

Copyright © Psychiatria i Psychoterapia

ISSN 1895-3166

Punktacja Ministerstwa Nauki: 6 pkt p. wykaz czasopism
czasopismo indeksowane w Index Copernicus™

ICV za rok 2010 wynosi 3,92 pkt

PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA. 2011; Tom 7, Nr 4: s.1-3.

cały zeszyt: [wersja pdf](#)

LISTA RECENZENTÓW CZASOPISMA – ROK 2011 [wersja pdf](#)

Szanowni Czytelnicy,

Zapraszamy do zapoznania się z treścią zimowego numeru naszego kwartalnika, w którym znajdziecie Państwo w większości zagadnienia z zakresu seksuologii: niezwykle ciekawy wywiad z Profesorem Marią Beisert, Autorką monografii poświęconej pedofilii. Nasze czasopismo miało zaszczyt znaleźć się wśród patronów medialnych tej obszernej i niezwykle ciekawej publikacji. Pozycji tej poświęcona została także odrębna recenzja, podobnie jak drugiej pozycji książkowej – dotyczącej ujawniania homoseksualizmu czyli tzw. coming-out (znanej także pod skróconym tytułem przekładanym bezpośrednio z języka angielskiego: *Mamo, Tato, jestem gejem!*). Ostatnia pozycja tego numeru opisuje zagadnienia kwalifikacji do dużego dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych – w tym sam proces, jego etapy a także wybrane „ilościowe parametry”.

Zapraszamy do lektury i zachęcamy do publikacji.

Michał Mielimąka	Katarzyna Klasa	Jerzy A. Sobański
Redaktor	Sekretarz Redakcji	Redaktor Naczelny

Od Redakcji oraz spis treści [wersja pdf](#)

Spis treści

Artykuł 1. s.4-14 [wersja pdf](#)

Katarzyna Klasa WYWIAD Z PROFESOR MARIĄ BEISERT

Artykuł 2. s.15-17 [wersja pdf](#)

Katarzyna Klasa RECENZJA MONOGRAFII M.BEISERT. „*PEDOFILIA. GENEZA I MECHANIZM POWSTAWANIA*”

Artykuł 3. s.18-19 [wersja pdf](#)

Jerzy A. Sobański RECENZJA: RITCH C. SAVIN-WILLIAMS “*HOMOSEKSUALNOŚĆ W RODZINIE. UJAWNIANIE TAJEMNICY*”

Artykuł 4. s.20-34 [wersja pdf](#)

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa, Krzysztof Rutkowski, Edyta Dembińska,
Łukasz Müldner-Nieckowski KWALIFIKACJA DO INTENSYWNEJ PSYCHOTERAPII
W DZIENNYM ODDZIALE LECZENIA NERWIC

PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA

Czasopismo Internetowe Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Redaktor Naczelny	Editor-in-charge	Jerzy A. Sobański, Polska
Sekretarz Redakcji	Executive Editor	Katarzyna E. Klasa, Polska
Redaktor	Editor	Michał Mielimąka, Polska
Redaktor językowy	Language editor	Anna Kolasińska, Polska
Redaktor statystyczny	Statistical editor	Maciej Sobański, Polska

Kontakt z redakcją Contact address molocko@poczta.fm

Katedra Psychoterapii Collegium Medicum UJ, ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków,
POLSKA

tel.: 004812 6331203, 6337216, fax 004812 6334067

Wydawca Publisher Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP,
ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków, POLSKA

tel.: 004812 6331203, 6337216, fax 004812 6334067

contact person Jerzy A. Sobański

Prawa autorskie Copyright Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP

Organ założycielski Supporting body Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Finansowanie Funding body Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP

Indeksacja Abstracting Index CopernicusTM

<http://www.indexcopernicus.com/>

Copyright © Psychiatria i Psychoterapia

ISSN 1895-3166

Psychiatria i Psychoterapia 2011, Tom 7, Nr 4: s.4-14.

Katarzyna Klasa

WYWIAD Z PROFESOR MARIĄ BEISERT

INTERVIEW WITH PROFESSOR MARIA BEISERT

Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

KATARZYNA KLASA: Pani Profesor, rozmawiamy w związku z ukazaniem się na rynku Pani nowej książki, pt. „Pedofilia. Geneza i mechanizm powstawania”. Jest Pani autorką licznych prac z zakresu seksuologii, patologii rodziny czy mówiąc szerzej patologii społecznej...

PROF. MARIA BEISERT: tak, to jest dziedzina, w której pracuję, działam, z którą się identyfikuję.

KATARZYNA KLASA: jest Pani Profesor prawnikiem, psychologiem i seksuologiem. Jak to się zaczęło?

PROF. MARIA BEISERT: zaczęło się bardzo prosto. Mój dziadek, który był ważną dla mnie osobą, był prawnikiem. Zawsze podobało mi się ten zawód, a ponieważ szybko chciałam być samodzielna, pracować, wybrałam studia prawnicze, gdyż wydawało mi się, że bycie prawnikiem da mi taką możliwość. Kiedy byłam na III czy IV roku, zorientowałam się, że to nie był najlepszy wybór, jednak ze względu na trudną sytuację finansową zaczęłam pracować jako prawnik a mój mistrz i profesor, który bardzo wiele mi w życiu pomógł - profesor Zygmunt Ziemiński, pomógł mi także rozpocząć studiowanie psychologii. Tak więc byłam prawnikiem do czasu ukończenia psychologii a gdy ją ukończyłam, wiedziałam że potrafię prawdopodobnie lepiej pracować będąc psychologiem niż prawnikiem...

KATARZYNA KLASA: rozumiem, że obie te dziedziny przeplatają się w Pani pracy?

PROF. MARIA BEISERT: teraz się przeplatają, bo rzeczywiście od kilku lat zajmuję się takim obszarem wiedzy psychologicznej i seksuologicznej, która jednocześnie wypełnia obszar czynów zabronionych. Ale przez pewien odcinek mojego życia zajmowałam się czymś zupełnie innym, a mianowicie konfliktami i kryzysami w związkach partnerskich,

czynnościowymi zaburzeniami seksualnymi, rozwojem seksualnym człowieka, a także takimi kwestiami jak relacja lekarz-pacjent, zdrowie i choroba, wypalenie zawodowe. Od początku swojego życia zawodowego zajmowałam się w jakiś sposób seksuologią, ponieważ trafiłam do Zakładu Psychologii Klinicznej, którym kierował wtedy dr Gapik - interesujący się seksuologią i wszyscy pracownicy w pewnym sensie mogli z tego skorzystać.

KATARZYNA KLASA: niewątpliwie jest to dziedzina wiedzy o szerokim zastosowaniu, na którą jest też duże zapotrzebowanie....

PROF. MARIA BEISERT: wydawało mi się, że mogę tu sporo zrobić dysponując pewną wiedzą i pewną umiejętnością rozmawiania z ludźmi o seksie, o ich intymnych i bolesnych sprawach. Stąd w moim życiu zawodowym od samego początku występowały dwa wątki: teoretyczny i praktyczny. Zaraz po studiach zaczęłam pracować jako asystent na uczelni i w poradni. Ten wątek teoretyczny i wątek praktyczny realizowałam zawsze równolegle i muszę powiedzieć, że wywarło to ogromny wpływ na moje decyzje życiowe, na to co robię i na sposób w jaki uprawiam swoją dziedzinę wiedzy. Uważam, że jest to bardzo szczęśliwy wybór, ponieważ dzięki temu, że uczelnia wymaga ode mnie stałego rozwoju, pacjenci mogą na bieżąco dysponować nową wiedzą. Natomiast moi studenci dzięki temu, że mam stały kontakt z pacjentami, mogą patrzeć na przekazywaną im wiedzę jako na wiedzę autentyczną i rozumieć to, co najistotniejsze, mianowicie że praktyk może dobrze pracować o tyle, o ile jest dobrym teoretykiem, a teoretyk może być dobrym teoretykiem o tyle, o ile widzi człowieka w tym, czym zajmuje się teoretycznie.

KATARZYNA KLASA: wyobrażam sobie, że kontakt z pacjentami może też być inspiracją do tego, co warto jeszcze zgłębić i zbadać teoretycznie?

PROF. MARIA BEISERT: oczywiście, że tak. To pacjent ze swoimi nierozwiązanymi sprawami i trudnościami życiowymi podsuwa mi zarówno obszary do refleksji, jak i rozwiązania. Wiele moich teoretycznych pytań i także teoretycznych odpowiedzi wynika z tego, że coś już obserwowałam i poszukiwałam wyjaśnienia...

KATARZYNA KLASA: także lektura Pani najnowszej książki pokazuje bardzo wyraźnie, że jest to praca zawierająca jednocześnie obszerną i myślę bardzo wartościową część teoretyczną i niezwykle rozbudowaną część praktyczną – badawczą.

PROF. MARIA BEISERT: muszę tu powiedzieć, że sama będąc recenzentką cudzych monografii niekiedy złoścę się gdy część teoretyczna jest długa i „przegadana” Dlatego długo zastanawiałam się czy moja monografia powinna być tak obszerna.

KATARZYNA KLASA: z punktu widzenia czytelnika rzeczywiście tych informacji jest dużo, jednak są one niezwykle przydatne i konieczne. Przykładowo, gdy zaczynamy się

zastanawiać co to jest pedofilia, pojawia się pytanie jak ma się do kazirodztwa, jak do wykorzystania seksualnego dziecka...do tej pory faktycznie było to mało opracowane a wszystkiego tego można się dowiedzieć z lektury Pani książki.

PROF. MARIA BEISERT: cieszę się, że tak Pani uważa...

KATARZYNA KLASA: kiedy przygotowywałam się do wywiadu z Panią, sprawdziłam jakie opracowania dotyczące pedofilii i zjawisk z nią powiązanych są w Polsce dostępne i natknęłam się między innymi na książkę wydaną w 2003r...

PROF. MARIA BEISERT: pani Magdaleny Podgajnej - Kuśmierek?

KATARZYNA KLASA: dokładnie tak. I właściwie można powiedzieć, że jest ona pewnym apelem o to, by zjawiskiem pedofilii zająć się w sposób bardziej poważny niż „dotychczas” czyli do roku 2003...

PROF. MARIA BEISERT: tak, to była pierwsza jaskółka. Już na początku roku 2004 zaczęłam namawiać moje magistrantki do zajęcia się badaniem sprawców. Te pierwsze trzy prace magisterskie dały podstawy do powstania programu badawczego, na realizację którego Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego przyznało odpowiednie fundusze.

KATARZYNA KLASA: w tym momencie myślę o zapowiadanych przez Panią Profesor w książce istnieniu danych, które jeszcze nie zostały wykorzystane...

PROF. MARIA BEISERT: tak, to był bardzo duży program, Ministerstwo pozwoliło mi na prowadzenie badań we wszystkich wybranych przez nas ze względu na profil osadzonych zakładach karnych. Zebrałam tak wiele danych, że konieczne było dokonanie wyboru informacji, które zostały opracowane w pierwszym rzędzie. Mam jeszcze np. bardzo ciekawe dane dotyczące całego życia seksualnego sprawców prowadzonego równoległe z tym, co właściwie jest patologią...

KATARZYNA KLASA: czy mamy szansę na zapoznanie się z tymi danymi i idącymi za nimi wnioskami?

PROF. MARIA BEISERT: taką mam nadzieję, ale to za jakiś czas...

KATARZYNA KLASA: kiedy czyta się Pani książkę nasuwają się kolejne pytania i ciekawość rośnie...ale wracając do tego, co zostało w niej przedstawione – dużo miejsca poświęciła Pani Profesor na omówienie definicji pedofilii z trzech punktów widzenia: medycznego, prawnego i społecznego, pisze Pani również o tendencji do rozszerzania definicji klinicznych i prawnych. Jeśli skoncentrujemy się na definicjach klinicznych to jak zdaniem Pani Profesor ta tendencja może wpłynąć na nasze postrzeganie pedofilii i podejście do jej leczenia?

PROF. MARIA BEISERT: Rozszerzanie definicji pedofilii skutkuje zwiększeniem ilości zjawisk, które są nią objęte, lepszą ochroną ofiar i większą liczbą sprawców. Oceniam je pozytywnie, mimo wysokich kosztów społecznych.

KATARZYNA KLASA: właściwie kiedy potocznie mówimy o leczeniu pedofilii to bardziej w kontekście czy rozumiejąc to w kategoriach odizolowania, kary czy resocjalizacji niż leczenia sensu stricto...

PROF. MARIA BEISERT: myślę, że lepiej będzie używać słowa „terapia” niż „leczenie”, bo jest ono bardziej pojemne i obejmuje różne sposoby działania, które można z grubsza podzielić na dwa typy: farmakologiczne i psychoterapeutyczne. Te dwie ścieżki czasami występują oddzielnie, ale zwykle się łączą. Natomiast sama izolacja jest wyłącznie środkiem ochrony społeczeństwa, i niczego nie zmienia a niekiedy wręcz zwrótnie zwiększa zagrożenie.

KATARZYNA KLASA: zwraca też Pani Profesor uwagę na bardzo ważny a najczęściej pomijany fakt, czyli że, „pedofilia szkodzi też pedofilom”.

PROF. MARIA BEISERT: to jest podejście, przy którym będę się upierała zawsze, dlatego że cokolwiek by pedofil mówił o tym, że jego aktywność pedofilna daje mu dużo satysfakcji, to dla człowieka dorosłego realizowanie popędu seksualnego w sposób, który nie jest dojrzały nie jest realizacją zdrową.

KATARZYNA KLASA: badania, które Pani przeprowadziła, w książce kończą się podsumowaniem dotyczącym praktycznych implikacji do tworzenia programów terapeutycznych. Które z tych implikacji uważa Pani za szczególnie ważne?

PROF. MARIA BEISERT: Okazało się, że sprawcy tzw. rodzinni i pozarodzinni powinni być traktowani i leczeni oddzielnie. To po pierwsze. A po drugie okazało się, że te najbardziej popularne, promowane sposoby pracy ze sprawcami, mówię tu o programach behawioralno-poznawczych, nie są odpowiednie dla wszystkich sprawców. Wiem, że są one ustrukturywane, tanie i stosunkowo łatwe do przeprowadzenia, ale istnieją grupy sprawców, których taki program po prostu nauczy pewnych umiejętności, które mogą wykorzystać niestety w służbie „lepszego” popełniania przestępstwa a nie odejścia od przestępstwa. Niezbędna jest praca bardziej pogłębiona, gdyż to, co dzieje się we wczesnych fazach rozwoju sprawcy, w jego dzieciństwie nie będzie poddawało się przeucaniu.

KATARZYNA KLASA: czyli zanim wdrożymy program terapeutyczny, powinna mieć miejsce dokładna diagnoza?

PROF. MARIA BEISERT: Tak, zwłaszcza, że niektórzy sprawcy sami są ofiarami.

KATARZYNA KLASA: zastosowanie jednolitego programu dla wszystkich...

PROF. MARIA BEISERT: nie ma sensu. Programy behawioralno-poznawcze nie leczą urazów.

KATARZYNA KLASA: czy są jakieś programy terapeutyczne na świecie, które Pani Profesor uważa za wzorcowe? I jak to jest w Polsce?

PROF. MARIA BEISERT: istnieje wiele takich programów na świecie. Najlepsze moim zadaniem są propozycje Williama Marshalla.

KATARZYNA KLASA: kilka lat temu w „Seksuologii Polskiej” był opublikowany artykuł Marshalla, pod intrygującym tytułem „Czy pedofilia jest uleczalna?”, bardzo interesujący...

PROF. MARIA BEISERT: to, co Marshall mówi o terapii wyraźnie w ciągu lat ewoluuje. Na przykład na początku w terapii sprawców zwracano uwagę na to jak ważną i niezbędną rzeczą jest ich motywacja wewnętrzna. Marshall też chyba od podobnego poglądu zaczynał, natomiast w tej chwili opracował również programy dla sprawców, którzy się nie przyznają się do popełnienia przestępstwa. Marshall proponuje pracę z nimi zmierzającą do tego, by „nigdy więcej nie znaleźli się w tym miejscu”, czyli pracę nad tym, żeby umieli dobrze żyć i skutecznie kontrolować swój popęd.

KATARZYNA KLASA: rozumiem, że to opisywane przez Panią Profesor pominięcie uznania przez sprawcę, że zrobił coś „niewłaściwego” to trochę jak obejście oporu zamiast przewalczania go?

PROF. MARIA BEISERT: tak, podobnie o tym pomyślałam, że Marshall nie skupia się na przejściu ze wstępnego okresu zaprzeczania do przyznania, a w gruncie rzeczy istota pracy jest ta sama, chodzi o to, by były sprawca żył szczęśliwie respektując ograniczenia, które społeczeństwo nakłada na każdego.

KATARZYNA KLASA: Pani Profesor, wspomniała Pani o superwizowaniu zespołów pracujących ze sprawcami, a jak wygląda kwestia szkolenia osób, które zajmują się w Polsce terapią pedofilów?

PROF. MARIA BEISERT: są tu różne możliwości i wiem, że profesor Zbigniew Lew-Starowicz podejmuje wiele wysiłków w tym celu, jednak nie jest to ustrukturowana forma kształcenia. Ludzie kształcą się w naszym kraju w różny sposób – np. poprzez program specjalizacji w seksuologii dla lekarzy, albo w ramach studiów podyplomowych. Studia podyplomowe działają między innymi w Warszawie i w Poznaniu

KATARZYNA KLASA: czyli nie ma odrębnego, całościowego programu?

PROF. MARIA BEISERT: nie ma takiego jednego, można powiedzieć systemowego programu, który obejmowałby wybraną grupę osób szkolonych systematycznie i latami przez specjalistów .

KATARZYNA KLASA: szkoda, bo to przecież bardzo trudny obszar pracy...

PROF. MARIA BEISERT: bardzo szkoda, Trzeba jednak wiedzieć, że taki program jest bardzo kosztowny

KATARZYNA KLASA: czy możemy mieć nadzieję, że takie fundusze się znajdują?

PROF. MARIA BEISERT: uważam, że tak, choć nie jest proces, który nie będzie procesem krótkim. Obserwuję jednak, że małymi krokami – przecież jesteśmy jednak krajem dość biednym – realizuje się różnego rodzaju inicjatywy, rośnie świadomość społeczna, rośnie ochrona dzieci. Można powiedzieć, że także sfinansowanie moich badań przez Ministerstwo NiSW o tym dobrym kierunku zmian świadczy. Myślę, że taki dobry kierunek to stworzenie systemu ochrony społeczeństwa przed rozwojem niewłaściwych postaw wobec seksualności, Gdy mówimy o dobrym programie, to też o dobrym programie edukacji seksualnej. Mam na myśli edukację seksualną nie tylko w sensie edukacji w szkole czy w innych instytucjach, ale zapobieganie nabywaniu przez dzieci nieprawidłowych doświadczeń seksualnych. W moich badaniach udało się udowodnić bardzo dokładnie, że osoby, które później zostały sprawcami pedofilii to osoby rozwijające się seksualnie w dzieciństwie zupełnie inaczej niż osoby, które sprawcami nie zostały. Elementem bardzo istotnym była tu nieodpowiednia edukacja seksualna. Sądzę, że bardzo ważne są tu działania profesora Zbigniewa Izdebskiego, czyli rozpowszechnianie wiedzy o seksualności Polaków. Tak więc działając małymi krokami w zakresie edukacji, w zakresie kształcenia klinicystów i potem w zakresie terapeutycznym doprowadzi się do lepszego rozpoznawania sprawców i także lepszego pomagania im, leczenia.

KATARZYNA KLASA: właśnie miałam zapytać o to, czy możemy sobie wyobrazić jakiś rodzaj programów profilaktycznych i rozumiem, że postulat edukacji seksualnej w tym się mieści?

PROF. MARIA BEISERT: to dobre podsumowanie, i niech to nawet zabrzmie pompatycznie ale chodzi tu o całą politykę państwa wobec rozwoju seksualnego obywateli. Jeśli źle kształcimy nauczycieli wychowania do życia w rodzinie, to wiąże się to z odpowiedzialnością za to, że młodzież nie nabywa odpowiedniej wiedzy. Tak, dobre programy profilaktyczne a właściwie dobre programy promocji zdrowia seksualnego, z pewnością obniżą ilość sprawców w społeczeństwie.

KATARZYNA KLASA: pomyślałam, że to taki optymistyczny postulat, w tym sensie, że wiele można w tym zakresie zrobić.

PROF. MARIA BEISERT: gdy na dodatek będzie to program nie tylko dla „elit”, ale taki który dotrze faktycznie do grup ryzyka, czy do takich małych dzieci czy do rodzin, w których

istnieje ryzyko niewłaściwej socjalizacji dziecka. Moje badania udowodniły, że czynnik socjalizacji rodzinnej czyli relacji dziecka i rodzica i sposobu odnoszenia się rodzica wobec dziecka jest czynnikiem bardzo ważnym dla przyszłego sprawcy. Chodzi tu o takie proste sprawy jak postawa rodzica wobec dziecka, szacunek wobec dziecka, chęć dawania mu wspierających go wskazówek, konsekwencja, miłość i tolerancja w dawaniu dziecku autonomii. Są to kwestie podstawowe, które potem powodują, że dziecko potrafi stworzyć właściwy związek, także miłosny i seksualny. Jeśli dziecko nie wynosi takiej bazy z relacji z rodzicami, to nie potrafi stworzyć związku równościowego, tylko tworzy związki niedojrzałe. Jedną z postaci związku niedojrzałego jest kierowanie i realizowanie swojego pożądanego do dziecka. Badania wyraźnie pokazały, że braki podstawowe to braki w socjalizacji rodzinnej, a ich konsekwencją jest brak kompetencji społecznych – sprawcy nie dość, że mają bardzo wyraźny deficyt w relacji z rodzicem, dodatkowo nie są wyposażeni w skuteczne sposoby radzenia sobie w sytuacjach społecznych i radzenia sobie ze stresem.

KATARZYNA KLASA: gdy mówi Pani o brakach związanych z socjalizacją to muszę przyznać, że byłam zaskoczona wynikami wskazującymi na ogromną dla rozwoju badanych sprawców – mężczyzn rolę matek a znacznie mniejsze znaczenie ojców...

PROF. MARIA BEISERT: W wielu badaniach w Polsce potwierdza się ta prawidłowość, że matka jest w rodzinie odpowiedzialna za wychowanie seksualne dziecka, i to matka realizuje je częściej niż ojciec. Kiedy robiłam pierwsze badania na ten temat, był to rok 1990, a właściwie 1989. Badani byli studentami. Okazało się, że pierwsze informacje związane z seksualnością dzieci otrzymują od matek, ale dzieje się to nie w dzieciństwie ale wtedy gdy są już nastolatkami. I dzieje się tak zarówno gdy matka jest osobą samotną, jak i wtedy gdy rodziny są pełne. Także profesor Izdebski w swoich ostatnich badaniach pokazywał, że dziecko szybciej zwróci się do matki po informacje o seksualności niż do innego członka rodziny. Natomiast w moich badaniach ujawniła się jeszcze jedna prawidłowość. Zaburzona postawa matki wobec dziecka stanowi istotny czynnik podnoszący ryzyko, że to dziecko stanie się w przyszłości sprawcą rodzinnym. Z kolei dla sprawców, którzy wykorzystują dzieci obce, znaczenia zaczynała nabierać także zaburzona postawa ojca. Wyniki te wskazują na to, że kazirodczy mężczyzna prawdopodobnie odtwarza wobec własnych dzieci coś co było zaburzone i silnie na niego oddziaływało, a co wiązało się z jego relacją z matką.

KATARZYNA KLASA: zaskoczyło mnie to, bo spodziewałam się, że to ojcowie będą ...

PROF. MARIA BEISERT: ...dawali jakieś negatywne, niewłaściwe wzorce? W mojej grupie badanej była istotna jeszcze jedna sprawa – większość osadzonych nie wychowywała się z ojcem. To mógł być czynnik, który rolę matki w pewnym sensie akcentował. Wobec pewnej

grupy mężczyzn w ogóle nie stosowano kwestionariuszy opisujących rolę ojca w ich życiu, ponieważ sprawcy ojców nie znali.

KATARZYNA KLASA: właściwie to osoby, które wzorca męskiego nie miały?

PROF. MARIA BEISERT: nigdy go nie widziały.

KATARZYNA KLASA: Pani Profesor, a czy któryś z uzyskanych przez Panią wyników był zaskakujący dla Pani?

PROF. MARIA BEISERT: prawdę mówiąc, zaskoczyły mnie wyniki związane z wpływami biologicznymi a w szczególności zależności między cechami związanymi z układem dopaminergicznym sprawcy a wykorzystaniem seksualnym dziecka. Wynik był dla mnie naprawdę zaskakujący dlatego, że cechy badanych mężczyzn pozwoliły wnosić o ich prawdopodobnie obniżonym poziomie dopaminy. To nie jest może odkrywczy wynik, ponieważ znane są nie od dziś badania, które pedofilię wyjaśniają za pomocą tzw. hipotezy niedoboru nagrody. Zachowanie seksualne z dzieckiem – ekscytujące również z powodu przekraczania społecznego zakazu – jest działaniem nagradzającym i powodującym jej przyrost. Ale okazało się, że w moim badaniu pojawiła się druga grupa sprawców, których wyniki należy interpretować jako wskazujące na podwyższony poziom dopaminy. Było tak w przypadku sprawców kazirodczych. Można przypuszczać, że nawiązywali oni kontakty seksualne z dzieckiem nie dlatego, że cierpieli na deficyt nagradzających bodźców, tak jak ma to miejsce w przypadku sprawców działających w oparciu o hipotezę niedoboru nagrody, ale że dla nich czynność kazirodcza pełniła funkcję czynności rutynowej, kojącej i obniżającej napięcie. Można by podejrzewać, że nie chodzi tu tylko o zaburzenie preferencji seksualnych, ale o innego rodzaju zaburzenie tyle, że ze spektrum OCD. Czynnikiem, który uruchamia zachowania patologiczne jest w tym wypadku zaburzone przekąźnictwo dopaminergiczne pod postacią obniżonego poziomu dopaminy. Zaskoczyło mnie to, że powiązania między poziomem dopaminy a pedofilią mogą mieć taki dwojaki i przeciwstawny charakter, wyjaśniany przy pomocy dwóch różnych hipotez. Początkowo myślałam nawet, że wystąpił może błąd w obliczeniach, ale po konsultacji i dyskusji z panią profesor Joanną Hauser, która zajmowała się badaniami zależności między neuroprzekąźnikami a działaniem człowieka, uznałyśmy że można taką właśnie hipotezę o dwojakim i różnorodnym związku dopaminy z pedofilią postawić. Hipotezę, która teraz powinna zostać zweryfikowana na drodze badań biologicznych.

KATARZYNA KLASA: to pokazuje kolejną ścieżkę....

PROF. MARIA BEISERT: i otwiera kolejne możliwości.

KATARZYNA KLASA: Pani Profesor, odnośnie kolejnych ścieżek – w tym opracowaniu nie znalazły się oczywiście informacje dotyczące kobiet jako sprawczyń pedofilii. Czy takich badań możemy oczekiwać?

PROF. MARIA BEISERT: prawdę mówiąc, to jest moje marzenie. Mam już zebrane dane na ten temat pochodzące z mojej praktyki biegłego sądowego, ale to są pojedyncze przypadki. Gdy rozpoczynałam badania opisane w monografii, czyli w roku 2007, porównałam liczbę mężczyzn i kobiet w więzieniach w Polsce skazanych i osadzonych za pedofilię. Mężczyzn było około tysiąca, a kobiet około dziesięciu. Takie badania kobiet muszą mieć inny charakter.

KATARZYNA KLASA: bardziej typu case study?

PROF. MARIA BEISERT: wyobrażam je sobie tak, że każda z tych kobiet powinna zostać przebadana kwestionariuszowo, ale również przebadana na drodze starannego, nagrywanego wywiadu, a uzyskane informacje poddane powinny zostać analizie jakościowej.

KATARZYNA KLASA: czyli z wykorzystaniem metodologii podobnej jak w badaniach sprawczyń kazirodztwa.

PROF. MARIA BEISERT: tak... Na świecie są zresztą takie badania przeprowadzone na grupach np. siedmioosobowych. Grupa szesnastoosobowa jest już grupą ogromną. Przy analizie wyników grupy takiej wielkości moglibyśmy powiedzieć, że np. trzy przypadki potwierdzają jeden mechanizm, a dwa inny mechanizm, bo jest kilka typów sprawczyń kazirodzących. Sprawstwo kobiet zostało zresztą dobrze opisane w wydanej niedawno książce, niestety nie w Polsce, autorstwa Hannah Ford [Hannah Ford Women who sexually abuse children, John Wiley & Sons, 2006r. – przyp. K.Klasa]. Jak mówiłam, jest to moje marzenie, zwłaszcza że ilekroć występowałam w sądzie jako biegły, sąd nie dawał wiary, że jest możliwe wykorzystanie seksualne dziecka przez kobietę...

KATARZYNA KLASA: jest to trudniejsze społecznie do przyjęcia niż to, że wykorzystuje mężczyzna?

PROF. MARIA BEISERT: tak, sąd łatwo przyjmie do wiadomości, że kobieta może biła dziecko, że się znęcała, ale nie że je wykorzystywała seksualnie. To za bardzo podważa stereotyp matki.

KATARZYNA KLASA: wchodzi też na obszar tabu...

PROF. MARIA BEISERT: tabu sprawstwa kobiet jest jeszcze silniejsze niż sprawstwa pedofilii. Z resztą osoby które z racji zawodu stykają się ze zjawiskiem pedofilii, myślę tu np. o policjantach, adwokatach, sędziach, uruchamiają bardzo wyraźne mechanizmy obrony przed patologią. Nie dopuszczają do siebie myśli, że osoba o wysokim statusie społecznym

(prawnik, duchowny, lekarz) może jednocześnie być pedofilem. To naruszyłoby ich obraz świata.

KATARZYNA KLASA: to zjawisko opisuje Pani Profesor w części pracy poświęconej definicjom społecznym pedofilii...

PROF. MARIA BEISERT: Obserwuję to zjawisko na co dzień w czasie rozpraw, gdy np. adwokaci nie tyle bronią sprawcy, co swojego poglądu na świat....Ja rozumiem to zjawisko, znam je. A to, co mogę zrobić, to mówić o nim, żeby ludzie zrozumieli, że obrony przed patologią dotyczą każdego i każdemu niestety potrafią zniekształcić obraz rzeczywistości.

KATARZYNA KLASA: to właściwie otwiera się kolejny obszar edukacji...

PROF. MARIA BEISERT: ja bym powiedziała edukacji społecznej, bo mówimy o całej grupie ludzi powiązanej zawodowo z ofiarami i sprawcami. Kiedyś, zupełnie przypadkowo, zajmowałam się różnymi zjawiskami zachodzącymi wśród osób, które pracują ze sprawcami i ofiarami, czyli osób będącymi w ciągłym kontakcie z patologią seksualną. Myślę, że to też jest ważny wątek, który również może kiedyś rozwinę.

KATARZYNA KLASA: Pani Profesor, gdy myślimy o tym jakie wyniki przyniosły Pani badania opisane w monografii, także o tych jeszcze nie opublikowanych i o kolejnych pytaniach badawczych nasuwających się w trakcie lektury Pani książki, to czy są jakieś kierunki dalszych badań, które Pani wydają się najbardziej potrzebne?

PROF. MARIA BEISERT: sądzę, bardzo ważnym obszarem badań są zależności między zaburzeniami w strukturze i funkcji mózgu a pedofilią. Książka na ten temat się ukaże bo napisze ją moja doktorantka. Drugi istotny obszar dotyczy zniekształceń poznawczych sprawców. Tym zajmuje się mój kolejny doktorant. Trzecie ważne zagadnienie wymagające zbadania to zaburzenia w regulacji emocjonalnej pedofilów. Po zbadaniu tych trzech obszarów należałoby skoordynować dane i – tak jak w teoriach zintegrowanych – ponownie sprawdzić czy uda się wyodrębnić jakieś podstawowe typy sprawców.

KATARZYNA KLASA: mam właściwie jeszcze jedno pytanie ...zastanawiam się nad tym, że z jednej strony coraz więcej mówi się w mediach o pedofilii, wykorzystywaniu seksualnym dzieci, a z drugiej strony mamy do czynienia z opisywanym też przez Panią zjawiskiem medialnej „seksualizacji” dzieci. Jak rozumieć tę niespójność?

PROF. MARIA BEISERT: nie wiem czy będę się tu wypowiadała bardziej jako badacz czy jako terapeuta. Mam wiele obserwacji z pracy ze sprawcami, których wczesna seksualizacja na jakimś etapie życia doprowadziła do tego, że nie rozumieli na przykład, że odczuwanie pobudzenia seksualnego nie jest jednoznaczne z uruchamianiem zachowania seksualnego. Te osoby wskazywały mi wiele takich sytuacji społecznych, np. reklam, w których występowały

dzieci. Treść tych reklam stanowiła wyraźną zachętę do postrzegania dzieci jako obiektów posiadających atrybuty seksualne. I część osób ten przekaz odbierała jako sygnał zezwalający na angażowanie dziecka w kontakt seksualny. Tak więc myślę, że komercjalizacja wszystkiego, w tym wizerunku dziecka i jego ochrona nie idą w parze. Mamy do czynienia z sytuacją gdy z jednej strony seksualizuje się dziecko i nie chroni się jego wizerunku, a z drugiej, jeśli ktoś wyciąga „ukryte wnioski” z tego przekazu to zostaje za to ukarany...

KATARZYNA KLASA: pomyślałam, że może edukacja także i w tym zakresie przynieść może dobre efekty, tak jak zaczęło dziać się choćby w odniesieniu do anoreksji i takiego wzorca kobiecości promowanego w świecie mody i mediów...

PROF. MARIA BEISERT: tak, to jest pole do działania. Stąd mój apel do dziennikarzy, żeby nie zajmowali się zagadnieniem pedofilii po przeczytaniu dwóch o niej artykułów albo po posłuszeniu się prowokacją dziennikarską, której finałem jest opisywanie w gazecie tego jak udało się psychoterapeutę „wystrychnąć na dudka”. Wydaje mi się to nieuczciwe, dlatego że pedofilia to jest nie tylko dramat dziecka, ale też dramat osoby dorosłej, która albo cierpi z tego powodu, że sama nie akceptuje swojej preferencji seksualnej albo dlatego, że wcale nie uważa, że robi coś złego ale jest społecznie napiętnowana. Uważam, że jest to zbyt poważne zjawisko, związane ze zbyt dużą dozą ludzkiego cierpienia żeby „ot tak” sobie o tym pisać, oburzać się czy dziwić.

KATARZYNA KLASA: poszukiwanie sensacji nie służy niczemu dobremu.

PROF. MARIA BEISERT: tak, nieakceptowane jest dla mnie poszukiwanie sensacji w obszarze, który może i jest „sensacyjny”, ale przede wszystkim jest synonimem cierpienia.

KATARZYNA KLASA: bardzo dziękuję za rozmowę.

Psychiatria i Psychoterapia 2011, Tom 7, Nr 4: s.15-17.

Katarzyna Klasa

RECENZJA MONOGRAFII M.BEISERT. PEDOFILIA. GENEZA I MECHANIZM POWSTAWANIA.*

Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik Zakładu: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

*GWP, Sopot 2011 link do wydawnictwa: [proszę kliknąć](#)

Są książki, które wypada przeczytać i takie, których nie wypada nie przeczytać. Książka autorstwa prof. Marii Beisert pt. „Pedofilia. Geneza i mechanizm powstawania” należy do książek, które przeczytać trzeba. Pedofilia jest zjawiskiem znaczącym zarówno z punktu widzenia medycznego – jako jedno z zaburzeń preferencji seksualnych, prawnego – jako przestępstwo, jak i społecznego – z uwagi na naruszanie tabu i norm społecznych odnoszących się do relacji seksualnych osób dorosłych i dzieci.

Książka prof. Beisert powstała na bazie programu badawczego Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, ale przede wszystkim dzięki wieloletniemu doświadczeniu i zainteresowaniom zawodowym Autorki w obszarze seksuologii i patologii społecznej. Stanowi pierwsze w Polsce tak obszerne opracowanie na temat pedofilii, opracowanie nie tylko teoretyczne, ale co warto podkreślić, oparte również o rzetelnie przygotowany materiał badawczy. Autorka w staranny sposób dobrała grupę badaną (którą stanowiło 298 mężczyzn osadzonych w 16 zakładach karnych na terenie Polski, końcowej analizie poddane zostały wyniki 248 osób) oraz szeroki zestaw narzędzi badawczych.

Książka podzielona została na osiem rozdziałów. Dwa pierwsze, dotyczące dyskusji wokół definicji pedofilii i przeglądu teorii wyjaśniających genezę tego zaburzenia stanowią bardzo interesujące wprowadzenie teoretyczne. W rozdziale pierwszym Czytelnik może szczegółowo zapoznać się z definicjami medycznymi, w tym porównaniem kryteriów pedofilii w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV, definicjami prawniczymi wraz z odniesieniem do odpowiednich przepisów prawnych oraz definicjami społecznymi. Bardzo interesujący jest podrozdział poświęcony na omówienie pedofilii w kontekście zjawisk pokrewnych: agresji i przemocy seksualnej, wykorzystania i nadużycia seksualnego, napastowania seksualnego a

także tzw. „pedofilii pozytywnej”. Autorka omawia również tendencje w zakresie definiowania pedofilii, zwracając uwagę m.in. na ich poszerzanie (zwłaszcza definicji prawnych) i dyskutując możliwe konsekwencje tych zmian.

Drugi z wymienionych rozdziałów obejmuje szereg teorii genezy pedofilii. Podzielone zostały one na teorie biologiczne (jak się wydaje psychoterapeutom, zwłaszcza o podstawowym wykształceniu psychologicznym najmniej znane) odnoszące się do zaburzeń układu endokrynnego, zaburzeń chromosomalnych oraz struktury i funkcji mózgu i teorie środowiskowe, w tym psychologiczne: psychodynamiczne i uczenia się, jak również oparte na roli otoczenia społecznego: teorie funkcjonalne, chaosu społecznego i feministyczne.

W rozdziale tym znalazło się także omówienie czterech bardziej szczegółowych, zintegrowanych modeli wyjaśniających powstawanie przemocy seksualnej – czyli modeli wykraczających poza obszar wyłącznie pedofilii – czteroczynnikowego modelu Finkelhora i Araji, teorii etiologii przestępczości seksualnej Marshalla i Barbaree’go, czterostronnej teorii molestowania dziecka Halla i Hieschmana oraz modelu ścieżek molestowania seksualnego dziecka Warda i Siegerta. Uwagę szczególnie zwraca komentarz Autorki odnoszący się do ograniczeń i zarzutów stawianych tym modelom, wykorzystany przy tworzeniu własnego planu badawczego.

W kolejnym rozdziale Autorka w przejrzysty sposób przedstawia teoretyczne założenia badań własnych, postawione hipotezy badawcze oraz opis grupy, procedury i narzędzi badawczych (znalazły się one również w obszernym aneksie).

Dalsze rozdziały traktują o poszczególnych elementach założonego modelu: uwarunkowaniach biologicznych w procesie rozwoju pedofilii, znaczeniu wpływów rodzicielskich i opiekuńczych, w tym stylów przywiązania dorosłych sprawców i postaw rodzicielskich jakich doświadczyli, znaczeniu kompetencji społecznych, m.in. empatii i jej różnych wymiarów, i w końcu o znaczeniu przebiegu rozwoju seksualnego mężczyzny-sprawcy.

Każdy z wymienionych rozdziałów ma jasno określoną strukturę: rozpoczyna się przeglądem dotychczasowej wiedzy i wyników badań w danym obszarze, przy czym Autorka rzetelnie zwraca uwagę np. na liczebności grup w referowanych badaniach, a następnie przedstawia wyniki uzyskane w trakcie badań własnych wraz z ich interpretacją. Swoje rozważania prowadzi Autorka w odniesieniu do czterech wyodrębnionych wśród badanych sprawców grup: biologicznych krewnych dziecka (ojcowie, dziadkowie i bracia), sprawców pełniących wobec dziecka funkcję ojcowską (grupa ta zwiera krewnych biologicznych), osób mających stały i nieograniczony dostęp do dziecka poprzez pokrewieństwo, pełnienie obowiązków

ojcowskich lub bliskość przestrzenną (obejmującą też dwie poprzednie grupy) oraz osób obcych dziecku.

Ostatni rozdział książki poświęcony został na opis skonstruowanych na podstawie przeprowadzonych badań modeli rozwoju pedofilii rodzinnej i pozarodzinnej. Co interesujące, w ramach modelu pedofilii kazirodziej uzyskane wyniki pozwoliły na wyróżnienie trzech możliwych ścieżek jej powstawania, natomiast w odniesieniu do pedofilii pozarodzinnej – tylko jednej.

Rozważania te kończą się bardzo wartościową konkluzją dotyczącą wniosków dla projektowania i realizacji programów terapeutycznych sprawców czynów pedofilnych. Autorka zwraca uwagę na konieczność unikania bezrefleksyjnego poddawania wszystkich sprawców identycznym oddziaływaniom terapeutycznym, które to działanie może prowadzić wręcz do przeciwnych, niebezpiecznych efektów, np. w postaci lepszych umiejętności wybierania i emocjonalnego osaczania ofiar („*grooming*”).

Lektura książki „Pedofilia. Geneza i mechanizm powstawania” niewątpliwie dostarcza zarówno użytecznej klinicznie wiedzy, jak i prowokuje dalsze pytania. Wśród bardzo wielu interesujących rezultatów opisywanych badań uwagę zwraca na przykład znaczenie roli i postawy matek przyszłych sprawców czy to, że bezpieczne przywiązanie sprawców nie wyklucza pojawienia się zachowań pedofilnych. Z uwagi na formalne ograniczenia programu badawczego w recenzowanej książce nie został podjęty temat pedofilii kobiet. Ten „brak” daje się odczuć, m.in. we fragmencie dotyczącym teorii relacji z obiektem Otto Kernberga, gdzie Autorka jasno zaznacza, że omówiony będzie wyłącznie fragment teorii dotyczący zaburzeń rozwoju chłopców ponieważ przedmiotem opracowania jest pedofilia występująca wśród mężczyzn. Zainteresowanym czytelnikom pozostaje zatem sięgnięcie do wcześniejszych artykułów Autorki i oczekiwanie na bardziej szczegółowe opracowanie również tego tematu. W tym kontekście niezwykle obiecująco brzmi też zapowiedź Autorki o odrębnej publikacji, w której wykorzystane zostaną dodatkowe dane uzyskane w trakcie omawianego badania za pomocą rysunku projekcyjnego, kwestionariusza lęku przed kobietami i kwestionariusza sekretów fantazji erotycznych.

Jerzy A. Sobański

RECENZJA: RITCH C. SAVIN-WILLIAMS *“HOMOSEKSUALNOŚĆ W RODZINIE. UJAWNIANIE TAJEMNICY”*

Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. Kierownika Katedry: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

W niejednej dziedzinie mawia się, że polskie społeczeństwo znajduje się pewną ilość lat za Stanami Zjednoczonymi (ewentualnie Europą Zachodnią etc.). W żadnym jednak chyba zakresie nie jest to prawdą w stopniu takim jak w odniesieniu do tolerancji wobec odmiennych orientacji, preferencji i zachowań seksualnych. Szczególne zaś w stosunku do homoseksualizmu. Nie mamy nawet „dość wielu” przykładów postaci literackich lub fikcyjnych bohaterów seriali o orientacji homoseksualnej.

Nawet upublicznianie tejże przez celebrytów, żyjących przecież w pewnym zakresie z popularności a więc i z jej podtrzymywania za pomocą kontrowersyjnych plotek i sensacji wywoływanych przez „odkrywanie” ich mniej lub bardziej prawdziwych upodobań, nie jest jeszcze w naszym kraju częste. Co dopiero mówić o ujawnianiu homoseksualizmu przez przeciętnych Kowalskich i Nowaków w niewielkich społecznościach, poza wielkimi aglomeracjami Warszawy, Katowic czy Krakowa.

Dlatego książka napisana przez geja eksperta – badacza, psychologa, profesora i terapeutę, w nawiązaniu do jego i jego partnera badań, nosząca w oryginale nawet bardziej prowokujący tytuł (*Mamo, Tato, jestem gejem!*) może być dla wielu Czytelników zaprawdę porażająca. Nie mówię tu o badaczach i klinicytach zatopionych na przykład w teorii queer, ani o seksuologach czy psychoterapeutach. Ale już o sporej grupie lekarzy, szczególnie lekarzy niepsychiatrów, a przede wszystkim zwyczajnych, szarych polskich rodziców.

Dla nich bowiem statystyka dotycząca rozpowszechnienia homoseksualizmu nie przekłada się w naszym kraju na przypuszczenie, że może to właśnie ich dziecko boryka się – dokładnie teraz – z określaniem lub częściej ukrywaniem orientacji homoseksualnej.

Tak było oczywiście już *dawno temu w Ameryce*, a i w pewnym zakresie, w niewielkich społecznościach lokalnych bywa tam tak nadal. Dlatego wiele treści zawartych w wywiadach z homoseksualistami płci obojga, rozlegle cytowanych w zgrabnie wydanej przez niezawodne Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne (w świetnym bo *niezauważalnym* przekładzie Ewy Jusewicz-Kalter), będzie miało aktualne odniesienie do wielkich połaci naszego ojczystego kraju. Z zachowaniem kontekstu kulturowego – oczywiście nie w postaci typowego obecnie zaprzeczenia – *nieeee to nie może dotyczyć naszych dzieci!*

Poruszające opisy reakcji rodziców na pierwsze informacje ujawniające orientację, uporządkowane zależnie od płci dziecka i rodzica, ich usytuowania w czasie, rozmaite możliwe powikłania... Wszystkie te informacje w trudnej do pochłonięcia za pierwszym razem ilości, czynią recenzowaną pozycję naprawdę wartą przeczytania a nawet pozostawienia na półce. Choć w wielu wypadkach nie pozostanie tam na stałe z powodu pożyczenia jej znajomym, pewnie także i pacjentom, a nawet ...krewnym, dzieciom, rodzicom, rodzeństwu.

Książka Savina-Williamsa będzie też źródłem pocieszenia dla obu stron trudnej przeprawy jaką jest coming-out. Obok oczywistych konfliktów, nieporozumień i odrzuceń pokazuje bowiem nadzieję na unormowanie (choć nie „zheteronormatywizowanie”) relacji dziecko-rodzice a nawet rodzice-partner. Co przecież nie zawsze się udaje w heteronormatywnych układach.

Największą siłą przekazu omawianej publikacji są moim zdaniem wywiady z autentycznymi zwyczajnymi, tak właśnie – zwyczajnymi – homoseksualistami. Wzmianki o ułatwieniu akceptacji dla homoseksualności dziecka przez doświadczenia biseksualności jego rodzica mogą być trudne i zagrażające dla niektórych Czytelników, wielu jednak mogą przynieść ulgę podobną do uzyskiwanej w wyniku działania czynnika uniwersalności podczas psychoterapii grupowej...

Solidny rozdział poświęcony wynikom badań oraz porządne i czytelne indeksy pojęć i nazwisk (rzeczy przecież wciąż niespotykane w wielu podręcznikach akademickich) uczyniły jeszcze bardziej atrakcyjną jedną z i tak najciekawszych pozycji na rynku wydawniczym.

Chcąc znaleźć zarzut dla tej sporej przecież „książeczki”, osiągnąłem pewien poziom absurdu – mianowicie zamarzyło mi się w końcu, żeby była napisana na gruncie czysto polskich realiów, z cytatami z wywiadów z rodakami, z rdzennie polskim piśmiennictwem fachowym i popularnonaukowym. Ale na to nie ma rady – trzeba będzie jeszcze poczekać... ile? 10 – 20 – 30 lat?

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa*, Krzysztof Rutkowski,

Edyta Dembińska, Łukasz Müldner-Nieckowski

KWALIFIKACJA DO INTENSYWNEJ PSYCHOTERAPII W DZIENNYM ODDZIALE LECZENIA NERWIC

ASSESSMENT FOR ADMISSION TO INTENSIVE PSYCHOTHERAPY IN A DAY HOSPITAL FOR NEUROTIC DISORDERS

Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. Kierownika Katedry: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

*Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Krzysztof Rutkowski

Streszczenie

Wprowadzenie: Kwalifikacja do leczenia w dziennym oddziale leczenia nerwic wiąże się z dokonywanym przez doświadczonych terapeutów – psychiatrów i psychologów – doborem pacjentów do intensywnej codziennej psychoterapii grupowej, połączonej z elementami terapii indywidualnej, oraz decyzjami samych pacjentów, podejmowanymi między wizytami w ambulatorium. Kluczowe znaczenie dla przebiegu leczenia mają oczekiwania i motywacja pacjentów. Czynniki te wpływają na ich zaangażowanie w leczenie oraz optymalne wykorzystanie zasobów poradni kwalifikującej i oddziału terapeutycznego.

Cel: Opis i analiza procesu kwalifikacji do leczenia intensywną psychoterapią, prowadzoną w dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych. Określenie wydajności tego procesu na poszczególnych jego etapach.

Materiał: Informacje o zgłaszaniu się pacjentów w latach 2004-2005. Analizowana grupa liczyła łącznie 3108 osób, w tym 1679 pacjentów zarejestrowanych w 2004 oraz 1429 zarejestrowanych w 2005 roku.

Metoda: Analiza liczby zgłoszeń na poszczególne etapy diagnostyki przed leczeniem w oddziale. Porównanie odsetków pacjentów zarejestrowanych na kolejne wizyty w ambulatorium, zgłaszających się, lub je odwołujących, oraz ostatecznie zakwalifikowanych do oddziału lub skierowanych do innych instytucji opieki zdrowotnej.

Wyniki: Wielu pacjentów nie zgłasza się na uzgodnione terminy wizyt diagnostycznych, druga liczna grupa jest kierowana do leczenia w innych instytucjach opieki zdrowotnej. Doboru w największym odsetku dokonuje się na etapie pierwszego, wstępnego badania psychiatrycznego, co powoduje mniejsze zahamowanie procesu kwalifikacji przez bardziej czasochłonne badania psychologiczne – rozbudowany wywiad życiorysowy oraz diagnostykę kwestionariuszową. Stwierdzono również, że skierowania poza analizowaną instytucję dotyczyły

głównie zaburzeń nie objętych kontraktem na leczenie w jej obrębie np. organicznych zaburzeń OUN, uzależnień, psychoz schizofrenicznych i zaburzeń afektywnych, natomiast drugą grupę stanowili pacjenci z zaburzeniami wprawdzie odpowiadającymi profilowi dostępnych oddziaływań (zaburzeń nerwicowych i osobowości), którzy nie mogli jednak dostosować się do programu leczenia z uwagi na warunki życia, ogólny stan zdrowia, niewystarczającą motywację, zmniejszoną kontrolę impulsów autoagresywnych itd.

Wnioski: Kwalifikacja do leczenia w oddziale wiąże się ze znacznego stopnia selekcją pacjentów, dokonywaną w czasie badań wstępnych, zarówno przez personel jak i przez samych pacjentów. Najwięcej skierowań do szpitali i PZP jest konsekwencją badania wstępnego, natomiast do poradni terapeutycznych (np. zaburzeń osobowości) często następuje później. Skierowanie do leczenia poza instytucję niekiedy okazuje się konieczne nawet po kilku tygodniach od rozpoczęcia badań wstępnych. Rezygnacje pacjentów w postaci nieobecności bez zawiadomienia, odwołania spotkań lub zakomunikowania decyzji podczas badania są częste. Wydajność procesu kwalifikacji – związana ze składem grupy zgłaszających się osób oraz specyficznymi warunkami intensywnego leczenia – nie może ulec łatwemu zwiększeniu z uwagi na specyfikę intensywnej psychoterapii. Przerywanie stosunkowo uciążliwej diagnostyki zmniejsza prawdopodobnie liczbę rezygnujących podczas leczenia w oddziale dziennym.

Summary

Introduction: Selection for treatment in a day hospital for neurotic disorders is connected with a process of action of experienced therapists – psychiatrists and psychologists – selection of patients for intensive, everyday group psychotherapy, combined with elements of individual therapy, as well as with patients' own decisions, during the time between ambulatory visits. Crucial for treatment process are expectations and motivations of patients. These factors are influencing patients' commitment to treatment and optimal utilization of resources of ambulatory selecting facility and therapeutic day hospital.

Aim: Description and analysis of the process of selection for intensive psychotherapy treatment, ongoing in a day hospital for neurotic disorders. Assessment of this process effectiveness during its particular stages.

Material: Data regarding attendance of patients in years 2004-2005. The group analysed was 3108 persons, including 1679 patients registered in 2004 and 1429 registered in 2005.

Method: Analysis of number of actually attended visits at particular stages of diagnostics before admission to a day hospital. Comparison of rates of patients registered for consecutive visits at the ambulatory clinic, attending or cancelling visits, and finally admitted to a day hospital or referred-out to other health care institutions.

Results: Many patients are not coming for preset diagnostics visits, the next numerous group is referred for treatment in other health care institutions. Selection in a largest part is done at the first stage of initial psychiatric examination, and that causes smaller inhibition of the selection process by more time-consuming psychological examination – elaborate biographical interview and questionnaires-based diagnostics. We found also, that referrals out of (our) institution analysed were mostly the disorders not contracted for treatment (by insurance company) here, e.g. organic brain disorders, drug-dependencies, psychotic schizophrenic disorders and affective disorders, the next group contained patients however suffering disorder fitting the profile of our treatment (neurotic and personality disorders), who were not able to comply to treatment program because of life context, general health conditions, insufficient motivation, decreased control of autoaggressive impulses etc.

Conclusions: Admission for treatment in a day hospital is connected with a significant selection of patients, going on during initial ambulatory visits, done both by staff and by patients themselves. Majority of referrals to

hospitals and ambulatory psychiatric clinics (PZP) result from initial psychiatric examination, and referrals to psychotherapy clinics (e.g. for personality disorders) happen usually later. Referral for treatment outside of institution sometimes shows necessary even after several weeks after initiation of ambulatory selection examinations. Resignations of patients in a form of absences without calling, cancellation of visits or communicating the decision during visit are frequent. Effectiveness of selection process – connected with patients-candidates' group composure, and with specific setting of intensive treatment – cannot be easily improved because of intensive psychotherapy specifics. Disruption of relatively burdening diagnostics decreases probably a number of dropouts during treatment in a day hospital.

Słowa kluczowe: kwalifikacja do psychoterapii, oddział dzienny, intensywne leczenie psychoterapią, skierowanie do innego leczenia, kryteria wykluczające

Keywords: assessment for psychotherapy, day hospital, intensive treatment with psychotherapy, referral to another treatment, exclusion criteria

Wyniki badań częściowo przedstawiono podczas Konferencji „*Zaburzenia nerwicowe, terapia, badania, dydaktyka. 30-lecie Zakładu, Katedry Psychoterapii*” 10-11.06.2006 w Krakowie.

Wprowadzenie

Oczekiwania pacjentów w odniesieniu do trybu leczenia i efektywności różnych typów terapii [np. 1], nabierają szczególnego znaczenia w sytuacji, gdy skierowanie od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalisty psychiatrii do instytucji oferującej psychoterapię przestało być wymagane. Z uwagi na szeroki zakres oferowanej pomocy, obejmującej zarówno psychoterapię, leczenie farmakologiczne, niekiedy także elementy rehabilitacji (np. treningi umiejętności interpersonalnych), a przede wszystkim możliwość leczenia bez utraty kontaktu ze środowiskiem rodzinnym, zawodowym czy towarzyskim i odmienną „społeczną konotację” [2, 3, 4, 5], oddziały dzienne stały się miejscem leczenia preferowanym nie tylko przez specjalistów, ale także przez pacjentów. Konsekwencją jest między innymi większa liczba osób zgłaszających się do leczenia prowadzonego w systemie dziennym (jak podają S. Pużyński i W. Langiewicz, w Polsce już w 2003 r. działało 168 oddziałów dziennych opieki psychiatrycznej, oferujących łącznie 3,8 tys. miejsc [6]), a co za tym idzie – konieczność skutecznego i sprawnego systemu kwalifikacji, zapewniającego optymalizację czasu oczekiwania przez pacjentów na rozpoczęcie leczenia. Wiąże się ona zarówno z możliwością zaplanowania i przeznaczenia na leczenie określonego czasu, jak i

wstępne przepracowanie motywacji do leczenia, a także jak najlepsze wstępne przygotowanie pacjenta do terapii [4, 7, 8].

W literaturze wymienia się szereg koniecznych, czy „pożądanych”, cech osób chcących się leczyć psychoterapią, ze szczególnym naciskiem na motywację do zmian, zdolność do uzyskania wglądu, umiejscowienie poczucia kontroli i elastyczny system mechanizmów obronnych [9, 10, 11].

W odniesieniu do leczenia psychoterapią w systemie dziennym, w znacznej mierze mówić można raczej o „selekcji negatywnej” [12], związanej, jak się wydaje, przede wszystkim z brakiem kontroli nad pacjentami po godzinach zajęć terapeutycznych. Powoduje to unikanie przyjmowania do tego trybu leczenia m.in. osób impulsywnych, przejawiających tendencję do samouszkodzeń lub zachowań samobójczych, nadużywających alkoholu, narkotyków etc. [4, 13]. Pobyt w oddziale dziennym wymaga od pacjentów również szczególnej motywacji np. ze względu na znaczny wysiłek związany z leczeniem (skondensowanie zajęć terapeutycznych, wymagana aktywność i regularność uczestniczenia w sesjach, obciążenia finansowe np. wynajęcie mieszkania przez pacjentów zamiejscowych itp.) i jednoczesnym prowadzeniem codziennego życia [2, 4, 13]. Z leczeniem i dążeniem do leczenia w oddziale dziennym wiązać mogą się również specyficzne korzyści wtórne, które często zakłócają proces terapii i znacząco wpływają na jej wynik [4, 14]. Dodatkową zmienną, która musi być uwzględniana w procesie kwalifikacji, jest oferowany tryb leczenia, a zatem ocena stopnia, w jakim określony pacjent może skorzystać z danej formy terapii.

Wymienione czynniki sprawiają, że proces kwalifikacji do leczenia oraz oceny możliwości dostosowania programu terapeutycznego do potrzeb określonego pacjenta staje się kluczowym elementem procesu psychoterapii [15].

W opisywanym oddziale praca terapeutyczna prowadzona jest w grupach otwartych, liczących średnio 8-10 osób i odbywa się w dwóch trybach – porannym, przeznaczonym dla pacjentów niepracujących lub przebywających na zwolnieniu lekarskim, obejmującym 15 godzin terapii grupowej tygodniowo, jedną godzinę w tygodniu terapii indywidualnej i godzinne spotkanie społeczności oraz w trybie popołudniowym, przeznaczonym przede wszystkim dla osób łączących terapię z pracą zawodową, obejmującym ok. 10 godzin terapii grupowej tygodniowo, możliwość sesji indywidualnych oraz przez dwa dni w tygodniu zajęcia o charakterze psychoedukacyjnym i relaksacyjnym. W oddziale dziennym pacjenci realizują również różnorodne zadania terapeutyczne, takie jak przygotowywanie komentarzy do spotkań „kontrolnych” lub „końcowych”, przesłuchiwanie nagrań sesji, działalność samorządu etc. co zajmuje im dodatkowe, trudne do określenia ilości czasu [np. 13].

Specyfika terapii grupowej oraz kryteria kwalifikacyjne, na podstawie których pacjent jest do niej kierowany, są szeroko opisywane w literaturze [12, 14, 16]. Z uwagi na konieczność zapewnienia płynnej wymiany pacjentów kończących leczenie oraz nowych uczestników otwartych grup terapeutycznych, tak aby utrzymać względnie stałą liczebność grup, jednym z najbardziej istotnych i oczywistych kryteriów doboru jest deklarowana przez pacjenta możliwość uczestniczenia w leczeniu regularnie i przez dłuższy czas (ok. 10–12 tygodni).

Badanie kwalifikacyjne przebiega według kolejnych faz, podobnie jak w innych oddziałach dziennych [3, 17]. Jego pierwszym etapem jest badanie lekarskie i psychiatryczne, w trakcie którego pacjent przedstawia wstępną skargę [18] oraz przeprowadzone zostaje standardowe badanie psychiatryczne i somatyczne. Po postawieniu wstępnego rozpoznania i uznaniu, że zaburzenie oraz stan pacjenta wymaga i pozwala na leczenie psychoterapią, pacjent umawiany jest na wywiad psychologiczny. Przed tą kolejną wizytą w ambulatorium pacjenci wypełniają zestaw testów psychologicznych: m.in. kwestionariusze objawów nerwicowych "O" i SIII [19, 20], kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006 [21, 22] oraz kwestionariusz motywacyjny i Ankietę Życiorysową [23]. Część badań (testy neuropsychologiczne) przeprowadzana jest podczas spotkania z psychologiem, a w przypadku przypuszczenia o możliwości uszkodzenia organicznego CUN, pacjent kierowany jest na dodatkowe badania specjalistyczne. Celem wywiadu psychologicznego jest przygotowanie wstępnej epikryzy, obejmującej rozumienie uwarunkowań psychopatologii i mechanizmów zaburzenia pacjenta oraz ocena funkcjonowania w różnych rolach i grupach społecznych (szkoła, rodzina etc.), jego refleksyjności, motywacji do leczenia, specyficznych uwarunkowań życiowych, a także ocena ryzyka niebezpiecznych zachowań o charakterze mechanizmu obronnego acting-out. Ostatnim etapem procesu kwalifikacji jest spotkanie konsultacyjne (przeważnie z doświadczonym psychoterapeutą-superwizorem, specjalistą psychiatrii bądź psychologiem klinicznym), w trakcie którego weryfikowana jest wstępna diagnoza, motywacja pacjenta, a także następuje doprecyzowanie kontraktu i podjęcie decyzji o trybie leczenia [np. 13].

Po zakończeniu kwalifikacji decyzją pacjenta i konsultującego psychiatry uzgodniony zostaje przybliżony termin przyjęcia do oddziału dziennego, mogący z różnych powodów trwać nawet tygodnie i miesiące [24].

Cel

Celem badania była ilościowa analiza procesu kwalifikacji do leczenia intensywną psychoterapią prowadzoną w dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych w okresie dwóch lat względnej stabilizacji zreformowanego systemu opieki zdrowotnej. Ponadto

zamiarem autorów było określenie wydajności tego procesu w poszczególnych jego etapach – trzech spotkaniach z personelem ambulatorium.

Materiał

Informacje o zgłaszaniu się poszczególnych pacjentów w latach 2004-2005, na kolejne wizyty w ambulatorium konsultacyjnym, należącym do poradni leczenia zaburzeń nerwicowych. Analizowana grupa kandydatów na pacjentów liczyła łącznie 3108 osób, w tym 1679 pacjentów zarejestrowanych w 2004 oraz 1429 zarejestrowanych w 2005 roku.

Metoda

Analiza ilości zgłoszeń na poszczególne etapy diagnostyki przed leczeniem w oddziale przez porównanie odsetków pacjentów, zarejestrowanych na kolejne wizyty w ambulatorium, zgłaszających się, lub je odwołujących, oraz ostatecznie zakwalifikowanych do oddziału lub przesłanych do innych instytucji opieki zdrowotnej.

Wyniki

Poniższa tabela 1 zawiera liczebności i odsetki pacjentów zarejestrowanych na kolejne wizyty w ambulatorium, zgłaszających się na nie lub je odwołujących – w tym niekiedy dwu, a nawet trzykrotnie.

Utraty zaplanowanych terminów miały miejsce przeważnie z powodu nie zgłoszenia się umówionych pacjentów – większość z ogólnej liczby nie wykorzystanych terminów wizyt, w tym odsetek wizyt odwołanych był znacznie mniejszy – wynosił kilkanaście procent, a bardzo znacznych (uniemożliwiających wykonanie badania) spóźnień – tylko kilka procent.

Procesy diagnostyczne niektórych (nielicznych) pacjentów nie uległy zakończeniu w analizowanych rocznikach z powodu ich wyjazdu, domniemanej rezygnacji, lub z niewiadomych przyczyn.

Tabela 1. Odsetki pacjentów zgłaszających się oraz kwalifikowanych w kolejnych etapach diagnostyki w latach 2004-2005

Etap diagnostyki	Wstępne badanie psychiatryczne			Wywiad psychologiczny			Konsultacja podsumowująca		
	ustalono terminów	zgłosiło się	dalej zakwalifikowano	ustalono terminów	zgłosiło się	dalej zakwalifikowano	ustalono terminów	zgłosiło się	zakwalifikowano
liczebność	3176	2281	1179	1192	1019	955	1049	854	479
% terminów badań wstępnych	100%	72%	37%	38%	32%	30%	33%	27%	15%
% zgłoszeń do psychiatry		100%	52%	52%	45%	42%	46%	37%	21%
% zakwalifikowanych przez lekarza			100%	101%	86%	81%	89%	72%	41%
% terminów wywiadów psychol.				100%	85%	80%	88%	72%	40%
% zgłoszeń do psychologa					100%	94%	103%	84%	47%
% zakwalifikowanych przez psychologa						100%	91%	89%	50%
% terminów konsultacji							100%	81%	46%
% zgłoszeń na konsultację								100%	56%

niekiedy ustalano pacjentom więcej terminów konsultacji – co zaznaczono wytłuszczeniem

Jak można wywnioskować z tabeli 1, znaczny odsetek pacjentów (25-30%) nie zgłaszał się na uzgodnione terminy wstępnych badań kwalifikujących, wykonywanych przez lekarza. W efekcie wstępnych badań psychiatrycznych do dalszych etapów diagnostyki skierowanych została tylko około połowa pacjentów. Podobnie liczna grupa pacjentów ustalała terminy zgłoszenia do psychologa (podejmując wypełnianie kwestionariuszy diagnostycznych), a niekiedy terminów tych ustalono więcej (1-2 dodatkowe), jednak ponad 15% nie zgłosiło się do psychologa w umówionym terminie. Spośród zgłaszających się na badanie psychologiczne do konsultacji podsumowującej skierowano prawie wszystkich pacjentów (93%). Podobnie jak w przypadku badania psychologicznego termin konsultacji ustalany był dla niektórych pacjentów (tabela 2) nawet dwu i trzykrotnie, jednak zgłosiło się na nią tylko 87-99% zakwalifikowanych, z czego do leczenia w oddziale dziennym skierowano 54-58% (co stanowiło tylko 20-25% pacjentów wstępnie badanych przez psychiatrę i 15-18% pierwotnie ustalonych terminów badań wstępnych).

Tabela 2. Odsetki kwalifikacji i skierowań pacjentów do innych instytucji w latach 2004-2005

	Miejsce skierowania	Wstępne badanie psychiatryczne	Wywiad psychologiczny	Konsultacja podsumowująca		Razem	
Analizowana instytucja	ODDZIAŁ DZIENNY: grupy poranne	0,1%	0	32,9%	1,6% do późniejszej decyzji	13,9%	0,7% do późniejszej decyzji
	ODDZIAŁ DZIENNY: grupy popołudniowe	0	0	30,5%		12,8%	
	Terapia ambulatoryjna	0	0	7,6%		3,2%	
	Farmakoterapia	0,9%	0	1,0%		0,9%	
Inne instytucje	Szpitala psychiatryczne	4,6%	7,1%	0,7%		3,0%	
	PZP	65,9%	64,3%	8,7%		41,9%	
	Poradnie uzależnień	4,6%	0	0,5%		2,9%	
	Poradnia leczenia zab. osobowości	9,6%	14,3%	2,9%		6,8%	
	Inne poradnie	14,4%	14,3%	13,6%		14,0%	
Łącznie		1003 (100,0%)	14 (100,0%)	735 (100,0%)		1752 (100,0%)	

Ponadto nielicznych pacjentów skierowano do neurologa, seksuologa, do domu (uznano za zdrowych), a pewna liczba pacjentów pozostawała w kontakcie, jednak nie dokonano ich ostatecznej kwalifikacji (np. rozpoczęto badania, które przerwano z uwagi na wyjazd pacjenta etc.).

Badanie wstępne (tabela 3) doprowadza do kwalifikacji do dalszej diagnostyki, prowadzonej pod kątem możliwości leczenia w oddziale aż 65-69% pacjentów z wstępnym rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (kody ICD-10 F4x). Znaczny odsetek tej grupy osób nie dociera do badania konsultacyjnego. Bierze w nim ostatecznie udział tylko 60-66% pacjentów z tym rozpoznaniem.

Tabela 3. Decyzje podjęte po wstępnym badaniu a diagnoza w kategoriach ICD-10

Decyzja o skierowaniu podjęta po badaniu wstępnym:

Decyzja o skierowaniu podjęta po badaniu wstępnym:	Dalsze badania w ambulatorium	Inne szpitale psychiatryczne	Poradnie Zdrowia Psychicznego	Poradnia leczenia zaburzeń osobowości	Poradnie Uzależnień	Inne poradnie	Razem
Rozpoznanie:							
Liczebność	1174	45	656	95	46	155	2171
Razem	54,1%	2,1%	30,2%	4,4%	2,1%	7,1%	100,0%
F0x ORGANICZNE	2,5%	0,0%	92,5%	0,0%	1,3%	3,8%	100,0%
F1x UZALEŻNIENIA	3,6%	0,0%	17,9%	0,0%	75,0%	3,6%	100,0%
F2x SCHIZOFRENIA	2,0%	18,0%	76,0%	0,0%	0,0%	4,0%	100,0%
F3x AFEKTYWNE	21,9%	9,6%	41,1%	1,4%	0,0%	26,0%	100,0%
F34.1 dystymia	61,9%	1,0%	23,7%	2,1%	0,0%	11,3%	100,0%
F4x Łącznie:	67,4%	0,5%	26,0%	0,7%	0,7%	4,7%	100,0%
F40.x fobie	78,1%	0,7%	17,9%	0,0%	0,7%	2,6%	100,0%
F41.x inne zab. lękowe	76,0%	0,0%	20,5%	1,0%	0,6%	1,9%	100,0%
F42 OCD	72,2%	1,3%	21,5%	1,3%	0,0%	3,8%	100,0%
F43 reakcje/zab. adapt.	42,3%	1,2%	44,3%	0,8%	1,6%	9,9%	100,0%
F44 konw.-dysocj.	74,3%	0,0%	17,1%	0,0%	0,0%	8,6%	100,0%
F45 pod post. somat.	72,3%	0,4%	23,1%	0,4%	0,4%	3,3%	100,0%
F48 inne zab. nerw.	73,9%	0,0%	13,0%	4,3%	0,0%	8,7%	100,0%
F50.x zab. odżywiania się	61,2%	9,5%	16,4%	5,2%	0,9%	6,9%	100,0%
F51 zab. snu	45,5%	0,0%	45,5%	0,0%	0,0%	9,1%	100,0%
F52 dysf. seks.	50,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	25,0%	100,0%
F60.x specyf. zab. osob.	47,7%	1,1%	22,5%	16,6%	2,5%	9,5%	100,0%
F60.3 os. chwiejna em.	31,4%	1,5%	24,1%	27,0%	2,2%	13,9%	100,0%
inne diagnozy	28,2%	5,1%	54,7%	0,9%	0,9%	10,3%	100,0%

Z tabeli 4 wynika, że w podczas konsultacji podsumowującej tylko 1/3 pacjentów z wstępnym rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych i związanych ze stresem (kody ICD-10 F4x) została zakwalifikowana do leczenia w oddziale dziennym.

Tabela 4. Decyzje po konsultacji a diagnoza ICD-10 (2004-2005)

Decyzja o skierowaniu podjęta po badaniu konsultacyjnym:	Oddział Dzienny Leczenia Nerwic	Grupowa terapia ambulatoryjna	Terapia indywidualna	Szpitalne psychiatryczne	Poradnie Zdrowia Psychicznego	Poradnia leczenia zaburzeń osobowości	Poradnie Uzależnień	Inne poradnie	Razem
Rozpoznanie:									
Liczebność	472	16	40	5	63	21	4	106	727
Razem	64,9%	2,2%	5,5%	0,7%	8,7%	2,9%	0,6%	14,6%	100%
F2x SCHIZOFRENIA	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100%
F3x AFEKTYWNE	83,3%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
F34.1 dystymia	74,4%	0,0%	7,7%	0,0%	5,1%	0,0%	0,0%	12,8%	100%
F4x Łącznie:	70,5%	1,5%	3,5%	0,2%	7,4%	2,0%	0,4%	14,7%	100%
F40.x fobie	73,0%	1,1%	0,0%	0,0%	5,6%	3,4%	0,0%	16,9%	100%
F41.x inne zab. lękowe	71,8%	1,4%	3,5%	0,0%	4,9%	2,8%	2,1%	13,4%	100%
F42 OCD	71,9%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	0,0%	0,0%	15,6%	100%
F43 reakcje/zab. adapt.	68,4%	0,0%	10,5%	0,0%	5,3%	1,8%	0,0%	14,0%	100%
F44 konw.-dysocj.	78,9%	0,0%	0,0%	5,3%	5,3%	0,0%	0,0%	10,5%	100%
F45 pod post. somat.	67,6%	2,8%	3,7%	0,0%	9,3%	1,9%	0,0%	14,8%	100%
F48 inne zab. nerw.	40,0%	10,0%	10,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	20,0%	100%
F50.x zab. odżywiania	52,2%	2,2%	8,7%	2,2%	8,7%	2,2%	0,0%	23,9%	100%
F51 zab. snu	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
F52 dysf. seks.	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100%
F60.x specyf. zab. osob.	57,6%	6,1%	7,6%	1,5%	8,3%	8,3%	0,8%	9,8%	100%
F60.3 os. chwiejna em.	36,4%	0,0%	18,2%	4,5%	4,5%	18,2%	0,0%	18,2%	100%
inne diagnozy	26,9%	0,0%	15,4%	0,0%	23,1%	0,0%	7,7%	26,9%	100%

Najlichniesza grupa pacjentów odsyłanych po badaniu wstępnym skierowana została przez lekarzy do Poradni Zdrowia Psychicznego (PZP) (ok. 30% badanych), natomiast lekarze konsultujący odesłali chorych głównie do innych poradni (ok. 15% konsultowanych), ale często także do PZP (ok. 10% konsultowanych). Z licznej grupy ponad 250 pacjentów, mających rozpoznane zaburzenia adaptacyjne (F43), bardzo wielu (ok. 45%) zostało odesłanych do PZP.

Względnie niewielu pacjentów odesłano do oddziału i poradni leczenia zaburzeń osobowości (4-5% badanych wstępnie i 2-3% konsultowanych, razem 6-8% ogólnej liczby skierowań poza analizowaną instytucję).

Dyskusja

Etap badań diagnostycznych i zawierany w ich trakcie kontrakt - przedstawienie proponowanego trybu leczenia i zasad pracy oddziału - pełni znaczącą rolę w doborze pacjentów zgłaszających się do leczenia. Wieloetapowość pozwala, obok dokładnej diagnostyki psychopatologicznej, także na weryfikację (niekiedy przepracowanie) motywacji do leczenia i zmian, oraz gotowości do podjęcia wysiłku, który pacjent skłonny jest włożyć w leczenie, przy czym niezbędne jest uwzględnienie faktycznych możliwości pacjenta (chorego) w tym zakresie.

W początkowych latach działalności analizowanej instytucji odsetek osób nie podejmujących leczenia - również po badaniu konsultacyjnym - wynosił ok. 25% [4]. Przeglądy piśmiennictwa opisują jeszcze wyższe odsetki późniejszych porzuceń leczenia (nawet do 50% rozpoczynających je pacjentów). W późniejszych analizach oceniano, że badania kwalifikujące pozwalają na zapewnienie ilości porzuceń leczenia na poziomie ok. 10% [13].

Zwiększenie liczby osób zgłaszających się do leczenia sprawia również, że szczególnego znaczenia nabiera zjawisko nie zgłaszania się pacjentów na umówione wizyty. Oczywistym jest, że nie zgłoszenie się na wizytę wpływa na proces leczenia danej osoby, a także zakłóca optymalne wykorzystanie czasu pracy instytucji i osób leczących, generując koszty związane z nie wykorzystaniem i zmniejszeniem ilości czasu dla innych chorych. Zaskakujące są jednak dane o skali tego zjawiska. Podaje się, że w zależności od typu wizyty odsetek pacjentów, którzy nie pojawiają się na umówionym spotkaniu, wynosi od 12% do 60% [25] a według innych autorów od 16 do aż 67% [26], przy czym zjawisko to w szczególnym stopniu dotyczy pierwszych spotkań terapeutycznych czy wizyt wstępnych, zwłaszcza na oddziałach dziennych, gdzie znacząca część czasu pracy przeznaczana jest właśnie na wstępne wywiady [25, 26]. Sparr i wsp. zwracają uwagę, że opuszczenie pierwszej wizyty znacznie zwiększa prawdopodobieństwo nie pojawienia się na kolejnej i podkreślają znaczenie wstępnego

wzmacniania motywacji pacjentów do leczenia [25]. Mimo, iż dotychczasowe analizy przyczyn niedotrzymywania umówionego terminu wizyty, uwzględniające takie cechy pacjentów jak status socjoekonomiczny, płeć, wiek, długość czasu oczekiwania na termin wizyty, stan cywilny czy odległość miejsca zamieszkania, nie przyniosły jednoznacznych rezultatów [25], uważa się, że potencjalnymi zmiennymi „predykcyjnymi” nie zgłoszenia się na wizytę są między innymi odległość jej terminu od momentu umówienia, podobne zdarzenia w przeszłości i odległość miejsca zamieszkania od instytucji, w której pacjent poszukuje leczenia. Ważną zmienną w przewidywaniu dotrzymywania przez pacjenta umówionego terminu wizyty wydaje się również jego związek emocjonalny i znaczenie relacji z osobą bądź instytucją kierującą do leczenia [26].

Analizy piśmiennictwa wskazują, że najczęstszymi przyczynami nie zgłaszania się pacjentów na umówioną wizytę są: zapomnienie o terminie, nieporozumienie co do daty, błąd w przekazie informacji, zaspanie lub złe samopoczucie. W związku z tym uważa się, że na dotrzymywanie terminów spotkań wpływają korzystnie takie działania jak telefony czy e-maile z przypomnieniem o wizycie, choć zdaniem niektórych autorów związane z nimi koszty (także czasowe) - biorąc pod uwagę wysoki odsetek pacjentów samodzielnie umawiających się na kolejny termin - przemawiać mogą za niecelowością traktowania ich jako rutynowego postępowania administracyjnego. Za ważne działania zapobiegające opuszczaniu wizyt przez pacjentów uważa się również skracanie czasu oczekiwania na wizytę, zniżki oraz przekazywanie większej ilości informacji na temat leczenia przy ustalaniu terminu pierwszej wizyty [25].

Pewna liczba konsultowanych pacjentów nie jest kwalifikowana do rozpoczęcia leczenia psychoterapią. Przyczynami mogą być między innymi: charakter zaburzenia (w tym uzależnienie), rezygnacja z leczenia w czasie kwalifikacji, wskazanie do innej formy terapii, czy też czynniki organizacyjne ze strony instytucji leczącej (np. niewystarczająca ilość czasu terapeutów), poważne problemy socjalne lub finansowe pacjenta, a także czynniki związane z motywacją osoby zgłaszającej się (np. uznanie jej za „weterana” terapii) [10, 15].

Wydajność opieki zdrowotnej pozostaje obecnie troską menedżerów, jednak zapewnienie odpowiedniej liczby pacjentów jest ważne dla prawidłowego funkcjonowania grup terapeutycznych. Nadmierne wydłużanie kolejki oczekujących powoduje „wykruszanie się” z niej pacjentów prawidłowo wyselekcjonowanych do leczenia.

Odsetek pacjentów kierowanych do szpitali psychiatrycznych wydaje się relatywnie niski wobec obowiązującego systemu samo-kierowania się pacjentów do ambulatorium naszej instytucji (od czasu zniesienia skierowań od rejonowych lekarzy specjalistów psychiatrii).

Natomiast wysoki odsetek osób skierowanych do Poradni Zdrowia Psychicznego i do innego rodzaju poradni najczęściej wskazuje, według doświadczenia klinicznego autorów niniejszej pracy, na trudności w dopasowaniu warunków leczenia do okoliczności życiowych pacjenta.

Ważnym aspektem funkcjonowania Ambulatorium jest wczesne kierowanie pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych do odpowiednich instytucji.

Z analizy pojedynczych przypadków wynika, że pewien odsetek chorych zgłaszających się w poszukiwaniu psychoterapii, choruje na zaburzenia nie leczone w analizowanej instytucji – psychozy schizofreniczne, głębokie zaburzenia nastroju, zaburzenia psychoorganiczne, zaburzenia osobowości ze skłonnością do niebezpiecznych zachowań. Ich terapia w dziennym oddziale leczenia nerwic nie byłaby oczywiście możliwa.

Również pewna podgrupa pacjentów cierpiących na zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem, zaburzenia zachowania, zaburzenia odżywiania się i zaburzenia osobowości leczone w naszej instytucji, nie jest chętna lub wystarczająco zmotywowana do podjęcia intensywnej psychoterapii w oddziale dziennym, zajmującej przynajmniej 10-17 godzin tygodniowo, trwającej zazwyczaj ponad 10 tygodni. Niektórzy pacjenci domagają się trudniej dostępnej psychoterapii indywidualnej, odmawiają udziału w terapiach grupowych w instytucji akademickiej, odbywających się przy udziale stażystów i studentów, inni domagają się dostosowania godzin leczenia do ich systemu pracy zmianowej etc.

Kwalifikacja do terapii sama w sobie będąca procesem uciążliwym, wymagającym m.in. wypełnienia kwestionariuszy zawierających kilkaset pytań, stawiająca wymagania punktualnego uczestnictwa i współpracy z badającymi, jest także ważnym elementem procesu doboru pacjentów pod względem motywacji i możliwości współpracy w danych warunkach leczenia.

Wnioski:

1. Potwierdzeniu uległo oparte na doświadczeniu klinicznym przypuszczenie, że kwalifikacja do leczenia w oddziale wiąże się ze znacznego stopnia selekcją pacjentów, zarówno doborem świadomie dokonywanym w czasie badań przez terapeutów jak i przez samych pacjentów.
2. Najwięcej skierowań poza analizowaną instytucję do szpitali i PZP dokonuje się w wyniku badania wstępnego, natomiast skierowania do innych poradni psychoterapeutycznych (np. leczenia zaburzeń osobowości) często następują na dalszych etapach diagnostyki.
3. Niekiedy skierowanie pacjenta do leczenia w warunkach innych niż te, które może zapewnić opisywana instytucja, okazuje się konieczne nawet po kilku tygodniach badań wstępnych.

4. Rezygnacje pacjentów na poszczególnych etapach diagnostyki zarówno w postaci nieobecności bez zawiadomienia, jak i odwołania spotkań lub zakomunikowania takiej decyzji badającym, są częste.

5. Wydajność procesu kwalifikacji do leczenia jest związana ze składem grupy pacjentów zgłaszających się do leczenia i nie może ulec prostemu zwiększeniu, z uwagi na specyfikę procesu intensywnej kompleksowej psychoterapii. Nie zgłaszanie się na kolejne etapy stosunkowo uciążliwej diagnostyki prawdopodobnie zmniejsza odsetki pacjentów porzucających leczenie w oddziale i chroni grupy psychoterapeutyczne przed większym odsetkiem porzuceń leczenia.

Badanie nie było sponsorowane.

Adres do korespondencji: Katedra Psychoterapii UJ CM, ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków.

Piśmiennictwo

1. Meresman JF, Horowitz LM, Bein E. Treatment assignment, dropout, and outcome of depressed patients who somaticize. *Psychotherapy Res.* 1995; 5, 3: 245-257.
2. Kubiak J, Zięba A. Oddział dzienny w strukturze instytucji psychiatrycznych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28, 4: 431-442.
3. Muskat K, Dymecka-Kühn A, Krzyżanowska J, Wciórka J. Oddział dzienny w kompleksowym leczeniu pacjentów psychotycznych – założenia, zasady pracy, doświadczenia. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28, 4: 385-394.
4. Aleksandrowicz JW, Kołbik I, Romeyko-Hurko A. Oddział dzienny jako forma intensywnej, kompleksowej terapii nerwic. *Psychoterapia*, 1979; 30: 39-45.
5. Kamiński R, Letkiewicz M, Lisiecka A. Motywacja do poddania się terapii na oddziale dziennym – analiza przypadku. *Psychoterapia* 2001; 3,118:30-34.
6. Puzyński S, Langiewicz W. Aktualne problemy psychiatrycznej opieki zdrowotnej w Polsce (2004r.). *Psych. Pol.* 2005; 39, 4: 617-627.
7. Aleksandrowicz JW., Zgud J, Martyniak J, Staniszk K. Badania motywacji do leczenia pacjentów chorujących na nerwicę i zaburzenia osobowości. *Psychoterapia*, 1982; XLII: 27-36.
8. Simon W, Marchewka D, Sala P. Motywacja a psychoterapia. *Psychoterapia* 2002; 4, 123: 5-22.
9. Crown S. Psychoterapia ambulatoryjna w lecznictwie ogólnym i specjalistycznym psychiatrycznym. *Psychoterapia*. 1983; 45-46, 9-13.
10. Scheidt CE, Burger T, Strukely S i in. Treatment selection in private practice psychodynamic psychotherapy: a naturalistic prospective longitudinal study. *Psychter. Res.* 2003; 13, 3: 293-305.
11. Thormählen B, Weinryb RM, Norén K i in. Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Res.* 2003; 13, 4: 493-509.
12. Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books; 2005;
13. Mazgaj D, Stolarska D. Model terapii nerwic na oddziale dziennym. *Psychiatria Polska* 1994; 28, 4: 421-430.
14. Kratochvil S. Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. PWN, 1986.
15. Milner J, O’Byrne P. How do counselors make client assessments? *Coun. Psychother. Res.* 2003; 3, 2: 139-145.
16. Bernard HS, MacKenzie KR. Podstawy terapii grupowej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2001; Kratochvil S. Zagadnienia grupowej psychoterapii nerwic. PWN, 1986.
17. Malewski J, Tworska A. Przygotowanie pacjentów nerwicowych do psychoterapii grupowej. W: Wardaszko-Łyskowska H. red. *Terapia grupowa w psychiatrii, psychoterapia grupowa, społeczność lecząca.* Warszawa: PZWL; 1973.
18. Stolarska D. Diagnostyczne cechy języka pierwszej wypowiedzi pacjentów nerwicowych – na podstawie analizy przypadku. *Psychoterapia* 1999; 1; 108: 23-35.
19. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. Kwestionariusze objawowe w diagnozie i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28: 667–676.
20. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. Kwestionariusz objawowy S-III. *Psychiatr. Pol.* 2011; 45, 4: 515-526.

21. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006. Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków; 2006.
22. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. KON-2006. Kwestionariusz osobowości nerwicowej. KON-2006. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41, 6: 759-778.
23. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I, Kowalczyk E, Martyniak J, Miczyńska A., Meus J, Miś L, Niwicki J, Paluchowski J, Pytko A, Trzcieniecka A, Wojnar M, Romejko A, Romanik O, Zgud J. Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu. *Psychoterapia.* 1981; 37: 3-10.
24. Sobański JA, Klasa K. Zmiany nasilenia objawów w okresie oczekiwania na leczenie. *Psychoterapia.* 2005; 132, 1: 67-79.
25. Sparr LF, Moffitt MC, Ward MF. Missed psychiatric appointments: who returns and who stays away. *Am. J. Psychiatry,* 1993; 150: 801-805;
26. Hampton-Robb S, Quallas RC, Compton WC. Predicting first-session attendance: the influence of referral source and client income. *Psychother. Res.* 2003; 13, 2: 223-233.