

Mariusz Furgał<sup>1</sup>, Katarzyna Gdowska<sup>2</sup>, Milena Kansy<sup>1</sup>, Izabela Janeczek-Siejka<sup>1</sup>,  
Karolina Dejko-Wańczyk<sup>1</sup>, Krzysztof Bańczyk<sup>2</sup>, Paulina Cofór-Pinkowska<sup>1</sup>,  
Bogdan de Barbaro<sup>3</sup>

**OD TERAPII RODZINY Z PACJENTEM  
PSYCHOTYCZNYM DO TERAPII PAR.  
30 LAT PRAKTYKI ZAKŁADU TERAPII  
RODZIN I PSYCHOSOMATYKI<sup>1</sup>**

**FROM FAMILY THERAPY WITH PSYCHOTIC PATIENTS TO COUPLES THERAPY.  
30 YEARS OF PRACTICE AT THE DEPARTMENT OF FAMILY THERAPY  
AND PSYCHOSOMATICS**

<sup>1</sup>Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii,  
Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

<sup>2</sup>Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

<sup>3</sup>Fundacja Rozwoju Terapii Rodzin „Na Szlaku” w Krakowie

**family therapy  
couples therapy  
systemic approach**

**Streszczenie**

*Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki w Krakowie, założony w 1993 roku w Katedrze Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, wyrasta z bogatej tradycji krakowskiej psychiatrii, zapoczątkowanej przez Antoniego Kępińskiego. Początkowo pomagał głównie rodzinom osób chorujących na schizofrenię, z czasem skupiając się coraz bardziej na terapii par.*

*Zespół tworzą psychoterapeuci, którzy łączą pomoc pacjentom z działalnością naukową i szkoleniową. Sposób pracy zmieniał się przez lata – od psychoedukacji, poprzez różne techniki terapeutyczne, po podejście oparte na dialogu i wspólnym budowaniu znaczeń. Duży wpływ na praktykę miała szkoła mediolańska.*

*Dzisiaj znaczna część pacjentów to pary z zaburzeniami osobowości. Zakład prowadzi też konsultacje dla oddziałów psychiatrycznych i badania nad psychoterapią. Był pionierem w szkoleniu psychoterapeutów w Polsce, wydając pierwszy polski podręcznik terapii rodzin.*

<sup>1)</sup> Artykuł stanowi adaptację rozdziału: Furgał M, Gdowska K, Borcsa M. Ein Beispiel aus Polen: Familientherapie, Paartherapie und systemische Konsultationen – die Abteilung für Familientherapie an der Psychiatrischen Klinik für Erwachsene der Universität Krakau. W: Borcsa M, Wilms B, redaktorzy. Systemische Therapie: Anwendungsbereiche in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2024, 279–293.

*Największym wyzwaniem jest obecnie długi czas oczekiwania na terapię i zbyt niska wycena usług w systemie publicznej ochrony zdrowia, co zagraża dostępności terapii rodzinnej dla pacjentów. Mimo trudności, zespół stara się utrzymać wysoką jakość pomocy i uczestniczyć w tworzeniu standardów dla tej dziedziny w Polsce.*

### Summary

The article presents the 30-year history and activities of the Department of Family Therapy and Psychosomatics in Krakow. Founded in 1993, the center stems from the psychotherapeutic tradition of Krakow psychiatry, initiated by Antoni Kępiński. Initially focused on working with families of psychotic patients, it gradually evolved towards couple therapy.

The team currently consists of psychiatrists and psychologists with psychotherapeutic experience. The Department combines clinical practice with scientific research and didactic activities, providing internships for psychotherapists. The therapeutic approach evolved from psychoeducation through strategic and structural methods to dialogical, narrative, and constructionist approaches, with strong influences from the Milan school. Over the years, the patient profile has changed – couples now dominate, often with personality disorders in one partner, which has required integrating systemic approaches with psychodynamic ones. The Department also provides consultations for psychiatric wards and conducts research on therapeutic processes. The center played a pioneering role in training psychotherapists in Poland, publishing the first Polish family therapy textbook.

Currently, it struggles with systemic problems – long patient waiting lists and low valuation of family therapy in the healthcare system, which threatens the availability of this form of help in public healthcare. Despite these challenges, the team aims to maintain a high quality of care and participate in developing standards for the field of family therapy in Poland.

### Wprowadzenie

Systemowa terapia rodzin rozwijała się w Polsce od końca lat 80. XX wieku. To jedyne podejście terapeutyczne, które w naszym kraju kształtowało się równocześnie z jego rozwojem w Europie. Wcześniejsze, tradycyjne nurty terapeutyczne były eliminowane z przestrzeni publicznej w związku z dominacją ideologii komunistycznej w polityce i w życiu społecznym. Terapia rodzin rozwijała się równolegle w Krakowie i Warszawie, w tej ostatniej w oparciu o Klinikę Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Nieco później rozwój systemowej praktyki psychotherapeutycznej zachodził w Wielkopolskim Towarzystwie Terapii Systemowej w Poznaniu<sup>2</sup>, we współpracy z Saarländische Gesellschaft für Systemische Therapie.

W krakowskiej Klinice Psychiatrycznej<sup>3</sup> psychoterapia od wielu dekad cieszyła się dużym zainteresowaniem. Nawet w okresie panowania ideologii komunistycznej, która kwestionowała psychoterapię, aktywnie rozwijały się różne formy oddziaływań terapeutycznych. Pierwsza grupa psychotherapeutyczna zaczęła funkcjonować z inicjatywy Antoniego Kępińskiego w drugiej połowie lat 50. Była to mieszana grupa dla pacjentów z zaburzeniami nastroju, psychozami i nerwicami, zarówno hospitalizowanych, jak i leczonych ambulatoryjnie. W tym czasie tego typu grupy (społeczności terapeutyczne) powstały w zorganizowany sposób w oddziałach psychiatrycznych [1, 2], a także w ramach

<sup>2)</sup> Założycielem i osobą przez wiele lat kierującą tą organizacją był nieżyjący już dr Jerzy Jakubowski.

<sup>3)</sup> Ta używana często, choć nieformalnie, nazwa łączy w sobie powiązane personalnie dwie organizacje – Katedrę Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz oddziały i poradnie psychiatryczne Szpitala Uniwersyteckiego.

zewnątrznych, ambulatoryjnych struktur, dostępnych dla pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi czy zaburzeniami osobowości. Była to działalność pionierska w Polsce. Kraków do dzisiaj pozostał istotnym ośrodkiem psychoterapeutycznym, a psychiatria praktykowana w krakowskiej Klinice Psychiatrycznej zawsze była traktowana jako dyscyplina psychospołeczna, w odróżnieniu od dominującego w innych ośrodkach podejścia biomedycznego.

W krakowskiej Klinice Psychiatrycznej terapia rodzin rozwijała się równolegle w dwóch współistniejących ośrodkach. W Klinice Psychiatrycznej Dorosłych działał Zakład Terapii Rodzin, który opisujemy, pod kierownictwem profesora Bogdana de Barbaro. Drugim była Klinika Psychiatryczna Dzieci i Młodzieży, utworzona i prowadzona przez wiele lat przez profesor Marię Orwid. Obydwa ośrodki zawsze współpracowały i uczyły się od siebie, korzystając z kontaktów międzynarodowych, prowadząc wspólne seminaria i wzajemne superwizje koleżeńskie.

Duże znaczenie dla osadzenia się terapii rodzin w praktyce krakowskiej Kliniki Psychiatrycznej miał odbywający się w 1990 roku w Krakowie kongres Światowego Stowarzyszenia Terapii Rodzin (IFTA)<sup>4</sup> oraz założenie w 1998 roku w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym Sekcji Naukowej Terapii Rodzin.

### Historia rozwoju Zakładu Terapii Rodzin

Zakład Terapii Rodzin funkcjonuje w ramach Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Szpitala Uniwersyteckiego jako poradnia od 1993 roku. Od 2016 roku nosi nazwę Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki, w nawiązaniu do poszerzenia tematyki badawczej. Historia Zakładu rozpoczęła się jednak przed jego formalnym powstaniem. Początki pracy z rodzinami sięgają czasów, kiedy kierownikiem katedry był wspomniany już Antoni Kępiński, który w swoich publikacjach, jeszcze z lat 70. [3], wskazywał na wagę środowiska rodzinnego w leczeniu psychoz.

Specyfiką krakowskiego ośrodka było skupienie się na psychospołecznych oddziaływaniach w pracy z chorymi na schizofrenię. Jeden z kierunków działań stanowiła społeczna integracja pacjentów i szeroko rozumiana rehabilitacja społeczna, drugim była praca z ich rodzinami. Początki badań nad związkiem między funkcjonowaniem rodziny a schizofrenią łączyły się z odkryciem roli ekspresji emocji w przebiegu tej choroby [4, 5], chociaż dyskusje na temat roli środowiska rodzinnego w genezie i przebiegu schizofrenii pojawiały się znacznie wcześniej. Rozważano koncepcje takich badaczy, jak: Frieda Fromm-Reichmann, Robert Libermann czy Murray Bowen. W praktyce klinicznej, jako rutynowe postępowanie w leczeniu hospitalizowanych pacjentów, wprowadzono wówczas ustrukturowaną psychoedukację rodzin osób chorujących na psychozy z grupy schizofrenii, wcześniej organizując różne formy wsparcia dla rodzin.

Załącznikiem późniejszego Zakładu Terapii Rodzin była poradnia terapii rodzin oddziału psychoz. Jej zespół był ściśle związany z oddziałem i zapewniał pomoc pacjentom, którzy byli w nim hospitalizowani. Z czasem, gdy rosła grupa osób przechodzących do leczenia

<sup>4)</sup> W kongresie uczestniczyli między innymi: Tom Andersen, Gianfranco Cecchin, Mory Elkaïm, Lyman Wynne, Helm Stierlin i Satu Stierlin, Don Bloch, Florence Kaslow, Klaus G. Deissler i Yrjö O. Alanen. Organizatorką kongresu była jedna z założycielek IFTA – Maria Orwid.

ambulatoryjnego, konsultacje rodzinne i psychoedukacja zaczęły kształtować się jako coraz bardziej długoterminowe procesy. Powstał pierwszy i jedyny wówczas w Polsce poradnik dla rodzin pacjentów chorujących na schizofrenię „Możesz Pomóc”, pod redakcją Bogdana de Barbaro i Krystyny Ostoi-Zawadzkiej [6].

Zespół ambulatorium zaczął poszukiwać możliwości uczenia się w zakresie terapii rodzin. Jego założyciel i długoletni kierownik Bogdan de Barbaro w 1984 roku wyjechał na stypendium do Stony Brook University, gdzie miał okazję do nawiązania wielu kontaktów i uczestnictwa w konferencjach o tematyce terapii rodzin. Cztery lata później odbył roczne szkolenie w terapii rodzin, kierowane przez Lymana Wynne'a, jednocześnie praktykując w uniwersyteckim szpitalu Rochester (stan Nowy Jork). Po powrocie zorganizował cykl seminariów samokształceniowych, które pozwalały integrować doświadczenia dobrze rozwiniętych zespołów zajmujących się psychoedukacją rodzin z praktyką prowadzącego terapię rodzin zespołu Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży. Inni członkowie zespołu kształcili się, wykorzystując możliwości stażowe i warsztatowe, między innymi w Palo Alto Mental Research Institute.

W 1993 roku zespół zyskał status samodzielnego Zakładu Terapii Rodzin w składzie: Krystyna Ostoja-Zawadzka, Lucyna Drożdżowicz, Ilona Kołbik i Przemysław Budzyna-Dawidowski, pod kierownictwem Bogdana de Barbaro. Stworzeniu tej jednostki na Uniwersytecie sprzyjało powstanie w Polsce specjalizacji z medycyny rodzinnej, która oprócz zbierania doświadczeń z medycyny somatycznej potrzebowała wsparcia ze strony osób zajmujących się badaniami społeczno-psychologicznej struktury systemu rodzinnego.

W nowej rzeczywistości politycznej otworzyły się możliwości bardziej intensywnych kontaktów z ośrodkami zagranicznymi. Budowana sieć relacji umożliwiła uczestniczenie w światowym mainstreamie terapii rodzin. Zakład Terapii Rodzin został członkiem European Family Therapy Association. Na przestrzeni lat ośrodki odwiedzały znaczące dla rozwoju terapii rodzin osoby, prowadząc seminaria i szkolenia<sup>5</sup>. Z każdą taką wizytą członkowie zespołu gromadzili i integrowali nowe teorie i doświadczenia terapeutyczne. W pracy zespołu do dzisiaj można odnaleźć wątki inspirowane tamtymi spotkaniami.

### **Zespół Zakładu Terapii Rodzin i Psychosomatyki**

Zespół składa się obecnie z trzech lekarzy psychiatrów, którzy są jednocześnie psychoterapeutami, a także trzech psychologów-psychoterapeutów. Dwie spośród tych osób są doświadczonymi superwizorami psychoterapii. Jednocześnie niektórzy członkowie zespołu są zatrudnieni na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Do obowiązków tych osób, oprócz terapii rodzin i par, należy prowadzenie badań naukowych oraz dydaktyka. W większości jest to uczenie psychiatrii. Pomoc organizacyjną zapewnia sekretarka, zatrudniona w Szpitalu i na Uniwersytecie. Jest ona kluczową osobą organizującą pracę zespołu, przyjmuje zgłoszenia rodzin do terapii i uczestniczy w superwizjach. Sekretarka ma kompleksową wiedzę na temat tego, z jakimi problemami pary

<sup>5</sup> Między innymi: Helm Stierlin, Lyman Wynne, Don Bloch, Hugh Jenkins, Alan Cooklin, Gill Gorell Barnes, Gianfranco Cecchin, Maurizio Andolfi, Mory Elkaïm, Harlene Anderson, Salvador Minuchin, Tom Andersen, Klaus G. Deissler, Hugh Fox, Esther Perel, Peter Rober, Jill Scharff i David Scharff.

oraz rodziny zgłaszają się do terapii, a także jak zagadnienia organizacyjne wpływają na procesy terapeutyczne. Pozostali członkowie zespołu, skupieni na realizacji tych procesów, uzyskują informacje o działaniach współpracowników przede wszystkim w trakcie zebrania klinicznych i superwizji.

Taka struktura zespołu pomaga w łączeniu naukowego i teoretycznego myślenia z praktyką kliniczną. Duże zaangażowanie kliniczne w pracy z pacjentami wzbogaca działalność naukową i powoduje, że jest ona powiązana z praktycznym doświadczeniem. Integracja i synteza tych dwóch obszarów – pracy klinicznej i nauki – jest mocną stroną zespołu, jednak zajmowanie się różnymi zagadnieniami wiąże się z większym obciążeniem.

Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki jest jednostką, w której praktyczne umiejętności zawodowe mogą ćwiczyć osoby szkolące się w psychoterapii. W ośrodku jednocześnie odbywa staże około pięciu terapeutów. Zwykle są to osoby w trakcie lub po ukończeniu całonocnego szkolenia, a przed egzaminem certyfikującym. Niekiedy wśród stażystów pojawiają się lekarze specjalizujący się w psychiatrii, dla których ten staż nie jest obowiązkowy, ale mogą go wybrać, jeśli są zainteresowani terapią rodzin.

Stażyci mają możliwość uczestniczenia jako obserwatorzy w sesjach terapii rodzin i par. Aktywnie wnoszą swój wkład przez udział w dyskusjach odbywających się w przerwach spotkań oraz w omówieniach obserwowanych terapii. W procesach, w których jest to stosowane, zostają również członkami zespołu reflektującego. Rodziny otrzymują informację o ich udziale i roli w procesie terapii. Stażyci funkcjonują także w roli koterapeutów, dzięki czemu nie tylko uczą się terapii rodzin i par, ale też wnoszą swój osobisty, unikalny wkład do prowadzonych procesów terapeutycznych. Zaliczeniem stażu jest pisemne opracowanie przebiegu wybranego procesu psychoterapeutycznego. Taka forma współpracy niesie korzyść dla wszystkich uczestniczących w tej wymianie, a szczególnie dla pacjentów, gdyż daje możliwość poszerzenia pola refleksji nad ich sytuacją.

Pod pewnymi warunkami stażyci są zapraszani do prowadzenia procesu terapeutycznego. W takich sytuacjach mają zapewnioną ciągłą superwizję na żywo – prowadzoną przez pracownika Zakładu, który towarzyszy im w całym procesie, niezależnie od możliwości superwizowania takiej terapii w czasie regularnych superwizji klinicznych Zakładu. Nie jest możliwe wprowadzenie tego modelu uczenia rutynowo, ale te osoby, które z niego korzystają, mają niezwykle okazję szkolić się w sposób, który trudno uzyskać w innym miejscu. Staże w Zakładzie są bardzo popularne zarówno ze względu na możliwość bezpośredniego obserwowania pracy psychoterapeutów przez uczących się, jak i wnoszenia realnego wkładu w proces terapeutyczny.

### **Rozwój praktyki klinicznej**

We wczesnych początkach pracy zespołu terapii rodzin, jeszcze w poradni terapii rodzin oddziału psychoz, powszechne było podejście psychoedukacyjne, ukierunkowane na poprawę relacji emocjonalnych w rodzinie [7]. Po pierwszych szkoleniach w ośrodkach zagranicznych coraz częściej pojawiały się w terapiach analizy transgeneracyjne oraz interwencje strukturalne i strategiczne, a także inne oddziaływania wynikające z doświadczeń terapii grupowej, pracy z komunikacją i poddawania refleksji rodzinnych doświadczeń.

Wraz z rozwojem zespołu – i poprzez liczne seminaria, zarówno wewnętrzne, jak i prowadzone przez przyjeżdżających do Krakowa nauczycieli – podejście do terapii ewoluowało. Na skutek współpracy z kolegami mającymi doświadczenia szkoleniowe w podejściu mediolańskim ustalała się struktura sesji: zaczęli w niej uczestniczyć obserwatorzy zza jednostronnej szyby, pojawiła się przerwa w trakcie spotkania i interwencja po wspólnej refleksji nad sesją [8].

W miarę rozwoju funkcji szkoleniowej ośrodka, rolę koterapeutów za szybą zaczęli podejmować szkolący się psychoterapeuci, będący na stażu w Zakładzie. Miejsce strategicznych interwencji zaczęły zajmować pytania cyrkularne, generowanie hipotez, skupianie się na neutralności, aktywne praktykowanie zaciekawienia. Stosunkowo szybko w praktykę weszły metody oparte w większym stopniu na dialogu, aktywnym słuchaniu, uzgadnianiu znaczeń i wspólnym szukaniu rozwiązań, które wypierały podejścia eksperckie [9]. Zaczęły pojawiać się sesje, w które wkraczała metoda zespołu reflektującego Toma Andersena [10]. Wraz z rozwojem podejścia narracyjnego i konstrukcjonistycznego w terapii rodzin na świecie, koncepcje te zaczęły dominować w sposobie pracy terapeutycznej [11, 12].

Niezależnie od powyższego, doświadczenia wcześniejszych podejść: strategicznego, strukturalnego, komunikacyjnego i różnych osiągnięć szkoły mediolańskiej pozostawały nadal żywe w praktyce terapeutów zespołu. Uwyrażniać zaczęły się różnice pomiędzy stylami pracy poszczególnych osób. W zespole zawsze obowiązywał wysoki stopień akceptacji dla odmiennych doświadczeń w prowadzeniu psychoterapii, nie było skłonności do silnego strukturywania pracy na rzecz jednego obowiązującego modelu.

Wraz ze wzrostem aktywności drugiego pokolenia terapeutów Zakładu Terapii Rodzin – kształconego już na zorganizowanych szkoleniach zarówno w podejściu psychodynamicznym, jak i systemowym, a także mającego doświadczenie własnej terapii psychoanalitycznej – coraz odważniej w prowadzonych procesach terapeutycznych integrowano te podejścia [13]. Sprzyjały temu osoby superwizujące zespół i coraz dłuższe procesy terapii.

Superwizorzy zespołu stali się bardzo istotni dla praktycznego podejścia w pracy klinicznej. Przed laty wprowadzona została rutyna superwizowania pracy Zakładu Terapii Rodzin przez superwizora Ambulatorium Terapii Rodzin Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, natomiast superwizor zatrudniony w Zakładzie superwizuje tamten zespół. Miało to i nadal ma wady i zalety. Zapewnia wzajemne uczenie się i wymianę doświadczeń, jednak ma zastosowanie raczej do konsultacji przypadków klinicznych, niż do głębszych superwizji dotyczących niektórych obszarów życia osobistego terapeuty czy zjawisk interpersonalnych w zespole i pomiędzy terapeutami wspólnie prowadzącymi proces terapeutyczny. W związku z tym od początku działalności Zakładu Terapii Rodzin zespół jest również superwizowany przez superwizorów zewnętrznych. Szczególne znaczenie dla rozwoju metody pracy miały: trwająca kilka lat superwizja (superwizja kliniczna i superwizja zespołu) prowadzona przez analityczkę grupową doświadczoną również w terapii rodzin, a także kolejna kilkuletnia superwizja z psychiatrą pracującym psychoanalitycznie i systemowo z rodzinami.

Ten okres wyraźnie wpłynął na sposób pracy z parami, w szczególności tymi, w których jeden z partnerów miał zaburzenia osobowości. Zmienił się też dominujący profil pacjentów Zakładu. Obecnie wśród zgłoszeń do ZTRiP dominują pary. Wynika to z rosnącej społecznej potrzeby tego rodzaju terapii. Natomiast rodziny, w których pacjentem identyfikowanym jest nastolatek, kierowane są do Ambulatorium Terapii Rodzin.

### Praktyka kliniczna obecnie

W ramach pracy klinicznej Zakładu przyjmowane są rodziny i pary zgłaszające się do terapii głównie z powodu istniejących trudności rodzicielskich, systemowo uwarunkowanych problemów emocjonalnych któregoś z członków rodziny, w tym zaburzeń psychicznych, konfliktów w parze, zaburzeń psychosomatycznych pozostających w silnych interakcjach z systemem rodzinnym, zaburzeń odżywiania, skomplikowanej żałoby czy choroby psychicznej jednego z członków rodziny.

Początkowo polegano na skierowaniach od lekarzy psychiatrów i psychologów, jednak w związku z dużym poziomem drop-outów pacjentów kierowanych w ten sposób, wypracowano praktykę samozgłaszania się rodzin. Nawet jeśli osoba pierwszego kontaktu (lekarz rodzinny, inny terapeuta, członek dalszej rodziny) widzi potrzebę konsultacji rodziny i kieruje ją do nas, prosimy rodzinę o kontakt osobisty i wstępne sformułowanie problemu. Telefoniczne zgłoszenie odbiera sekretarka, zbierając podstawowe dane administracyjne oraz zapisując treść i sposób zgłoszenia. Na tej podstawie rodzina zapraszana jest na pierwsze konsultacje mające na celu rozpoznanie, czy jej problem może być podjęty przez terapeutów Zakładu. Następuje wówczas zawiązanie kontraktu: sformułowanie wstępnych celów terapii i zakreślenie jej wstępnego planu.

Przed zgłoszeniem rodziny zobowiązane są do zapoznania się z oświadczeniem ośrodka o zasadach i sposobie pracy, opublikowanym na stronie [www](http://www)<sup>6</sup>. Informacja dla pacjentów pragnących podjąć terapię par lub rodzin zawiera opis tego, kto może korzystać z pomocy, a komu pomoc nie może być udzielona, jaki jest skład zespołu i jakie są jego kompetencje, w jaki sposób działalność terapeutyczna jest powiązana z działalnością dydaktyczną, na jakich zasadach w spotkaniach uczestniczą stażyści, jakie są zasady poufności w terapii i tajemnicy zawodowej. Na stronie [www](http://www) widnieje także informacja, że sesje są nagrywane i opis, jaki jest cel nagrywania oraz sposób postępowania z nagraniami. Są też przedstawione zasady superwizji i osoby superwizujące zespół. Poza tym jest wskazanie na konieczność wstępnej konsultacji psychiatrycznej i opis jej celu, informacja o metodach i technikach pracy oraz możliwych trudnościach napotykanym w procesie terapii.

O podjęciu terapii decydują spotkania konsultacyjne. Terapia prowadzona jest przez jednego lub dwóch terapeutów zatrudnionych w Zakładzie, z koterapią obserwujących ją stażystów. Spotkania są nagrywane. Rodziny zostają dokładnie poinformowane o procedurach postępowania z nagraniem materiałem. Stanowi on podstawę do superwizji oraz do wprowadzania nowych stażystów w toczące się procesy terapeutyczne. Nagrania przechowywane są na bezpiecznym serwerze, niepołączonym z Internetem, i kasowane po zakończeniu terapii. Nie stanowią one części urzędowo rozumianej dokumentacji pacjentów.

W zespole nie narzuca się terapeutom określonego formatu związanego z konkretnym podejściem terapeutycznym. Każdy członek zespołu jest jednak wykształcony w psychoterapii systemowej i psychodynamicznej. Z biegiem lat o technice stosowanej przez każdego z terapeutów stanowi w dużej części jego doświadczenie, odbyte szkolenia, warsztaty, superwizje oraz jego osobowość. Największy wpływ na sposób pracy zespołu

<sup>6</sup> Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki Katedry Psychiatrii UJ CM, <https://ztrip.cm-uj.krakow.pl/dla-pacjentow>

miało podejście mediolańskie, zwłaszcza z drugiego okresu funkcjonowania zespołu z Mediolanu [14, 15]. Najbardziej widocznym przejawem wpływu tej szkoły jest struktura każdej sesji – z przerwą, podczas której przebieg sesji omawiany jest z koterapeutami, i końcowym komentarzem po przerwie. W naszej pracy widać też duże wpływy podejścia transgeneracyjnego [16] i konstrukcjonistycznego [11, 12] oraz narracyjnego [17]. W wielu sytuacjach korzystamy z bardziej historycznych technik strukturalnych, strategicznych czy komunikacyjnych.

W pracy z parami, oprócz metod systemowych, pojawiają się interwencje nawiązujące do warsztatu psychoanalitycznego czy psychodynamicznego [18]. Ta modyfikacja była skutkiem coraz większej liczby zgłaszających się par, w których jedna z osób miała zaburzenia osobowości. W tym czasie zespół był superwizowany przez analityczkę grupową, która zachęcała nas do przedłużenia procesów ponad okresy typowe dla terapii systemowej oraz do rozumienia relacji małżeńskich w świetle teorii relacji z obiektem [19]. Zespół był już do tego przygotowany na psychodynamicznych szkoleniach i psychoanalitycznych terapiach własnych. Stworzyło to unikalną możliwość pomocy słabo zmotywowanym do psychoterapii osobom z zaburzeniami osobowości. Nie bez znaczenia dla tej zmiany było popularyzowanie w Polsce terapii psychoanalitycznej par oraz możliwość uczestnictwa w konferencjach, szkoleniach i superwizji w tym zakresie. W 2015 roku ZTR zorganizował warsztaty psychoanalitycznej terapii par prowadzone przez Davida i Jill Scharffów. Jednakże cały czas zespół pozostaje wierny warsztatowi systemowemu i pracuje zgodnie z jego zasadami, szczególnie w terapii rodzin.

Główną metodą weryfikacji skuteczności procesów terapeutycznych jest superwizja i kliniczna ocena efektów leczenia. Okresowo jednak podejmowane są różne programy badawcze, które mają weryfikować skuteczność pracy za pomocą metody naukowej. Są one inspirowane zainteresowaniami badawczymi oraz refleksją nad aktualnymi procesami terapeutycznymi. W Zakładzie prowadzono badania drop-outów [20], przymierza terapeutycznego [21], terapii pary z udziałem pacjentów z zaburzeniem osobowości [22] oraz terapii pary w kontekście utrat perinatalnych [23]. Obecnie realizowany jest projekt jakościowej analizy interakcji zachodzących pomiędzy terapeutą i parą w kontekście zaburzeń osobowości borderline.

Drugim ważnym obszarem pracy są konsultacje i superwizje pracy z pacjentami hospitalizowanymi na oddziałach psychiatrycznych, a także w innych poradniach psychiatrycznych Szpitala Uniwersyteckiego. Członek zespołu pełni funkcję superwizora pracy dwóch oddziałów stacjonarnych, w tym oddziału ogólnopsychiatrycznego dla dorosłych, a także Poradni Leczenia Uzależnień i Oddziału Dziennego Leczenia Uzależnień przeznaczonego dla pacjentów z podwójną diagnozą. Ma to szczególne znaczenie w przypadku pacjentów, którzy z powodów relacyjnych nie osiągają dobrych efektów leczenia farmakologicznego w szpitalu. Przykładem interwencji systemowej była konsultacja zespołu lekarskiego i psychologicznego wobec kryzysu, który wystąpił w związku z leczeniem głęboko zaburzonej pacjentki z zespołem Münchhausena.

Najwięcej doświadczeń zespół ma w konsultowaniu pacjentów z lekooporną depresją i ich rodzin. Dało to podstawę do prowadzenia systematycznych badań jakościowych rodzin pacjentów z tą postacią depresji, w których zostały uwzględnione wszystkie przypadki zgłoszone przez oddział [24]. Badania miały na celu analizę funkcjonowania

rodziny pacjenta zarówno pod kątem występowania interakcji mogących podtrzymywać u niego stan depresji, jak i potencjału rodziny do zmiany podtrzymujących depresję mechanizmów psychologicznych. Działania te były częścią programu badawczego, ale owocowały też rozpoczęciem psychoterapii rodzinnej, pary czy indywidualnej dla niektórych pacjentów.

Stałą praktyką jest omawianie przypadków hospitalizowanych pacjentów, u których występują trudności w leczeniu związane z funkcjonowaniem ich rodzin. Jakkolwiek większość oddziałów ma zwyczaj prowadzenia konsultacji rodzinnych hospitalizowanych pacjentów we własnym zakresie, doświadczenie terapeutyczne i diagnostyczne uzyskane podczas szkolenia i praktyki systemowej wnosi dodatkową wartość do pracy tych jednostek, szczególnie w trudnych, powikłanych sytuacjach klinicznych.

### **Działalność szkoleniowa, dydaktyczna i naukowa**

W połowie lat 90., po zgromadzeniu pierwszych doświadczeń w terapii rodzin, mając zespół doświadczony w psychoterapii i z pewną praktyką szkoleniową, Zakład Terapii Rodzin zaczął działalność mającą na celu kształcenie psychoterapeutów. Był jednym z pierwszych ośrodków w Polsce szkolących w psychoterapii i pierwszym szkolącym w terapii rodzin. W 1994 roku zespół Zakładu wydał podstawowy podręcznik terapii rodzin „Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny” [25]. Był to pierwszy polski podręcznik do szkolenia w tym zakresie.

Pierwsze trzyletnie kursy, prowadzone od połowy lat 90., obejmowały głównie terapię rodzin. Niedługo po roku 2000, wraz z rozwojem systemu szkoleniowego psychoterapii w Polsce, pod nadzorem Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kursy zostały zintegrowane ze szkoleniem w psychoterapii psychodynamicznej. Powstał czteroipółletni, później pięcioletni, tak zwany całościowy kurs psychoterapii, akredytowany w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym. Były to początki rozwoju standardów szkolenia w psychoterapii w Polsce. Zakład Terapii Rodzin dysponował doświadczonym, pracującym wspólnie, pod regularną superwizją, zespołem psychoterapeutów, utrzymującym kontakty i współpracującym z innymi ośrodkami szkoleniowymi. Ze względów organizacyjnych szkolenie było nadzorowane przez Fundację Krakowskiej Katedry Psychiatrii i odbywało się w budynku Kliniki Psychiatrycznej.

W 2012 roku, w związku ze zmianami organizacyjnymi na Uniwersytecie Jagiellońskim i w Szpitalu Uniwersyteckim, szkolenie zostało przeniesione poza te struktury. Zespół powołał Fundację Rozwoju Terapii Rodzin „Na Szlaku”, która przejęła organizowanie kursów. Rozpoczęła także praktykę kliniczną terapii rodzin. Do dzisiaj szkolenia są prowadzone w ramach Fundacji, przy znacznym udziale personelu Zakładu Terapii Rodzin i Psychosomatyki. Zarówno Zakład, jak i Fundacja są aktywnymi członkami Europejskiego Towarzystwa Terapii Rodzin (EFTA), w szczególności jego sekcji Training Institutes Chamber (TIC). Zakład regularnie czynnie uczestniczy w konferencjach tej organizacji. Obecnie Fundacja funkcjonuje autonomicznie, zrzesza ponad 20 terapeutów rodzin i par, organizuje konferencje naukowe oraz uczestniczy w krajowych i międzynarodowych zjazdach naukowych. Do tej pory ponad 600 psychoterapeutów ukończyło całościowe

kursy systemowo-psychodynamiczne. Ośrodek utrzymuje z nimi relacje, zapraszając ich do udziału w wydarzeniach organizowanych przez Zakład i Fundację.

Personel Zakładu Terapii Rodzin i Psychosomatyki jest zaangażowany w dydaktykę przeddyplomową – prowadzi zajęcia z psychiatrii i różnych obszarów psychologii dla studentów medycyny, a także zajęcia z terapii rodzin dla studentów psychologii. Ważny obszar działalności stanowi dydaktyka podyplomowa. Zakład uczestniczy w prowadzeniu kursów dla lekarzy specjalizujących się nie tylko w psychiatrii, ale także w medycynie rodzinnej. Niedługo po powstaniu Zakładu Terapii Rodzin, w 1994 roku, w Polsce wprowadzona została specjalizacja z medycyny rodzinnej. Zakład aktywnie brał udział w tworzeniu programów specjalizacyjnych. Szkolenie z systemowego rozumienia rodziny stanowi stały element tej specjalizacji, chociaż ostatnio w coraz mniejszym wymiarze.

W powiązaniu z tą współpracą podejmowane były wątki badawcze dotyczące zaburzeń psychosomatycznych. Pogłębiająca się świadomość lekarzy rodzinnych na temat rodzinnego tła zaburzeń psychosomatycznych powodowała napływ skierowań rodzin do terapii z praktyk lekarskich. Zaczęły powstawać publikacje: Bogdan de Barbaro wydał książkę „Pacjent w swojej rodzinie” [26], ukazywały się też teksty z zakresu psychosomatyki w ujęciu systemowym. Terapia zaburzeń psychosomatycznych w ujęciu systemowym została wprowadzona jako temat zajęć w ramach szkoleń psychoterapeutycznych.

Do obowiązków zawodowych tych osób z zespołu, które są zatrudnione na Uniwersytecie, należy prowadzenie badań naukowych. Wśród podejmowanych tematów pojawiają się podstawowe zagadnienia teoretyczne, na przykład porównanie funkcjonowania rodzin doświadczających różnych problemów klinicznych, badania nad rodzinami pacjentów chorujących na choroby somatyczne oraz nad rodzinami przymusowo przesiedlonymi po wojnie, analizy wzorców mentalizacyjnych w rodzinach w różnych sytuacjach klinicznych i rozwojowych oraz rodzinnego procesu żałoby, zwłaszcza powikłanej żałoby i umierania. Najciekawsza jednak, najbardziej inspirująca i motywująca jest dla zespołu praca badawcza dotycząca psychoterapii. Należą tu wspomniane badania jakościowe rodzin pacjentów chorujących na depresję, ale także badania nad procesami zachowań komunikacyjnych w czasie sesji terapeutycznych w parach, w których jeden z partnerów ma zaburzenia osobowości [27]. Obecnie realizowany jest projekt badań interakcji w parach, w których jedna z osób ma zaburzenie osobowości borderline, analizowanych pod kątem konwersacji i innych zachowań interakcyjnych. Pierwsze wyniki były prezentowane na konferencjach Society for Psychotherapy Research i European Family Therapy Association w 2025 roku.

Prowadząc badania, współpracujemy z naukowcami, często także doświadczonymi w pracy klinicznej, z uniwersytetów w Nordhausen, Helsinkach, Hamburgu i Heidelbergu. Aktywność badawcza integruje dociekania naukowe z praktyczną pracą terapeuty, umożliwiając jej weryfikację. Angażuje nie tylko badaczy, ale także klinicystów. Dlatego proces badawczy bezpośrednio wpływa na poziom refleksji nad pracą kliniczną z rodzinami i parami.

### Aktualne problemy

Zapotrzebowanie na psychoterapię i świadomość możliwości z nią związanych rośnie w Polsce bardzo szybko. Kryzys rodziny jako instytucji, zaburzenia więzi wynikające z zakłócenia stałości rodzinnego środowiska oraz tempo przemian społecznych są ważnymi czynnikami wpływającymi na relacje w rodzinie i dobrostan jednostek. Gwałtownie wzrasta liczba par i rodzin zgłaszających się do terapii. W prywatnych ośrodkach kolejki sięgają od kilku miesięcy do roku. Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki należy do nielicznych placówek, a w swoim regionie jest jedyną, w której terapia rodzin i par jest refundowana przez ubezpieczenie zdrowotne, a oczekiwanie na terapię trwa obecnie ponad dwa lata. W szczególnych przypadkach, na przykład w wypadku śmierci dziecka i powikłanej żałoby, podejmowana jest decyzja o przyjęciu rodziny poza kolejnością. Podobna sytuacja dotyczy rodzin pacjentów hospitalizowanych w oddziałach kliniki, które konsultujemy. Jednak w większości wypadków czas oczekiwania jest zbyt długi, żeby rodzina dostała pomoc wtedy, kiedy jej potrzebuje.

Terapia rodzin i par jest nisko wyceniana przez ubezpieczyciela. Za sesję terapii pary, prowadzoną przez dwóch terapeutów, przez dwie godziny, szpital otrzymuje kwotę o połowę mniejszą niż za sesję psychoterapii indywidualnej prowadzonej przez jednego terapeuty w czasie jednej godziny. To powoduje, że czas pracy terapeuty pary jest blisko ośmiokrotnie niżej wyceniany niż czas pracy terapeuty prowadzącego terapię indywidualną, mimo że terapia par czy rodzin jest bardziej angażująca i wymaga dodatkowych umiejętności.

Liczne interwencje prowadzone w ośrodkach decyzyjnych (Ministerstwo Zdrowia, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji czy Narodowy Fundusz Zdrowia) przez organy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, kierownictwo Szpitala czy nawet Prezydenta Miasta Krakowa, nie przyniosły żadnego rezultatu. Zespół udaje się utrzymać w strukturach Szpitala dlatego, że terapia rodzin i par jest traktowana w klinice jako działalność ważna, wpływająca na ogólną efektywność i jakość pozostałych usług. Niestety w sytuacji trudności finansowych Szpitala redukowane są te aktywności, które uznaje się za deficytowe.

Terapia rodzin w publicznej służbie zdrowia w Polsce jest w zaniku, poza psychiatrią dzieci i młodzieży, która jest wyceniana inaczej. Terapeuci rodzinni zazwyczaj dysponują również kwalifikacjami w terapii indywidualnej i ta ich umiejętność jest preferowana. Tę sytuację dodatkowo pogarsza brak regulacji prawnych zawodu psychoterapeuty. Jako rozpoznawalny i wiodący ośrodek terapii rodzin i par Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki stara się uczestniczyć w tworzeniu nowych regulacji prawnych i standardów etycznych, jednak niewątpliwie mamy do czynienia ze stanem głębokiego kryzysu.

### Piśmiennictwo

1. Madeja A. Poznanie Kępińskiego. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2019.
2. Wereszka M. Psychoterapia to jest moja partia polityczna. Kraków: Wydawnictwo Różnica; 2013.
3. Kępiński A. Schizofrenia. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1979.

4. Leff J. Schizophrenia and sensitivity to the family environment. *Schizophr Bull.* 1976; 2(4): 566–574.
5. Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PR, Steinberg MR. Psychiatric hospitalization of schizophrenic patients and the characteristics of their families. *Arch Gen Psychiatry.* 1978; 35(10): 1160–1167.
6. de Barbaro B, Ostoja-Zawadzka K. Możesz pomóc: poradnik dla rodzin pacjentów chorych na schizofrenię i zespoły schizofrenopodobne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1986.
7. Addington J, Addington T, Jones B, Ko T. Family intervention in early psychosis program. *Psychiatr Rehabil Skills.* 2001; 5: 272–286.
8. Barbetta P, Telfener U. The Milan approach, history and evolution. *Fam Process.* 2021; 60: 4–16.
9. Lerner G. The real as illusion: deconstructing power in family therapy. *J Fam Ther.* 1995; 17: 191–217.
10. Andersen T. The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Fam Process.* 1987; 26: 415–428.
11. Anderson H, Goolishian HA. Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Fam Process.* 1988; 27: 371–393.
12. Berg IK, de Shazer S. Making numbers talk: Language in therapy. In: Friedman S, ed. *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy.* New York: Guilford Press; 1993, 5–24.
13. Flaskas C. Psychoanalytic ideas and systemic family therapy: Revisiting the question ‘Why Bother?’. *Aust N Z J Fam Ther.* 2005; 26: 125–134.
14. Cecchin G. Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Fam Process.* 1987; 26: 405–413.
15. Penn P. Circular questioning. *Fam Process.* 1982; 21: 267–280.
16. Bowen M. *Family Therapy in Clinical Practice.* Northvale: Jason Aronson, Inc.; 1993.
17. Rober P. The therapist’s inner conversation in family therapy practice: Some ideas about the self of the therapist, therapeutic impasse, and the process of reflection. *Fam Process.* 1999; 38: 209–228.
18. Furgał M, Janusz B, Dobrzyński J. O możliwości wykorzystania przeciwprzeniesienia w terapii par. *Psychoterapia.* 2013; 165(2): 29–44.
19. Scharff JS, Scharff DE. Object relations couple therapy. *Am J Psychother.* 1997; 51: 141–173.
20. de Barbaro B, Zielińska E, Grabowski G, Budzyńska-Dawidowski P. Dropout w terapii rodzin. *Psychoterapia.* 2003; 4: 21–33.
21. Friedlander ML, Escudero V, Horvath AO, Heatherington L, Cabero A, Martens MP. System for observing family therapy alliances: A tool for research and practice. *J Couns Psychol.* 2006; 53: 214–225.
22. Peräkylä A, Taurogiński B, Dejko-Wańczyk K, Józefik B, Furgał M, Matusiak F, et al. The paradox of disengagement: Bodily displays of inattention in couple therapy. *Front Commun.* 2023; 8: 1066475.
23. Janusz B, Jurek J, Dejko-Wańczyk K. Time in Grief: How do Bereaved Parents Mentalize It? *Omega (Westport).* 2024; 88(4): 1446–1464.
24. Janusz B, Chwał-Błasińska K, Michałowska K, Furgał M, Dobrzyński J, de Barbaro B i wsp. Czy rodzina „potrzebuje” depresji? Badanie pilotażowe konsultacji rodzinnych. *Psychiatr Pol.* 2018; 52(3): 573–583.
25. de Barbaro B, ed. *Wprowadzenie do Systemowego rozumienia rodziny.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1994.

26. de Barbaro B. Pacjent w swojej rodzinie. Warszawa: Springer PWN; 1997.
27. Janusz B, Bergman J, Matusiak F, Peräkylä A. Practices of claiming control and independence in couple therapy with narcissism. *Front Psychol.* 2021; 11: 596842.

Adres: [mariusz.furgal@uj.edu.pl](mailto:mariusz.furgal@uj.edu.pl)

W dniach **9–10 maja 2026 roku**  
w Centrum Dydaktyczno-Kongresowym w Krakowie  
odbędzie się konferencja naukowa:

## **Osoba terapeuty. Relacja terapeutyczna**

organizowana przez

**Krakowską Fundację Rozwoju Psychoterapii  
im. Profesor Marii Orwid  
w 35. rocznicę jej założenia**

Do czynnego udziału w konferencji zaproszono psychoterapeutów reprezentujących różne szkoły i podejścia psychoterapeutyczne, aby z wielu perspektyw przyrzeć się roli terapeuty oraz cechom relacji terapeutycznej i temu, jak sprzyjają one bądź utrudniają budowanie przymierza terapeutycznego oraz jak wpływają na rozwój procesu terapeutycznego.

**Wykłady wygłoszą:** Anna Dziubińska-Starska, Mariusz Furgał, Rafał Pniewski, Małgorzata Wolska.

**Warsztaty poprowadzą:** Maria Augustyn; Katarzyna Furgał, Piotr Marcinkowski i Dorota Solecka; Paula Hanuszkiewicz; Alina Jasiak; Milena Kansy i Konrad Markiewicz; Beata Kicińska i Barbara Żurek; Artur Krupa; Katarzyna Rudnicka i Dominika Sznajder; Katarzyna Ślęzak.

**Krótkie wykłady** dotyczące specyfiki relacji terapeutycznej i roli terapeuty w zależności od podejścia terapeutycznego wygłoszą: Anna Bielańska, Tomasz Ptak, Wanda Szaszkiwicz, Kaja Wieczorek-Socha, Agnieszka Wojtaszek.

**Analizy przedstawionego przypadku dokonają:** Grzegorz Baster, Ewa Nikiel, Krzysztof Szwejca.

**Patronat medialny konferencji:** Kwartalnik „Psychoterapia”.

---

Więcej informacji i zapisy na stronie internetowej:  
<https://kfrp.pl/konferencja/konferencja-naukowa-osoba-terapeuty-relacja-terapeutyczna>