

**Punktacja Ministerstwa Nauki: 4 pkt p. wykaz czasopism
czasopismo indeksowane w Index Copernicus™
ICV za rok 2011 wynosi 3,59 pkt**

Szanowni Czytelnicy

W niniejszym numerze łączonym (Wiosna-Lato 2012), który powstał dosłownie dzięki zdwojonemu wysiłkowi Autorów i Recenzentów – zdwojonemu z uwagi na wdrożenie wymogu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego dotyczącego dwóch anonimowych i niezależnych recenzji każdej pracy – prezentujemy Państwu trzy artykuły: Grażyny Gołuchowskiej i Ewy Bartosiewicz-Dudek na temat interwencji kryzysowej w podejściu poznawczo-behawioralnym, Bernardy Berezy na temat złości, więzi i depresji, Ewy Waszkiewicz i Kornelii Zakrzewskiej na temat testu Rorschacha oraz cztery recenzje i jedno sprawozdanie z konferencji.

Z przyjemnością informujemy Państwa także o uzyskaniu w tym roku dwóch ważnych decyzji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Jedna z nich dotyczy dofinansowania w ramach programu Index Plus, umożliwiającego lepszą promocję czasopisma, oraz jego upowszechnianie i umiędzynarodawianie obejmujące między innymi przekład dotychczasowych publikacji na język angielski. Druga to przyznanie naszemu czasopismu punktacji Ministerstwa (stosowanej przy parametrycznej ocenie jednostek naukowych), w obecnej edycji, po wprowadzeniu nowego systemu oceny, wynosi ona 4 pkt (inne czasopisma Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego uzyskały: Psychiatria Polska 15 pkt, Archives of Psychiatry and Psychotherapy 7 pkt, Psychoterapia 5 pkt).

Serdecznie zapraszamy do publikacji, licząc w konsekwencji na wzrost ich liczby oraz wspomnianej punktacji w kolejnych latach.

W związku z ukazaniem się (recenzowanej w ubiegłym numerze monografii M. Beisert „Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia”), ogłaszamy we współpracy z Wydawnictwem GWP konkurs na pierwszą cytującą tę monografię, pracę jaka ukaże się na naszych łamach – jej autor lub autorzy otrzymają egzemplarz monografii z dedykacją Pani Profesor Marii Beisert.

Jerzy A. Sobański, Katarzyna Klasa, Michał Mielimąka

Spis treści

Artykuł 1. s.4-13 wersja pdf

Grażyna Gołuchowska, Ewa Bartosiewicz-Dudek

INTERWENCJA KRYZYSOWA W PODEJŚCIU POZNAWCZO-BEHAWIORALNYM – TECHNIKI ORAZ STRATEGIA
PROBLEM SOLVING.

Artykuł 2. s.14-20 wersja pdf

Bernarda Bereza

WYRAŻANIE ZŁOŚCI A WIĘŹ Z RODZICAMI W DEPRESJI. BADANIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W PSYCHOTERAPII.

Artykuł 3. s.21-36 wersja pdf

Ewa Waszkiewicz, Kornelia Zakrzewska

TEST RORSCHACHA W DIAGNOSTYCE KLINICZNEJ I BADANIACH MIĘDZYKULTUROWYCH

Artykuł 4. s.37-38 wersja pdf

Jerzy A. Sobański

RECENZJA: WITOLD SIMON. MOURNING THE PERSON ONE COULD HAVE BECOME.

ON THE ROAD FROM TRAUMA TO AUTHENTICITY.

Artykuł 5. s.39-40 wersja pdf

Anna Bąk

RECENZJA KSIĄŻKI PT. „JAK WALCZYĆ Z UZALEŻNIENIAMI?“, AUTORSTWA ANDRZEJA AUGUSTYNKA,
WYDAWNICTWO ENGRAM DIFIN S.A. WARSZAWA 2011.

Artykuł 6. s.41-44 wersja pdf

Michał Mielimąka

RECENZJA KSIĄŻKI PT. „HIPNOZA W PSYCHOTERAPII”,

AUTORSTWA JOSIE HADLEY I CAROLA STAUDACHERA.

Artykuł 7. s.45-46 wersja pdf

Jerzy A. Sobański

RECENZJA: „PSYCHIATRIA. AKTUALNOŚCI W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU.”

(RED. M. EBERT I WSP., RED. WYD. POL. A.GRZYWA)

Artykuł 7. s.47-49 wersja pdf

Jerzy A. Sobański

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI INTENSIVE TRAINING WEEK, ISST. KRAKÓW - OSIECZANY 2012

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/>

Grażyna Gołuchowska¹, Ewa Bartosiewicz-Dudek²

INTERWENCJA KRYZYSOWA W PODEJŚCIU POZNAWCZO-BEHAWIORALNYM – TECHNIKI
ORAZ STRATEGIA PROBLEM SOLVING.

CRISIS INTERVENTION IN COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH – TECHNIQUES AND
PROBLEM SOLVING STRATEGY.

¹Ośrodek Interwencji Kryzysowej, Środa Wielkopolska;
Pracownia Psychoterapeutyczna CEIBA, Poznań

²Przyszpitalna Poradnia Zdrowia Psychicznego, Szpital Bielański, Warszawa;
Przychodnia Rehabilitacyjno-Lecznicza PZN, Warszawa

Streszczenie

Kryzys (sytuacja kryzysowa) wydaje się być nieuniknionym elementem ludzkiego życia. Krytyczne wydarzenia wymuszają zmiany w dotychczasowym funkcjonowaniu w rodzinie, życiu społecznym, w stosunku do świata i własnej osoby. Wydarzenia te, oceniane negatywnie, jako szczególnie trudne doświadczenia, często przekraczają możliwości samodzielnego poradzenia sobie. Pojawia się wówczas zagrożenie wystąpienia poważnych zmian w funkcjonowaniu, mogących prowadzić do ostrych dekompensacji. W takiej sytuacji niezbędne staje się objęcie osoby znajdującej się w kryzysie profesjonalną formą oddziaływań interwencyjnych, których celem jest doprowadzenie jej do odzyskania równowagi i autonomii.

Przedmiotem treści niniejszego opracowania jest pomoc psychologiczna, będąca jedną z wielu form oddziaływań interwencyjnych w stosunku do osoby (grupy) znajdującej się w kryzysie, przedstawiona w podejściu poznawczo-behawioralnym. Ze względu na ograniczenie związane z objętością tekstu, autorki wspominają jedynie o założeniach interwencji kryzysowej opartej na tym podejściu, opisują najważniejsze, ich zdaniem, techniki i strategie, poświęcając nieco więcej miejsca jednej z nich – Problem Solving.

Summary

A crisis seems (crisis situation) to be an inevitable part of the human being. Critical events, which are permanently inscribed into the human life, force changes in the current functioning in family, social life and in relation to the world and oneself. Events that are perceived as negative, being particularly difficult experiences,

often exceed individual's abilities to cope with them on his own. In such a time there appears a threat of having serious changes in functioning, which may lead to a severe decompensation. It then becomes necessary to include such a person in a professional form of interventional treatment, which goal is to bring him to regain balance and autonomy.

The subject content of this paper is psychological aid, being one of the many forms of interventional treatment on a person (group) located in the crisis, presented in the cognitive-behavioral approach. Due to the limitation associated with the volume of text, the authors only mention the principles of crisis intervention based on said approach, describe the most important, in their opinion, strategies and techniques, focusing a little bit more on one of them – the problem solving.

Słowa kluczowe: interwencja kryzysowa, podejście poznawczo-behawioralne, interpersonal problem solving.

Key words: crisis intervention, cognitive-behavioral approach, interpersonal problem solving.

Podejście poznawczo-behawioralne do problematyki kryzysu i interwencji kryzysowej

W podejściu poznawczo-behawioralnym uważa się, że istotą kryzysu jest nie sytuacja, lecz jej interpretacja i subiektywna reakcja na nią: a/ poznawcza: myśli automatyczne, przekonania, wyjaśnienia określające znaczenie kryzysu, b/ afektywna: emocje lęku, żalu, rozpacz, gniewu, smutku, wstydu, poczucia bezradności, zagrożenia, winy i inne, c/ behawioralna: reakcje osoby w kryzysie lub ich brak (np. problemy ze snem, brak apetytu), reakcje z ciała (zwykle silne pobudzenie i napięcie), próby zmagania się z kryzysem [1,2]. Interwencja kryzysowa w tym podejściu najbardziej koncentruje się na czynniku poznawczym. Poznawcza reakcja na kryzys (zniekształcona ocena zdarzeń lub sytuacji związanych z kryzysem) wpływa następnie na reakcję emocjonalną oraz zachowanie. Dla tak rozumianej interwencji kryzysowej podwaliny dała transakcyjna teoria stresu Richarda Lazarusa, określająca stres (kryzys), jako szczególny rodzaj relacji człowiek-środowisko, wynikająca ze sposobu oceny sytuacji, w której znalazła się osoba oraz możliwości poradzenia sobie z nią. Wg tej koncepcji, osoba w zetknięciu z sytuacją, dokonuje tzw. pierwotnej oceny poznawczej i jeśli bodziec docierający do mózgu, zostanie przez nią zinterpretowany jako stresor, powstanie stan napięcia i pojawią się negatywne emocje. Zostaje wówczas uruchomiona tzw. wtórna ocena poznawcza, podczas której osoba szacuje własne możliwości poradzenia sobie z trudną sytuacją. Jeśli uzna, że jej zasoby są niewystarczające, pojawia się kryzys [3].

Podstawowe komponenty podejścia poznawczo – behawioralnego do interwencji kryzysowej znajdują się w pracach jego twórców: Alberta Ellisa, Donalda Meichenbauma oraz Aarona T. Becka. Zgodnie z tym podejściem doświadczanie kryzysu ma swoje korzenie w nieprawidłowym, błędnym myśleniu o sobie oraz o wydarzeniach związanych z kryzysem. Jednym z celów interwencji kryzysowej jest pomoc osobie (grupie) w modyfikacji irracjonalnych i autodestrukcyjnych przekonań (Ellis), komunikatów przekazywanych samym

sobie (Meichenbaum), schematów poznawczych dotyczących kryzysowej sytuacji, samej osoby czy też jej wiary w możliwość poradzenia sobie z tą sytuacją w taki sposób, by uzyskać nad nią kontrolę (Beck) [2,4,5]. One bowiem (przekonania, komunikaty, schematy) sprawiają, że osoba brnie w coraz większą pewność, że nic i nikt nie jest w stanie jej pomóc, że sytuacja jest beznadziejna, że nie da się tej sytuacji kiedykolwiek przezwyciężyć („*Tak już jest i inaczej być nie może...*”).

Cele terapii i wybrane techniki do pracy w interwencji kryzysowej

Dla terapeuty poznawczo-behawioralnego techniki i interwencje, które odnoszą się do poznania, emocji i zachowania są kluczowe podczas pomagania osobie w kryzysie. Wynika to z podstawowego założenia tego podejścia, mówiącego o tym, że „*dzięki zmianie znaczeń nadawanych bodźcom modyfikacji ulega subiektywna interpretacja relacji między jednostką a otoczeniem, obejmująca system wzajemnych powiązań: myślenie – emocje - objawy fizjologiczne - zachowanie*” [6]. Błędne przekonania, bazujące na nieprawidłowej ocenie sytuacji, mogą nie tylko nasilać kryzys i negatywnie wpływać na zdolność osoby do radzenia sobie z nim, ale także odpowiadać za jego powstanie. Celem interwencji jest więc eksploracja trudnych momentów, czyli zidentyfikowanie nieprawidłowych interpretacji w obrębie myślenia o kryzysie, zmodyfikowanie - nadanie nowego, bardziej przystosowanego znaczenia temu, co się wydarzyło oraz wypracowanie skutecznych metod poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją.

Rozpoznanie i weryfikacja niekorzystnego sposobu myślenia odbywa się głównie za pomocą poznawczych technik werbalnych, prowadzących do poznawczej restrukturyzacji. Osoba, znajdująca się w kryzysie, bazuje na dotychczasowych doświadczeniach i tendencyjnej interpretacji sytuacji. Stosowane techniki werbalne mają na celu zweryfikowanie i nadanie nowego znaczenia przeżywanym doświadczeniom. **Dialog sokratejski** polega na nie dyrektywnym, ale kierowanym dochodzeniu do wiedzy. Jego celem jest wydobywanie negatywnych myśli, badanie znaczeń, uzyskanie przeformułowań. Prowadzący interwencję, poprzez serię pytań, pomaga klientowi odkryć istotne dla niego przekonania i błędy w myśleniu, co w rezultacie może prowadzić do nowych, bardziej racjonalnych wniosków [4,5,6,7]. Znaczenia, jakie klient nadaje bodźcom związanym z sytuacją kryzysową, pozwala odkryć **metoda „strzałki w dół”**. Za pomocą odpowiednio sformułowanych pytań (np. „*Co to dla Pani znaczy więcej?*”, „*Jeśli to prawda, to co to o pani mówi?*”, „*Co by się stało, gdyby to okazało się prawdą?*”) dochodzi się do przekonań klienta na temat siebie i otaczającej rzeczywistości [4,5,6,7,8]. Doświadczenie kryzysu wpływa przede wszystkim na przekonania dotyczące własnej wartości, bezpieczeństwa, zaufania, kontroli, szacunku i intymności (np. „*Nigdzie nie jest bezpiecznie*”, „*Sam prowokuję katastrofy*”, „*Nikomiu nie można ufać*”, „*Nie poradzę sobie z tym*”). Wpływ treści na emocje można zobrazować przykładem mężczyzny, który przeżył napad rabunkowy. Przekonanie o braku bezpieczeństwa doprowadziło go do automatycznych myśli na temat złowrogich intencji przypadkowo spotkanej w sklepie osoby [9].

Terapeuta:	Powiedział pan, że zdenerwował pana ochroniarz w sklepie, ponieważ był wobec pana agresywny. Proszę dokończyć zdanie: Zdenerwowałem się na ochroniarza w sklepie, który był wobec mnie agresywny, ponieważ...
Pan Paweł:	On na mnie naskoczył zupełnie bez powodu.
Terapeuta:	A jeśli przyjmiemy za prawdę, że ten ochroniarz naskoczył na pana zupełnie bez powodu, dla pana oznaczałoby to, że...
Pan Paweł:	Ludzie nie panują nad sobą i często są agresywni wobec innych.
Terapeuta:	Załóżmy, że ta myśl jest zgodna z prawdą, do jakiego wniosku prowadziłyby?
Pan Paweł:	...że nigdzie nie jest bezpiecznie.

Częstym zjawiskiem w sytuacji kryzysu jest obwinianie siebie za to, co się zdarzyło. Techniki reatrybucji poznawczej pozwalają rozdysponować odpowiedzialność pomiędzy różnymi czynnikami, zmniejszając poziom poczucia winy i innych negatywnych emocji. **Technika „podzielonego tortu”** polega na wyszukaniu jak największej ilości możliwych przyczyn wydarzenia, oszacowaniu ich wpływu na to wydarzenie, a następnie zaznaczeniu tych szacunków na wykresie kołowym (torcie) [5,6,7]. **Dowody wspierające i podważające sposoby myślenia** dostarczają informacji, które pozwalają zakwestionować dysfunkcjonalne myśli, wyjaśnić znaczenie dotychczasowych doświadczeń, ułatwić zrozumienie, co się obecnie dzieje oraz osłabić wiarę w negatywne przekonania [4,5,6,7,8,10]. Innym sposobem poszukiwania bardziej realistycznych i pomocnych alternatyw do schematów poznawczych klienta jest zastosowanie **eksperymentów behawioralnych** [5,6]. Na przykład w pracy ze zgwałconą kobietą, która unika kontaktów społecznych, ponieważ obawia się przebywać sama w towarzystwie mężczyzn, można zaplanować eksperyment, w którym będzie ona stopniowo wchodzić w kontakt z nimi. Pierwszym etapem może być przebywanie w jednym pomieszczeniu z terapeutą płci męskiej. W czasie ekspozycji odbywa się poznawcza część eksperymentu - klientka testuje prawdziwość nowej, alternatywnej myśli automatycznej – „przebywanie z większością mężczyzn jest bezpieczne”. **Technika „dekatastrofizacji”** może pomóc obniżyć poziom napięcia, które zwykle towarzyszy osobie przeżywającej kryzys i która jest przekonana, że bieżąca sytuacja jest ostateczna i nie ma możliwości rozwiązania jej. Pytanie: „*Jeśli to, co jest, jest najgorsze, to co jeszcze może się stać gorszego?*” pozwala spojrzeć z innej perspektywy i nabrać dystansu do problemu [4,6,10,11]. **Techniki oparte na wyobrażeniach** stosuje się w celu modyfikacji znaczeń zawartych w dysfunkcjonalnych wyobrażeniach [4,11]. Jedną z nich, **technika dopełniania obrazu**, jest podobna do dekastrofizacji, z tą różnicą, że tu nie manipuluje się opisem, ale obrazami. Inną techniką opartą na wyobrażeniach jest **zamiana obrazów** – klient wyobraża sobie obecną sytuację, w której się znalazł, ale z innym zakończeniem, dającym mu poczucie kontroli, co może zaowocować wizualizacją sukcesu w rozwiązaniu kryzysu [8,11]. Kiedy mamy do

czynienia z osobą, która jest tak przytłoczona kryzysem, że brakuje jej motywacji do aktywności, lub przeciwnie, chcemy ją zniechęcić do działania (w przypadku zamiarów suicydalnych) użyteczną może okazać się technika zwana **analizą kosztów i zysków**. Polega ona na ukierunkowaniu osoby na analizę pozytywnych i negatywnych następstw zamierzonego działania [6,7,8,10]. Proste **procedury dystrakcji** mogą pełnić rolę strategii radzenia sobie w pierwszym okresie kryzysu. Koncentrowanie się na bodźcach z otoczenia, wykonywanie ćwiczeń umysłowych (np. recytowanie wiersza albo wyliczanie), angażowanie kogoś w rozmowę jest sposobem na radzenie sobie z trudnymi emocjami [11].

Omawiając metody terapeutyczne stosowane w interwencji kryzysowej w podejściu poznawczo-behawioralnym należy także wspomnieć o **technikach behawioralnych**, takich, jak **planowanie aktywności, ekspozycja, biblioterapia, treningi kompetencji** [4,5,6,8,10]. Dzięki tym technikom wzrasta poczucie kontroli osoby znajdującej się w kryzysie, a rezultatem zmiany zachowania jest modyfikacja myślenia. **Planowanie aktywności i ekspozycja** to techniki, które znajdują zastosowanie, gdy kryzysowi towarzyszą silne objawy lękowe lub depresyjne i nieodzowne staje się podjęcie skróconej terapii [4,5,6,8]. Zastosowanie **biblioterapii** może wpłynąć na obniżenie poziomu stresu związanego z kryzysem dzięki nabyciu nowej wiedzy dotyczącej na przykład bodźca, który ten kryzys wywołał (np. kobieta, która dowiedziała się, że ma raka piersi i w związku z tym pojawiło się negatywne przekonania na temat choroby, po przeczytaniu książki Mariusza Wirgi „Zwyciężyć chorobę” zobaczyła, że niektóre z tych myśli są błędne i nieuzasadnione). Nauczenie (lub rozwinięcie) kompetencji interpersonalnych (w ramach **treningu umiejętności społecznych** lub/i **treningu asertywności**) osób, które mają w tym względzie deficyty, może okazać się pomocne w celu uzyskania dodatkowego, niezbędnego wsparcia z otoczenia [8,10].

Stosowanie podstawowych technik poznawczych i behawioralnych w interwencji kryzysowej nie wyczerpuje możliwości zastosowania różnych innych technik terapeutycznych powiązanych z CBT. Są to przede wszystkim techniki relaksacji. **Ćwiczenia oddechowe** [4,6] są stosunkowo prostą, skuteczną i szybką metodą kontroli oddechu i w efekcie opanowania objawów lękowych. W dużym uproszczeniu chodzi w niej o to, by klient nauczył się oddychać „torem brzuszny”. **Progresywna relaksacja mięśni Jacobsona** [6] polega na stopniowym napinaniu i rozluźnianiu poszczególnych grup mięśni (podobnie, jak jej skrócone wersje, np. trening wg Osta [6]), a **trening autogenny Schulza** na pasywnej koncentracji na doznaniach z ciała, które ułatwane są dzięki autosugestiom dotyczącym rozluźnienia, uczucia ciężkości, uczucia ciepła, etc. [4]. Wykorzystanie technik relaksacyjnych może mieć charakter pojedynczych ćwiczeń, jednak ich skuteczność jest znacząco większa, gdy są stosowane po wcześniejszym nabyciu umiejętności relaksu w ramach odpowiedniego programu całościowego. Metody te są często stosowane w początkowej fazie interwencji w celu umożliwienia uzyskania klientom wstępnej kontroli nad odczuwanym dystresem. Pomocny m.in. w redukcji stresu (także bólu) jest **trening uważności (mindfulness)**. Uczy on skupiania świadomej, skierowanej na chwilę obecną i nieosądzającej uwagi, bowiem ona (uwaga) „*wykształca wielką świadomość, jasność i akceptację bieżącej*

sytuacji” [9]. Obserwacja otoczenia, koncentrowanie się na poszczególnych zmysłach, świadome wykonywanie czynności, przyglądanie się własnym myślom i emocjom, jest rodzajem treningu pozwalającego na doskonalenie naszej świadomości dotyczącej tego, kim jesteśmy oraz naszych interakcji ze środowiskiem. Dzięki niemu uczymy się dystansu do naszych myśli (które są nawykowe i nie pozbawione błędów), pozwalając im płynąć [4,6,9].

Użycie poznawczo-behawioralnych technik takich, jak restrukturyzacja poznawcza i kontrola behawioralna ma potwierdzoną skuteczność w interwencji kryzysowej (Parad & Parad, 1990; Dattilio, 2001) [8].

Interpersonal problem solving model (IPS) jako prewencyjny program dla interwencji w kryzysie i program interwencji kryzysowej.

Jednym z podstawowych celów interwencji kryzysowej jest zbadanie możliwości radzenia sobie z trudną sytuacją. Zazwyczaj jednak, te strategie, które były stosowane w przeszłości, nie są wystarczające w momencie kryzysu (co wynika ze wszystkich niemal definicji tego zjawiska). Koniecznością staje się wyszukanie nowych sposobów radzenia sobie. W tym wypadku rekomendowanym rozwiązaniem jest zastosowanie techniki problem solving, która polega na „przeprowadzeniu samodzielnie procesu poznawczo-behawioralnego, w którym osoba próbuje zidentyfikować lub odkryć skuteczne lub adaptacyjne rozwiązania konkretnych problemów napotykanych w życiu codziennym” [12]. Problemem w przypadku kryzysu jest „każda sytuacja w życiu lub zadanie, która wymaga reakcji w postaci jakiegoś rodzaju adaptacji, ale reakcja ta nie jest natychmiastowa lub w ogóle dostępna ze względu na pojawienie się przeszkody lub przeszkód” [12] a rozwiązaniem (*solving*) „zależna od sytuacji reakcja zaradcza lub też model reakcji (poznawczej i/lub behawioralnej), która jest produktem lub wynikiem procesu problem-solving, kiedy jest on zaangażowany w rozwiązanie danej sytuacji problematycznej” [12].

W sytuacji kryzysowej aspekt emocjonalny zaburza funkcjonowanie poznawcze, dlatego przeprowadzenie *problem solving* może okazać się trudne. Sugeruje się, aby wcześniej przygotować osoby na ewentualność wystąpienia kryzysu. Z jednej strony warto wcześniej zdawać sobie sprawę z nieuchronności w życiu trudnych sytuacji, a z drugiej nauczenie umiejętności ich rozwiązywania pozwoli bardziej świadomie i racjonalnie te kryzysy przechodzić. Sugeruje się wprowadzenie kursów nauki radzenia sobie z kryzysem w szkołach tak, aby *problem solving* został zaszczepiony jako schemat poznawczy aktywizujący się w trudnej sytuacji (gdy osoba identyfikuje sytuację jako kryzys w oparciu o pewne bodźce, jakimi mogą być silne emocje, czy też wysoki poziom pobudzenia) [12].

Istnieje kilka modeli IPS (*interpersonal problem solving models*) mających charakter nie tylko techniki, ale całego programu edukacyjno-interwencyjnego, m.in. opracowane przez Spivack i Shure, Elias i Clabby, Kazein. Za najłatwiej przyswajalny i najbardziej zintegrowany uchodzi ten, który został zapoczątkowany przez Golfrieda i D’Zurillę, a rozwijany później przez D’Zurillę i Nezu [12]. Składa się on z dwóch podstawowych części:

1. Nastawienie na *problem-solving*: Jest to zbiór kroków i etapów motywacyjnych, nadających właściwy tor późniejszej pracy. W tym etapie przedmiotem zainteresowania jest wiara osoby będącej w kryzysie we własne możliwości i umiejętności efektywnego poradzenia sobie z nim.
2. Właściwy *problem solving*, składający się z ośmiu etapów:
 - a. Próba zidentyfikowania i zaakceptowania kryzysu: poczucie stresu i napięcia, silne emocje, są sygnałem, że kryzys istnieje, dlatego jego identyfikacja zwykle (choć nie zawsze) nie stanowi problemu. W tym etapie najtrudniejsze jest zaakceptowanie kryzysu. Zdaniem Hayesa, Strosahla i Wilsona [12] „*akceptacja jest przeciwieństwem unikania i implikuje, że osoba jest gotowa przyjąć fakt, że kryzys w rzeczywistości istnieje i oznacza porzucenie nieskutecznych prób zmiany i czynny proces doświadczania odczuć jako odczuć, przetwarzania myśli jako myśli i odtwarzania wspomnień jako wspomnień*”. Celem interwencji kryzysowej w tym kroku jest więc pomoc osobie w pogodzeniu się z kryzysem.
 - b. Definiowanie kryzysu przez opisywanie go własnymi słowami: sam fakt werbalizacji niewyraźnych, niepokładanych myśli jest często wystarczającym warunkiem umożliwiającym osobie przejście do kolejnego etapu. Model *problem solving* podaje kilka wskazówek: zbierz jak najwięcej faktów na temat zaistniałego kryzysu, zdefiniuj kryzys własnymi słowami, bądź dokładny i konkretny w definiowaniu, zdefiniuj „tu i teraz” oraz pożądane zakończenie.
 - c. Próba zrozumienia kryzysu: zrozumienie powinno odnieść się do takich elementów, jak: sytuacja „tu i teraz” postrzegana jako niepożądana, sytuacja preferowana, ograniczenia i zasoby (wewnętrzne i zewnętrzne) mające wpływ na dystans pomiędzy dwoma pierwszymi elementami.
 - d. Ustalenie rozsądnych celów: w tym etapie podejmowana jest decyzja, czy należy koncentrować się na czynnościach zaradczych zorientowanych na problem czy na emocje [3,12]. Zwykle cele związane są z charakterem kryzysu, np. osoba będąca w żałobie po utracie partnera, będzie poszukiwać rozwiązania w celach zorientowanych na emocje (będzie podejmowała próby uczynienia sytuacji znośną poprzez obniżenie reakcji emocjonalnej), a ktoś, kto przeszedł właśnie na emeryturę, skoncentruje się na sposobach znalezienia nowych, satysfakcjonujących aktywności. Cele powinny być realne i należy określić je precyzyjnymi, konkretnymi terminami.
 - e. Generowanie alternatyw: większość teoretyków *problem solving* jest zdania, że ten etap jest najważniejszy. Proponuje się tu następujące reguły: im więcej alternatyw, tym lepiej, podczas wymyślania alternatyw nie oceniał ich i nie analizuj, ponieważ robienie tego zbyt wcześnie zabija kreatywność.
 - f. Ocena alternatyw i podejmowanie decyzji: w interwencji kryzysowej proces decyzyjny jest utrudniony z powodu tego, że aparat poznawczy osoby znajdującej się w kryzysie jest ograniczony i powstrzymywany przez emocje. Janis [12] podkreśla negatywny wpływ stresu na proces decyzyjny i umiejętność rozwiązywania problemów, charakteryzując ten proces następującymi cechami: „*zawężanie wachlarza postrzeganych alternatyw, pomijanie konsekwencji długofalowych, nieskuteczne poszukiwanie informacji, błędna ocena*”

spodziewanych wyników, używanie zbyt uproszczonych reguł dotyczących podejmowania decyzji”, oraz identyfikuje dwie złe postawy decyzyjne podyktowane wysokim poziomem stresu: unikanie (odwlekanie lub zrzucanie podjęcia decyzji na kogoś innego) i nadczyjność (wybieranie alternatywy pod wpływem impulsu, bez refleksji). Z tych powodów nieco inna, niż w „nie-kryzysowym” *problem solving*, jest tu rola osoby pomagającej, która wskazuje pułapki, w jakie mógłby wpaść zainteresowany. Ważne jest ponadto, aby reakcja lub szereg akcji, które będą podejmowane, były osiągalne. W przeciwnym razie osoba musiałaby najpierw wykształcić reakcję lub umiejętność niezbędną do osiągnięcia celu (np. jeśli osoba zdecyduje, że rozwiązaniem kryzysu związanego z samotnością jest podjęcie działań w kierunku nawiązania nowych znajomości, a nie posiada ona wystarczających umiejętności komunikacyjnych, to najpierw musiałaby owe umiejętności opanować).

g. Wdrażanie wybranej alternatywy: w tym etapie wprowadza się w życie wybraną alternatywę. Ważne, by wykonywać zadania w ustalonej kolejności, monitorować na bieżąco ich realizację, oceniać siebie i wzmacniać (chwalić siebie za sukcesy). Tu, w odróżnieniu od programu *problem solving* „nie-kryzysowego” (w którym podkreśla się, że już w momencie zastosowania rozwiązania, problem się rozwiązuje mniej lub bardziej natychmiast), dodaje się element „świadomości czynnika czasu” (świadomość, że często musi upłynąć pewien czas, zanim będzie można zastosować wybrane rozwiązanie lub zanim widoczne staną się jego oczekiwane efekty).

h. Ocena skuteczności całego procesu i, w razie potrzeby, działania korygujące: w typowych modelach *problem solving* konfrontuje się wyniki działania z pożądanymi celami i, o ile nie zostały one osiągnięte, powraca się do wcześniejszego etapu, by zmodyfikować działania. Kryterium tego, czy kryzys minął, mogą stać się objawy „z ciała” lub reakcje behawioralne (poczucie napięcia, pobudzenia, stres, problemy ze snem itd.) lub ich brak. Poza tym aspekt czasowy sprawia, że nie zawsze da się ocenić, czy podjęte działania przyniosły oczekiwany efekt (ocenie podlega cały proces, a nie, jak w klasycznym *problem solving*, poszczególne jego części). Niekiedy osoba może dojść do wniosku, że nie da się problemu rozwiązać inaczej, jak tylko przez pogodzenie się z sytuacją [12]. Poniższy przykład ilustruje zastosowanie IPS.

Kilka dni temu mąż Marii (47 lat) oświadczył, że odchodzi do innej kobiety, po czym się wyprowadził. Małżonkowie niedawno obchodzili 25-lecie, mają dwóch dorosłych synów. Maria nie potrafi sobie poradzić z uczuciami żalu, smutku, złości a także lęku. Wciąż płacze. Jest od kilku dni na urlopie, dużo śpi, nie ma apetytu, czuje się zagubiona i bezradna. Odczuwa bóle głowy i dolegliwości ze strony żołądka. Jej ciało jest napięte. Maria myśli o sobie, że coś z nią jest nie tak, że zwariuje. Nie wychodzi z domu, z nikim się nie spotyka, telefony odbiera tylko od synów. Jeden z nich przekonał ją do wizyty w Ośrodku Interwencji Kryzysowej.

Sytuacja Marii była kryzysowa. Silne emocje wykluczyły myślenie na temat jakiegokolwiek rozwiązania jej problemu i w efekcie Maria czuła się coraz gorzej. Gdyby przeszła szkolenie bazowane na modelu IPS, prawdopodobnie jej reakcja byłaby inna. Wiedziałyby (w efekcie aktywizowania się schematu poznawczego na okoliczność kryzysu), że silne emocje są sygnałem, wskazującym na to, że przechodzi kryzys (krok 1). Prawdopodobnie katastroficzne myśli o tym, że zwariuje i że coś z nią jest nie tak, nie pojawiłyby się. Możliwe, że zastosowałaby jedną z technik relaksacyjnych, by się uspokoić. W rezultacie, potrafiłaby samodzielnie dokonać opisu sytuacji, zdefiniować problem a także zadałaby sobie pytanie: „Co się ze mną dzieje i jak mam zareagować” (krok 2). Zrozumiałaby, że znajduje się w sytuacji kryzysowej mającej charakter żałoby i w związku z tym żal, smutek, złość są naturalnymi reakcjami na kryzys. Prawdopodobnie uświadomiłaby sobie też, że pożądany obrót sprawy (powrót męża do domu) jest raczej niemożliwy, a w każdym razie ona nie ma na to wpływu (krok 3). Mogłaby określić inne pożądane rozwiązanie trudnej sytuacji, na przykład definiując owo rozwiązanie, jako „akceptacja faktu, że męża nie ma i nie będzie już przy niej oraz powrót do dotychczasowych aktywności i znalezienie nowych” (krok 4). Dla tak zdefiniowanego celu Maria mogłaby wymyślić kilka alternatywnych ścieżek (krok 5), prowadzących do rozwiązania kryzysu (np. samouspokojenie za pomocą poznanej na kursie metody relaksacji, przerwanie urlopu, odbieranie telefonów, wyjście z domu, spotkanie z przyjaciółką, przeprowadzenie remontu mieszkania, wizyta w salonie fryzjerskim itd.), a następnie, biorąc pod uwagę swoje aktualne możliwości, wybrałaby to, co uznałaby za realne (krok 6). Po podjęciu decyzji, zaczęłaby wdrażać je w życie (krok 7), gdyby jednak zobaczyła, że podjęte działania nie przyniosły oczekiwanego rezultatu (krok 8), mogłaby rozważyć inne alternatywy (np. udanie się po profesjonalną pomoc).

IPS można stosować w pełnym zakresie, opierając całkowicie interwencję kryzysową na tym modelu, można także skorzystać tylko z pewnej jego części. Program ten jest elastyczny i modyfikowalny na wiele różnych sposobów, w zależności od konkretnej sytuacji. Istnieją dowody [13], że IPS może być zastosowany u osób w różnym wieku, także u osób z lekkim i umiarkowanym upośledzeniem umysłowym.

Badania nad *problem solving* dowodzą, że jest on efektywnym narzędziem w interwencji kryzysowej [14]. Badania Nezu [13] potwierdzają skuteczność technik *problem solving*, ale ze specjalnym naciskiem na ich wpływ na redukcję stresu. Tak Malouff, jak i Nezu omawiają wiele badań dotyczących stosowania tej metody w interwencjach kryzysowych, dostarczając dowodów na skuteczność szkolenia i stosowania IPS w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami, szczególnie z chorobami zagrażającymi życiu (np. nowotworowymi), chorobami przewlekłymi czy tendencjami samobójczymi.

Wnioski i podsumowanie

Nie ma jednej techniki poznawczej czy behawioralnej, która pomaga wszystkim. Nie ma też jednej techniki przyporządkowanej określonemu rodzajowi kryzysu. Z drugiej strony interwencji kryzysowej nie można sprowadzać jedynie do stosowania odpowiednich strategii, są one bowiem pomocniczymi narzędziami, wspierającymi interwencję. Podobnie jak w terapii, ich zastosowanie powinno opierać się na konceptualizacji problemu pacjenta, tak i tu, zanim zostanie podjęta decyzja, które techniki mogą być pomocne, należy mieć na uwadze osobę klienta, z jego poznawczo – behawioralno - emocjonalnym funkcjonowaniem oraz sposobami radzenia sobie w trudnych sytuacjach.

Piśmiennictwo:

1. Kubacka – Jasińska D. (2005). Interwencja kryzysowa. W: H. Sęk (red), Psychologia kliniczna tom 2 (s. 244-272). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. James K. J., Gilliland B. E. (2006). Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię. Warszawa: Wydawnictwo PARPA.
3. Heszen I. (2005). Kliniczna psychologia zdrowia. W: H. Sęk (red), Psychologia kliniczna tom 2 (s. 222-243). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
4. Kokoszka A. (2009). Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej. Kraków: Wydawnictwo UJ.
5. Beck J. S. (2005). Terapia poznawcza. Kraków: Wydawnictwo UJ.
6. Popiel A, Pragłowska E. (2008). Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Wydawnictwo Paradygmat.
7. Leahy R. L. (2008). Techniki terapii poznawczej. Kraków: Wydawnictwo UJ.
8. Dattilio F. M, Davis E.A, Goisman R. M (2010) Crisis with Medical Patients. W: Dattilio F. M., Freeman A (red), Cognitive – Behavioral Strategies in Crisis Intervention. Third Edition, New York, Guilford Press.
9. Bryant R.A., Harley A. G. (2011). Zespół ostrego stresu. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
10. Freeman, S. M. (2010) Substance Misuse and Dependency. Crisis as process Or outcome. W: Dattilio F. M., Freeman A (red), Cognitive – Behavioral Strategies in Crisis Intervention. Third Edition, New York, Guilford Press.
11. Moorey S., Greer S. (2007). Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową. Gdynia: Wydawnictwo Alliance Press.
12. Meijers J.J. (2010). Problem Solving and Crisis Intervention. W; Dattilio F. M., Freeman A. (red) , Cognitive – Behavioral Strategies in Crisis Intervention. Third Edition (s. 456-475). New York: Guilford Press.
13. Nezu A. M. (2004). Problem solving in behavioral therapy revisited. Behavior Therapy 35, 1-33.
14. Malouff J., Thorsteinsson E., Schutte N. S. (2007). The efficacy of problem solving therapy in reducing mental and physical health problems: A meta-analysis. Clinical Psychology Review, 27 (1), 46-57.
- 15.

Bernarda Bereza¹

WYRAŻANIE ZŁOŚCI A WIĘŹ Z RODZICAMI W DEPRESJI. BADANIA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W PSYCHOTERAPII.

ANGER EXPRESSION AND BONDS WITH PARENTS IN DEPRESSION. RESEARCH OF PEOPLE PARTICIPATING IN PSYCHOTHERAPY.

¹Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II w Lublinie
Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Klinicznej
Kierownik: Dr hab. Stanisława Steuden, prof. KUL

Streszczenie:

Cel badań: Celem badań była analiza porównawcza sposobów wyrażania złości oraz jakości i dynamiki więzi z rodzicami (osobno matki i ojca) u osób z depresją korzystających z psychoterapii i osób zdrowych niekorzystających z psychoterapii (tj. bez wskazań do leczenia, nie ujawniających symptomów chorobowych).

Materiał i metoda: Badano 35 pacjentów z diagnozą depresji (epizodem bądź depresją nawracającą), będących w początkowej fazie psychoterapii indywidualnej, prowadzonej w podejściu integratywnym oraz porównywalną próbkę populacji osób zdrowych. W badaniach zastosowano *Self-Expression and Control Scale* (van Elderen i wsp.) oraz sondaż ankietowy.

Wyniki: Osoby z depresją i osoby nieujawniające symptomów chorobowych różnią się pomiędzy sobą w wymiarze uzewnętrzniania złości. Jakość wczesnodziecięcej relacji z rodzicami (przed 12 rokiem życia) i dynamika więzi w innych okresach ważnych rozwojowo (wczesna szkoła podstawowa, dojrzewanie, dorosłość) nie różnicują na poziomie istotnym statystycznie osób chorych i zdrowych. Istnieją związki (o słabej lub umiarkowanej istotności) pomiędzy dynamiką i jakością więzi z rodzicami a wyrażaniem złości przez osoby poddane psychoterapii depresji.

Wnioski: Praca w obrębie więzi z *obiektami* oraz praca ze złością wyznaczają adekwatny kierunek oddziaływań w psychoterapii depresji.

Abstract

Purpose of the study: The aim of this study was comparative analysis of the ways of anger expression and the quality and dynamics of bonds with parents (mother and father separately) in patients with depression (participating in psychotherapy) and healthy people (who did not take part in psychotherapy, without indications for therapy, revealing no symptoms of disease).

Material and method: We analyzed sample of 35 patients with a diagnosis of depression (depressive episode or recurrent), which are in the initial phase of individual integrative psychotherapy and a comparable sample of healthy individuals. *Self-Expression and Control Scale* (van Elderen and al.) and a survey dedicated to the research were used.

Results: There are differences in the anger expression between people with depression and people without symptoms of disease. The quality of early childhood relationships with parents (before 12 years of age) and dynamics of bonds in other important developmental periods (early primary school, adolescence, adulthood) did not differentiate statistically significant at the level of depressed and healthy peoples. There are links between the dynamics and quality of bonds with parents and the anger expression by individuals undergoing psychotherapy of depression.

Conclusions: Working within bond with *the object* and work with anger adequately determine the direction of effects in psychotherapy of depression.

Słowa kluczowe: psychoterapia depresji, złość, więź z rodzicami

Keywords: psychotherapy of depression, anger, bonds with parents

Wstęp

Narażenie na nadmierny stres we wczesnym okresie dzieciństwa wymienia się jako jeden z czynników ryzyka rozwoju depresji w wieku dorosłym [6, 5]. Teoretycy proponują wiele sposobów wyjaśniania etiologii depresji w kategoriach straty. Dla potrzeb niniejszego opracowania wybrane zostały psychoanaliza i teoria przywiązania. W myśleniu psychoanalitycznym utrata *obiektu* prowadzi do kierowania na siebie gniewu, co w konsekwencji znajduje wyraz w powstawaniu, nasilaniu i trwaniu symptomów depresji [por. 8]. Także w J. Bowlby'ego teorii więzi [3] utrata *figury przywiązania* jest centralna dla rozumienia etiologii depresji. Niedostępny fizycznie bądź emocjonalnie rodzic zwiększa prawdopodobieństwo wykształcenia się u dziecka tzw. niepewnego przywiązania. Ten rodzaj utraty zakłóca przebieg procesu tworzenia się więzi z osobą znaczącą i wg teorii przywiązania jest głównym czynnikiem predysponującym do późniejszej depresji. Badania pokazują, że nie bez znaczenia dla etiologii zaburzeń nastroju i funkcjonowania emocjonalnego jest także jakość opieki zanim nastąpiła utrata opiekunów [por. 5].

Złość wg teorii R. Plutchika [10] rozumiana jest jako jedna z tzw. emocji podstawowych. Pełni funkcję adaptacyjną, może występować w różnym stopniu natężenia i na różnym poziomie pobudzenia (jest to kontinuum od łagodnej irytacji aż po ataki furii). Pojawienie się złości najczęściej jest sygnałem naruszenia granic jednostki, frustracji jej potrzeb. Tego typu emocjonalne pobudzenie może pełnić funkcje pozytywne (konstruktywnie stymulować do adaptacyjnego działania), ale także negatywne (charakter destrukcyjny złości widać w działaniach agresywnych i autoagresywnych). Optymalna umiejętność zarządzania złością w wielu przypadkach okazuje się najbardziej pożądaną potrzebą pacjentów poszukujących pomocy psychoterapeutycznej [por. 2].

Cel badań

Celem przeprowadzonych badań była analiza porównawcza wyrażania złości w grupie osób korzystających z psychoterapii w przebiegu depresji oraz osób zdrowych, a także poszukiwanie wzajemnych zależności pomiędzy złością a więzią z rodzicami. Prezentowane tu wyniki były częścią większego projektu badawczego. W pracy postawiono następujące pytania badawcze: (1) Czy istnieją różnice w ekspresji złości i ocenie więzi z rodzicami u osób korzystających i niekorzystających z psychoterapii? (2) W jakim stopniu okazywanie złości łączy się z postrzeganiem więzi z rodzicami w grupie osób z depresją?

Materiał

Osoby badane. W przeprowadzonych badaniach uczestniczyło 35 osób z rozpoznaniem epizodu depresji (40% badanych) lub depresji nawracającej (60%) o łagodnym bądź umiarkowanym nasileniu objawów chorobowych, leczonych w prywatnych gabinetach psychoterapeutycznych i psychiatrycznych. Pacjenci znajdowali się w początkowej fazie psychoterapii indywidualnej prowadzonej w podejściu integratywnym, większość z nich (71,4%) objęta była także opieką farmakologiczną. Rozpoznanie depresji potwierdzone było w diagnozie psychoterapeutycznej i psychiatrycznej według kryteriów DSM-IV-TR [1] oraz ICD-10 [13]. Do grupy kontrolnej weszła porównywalna próbka populacji osób zdrowych, zebranych z użyciem metod klinicznych (wywiadu i obserwacji), wykluczających obecność objawów depresyjnych i konieczność psychoterapii. Badane grupy poza wykształceniem ($p=,02$) nie różniły się znacząco statystycznie z zakresie zmiennych socjodemograficznych. Średni wiek w grupie badawczej wyniósł 33,34 lata ($SD=5,09$), zaś w grupie kontrolnej 31,20 lat ($SD=5,39$).

Metoda

Dla potrzeb niniejszych badań skonstruowano ankietę kontrolującą zmienne socjodemograficzne, medyczne oraz ocenę więzi z rodzicami.

Więź z rodzicami oceniano retrospektywnie w dwóch aspektach: (1) wspomnień jakości relacji z okresu wczesnodziecięcego, tj. przed 12 rokiem życia (badani byli proszeni o ocenę więzi z rodzicami w kategoriach dominującego ładunku emocjonalnego: „dobra”, „ambivalentna” bądź „zła”) oraz (2) wskazania okresu

subiektywnie postrzeganej najsilniejszej więzi z rodzicami (wybrano okresy ważne rozwojowo, tj. przed 5 rokiem życia, okres wczesnej szkoły podstawowej, dojrzewania oraz dorosłości).

Jako metodę badającą wyrażanie złości zastosowano *Self-Expression and Control Scale (SECS)* autorstwa T. van Elderen i wsp. w polskiej adaptacji A. Brytek-Matery [4]. Skalę tworzą 24 itemy, mierzące złość w następujących wymiarach: eksterioryzacja złości (ang. Anger Out, AO), interioryzacja złości (ang. Anger IN, AI), kontrola eksterioryzacji złości (ang. Control Anger Out, CAO) i kontrola interioryzacji złości (ang. Control Anger In, CAI). W polskiej adaptacji rzetelność α Cronbacha dla każdego z tych wymiarów wynosi odpowiednio: $\alpha_{AO}=,81$; $\alpha_{AI}=,65$; $\alpha_{CAO}=,75$ oraz $\alpha_{CAI}=,73$ [por. 4].

Wyniki

Ekspresja złości i ocena więzi z rodzicami u osób korzystających z psychoterapii depresji i osób zdrowych

Test U Manna-Whitney'a wykazał statystycznie istotne różnice pomiędzy grupą kliniczną a zdrową w jednym spośród czterech wymiarów wyrażania złości (eksterioryzacja złości, $p=,02$), a także tendencje do różnic istotnych statystycznie¹ w wymiarze kontroli eksternalizacji złości ($p=,07$) (Tabela 1).

Tabela 1. Średnie wartości wyrażania złości

Wyrażanie złości	Korzystający z psychoterapii (N=35)		Niekorzystający z psychoterapii (N=35)		Istotność różnic	
	Me	SD	Me	SD	U	$p <$
Eksterioryzacja złości	6,0	1429,0	6,0	1056,0	426,0	,01
Interioryzacja złości	6,0	1328,0	6,0	1157,0	527,0	n.i.
Kontrola eksterioryzacji złości	7,0	1091,5	6,0	1393,5	461,5	,07
Kontrola interioryzacji złości	9,0	1172,0	6,0	1313,0	542,0	n.i.

n.i. – wyniki nieistotne statystycznie

Źródło: opracowanie własne

Grupy nie różniły się na poziomie istotnym statystycznie w zakresie wskazywanego okresu postrzeganej najsilniejszej więzi zarówno z matką (χ^2 (df)=3,554(5); $p=,615$), jak i z ojcem (χ^2 (df)=6,066(3); $p=,300$).

Analiza dominującego w dzieciństwie ładunku emocjonalnego w relacji z rodzicami wykazała, że osoby korzystające z psychoterapii jakoś więzi z rodzicami oceniają gorzej niż osoby zdrowe, zwłaszcza więz z ojcem (tendencja do różnic istotnych statystycznie, $p=,053$).

¹ W naukach społecznych za wyniki z tzw. tendencją do różnic istotnych statystycznie uznaje się mieszczące w granicach poniżej istotności 0,1, a powyżej 0,5, czyli $0,1 < p < 0,05$.

Związek złości z percepcją więzi z rodzicami w grupie osób korzystających z psychoterapii

Kolejny etap analiz porównawczych ujawnił związki pomiędzy wyrażaniem złości a dynamiką i jakością więzi z rodzicami u osób korzystających z psychoterapii depresji. Statystycznie istotne dodatnie korelacje stwierdzono pomiędzy *eksterioryzacją złości* a jakością więzi z ojcem (związek umiarkowany, $p < ,01$), *kontrolą eksterioryzacji złości* a dynamiką więzi z matką (związek słaby, $p < ,05$) i więzią z ojcem (związek umiarkowany, $p < ,01$) oraz pomiędzy *kontrolą interioryzacji złości* a jakością więzi z ojcem (związek słaby, $p < ,05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Związek wyrażania złości z dynamiką i jakością więzi z rodzicami

		Dynamika więzi		Jakość więzi	
		z matką	z ojcem	z matką	z ojcem
Eksterioryzacja złości	rho Spearmana	,272	-,318	,198	,370
	Istotność dwustronna	n.i.	n.i.	n.i.	,002**
Interioryzacja złości	rho Spearmana	-,018	,535	-,124	,074
	Istotność dwustronna	n.i.	n.i.	n.i.	n.i.
Kontrola eksterioryzacji złości	rho Spearmana	-,657	,899	-,130	-,213
	Istotność dwustronna	,011*	,002**	n.i.	,077
Kontrola interioryzacji złości	rho Spearmana	,190	,397	-,129	-,261
	Istotność dwustronna	n.i.	n.i.	n.i.	,029*

** Korelacja jest istotna na poziomie ,01 (dwustronnie)

* Korelacja jest istotna na poziomie ,05 (dwustronnie)

n.i. – wyniki nieistotne statystycznie

Źródło: opracowanie własne

Omówienie i dyskusja wyników

Wyniki niniejszych badań wskazują, że pacjenci w psychoterapii depresji w istotnie większym stopniu aniżeli osoby zdrowe uzewnętrzniają doświadczaną złość oraz rzadziej podejmują próby kontrolowania wyrażania gniewu wprost. Oznacza to nie tylko, że badani pacjenci depresyjni od osób zdrowych różnią się częstością wyrażania złości (w postaci agresywnego zachowania, kierowanego na osoby trzecie bądź obiekty w otoczeniu), ale także, że choroba łączy się z mniejszym stopniem sprawowanej kontroli nad zewnętrznym wyrażaniem emocji złości. Otrzymane wyniki stanowią potwierdzenie obserwacji klinicznych Autorki jakoby w depresji więcej było złości, aniżeli smutku. Czasem jest to emocja wyrażana wprost (widoczna w tzw. depresji z pobudzeniem), a czasem z różnych przyczyn tłumiona.

W literaturze przedmiotu rzeczywiście w wielu badaniach identyfikuje się skłonność osób w depresji do eksternalizacji doświadczanego gniewu. W badaniach m. in. J. Tan i wsp. [13] kobiet z depresją, skłonność ta wzrasta wraz z nasileniem objawów choroby, tzn. jest większa u pacjentek z rozpoznaniem depresji ciężkiej aniżeli u pacjentek z depresją łagodną. L.J. Dietz i wsp. [7] na podstawie innych badań wysoki poziom uzewnętrzniania i internalizacji negatywnych uczuć osób w depresji etiologicznie łączą z negatywną uczuciowością i stylem komunikacji matki.

Badania ujawniły, że wysoka jakość więzi emocjonalnej w dzieciństwie (przed 12 rokiem życia) z ojcem, u osób depresyjnych łączy się z umiejętnością wyrażania złości w sposób werbalny bądź fizyczny. A także im silniejsza więź z ojcem w tym okresie, tym mniejsza częstość podejmowanych prób obniżania intensywności doświadczanego gniewu (kontrola stłumionej złości). Prezentowane w niniejszym opracowaniu wyniki wykazały ponadto, że najbardziej znamionym prognostykiem dla umiejętności kontroli wyrażania złości wprost u osób z depresją (werbalnego bądź fizycznego redukowania pobudzenia autonomicznego układu nerwowego) jest silna więź emocjonalna z matką w okresie wczesnodziecięcym (przed 5 rokiem życia) oraz z ojcem w okresie dorosłości.

Poszukując etiologii depresji Z. Freud [8] wskazywał na frustrację wczesnodziecięcej potrzeby bliskości z *obiektem*. Złość pierwotnie kierowana do utraconego *obiekta*, na skutek procesu identyfikacji z nim, zostaje skierowana na samego siebie, a kolejne straty w dalszych okresach życia reaktywują to pierwotne doświadczenie odrzucenia i rozczarowania osobą bliską. M. Klein [9] jakość wczesnodziecięcej relacji rodzica z dzieckiem wymieniała wśród głównych prognostyków wystąpienia w przyszłości skłonności jednostki do depresji. Pamiętając o psychoanalitycznych pomysłach wyjaśniania etiologii depresji w kategoriach wczesnodziecięcej straty rodzica (na skutek fizycznej bądź emocjonalnej jego niedostępności) oraz zastępczego adresowania gniewu na siebie i zamieniania go w smutek, otrzymane wyniki badań wydają się istotną wskazówką w kierunku pogłębienia eksploracji relacji z tzw. *obiektem*. Nie tylko od strony czysto poznawczej, ale przede wszystkim praktycznej, mogącej mieć zastosowanie w psychoterapii pacjentów z rozpoznaniem depresji. Z psychoterapeutycznego punktu widzenia siła płynąca od rodzica sprzyja bowiem radzeniu sobie także z – jakby się mogło wydawać – „niewygodnymi” (przede wszystkim ze względu na oczekiwania społeczne i *superego*) emocjami, pomaga w efektywnym zarządzaniu nimi, a w konsekwencji podnosi jakość życia osoby.

Wnioski

1. Osoby w psychoterapii depresji różnią się istotnie statystycznie od osób zdrowych w wymiarze uzewnętrzniania złości.
2. Jakość wczesnodziecięcej relacji z rodzicami, a także dynamika więzi w okresie dojrzewania i dorosłości nie różnicuje na poziomie istotnym statystycznie osób chorych i zdrowych.
3. Istnieją istotne statystycznie związki (o słabym bądź umiarkowanym poziomie istotności) pomiędzy dynamiką i jakością więzi z rodzicami a wyrażaniem złości przez osoby w procesie psychoterapii depresji.

Piśmiennictwo:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. Bereza B. (red.). Oblicza złości. Perspektywa psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2012.
3. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. New York: Basic Books; 1980
4. Brytek A. Wyrażanie złości a radzenie sobie ze stresem w bulimii psychicznej. Badania porównawcze na populacji polskiej i francuskiej. W: Kolokwia Psychologiczne, 16: Psychologia wobec dylematów współczesności. Warszawa: Instytut Psychologii PAN; 2007. s. 208-214.
5. Coffino B. The role of childhood parent figure loss in the etiology of adult depression: findings from a prospective longitudinal study. Attachment & Human Development. 2009; 11(5): 405-470.
6. Dayan J, Creveuil Ch, Dreyfus M, Herlicovics M, Baleyte J-M, O'Keane V. Developmental Model of Depression Applied to Prenatal Depression: Role of Present and Past Life Events, Past Emotional Disorders and Pregnancy Stress. www.plosone.org. 2010; 5(9): 1-8.
7. Dietz LJ, Jennings KD, Kelley SA, Marshal M. Maternal Depression, Paternal Psychopathology, and Toddlers' Behavior Problems. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2009; 38(1): 48-61.
8. Freud S. Mourning and melancholia. W: Frankiel RV. red. Essential papers in psychoanalysis: The Essentials papers on object loss. New York: New York University Press; 1917/1994. s. 38-51.
9. Klein M. The Psychoanalysis of Children. London: Hogarth; 1932.
10. Plutchik R. Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis. New York: Harper and Row; 1980.
11. Salkovskis P. Transcript of an interview with A.T. Beck. San Francisco: Association for Advancement of Behaviour Therapy; 1990.
12. Tan J, Carfagnini B. Self-Silencing, Anger and Depressive Symptoms in Women: Implications for Prevention and Intervention. Journal of Prevention & Intervention in the Community. 2008; 35(2): 5-18.
13. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnosis Guidelines. Geneva: WHO; 1992.

Ewa Waszkiewicz¹, Kornelia Zakrzewska²

TEST RORSCHACHA W DIAGNOSTYCE KLINICZNEJ I BADANIACH MIĘDZYKULTUROWYCH
THE RORSCHACH TEST IN CLINICAL DIAGNOSIS AND CROSS-CULTURAL RESEARCH

¹ III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii

² Zakład Psychologii Religii, Instytut Religioznawstwa, Wydział Filozoficzny, Uniwersytet Jagielloński

„...między automatyzmem diagnozy aktuarialnej oraz wszelkimi postaciami 'dzikiej interpretacji' istnieje duże pole dla zdyscyplinowanej metodologicznie i inteligentnej interpretacyjnie pracy psychologa klinicznego.”

Michał Stasiakiewicz – „*Test Rorschacha*”

Streszczenie:

Poniższy artykuł jest opracowaniem dotyczącym zastosowania testu Rorschacha w praktyce klinicznej. Jest on pracą poglądową na temat specyfiki tego testu, jego zalet i wad oraz wartości diagnostycznej w ocenie zaburzeń psychicznych. Wydaje się to ważne w świetle kontrowersji narosłych wokół tej metody od momentu jej opracowania przez Hermanna Rorschacha w 1921 roku oraz rosnącej obecnie popularności metod *stricte* ilościowych, które są często postrzegane jako lepiej sprawdzone psychometrycznie i niewymagające tak wielkiego doświadczenia klinicznego w analizie.

W pierwszej części artykułu zostaną opisane metodologiczne właściwości testu: specyfika zastosowania, najważniejsze zmienne i podejścia teoretyczne, jeżeli chodzi o jego interpretację oraz przytoczone zostaną argumenty zwolenników i przeciwników używania testu w praktyce klinicznej. Głównym argumentem zwolenników jest bogactwo materiału dotyczącego nieświadomych dynamizmów uzyskiwanych w protokole, natomiast przeciwników: braki w trafności i rzetelności oraz brak adekwatnych norm dla poszczególnych zaburzeń psychicznych.

Zostaną również przybliżone najważniejsze kryteria diagnostyczne dla schizofrenii, zaburzeń afektywnych i osobowości. Każdy z wyżej wymienionych obszarów zaburzeń ma swoje cechy charakterystyczne uwidaczniające się w psychogramie. Najlepiej przebadane są kryteria diagnostyczne dla schizofrenii.

W drugiej części artykułu zostaną poruszone kwestie związane z zastosowaniem tej metody w badaniach międzykulturowych i nad akulturacją. Wykazano szereg różnic międzykulturowych odnoszących się do norm

testu oraz silnych wpływów kultury na wyniki testu w przypadku osób przechodzących przez proces akulturacji, a w szczególności osób dwukulturowych.

Summary

This article reviews the application of the Rorschach Inkblot Test in clinical practice. It concerns specificity of this test, its advantages, disadvantages and diagnostic value in assessment of mental disorders. Such a review seems to be important in face of controversies this tool has been evoking since its conceptualization in 1921 by Hermann Rorschach and current rising popularity of quantitative methods, which are often perceived as having more evidence-based psychometric foundations and demanding less clinical experience when it comes to analysis.

The first part of this article is focused on methodological aspects of the Rorschach Test: specificity of its application, the most important variables and theoretical approaches. Also the arguments of Rorschach opponents and proponents will be discussed. The most important argument of its proponents is the variety of information about unconscious processes. The main argument of its opponents is the lack of validity, reliability and adequate norms for particular mental disorders.

In the following paragraphs, the most crucial criteria for diagnosis of schizophrenia, affective and personality disorders will be described. This scope of disorders is reflected in typical traits found in the Rorschach scoring protocol.

The second part of the article will be focused on the implementation of the method in cross-cultural and acculturation research. The results of some research imply that there are many of cross-cultural differences in norms and there was evidence found that the results, in case of individuals who go through the process of acculturation, especially biculturals, are strongly influenced by culture.

Słowa kluczowe: Test Rorschacha, diagnoza osobowości, diagnoza kliniczna, schizofrenia, zaburzenia afektywne, zaburzenia osobowości, akulturacja

Key words: The Rorschach Inkblot Test, personality assessment, clinical diagnosis, schizophrenia, affective disorders, personality disorders, acculturation

Test Rorschacha to jedna z najtrudniejszych metod diagnostyki klinicznej, wymagająca dużego doświadczenia i klinicznego przygotowania. Mimo, iż jest narzędziem wiekowym – Hermann Rorschach opracował je 90 lat temu, w dalszym ciągu należy do najpopularniejszych narzędzi klinicznych na świecie. Badania przeprowadzone w USA pokazały, że jest on czwartym najczęściej używanym narzędziem przez psychologów klinicznych, natomiast w innych krajach (Hiszpania, Portugalia, Ameryka Łacińska) trzecim, zaraz po Skali Inteligencji Wechslera i MMPI [1]. W 2005 roku APA (American Psychological Association) uznała Test Rorschacha, po poddaniu go wnikliwej analizie przez SPA (Society for Personality Assessment), za narzędzie naukowo przebadane pod względem psychometrycznych właściwości i stąd rekomendowane do użytku w praktyce klinicznej [2]. W 2011r. wydano uszczegółowienie tych analiz w postaci „The Rorschach Performance Assessment System”, z którym można zapoznać się na stronie www.r-pas.org [3].

Wśród naukowców zajmujących się badaniem osobowości jest jednak wielu przeciwników używania tej metody, dla których oficjalne oświadczenie APA nie jest dostatecznym argumentem. James Wood, jeden z jej najbardziej nieprzejednanych przeciwników uważa, że gdyby nie tak silne poparcie dla Rorschacha w APA, mógłby on się znaleźć na liście zakazanych testów psychologicznych [4]. Od połowy lat 90-tych na łamach najbardziej poczytnych czasopism naukowych dla klinicystów toczy się debata czy test Rorschacha jest wystarczająco rzetelnym i trafnym narzędziem w diagnozie osobowości i psychopatologii. Jedną z „kości niezgody”, bardzo wyraźnie dominującą w dyskusji, jest diagnoza psychopatii. Zwolennicy metody przedstawiają wyniki swoich badań, które przemawiają za tym, że pod określonymi metodologicznymi warunkami test Rorschacha jest diagnostycznym narzędziem, jeżeli chodzi o diagnozowanie osobowości psychopatycznej [5,6]. Czytając nasycone negatywnym tonem artykuły przeciwników i zapoznając się z ich opinią na temat powyższych badań, można odnieść wrażenie, że nie jest [7-9]². Zapoznając się z kolei z odpowiedziami jego zwolenników na zarzuty przeciwników, podparte podobnie licznymi badaniami, nabiera się równie silnego przekonania, że jest [10,11]. Śledząc tę wymianę poglądów ma się wrażenie, że polega ona głównie na wycinaniu fragmentów wypowiedzi oponentów i dopisywaniu swoich komentarzy, niekiedy na podstawie tych samych albo zreplikowanych badań, z których wyciąga się wnioski dokładnie przeciwne do adwersarzy.

Dyskusja ta dotyczy również polskiego środowiska psychologów. W marcu b.r. na łamach Klubu Sceptyków Polskich pojawiły się informacje o proteście zorganizowanego „przeciwko stosowaniu szkodliwych testów przez psychologów sądowych i klinicznych (...), przede wszystkim testu Rorschacha” [13]. W odpowiedzi na ów protest, na łamach portalu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego ukazała się odpowiedź Katarzyny

² Trafnym wydaje się w tym kontekście określenie Michała Stasiakiewicza (autora obszernego opracowania na temat metody Rorschacha), o antyrorschachowsko-exnerowskiej krucjacie Jamesa Woda [12]. Czytelników zainteresowanych tą dyskusją zachęcamy do prześledzenia artykułów głównych przeciwników (Wood, Lilienfeld, Nezworski, Garb) i zwolenników (Meloy, Gacono, Loving, Bodholdt, Ganellen, Bornstein, Meyer, Dana), które ukazały się w ciągu ostatniego dziesięciolecia na łamach *Journal of Personality Assessment*, *Journal of Clinical Psychology* czy *Clinical Psychology: Science and Practice*.

Stemplewskiej-Żakowicz i Bartosza Szymczyka podważająca wiele z argumentów przytaczanych przez organizatorów akcji [14].

Zmierzenie się z kontrowersjami, jakie narosły wokół testu Rorschacha poprzez: przybliżenie jego metodologii z jej wadami i zaletami, pokazanie wartości diagnostycznej w przypadku konkretnych zaburzeń psychicznych, jak również przedstawienie zastosowania testu Rorschacha w badaniach międzykulturowych i nad akulturacją, to główne motywy autorek artykułu. Celem zachowania możliwego obiektywizmu, przytaczane będą argumenty obu stron dyskusji.

Metodologia Testu Rorschacha, jej zalety i wady

Test Rorschacha składa się z 10 tablic z plamami atramentowymi. Pięć z nich jest czarno-białych, dwie z dodatkiem koloru czerwonego, a trzy są wielobarwne. Otrzymane wypowiedzi badający sygnuje ze względu na obszar omawianej plamy, determinantę wypowiedzi i jej treść. Wszystkie sygnatury zlicza się w psychogram, a ten analizuje się, posługując opracowanymi normami. Istnieją różne systemy sygnowania wypowiedzi badanego. Zasadniczo dzieli się je na europejskie (E. Bohm, M. Loosli-Usteri itd.) i amerykańskie (m.in. B. Beck, B. Klopfer, Z. Piotrowski i J.E. Exner). Obecnie najbardziej spopularyzowane jest podejście Exnerowskie (tzw. Comprehensive System). Autorki badania posługują się systemem opracowanym przez Zygmunta Piotrowskiego, które zostało przybliżone polskim klinicytom we wznawianych kilkakrotnie opracowaniach Marii Grzywak-Kaczyńskiej [15,16]. System Piotrowskiego i Exnera różnią się głównie stopniem uszczegółowienia niektórych zmiennych i systemem obliczeniowym, przy czym bardziej skomplikowany jest ten ostatni. Główne czynniki: obszar, determinanta, poziom formy i treść, jak również część sygnatur, są wspólne. System Całościowy Exnera jest gruntowniej zbadany pod względem wartości psychometrycznej i to przy użyciu tego systemu jest prowadzona większość analiz naukowych dotyczących zastosowania testu Rorschacha w diagnostyce klinicznej. Stąd większość przytaczanych w artykule badań bazuje na wynikach Rorschacha otrzymywanych za pomocą Systemu Całościowego Exnera (CS – Comprehensive System). Autorki artykułu nie uważają się za zwolenniczki jednego z systemów, na rzecz którego chciałyby agitować na łamach poniższego artykułu. Są użytkowniczkami systemu Piotrowskiego, ponieważ (tutaj zgadzamy się z Grzywak-Kaczyńską) jest on bardziej czytelny, z mniej przeciążoną statystyką i dający większą możliwość całościowego ujęcia wyników niż system Exnera. Dodatkowym czynnikiem, który skłania autorki do używania tego systemu jest uwzględnianie wyników dla polskiej populacji³. Jeżeli chodzi o System Całościowy, jego adaptacja do polskich warunków dotychczas nie została opracowana.

Zgodnie z instrukcją Piotrowskiego, osoba badana ma za zadanie podać, co jej te plamy przypominają, co przedstawiają, z czym się kojarzą. Badanie w tym podejściu składa się z trzech faz: przygotowawczej,

³ Grzywak-Kaczyńska zastrzega, że jest to tymczasowa normalizacja. Liczba zbadanych to 150 osób (82 kobiety i 68 mężczyzn). Jest to normalizacja, która z pewnością wymagałaby odświeżenia, ponieważ powstała w latach 70-tych [15,16].

głównej i sprawdzającej. Otrzymany w ten sposób psychogram Rorschacha pozwala ocenić poziom sprawności intelektualnej, typ uczuciowości, jej ewentualne zaburzenia, sferę dążeń oraz jakość relacji społecznych. Pozwala także dotrzeć do mechanizmów powstałych dysfunkcji, ocenić prawidłowość myślenia i twórcze możliwości badanego [17].

Można spotkać się błędną z opinią, że test Rorschacha jest „narzędziem psychoanalitycznym” [13]. Hermann Rorschach był wprawdzie członkiem Szwajcarskiego Towarzystwa Psychoanalitycznego i siłą rzeczy, żyjąc w czasach popularyzacji myśli Freuda, był pod jej wpływem. Jednak jego tablice i pierwszy system, który ujął w „Psychodiagnostyce”, był próbą integracji psychoanalitycznego i empirycznego uprawiania psychologii i psychiatrii [12]. Obecnie najbardziej spopularyzowane wśród klinicystów podejście empiryczne, które reprezentuje Exner, jest ateoretyczne, w sensie braku powiązania z konkretnymi „dużymi nurtami teoretycznymi” w psychologii [12,18]. Podejścia osadzone w konkretnych teoriach psychologicznych, z równie rozbudowaną, ale raczej zorientowaną na analizę treści, aparaturą pomiarową, mają charakter rozwojowy: psychoanalityczne i ortogenetyczne. Dyskurs psychoanalityków, w porównaniu do empiryków, jest bardziej idiograficznie zorientowany, skupiony na badaniu intraindywidualnych dynamizmów jednostki niż na interindywidualnych porównaniach i kategoryzacjach [12]. Psychoanalitycy skupiają się głównie na parametrach relacji z obiektem, a ortogenetycy, czerpiący z piagetowskiej teorii rozwoju, na stopniu złożoności poznawczej osób badanych [18]. Z powodu ograniczeń objętościowych artykułu nie zostaną one szerzej przedstawione.⁴

Test Rorschacha daje możliwość dotarcia, i jest to bezsporna zaleta metod projekcyjnych, do nieuświadomionych potrzeb i konfliktów. Testy kwestionariuszowe badają świadomość pacjenta, podczas gdy testy projekcyjne torują drogę do informacji, które w żaden inny sposób nie byłyby dostępne w chwili badania, ani dla badacza ani dla badanego [19,20]. Większość testów kwestionariuszowych wymaga pewnego wglądu pacjenta w swoje funkcjonowanie i życie emocjonalne. W przeciwnym razie wynik jest albo nietrafny, albo niediagnostyczny (np. skale symulacji i dyssymulacji sugerują skrzywienia odpowiedzi w kierunku agrawacji bądź pomniejszania objawów). Przy metodach projekcyjnych, warunek „wglądu” nie ma żadnego znaczenia. Proces organizowania percepcyjnego bodźców wzrokowych, jakich dostarczają tablice, odbywa się nieświadomie. Wychodzi się tu z założenia, że badany wybiera nieświadomie te bodźce, które mu odpowiadają, i kształtuje je w zależności od własnych doświadczeń i właściwości psychiki. Selekcja spostrzeżeń jest funkcją osobowości, konkretnych jej wymiarów [15-17]. Cechy osobowości uzewnętrzniają się szczególnie wówczas, gdy sytuacja jest wieloznaczna i umożliwia swobodę działania. Taką sytuacją jest właśnie generowanie skojarzeń na tablice Rorschacha [21].

4 Owocami podejścia psychoanalitycznego do zastosowania Rorschacha, bazującego głównie na ujęciach Mahler, Kernberga i Kohuta było tematyczne podejście do analizy treści Schafera (1954) i inne skale: Mutuality of Autonomy Scale (Urist, 1977); Borderline Interpersonal Relations Scale (Kwawer, 1980); Scale of Separation-Individuation (Connerty, 1986); Object Scale (Blatt, Brenneis, Schimek, & Glick (1976) [18].

Jeżeli chodzi o przewagę Rorschacha nad tzw. testami psychometrycznymi, Stasiakiewicz zwraca również uwagę na fakt, że te ostatnie są zbiorem zamkniętym wariantów reakcji badanego, natomiast w metodach projekcyjnych nie ogranicza się liczby wypowiedzi, nie stawia się również wymagań wobec treści i formy reakcji werbalnych [12]. Ekspresja wypowiedzi, które dopiero później podlegają wystandaryzowanej obróbce, jest więc dużo swobodniejsza.

Niejasny jest wpływ wcześniejszych ekspozycji na zachowanie badanych. Zwraca się uwagę, że w rorschachowych pomiarach test-retest trudno jest określić, co jest czynnikiem zmiany – fakt powtórnej ekspozycji czy zmiany w osobowości. Już sam Hermann Rorschach zauważył, że pewne determinanty (barwa i ruch) są silnie związane z nastrojem badanego [22]. Niektóre doniesienia z badań sugerują stałość wyników przy powtórnej ekspozycji. Na przykład nie wykazano różnic między grupami eksperymentalną, której pokazano tablice Rorschacha dwa razy (z tygodniową przerwą między ekspozycjami), a kontrolną, która zobaczyła plamy Rorschacha tylko raz [23].

Czynnikami decydującymi o wystąpieniu zmian mogą być ważne wydarzenia życiowe, które odzwierciedlają się w percepcji badanych [16]. Zachodzi również korelacja między zmianą w wynikach uzyskanych w psychogramie, a zmianami w osobowości badanych na skutek terapii – test Rorschacha sprawdza się w pomiarze efektów terapii, czego dowodzi przekrojowa, ilościowa metaanaliza wyników badań opublikowanych w latach 1921-2003 [24]. Grønnerød przeanalizował praktycznie wszystkie artykuły (nie uwzględniając biologicznie zorientowanych badań dotyczących wpływu leków, narkotyków itp. oraz badań dotyczących dzieci i rodzinnych badań tą metodą), które zostały opublikowane w tym przedziale czasowym; 24 z nich nadawały się do porównawczego badania ilościowego. Wyniki tej metaanalizy wskazują, że Rorschach jest miarodajnym i wiarygodnym narzędziem, jeżeli chodzi o pomiar zmian w terapii.

Wśród zalet testu Rorschacha wyróżniany jest też wspomniany wcześniej fakt, że manipulowanie werbalnymi reakcjami na plamy jest dużo trudniejsze niż kontrolowanie odpowiedzi na wprost zadawane pytania o symptomy [12]. Ostatnio podnoszony jest w tym kontekście zarzut dużej dostępności informacji o teście w Internecie, która umożliwia przygotowanie się do badania, co może sprzyjać zafałszowywaniu wyników. Problem ten nie dotyczy jednak tylko tego narzędzia, lecz także narzędzi kwestionariuszowych. Można powiedzieć, że generalnie popularyzowanie wiedzy psychologicznej i jej coraz większa dostępność w Internecie, może przyczyniać się do coraz słabszej wartości diagnostycznej testów psychologicznych. Jak pokazują dokładne badania na ten temat, większość informacji, które można znaleźć w Internecie na temat testu Rorschacha, jest zbyt powierzchowna, by mogła stanowić poważne zagrożenie zafałszowania wyników [25].

Schultz i Loving posłużyli się w swoim badaniu prostą metodą wprowadzenia hasła: „Rorschach” do wyszukiwarki Google. Spośród 88 stron zawierających to hasło, 44% nie stanowiło żadnego zagrożenia w tym zakresie (np. były to grupy artystyczne, mające słowo „Rorschach” w nazwie); 15% stanowiło minimalne zagrożenie (zawierały bardzo ogólne informacje na temat historii testu i samego testu); 22% niebezpośrednie

zagrożenie (zawierały opisy dotyczące procedury, ale bez informacji na temat konkretnych zmiennych i ich znaczenia); 19% bezpośrednie zagrożenie (np. zawierały zdjęcia plam, opisy procedury, popularnych odpowiedzi, „dobrych i złych odpowiedzi” i ich znaczenia dla diagnozy). Niestety, do najczęściej odwiedzanych w Internecie źródeł należy Wikipedia, w której można znaleźć informacje dosyć szczegółowe – zdjęcia plam i najbardziej typowe odpowiedzi. Jest to więc istotny problem. Jednak żeby z większą pewnością móc odpowiedzieć na pytanie, czy problem przygotowywania się do badania tą metodą jest rzeczywisty, potrzebne byłoby przeprowadzenie eksperymentu pokazującego wpływ przygotowania przy pomocy źródeł internetowych na wynik badania. Takich badań dotychczas nie przeprowadzono.

Test Rorschacha, jako jedyne narzędzie z grupy metod projekcyjnych, oprócz Testu Barwnych Piramid Schaie i Heissa (1964), jest znormalizowany [12]. Wydawać by się mogło, że uprawnia to w dostatecznym stopniu do jego stosowania, jednak właśnie wokół psychometrycznych właściwości testu w systemie Exnera toczą się najbardziej zażarte spory. Przeciwnicy testu są zdania, że jest on nierzetelny, nietrafny, a jego normy w nadmiernym stopniu patologizują „normalne” jednostki, ponieważ bazują na zbyt małych próbach [7-9], z czym polemizują zwolennicy testu [5,6,10,11]. Problem norm pojawia się również w kontekście badania osób z różnych kręgów kulturowych [26], o czym będzie mowa w punktach poświęconym badaniom międzykulturowym i nad akulturacją.

W publikacji Wooda i.in. można spotkać się z opinią, że System Całościowy jest diagnostyczny, ale tylko w przypadku kilku zaburzeń: schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej, schizotypowych zaburzeń osobowości oraz zaburzeń osobowości z pogranicza, natomiast w przypadku np. PTSD, zaburzeń lękowych czy depresji już nie [8].

Wśród najbardziej kłopotliwych aspektów pracy z tym narzędziem wymienia się skażenie analizy subiektywną oceną badacza oraz jego projekcją. Ten argument odrzucany jest poprzez podkreślanie złożoności systemów sygnowania, mających charakter ściśle ilościowy, w których nie ma miejsca na subiektywne impresje badacza.

Inaczej odpierają ten argument radykalni zwolennicy idiograficznego podejścia do tej metody. Patrzą oni na test Rorschacha przez pryzmat podejść fenomenologicznych – w ich ocenie nie jest to test czysto psychometryczny, lecz metoda badania dynamizmów wewnątrzpsychicznych człowieka. Psycholog posługujący się tego typu narzędziem nie jest tylko „mechanicznym podsumowującym” testów, lecz osobą próbującą zrozumieć „psychologiczną prawdę” o osobie, którą bada. Celem diagnostyki staje się nie zmierzenie, lecz zrozumienie fenomenów psychologicznych, które analizuje i jest tutaj miejsce na kreatywność, intuicję i wnioski wynikające z doświadczenia badacza. Jest to nie tyle proces naukowy, ale bardziej sztuka [19,20]. Argumentacja ta pozostaje poza sporem „twardych empiryków” o *stricte* psychometryczne parametry testu (trafność, rzetelność, normy). Dopuszcza się tu również, czy wręcz uważa za wartość, pewną subiektywność procesu diagnozy psychologicznej.

Patrząc z perspektywy czysto użytkowej – posługiwanie się tą metodą jest bardzo pracochłonne, jeśli chodzi o opracowywanie wyników i ich analizę, ale krócej trwa procedura, a ponadto, w porównaniu z liczącym kilkaset pytań MMPI, jest bardziej interesująca i mniej nużąca dla badanego. Wydawać by się to mogło banalnym argumentem, ale w kontekście niektórych zaburzeń np. zaburzeń formalnych myślenia w przypadku schizofrenii, bądź dużej męczliwości poznawczej w depresji endogennej, długość trwania procedury testowej, poziom skomplikowania pytań, różnorodność bodźców, których dostarcza, ma zasadnicze znaczenie dla trafności metody.

Test Rorschacha w diagnostyce zaburzeń psychicznych

Ta część artykułu poświęcona będzie cechom charakterystycznym psychogramu Rorschacha w schizofrenii, zaburzeniach afektywnych i osobowości, przy czym omówione zostaną tylko najważniejsze bądź najbardziej charakterystyczne wskaźniki. Rozdział ten, w przeciwieństwie do poprzedniego, nie będzie miał charakteru dyskusji, ponieważ dotyczy systemu Piotrowskiego, na temat którego brakuje polemicznych artykułów. Może to wprowadzać poczucie braku spójności artykułu w odbiorze czytelnika, ponieważ we wcześniejszej części skupiano się na przedstawieniu argumentacji zwolenników i przeciwników używania testu Rorschacha w podejściu Exnera. Jednak, jak już wspomniano, obydwa podejścia są ilościowe i mają wspólne główne obszary zmiennych. Zamiarem autorki w tej części jest przede wszystkim rozwianie mitów na temat „impresywnego charakteru” testu Rorschacha, poprzez bardziej szczegółowe przedstawienie co konkretnie i na jakiej podstawie można stwierdzić w wyniku przeprowadzonego badania.

Dotychczas najlepiej zostały opracowane wskaźniki dotyczące schizofrenii, które podzielono je na główne, dodatkowe i specyficzne (pojawiające się tylko w schizofrenii). W systemie Piotrowskiego te główne to przede wszystkim niski (poniżej 20%) poziom H+Hd, mało (poniżej 55%) D, mało (poniżej 5) P. H oznacza zainteresowanie człowiekiem, jego sprawami, D poczucie rzeczywistości i realizmu, a P współuczestnictwo w powszechnym, popularnym i konwencjonalnym sposobie myślenia [15,16,27,28,29]. Każda z tych sygnatur może obniżać się z różnych powodów – lękowych, emocjonalnych, zmian osobowości i jej zaburzeń. Ktoś może być mało zainteresowany sprawami innych osób z powodu depresji i skupienia się na własnym cierpieniu, może tak być z powodu egocentryzacji i zaburzeń uczuciowości. Tak samo z poczuciem rzeczywistości – może się zmienić pod wpływem procesu chorobowego, ale może oznaczać też ucieczkę od rzeczywistości związaną z nieradzeniem sobie z realnym, skomplikowanym i trudnym życiem.

Klinicyści przez lata pracy z metodą Rorschacha podejmowali próby przeanalizowania dodatkowych czynników i stworzenia listy wskaźników, dających większą pewność tyczącą rozpoznania schizofrenii. Poziom formy (F+%) jest na ogół niski, przy czym dla osób ze schizofrenią znamieny jest fakt, że w tym samym protokole mogą pojawiać się bardzo dobre (adekwatne i zgodne z rzeczywistością) formy i bardzo złe (nieprzystające do realiów). Bardzo charakterystyczne dla zaburzeń myślenia w schizofrenii jest

kontaminowane W. Oznacza to, że dwa lub więcej perceptów zlewa się w jeden nieistniejący. Należy przy tym odróżnić nadmierną dokładność osoby badanej, kiedy mówi „to jest nietoperz z głową królika i nogami baletnicy” od kontaminacji, takiej jak „anioły polarnoniedźwiedziowate” [16,29] czy „grota diabłonielska”. W protokołach osób chorych na schizofrenię często występują wypowiedzi zawierające treści anatomiczne (At i Ats). Nie jest to jednak czynnik specyficzny dla schizofrenii. Może występować u osób zajmujących się leczeniem (lekarzy i pielęgniarek), hipochondryków, kobiet w ciąży, osób chorych somatycznie i osób z kompleksem inteligencji. Według rorschachistów istnieją diagnostyczne czynniki specyficzne dla schizofrenii, określane jako „schizofreniczna aura” [16]: są to wspomniane już kontaminacje, apersonizacje (odnoszenie plam do siebie), powoływanie się na liczby i cyfry, litery, spadek jakości percepcji (F+). Pojawiają się też ambiwalencje, ambisentencje, ambitendencje („biją się lub kochają”). Często przy tej okazji pojawiają się: niedostosowany afekt i liczne neologizmy. Charakterystyczna dla protokołów osób ze schizofrenią jest fragmentacja, zwana też segmentacją [27,28]. Jej istotą jest dzielenie, rozczłonkowanie perceptów, widzenie poszczególnych fragmentów w izolacji lub w sposób niekompletny. Kolejne zjawisko, pojawiające się w myśleniu osób chorych na schizofrenię, to tak zwana indukcyjna percepcja (*inductive perception*) [27,28]. Polega ona na tym, że chorzy mając pewne wyobrażenie, nie są w stanie go poprawnie wyrazić. Dochodzą do niego stopniowo poprzez kolejne stopnie czy etapy, gdzie każdy następny jest niejako uzupełnieniem poprzedniego („to są wysokie obcasy... to są damskie czółenka... to noga w butach na obcasach... to kobieta”).

Wydaje się, iż relatywnie najslabiej w teście Rorschacha według systemu Piotrowskiego są opracowane wskaźniki chorób afektywnych. Do objawów osiowych depresji należy obniżenie napięcia i nastroju, manifestujące się spadkiem aktywności, rozmachu, zdolności inicjowania działania, spowolnieniem i wycofaniem z relacji społecznych. Mogą tym objawom towarzyszyć lęk i somatyzacja. Objawy te będą się manifestować w protokołach Rorschacha małą liczbą wypowiedzi (R) przy wydłużonym czasie początkowej reakcji (IRT). Mało będzie wypowiedzi całościowych (W), rzadziej też pojawią się determinanty ruchowe (M, FM, m), a co za tym idzie zmieni się typ przeżywania – w protokołach osób depresyjnych będzie to zawężony typ przeżywania (sumM:sumC). Jeśli już pojawi się ruch, to będzie on najczęściej w formie skulonej, pochylonej. Nie będzie tu miejsca dla ruchów rozmachowych, wiążących się z aktywnością prospołeczną. Niektóre rodzaje ludzkich ruchów (M) także mają depresyjną konotację. I tak ruch ludzki rzutowany na zwierzęta świadczy o rozczarowaniu do życia i niezadowoleniu z własnych cech. O niezadowoleniu z siebie mówi też szok ruchu (tablica III, gdzie wszyscy widzą ruch ludzki), ruch w postawie (Mpost) i ruch tylko części ciała (Mcc) [16,27,29]. Pojawiają się: generalnie mniejsze zainteresowanie sprawami innych ludzi (H%) i zubożenie uczuciowe, zwłaszcza jeśli idzie o sposób wyrażania, ekspresji uczuć (sumC i jej składowe). Somatyzacja może przejawiać się w zwiększeniu liczby wypowiedzi anatomicznych. Osoby z depresją częściej też będą zauważać barwy achromatyczne (czerń i biel) niż chromatyczne. Wyrażna przewaga po stronie tych pierwszych wskazuje na osoby z poczuciem odrzucenia, uciekające przed trudnościami, szukające ratunku –

jest uznawana za wskaźnik depresji związanej z odrzuceniem [16,27]. W treści wypowiedzi pojawi się zwiększenie wypowiedzi typu Obj (przedmioty martwe), co oznacza utratę sensu życia, życiowej pasji, zainteresowań. Częściej też osoby z depresją będą wskazywać na negatywne emocje i skojarzenia oraz częściej niż inne będą krytykować siebie. W psychogramach osób depresyjnych częściej niż w innych będą się pojawiać pospolite, stereotypowe wypowiedzi, związane z inercyjnością myślenia. Zdecydowanie mniej będzie elementów twórczych, barwnych i oryginalnych.

Wydaje się, iż jeszcze bardziej złożone jest opracowanie wskaźników dotyczących zaburzeń osobowości. W obowiązującej aktualnie w Polsce klasyfikacji chorób psychicznych ICD-10 występuje co najmniej 10 rodzajów zaburzeń osobowości. Każde z tych zaburzeń ma inne objawy osiowe i inaczej się manifestuje. We wszystkich jednak występują pewne cechy wspólne i te właśnie są uchwytne w teście Rorschacha. Podstawowe są zaburzenia sfery uczuciowej przejawiające się małym uspołecznieniem, egocentryzacją, słabym przystosowaniem i znacznego stopnia zmiennością. W protokołach Rorschacha manifestować się to będzie brakiem lub małą liczbą wypowiedzi typu FC, zwiększeniem liczby CF i C. Typ przeżywania będzie u takich osób egocentryczno-ekstratensywny (brak M i FC, dużo CF i C), przy znikomym zainteresowaniu sprawami innych ludzi (mało Hd i H) i zmniejszonej wrażliwości na sygnały płynące od otoczenia (procent wypowiedzi na tablice barwne – poniżej 30%). Osoby z zaburzoną osobowością charakteryzują negatywne postawy kierowane na siebie lub innych (dużo S) połączone z uporem i skłonnością do obstawania przy swoim zdaniu (WS). Mniejszy jest tu także poziom lęku (mało Fc), który nie chroni przed działaniem przedwczesnym, impulsywnym, w niesprzyjających warunkach (sumC przewyższa wyraźnie sumc). Dla osób niedojrzałych charakterystyczne są osłabienie mechanizmów kontrolnych oraz zmniejszony wgląd w skomplikowane relacje społeczne i przyczyny swoich problemów (zmniejszona liczba M, brak lub mało FC, zmniejszony F+%, mało c). Mniejsze też są wytrwałość i konsekwencja w działaniu i myśleniu (duże różnice w czasach początkowej reakcji).

RORSCHACH W BADANIACH MIĘDZYKULTUROWYCH

Wydawać by się mogło, że Test Rorschacha jest doskonałym narzędziem w badaniach międzykulturowych. Tablice Rorschacha są bowiem, jako materiał projekcyjny, wolne kulturowo. Debata na ten temat toczy się co najmniej od połowy lat dziewięćdziesiątych, choć już sam twórca testu, Hermann Rorschach, zwracał uwagę na czynnik kulturowy i zauważył różnice w wynikach testów mieszkańców dwóch różnych szwajcarskich kantonów, jeżeli chodzi o częstości zarówno obecnej w teście psychopatologii, jak i specyficznych symptomów [10].

Badacze dzielą się na zwolenników i przeciwników używania Testu Rorschacha w badaniach reprezentantów kultur innych niż amerykańska, włączając w to grupy mniejszościowe mieszkające w USA. Chodzi tu o spór, który wpisuje się w szerszą, wspomnianą już w punkcie poświęconym metodologii, dyskusję,

o użycie systemu Exnera, opracowanego na podstawie badania na amerykańskiej populacji w latach 60-tych i 70-tych. Zwolennicy testu uważają, że wymiary osobowości przez niego mierzone są uniwersalne, natomiast normy w ich obrębie mogą się różnić w zależności od kultury. Ta grupa badaczy powołuje się na bogactwo przeprowadzonych badań porównawczych w różnych krajach, które mogą służyć jako normatywne odniesienie [1,10,26]. Przeciwnicy atakują test właśnie ze względu na brak rzetelnie opracowanych norm dla mniejszości zamieszkujących USA i innych nacji [7,9].

Badania w tym zakresie nie są jednoznaczne. W badaniach przeprowadzonych w ośmiu krajach, w których brano pod uwagę 69 zmiennych, stwierdzono bardzo niewielkie, ale istotne statystycznie różnice. Uznano jednak, że nie są one relewantne dla praktyki klinicznej. Gdy jednak ponownie przeanalizowano te same dane, zmniejszając liczbę czynników, otrzymano dużo większą różnicę, której konsekwencje kliniczne nie mogły być zignorowane [1]. Richard H. Dana podaje konkretne różnice międzykulturowe w średnich wynikach na różnych wymiarach mierzonych przez test Rorschacha. Poniżej zostaną przytoczone wyniki⁵, które autorkom artykułu wydały się ważne, ciekawe lub kontrowersyjne.

Niektóre obszary osobowości można zdiagnozować, odnosząc się do norm, gdzie ważna jest proporcja niektórych parametrów względem siebie, a nie ich wartość absolutna. Przykładem może być typ przeżywania (EB – Erlebnistypus), gdzie zasadniczo mamy dwa typy: ekstratensywny vs. intratensywny. Dodatkowo uznawanym za pośredni jest typ ambitendentny. O tym, do jakiego typu zaliczymy daną osobę, decyduje stosunek koloru do ruchu ludzkiego (C:M). Stwierdza się pewne różnice międzykulturowe, jeżeli chodzi o występowanie poszczególnych typów w różnych krajach. W USA uzyskano procentowy udział poszczególnych typów w populacji: 44% ekstratensywnych; 36% introwertywnych i najmniej ambitendentnych (20%). Dla kontrastu, w portugalskiej próbie otrzymano odpowiednio: 22%, 28% i 50%. Wziąwszy pod uwagę poziom kilku innych zmiennych, połowę populacji portugalskiej można by uznać za zaburzoną [26]. Nasuwa się wówczas pytanie: czy społeczeństwo portugalskie jest mniej ekstratensywne niż amerykańskie, czy należy tutaj przyjąć inne normy, czy może w ogóle czym innym jest ten wymiar w Portugalii, czym innym w USA i nie ma czego porównywać? Autorzy nie dają na to pytanie jednoznacznej odpowiedzi. W zależności od podejścia: *etic* czy *emic*, opowiadają się za mniej lub bardziej idiosynkratycznym kulturowo podejściem.

Inny wymiar – kontroli emocjonalnej vs. niekontrolowanej emocjonalności, mierzony stosunkiem reakcji na kolor, w których dominuje forma do wypowiedzi zdeterminowanych kolorem (FC:CF+C) był również związany z kulturą. Jak się okazało, w krajach łańskich, zarówno Ameryki, jak i Europy, średnia liczba CF przewyższa FC, a zatem jest to norma [26]. Oznacza to, że przyjmując uniwersalistyczne podejście, mieszkańcy kultur południowych są bardziej sugestywni i zmienni uczuciowo niż mieszkańcy krajów położonych bardziej na północ. Jest to zgodne z intuicyjną, ale również zakorzenioną w empirii obserwacją.

⁵ Przytoczone w tej części badania były przeprowadzone metodą Exnera (Comprehensive System).

Ciekawy, a zarazem kontrowersyjny jest wynik związany ze zmienną światłocieniową. Odpowiedzi osoby badanej dotyczące światłocieni mogą świadczyć o zależności emocjonalnej i potrzebie bliskości. Może być ona bardziej lub mniej kontrolowana (c/cF/Fc u Piotrowskiego lub T/TF/FT u Exnera⁶). Wyniki otrzymane w różnych krajach pokazują, że w USA pada dużo więcej wypowiedzi światłocieniowych niż gdziekolwiek indziej na świecie (dotyczy to populacji tzw. WASP-ów, czyli „białych, anglo-saksońskich protestantów”). Interpretuje się to jako efekt purytańskiego, „bezdotykowego”, wychowania, kładącego nacisk na uniezależnianie się jednostki, również w sensie emocjonalnym, od rodziców. Duża częstotliwość wypowiedzi światłocieniowych jest, podług tej interpretacji, wyrazem supresji potrzeby fizycznego i emocjonalnego kontaktu. Potwierdzeniem tej hipotezy wydaje się fakt, iż w krajach łacińskich, gdzie kontakt fizyczny jest silnie obecny w kulturze, liczba tych wypowiedzi jest bliska zera. W Hiszpanii więcej niż jedna wypowiedź światłocieniowa jest uznawana za przejaw dużych deficytów w tej sferze, kwalifikujących osobę do terapii [26]. Podobne kontrowersje do opisanych powyżej budzą również różnice w danych jakościowych. Na przykład zawartość treściowa interpretacji, gdzie obserwuje się więcej reakcji konwencjonalnych (popularnych – P) w USA, zaś w kulturach łacińskich więcej personalizacji plam (tj. odnoszenia do siebie), jak również więcej współzależności przejawiającej się np. w połączonych ciałach bądź interpretacjach wskazujących na symbiotyczne zależności. Z drugiej strony w wypowiedziach z protokołów reprezentujących kultury południowe, zawierających ruch ludzki, jest zarazem więcej agresji [26].

Powyżej przytoczone badania mogą sugerować, że istnieje dużo interpretacyjnych pułapek, gdy stosuje się test Rorschacha bez uwzględnienia tła kulturowego osoby badanej.

R. Dana proponuje włączenie 9 elementów w procedurze badawczej, celem uchronienia się przed niebezpieczeństwami błędnych interpretacji testu Rorschacha aplikowanego w pracy z obcokrajowcami [26]:

1. Pytania orientacyjne, zebranie wstępnej metryczki, wywiadu klinicznego i informacji dotyczących tła kulturowego osoby badanej.
2. Kompetencje kulturowe osoby badanej: włączenie sędziów kompetentnych – osób pochodzących z kultury osoby badanej.
3. Wrażliwy kulturowo sposób przeprowadzania testu – dotyczy to zachowań werbalnych i niewerbalnych, np. patrzenia w oczy, dystansu fizycznego itp.
4. Uwzględnienie dostępnych norm.
5. Wpływ EB⁷ na całość wyników.
6. Determinanty – jakie są kulturowo specyficzne oczekiwania dotyczące determinant: M, C, FC, F?
7. Oczekiwania co do różnic w zawartości tematycznej.

⁶ Istnieją także inne zmienne światłocieniowe w systemie Exnera, które mają inne konotacje znaczeniowe: Y(Y, YF i FY) oraz V(V, VF, FV).

⁷ Experience Balance – dotyczy to systemu Exnerowskiego.

8. Patologia – specyficzne kulturowo przekonania odnośnie zdrowia i choroby; kulturowo uwarunkowane syndromy.
9. Sprawdzenie trafności – skonsultowanie odpowiedzi klienta z profesjonalistami z kultury osoby badanej.

Test Rorschacha w badaniach nad akulturacją

Ciekawym obszarem są badania nad wpływem akulturacji⁸ na wyniki w teście Rorschacha. Badania R. Dany pokazują, że wpływ na wyniki może mieć język, którym osoba badana posługuje się w momencie badania. Zbadano między innymi dwukulturową Amerykankę, kolumbijskiego pochodzenia (urodzona w USA, rodzice – emigranci z Kolumbii). Za pierwszym razem podawała swoje skojarzenia w języku hiszpańskim, za drugim razem (3 miesiące później) w języku angielskim. Okazało się, że w wersji hiszpańskiej badana była znacznie bardziej ekspresyjna i emocje wydawały się grać istotniejszą rolę w procesach decyzyjnych, natomiast w wersji angielskiej była dużo bardziej emocjonalnie zahamowana i intelektualizująca uczucia. Oprócz tego obydwa protokoły różniły się treściowo. W wersji hiszpańskiej obecnych było dużo więcej odniesień pozytywnych do życia rodzinnego, lojalności wobec jej członków, jak również wiary w życie nadnaturalne. W wersji angielskiej pojawiło się kontrastująco dużo wątków ujawniających brak szacunku wobec autorytetów, nadużycia w relacjach międzyludzkich i materializm. Badacze wysunęli ciekawe hipotezy i interpretacje odnoszące się do tych wyników. Uznano, że badana pozwalała sobie na krytykę kolumbijskich wartości kulturowych, które wpajano jej jako dziecku, tylko w języku angielskim. Zaobserwowano, że „uciekła” w angielski, gdy czuła się emocjonalnie przytłoczona i chciała przeanalizować różne rzeczy „na chłodno”. Sytuacja była odwrotna, gdy chciała wyrazić siebie i swoje emocje bardziej otwarcie lub nawiązać kontakt ze swoim bardziej „kolumbijskim Ja” np. w sensie zwrotu ku wartościom rodzinnym [26].

W innym ciekawym badaniu nad znaczeniem języka i akulturacji w teście Rorschacha potwierdziło się znaczenie zmiany kulturowej na wyniki, natomiast nie znaleziono istotnych różnic, które dowodziłyby wpływu języka na wypowiedzane skojarzenia [32]. Badanymi byli rdzenni Koreańczycy i Amerykanie oraz dwujęzyczni Koreańczycy akulturyzujący się w USA (od co najmniej 6 lat) i dwujęzyczni Amerykanie w Korei (od co najmniej 2 lat w Korei). Psychogramy czterech grup okazały się w niektórych aspektach istotnie różnić. Okazało się, że rdzenni Koreańczycy byli grupą najbardziej zahamowaną w reakcjach, co pokazało się w najniższej liczbie wypowiedzi (R), niższym poziomie form (F+%), zdolności do ogarniania całości plamy (W) i, co ciekawe, znacząco mniejszej liczbie reakcji związanych z człowiekiem (M i H). Zastanawiano się, jak wytłumaczyć te różnice w kontekście kulturowym. Kultura koreańska jest bardzo restrykcyjna, jeżeli chodzi o

⁸ Akulturacja jest tutaj rozumiana jako proces adaptacji do nowej kultury w zgodzie z teorią Colleen Ward i in. – ABC akulturacji. W modelu tym adaptacja do nowej kultury odbywa się w obrębie trzech płaszczyzn: psychologicznej (komponent emocjonalny), socjokulturowej (komponent behawioralny) i tożsamościowej (komponent poznawczy) [31,32].

normy zachowań, co wynika z prymatu wartości kolektywistycznych nad indywidualistycznymi. Zahamowane reakcje na procedurę testu Rorschacha, która jest relatywnie niejednoznaczna, dająca możliwość wykorzystania fantazji i w której trudno odgadnąć oczekiwania badacza, mogły wynikać z lęku. Ponieważ jednak nie podano w badaniu zmiennej dotyczącej lęku w kontaktach społecznych, trudno o tym wnioskować. Ważnym wynikiem, jeżeli chodzi o problematykę akulturacji jest podobieństwo w zakresie poziomu wspomnianych zmiennych w przypadku grupy Koreańczyków mieszkających w USA do rdzennych Amerykanów. Sugeruje to, że Koreańczycy na emigracji stawali się więc coraz bardziej amerykańscy. Nie zaobserwowano natomiast tendencji odwrotnej, czyli „koreanizowania się” Amerykanów, co tłumaczono m.in. znacząco dłuższym stażem akulturacji pierwszej z grup [32].

W badaniu własnym Kornelii Zakrzewskiej-Wirkus ujawnił się również wątek związany z czynnikiem kulturowym. Przebadano testem Rorschacha 20 osób przechodzących przez proces readaptacji do życia w Polsce po powrocie z zagranicy. Wspólnym mianownikiem psychogramów wszystkich tych osób był przekraczający przeciętną poziom koncentracji na pustych plamach (S), co może świadczyć o przeżywaniu silnego buntu lub o oporze (opozycji) wobec czegoś lub kogoś.⁹ Z wywiadów wynika, że bardzo często opór ten związany był z krytycznym stosunkiem do zastanej w kraju rzeczywistości i przeżywanym w związku z tym rozczarowaniem.

Reasumując, mimo iż test Rorschacha nie jest narzędziem łatwym w użyciu, bogactwo i głębokość otrzymywanego w toku analizy materiału jest bardzo cenne, jeżeli chodzi o trafność diagnozy klinicznej. Jest on metodą, którą można stosować również w badaniach międzykulturowych i nad akulturacją. Należy przy tym jednak podkreślić, że test Rorschacha nie jest, podobnie jak każda inna metoda diagnostyki psychologicznej, „papierkiem lakmusowym” pozwalającym wykryć obecność lub nie jakiejś choroby psychicznej, może natomiast z ogromnym powodzeniem wskazać obecność wielu objawów lub ich syndromów, ułatwiających rozpoznanie i zaplanowanie terapii.

Piśmiennictwo:

1. Allen J, Dana RH.: Methodological issues in cross-cultural and multicultural Rorschach research. *Journal of Personality Assessment* 2004; 82 (2): 189-206.
2. The Status of the Rorschach in Clinical and Forensic Practice: An Official Statement by the Board of Trustees of the Society for Personality Assessment. *Journal of Personality Assessment* 2005; 85(2), 219-237.
3. Z prywatnej korespondencji z Richardem H. Dana, członkiem International Rorschach Society i byłym przewodniczącym Society for Personality Assessment. Zobacz również: www.r-pas.org
4. Jarret C. Psychological assessments that cause harm. *Psychologist* 2008; 21(1).

⁹ Rorschach nazywał to „tendencją do opozycyjności” i uważał, że występuje ona w trzech postaciach: opozycyjność, niezdecydowanie, poczucie nieadekwatności, w zależności od tego czy osoba jest ekstratensywna, ambiektalna czy introwersyjna [33].

5. Gacono CB, Meloy JR. A Rorschach investigation of attachment and anxiety in antisocial personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991; 179, 546–552.
6. Gacono CB, Loving JL, Bodholdt RH. The Rorschach and Psychopathy: Toward a More Accurate Understanding of the Research Findings. *Journal of Personality Assessment* 2001; 77(1): 16-38.
7. Lilienfeld SO, Wood JM. The Rorschach Inkblot Test: The Case of Overstatement? *Assessment* 1999; 6 (4): 342-349.
8. Wood JM, Lilienfeld SO, Nezworski MT, Garb HN. Coming to Grips With Negative Evidence for the Comprehensive System for the Rorschach: A Comment on Gacono, Loving, and Bodholdt; Ganellen; and Bornstein. *Journal of Personality Assessment* 2001; 77(1), 48-70
9. Lilienfeld SO, Wood JM, Garb HN. (2002). *Status naukowy technik projekcyjnych*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
10. Meyer GJ. Evidence to correct misperceptions about Rorschach Norms. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2001; 8: 389-396.
11. Meloy JR. Some Reflections on What's wrong With the Rorschach. *Journal of Personality Assessment* 2005; 85(3), 344-346.
12. Stasiakiewicz M. *Test Rorschacha*. Wydawnictwo: Scholar
13. „Psychologia to nauka nie czary” - protest naukowców, psychologów i studentów. Źródło internetowe: www.sceptycy.org , 17.03.2012
14. Stemplewska-Żakowicz K, Szymczyk B. „Jak odróżnić dziecko od kąpielii”. źródło internetowe: www.ptp.org.pl , 17.03.2012
15. Grzywak-Kaczyńska M.: *Podręcznik do metody Rorschach*. PTHP, Warszawa 1978: 71-90.
16. Grzywak-Kaczyńska M. (2006). *Podręcznik do Metody Rorschacha* (oprac. M. Braun-Gałkowska). Lublin: Wydawnictwo KUL.
17. Waszkiewicz E.: *Projekcyjne metody diagnostyki psychologicznej*. *Medycyna Praktyczna. Psychiatria* 2008; 3 (4): 105-108.13.
18. Leichtman M.: *Concepts of Development and the Rorschach: The Contributions of Paul Lerner and John Exner in Historical Context*. *Journal of Personality Assessment*, 2009; 91(1): 24–29.
19. Campos R. 'It might be what I am': Looking at the use of Rorschach in Psychological Assessment. *Somatic Inkblot Society Journal of Projective Psychology & Mental Health* 2011; 18: 28-38.
20. Cates JA. The Art of Assessment in Psychology: Ethics, Expertise, and Validity. *Journal of Clinical Psychology* 1999; 55(5) 631-641.
21. Sęk H. *Metody Projekcyjne*. Wydawnictwo Naukowe UAM. Poznań 1984.
22. Howes RJ. Rorschach: Does it have a Future? *Journal of Personality Assessment* 1981, 45(4), 339-351.
23. Castro-Villarreal F. Prior Exposure to the Rorschach Test and Differences in Selected Rorschach Variables. *Somatic Inkblot Society Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 2010; 17: 126-134.
24. Grønnerød C. Rorschach Assessment of Changes Following Psychotherapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Personality Assessment* , 83(3), 256–276.
25. Schultz D, Loving JL. Challenges Since Wikipedia: The Availability of Rorschach Information Online and Internet Users' Reactions to Online Media Coverage of the Rorschach–Wikipedia Debate. *Journal of Personality Assessment* 2012; 94(1), 73-81
26. Dana RH. *Multicultural Assessment. Principles, Applications, Examples*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., New Jersey 2005: 121-145.
27. Piotrowski Z. *Perceptanaliza*. PTHP, Warszawa 1991: 208-314.
28. Szafranec J. *Metoda Rorschacha w psychodiagnozie schizofrenii*. Wydawnictwo Akcydensowe, Warszawa 1985: 23-70.
29. Leśniak F. *Perceptanaliza w perspektywie pozytywnej dezintegracji*. PTHP, Warszawa 1994: 265-314.
30. Searle W, Ward C. The prediction of psychological and sociocultural adjustment during cross-cultural transitions. *International Journal of Intercultural Relations* 1990; 14: 449-464.

31. Ward C. The ABCs of Acculturation. W: Matsumoto D. (red.): Handbook of Culture and Psychology. Oxford University Press, New York 2001: 411-445.
32. Cundick BP, Moon T. Shifts and Constancies in Rorschach Responses as a Function of Culture and Language. Journal of Personality Assessment, 1983; 47(4): 345-349.
33. Rosen E. MMPI and Rorschach Correlates of the Rorschach White Space Response. Journal of Clinical Psychology, 1952; 8(3): 283-288.

adres do korespondencji: mgr Kornelia Zakrzewska: e-mail: kornelia.zakrzewska@uj.edu.pl

Jerzy A. Sobański

RECENZJA: WITOLD SIMON. MOURNING THE PERSON ONE COULD HAVE BECOME.
ON THE ROAD FROM TRAUMA TO AUTHENTICITY.

z Katedry Psychoterapii UJ Collegium Medicum

p.o. kierownika katedry: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

Gdy bierze się do ręki tę książkę, jedną z niewielu pozycji autorstwa Polaka (pierwszego i jedyne autorstwa) wydanych kiedykolwiek przez Jason Aronson, pierwsze i spore wrażenie robi pod-tytułowa droga – fotografia artystyczna (autorstwa Zuzanny Simon), w żywych, naturalnych kolorach, jak można się domyślać – wybrana z przesłaniem. Kręta, trudna, kamienista, częściowo niewidoczna i długa... lektura zapowiada się niełatwa, choć okazuje się ...atrakcyjna ale i wstrząsająca jak zapowiadająca ją droga.

Centralne znaczenie i przekaz ujawnione są już na początku we fragmencie tytułu – Person One Could Have Become (POCHB), co można przełożyć jako Osoba Którą Mogła Się Stać. Konstrukcja ten, ważny dla rozumienia i leczenia traumy, opisuje wyobrażenia obejmujące wszelkie utracone i przerwane indywidualne byty ludzkie takie jak podmiot-gdyby-go-trauma-nie-spotkała, jego nienarodzone dzieci, utracone ciężce, osoby przedwcześnie zmarłe i inne. Nie jest to jednak – w przeciwieństwie do licznych głosów w dyskursie dokonującym się we wzmiankowanym obszarze w kwestiach aborcji i poronień – publikacja ideologiczna ani referująca po prostu jedynie indywidualne poglądy i przekonania autora. Wręcz przeciwnie, jest opatrzona solidną, żeby nie rzec potężną bibliografią, gęsto zresztą cytowaną, należącą zarówno klasycznych jak i najnowszych badań psychologicznych oraz szczególnie do teorii i praktyki psychoterapii.

Autor szeroko czerpie i hojnie przedstawia w kontekście centralnego zagadnienia traumy, rozmaite podejścia i techniki wypracowane w różnych szkołach psychoterapii (np. list terapeutyczny), zgodnie ze swoją intensywną działalnością naukowo-badawczą w obecnym sercu Society for Psychotherapy Research u boku najważniejszego badacza psychoterapii Michaela Lamberta w Provo, w stanie Utah (stąd podejrzenie, że wspomniana fotografia drogi ze skalistego Utah właśnie pochodzi). Ta integracyjność i szeroki horyzont nie ujmuje monografii Witolda Simona przejrzystości ani skoncentrowania wokół naprawdę nowoczesnych teorii humanistyczno-egzystencjalnych.

Omawiana pozycja zawiera rzadko napotykaną w literaturze tematy np. przeżywania utraty ciąży przez mężczyzn. Jest też zgodna z wieloma najnowszymi badaniami „głównego nurtu” np. w kwestii niedoszacowania traumatycznych skutków zaniedbania dziecka. Właściwie każdemu najdrobniejszemu zagadnieniu towarzyszy szczegółowe omówienie oparte na przejrzystych wyliczeniach z cytowaniami znanych i mniej znanych nazwisk: od Freuda do Szasza, od Rollo Maya do Lacana, od Levinasa do Lao Tzu...

Arcyciekawy rozdział poświęcony superwizji, choć w sposób nieunikniony podporządkowany tematyce całej książki, odnosi się nie tylko do superwizji terapii traumy, pomocne i niekorzystne cechy superwizorów są przecież podobne w każdym podejściu do terapii i superwizji...

Nawet drobnych błędów drukarskich właściwie się nie spotyka – fakt, że jeden cytowany autor ma w Indeksie zmienione nazwisko ze Skovholt na Skovolt (s. 250), jest dowodem, że nawet w Jason Aronson bytują chochliki drukarskie.

Omawiana pozycja została wydana całkiem niedawno (2012), w języku angielskim i przez renomowane wydawnictwo, ale nie tylko dlatego zasługuje na przekład na język polski. Polskich akcentów nie jest zresztą pozbawiona – choćby przywołania nieżyjącej już Profesor Barbary Skargi.

Zachęcam gorąco do bliższego poznania myśli jednego z najzdolniejszych młodych polskich terapeutów i badaczy psychoterapii.

Anna Bąk

RECENZJA KSIĄŻKI PT. „JAK WALCZYĆ Z UZALEŻNIENIAMI?”, AUTORSTWA ANDRZEJA AUGUSTYNKA, WYDAWNICTWO ENGRAM DIFIN S.A. WARSZAWA 2011.

Do poszukiwań odpowiedzi na pytanie o naturę i sposoby radzenie sobie z uzależnieniami we współczesnym świecie dołącza się kolejny głos - książka Andrzeja Augustynka „Jak walczyć z uzależnieniami?” Autor zatrzymuje się w niej nie tylko nad uzależnieniem od alkoholu i substancji psychoaktywnych, ale także zwraca uwagę na narastający problem uzależnień od czynności (np. hazardu, seksu, Internetu, pracy, opalania się, czy zdrowego odżywiania się).

Andrzej Augustynek jest psychologiem, psychoterapeutą i nauczycielem akademickim. Jest pracownikiem Wydziału Humanistycznego AGH w Krakowie, Kierownikiem Pracowni Psychologicznej w Katedrze Socjologii Gospodarki i Komunikowania Społecznego oraz Studiów Podyplomowych Praktycznej Psychologii Kierowania i Negocjacji. Zajmuje się praktycznie terapią uzależnień i nerwic, w których stosuje m.in. hipnozę.

Publikacja, zgodnie z propozycją Autora, przeznaczona jest dla „lekarzy, psychoterapeutów, pedagogów, socjologów, studentów, ale także dla tych, którzy doświadczają skutków uzależnień” (s. 8). Książka składa się z czterech rozdziałów. We wprowadzeniu możemy znaleźć cenne wskazówki dotyczące polskich i zagranicznych czasopism specjalistycznych, zajmujących się profilaktyką i terapią uzależnień. Pierwszy rozdział dotyczy genezy, mechanizmu i teorii uzależnień. Autor przedstawia w nim dwa główne nurty teorii dotyczących charakteru przyczyn i przebiegu uzależnień: nurt biologiczny oraz psychospołeczny.

W rozdziale drugim znajdziemy kryteria rozpoznania uzależnień od substancji psychoaktywnych, a także kryteria rozpoznawania uzależnień od czynności oraz opracowane przez Autora fazy uzależnienia od czynności. Trzeci rozdział poświęcony jest uzależnieniom od substancji psychoaktywnych. Mieszczą się w nim podrozdziały dotyczące uzależnienia od alkoholu, a także lekomanii i nikotynizmu. Znaczną część tego rozdziału zajmują treści dotyczące psychoterapii, hipnoterapii i farmakoterapii uzależnienia od alkoholu. Intrygujący jest paragraf dotyczący posługiwania się hipnozą w terapii alkoholików, w którym Andrzej Augustynek dzieli się własnymi spostrzeżeniami odnosząc się również do badań innych. Podaje możliwe zastosowania hipnozy w tej terapii, odnosząc się do motywacji i skuteczności. Wśród licznych informacji na temat terapii alkoholizmu zabrakło jednak odniesienia do najnowszych trendów w leczeniu uzależnień na

świecie, docierających także do Polski, a dotyczących np. uczenia pacjentów picia kontrolowanego.

Rozdział czwarty, najbardziej obszerny, traktuje o uzależnieniach od czynności. W podrozdziale pierwszym Autor przybliży czytelnikowi zjawisko hazardu, jako pierwszego uzależnienia czynnościowego, które znalazło się w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. Zawiera on m.in. opis typów hazardzistów, fazy rozwoju uzależnienia od hazardu, motywy podejmowania terapii przez hazardzistów i propozycje terapii oraz refleksje z pracy terapeutycznej prowadzonej przez Autora.

Kolejny podrozdział zatytułowany „Uzależnienie komputerowe” zawiera psychologiczne aspekty korzystania z komputera i Internetu. Znajdziemy tu opis patologii korzystania z Internetu, kryteria diagnostyczne rozpoznania uzależnienia od Internetu, rozpowszechnienie i podmiotowe uwarunkowania uzależnień komputerowych, a także przegląd literatury dotyczącej czynników sprzyjających uzależnieniu się od Internetu. Autor zamieszcza tu również ciekawe wyniki badań własnych nad uzależnieniem od Internetu. Dokonuje także przeglądu propozycji terapii i dzieli się własnymi doświadczeniami w prowadzeniu terapii uzależnień komputerowych. Zwraca m.in. uwagę na możliwość zastosowania hipnozy jako metody pomocnej w procesie leczenia tego typu uzależnień. Zamieszcza też dwa interesujące opisy przypadków prowadzonej przez siebie terapii.

W kolejnych rozdziałach książki czytelnik może znaleźć informacje o uzależnieniu od pracy i seksuolizmie. W publikacji tej zamieszczono także opis takich zjawisk jak: ortoreksja (obsesyjno-kompulsywne spożywanie tylko zdrowego jedzenia), zakupoholizm, bigoreksja (obsesja na punkcie umięśnionego ciała), czy tanoreksja (uzależnienie od bycia opalonym) jako znak naszych czasów.

Podsumowując można powiedzieć, że czytelnik otrzymuje opracowanie, które może być przydatne dla osób zainteresowanych problematyką uzależnień, a zwłaszcza wkraczających w ten obszar pomagania ludziom. Dla specjalistów cenne może być zwłaszcza dość obszerne potraktowanie uzależnień związanych z używaniem komputera i hazardem.

Michał Mielimąka

RECENZJA KSIĄŻKI PT. „HIPNOZA W PSYCHOTERAPII”,
AUTORSTWA JOSIE HADLEY I CAROLA STAUDACHERA.

z Katedry Psychoterapii UJ Collegium Medicum

p.o. kierownika katedry: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

Książka pt. Hipnoza w psychoterapii autorstwa Josie Hadley i Carola Staudachera jest kolejną pozycją z cyklu „Techniki terapeutyczne” wydaną przez Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. Stanowi polski przekład wydanej w roku 1989 książki pt.: „Hypnosis for Change: A Practical Manual of Proven Hypnotic Techniques”. Tytuł przekładu polskiego może sugerować, iż czytelnik otrzyma mniej lub bardziej obszerny przegląd metod zastosowania techniki hipnozy w psychoterapii. W celu uniknięcia rozczarowania warto przed przystąpieniem do lektury zwrócić uwagę na oryginalny tytuł. Recenzowana książka jest bowiem przede wszystkim pracą autorską zawierającą opis różnorodnych metod oddziaływań psychospołecznych mających na celu zmodyfikowanie funkcjonowania ludzkiego organizmu w dość szerokim zakresie. Kryteria selekcji omawianych technik oraz strategii postępowania pozostają niejasne. Na podstawie treści książki można domniemywać, iż głównie doświadczenie własne i wiedza autorów decydowały o doborze i konstrukcji przedstawianych metod oddziaływania. Książka rozczaruje zatem te osoby, które oczekują opartego na przesłankach naukowych przeglądu współcześnie znanych i sprawdzonych w praktyce klinicznej sposobów zastosowania techniki hipnozy w kompleksowym leczeniu wybranych zaburzeń psychicznych.

Książka wraz z przedmową i bibliografią liczy 302 strony. Podzielona jest na dwadzieścia rozdziałów – pierwsze trzy rozdziały obejmują omówienie zagadnień teoretycznych, kolejne piętnaście rozdziałów dotyczy postępowania w wybranych problemach zdrowotnych i osobistych, ostatnie dwa rozdziały skierowane są do „hipnoterapeutów” i zawierają uwagi dodatkowe oraz omówienie „technik specjalnych”.

Zagadnienia teoretyczne przedstawione są wybiórczo i skrótowo, co może zawieść oczekiwania czytelnika zainteresowanego poznaniem wiedzy dotyczącej natury zjawiska hipnozy. Zakres i sposób omówienia zagadnień teoretycznych formułuje raczej autorskie wprowadzenie do poznania teorii hipnozy, niż wyczerpującą temat syntezę. Istotną uciążliwość stanowi brak w tekście książki bezpośrednich odniesień do literatury źródłowej, co znacznie utrudnia śledzenie biegu i rozwoju myśli autorów. Niektóre pojęcia fachowe

są stosowane w książce bez wskazania ich pochodzenia oraz bez należytego wyjaśnienia ich znaczenia. W wybranych fragmentach książki autorzy stosują zamiennie terminy: trans, raport, hipnoza, autohipnoza, co jest uzasadnione wyłącznie w świetle wybranych koncepcji teoretycznych natury zjawiska hipnozy. Ponadto w opisywanej książce poświęcono niewiele uwagi znaczeniu aspektu relacyjnego hipnozy.

W rozdziałach od trzeciego do osiemnastego autorzy przedstawiają szczegółowo opisane propozycje postępowania terapeutycznego w wybranych problemach zdrowotnych i osobistych. Zasadniczo treść tych rozdziałów przedstawiona jest w sposób przejrzysty i uporządkowany. Omawiane zagadnienia związane ze zdrowiem obejmują: „uporanie się” z nadwagą, rzucanie palenia, redukcję stresu, leczenie fobii, panowanie nad bólem, poprawę jakości snu, postępowanie terapeutyczne w stanach nadmiernego niepokoju oraz leczenie urazów z dzieciństwa u osób dorosłych. Zagadnienia związane z poprawą funkcjonowania osobistego i społecznego obejmują: umocnienie poczucia własnej wartości i zwiększenie motywacji, zwiększenie efektywności uczenia się, poprawę osiągnięć sportowych oraz wzmocnienie kreatywności. Ponadto odrębne rozdziały poświęcono omówieniu postępowania terapeutycznego w przebiegu procesu żałoby oraz przygotowaniu do porodu naturalnego i usprawnieniu jego przebiegu. Dwa ostatnie rozdziały książki skierowane są do hipnoterapeutów i zawierają uwagi merytoryczne dotyczące stosowania hipnozy w terapii oraz omówienie „technik specjalnych” (np. techniki cofnięcia się w czasie, sterowanych wyobrażeń).

Za szczególne wartościowy uznać można fragment książki dotyczący sposobu formułowania sugestii w stanie hipnozy. Autorzy szczegółowo przedstawiają zasady przygotowywania treści sugestii poświęcając należną uwagę znaczeniu konkretnych słów i sformułowań. Podkreślają, iż nieprawidłowo sformułowana sugestia może uruchomić procesy niekorzystnie wpływające na stan zdrowia pacjenta (klienta). Niestety niektóre umieszczone w książce przykłady sugestii terapeutycznych budzą wątpliwości merytoryczne. Na przykład w rozdziale poświęconym problemowi nadwagi znajdujemy następujące fragmenty treści sugestii:

A teraz wyobrażam sobie stół zastawiony żywnością, która mi szkodzi, która niszczy moje ciało i emocje. Działa na mnie jak trucizna. (...)

(s. 76)

(...) Zmieniasz złe nawyki żywieniowe na dobre. Pozwalasz, aby dokonało się to z łatwością i bez wysiłku. Teraz wyobrażasz sobie przez chwilę stół, zastawiasz go jedzeniem, które jest dla ciebie szkodliwe, jedzeniem, które szkodzi twemu ciału i emocjom. Wyobrażasz sobie te potrawy; są to słodczyce, przekąski i chipsy. Rozkładasz je na stole. Wszystkie te potrawy ci szkodzą. Są trucizną dla twojego organizmu. Powodują, że przybywa ci kilogramów, których nie chcesz i nie potrzebujesz (...)

(s. 77)

Wprawdzie powyższe fragmenty tekstu stanowią jedynie wyrwane z kontekstu części dłuższych w treści sugestii zaproponowanych przez autorów, jednak zawarte w nich sformułowania, niezależnie od kontekstu, mogą negatywnie wpłynąć na stan zdrowia pacjenta potęgując niekorzystne efekty nieodpowiednich nawyków żywieniowych. W dobrej relacji terapeutycznej osoba lecząca obdarzana jest przez pacjenta zaufaniem i stanowi autorytet. Nawet bez zastosowanie technik zwiększających koncentrację uwagi pacjenta na terapię (nawet bez indukcji stanu hipnozy) podatność na sugestię u osoby leczonej jest często znacznie zwiększona. Zatem terapeuta powinien unikać wszelkich sformułowań, które zawierają w swojej treści powiązanie zachowania pacjenta (nawet niepożądanego) z niekorzystnym efektem zdrowotnym.

Wielokrotnie podczas lektury odnosi się wrażenie, iż książka jest raczej poradnikiem „samoleczenia” skierowanym do pacjentów (klientów, czytelników), niż książką specjalistyczną przeznaczoną dla osób stosujących technikę hipnozy w praktyce klinicznej. Autorzy stronią od odwoływania się do przyjętych w medycynie systemów klasyfikacji chorób i zaburzeń. Proponują, aby przedstawiane w książce oddziaływania były samodzielnie stosowane przez pacjenta (klienta, czytelnika) w celu poprawy stanu zdrowia i samopoczucia. W zaleceniach terapeutycznych autorzy polecają m. in. nagrywanie na taśmę magnetofonową indukcji oraz zestawu sugestii, które następnie proponują odsłuchiwać w celu uzyskania oddziaływania terapeutycznego. Pośrednio wskazują, iż przygotowanie takiego nagrania (również jego treści) może odbyć się bez udziału psychoterapeuty, co budzi istotne wątpliwości merytoryczne.

Książka dostarcza wielu gotowych do odczytania „indukcji” np. indukcję kontroli wagi, indukcje cofania się w czasie, indukcję panowania nad bólem. Treści tych „indukcji” (właściwie sugestii) wskazuje na czerpanie przez autorów książki inspiracji z terapii prowadzonych w podejściu kojarzonym z osobą Milтона Ericksona. Wielokrotnie w książce czytelnik spotka sformułowania wskazujące na możliwość komunikowania się w stanie hipnozy bezpośrednio z własną nieświadomością z definicji obdarzoną zdolnością do oddziaływania (po właściwym pobudzeniu) na rzecz zdrowia i szczęśliwości pacjenta (klienta). Autohipnozę autorzy przedstawiają jako technikę umożliwiającą samodzielne „uruchamianie” leczących zasobów nieświadomości. Należy podkreślić, iż w ujęciu klasycznym hipnoza to stan wzmożonej koncentracji uwagi hipnotyzowanego na hipnotyzującym, stan w którym występują różne zjawiska, przede wszystkim zwiększenie podatności na sugestię. Efekt terapeutyczny wynika z treści sugestii formułowanych przez hipnotyzera. Techniki przedstawiane w omawianej książce są natomiast produktem autorskiej syntezy wielu nurtów oddziaływań terapeutycznych stosowanych w psychoterapii i znacznie wykraczają poza to, co klasycznie nazywane jest hipnozą. W treści propozycji terapeutycznych wyraźnie zaznacza się również czerpanie przez autorów inspiracji z teorii poznawczo-behawioralnych. Zapoznając się z wybranymi fragmentami książki czytelnik odnosi wręcz wrażenie, iż trzyma w ręku podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej. Niewątpliwie autorzy zasadnie przedstawiają użyteczność w psychoterapii integracji różnych nurtów teoretycznych. Niedosyt

pozostaje jednak w związku z brakiem omówienia stosowanego modelu integracji, co prowadzi do wytworzenie u czytelnika wrażenia eklektycznego chaosu w zawartych w książce treściach.

Podsumowując, książka „Hipnoza w psychoterapii” stanowi względnie ciekawą propozycję dla osób doświadczonych w stosowaniu techniki hipnozy w praktyce klinicznej oraz posiadających szeroką wiedzę teoretyczną w tym zakresie. Być może osoby te docenią autorski przekaz zawarty w niektórych fragmentach omawianej książki. Dla czytelników rozpoczynających szkolenie w psychoterapii i zainteresowanych poznaniem zjawiska hipnozy zalecam zapoznanie się w pierwszej kolejności z pracami Léona Chertoka, Stanislava Kratochvila, Lewisa Wolberga. Ponadto bardzo wyczerpującego i syntetycznego przeglądu wiedzy na temat natury zjawiska hipnozy oraz rozwoju teorii hipnozy dokonał profesor Jerzy Siuta w książce pt. Psychologia zjawisk hipnotycznych. Przy okazji niniejszej recenzji warto ponadto przypomnieć, iż zawarte w wielu podręcznikach gotowe przykłady treści sugestii terapeutycznych należy traktować wyłącznie jako źródło inspiracji. Treść sugestii stosowanych w pracy z konkretnym pacjentem powinna bowiem zawsze być tworzona przez wykwalifikowanego terapeutę w oparciu o informacje płynące bezpośrednio z wywiadu i badania pacjenta. Ponadto oddziaływania sugestiami (również sugestiami w stanie hipnozy) winny stanowić jedynie część starannie opracowanego planu terapeutycznego uwzględniającego informacje płynące z dokładnie przeprowadzonego procesu diagnostycznego.

Jerzy A. Sobański

RECENZJA: „PSYCHIATRIA. AKTUALNOŚCI W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU.”

(RED. M. EBERT I WSP., RED. WYD. POL. A.GRZYWA)

z Katedry Psychoterapii UJ Collegium Medicum

p.o. kierownika katedry: dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

„Psychiatria. Aktualności...” wydana przez Wydawnictwo Czelej w 2011r. (red. wyd polskiego A. Grzywa) to przede wszystkim ciekawy choć nie podstawowy lecz raczej uzupełniający podręcznik, zgodnie z tytułem proponujący wybór zagadnień (wybór bardzo jednak szeroki). Jest skonstruowana przejrzysto, na sposób ‘zachodni’, z nowocześnie dodanymi użytecznymi stronami internetowymi, wygodnie zamieszczonym w rozdziałach spisem wybranego piśmiennictwa (z uwagi na tempo wydania – całkiem aktualnego).

Tłumaczenie jest przejrzyste i pomimo różnych tłumaczy dość jednolite, z drobnymi dyskusyjnymi szczegółami jak np. „kleks” w nazwie testu Rorschacha, czy też „pacjent domaga się uwagi medycznej” (s. 598).

Cennym i wygodnym np. dla zagubionych stażystów poszukujących w pośpiechu informacji co to jest Kinetyczny Test Rysowania Rodziny? okazuje się rozdział pt. „Możliwości diagnostyczne u dzieci i młodzieży” (s. 101), zresztą wkomponowany w liczne – może nawet zaskakująco liczne – sekcje poświęcone psychiatrii dzieci i młodzieży.

Szczególne uwagę zwraca rozdział 40, poświęcony zaburzeniom pozorowanym i symulacji, nieczęsto zawarty w podręcznikach medycznych (szczególnie poza psychiatrią), napisany w sposób interesujący i dogłębny – np. wspominający multidyscyplinarne podejście podczas zebrań, zapobiegające skłóceniu personelu (s.587). Podobnie, niewielki rozdział dotyczący maltretowania dzieci, mimo skromnych rozmiarów został napisany bardzo zgrabnie z uwzględnieniem nawet tak ważnego dla badających retrospektywnie zagadnienia jak fałszywe wspomnienia. Na s. 599 Czytelnik może się poczuć zaskoczony rozległym opisem terapii – przecież prawie nie spotykanego poza filmami sensacyjnymi i powieściami – dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości (ale wobec tytułu „wybrane zagadnienia” ten wybór nietypowy i ciekawy jest z pewnością bardzo atrakcyjny). Jeszcze bardziej uzasadnione jest wcześniejsze omówienie diagnostyki, w tym różnicowej, tego zaburzenia (s. 596).

Dla diagnostyki, a ściślej w procesie jej nauczania warte docenienia jest podkreślanie „cechy kardynalnej” każdego specyficznego zaburzenia osobowości (niezwykle użyteczne w codziennej pracy dydaktycznej).

Kazuistyka zamieszczona pod koniec tomu 2, może okazać się ważna dla czytelników na różnych etapach kształcenia, podobnie zresztą jak całość omawianej pozycji. Jeszcze jedno „ostrzeżenie”: studenci, lekarze niepsychiatrzy, prawnicy i urzędnicy mogą podczas lektury zarazić się niewygodnym w Polsce nastawieniem na klasyfikację DSM, choć powinni przede wszystkim stosować obowiązującą obecnie ICD.

Z punktu widzenia rynku wydawniczego – to bardzo atrakcyjna choć rozległa pozycja wydana starannie w solidnej twardej oprawie, w związku z powyższym niestety bardzo bardzo ciężka, ale to jak się wydaje, poza brakiem indeksu pojęć w tomie 1 (trzeba nosić obydwie ze sobą?), jej najpoważniejszy mankament. Oczywiście czarno-biały charakter ilustracji uniemożliwia przedstawienie karty testu Rorschacha w pełnych barwach (s. 83) ale zapewne kryje się za nim ważny kompromis między możliwościami grafiki a ceną sprzedaży. Warto!

Jerzy A. Sobański

SPRAWOZDANIE Z KONFERENCJI INTENSIVE TRAINING WEEK, ISST.

KRAKÓW - OSIECZANY 2012

Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. kierownika Katedry dr hab. med. Krzysztof Rutkowski

Spotkanie szkoleniowe w ramach Sandplay Therapy, tzw. Intensive Training Week, tym razem miało miejsce w Polsce w okolicach Krakowa (Osieczany koło Myślenic) w dniach 5-10.8.2012r. Wzięło w nim udział ponad trzydzieścioro uczestników z kilkunastu krajów a niemal wszystkich kontynentów!

Istotą ITW jest poprowadzenie intensywnego szkolenia dla osób z całego świata, w krótkim czasie, przez wiodących nauczycieli techniki Sandplay Therapy. Całość ma charakter konferencji międzynarodowej, zwykle poprzedzonej kilkudniowym posiedzeniem zarządu ISST. Tak było i tym razem, trzydniowe posiedzenie zarządu odbyło się w Krakowie w hotelu „Wawel”. Oba przedsięwzięcia były organizowane przez International Society for Sandplay Therapy i Katedrę Psychoterapii UJ CM. ISST jest jedynym światowym towarzystwem certyfikującym na forum międzynarodowym i zrzeszającym profesjonalne towarzystwa krajowe. Konferencje ITW odbywają się co dwa lata naprzemiennie z konferencjami będącymi walnymi zjazdami ISST. Kolejne spotkanie ITW jest planowane w Urugwaju a konferencja ISST we Włoszech.

Wykładowcami byli Maria Chiaia (USA), Alexander Esterhuyzen (UK/HK), Ulrike Hinsch (Niemcy), Maria Kendler (Szwajcaria), Rie Rogers Mitchell (USA), Rosa Napoliello (Włochy), Trudy Rankin (USA), Krzysztof Rutkowski (Polska), Sylvia Simonyi (Kanada), Lenore Steinhardt (Israel), Milvia Talamini (Włochy), Judy Zapacosta (USA).

Uczestnicy pochodzili z Anglii, Argentyny, Australii, Chin, Danii, Francji, Izraela, Niemiec, Norwegii, Polski, Rumunii, Szwajcarii, Szwecji, Ukrainy, Włoch.

Już pierwszy wykład plenarny Lenore Steinhardt pt. *Setting terapii w piaskownicy i jego wpływ na Psyche (Sandplay setting and its impact on Psyche)*, dał solidne podstawy pod metodologię tej interesującej techniki (zilustrowane przez liczne zdjęcia gabinetów terapeutycznych z całego świata wyposażonych w zbiory figurek i piaskownice). Dalsze informacje umożliwiające ogląd przebiegu terapii w piaskownicy zapewniły w swoich seminariach Sylvia Simonyi *Elementy Edingerowskie w procesach terapii w piaskownicy (Edinger's*

elements in sandplay processes) oraz Ulrike Hinsch pt. *Jak Self (jaźń) pojawia się w terapii w piaskownicy przeprowadzanej u dzieci (How does the SELF appear in the sandplay of children)*.

Uczestnicy mieli równolegle możliwość przez cały tydzień, udziału w grupach superwizyjnych o niezwykle bogatym, międzynarodowym i ponadkulturowym składzie i interesującym przebiegu. Łącznie odbyło się 20 spotkań. Ponadto każdy z uczestników dysponował możliwością umówienia sesji indywidualnego doświadczenia własnego. Każdy dzień zjazdu rozpoczynał się od sesji Dream Matrix.

Obecny przewodniczący ISST Alexander Esterhuyzen dokonał trudnego i rozległego przeglądu wielu aspektów teorii przeważających obecnie w terapii psychoanalitycznej i psychodynamicznej w seminarium pt. *Przywiązanie w przeciągu cyklu życia: nieświadome wzorce obowiązujące przez całe życie (Attachment across the life cycle: unconscious patterns for a life time)*. Jeszcze bardziej imponowała rozmiarem dwuczęściowa (4 godziny) prezentacja - wykład i seminarium – Milvii Talamini pt. *Etapy rozwoju Ego opisane w książce Neumanna "Dziecko" (Steps in development of the Ego as described in Neumann's book, "The Child")*. Poranny wykład plenarny Judy Zapacosta nawiązał do chyba najważniejszego kontynuatora myśli C.G.Junga: *Praca Michaela Fordhama i jego struktura teoretyczna deintegracji i reintegracji, jak przejawia się w procesie terapii w piaskownicy, szczególnie u dzieci budujących i przebudowujących strukturę ego (Michael Fordham's work and his theoretical structure of di-integration and re-integration, how it manifests in sandplay process, particularly with children as they build or re-build ego structure)*.

Seminaria Marii Chiaia pt. *Ciemna noc duszy, cierpienie i ciemne promieniowanie (The dark night of the soul, suffering and dark radiance)* i Lenore Steinhardt *Symboliczna żałoba u 8-letniej dziewczynki (Symbolic mourning in an 8 year old girl)* są znane sprawozdającemu jedynie z ciepłych opinii innych uczestników, z uwagi na rosnące zaangażowanie wspomnianej grupy superwizyjnej (przypominającej zresztą – w sensie jak najbardziej pozytywnym – inne grupowe superwizje odbywające się w polskim kontekście, może z wyjątkiem dociekań różnorodności kulturowych wynikłych z omówienia po angielsku i w grupie niemiecko-polsko-chińskiej leczenia prowadzonego przez terapeutkę z Rumunii pracującą w Norwegii).

Rosa Napoliello w rozległym wykładzie *Przegląd teorii i badań dotyczących zabawy: porównanie między Jungiem a autorami XIX i XX stulecia (Theoretical Research on Play: A comparison between Jung and the authors of the nineteenth and twentieth century)*, zapewniła rozbudowane omówienie teorii zabawy (*play*) od psychologicznych teorii XIX wieku, przez wszystkie ważniejsze podejścia psychoanalityczne (ze szczególnym uwzględnieniem Winnicotta), aż do Junga i teoretyków terapii w piaskownicy. Autorka uwidoczniała podobieństwa i różnice między głównymi przedstawicielami szkół odległych od najważniejszego nurtu analizy Jungowskiej, zachowując jednak czytelność dwugodzinnego przekazu.

Jednym z najbardziej praktycznych był wykład Rie Mitchell (*Natura Archetypu, zilustrowana symbolem łączenia - mostu (The nature of Archetype, illustrated with the symbol of bridging)*) pokazujący na wielu przykładach klinicznych (fotografiach gromadzonych od wielu – ponad 20 lat) wiele symbolicznych obrazów

związanych z korzystnymi i mniej korzystnymi przebiegami terapii oraz autorskie sposoby ich opisywania i interpretowania.

Ponadto Maria Kendler przedstawiła seminarium pt. *Poszukiwanie tożsamości, zagrożenie czy sukces (Searching for identity, peril or success)*, a Rosa Napoliello: *W poszukiwaniu duszy: proces indywidualizacji męskiej zilustrowany porównaniem między procesami terapii młodszego i starszego mężczyzny (In search of soul: The process of masculine individuation illustrated in a comparison between the process of a young man and that of an elderly man)*.

Krzysztof Rutkowski wygłosił wykład pt. *Przeniesienie i przeciwprzeniesienie (Transference and countertransference)*, omawiający podstawy tych zjawisk w procesach terapeutycznych w Sandplay Therapy ilustrowany rycinami z *Rosarium Philosophorum*. Druga prezentacja dotyczyła zagadnień somatyzacji (*Somatization*) i była wsparta omówieniem przypadku klinicznego – kilkuletniej psychoterapii przeplatanej z metodą Sandplay

Polscy uczestnicy: Gregor Glodek, Mira Marciak, Łukasz Müldner-Nieckowski, Jerzy A. Sobański, Krzysztof Tyczyński, także zaznaczyli swoją obecność przez czynny lub bierny udział w superwizjach i omówieniach przypadków klinicznych.

Szczególną cechą grupy uczestników ITW była nieczęsto spotykana nawet wśród terapeutów i badaczy wyjątkowa życzliwość, pogoda i spokój. Na koniec należy wspomnieć piękne otoczenie spotkania – hotel *Pod Dębami*, prowadzony przez panią Annę Sosin, malowniczo położony w ogromnym ogrodzie, znany niektórym psychoterapeutom ze zgrupowań treningowych organizowanych przez Katedrę Psychoterapii UJ CM a atestowanych przez Sekcję Naukową Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Ale, to już zupełnie inna opowieść...