

## KRYZYSY ŻYCIOWE Z PERSPEKTYWY KRÓTKOTERMINOWEJ PSYCHOTERAPII DYNAMICZNEJ

### LIFE CRISES FROM THE PERSPECTIVE OF SHORT-TERM DYNAMIC PSYCHOTHERAPY

Instytut Psychologii Stosowanej UJ, Zakład Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii

Kierownik zakładu: prof. dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka

**transcrisis states**  
**early childhood trauma**  
**short-term dynamic psychotherapy**

*Autorka przedstawia rozumienie dynamiki rozwoju reakcji kryzysowej z perspektywy podejścia psychodynamicznego oraz daje wskazówki, jak je wykorzystać w terapii krótkoterminowej. Wskazuje na znaczenie pracy nad gniewem i żalobą po stracie oraz związku sposobów ich przeżywania z wczesnodziecięcą traumą i zaburzeniami więzi.*

**Summary:** Every crisis can be perceived as both an external and an internal problem, as a situation caused by a particular event that requires a solution, but also an individual response characterized by specific dynamics. Taking this fact into account is essential if we are to treat life crisis as something more than just a „state of imbalance caused by a failure of coping mechanisms”. The aim of this article is to analyze the experiences of adult life crises, their causes and consequences from the psychodynamic perspective. Particular attention will be paid to the issue of anger and grief caused by early childhood trauma and the options for solution offered by short-term dynamic psychotherapy.

*To, czego nie udało się zrozumieć, na pewno ponownie się pojawi;  
jak niespokojny duch, który nie może spocząć,  
dopóki tajemnica nie zostanie wyjaśniona, a zaklęcie zdjęte  
(Zygmund Freud: Dwie nerwice dziecięce. (Dzieła, t. VI).  
Warszawa: Wyd. KR; 2000).*

Kryzys, będąc „wynikiem stresu i napięcia w życiu człowieka” [1, s. 15], jest zjawiskiem z pogranicza dwóch światów — zewnętrznego wobec podmiotu zdarzenia i wewnętrznej na to zdarzenie odpowiedzi, dlatego też w wielu przypadkach powinien być traktowany nie tyle jako „prosty stan powstały w efekcie niepowodzenia mechanizmów radzenia sobie” [2], ile rozgrywający się w czasie proces, cechujący się swoistą dynamiką. Podjęta w artykule próba prezentacji psychodynamicznego podejścia w terapii krótkoterminowej służyć ma ukazaniu jego użyteczności w kwestii lepszego rozumienia samych kryzysów i bardziej efektywnego pomagania tym, którzy się z nimi zmagają. Jak wskazuje wielu autorów [2, 3], przyjęcie podstawowych założeń klasycznej i współczesnej psychoanalizy może być niezwykle korzystne w pracy terapeutycznej z osobami w kryzysie, ponieważ pozwala:

- wyjaśnić, co doprowadziło do kryzysu o takiej, a nie innej specyfice (dlaczego nastąpił, dlaczego właśnie teraz, dlaczego taki i dlaczego tak ciężki?);
- określić następstwa wydarzenia krytycznego — jego wpływ na osobę, którą ono dotknęło z uwzględnieniem złożonych zależności między zewnętrznym i wewnętrznym światem;

- zaplanować cele pomocy i ustalić, w jaki sposób należy interweniować, aby była ona skuteczna;
- przewidywać niebezpieczne — „uruchamiające” kryzys sytuacje w przyszłości i zadziałać, nim zdołają one doprowadzić do następnego kryzysu (przerwać jego „błędne koło”);
- uaktywnić zdolności osoby w kryzysie do samoleczenia i samopomocy.

### I. Kryzys i stany transkryzysowe — krótka charakterystyka

Kryzys — pojęcie tak dobrze zakorzenione w myśleniu potocznym i życiu codziennym — odnosi się do zjawiska „załamania” pod wpływem „nadmiernego obciążenia”. Kryzys jest kryzysem — jak powiadają Carkhuff i Berenson [4, cyt. za: 5, s. 25] — właśnie dlatego, że dotknięta nim osoba nie potrafi poradzić sobie w żaden sposób z sytuacją, w jakiej się znalazła. Jako taki, kryzys jest przeżyciem zarówno uniwersalnym ze względu na powszechność jego występowania, jak i wyjątkowym, z uwagi na niepowtarzalność subiektywnego doświadczenia. Na gruncie psychologii słowo „kryzys” występuje w różnych obszarach, kontekstach i znaczeniach. Pomijając kwestię zamieszania terminologicznego i braku uporządkowania w zakresie tej problematyki, wskazać można na pewne wspólne wielu definicjom aspekty rozumienia kryzysu<sup>1</sup>. Trzy sprawy wydają się tu szczególnie istotne [por. 5, 6, 7]:

1. pojawienie się zdarzenia „spustowego” — wywołującego czy przyspieszającego kryzys (może to być jedno wydarzenie o bardzo dużej sile lub kilka skumulowanych w czasie zdarzeń, występujących jednocześnie albo jedno po drugim, przy czym doświadczająca ich osoba jest zazwyczaj świadoma okoliczności zewnętrznych poprzedzających reakcję kryzysową — znajomość zdarzenia stanowi ważny element diagnostyczny odróżniający kryzys od zaburzeń psychicznych);
2. percepcja tego zdarzenia, prowadząca do doświadczenia stresu o tak dużym natężeniu, że osiąga on „stan alarmowy” — krytyczny właśnie (dyskomfort psychiczny przeżywany jako cierpienie, lęk, gniew, żal i inne intensywne uczucia z powodu naruszenia ważnych w życiu wartości);
3. niepowodzenie stosowanych dotychczas mechanizmów radzenia sobie, skutkujące zakłóceniem wewnętrznej i zewnętrznej równowagi, w efekcie czego człowiek zaczyna funkcjonować na niższym poziomie niż przed wystąpieniem kryzysu.

Zaburzenia związane z doświadczaniem kryzysu, manifestujące się na poziomie somatycznym, psychicznym (afektywnym, poznawczym, behawioralnym), interpersonalnym i społecznym — określane są często mianem „przejściowej patologii”, którą cechuje „ostry początek” (nagle wystąpienie „nietypowych” dla danej osoby sposobów zachowania) i stopniowe ustępowanie objawów (od 4 do 8 tygodni, ale nie krócej niż kilka dni). Jako „punkt zwrotny” w życiu człowieka, każdy kryzys (rozwojowy, sytuacyjny, egzystencjal-

<sup>1</sup> Przykładem takiej definicji jest propozycja Jamesa i Gillilanda: „Kryzys jest odczuwaniem lub doświadczaniem wydarzenia bądź sytuacji jako trudności nie do zniesienia, wyczerpującej zasoby wytrzymałości i naruszającej mechanizmy radzenia sobie z trudnościami. Jeżeli osoba będąca w kryzysie nie otrzyma wsparcia, może się to stać przyczyną poważnych zaburzeń afektywnych, behawioralnych i poznawczych” [5, s. 26].

ny czy środowiskowy) stanowi wyzwanie; jest zagrożeniem (gdyż może doprowadzić do poważnych dla zdrowia i życia konsekwencji, z zabójstwem i samobójstwem włącznie), ale i pewnego rodzaju okazją (gdyż związany z nim lęk i dyskomfort zmusza do szukania pomocy, motywuje do wprowadzenia nowych rozwiązań i zachęca do dokonania istotnych, często twórczych zmian w dotychczasowym funkcjonowaniu i stylu życia) [por. 5, 8].

Ogólnie rzecz ujmując, przyjmuje się, że ludzie mogą reagować w sytuacji kryzysowej na trzy sposoby [za: 5]:

1. niektórzy załamują się psychicznie na samym początku kryzysu i wyraźnie wykazują niezdolność do dalszego normalnego życia; jeśli nie otrzymają natychmiastowego wsparcia, mogą się u nich rozwinąć poważne zaburzenia związane ze stresem (np. syndrom PTSD);
2. inni potrafią sobie samodzielnie poradzić z doświadczeniem kryzysowym, a nawet czerpać z niego siłę; nie tylko wracają do równowagi, ale pozytywnie się zmieniają i rozwijają, stają się bogatsi o nowe doświadczenia, mądrzejsi, wrażliwsi (np. zjawisko „wzrostu po traumie”);
3. jeszcze inni wydają się przezwyciężać kryzys, pozornie wracają do równowagi i do normalnego funkcjonowania, jednak dzieje się to za sprawą skutecznego tłumienia raniących uczuć i wypierania ich ze świadomości; realny problem nie został tak naprawdę rozwiązany, a „niedokończone sprawy” i „nieprzepracowane emocje” mogą powracać i prześladować w różny sposób przez resztę życia (np. reakcja „patologicznej” żałoby). W późniejszym okresie, nawet po latach, ten pierwotny uraz może pod wpływem stresu wypłynąć ponownie na powierzchnię i zainicjować nowy kryzys.

Tak więc, choć kryzys jest z definicji zjawiskiem ograniczonym w czasie, możliwe są tzw. stany transkryzysowe, traktowane jako przewlekłe stany obniżonego poziomu funkcjonowania (i obniżonej odporności na stres) w efekcie nieuporania się z pierwotnym wydarzeniem kryzysowym [5]. Zdaniem Jamesa i Gillilanda istnieją różnice między stanem transkryzysowym a diagnozowanym według ściśle określonych kryteriów zespołem zaburzeń po stresie związanym z urazem — o ile osoby z PTSD (posttraumatic stress disorders) mogą znajdować się w stanie transkryzysowym, stanie zagrożenia ponownym kryzysem, o tyle nie wszystkie osoby w stanie transkryzysowym cierpią z powodu PTSD [5, s. 30]. Sam człowiek, ani nikt z jego otoczenia, może nie być świadom, że źródłem jego aktualnych problemów jest uraz z przeszłości. Co więcej, ów uraz może wpływać na jego najbliższe i dalsze otoczenie, a nawet — na drodze transmisji międzypokoleniowej — na losy nienarodzonych jeszcze członków rodziny. W tym sensie można powiedzieć, że każde traumatyczne zdarzenie wytwarza kaskadę fizjologicznych, psychologicznych, rodzinnych, społecznych i duchowych reakcji, zmian w wielu płaszczyznach i obszarach życia, a jego skutki mogą dotyczyć także przyszłych generacji.

Podsumowując, traktowanie wszystkich kryzysów jakby były jedynymi, wyizolowanymi zjawiskami w życiu człowieka, wyrwanie ich z szerszego — biograficznego, rodzinnego i środowiskowego kontekstu (chodzi o dotychczasową historię kryzysów i sposobów radzenia sobie z nimi, „dziedzictwo” lęków i obron, a także relacje ze światem w ramach szeroko pojmowanych systemów), wydaje się nie tylko nieuzasadnione, ale przede wszystkim mało pomocne w wyjaśnianiu przyczyn i dynamiki reakcji kryzysowej

w pracy z konkretnymi klientami. Żeby zrozumieć, czym jest kryzys, należy rozpatrywać go z perspektywy znajdującej się w nim osoby — tego, czym kryzys jest dla niej, z uwzględnieniem specyfiki jej indywidualnych wzorów zachowań w sytuacjach kryzysowych i pokryzysowych. Wymagania te spełnia podejście psychodynamiczne, bodaj najpełniej tłumaczące, na czym polega wpływ pewnych wydarzeń na umysł i dlaczego niektórzy szybciej niż inni wracają do równowagi po traumatycznym zdarzeniu, a niektórym się to w ogóle nie udaje.

## II. Rozumienie kryzysu w podejściu psychodynamicznym

Podejście psychodynamiczne do kryzysu i terapii kryzysowej oparte jest na wielu koncepcjach teoretycznych, począwszy od klasycznej psychoanalizy Freuda, po nowsze idee psychoanalizy współczesnej, wywodzące się z psychologii ego, teorii relacji z obiektem i psychologii self. Pomimo występujących między nimi różnic, wymienić można pewne wspólne podstawowe tezy o naturze kryzysu i jego przebiegu.

Po pierwsze, kryzys jest tu rozumiany jako stan związany z urazem, czyli traumą. Wielu autorów uznaje za Freudem, że tak jak rana fizyczna, powstała w efekcie uszkodzenia powłoki cielesnej, ma konsekwencje dla całego organizmu, tak „niewidzialna” rana psychiczna jest skutkiem uszkodzenia pewnej „warstwy ochronnej”<sup>2</sup> — „forsownego przełamania ochrony przeciwbodźcowej organu psychicznego” [9, s. 49], naruszającego psychiczną organizację jednostki. Od „siły uderzenia” (chodzi o gwałtowność, nagłość i nieprzewidywalność zdarzenia lub też jego niemodyfikowalność, prowadzącą do kumulacji stresu i frustracji) oraz „słabości obrony” (ważne są tu predyspozycje podmiotu, poziom jego tolerancji na pobudzenie w ogóle lub bodźce szczególnego rodzaju) zależy wielkość urazu. Przy silnych urazach człowiek może być tak przytłoczony doznaniem „atakującymi” jego umysł, że odczuwa je prawie jak fizyczny cios [10, 11].

Po drugie, kryzys powstały wskutek rozległego przerwania granic „ja” oznacza sytuację, w której organizm zostaje „zalan” bodźcami płynącymi ze świata zewnętrznego i wewnętrznego, co wywołuje „przeżycie, które przynosi życiu psychicznemu w ciągu krótkiego czasu tak silny przyrost pobudzenia, że nie udaje się pozbyć go ani opracować za pomocą zwykłych środków, czego wynikiem muszą być trwale zaburzenia w funkcjonowaniu energetycznym” (Freud [cyt. za: 10, s. 341]). Ten nagły przyrost pobudzenia wiąże się na poziomie somatycznym ze „wstrząsem” organizmu, na poziomie psychicznym — z lękiem z powodu zagrożenia integralności „ja”, z lękiem przed unicestwieniem, uznawanym przez Freuda za podstawowy spośród różnych rodzajów lęku. Warte podkreślenia jest tu istnienie pewnej symetrii między zagrożeniem zewnętrznym i wewnętrznym: „ja” atakowane jest od zewnątrz przez napływające wrażenia, ale i od wewnątrz — przez pobudzenia popędu (tzw. druga teoria lęku Freuda).

Po trzecie, wobec napływu pobudzenia, które zagraża integralności podmiotu i którego nie można ani usunąć, ani adekwatnie rozładować, funkcjonowanie psychiczne ulega

<sup>2</sup> Freud opisał tę ochronną warstwę, stosując metaforę „żywego pęcherzyka” rozwijającego „swego rodzaju osłonę czy membranę”, która jest zbudowana z obumarłych komórek i przepuszcza tylko taką ilość pobudzenia, jaka jest możliwa do zniesienia zaledwie „próbki świata zewnętrznego” [9, s. 44–46].

zakłóceniu i pomieszeniu, a jednostka staje przed ważnym i pilnym zadaniem „psychicznego opracowania”<sup>3</sup> — „powiązania pobudzeń w taki sposób, by umożliwić ich późniejsze rozładowanie” [10, s. 343]. Temu celowi służyć mają: przymusowe powtarzanie sytuacji urazowych, zwłaszcza w postaci marzeń sennych, formowanie objawów bądź zachowania typu acting-out [10].

Po czwarte, traumatyczne doświadczenia, których nie udało się odreagować, zalegają w psychice niczym „obce ciało”, stanowiąc ciągłe zagrożenie dla stabilności i integracji „ja”; te niezintegrowane doznania zostają odszczepione i przechowywane w czymś na kształt „wrażliwej kieszeni”, która może zostać otwarta w kolejnej sytuacji traumatycznej i (przez proces wiązania) nasycić aktualne doznania znaczeniami z przeszłości [12, s. 29]. Tak więc, choć kryzys przemija, to jego skutki mogą się utrwalić poprzez wzbudzone w umyśle wspomnienia i fantazje [13, s. 181].

Po piąte, możliwość „obudzenia” przytłumionego, pierwotnego, pochodzącego często z wczesnego dzieciństwa cierpienia przez wystarczająco silne zdarzenie (niektóre zdarzenia mają „urazowe znaczenie tylko dlatego, że odnoszą się do psychologicznej organizacji, która zawiera już własne, specyficzne uszkodzenia” [10, s. 342]) oznacza szczególną podatność na zranienia sfer już wcześniej uszkodzonych i wskazuje na połączenie między charakterem traumatycznego zdarzenia a odciętym obszarem osobowości [11], co wiąże się z (1) powstawaniem objawów zaburzeń — z regresją do momentu pierwotnego zranienia, oraz (2) występowaniem kolejnych kryzysów — z powtarzaniem wcześniejszych urazów.

Zgodnie z modelem tworzenia symptomów [por. 14, cyt. za: 15], w efekcie regresji, pod wpływem frustracji ożywiającej wcześniejszy kryzys, bieżące objawy stanowią odzwierciedlenie wcześniejszych uczuć, lęków i obron. Tworzenie objawu psychoneurotycznego — wg Freuda — obejmuje „powrót wypartego” (w formie wytworów zastępczych czy wytworów kompromisu) i występuje zarówno jako proces, jak i jego rezultat [por. 10, s. 338–339]. Natomiast zgodnie z koncepcją „przymusu powtarzania” — „nie dającego się opanować procesu pochodzącego z nieświadomości”, człowiek aktywnie naraża się na przykre sytuacje, powtarzając w ten sposób dawne doświadczenia, lecz nie przypominając sobie pierwowzoru; przeciwnie, ma nieodparte wrażenie, że jego sytuacja jest całkowicie uwarunkowana aktualnymi okolicznościami [10, s. 266]. Traumatyczne sytuacje, z którymi nie sposób się zmierzyć, są stale odgrywane, zazwyczaj w sposób nieświadomy. „Za pomocą rozegrania w działaniu bądź prowokacji wewnętrzna sytuacja staje się zewnętrznym wydarzeniem, które naprawdę nastąpiło” [11, s. 69].

Przyjmując ten kierunek myślenia, można uznać, że pewne osoby szukają nieświadomie — mimo lęku przed nią — sytuacji kryzysowej. Według Fenichela [14], powtarzają one w ten sposób dziecięcy uraz w celu odreagowania go, wpadając jednocześnie w psychiczną pułapkę: „Ja pragnie powtórzenia, aby usunąć bolesne napięcie, ale to powtórzenie jest samo w sobie również bolesne (...). Chory wkroczył w błędne koło. Nie udaje się nigdy zapanować nad urazem przez powtórzenia, gdyż każda taka próba przynosi nowe doświadczenia urazów” [cyt. za: 10, s. 168]; Fenichel opisał takie osoby jako „traumato-

<sup>3</sup> Chodzi o sytuację, w której — jak pisał Freud — „Nie da się dalej powstrzymywać zalewu aparatu psychicznego przez wielkie ilości bodźców; pojawia się raczej inne zadanie: przewyciężyć bodziec, związać psychicznie liczne bodźce, które się wdarły do wnętrza po to, by je następnie zlikwidować” [9, s. 48].

filów” i uznał za typowy przypadek „kombinacji nerwic pourazowych i psychonerwic” [cyt. za: 10, s. 168].

Nerwice pourazowe zdaniem Freuda to takie, których nie da się wyjaśnić istnieniem wczesnodziecięcych konfliktów; dotyczą one sytuacji, w których zdarzenie ma obiektywnie wyjątkową siłę, zdolną zakłócić równowagę najbardziej stabilnej i dojrzałej struktury psychicznej i przyczynić się do rozwoju zaburzenia. Są jednak i takie sytuacje, w których zdarzenie kryzysowe pełni tylko rolę czynnika wyzwalającego, uaktywniającego dawne — świadome i nieświadome — traumy u osoby z dyspozycją neurotyczną. W pierwszym przypadku trauma wywołuje zaburzenie, w drugim — zaburzenie prowadzi do traumy [por. 11].

Pomijając pytanie o różnice między tymi sytuacjami, w obu przypadkach ważne jest przepracowanie cierpienia, bólu i lęku, co ma związek ze zdolnością do przeżywania żałoby po stracie „jakiegoś życia” sprzed traumy. Ta „absorbująca Ja praca żałoby” — zdaniem Freuda — rozumiana jest jako trudny, długotrwały i wieloetapowy proces zdrowienia, polegający na „wycofywaniu libido” ze wszystkich związków z utraconym obiektem (kochaną osobą lub „zajmującą jej miejsce” jakakolwiek wartością), tak, by po jego zakończeniu Ja „na powrót było wolne i niezahamowane” [16, s. 148]. Niekiedy zadanie zmierzenia się z rozpaczą i cierpieniem okazuje się tak trudne, że praca nad żalem po stracie zostaje przerwana, bądź w ogóle nie jest podejmowana, a osoby — nie potrafiąc „wyrzec się obiektu” — identyfikują się z nim, pogrążają w melancholii, stając się podatne na zaburzenia funkcjonowania i kolejne traumy [16].

Zaproponowany przez Freuda opis procesu uszkodzenia „bariery ochronnej” jest ważny dla pojmowania kryzysu, ale niewystarczający do zrozumienia w pełni jego długotrwałych konsekwencji zdrowotnych; niektóre późniejsze psychoanalityczne koncepcje — w pewnych punktach zbliżone do klasycznej psychoanalizy Freuda (jak np. te autorstwa Biona, Klein, Winnicotta) — poszerzają ten opis wpływu zdarzenia urazowego na ego i na świat wewnętrzny. Wielu autorów uznaje tezę o konieczności przepracowania przez ego traumatycznych doświadczeń i uważa, że istnieje pewne podobieństwo między stanem „zalanego pobudzeniem” ego a stanem pogrążonego w chaosie wrażeń niemowlęcia, które potrzebuje matki, by ochroniła je zarówno przed zbyt intensywnymi doznaniem ze świata zewnętrznego, jak i silnymi emocjami [11, s. 61]. Warto tu wspomnieć o koncepcji matki jako obiektu „kontenerującego” [Bion, za: 17] i „transformującego” [Bollas, za: 17] surowe przeżycia dziecka, przyjmującego projektowane na niego lęki i przekształcającego je w możliwą do opanowania treść psychiczną poprzez symbolizację [por. Segal, za: 18], nadawanie im znaczenia, tak by mogły z nich powstać myśli i wiedza służąca troszczeniu się o siebie w przyszłości, radzeniu sobie z trudnościami i zaspokajaniu potrzeb rozwojowych. Jeśli ta matczyzna funkcja wspierania i podtrzymywania jest niewystarczająca albo zostanie zakłócona czy przerwana, jak w sytuacjach nagłej czy niewłaściwej separacji (kryzysu właśnie), będzie to miało negatywny wpływ na rozwój „ja” dziecka, na proces formowania się jego tożsamości [por. Kohut i Winnicott, za: 17]. Pierwotne doświadczenie bezpiecznego przywiązania — zgodnie z teorią więzi Bowlby’ego [19] — jest bowiem konieczne do wykształcenia się silnego ego i zdrowych wzorów relacji ze światem zewnętrznym. Brak takiej bezpiecznej bazy oznacza, że człowiek będzie podatny na kryzys i doświadczanie lęku separacyjnego — lęku przed unicestwieniem wskutek wzbudzenia prześladowczych

stanów umysłu w sytuacjach traumatycznych. Z tej perspektywy kryzys można uznać za stan, w którym — jak pisze Garland — „Odżywają wszelkie pierwotne obawy, impulsy i lęki. Rozpada się wiara w podstawową dobroć obiektów, czyli samego świata — ktoś w końcu pozwolił, by wydarzyło się coś tak strasznego. Nie ochronił przed katastrofą. Co gorsza, być może wręcz chciał, by doszło do nieszczęścia, doprowadził do tego. Utrata wiary w przewidywalność świata oraz w ochronną funkcję dobrych obiektów — zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych — w nieunikniony sposób prowadzi do wzmocnienia lęku przed okrucieństwem i siłą złych obiektów. Dochodzi do gwałtownego uaktywnienia się prymitywnych paranoidalnych przekonań na temat swojego statusu w świecie” [12, s. 21].

Skoro obecny kryzys przeżywany jest jako potwierdzenie starych, pochodzących z zaburzeń pierwotnej więzi lęków, w terapii takich osób szalenie ważne staje się — oprócz nadania jakiegoś sensu tym wszystkim związanym z traumą doznaniom — naprawienie relacji z wewnętrznymi obiektami [18, s. 134]. Związek występujących w życiu pacjentów okresów psychicznych „załamań” z nieadekwatną opieką macierzyńską (brakiem ustanowienia podstawowego zaufania i niezakończoną po stracie żałobą) po części tłumaczy, dlaczego osobie, która przeżyła traumę, tak trudno jest powrócić do wcześniejszej tożsamości i sposobu funkcjonowania; możliwa jest raczej dynamiczna zmiana — sytuacja, w której nastąpi „osłabienie” osobowości lub jej „przeorganizowanie” w efekcie „przepracowania” kryzysu. W opracowaniu urazowych doświadczeń i uwolnieniu uczuć do ważnego obiektu matkującego upatruje się skuteczności różnych form leczenia opartego na psychoanalitycznych koncepcjach.

### **III. Model psychoterapii kryzysowej w krótkoterminowym podejściu dynamicznym**

Krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna jako sposób leczenia wywodzi się od Freuda, który na początku swej pracy nad histerią stosował metodę katharsis, wierząc, że dotarcie do stłumionych traumatycznych wspomnień z dzieciństwa, uświadomienie ich i odreagowanie związanych z nimi bolesnych odczuć ma siłę uzdrawiającą — pozwala usunąć symptomy nerwicy usuwając ich przyczynę. Leczenie z zastosowaniem metody katartycznej zawierało wiele elementów współczesnej krótkoterminowej terapii, jak np. wspierająca i edukacyjna funkcja terapeuty, koncentracja na możliwościach odpamiętania przez pacjenta znaczących wydarzeń z przeszłości i zrozumienia ich związku z aktualnymi objawami, rozpoznawanie — ale nie podkreślanie — przeniesienia w relacji z pacjentem, stosunkowo niewielka liczba spotkań (np. w 1906 roku Freud wyleczył paraliż prawej ręki znanego dyrygenta Bruno Waltera podczas sześciu sesji, a innym razem — w 1908 roku uwolnił słynnego kompozytora Gustava Mahlera od problemu impotencji podczas jednego czterogodzinnego spotkania [za: 20]). Dopiero później, kiedy metodę katharsis Freud ostatecznie zastąpił metodą wolnych skojarzeń, którą uznał za podstawową, postawa terapeuty stała się bardziej bierna, a leczenie coraz bardziej koncentrowało się na interpretacji przeniesienia, a nie na problemie centralnym i usuwaniu objawów osiowych; poczucie beczcasowości analizy zaczęło być promowane i „kuracja freudowska” przestała być krótka. Byli jednakże psychoanalitycy (jak np. O. Rank, S. Ferenczi, W. Reich [za:

20]), którzy nie zgadzając się z pasywnością wolnych skojarzeń i biernością terapeuty, optowali za „krótką psychoterapią” i uznawali, jak Alexander i Frensz, że „efekt terapeutyczny można osiągnąć stosując zasady psychodynamiczne, niezależnie od czasu trwania kuracji” [cyt. za: 21, s. 168].

Wprawdzie sam Freud także rozważał możliwości stosowania ograniczonej w czasie interwencji, cechującej się większą dawką sugestii i dostępnej dla szerszego grona odbiorców cierpiących z powodu konkretnych problemów — tzw. psychoterapii dla ludu [za: 17] — to początki współczesnego podejścia psychodynamicznego w wersji krótkoterminowej terapii sięgają lat pięćdziesiątych, kiedy to m.in. Malan i Balint, a potem także Davanloo, Mann, Sifneos, Strup, Luborsky, Wolberg (by wymienić tylko kilku czołowych przedstawicieli tego podejścia) pracowali intensywnie nad programem skrócenia okresu leczenia, przyspieszeniem i skondensowaniem analitycznego procesu oraz nad uzyskiwaniem większych efektów niż w tradycyjnym podejściu [za: 17, 22].

Do rozwoju terapii krótkoterminowej, poza czynnikami społeczno-ekonomicznymi, w dużej mierze przyczyniła się także niewystarczalność dostępnych form pomocy w nagłych sytuacjach kryzysowych, prowadzących do psychicznego „załamania” — chodzi tu np. o wydarzenia z okresu II wojny światowej, wywołujące nerwice pourazowe wśród wielu żołnierzy, w których celem interwencji stało się szybkie zredukowanie stresu, poprawa objawowa i niedopuszczenie do pogłębienia się stanu nieprzystosowania oraz zapobieganie dalszym załamaniom [za: 21]. Podobnie kryzysy wynikające z utraty bliskich osób i cenionych w życiu wartości, stając się przedmiotem zainteresowania badawczego, doprowadziły do rozwoju prac nad metodami terapii podejmowanej wobec ludzi doświadczających żałoby. Lindemann w swej klasycznej pracy z zakresu interwencji kryzysowej opisał normalne i patologiczne reakcje żalu oraz etapy procesu pomagania osobom osieroconym [za: 21]. Współpracujący z nim Davanloo zaobserwował, że pacjenci w stanie kryzysu często — wskutek załamania się systemu obron pod wpływem gwałtownego i silnego stresora — mają relatywnie łatwy dostęp do wcześniejszych nieświadomych uczuć i wspomnień z dzieciństwa, co umożliwia w miarę szybkie ich przepracowanie. Zastanawiając się, czy jest możliwe wywołanie takiego intrapsychnicznego kryzysu w ramach terapii, rozpoczął trwające blisko 20 lat badania nad technikami, które służyć miały temu, by pacjenci przeżyli na nowo i w ten sposób przepracowali ostre zaburzenia stresowe z powodu traum doznanych w dzieciństwie [za: 22]. W rezultacie tych poszukiwań i projektów realizowanych także przez innych badaczy rozwinęła się forma leczenia określana jako „ogniskowana terapia” (focused therapy), zmierzająca do rozwiązania jednego, centralnego konfliktu patogenicznego (stanowiącego „ognisko” właśnie) [za: 17]. Pomimo różnic występujących pomiędzy poszczególnymi odmianami tego podejścia, można wskazać na wspólne im wszystkim charakterystyczne cechy [por. 17, 21, 23, 24]:

- ograniczenie czasu trwania terapii do 12–40 sesji (intensywność); w związku ze skróceniem kontraktu w porównaniu z psychoterapią długoterminową, wydaje się zrozumiałe, że trzeba zużyć więcej sił, by pokonać tę samą drogę w krótszym czasie, mówiąc wprost — jak ujęła to Molnos — „psychoterapia powinna być tak krótka, jak to możliwe, i tak długa, jak bardzo pacjent naprawdę tego potrzebuje” [cyt. za: 17, s. 64];
- koncentracja na problemie centralnym — „ogniskowym” od pierwszej sesji (wybiórczość); limit czasu oznacza, że tak szybko, jak to możliwe, trzeba rozpocząć systema-



tyczną pracę ze staraniem, wspólnie z pacjentem wybranym dynamicznym problemem ogniskowym; opracowanie metody „wybiórcza uwaga i wybiórcze pomijanie” umożliwiło kontenerowanie i strukturalizowanie materiału przedstawionego przez pacjenta (przy założeniu, że część będzie w jakiś sposób reprezentowała całość, a proces zmiany w jednym obszarze przełoży się na inne dzięki efektowi fali);

- bardziej dyrektywna i interaktywna postawa terapeuty (aktywność); utrzymywanie uwagi na problemie centralnym wymaga bardziej aktywnej (i mniej neutralnej) postawy terapeuty (ukierunkowania rozmowy, eksploracji ważnych tematów, udzielania wsparcia i porad);
- szybkie ustanowienie silnego sojuszu terapeutycznego (obustronne zaangażowanie);
- limit czasowy terapii oznacza nie tylko troskę o bezzwłoczne zawiązanie przymierza terapeutycznego, ale też wysoki stopień zaangażowania terapeuty (tak jak i pacjenta) z uwzględnieniem jego szczególnej odpowiedzialności za terapię, w związku z ryzykiem, jakie ona ze sobą niesie; co ważne, obydwie osoby biorące udział w terapii krótkoterminowej „muszą mieć dość odwagi, by stawić czoło problemom ogniskowym”, a entuzjazm terapeuty i jego zaangażowanie w terapię mają istotny wpływ na jej efekty (Malan [za: 21, s. 184]);
- interpretacja przeniesienia (perspektywa rozwojowa); nacisk na kluczowe znaczenie intrapsychoicznych, nieświadomych konfliktów i ich wpływu na rozwój wiąże się z dosyć szybkim i częstym sięganiem po interpretacje procesów nieświadomych (impulsów i uczuć, lęku i mechanizmów obronnych) i odnoszeniem ich do przeniesienia (z uwzględnianiem powiązań między zachowaniem pacjenta wobec terapeuty — „tu i teraz”, ważnych osób z bieżącego życia — „tam i teraz”, i znaczących postaci z przeszłości — „tam i wtedy”), co służyć ma zrozumieniu i rozwiązaniu aktualnych kryzysów, a także zapobieganiu ich powstawaniu w przyszłości (powiązanie przeszłości i terażniejszości pacjenta w kontekście przyszłości).

Podsumowując, wszystkie krótkoterminowe terapie dynamiczne — jako bezpośrednie spadkobierczynie psychoanalizy — uwzględniają podstawowe zasady dotyczące roli nieświadomych sił i przeszłości pacjenta (zwłaszcza jego wczesnodziecięcych doświadczeń interpersonalnych w powstawaniu wewnątrzpsychicznych konfliktów i zaburzeń) oraz roli oporu/obron i przeniesienia/przeciwprzeniesienia podczas relacji z terapeutą w identyfikowaniu powtarzających się wzorców zachowania i procesie psychoterapii jako takim [por. 23]. Ograniczenie czasu wiąże się tu z ograniczeniem pracy do jednego, konkretnego obszaru konfliktowego związanego z „problemem ogniskowym”.

#### IV. „Problem ogniskowy” jako źródło kryzysów

„Problem ogniskowy” traktowany jest jako podstawa wszelkich problemów, główny temat dotyczący szczególnego cierpienia doznanego we wczesnej relacji z ważnym obiektem, który decyduje o tym, w jaki sposób człowiek będzie się starał uniknąć bólu w innych, późniejszych relacjach. Zgodnie z teorią przywiązania Bowlby’ego [19], każde dziecko przychodzi na świat z wrodzoną potrzebą miłości i zdolnościami do nawiązania i rozwoju bliskich, intymnych i ciepłych relacji. Kiedy dążenia te są frustrowane wskutek nieodpowiedniej postawy osób z otoczenia, rodzi się w nim ból, smutek i żal z powodu

utraty, ale i złość — reaktywny, odwetowy gniew na innych ludzi odpowiedzialnych za tę depryzację. Ponieważ dziecko bywa zazwyczaj w różny sposób karane za ekspresję złości, wyrażanie gniewu, a nawet samo jego doświadczenie, budzi w nim poczucie winy, wstydu i lęku. Dzieje się tak także dlatego, że złość zagraża więzi, której ono pragnie i na której mu zależy. W takiej sytuacji pojawiają się obrony chroniące je przed tymi wszystkimi trudnymi, niepożądanymi, zakazanymi uczuciami i przed lękiem [por. 22, 25]. Te obrony — funkcjonujące niczym bariera ustanowiona „przeciwko emocjonalnej bliskości” (Davanelo [za: 25]), jako „mur” trzymający na dystans i broniący kontaktu zarówno z własnymi uczuciami, jak i uczuciami innych ludzi — są prawie zawsze charakterologiczne (dominujące, wszechobecne i trwałe), decydują o sposobach wchodzenia w relacje i o sposobach cierpienia. Człowiek zyskuje dzięki nim ochronę przed negatywnymi uczuciami i lękiem, ale jednocześnie traci możliwość zaspokojenia potrzeby bliskości z powodu chronicznego zablokowania. Izolowanie siebie od innych, skazywanie na banicję, jako „karę za złość” skierowaną na kochane osoby, jest centralnym aspektem zemsty superego przeciwko ego z powodu zakazanych agresywnych impulsów; przy czym, im silniejsza trauma dotycząca więzi doznana w dzieciństwie, tym silniejsze uczucia pierwotnego zranienia, silniejsza złość i lęk, tym silniejsze też obrony i surowsze sposoby karania [25].

Jeśli przerwanie więzi ma charakter poważnego urazu (jak np. gwałt, porzucenie, nadużywanie) lub jest łagodniejsze w formie (jak np. lekceważenie potrzeb, ignorowanie uczuć, deprecjonowanie i niesprawiedliwe, pełne hipokryzji traktowanie), ale występuje często, i bez prób naprawy sytuacji, to w dziecku mogą zrodzić się nawet sadystyczne, mordercze wręcz impulsy. Starając się zachować bezpieczną więź z dorosłymi za wszelką cenę (od niej zależy przecież jego przetrwanie), będzie ono próbowało ochronić członków rodziny (rodziców, rodzeństwo i in.) przed własną agresją i skieruje ją przeciwko sobie<sup>4</sup>. W ten sposób dochodzi do powstania wrogiego, karzącego superego, które za pomocą poczucia winy będzie usiłowało panować nad agresywnymi impulsami, stanowiąc potężną autodestrukcyjną siłę. Będzie się ona wyrażała w dążeniu do samoukarania, co pociąga za sobą dążenie do cierpienia, i może polegać na prowokowaniu sytuacji prowadzących do kryzysów życiowych. Cały ten system karzący (autokarzący) jest nieświadomy i może przybrać wiele form, od tych subtelných do bardziej oczywistych i jawnych; czasem człowiek może nawet być świadomy, że sabotuje swoje starania i wysiłki, ale nie wie, co kieruje tym wzorcem zachowania, polegającym na doprowadzaniu siebie do ruiny lub odczuwaniu wyrzutów sumienia za zewnętrzny sukces.

Teza o autodestrukcyjnej sile odpowiedzialnej za powstanie i utrzymywanie się mechanizmów samokarania za wrogość i pragnienie zemsty na deprywującym obiekcie ma ogromne znaczenie dla rozumienia stanów transkryzysowych oraz zaburzeń lękowych i depresyjnych po doznanej traumie, a także dla całego procesu pomagania. Uwalnianie się od ukrytej złości i nabywanie zdolności jej wyrażania — tak jak i innych wypartych razem z nią uczuć związanych z bólem bycia odrzuconym lub porzuconym — stanowi tutaj cel terapii. Mówiąc wprost, chodzi o to, by uczucia te zostały wydobyte i doświadczone podczas sesji terapii, by pacjent poczuł agresywne impulsy, przeszedł przez proces żałoby oplakując straty i dotarł do leżących u ich podstaw pokładów miłości — uwolnił energię,

<sup>4</sup> To nie jest nowa idea, pisał o niej Freud w *Żalobie i melancholii* uznając, że u podstaw melancholii (depresji) leży agresja za porzucenie skierowana na ego.

zyskując motywację do zdrowienia i rozwoju. Przepracowanie uczuć wymaga przezwyciężenia oporu — przełamania bariery oddzielającej od bliskości, a to z kolei wymaga odwagi i gotowości podjęcia ryzyka zmierzenia się z bolesnymi doświadczeniami [22, 25]. Konfrontacyjni terapeuci (jak np. Davanloo i jego uczniowie) wykorzystują w przeniesieniu zjawisko „breakthrough”, by zmienić wzorce lęku i obron, i doprowadzić do wielowymiarowej zmiany charakteru; ich rola polega na szybkim wyłonieniu — w porozumieniu z pacjentem — „problemu ogniskowego” i sformułowaniu go w dynamiczny, specyficzny dla każdego pacjenta, wyraźny i jednoznaczny sposób, najlepiej w formie interpretacji dotyczących tzw. trójkątów wglądu Malana [por. 17, 22]. „Trójkąt konfliktu” przedstawia wzorce funkcjonowania związane z intrapsychoicznym kryzysem — konfliktem między ekspresyjnymi a represyjnymi siłami w psychice, polegającymi na tym, że kiedy osoba zbliża się do ukrytych, zakazanych i zagrażających uczuć czy impulsów związanych z traumą dotyczącą więzi (separacja), zaczyna odczuwać lęk i „włącza” obrony, które pełnią podwójną rolę — kontrolowania lęku i trzymania uczuć poza świadomością [por. 2]. Te wzorce przejawiają się w relacjach z obiektami w „trójkącie osoby”. „Trójkąt osoby”, bazując na przymusie powtarzania, ukazuje, jak wzorce określone w „trójkącie konfliktu”, wyuczone w przeszłych relacjach z wczesnymi opiekunami (najczęściej rodzicami i rodzeństwem) będą powtarzane w bieżących relacjach z innymi ludźmi i w relacji przeniesieniowej z terapeutą. Tak więc „trójkąt osoby” uzupełnia „trójkąt konfliktu”, dodając interpersonalny wymiar i element przeniesienia jako podstawowy w determinowaniu całej dynamicznej struktury prezentowanej przez pacjenta. Często klienci są świadomi pojedynczych punktów tych trójkątów, ale nie połączeń między nimi, dlatego też interpretacje ukazujące te związki między „wierzchołkami” w ramach poszczególnych trójkątów, i między trójkątami — istota klasycznej metody Malana i Balinta — pomagają przetłumaczyć psychiczną rzeczywistość w stosunkowo prosty i szybki sposób, dostarczają cennego wglądu i sposobności interwencji, oraz są pozytywnie skorelowane z sukcesami w psychoterapii [por. 3]. Krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna poprzez interpretację „trójkąta konfliktu” i „trójkąta osoby” oferuje ofiarom kryzysu taki sposób jego przepracowania, jaki nie jest dostępny w żadnych innych terapiach [por. 2, 3, 25].

### Podsumowanie

Zaprezentowane powyżej kluczowe tezy podejścia psychodynamicznego do kryzysu można streścić następująco [por. 2, 17]:

- przyczyna obecnego kryzysu leży często we wcześniejszych wzorcach myślenia, odczuwania i zachowania — wynika stąd potrzeba eksploracji tych wzorców;
- pod wpływem zdarzenia traumatycznego lub skumulowanego stresu reaktywuje się dziecięca trauma i podstawowy konflikt — stąd potrzeba cofnięcia się do miejsca pierwotnego zranienia i odreagowania stłumionych uczuć, przepracowania straty;
- powrót na wcześniejszy poziom funkcjonowania w celu wypełnienia niedokończonych zadań rozwojowych pozwala na podejmowanie prób osiągnięcia dojrzałości i przejścia przez ten sam obszar ze zwiększonymi zasobami i zmienioną perspektywą późniejszego stadium;
- „doświadczenie starych problemów w relacji z terapeutą — ale z nowym zakończeniem” [cyt. za 17, s. 15] zaowocuje zmianami dynamicznymi, których by nie było, gdyby nie kryzys.

Podejście psychodynamiczne może stanowić bardzo istotne poszerzenie działań pomocowych podejmowanych wobec osób w kryzysie. Literatura przedmiotu i wyniki badań [por. 3] zdają się dostarczać argumentów potwierdzających użyteczność psychoterapii dynamicznej jako alternatywnej wobec EMDR (eye movement desensitization and reprocessing — terapii odwrażliwiania za pomocą ruchu gałek ocznych) czy CBT (cognitive behavioral therapy — terapii poznawczo-behawioralnej), zwłaszcza w przypadkach leczenia stanów transkryzysowych, złożonych traum oraz towarzyszących im zaburzeń (np. depresyjnych, lękowych, osobowości i uzależnień). Krótkoterminowa psychoterapia dynamiczna pomaga klientowi osiągnąć wgląd w przyczyny poprzednich i obecnych kryzysów, a wgląd ten powinien uczynić go zdolnym do radzenia sobie z przyszłymi problemami w bardziej zdrowy, konstruktywny sposób. Podczas gdy żadna terapeutyczna metoda nie może zapobiec zewnętrznym, potencjalnie traumatycznym zdarzeniom, psychodynamicznie zorientowana interwencja jest w stanie zredukować negatywny wpływ czynników wewnętrznych i w ten sposób zapobiegać ewentualnym kryzysom w przeszłości. Krótkoterminowa psychodynamiczna terapia kryzysowa — skuteczna wg kryteriów zaangażowania, wglądu, rozwiązania kryzysu [por. 2] — wymaga jednak dalszych badań empirycznych w celu bardziej precyzyjnego określenia warunków jej efektywności, choć, z uwagi na wielość jej odłamów, złożoność samego procesu leczenia oraz wyjątkowość każdego pacjenta i niepowtarzalność każdego z nim spotkania, nie jest to zadanie łatwe. Wydawać się może, że owo „zdejmwowanie zaklęcia” — o którym pisał Freud — jest nie tylko kwestią „dobrej techniki”, ale i po części jakiejś dozy sztuki czy nawet „magii” — wymykającej się naukowemu poznaniu tajemnicy.

### Piśmiennictwo

1. Greenstone JL, Leviton SC. Interwencja kryzysowa. Tłum. Gajdzińska M. Gdańsk: GWP; 2004.
2. Jerry PA. Dynamic change in crisis intervention. *Am. J. Psychother.* 1998; 52 (4): 437–449.
3. Schottenbauer MA, Glass CR, Arnkoff DB, Hafter Gray S. Contributions of psychodynamic approaches to treatment of PTSD and trauma: A review of the empirical treatment and psychopathology literature. *Psychiatry* 2008; 71 (1): 13–34.
4. Carkhuff RR, Berenson BG. Beyond counseling and therapy, wyd. 2. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1977.
5. James RK, Gilliland BE. Strategie interwencji kryzysowej. Pomoc psychologiczna poprzedzająca terapię. Tłum. Bidziński A. Warszawa: PARPA Wyd. Edukacyjne; 2005.
6. Brown FF, Rainer JP. Too much to bear: an introduction to crisis intervention and therapy. *J. Clin. Psychol. Ses.* 2006, 62 (8): 953–957.
7. Kubacka-Jasiecka D. Z psychologii kryzysu. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A, red. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Biblioteka Towarzystwa Interwencji Kryzysowej. Nr 1. Kraków: Wyd. ALL; 1997, s. 11–29.
8. Kuleta M, Trzópez J. Zmiana stylu życia jako efekt przezwyciężenia kryzysu — szansa czy konieczność. W: Kubacka-Jasiecka D, Mudyń K, red. *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna*. Nowe ujęcia i możliwości. Toruń: Wyd. Adam Marszałek; 2003, s. 121–144.
9. Freud Z. Poza zasadą przyjemności. Tłum. Prokopiuk J. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 1920/1976.

10. Laplanche J, Pontalis JB. Słownik psychoanalizy. Tłum. Modzelewska E., Wojciechowska E. Warszawa: Wyd. Szkolne i Pedagogiczne; 1967/1996.
11. Taylor D. Psychodynamiczna diagnoza stanów potraumatycznych. Tłum. Kalita L. W: Garland C, red. Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2009, s. 57–72.
12. Garland C. Jak myśleć o traumie? Tłum. Golec D. W: Garland C, red. Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2009, s. 19–41.
13. Golec D, Bell D. Zewnętrzny uraz a świat wewnętrzny. Tłum. Rokujże A. W: Garland C, red. Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2009, s. 179–192.
14. Fenichel O. The psychoanalytic theory of neurosis. New York: W.W. Norton; 1945.
15. Lis-Turlejska M. Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia. Warszawa: Wyd. Akademickie „Żak”; 2002.
16. Freud Z. Żałoba i melancholia. W: Freud Z. Psychologia nieświadomości. Tłum. Reszke R. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1917[1915]/2007.
17. Mander G. Psychodynamiczna terapia krótkoterminowa. Tłum. Stadnicka-Dmitriew Z. Gdańsk: Wyd. GWP; 2006.
18. Garland C. Zagadnienia terapeutyczne: przypadek gwałtu. Tłum. Kalita L. W: Garland C, red. Czym jest trauma. Podejście psychoanalityczne. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2009, s. 119–134.
19. Bowlby J. Przywiązanie. Tłum. Polaszewska-Nicke M. Warszawa: Wyd. PWN; 1969/2007.
20. Carlson TM. A short-term dynamic psychotherapy approach for college student. *J. College Stud. Psychother.* 2004; 18 (3): 47–67.
21. Butcher JN, Koss MP. Badania nad psychoterapią krótkoterminową i kryzysową. W: Garfield SL, Bergin AE, red. Psychoterapia i zmiana zachowania. Analiza empiryczna. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1990, s. 167–230.
22. Malan D, Coughlin Della Selva P. Lives transformed. A revolutionary method of dynamic psychotherapy. London: Karnac Books; 2007.
23. Prochaska JO, Norcross JC. Terapie psychodynamiczne. W: Prochaska JO, Norcross JC, red. Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Tłum. Golec D. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 2006, s. 69–106.
24. Kutter P. Współczesna psychoanaliza. Psychologia procesów nieświadomych. Tłum. Ubertowska A. Gdańsk, GWP; 2000.
25. Neborsky RJ. Davanloo's method of intensive short-term dynamic psychotherapy. W: Alpert M, Malan D, McCullough L, Neborsky RJ, Shapiro F, Solomon M, red. Short-term therapy for long-term change. New York, London: W.W. Norton & Company; 2001, 16–53.

Adres: malgorzata.kuleta@uj.edu.pl

# PSYCHIATRIA POLSKA

ORGAN POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO  
ZAŁOŻONY W 1923 R. PRZEZ RAFAŁA RADZIWIŁŁOWICZA  
POD NAZWĄ „ROCZNIK PSYCHIATRYCZNY”

ROK 2012 MAJ–CZERWIEC XLVI NR 3

## SPIS TREŚCI

<b>Analiza kliniczna skuteczności i bezpieczeństwa leczenia elektrowstrząsowego</b> Marek Dąbrowski, Tadeusz Parnowski.....	345
<b>Wpływ farmakoterapii inhibitorami acetylocholinesterazy, kwasem walproinowym i lekami przeciwpsychotycznymi na zachowania agresywne w przebiegu otępienia typu Alzheimerera</b> Leszek Bidzan, Jakub Grabowski, Beata Dutczak, Mariola Bidzan.....	361
<b>Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia od alkoholu w świetle badań i międzynarodowych zaleceń</b> Andrzej Jakubczyk, Marcin Wojnar.....	373
<b>Osobowość w Modelu Wielkiej Piątki a utrzymywanie abstynencji od alkoholu przez rok od rozpoczęcia leczenia</b> Barbara Bętkowska-Korpała.....	387
<b>Regulacja emocji u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline – aktualne kierunki badań</b> Anna Pastuszek.....	401
<b>Strategie regulacji emocji a inteligencja emocjonalna u pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline</b> Anna Pastuszek.....	409
<b>Problemy etyczne w terapii schizofrenii</b> Małgorzata Kostecka, Irena Namysłowska, Krystyna Ostoja-Zawadzka.....	421
<b>Anoreksja psychiczna z perspektywy koncepcji Karla Jaspersa, Ericha Fromma oraz nurtu konstrukcjonizmu społecznego – hipotezy i refleksje</b> Małgorzata Talarczyk.....	429
<b>Ortoreksja – nowe rozpoznanie?</b> Małgorzata Janas-Kozik, Jan Zejda, Martyna Stochel, Grzegorz Brożek, Adam Janas, Ireneusz Jelonek.....	441
<b>Problemy psychiczne w grupach mniejszości etnicznych i narodowych</b> Justyna Kucharska.....	451
<b>Iowa Gambling Task – narzędzie do oceny podejmowania decyzji</b> Marcin Jaracz, Alina Borkowska.....	461
<b>Zaburzenia funkcjonowania poznawczego po zabiegach kardiochirurgicznych</b> Krzysztof Szwed, Maciej Bieliński, Wiktor Drożdż, Wojciech Pawliszak, Andrzej Hoffmann, Lech Anisimowicz, Alina Borkowska.....	473
<b>Zanim rozpoznasz u pacjenta zaburzenie konwersyjne, dokładnie zbadaj jego stan somatyczny i neurologiczny. Opis przypadku</b> Tomasz Pawełczyk, Agnieszka Pawełczyk, Jolanta Rabe-Jabłońska.....	483