

Jacek Maślankowski

JAWNA I UKRYTA RZECZYWISTOŚĆ ODDZIAŁU PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO — REFLEKSJA NAD MOŻLIWOŚCIAMI ROZUMIENIA I INTEGRACJI¹

OPEN AND HIDDEN REALITY OF THE PSYCHOTHERAPEUTIC WARD — REFLECTION ON THE POSSIBILITIES OF UNDERSTANDING AND INTEGRATION

Klinika Psychiatrii w Bydgoszczy
Oddział Zaburzeń Lękowych i Afektywnych

**psychotherapeutic ward
common language
group**

Streszczenie

Tekst jest częścią aktualnego dialogu w zespole Ośrodka Leczenia Zaburzeń Lękowych i Afektywnych w Klinice Psychiatrii w Bydgoszczy, toczącego się wokół poszukiwań efektywnych strategii do tworzenia właściwego otoczenia dla pacjentów w ramach integracji procesów psychoterapii z innymi realizacjami terapeutycznymi. Jednocześnie treść wpisuje się w szerszy kontekst opisu czynników leczących na oddziałach psychiatryczno-psychotherapeutycznych, akcentując potrzebę spójnej konceptualizacji wynikającej z procesu diagnostycznego i aktywności pacjenta na różnych poziomach społeczności oddziału. Autor przywołuje powszechnie znane pojęcia przeniesienia, przeciwprzeniesienia i procesów równoległych, potwierdzając ich przydatność w wspólnym języku psychotherapeutów i personelu medycznego. Wskazuje jednocześnie na niebezpieczeństwa płynące z ograniczenia kontekstu terapeutycznego do diady psychotherapeuta–pacjent, podczas gdy nie odczytane zależności z aktywnym otoczeniem, jakim jest różnorodność oddziału, stale przynoszą nowe fakty jawne i niejawne. Autor przytacza swoje doświadczenie kliniczne, ilustrując casusami poszczególne opisy teoretyczne. W artykule podkreślony jest problem różnorodności rozpoznawstw wstępnych, stwarzający konieczność dostosowania oddziaływań terapeutycznych do możliwości pacjentów. Podkreślona jest przydatność metody nawet wobec różnorodności paradygmatów będących w zasobach personelu.

Summary

The text is part of the current dialogue in the team of the Centre for the Treatment of Anxiety and Affective Disorders at the Psychiatry Clinic in Bydgoszcz, which revolves around the search for effective strategies to create the right environment for patients as part of the integration of psycho-

¹⁾ Artykuł jest rozbudowaną wersją wykładu, który autor wygłosił na 47. Zjeździe Psychiatrów Polskich 9 czerwca 2022 roku w Łodzi.

therapy processes with other therapeutic implementations. At the same time, the content fits into the broader context of the description of healing factors in psychiatric and psychotherapeutic departments, emphasizing the need for a coherent conceptualization resulting from the diagnostic process and patient activity at various levels of the ward's community. The author recalls the commonly known concepts of transference, countertransference, and parallel processes, confirming their usefulness in the common language of psychotherapists and medical staff. At the same time, he points to the dangers of limiting the therapeutic context to the psychotherapist-patient dyad, while unread relationships with the active environment constituted by the diversity of the ward constantly deliver new open and secret facts. The author cites his clinical experience, illustrating the individual theoretical descriptions with cases. The article emphasizes the problem of the diversity of initial diagnoses, which makes it necessary to adjust therapeutic interventions to the patients' abilities. The usefulness of the method is emphasized even in the face of the variety of paradigms in the human resources of the staff.

Są oddziały psychiatryczne, które mienia się terapeutycznymi, gdy jednocześnie działania tamtejszych specjalistów są sprzeczne z zasadą społeczności terapeutycznej i zespołu jako spójnego obiektu. Dominuje tam swoista dyktatura oparta na jednostkowych ambicjach, a pacjenci stają się tłem do rywalizacyjnych poczynań „leczących”. Tym większa moja wdzięczność wobec pani ordynator i zespołu, których wysiłkiem, dostrzeżona wielowymiarowość procesu, w obrębie pacjent–zespół, stała się lecząca i jest stale poddawana refleksji. Nie jest zadaniem tego tekstu stworzenie opisu, który miałby się stać podpowiedzią praktyczną, ale bardziej — pozostając w nurcie refleksji — poszerzenie już istniejącego. Strukturalna i praktyczna część w budowaniu terapeutycznego oddziału jest nie do zlekceważenia, jednakże efektywność tych modułów zależna jest od dyspozycji do odczytywania procesów relacyjnych w jednym języku, dającym możliwość nazwania tego, co widoczne i niewidoczne, świadome i nieświadome w dynamicznym procesie tego, co indywidualne, a tego, co zbiorowe.

Przywołując tezy Philipa Stokoe: „Dynamika grupowa to proces zapewniający nieświadomy napęd dla zachowań i zainteresowań grupy. Nie oznacza to jednak, że w grupie zachodzi nieświadomy proces, który byłby w jakiś magiczny sposób niezależny od nieświadomego indywidualnych osób. Między ludźmi toczy się pewna nieświadoma komunikacja prowadząca do określonych zachowań. Rzecz w tym, że pojęcie grupowego nieświadomego to bardzo użyteczny model roboczy, dzięki któremu łatwiej opisać funkcjonowanie grup” [1, s. 53–54]. Taka baza otwiera się na strukturę, która — pozbawiona schematycznej hierarchii i regulaminowej bezrefleksyjności — staje się settingową matrycą, na której każdy element funkcjonowania oddziału zyskuje wymiar terapeutycznej przestrzeni. Język ten, wypracowany przez analizę, bez obaw może być dostępny wszystkim, jednak pozostaje w dyspozycji na różnych poziomach, w zależności od miejsca w strukturze oddziału. Język ów może też być bezpośrednim narzędziem leczenia, ale również może pozostać tylko jako sposobność refleksji i rozumienia. Na pewno zapewnia uniknięcie sytuacji, w której zespół miałby dzielić się na „wiedzących” (dysponujących tajemną wiedzą) i „niewiedzących”, umożliwiając tym samym stworzenie środowiska leczącego świadomego własnych oddziaływań z różnych poziomów, ale w spójnej przestrzeni refleksyjnej. Przydatne stają się idee tzw. psychoanalizy relacyjnej, którą tak opisują Stephen A. Mitchell i Margaret J. Black: „Psychoanaliza relacyjna nie podporządkowuje myślenia terapeuty żadnej konkretnej teorii ani nie zakłada, że istnieje jakiś jeden punkt widzenia stanowiący najlepsze podejście do każdego pacjenta. Nie traktujemy naszych teorii jako objawionych prawd,

którym każdy musi być wierny, widzimy w nich zbiór idei wymagających nieustannych interpretacji i przepracowania w miarę pogłębiania wiedzy” [2, s. 26].

Warto zatem zacząć od powrotu do idei myślenia psychoanalitycznego w dużych grupach jako podstawowego narzędzia psychoterapeutycznego społeczności terapeutycznej. Mądrzejszy o historię doświadczeń idei społeczności terapeutycznej rozpoczynającej się w latach 30. XX wieku w działaniach Wilfreda R. Biona i S.H. Foulkesa, poprzez włoskie eksperymenty Franco Basaglia aż do rodzimych realizacji opisanych przez Zdzisława Bizonia — postulowałbym ostrożność wobec pułapek skrajności: antypsychiatrii versus tendencji do zredukowania rozumienia procesów grupowych/oddziaływowych do poziomu świadomego. Przydatne też będzie zobrazowanie oddziały przy udziale pojęć dużej i małej grupy. Duża grupa to społeczność oddziaływa, małe grupy to: psychodynamicznie zorientowana grupa psychoterapeutyczna dla 8–10 osób oraz grupy psychoedukacyjne, ponadto grupa personelu. Podobieństwa tych grup to nieuchronnie zachodzące procesy świadome i nieświadome, różnice to: odmienna gotowość do odczytywania tych procesów i inne metody użyte w procesie leczenia, a wynikające z tych odczytań, bądź zaniechań w czytaniu. Porządkujący postulat dla personelu zawiera się w konieczności czytania procesów w każdej formule grupowej, lecz odmiennym wykorzystaniu znaczeń i z użyciem odmiennego repertuaru interwencji terapeutycznych.

Christopher Bollas w *Silach przeznaczenia* pisze: „Zgodnie z konwencjonalnymi normami postępowania psychoanalitycy mówią pacjentom dość dziwne rzeczy, a ci są dość tolerancyjni wobec psychoanalitycznej natury analityka. Większość pacjentów wie, że to, co wchodzi do umysłu analityka i wychodzi z niego jako jego dyskurs, to rzecz specyficzna dla sytuacji analitycznej, a takie interpretacje są społecznie dziwnymi obiektami twórczymi. Aby pacjent mógł skorzystać z procesu analitycznego, analityk musi wykazać się kreatywnością” [3, s. 121]. Ten postulat należałoby wnieść jako konieczną część wspólną wobec innych różnic. Zanim jednak powiemy sobie o różnicy interwencyjnej w dalszej części wykładu, spróbuję kilka przydatnych pojęć wpleść w kliniczną rzeczywistość oddziały — bez ambicji wyczerpania tematu, który zdecydowanie przerósłby zamierzenia tego tekstu.

Przeniesienie, zjawiska paralelne, odegranie, mechanizmy obronne

Pojęcia, które się często pojawiają w literaturze psychoterapeutycznej warto zestawić i postrzegać jako znajdujące się na jednym continuum. Przeniesienie uruchamia uwewnętrzniony schemat pacjenta widoczny w zjawiskach paralelnych i odegraniu, którym towarzyszą mechanizmy obronne chroniące przed aktywowaną częścią konfliktową. Alternatywą do odegrania jest proces kontenerowania, zakończony interwencją terapeutyczną/leczącą.

Zjawiska **przeniesienia i przeciwprzeniesienia**, które wprowadzają złożoność w bezpośredni obraz relacyjny pozornie go komplikują, ale realnie zrozumiane i dostrzeżone przynoszą ulgę, bo uwalniają od konfliktowych odegrań i nadają właściwy tor do procesu leczenia psychoterapeutycznego. **Przeniesienie**, w przydatnym tutaj opisie, „oznacza odtwarzanie w terażniejszości wzorców interakcji wywodzących się ze znaczących relacji z przeszłości. Szczególną tendencją do powtarzania się w obecnych relacjach interpersonalnych mają patogeniczne doświadczenia i relacje z przeszłości, które wpłynęły na

strukturę osobowości”[4, s. 89–90]. Zwykliśmy kojarzyć zjawisko przeniesienia z procesem psychoterapeutycznym, będącym szczególnym i wyjątkowym zjawiskiem zachodzącym w diadzie pacjent–terapeuta. Jest to jednak proces o charakterze powszechnym i dotyczy wszelkiej komunikacji, bez ograniczenia do spotkania w gabinecie terapeuty. Świadomość powszechności przeniesienia jest bardzo przydatna w tworzeniu warunków funkcjonowania społeczności terapeutycznej i rozumienia złożoności interakcyjnej na oddziale terapeutycznym. Nieodłącznym elementem przeniesienia jest jego **odegranie**, czyli uruchamianie pamięci o przeszłych doświadczeniach w działaniu, myśleniu, emocjach. Odegranie stanowi utrudnienie w rzeczywistym odbiorze aktualnego otoczenia i jest jednoczesnym zaproszeniem innych, by w tym swoistym teatrze odgrywali role minionych ważnych obiektów.

Przykład kliniczny: Pani A. doświadcza szczególnej symbiotycznej relacji z matką, która to relacja wzmacniana jest wcześniejszym odrzuceniem matki przez jej męża, a ojca pani A. Porzucona matka anektuje córkę i daje jej bliskość, ale w zamian oczekuje wyłączności na miłość i aktywności w atakowaniu męża–ojca. Pani A. przyjmuje ofertę matki, doznając wyjątkowości w diadzie z drugą kobietą i uwewnętrzniając schemat, w którym konieczne jest utrzymywanie wrogości wobec mężczyzny. W oddziale lekarzem prowadzącym jest kobieta, psychoterapię prowadzi mężczyzna — pacjentka nie może przyjąć obecnego otoczenia jako zapowiedzi spójnych oddziaływań terapeutycznych przynoszących spodziewane efekty — odgrywa przeszłe doświadczenia, podejmując próby skonfliktowania pary lekarz–terapeuta, idealizuje lekarzkę i równolegle dyskredytuje terapeutę.

Zjawiska paralelne są to wzory zachowań, afekty i konflikty, które zachodzą równolegle w interakcjach z pacjentami oraz w sytuacji omówień klinicznych bądź spotkań superwizyjnych. Znaczące historyczne zdarzenia uwewnętrznione przez pacjenta, które pojawiają się w procesie psychoterapii równolegle pokazują się w czasie spotkań terapeuty z zespołem. Często specjalista może pozostawać nieświadomy tych zjawisk, a dopiero uważność superwizora bądź innych uczestników spotkania zatrzymuje automatyczne, bezrefleksyjne odegrania. Przykładem przywołanym za Gediman i Wolkenfeldem [5, s. 234–255] może być terapeuta, który w trakcie superwizji tak tendencyjnie przedstawia przebieg sesji z pacjentem, że inni czują się bezradni i mają ograniczone możliwości komentowania — jednocześnie terapeuta narzeka na brak adekwatnego materiału podawanego przez pacjenta. Możemy powiedzieć, że pacjent nie pamięta nic z tego, co zostało zapomniane i wyparte, ale to **odgrywa**. Pacjent odtwarza to nie jako wspomnienie, ale powtarza to w działaniu. Zgodnie z tym poglądem, jeżeli terapeuta, bądź inna osoba z personelu, nie rozumie znaczenia odegranej użytej przez pacjenta komunikacji, może mimo to przekazać jej sens poprzez odegranie równoległe. Odegrania same w sobie nie stanowią o efektach leczenia, lecz czyni to brak możliwości rozumienia tego procesu w autorefleksji bądź w metapozymie grupowego dyskursu. Zatrzymanie odtwarzania tego, co było w interpretacyjnym przebiegu nazywania, nie jest oczywiście proste i wymaga wiedzy, doświadczenia, ale również pewnej znajomości siebie.

Egzemplifikacją **pojęcia mechanizmów obronnych** będzie krótkie przypomnienie idei Klein, która zawarła ideę perspektywy/pozycji, w których jednostka postrzega siebie i swoje relacje ze światem. Wyodrębniła dwie pozycje: paranoidalno-schizoidalną i depresyjną. Pojęcie pozycji paranoidalno-schizoidalnej odnosi się do konfiguracji psychicznej

typowej dla małego dziecka i opisuje dominujący lęk prześladowczy i rodzaj obron. Taką **obroną** jest rozszczepiony sposób funkcjonowania, sprawiający, że pacjent przeżywa ludzi i zdarzenia w sposób skrajny: jako nierealistyczne wspaniałe (dobre), nierealistyczne przerażające (złe). W tym stanie umysłu dominują: skłonność do koncentrowania się na sobie i poczucie prześladowania w obliczu cierpienia. W odwołaniu do klasyfikacji nozologicznej będziemy lokalizowali tę pozycję w spektrum zaburzeń osobowości na różnych poziomach organizacji.

Jak oddziałuje mechanizm rozszczepienia pacjenta w relacji z zespołem oddziału? Część personelu staje się przerażającymi/złymi obiektami, a część podlega iluzji idealizacji miłości. W obu wypadkach istnieje niebezpieczeństwo bycia w bezrefleksyjnym stanie odegrania: obiekty „złe” nie są w stanie pomieścić natarczywej projekcji wrogich aspektów pacjentów i odpowiadają obronną złością/niechęcią, generując nieuchronnie przekonanie pacjenta o agresywnym obiekcie; obiekty „dobre”, uwiedzione miłosną relacją, narcystycznie nakarmione, nie będą w stanie dostrzegać nieprzyjaznych części pacjentów i mogą wchodzić w koalicję przeciwko „złym” obiektom, czyli innej części personelu. Wewnętrzne rozszczepienie doświadczane przez pacjenta w procesie jego projekcyjnych oddziaływań staje się widoczne i realizowane w zewnętrznym podziale zespołu. Dokonuje się rozłam oparty na antagonistycznym rozdziale pomiędzy wrogi–przyjazny, nierozumiejący–rozumiejący, dyscyplinujący–przyzwalający etc. Jest to ten sam rozłam, który stanowi podstawę patologicznej struktury wewnętrznej pacjenta, a ma początek w traumie i potrzebie uruchomienia obrony opartej na rozszczepieniu. Obraz, który jest widoczny w płaszczyźnie przeżycia grupowego przeciwprzeniesienia jest cenną wskazówką diagnostyczną, a dotychczasowa polaryzacja może być integrowana w interpretacyjnym procesie rozumienia pacjenta.

Poniżej przykład kliniczny, który może ukazać podejmowane próby rozszczepienie-wo i możliwości interwencji pozwalającej terapeutce na wyjście z sytuacji zaproszenia do odegrania, a pacjentowi stworzy przestrzeń do poszerzenia świadomości używanych schematów: na sesji psychoterapii pacjent B. obwinia za niewłaściwe zachowanie innego członka zespołu oddziału, terapeuta nie dołącza do pacjenta w akcie obwiniania i daje tym samym możliwość pojawienia się dwóch zjawisk. Po pierwsze terapeuta staje się obiektem, który nie dopasowuje się do przeniesieniowego oczekiwania pacjenta, a ten dopiero teraz może zacząć myśleć bardziej realistycznie o tym, co się wydarzyło.

Niemожność wyjścia z uwikłania w procesie rozszczepienia powoduje, że leczenie nie prowadzi do rozwoju i ułatwienia w przejściu do pozycji depresyjnej, a raczej zatrzymuje i blokuje pacjenta w serii odegrań. To oczekiwane przejście będzie, jak pisze Nancy McWilliams [6, s. 164-165], znacząco modyfikować osobowość, ale bez elementu transformacji. Oczekiwania transformacji w zaburzeniach osobowości mogą wpływać na kolejne rozdziewięki, tym razem w ocenie efektów psychoterapii. Pacjent w „swojej” osobowości może być mniej destrukcyjny i — przyjmując pozycję depresyjną — będzie bardziej liczył się z innymi, a jego relacje będą bardziej stabilne. „Pojawia się troska o innych i załączki zdolności przeżywania poczucia winy z powodu krzywdy, którą — w swoim poczuciu — jednostka wyrządza ukochanej osobie lub osobom za sprawą przeżywanych przez nią uczuć frustracji lub złości” [7, s. 26-27].

Mimo czasowego zyskania zdolności do przeżywania depresyjnej troski o innych, pacjent cofa się do bardziej egocentrycznych nastawień i lęków. W teorii Biona odnajdujemy opis relacji między tymi postawami jako stałą oscylację między fazami rozwojowymi.

Zadaniem terapeuty jest zidentyfikowanie doświadczeń pacjenta, tych w ujęciu historycznym, ale i aktualnym, również w kontekście jego obecności na oddziale, by określić, które czynniki generują sztywne obrony, a które wspierają jego rozwój. **Wyzwaniem dla personelu bywa nawracające impulsywne, agresywne zachowanie pacjenta** — przydatne może być spojrzenie z perspektywy psychodynamiki wstydu, które nadaje innym znaczeń uwalniających od narzucających się odegrań. Codziennosc oddziałowa jest pełna różnorodnych zdarzeń relacyjnych, które skutkują urazem narcystycznym tym silniejszym, że wywołującym skrywane uczucie wstydu. Wstyd natomiast definiowany jest jako uczucie dotyczące stanu całego Ja, w szkodliwym przekonaniu, „jestem zły, wadliwy, ułomny”. Przekonaniu, które zakłada niezmiennosc tego stanu rzeczy i wywołuje bierność i bezczynność. Natomiast upominania innych, oczekiwania zmiany, dotyczą podstaw tego myślenia o sobie, wywołując reakcje oparte na złości i gniewie. A.P. Morrison pisze: „W związku z tym, że złość jest lepiej widoczna spośród wszystkich emocji i ma za zadanie przede wszystkim ukryć wstyd, zmieniając bierną reakcję w aktywną, często to złość jest zauważana i leczona, a leżący u jej podstaw wstyd — przeoczany. Krótko mówiąc, złość może stanowić główną obronę przed nieakceptowanym wstydem” [8, s. 21].

Jawna i ukryta rzeczywistość oddziału

Wracamy do obrazu oddziału widzianego w strukturze grup. Pacjent, który jest przyjmowany na oddział, zapoznaje się z regulaminem skonstruowanym (gdyby go rozumieć jako setting terapeutyczny) tak, aby umożliwić mu podjęcie leczenia w stabilnym i przewidywalnym otoczeniu. Tak rozumiany regulamin będzie sprzyjał atmosferze, w której nie ignoruje się ryzykownych acting outów pacjenta i sięga się po wspólne z nim rozumienie stanu umysłu, niwelując tym samym mechanizm oczekiwania na restrykcyjną surowość personelu. Pacjent staje się częścią społeczności oddziałowej, a tym samym największej grupy w obrębie, w której trwać będzie jego terapia. Wstępne omówienie funkcji i struktur leczenia uczy pacjenta na specyfikę terapii, która przebiegać będzie jednak na wielu poziomach, począwszy od funkcjonowania w tej pierwszej dużej grupie, poprzez inne (w zależności od potrzeb) psychoedukacyjnej i psychoterapeutycznej oraz realizować się w relacjach z innymi pacjentami, lekarzem, psychoterapeutą i pozostałym personelem medycznym. Zintegrowany obraz pacjenta jako przedstawienie pełnego funkcjonowania w różnych obszarach struktury oddziału umożliwia właściwy przebieg części diagnostycznej i przygotowanie do uczestnictwa w psychoterapii, który to proces w dalszym ciągu będzie przebiegać z uwzględnieniem szerszego kontekstu realizacji pacjenta.

Omówienie struktury leczenia wprowadza pacjenta w obszar terapeutyczny, którym jest oddział i jego wyjątkowość, polegająca na spójnej refleksji zespołu leczącego integrującej wewnętrzzną, ukrytą rzeczywistość i zewnętrzne realizacje pacjenta. Różnorodność rozpoznań wstępnych stwarza konieczność dostosowania oddziaływań terapeutycznych do możliwości pacjentów. Nie wszyscy mogą utrzymać proces stałej konfrontacji z tym

co ukryte, z częścią konfliktową. Stąd idea jednego języka w procesie konceptualizacji pacjenta i rozumienia złożoności relacyjnej, ale jednocześnie z zastosowaniem technik interwencyjnych na różnych poziomach — od wspierającej postawy zachęcającej do refleksyjności i samoobserwacji do wglądowych interpretacji przeniesieniowych. Wspólny język, który pomaga w poszukiwaniu znaczeń, „wymaga nawiązania przez człowieka specyficznej relacji z samym sobą, a to zadanie dla wielu pozostaje jedynie pustym hasłem. Gdy zbudujemy taki związek, pojawia się odczucie relacji z samym sobą, że naszemu życiu przyświeca cel i że ktoś nam w tym towarzyszy, jakby jakaś muza nad nami czuwała i nas prowadziła” [9, s. 169]. Wspólny język, ale nie konieczność rezygnacji z różnorodności językowej i specyfiki pojęć, język będący raczej łącznikiem obszarów rzeczywistości zewnętrznej i wewnętrznej oraz zakresów przestrzeni medycznej i psychoterapeutycznej. W tak rozumianym modelu znajdują swoje miejsce nie tylko pacjenci z różnymi potrzebami, ale również nowego wymiaru nabędzie łączenie farmakoterapii z psychoterapią, a nawet funkcjonalna stanie się odmienność modalności terapeutów. Jeżeli ów łącznik zadziała, farmakoterapia nie pozbawiona medycznego kontekstu nabiera obiektualnych znaczeń. Przeżywanie przez pacjenta leczenia farmakoterapeutycznego analizowane jako kolejna odsłona relacji z obiektem, dodaje zarówno leczącemu, jak i pacjentowi dodatkowych, ułatwiających terapię, znaczeń. Dwie modalności w synergicznym działaniu, jak pisze w swoim tekście o stosowaniu leków w trakcie psychoterapii Sławomir Murawiec — farmakoterapia łagodzi aktualne objawy umożliwiając w psychoterapii „modyfikować emocjonalno-relacyjne blizny przeszłości” [10, s. 68].

Ponadto lek przeżywany jako obiekt może być troskliwą matką, przynosząc ulgę, lub skrajnie odmiennie — jako obiekt matki, która daje ulgę, ale powiązaną z ograniczającą zależnością. Zespół specjalistów, mimo zróżnicowanych zadań i kompetencji oraz złożonych procesów projekcyjnych w relacji z pacjentami, dzięki uwspólnianiu języka usprawnia funkcje kontenerujące, nie zatrzymując się na powierzchniowym poziomie konfliktowym i odkrywa ukryte w tej grupie procesy.

Kontynuacją refleksji autora tego tekstu wokół łączenia tego, co medyczne z psychologicznym, są artykuły [11, 12], w których zastanawia się on i daje konkretne wskazania do integracji w obrębie psychiatrii: leczenia psychoterapeutycznego i psychiatrycznego. Autor rozpoczął badania w ramach pracy doktorskiej, analizując efektywność takiego zintegrowanego leczenia, z możliwością wskazań do standaryzacji tych procedur.

Piśmiennictwo

1. Stokoe S. Gdzie podzieli się wszyscy dorośli? W: Morgan D, red. Nieświadomość w życiu społecznym i politycznym. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2021.
2. Mitchell SA, Black MJ. Freud i inni. Historia współczesnej myśli psychoanalitycznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2017.
3. Bollas Ch. Siły przeznaczenia. Psychoanaliza a idiom ludzki. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2020.
4. Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF. Podręcznik psychoterapii psychodynamicznej w patologii osobowości z wyższego poziomu. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej; 2017.

5. Gediman HK, Wolkenfeld F. The parallelism phenomenon in psychoanalysis supervision: its reconsideration as a triadic system. *Psychoanal. Q.* 1980; 49(2): 234–255.
6. McWilliams N. *Diagnoza psychoanalityczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2009.
7. Waddell M. *Światy wewnętrzne. Psychoanaliza i rozwój osobowości*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2015.
8. Morrison AP. Psychodynamika wstydu. W: Ronda L, Dearing RL, Tangey JP, red. *Wstyd podczas sesji terapeutycznej*. Wrocław: Endra Urban & Partner; 2019, str. 19–38.
9. Bollas Ch. Znaczenie i melancholia. *Życie w epoce oszołomienia*. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2020.
10. Murawiec S. Zmiana psychiczna związana z wprowadzeniem leku przeciwdepresyjnego w trakcie trwania psychoterapii — opis przypadku. *Psychoter.* 2011; 2 (157): 59–69.
11. Maślankowski J. Psychoterapeutyczna kozetka na salonach psychiatrii. *Psychiatria Po Dyplomie* 2022; 4(19): 11–12.
12. Maślankowski J. Współpraca psychiatry i psychoterapeuty. Wskazania i zastrzeżenia — perspektywa kliniczna. *Psychiatria Po Dyplomie* 2023 (tekst zaakceptowany do druku).

Adres: yacek.maslankowski@gmail.com