerwicową dezintegrację osobowości (WDN) w teście 16PF Cattella, wyższe wartości większości skal KO"0", większą liczbę odpowiedzi "c" (wskazujących bardzo dużą dokuczliwość objawów). W teście 16PF stwierdzono m.in.. istotnie niższe wartości skal C (siła Ego), F (ekspansywność), H (odporność). Duże trudności w godzeniu terapii ze światem zewnętrznym zgłosili pacjenci (n=157, 15% grupy badanej) z istotnie wyższym OWK, lecz nie różniący się istotnie wartością WDN, z wyższymi wartościami skal: Inne zab. lękowe, Neurastenia, Depersonalizacje i derealizacje, Unikanie i zależność, Impulsywność i histrioniczność, Nieorganiczne zab. snu, Dystymia. Większa była w tej grupie ilość odpowiedzi "c", a istotnie niższa wartość czynnika C (siła Ego), a wyższa czynnika M (ekscentryzm) i Q4 (napięcie ergiczne). 11%

pacjentów (112 badanych) sprawozdało, że drugie życie grupy utrudniło ich leczenie, przed leczeniem charakteryzowały ich jedynie istotnie wyższa ekspansywność (F) w porównaniu do oraz wyższa siła Superego (G). Z drugiej strony wyższa ekspansywność wiązała się także z poczuciem, że drugie życie ułatwiło leczenie innym pacjentom. W profilu symptomów w KO"0" odnotowali oni poczucie nierealności przedmiotów - istotnie większe nasilenie w porównaniu do grup nie dostrzegających drugiego życia lub nie biorących w nim udziału, oraz lęk o najbliższych - wyższe nasilenie objawu niż w grupie pacjentów, którym drugie życie ułatwiło leczenie, oraz mniejsze nasilenie bólu w okolicy serca niż w grupie nie biorących udziału w drugim życiu, oraz mniejsze nasilenie burzliwego przeżycia zachwycenia niż u pacjentów, w których poczuciu drugie życie ułatwiło leczenie. Wrażenie braku współpracy z terapeutą zgłosiło 110 pacjentów (11% badanych), nie różniących się przed terapią od pozostałych pod względem OWK, WDN ani wartości skal kwestionariusza objawowego, natomiast w profilu 16 PF Cattella cechowała ich jedynie istotnie wyższa wartość czynnika F (ekspansywność), oraz Q1 (radikalizm). W profilu ich symptomów w KO"0" istotnie większe nasilenie odnotowali dla objawów: poczucie braku samodzielności, osłabienie popędu seksualnego, rozbijanie przedmiotów w zdenerwowaniu, burzliwe przeżycie zachwycenia, dyskomfort zw. z masturbacją, uczucie życia jak we śnie, lęk przed utratą kontroli, katastrofą.

Wnioski: Z trudnościami w uczestniczeniu w psychoterapii w rozumieniu adaptacji do warunków leczenia w oddziale dziennym wiązały się stosunkowo przewidywalne cechy pacjentów takie jak większe globalne nasilenie zaburzeń nerwicowych, większa ogólna dezintegracja osobowości etc. Co zaskakujące, takie cechy jak m.in. inteligencja, nadwrażliwość, podejrzliwość, poczucie winy, kontrola emocji nie zostały wskazane przez przeprowadzone analizy jako mające znaczenie. Z drugiej strony słaba postrzegana współpraca z terapeutą została powiązana z bardzo niewieloma cechami pacjenta (bardziej radykalnego i ekspansywnego), oraz nielicznymi symptomami, - wśród których nie było m.in. myśli samobójczych. Trudności w godzeniu terapii ze światem zewnętrznym były bardziej związane z większymi dolegliwościami niż zaburzeniem osobowości wyjąwszy niską siłę Ego.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I. i in. Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu. Psychoterapia. 1981; 37: 3-10.
2. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romanik O, Świątek L. Wyniki badania psychoterapii. Psychoterapia. 1982; 40: 11-16.
3. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. Psychiatr.Pol. 1994, 28, 6, 667-676.

4. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Martyniak M. Zastosowanie testu 16PF R.B. Cattella w ocenie leczenia nerwic. *Psychoterapia*. 1985; 13: 47-60.
5. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej. *Biblioteka Psychiatrii Polskiej*: Kraków; 2004.
6. Rewer A. Skale kwestionariusza objawowego "O". *Psychiatr. Pol.* 2000, 34, 6: 931-943.
7. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28, 4: 421-430.
8. Yalom I, Leszcz M. *Psychoterapia grupowa. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Uniwersyteckie UJ: Kraków; 2006.

Sytuacja życiowa i rodzinna a postrzeganie przez pacjentów trudności w przebiegu zakończonej psychoterapii.

Jerzy A. Sobański

Wstęp: Pewne wydarzenia życiowe i cechy sytuacji życiowej i rodzinnej, dawne i obecne, wydają się utrudniać funkcjonowanie pacjentów także w podejmowanej przez nich psychoterapii. Takimi cechami mogą być np. nadużycie seksualne w dzieciństwie, inicjacja seksualna przez gwałt, skrajnie trudna sytuacja życiowa rodziny generacyjnej, nadmiernie surowi lub bardzo religijni rodzice, jedynactwo, wyróżnienie i rywalizacja z rodzeństwem, napięcia w obecnym związku z partnerem, zagrożenie w pracy zawodowej etc.

Cel pracy: Analiza powiązań potencjalnie zagrażających cech sytuacji życiowej pacjentów z przeżywanymi przez nich trudnościami w leczeniu.

Materiał i metody: Historie chorób 2616 pacjentów leczonych w oddziale dziennym, intensywną psychoterapią grupową z elementami terapii indywidualnej, w podejściu integracyjnym (przeważnie psychodynamicznym i poznawczym) [3, 4]. Ankietowe wywiady życiorysowe [1] zawierające dane o różnych okolicznościach życiowych przed terapią oraz ankiety opisujące przebieg leczenia wypełniane przez pacjentów po jego zakończeniu [2]. Analiza związków między zmiennymi wywiadu życiorysowego a wybranymi pytaniami ankiety dla pacjentów opisującej przebieg leczenia.

Wyniki: Przeprowadzone analizy pozwoliły na określenie licznych związków między niektórymi wydarzeniami i okolicznościami życiowymi pacjentów a zgłoszonymi przez nich po leczeniu m.in. trudnościami we współpracy z terapeutą, adaptacji do terapii oraz jej godzeniu ze światem zewnętrznym. W leczeniu przeszkadzały: odmiennosc od terapeutów (wiek, rodzaj pracy), niektóre aktualne warunki zewnętrzne (bieda), wydarzenia z dzieciństwa (bieda w rodzinie, nieuświadomienie), urazowe doświadczenia w grupach rówieśniczych (bycie nie lubianymi, najbrzydszymi, rządzonymi przez innych, niechciana inicjacja seksualna), niewystarczające zasoby

interpersonalne (brak partnera, słaba sieć społeczna) bądź intelektualne (niewielka pilność, przebyte urazy OUN), i inne np. awanturowanie się, niechęć do partnera, konflikty z teściową, nieudane współżycie seksualne, zagrożenie w pracy zawodowej etc.

Wnioski: Podatność na oddziaływanie w/w czynników jest jednostkowo zmienna i wymaga analizy indywidualnej, - dlatego np. jedni samotni pacjenci przeżywali drugie życie grupy jako pomocne, inni jako przeszkadzające, także uwzględniającej warunki psychoterapii np. obciążenia dotyczące dzieci miały zapewne silniejszy wpływ w bardzo czasochłonnej terapii w oddziale dziennym. Także zestawy istotnych związków stwierdzonych dla różnych trudności np. współpraca z terapeutą vs adaptacja do leczenia w oddziale dziennym, okazały się do pewnego stopnia odmienne.

Piśmiennictwo

1. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I. i in. Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu. Psychoterapia. 1981; 37: 3-10.

2. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romanik O, Świątek L. Wyniki badania psychoterapii. Psychoterapia. 1982; 40: 11-16

3. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romejko-Hurko A. Oddział dzienny jako forma intensywnej, kompleksowej terapii nerwic. Psychoterapia, 1979; 30: 39-45

4. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. Psychiatr. Pol. 1994; 28, 4: 421-430

Psychoterapia grupowa chorych z zaburzeniami odżywiania - plusy i minusy? Obserwacje z perspektywy praktyki terapeutycznej

Małgorzata Talarczyk

Poster prezentuje pozytywne oraz negatywne aspekty różnych form psychoterapii grupowej chorych z zaburzeniami odżywiania. Opisane są grupy homogenne oraz heterogenne prowadzone w warunkach hospitalizacji. Porównywane są grupy chorych na jadłowstręt psychiczny oraz chorych na bulimię jako grupy homogenne oraz grupy mieszane zaburzeń odżywiania, a także grupy heterogenne - z pacjentami niechorującymi na zaburzenia odżywiania. Wyodrębnione plusy oraz minusy terapii grupowej stosowanej wobec chorych na anoreksję i bulimię, obserwowane z perspektywy praktyki terapeutycznej, stanowią hipotezy do dalszych badań psychoterapii grupowej chorych z zaburzeniami odżywiania.

Informacje o autorach wykładów, warsztatów i posterów:

Antkowiak Rafał, dr n. med., miejsce pracy: Polski Instytut Ericksonowski filia w Poznaniu, do grudnia 2006r. przez 15 lat pracował w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży AM w Poznaniu, lekarz psychiatra, specjalista psychiatra dzieci i młodzieży, przewodniczący Filii Wielkopolskiej SNP PTP, certyfikat w zakresie terapii systemowej nadany przez Międzynarodowe Towarzystwo Terapii Systemowej (Heidelberg, Niemcy) oraz certyfikat psychoterapeuty SNP PTP. Ukończył dwuletnie międzynarodowe szkolenie z zakresu terapii ericksonowskiej w ZIST (Penzberg, Niemcy). Zainteresowania: integracja hipnoterapii ericksonowskiej i podejścia systemowego, terapia rodzin.

Aleksandrowicz Jerzy Witold, prof. dr hab. med., miejsce pracy: Katedra Psychoterapii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, psychiatra, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor SNP Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Przewodniczący Elekt SNP PTP. Główne obszary zawodowych zainteresowań to: psychopatologia oraz badania efektywności psychoterapii zaburzeń nerwicowych i osobowości, hipnoza i inne obszary problematyki psychoterapeutycznej.

Aleszko Zofia, dr nauk o wychowaniu fizycznym, miejsce pracy: Klinika Nerwic w IPiN w Warszawie, specjalizacja z choreoterapii,

Barbaro de Bogdan, dr hab., miejsce pracy: Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ, specjalista psychiatra, psychoterapeuta i superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Seksja Psychoterapii oraz Seksja Terapii Rodzin), zawodowe zainteresowania: terapia rodzin, postmodernizm w psychiatrii i psychoterapii

Berezowska Jolanta, lek. med., specjalista psychiatra, miejsce pracy: Wydział Psychologii Uniwersytet Warszawski Katedra Psychopatologii i Psychoterapii, Polski Instytut Ericksonowski w Łodzi, certyfikowana psychoterapeutka Polskiego Tow. Psychiatrycznego i Polskiego Tow. Psychologicznego, certyfikat EAC, superwizor Polskiego Tow. Psychologicznego. Zainteresowania zawodowe: psychoterapia ericksonowska w leczeniu zaburzeń odżywiania, sprawców i ofiar przemocy w kontekście indywidualnym i rodzinnym

Bierzyński Kazimierz, mgr, miejsce pracy: Katedra Psychoterapii CM UJ, psycholog kliniczny, psychoterapeuta i superwizor SNPPTP i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, aktualny Przewodniczący Zarządu Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP, zainteresowania zawodowe: psychoterapia zaburzeń nerwicowych i osobowości, dialog psychoterapeutyczny

Bomba Jacek, prof. dr n. med., miejsce pracy: Katedra Psychiatrii UJ CM, Katedra Psychoterapii UJ CM, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Katedry Psychiatrii UJ CM, psychiatra, psychoterapeuta i superwizor SNP PTP, zainteresowania: psychiatria młodzieżowa, integracyjne podejście do problemów zdrowia psychicznego.

Chrzastowska Monika, mgr, miejsce pracy: Poznański Ośrodek Zdrowia Psychicznego, psycholog kliniczny, doradca personalny i zawodowy, członek Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich, zainteresowania zawodowe: terapia krótkoterminowa, indywidualna, muzykoterapia, techniki relaksacyjne, doradztwo zawodowe.

Ciesielski Roman, dr n. med., kieruje rozwojem filii Polskiego Instytutu Ericksonowskiego we Wrocławiu oraz współpracuje z Polskim Instytutem Ericksonowskim w Poznaniu, specjalista psychiatra dzieci i młodzieży, psychoterapeuta z certyfikatem SNP PTP. Szkolił się w zakresie terapii ericksonowskiej i systemowej m. innymi w ZIST (Penzberg, Niemcy). Zainteresowania: psychoterapia wieku rozwojowego, depresji, schizofrenii, terapia małżeństw.

Czabała Czesław, prof. dr hab., miejsce pracy: Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, psycholog kliniczny, psychoterapeuta, superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, członek Society for Psychotherapy Research. Zawodowe obszary zainteresowań: psychoterapia, psychologia kliniczna, poradnictwo, promocja zdrowia psychicznego, profilaktyka zaburzeń psychicznych.

Czapiewska- Zejden Elżbieta, mgr, kieruje Filią Polskiego Instytutu Ericksonowskiego w Poznaniu, ponad 20 lat pracowała na Oddziale Psychoterapii Nerwic Kliniki Psychiatrii AM w Poznaniu, psycholog kliniczny, psychoterapeuta z certyfikatem Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, certyfikat Międzynarodowego Towarzystwa Terapii Systemowej (Heidelberg, Niemcy). Ukończyła dwuletnie międzynarodowe szkolenie z zakresu terapii ericksonowskiej w ZIST (Penzberg, Niemcy). Zainteresowania zawodowe: psychoterapia zaburzeń psychosomatycznych, lękowych, terapia par

Czapnik Janina, mgr, miejsce pracy: Oddział Dzienny Leczenia Nerwic w NZOZ ALTERMED w Katowicach, psycholog kliniczny, psychoterapeuta z certyfikatem Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, superwizor psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Od 20 lat zajmuje się terapią indywidualną, a od 6-ciu lat także terapią grupową. Pracuje w konwencji eklektycznej z akcentem na psychoterapię psychodynamiczną i kognitywną. Szczególnie zainteresowana: zaburzenia związane z myślami natrętnymi.

Czekaj Barbara lek. med., miejsce pracy: NZOZ "Dąbrówka" - Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia w Gliwicach, specjalista psychiatra, certyfikat psychoterapeuty Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Dębniak Agnieszka Ewa, mgr psychologii, miejsce pracy: Akademicki Ośrodek Psychoterapii Katedra Psychopatologii i Psychoterapii, Wydział Psychologii Uniwersytet Warszawski, szkolenia z terapii ericksonowskiej, a obecnie w trakcie szkolenia w terapii psychodynamicznej, członek zwyczajny Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Zawodowe obszary zainteresowań: praca z osobami przejawiającymi głębsze zaburzenia emocjonalne (szczególnie praca z osobami przejawiającymi zaburzenia osobowości - typu borderline oraz narcystyczne).

Dobiąła Teresa, mgr, miejsce pracy: Polski Instytut Ericksonowski filia w Poznaniu, gabinet psychologiczny w Lesznie, specjalista psychologii klinicznej, psychoterapeutka z certyfikatem Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Pracuje od 32 lat. Prowadzi psychoterapię indywidualną, grupową, par i rodzin w nurcie ericksonowskim.

Engel Lilianna, mgr, miejsce pracy: Przychodnia Przykliniczna, Centrum Zdrowia Psychicznego, Instytutu Psychiatrii i Neurologii Warszawa, drugi stopień specjalizacji z psychologii klinicznej, certyfikat psychoterapeuty Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, licencja trenerska Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, członek: Sekcji Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Stowarzyszenia Balintowskiego. Zawodowe obszary zainteresowań: psychoterapia, szczególnie pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i zaburzeń osobowości, prowadzenie badań dotyczących psychoterapii, analiza przebiegu terapii, zagadnienia dotyczące relacji lekarz, terapeuta - pacjent.

Gąsienica-Roj Małgorzata, mgr, miejsce pracy: Klinika Nerwic IPiN w Warszawie.

Gliszczyńska Anna, mgr, miejsce pracy: Oddział Leczenia Nerwic w Sosnowcu, specjalista psycholog kliniczny, psychoterapeuta z certyfikatem SNPPTP, certyfikat ECP, asystent psychodramy (PIFE), zainteresowania zawodowe: psychoterapia zaburzeń nerwicowych, psychodrama

Gruszecka Ewa, mgr, miejsce pracy: Specjalistyczna Poradnia Psychoprofilaktyki i Terapii Rodzin w Lublinie, certyfikat ECP, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Sekcja Naukowa Psychoterapii, Sekcja Naukowa Terapii Rodzin oraz Polskie Towarzystwo Psychologiczne, zainteresowania: terapia rodzinna, terapeutyczne aspekty kultury i sztuki.

Izydorzyc Bernardetta, dr n. hum., specjalista psychologii klinicznej, miejsce pracy: NZOZ "Dąbrówka" - Ośrodek Leczenia Nerwic i Zaburzeń Jedzenia w Gliwicach, Uniwersytet Śląski, psychoterapeutka z certyfikatem Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Jaklewicz Hanna, prof. zw. dr hab. med., miejsce pracy: Uniwersytet Gdański, Elbląska Uczelnia Humanistyczno-Ekonomiczna, psychiatra dzieci i młodzieży, psychoterapeuta-certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zawodowe obszary zainteresowań: autyzm dziecięcy, specyficzne zaburzenia mowy i komunikacji, symbolika rysunków w psychoterapii dzieci.

Jakubowski **Jerzy S.**, dr fil., psycholog - psychoterapeuta (certyfikowany w Niemczech), trener, superwizor i nauczyciel superwizji Niemieckiego Towarzystwa Systemowego.

Pracuje w Saarlandzie w prywatnej praktyce. Jako nauczyciel terapii systemowej naucza w Saarlandzkim Towarzystwie Terapii Systemowej i Poradnictwa, w Wielkopolskim Towarzystwie Terapii Systemowej, w Saksońskim Towarzystwie Terapii Systemowej, w Bodeńskim Instytucie Terapii Systemowej, w Saarlandzkim Instytucie Terapii Behawioralnej.

Jest członkiem SGST, SG, WTTS, PTP i Sekcji Terapii Rodzin PTP. Zainteresowania zawodowe: superwizje w różnych instytucjach oraz terapia par i terapia lęku.

Janik Anna, mgr, miejsce pracy: Polski Instytut Ericksonowski filia w Poznaniu, psycholog kliniczny, certyfikowany psychoterapeuta S.N. Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, zainteresowania zawodowe: psychoterapia osób z zaburzeniami psychosomatycznymi, problemami prokreacji oraz pomocy w kryzysach.

Jasiński Marek dr n. hum., adiunkt na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego w Katedrze Psychopatologii i Psychoterapii, kierowanej przez prof. Lidię Grzesiuk. Prowadzi działalność kliniczną, przyjmując pacjentów w konwencji psychoanalitycznej. Certyfikat seksuologa klinicznego, międzynarodowy certyfikat psychoanalityka IPA. Zainteresowania: psychoanaliza, seksuologia, psychopatologia, zagadnienia kliniczne.

Jaracz Jan, dr hab., miejsce pracy: Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu, psychiatria, przynależność do towarzystw: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne
Obszary zainteresowań: neuropsychologia, neuropsychiatria, psychofarmakologia.

Kamiński Ryszard, dr n. med. specjalista psychologii klinicznej, psychoterapeuta i superwizor SNP PTP, Przewodniczący Naukowej Sekcji Psychoterapii PTP w Szczecinie
Konsultant Wojewódzkiej Psychologii Klinicznej w Szczecinie. Zainteresowania: psychoterapia indywidualna i grupowa

Klajs Krzysztof, mgr, dyrektor Polskiego Instytutu Ericksonowskiego z siedzibą w Łodzi, psycholog kliniczny, psychoterapeuta i superwizor S.N. Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz superwizor Sekcji Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Jest członkiem M. Erickson Gesellschaft fur Klinische Hypnose e.V. w Monachium oraz Swedish Society of Clinical & Experimental Hypnosis. Prowadził zajęcia szkoleniowe z zakresu hipnozy i terapii ericksonowskiej w Niemczech, USA, Wielkiej Brytanii, w RPA, Meksyku, Hiszpanii i na Litwie.

Klasa Katarzyna, mgr, miejsce pracy: Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, członek SNP PTP, red. czasopisma internetowego "Psychiatria i Psychoterapia" (www.psychiatriapsychoterapia.pl), zainteresowania: psychopatologia i psychoterapia zaburzeń nerwicowych i behawioralnych, psychometria, dydaktyka

Kokoszka Andrzej, prof. dr hab. med., mgr psychologii, miejsce pracy: II Klinika Psychiatryczna AM w Warszawie. Specjalista psychiatra i seksuolog. Superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Certyfikaty analityka grupowego i lidera grup Balintowskich. Zainteresowania naukowe: modele świadomości, czynniki psychoterapeutyczne, radzenie sobie z chorobą.

Murawiec Sławomir dr n. med., specjalista psychiatra, adiunkt Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, psychoterapeuta SN Psychoterapii PTP, członek Instytutu Psychoanalizy i Psychoterapii w Warszawie oraz International Neuro-Psychoanalysis Society. Autor prac o psychologicznych aspektach leczenia farmakologicznego.

Müldner-Nieckowski Łukasz, lek. med., miejsce pracy: Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Katedra Psychoterapii, psychiatra

Nakov Anastasia dr med., psychiatra dziecięcy, przez trzydzieści lat kierowała oddziałem psychiatrii dzieci i młodzieży w Metz, była wykładowcą psychiatrii dziecięcej w Uniwersytecie w Nancy, jestem psychoanalitykiem dziecięcym oraz psychoanalitykiem dorosłych, rodzinnym terapeutą psychoanalitycznym, członkiem komitetu redakcyjnego czasopisma opisującego psychoanalizę dziecięcą, członkiem komitetu wydawniczego w wydawnictwie Bayard Press, superwizorem i przedstawicielem Francji przy Europejskiej Federacji Psychoterapii Psychoanalitycznej.

Popek Lidia, dr n. med., miejsce pracy: Przychodnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży Centrum Psychoterapii BEN, specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, certyfikat psychoterapeuty SNP PTP, członek Polskie Towarzystwo Psychiatrycznego Sekcji Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Sekcji Terapii Rodzin, Sekcji Psychoterapii. Zawodowe obszary zainteresowań: diagnoza, leczenie i psychoterapia zaburzeń psychicznych dzieci i młodzieży ze szczególnym uwzględnieniem całościowych zaburzeń rozwojowych i zaburzeń jedzenia.

Rogiewicz Maria, dr n. przyrodniczych, miejsce pracy: praktyka prywatna, wykładowca Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie, współpracuje z Polskim Instytutem Ericksonowskim, psycholog kliniczny, superwizor SNP PTP i Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, trener grup Balinta, zainteresowania zawodowe: psychosomatyka, zaburzenia emocjonalne.

Rutkowski Krzysztof, dr n. med., miejsce pracy: Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Katedra Psychoterapii, psychiatra, psychoterapeuta z certyfikatem SNPPTP oraz certyfikatem International Association for Analytical Psychology (IAAP), Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Psychologii Analizy.

Siwiak-Kobayashi Maria, dr hab. med., mgr psychologii. Profesor [Wyższej Szkoły Społeczno-Ekonomicznej](#). Kierownik Kliniki Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Specjalista psychiatra, psychoterapeuta, superwizor psychoterapii. Zainteresowania naukowe: etiopatogeneza, diagnostyka i leczenie zaburzeń nerwicowych, psychoterapia, zmiany postaw w wyniku psychoterapii indywidualnej i grupowej, zaburzenia emocjonalne u chorych na choroby somatyczne, psychologia medyczna.

Sobański Jerzy A., dr n. med., miejsce pracy: kierownik Pracowni Diagnostyki Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych Katedry Psychoterapii CM UJ, Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, specjalista psychiatra, przewodniczący Filii Krakowskiej SNP PTP, członek Society for Psychotherapy Research, red. naczelny czasopisma internetowego "Psychiatria i Psychoterapia" (www.psychiatriapsychoterapia.pl), red. strony PTP (www.psychiatria.org.pl), zainteresowania zawodowe: psychopatologia i psychoterapia zaburzeń nerwicowych i behawioralnych, psychometria, dydaktyka.

Ścibak Monika, mgr, miejsce pracy: Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnień i Współuzależnień w Krakowie, psycholog kliniczny, psychoterapeuta z certyfikatem SNPPTP, asystent psychodramy (PIFE), zainteresowania zawodowe: terapia osób uzależnionych i współuzależnionych, z zaburzeniami osobowości.

Talarczyk Małgorzata dr n. med. w zakresie biologii medycznej, miejsce pracy: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży UM Poznań, prowadzi Ambulatorium Terapii Zaburzeń Odżywiania w Poznaniu, specjalista psycholog kliniczny dzieci i młodzieży. Certyfikat Terapii Systemowej - nadany przez Saarlandzkie Towarzystwo Terapii Systemowej oraz Międzynarodowe Towarzystwo Terapii Systemowej w Heidelbergu. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Sekcji Naukowej Psychoterapii, Sekcji Naukowej Terapii Rodzin, Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Zainteresowania: psychoterapia zaburzeń odżywiania, opracowanie własnego programu terapii grupowej chorych z jadłowstrętem psychicznym, prace badawcze dotyczące systemowej psychoterapii indywidualnej chorych z bulimią, psychoterapia rodzinna.