

Barbara Józefik¹, Bernadetta Janusz²

ROZPOZNAWANIE ZNACZENIA PROBLEMATYKI PŁCI BIOLOGICZNEJ I KULTUROWEJ WŚRÓD POLSKICH PSYCHOTERAPEUTÓW¹

RECOGNIZING THE IMPORTANCE OF SEX AND GENDER AMONG POLISH PSYCHOTHERAPISTS

¹Pracownia Psychologii i Psychoterapii Systemowej Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży CM UJ

²Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki Katedry Psychiatrii CM UJ

gender
sex
psychotherapists

W artykule podejmowany jest rzadko badany temat odnoszenia się psychoterapeutów w procesie psychoterapii i superwizji do własnych doświadczeń związanych z płcią biologiczną i kulturową. Okazuje się, że znaczenie dla prowadzenia superwizji czy psychoterapii ma nie tylko własna płeć, ale także płeć i atrakcyjność pacjenta/klienta, a także faza życia terapeuty. Badanie jakkolwiek ma charakter eksploracyjny, jest przeprowadzone na znaczącej próbie polskich psychoterapeutów i może inspirować do weryfikacji nie stawianych dotąd hipotez.

Summary

Objectives: Gender is the fundamental dimension of identity and therefore defining femininity/masculinity and the related roles by psychotherapists seem to be especially important in psychotherapy practice. The presented research is one of the first of this kind in Poland and therefore is rather exploratory and descriptive in nature. The purpose of the study was to find the answer to the question whether Polish psychotherapists, in the understanding their patients, refer to their own gender and sex-related experiences in the process of psychotherapy and supervision and — if yes—how they reflect them.

Methods: The authors prepared a questionnaire including 20 closed and one open-ended question. The study involved 144 heterosexual psychotherapists (70% of females, 30% of males).

Results: The findings showed that psychotherapists in individual, family and couples psychotherapy refer to their gender-related experience particularly as a daughter/son, woman/man (younger therapist), mother/father (older therapist). For younger female and male heterosexual psychotherapists (up to 40 years old) working with an opposite sex, attractive patient is a challenge, which — in the case of male therapists — disturbs the process of psychotherapy, while in the case of female therapists may both disturb or — as they claim — facilitate it

Conclusions: The life cycle of therapists and their sex seem to significantly influence the way they experience their patients and refer to gender issues of their patients. The results confirm the necessity

¹ Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej UJ, nr 122.6120.333.2016 z dnia 19 grudnia 2016 roku.

of supervision due to the inner voices of psychotherapist related to sex and gender activated during psychotherapy.

Wprowadzenie

Płeć kulturowa² (gender) jest pojęciem opisującym zróżnicowane zestawy zachowań, ról i oczekiwań związanych z definiowaniem kobiecości i męskości, które rozwinęły się na skutek postnatalnych oddziaływań psychologicznych, środowiskowych, kulturowych i które są nieustannie stwarzane i odgrywane [1, 2]. Płeć kulturową odróżnia się od płci biologicznej, czyli cech fizycznych i zachowań seksualnych wynikających z odmiennych funkcji i ról obu płci w procesie rozmnażania. Współczesne ujęcie płci kulturowej kwestionuje zakładany w podejściu esencjalistycznym stały związek płci biologicznej z tożsamością psychoseksualną: z męskością/kobiecością. Podkreśla się, że tożsamość ta jest „konstruującą się tożsamością”, czymś, co nieustannie stwarzamy w procesie odtwarzania, odgrywania zachowań i przestrzegania norm danej płci kulturowej, m.in. poprzez zachowania, gesty, wygląd, strój, sposoby komunikacji, sposoby wchodzenia w relacje [2, s. 80, 3]. Pojęcie kobiecości/męskości opisuje więc złożone konstrukty, na które składają się zróżnicowane doświadczenia powiązane z rolami zajmowanymi w biegu życia. Doświadczenia te współkonstruują dialogowe ja (*dialogical self*) jednostki [4, 5].

Koncepcja dialogowego ja zakłada, że podmiot dysponuje wieloma wewnętrznymi głosami (*inner voices*), które — pozostając w dialogu wewnętrznym — same ze sobą tworzą strukturę Ja. Doświadczenia odnoszące się do płci i powiązanych z nią ról, w tym relacje dominacji–podległości w kontaktach interpersonalnych, w jakich osoba uczestniczy w kulturze, wpływają na sposób organizacji Ja. Niektóre z nich mogą zostać utrwalone, podczas gdy inne osłabione czy stłumione. Głosy te aktywizują się w interakcjach wpływając na ich przebieg, często w sposób nieuświadomiony dla ich uczestników. Badanie uruchamiających się głosów odnoszących się do płci i powiązanych z nią ról wydaje się szczególnie ważne w procesie psychoterapii ze względu na jej relacyjny charakter, ważność budowania więzi i przymierza pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem. Rober [6, 7] zwraca uwagę, że w trakcie sesji terapeutycznej w umyśle psychoterapeuty mogą się uruchamiać głosy zarówno profesjonalne, jak i osobiste. Te ostatnie to „ja doświadczające samego siebie” (*I for — myself*), które zawiera osobiste wspomnienia, wyobrażenia i fantazje terapeuty aktywowane przez to, co obserwuje on w trakcie sesji, podczas gdy „ja profesjonalne” wypełnia wiedza zawodowa, aktywne tworzenie hipotez i przygotowywanie się na interwencje. Wśród głosów osobistych szczególnie ważne wydają się te, które odnoszą się do roli córki/syna, dziewczynki/chłopca, kobiety/mężczyzny, partnera/partnerki, ojca/matki. W przypadku aktywizowania się głosów związanych z płcią biologiczną i kulturową psychoterapeuty należy wziąć pod uwagę nie tylko jego osobistą historię, ale również kontekst społeczno-kulturowy, w którym żyje, a który wyznacza sposób myślenia o rolach związanych z płcią i sposób ich doświadczania.

² W artykule pojęcia: płeć kulturowa, społeczno-kulturowa tożsamość płciowa, gender będą używane zamiennie jako tożsame.

Badania dotyczące płci biologicznej i kulturowej w psychoterapii

Badania dotyczące znaczenia płci biologicznej i kulturowej w psychoterapii są prowadzone od lat 70. ubiegłego wieku i obejmują różne jej aspekty. Podstawowe dotyczą wpływu płci na formowanie przymierza terapeutycznego, na sposób prowadzenia sesji, na podejmowane w trakcie psychoterapii tematy i jej efektywność [8–12]. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że niektórzy badacze używają pojęcia płci raz na oznaczenie płci biologicznej, raz kulturowej, wprowadzając niejasność, co w istocie jest przedmiotem ich badania [13]. Dodatkowo badania prowadzone w różnych okresach, wywodzące się z różnych przesłanek teoretycznych i bazujące na odmiennej metodologii są trudne do porównania. Niemniej jednak, Gerhart i Lyle [12], podsumowując przegląd badań jakościowych i ilościowych wskazują, że „dostarczają one dowodów, że płeć jest istotna i jest jednym z dziesięciu subtelnych czynników w terapii” [12, s. 445]. Choć badania pokazały, że wyniki psychoterapii nie różnią się w zależności od płci klienta, jednak wskazuje się m.in. na różnice w sposobie prowadzenia terapii przez kobiety i mężczyzn, na odmienne sposoby reagowania pacjentów zależnie od płci psychoterapeuty, na zróżnicowanie podejmowanych tematów, gdy zmienną jest płeć psychoterapeuty [12, 14–16]. I tak Schields i McDaniel [14], badając pierwszy wywiad z rodziną odkryły, że terapeuci mężczyźni w trakcie sesji byli bardziej aktywni i w większym stopniu przejawiali tendencję do wprowadzania dyrektywnego stylu w porównaniu z psychoterapeutkami. Badaczki zaobserwowały, że zaangażowanie terapeuty i rodziny w „walkę o strukturę” i kontrolę nad przebiegiem terapii i kierunkiem leczenia było silniejsze podczas sesji prowadzonych przez męskiego terapeutę, niż podczas sesji prowadzonych przez terapeutę kobietę. Z kolei w obecności psychoterapeutek rodziny w sposób bardziej otwarty ujawniały niezgodę i konflikt. Werner-Wilson, Zimmerman i Price [16], badając interwencje w terapii rodzin i terapii par odkryli, że psychoterapeuci mężczyźni byli bardziej skuteczni we wprowadzeniu tematów podczas sesji rodzinnych, a psychoterapeutki podczas sesji małżeńskich.

W wielu badaniach poszukuje się odpowiedzi na pytanie, czy zgodność płci pacjenta i psychoterapeuty jest ważna w procesie budowania relacji terapeutycznej i przymierza terapeutycznego i czy przekłada się na skuteczność terapii [17–21]. Blow, Timm i Cox [9], na podstawie przeglądu badań dotyczących znaczenia doboru płci psychoterapeuty i pacjenta na przebieg procesu psychoterapii indywidualnej, terapii rodzinnej i par, pokazali, że w przypadku tej pierwszej płeć psychoterapeuty generalnie nie wpływała na jej efektywność. Wyjątkiem była psychoterapia nastoletnich pacjentów z problemem uzależnienia. Badania Wintersteen, Mensinger i Diamond [19] wskazują, że szanse na zbudowanie relacji i utrzymanie się w terapii nastoletnich chłopców były znacząco większe, gdy terapeutą był mężczyzna. Z drugiej strony mężczyźni terapeuci doświadczali większych trudności w pracy z nastoletnimi uzależnionymi dziewczętami. Wyniki badań pokazują jednocześnie, że płeć ma istotne znaczenie w terapii rodzin i par. Jak piszą Blow, Timm i Cox [9]: „W terapii par i terapii rodzinnej płeć jest znacząca, gdyż członkowie rodzin reagują na płeć terapeuty i uruchamiają wyobrażenia na temat ról w rodzinie powiązanych z daną płcią. Choć żadne badanie nie wykazało, że płeć psychoterapeuty wpływa na skuteczność terapii rodzin i par, jest prawdopodobne, że terapeuta, który nie jest w stanie negocjować napięć związanych z rolami w rodzinie, nie pomoże członkom

rodziny w rozwiązaniu ich problemów” [9, s. 79]. Opierając się na przeglądzie literatury, badacze ci wskazują, że terapeuci obu płci ze względu na swoją płć i stereotypy z nią związane doświadczają wielu trudności w integrowaniu oczekiwań, jakie są wobec nich kierowane przez członków rodziny. Nawet gdy psychoterapeuci różniący się płcią stosują te same techniki terapeutyczne, członkowie rodziny odpowiadają na nie w sposób odmienny, często oczekując stereotypowych zachowań, np. opiekuńczych od psychoterapeutki, a dyrektywnych od psychoterapeuty.

Wyniki innych badań pokazują, że w terapii rodzinnej i par możemy zaobserwować nierówne traktowanie przez psychoterapeutów obu płci i występowanie u nich stereotypów płciowych [9, 22–26]. Przykładowo badania Heckera i in. [27] przeprowadzone na dużej grupie amerykańskich terapeutów rodzinnych wykazały, że mężczyźni terapeuci patologiczowali swoich klientów częściej niż terapeutki, a bardzo religijni terapeuci mężczyźni, częściej niż terapeutki (niezależnie od tego, czy były one bardzo religijne czy też nie) postrzegali mężczyzn klientów jako silnie uzależnionych seksualnie.

Kwestie związane z płcią biologiczną i kulturową są ważne nie tylko w procesie psychoterapii, ale także w superwizji. Badania dotyczące relacji pomiędzy superwizorami i superwizantami w terapii rodzin ujawniły charakterystyczne wzorce zachowań związanych z płcią: superwizorzy mężczyźni przejawiali bardzo dyrektywne zachowania [28], podczas gdy kobiety superwizorki pracujące z terapeutami mężczyznami miały relację bardziej opartą na współpracy i wspieraniu [29]. W parach superwizor mężczyzna — superwizantka obserwowano niewielki poziom współpracy, z kolei w parach superwizorka — superwizant niski był poziom nauczania, ponieważ kobiety koncentrowały się bardziej na budowaniu relacji opartej na współpracy [30].

Kolejna dziedzina badań związana z płcią psychoterapeuty i superwizora dotyczy seksualności i granic osobistych. Wyniki wskazują, że im większe doświadczenie zawodowe superwizorów, tym większa ich zdolność do dyskusowania na temat fantazji seksualnych i do podejmowania problematyki seksualności w superwizji [31]. Inne badanie wykazało, że kobiety i mężczyźni superwizorzy różnią się w definiowaniu granic osobistych: mężczyźni akceptują wspólne zajęcia sportowe ze swoimi superwizantami, podczas gdy dla superwizerek są one nie do przyjęcia [32]. To samo badanie wykazało, że superwizorki są bardziej niż superwizorzy wrażliwe na problemy związane z problematyką władzy, co w oczywisty sposób dotyka problematyki płci, ponieważ relacja superwizyjna związana jest z zależnością i władzą.

Zarysowane powyżej kierunki badań wskazują, że kwestie płci w psychoterapii są bardzo złożone i obecne we wszystkich wymiarach tej metody leczenia: od szczegółowych aspektów komunikacji do ujmowania płci w psychoterapii jako części szerszego dyskursu społeczno-politycznego.

Płć w psychoterapii i badania nad nią w polskim kontekście socjokulturowym

Analizy genderowe są w naszym kraju od wielu lat przeprowadzane w wielu dyscyplinach naukowych: socjologii, filozofii, antropologii kulturowej, literaturze, historii sztuki, ale w małym zakresie obejmują samą psychoterapię, choć np. literatura dotycząca psychoterapii problemów seksualnych jest bogata [33, 34]. Przyczyny tego zjawiska nie

są w pełni zrozumiałe. Jedną z nich może być zakorzenienie psychoterapii w obszarze dyskursu medycznego, pozostawanie, w którym może wyzwać napięcie pomiędzy perspektywą społeczną i kulturową a biologiczną, aktywizujące się, gdy rozpatrujemy problematykę dotyczącą płci i powiązanych z nią ról. Obecne w polskiej medycynie bardziej hierarchiczne i w większym stopniu niż w innych dyscyplinach oparte na patriarchalnych relacjach struktury organizacyjne w porównaniu z innymi dyscyplinami mogą także utrudniać podjęcie tematu. Warto również dodać, że samo pojęcie gender jest w naszym kraju zanurzone w kontekście politycznym i społecznym. W ostatnich latach kwestie równości płci, definiowania ról stały się obiektem walki części polskiego Kościoła katolickiego i konserwatywnej wspólnoty katolickiej. Część przedstawicieli Kościoła wymienia pojęcie gender w kontekście homoseksualizmu, transseksualizmu i pedofilii jako przykład patologii społecznej [35]. Sytuacja napięcia społecznego i konfliktu, utrudniając utrzymanie obiektywnej postawy badawczej, nie sprzyja podjęciu badań w tym obszarze. Konsekwencją tej złożonej sytuacji jest brak polskich badań odnoszących się do problematyki płci biologicznej i kulturowej w psychoterapii, a więc i brak rozpoznania znaczenia, jakie psychoterapeuci przypisują tym zagadnieniom. Jest to niekorzystne, gdyż nie pozwala porównać, jak zagadnienia będące przedmiotem badań w innych krajach przedstawiają się w polskim kontekście kulturowym.

Opisane niżej badanie stanowi próbę wypełnienia tej luki. Fakt, iż jest to jedno z pierwszych tego typu badań prowadzonych w Polsce sprawia, że ma ono charakter eksploracyjny i opisowy.

Cel badania

Badanie miało na celu znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy polscy psychoterapeuci, reflektując prowadzone przez siebie procesy psychoterapii, identyfikują swoje wewnętrzne głosy dotyczące płci i powiązanych z nią ról. Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy polscy psychoterapeuci³ odnoszą się w procesie psychoterapii do własnych doświadczeń związanych z płcią i powiązanymi z nią rolami oraz jak oceniają ich znaczenie?
2. Czy i w jakim stopniu płęć pacjenta, jego atrakcyjność i sposób pełnienia ról w ocenie psychoterapeutów utrudnia im lub ułatwia prowadzenie terapii?
3. Czy psychoterapeuci odnoszą się w procesie superwizji do własnych doświadczeń związanych z płcią i powiązanymi z nią rolami oraz jak oceniają ich znaczenie?

Metoda

W pierwszym etapie projektu skonstruowano ankietę składającą się z 18 pytań. Statystyczna analiza 79 wypełnionych ankiet pozwoliła na wprowadzanie zmian i jej modyfikację. Druga wersja składała się z 20 zamkniętych pytań i jednego otwartego.

Sformułowano 6 pytań badawczych:

³ Dla większej przejrzystości tekstu forma „psychoterapeuta” jest używana na opisanie obu płci z wyjątkiem tych sytuacji, gdy płęć jest czynnikiem istotnie różniącym badaną grupę.

1. W jakim stopniu, w zrozumieniu pacjentów różnej płci, psychoterapeuci odwołują się do własnych doświadczeń bycia dziewczynką/chłopcem, córką/synem, kobietą/mężczyzną, siostrą/bratem, partnerką/partnerem, matką/ojcem?
2. W jakim stopniu doświadczenia psychoterapeutów związane z płcią są dla nich znaczące w procesie psychoterapeutycznym w różnych formach psychoterapii?
3. W jakim stopniu atrakcyjność pacjenta/pacjentki w ich ocenie zaburza proces psychoterapii?
4. W jakim stopniu atrakcyjność pacjenta/pacjentki w ich ocenie ułatwia prowadzenie procesu psychoterapii?
5. W jakim stopniu akceptacja/dezaprobaty sposobu, w jaki pacjent/pacjentka wypełnia swoje role związane z płcią (córci/syna, matki/ojca, partnerki/partnera) ułatwia/zakłóca w ich ocenie proces terapeutyczny.
6. W jakim stopniu zagadnienia związane z płcią i powiązane z nią rolami są wnoszone przez psychoterapeutę podczas superwizji i podejmowane w jej trakcie.

Ostatnie otwarte pytanie dotyczyło wzorów, przekazów rodzinnych w rodzinach pochodzenia psychoterapeutów odnoszących się do problematyki płci i powiązanych z nią ról. Ze względu na ramy artykułu analiza odpowiedzi na to pytanie stanowić będzie przedmiot odmiennego doniesienia.

Kontekst badań

Badania przeprowadzono podczas ogólnopolskiej konferencji dotyczącej psychoterapii, w trakcie której problematyka płci była przedmiotem jednej z sesji plenarnych. W konferencji uczestniczyli terapeuci identyfikujący się z różnymi orientacjami teoretycznymi, pracujący z różnorodnymi grupami pacjentów w różnych kontekstach instytucjonalnych: instytucjach publicznych i prywatnych i w prywatnej praktyce.

Analiza statystyczna

Dane ciągle przedstawione zostały za pomocą wartości średniej wraz z odchyleniem standardowym lub za pomocą kwartyli, tj. mediany, kwartyli dolnego i górnego, w przypadku gdy analiza badanej cechy oparta została o testy nieparametryczne. Dane dyskretne przedstawiono za pomocą wartości liczbowych i procentowych.

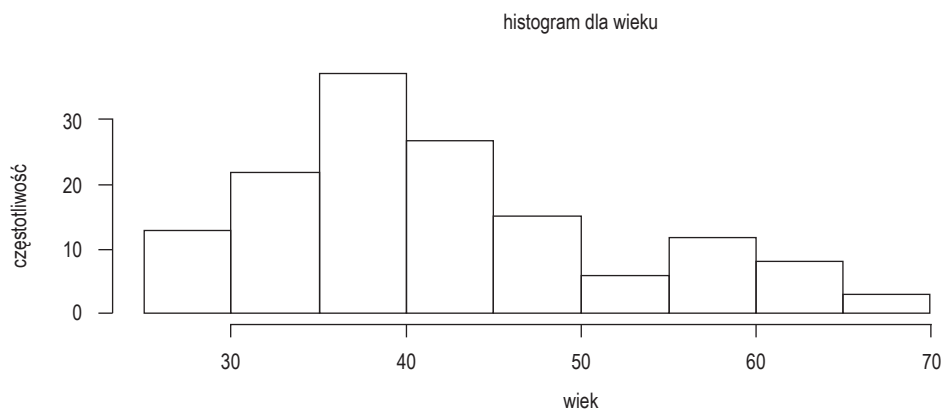
Do porównania przeciętnych wartości cechy w dwóch różnych populacjach zastosowano test t-Studenta dla zmiennych niepowiązanych, jeżeli spełnione były wszystkie jej założenia, tj. zgodność rozkładu badanej cechy z rozkładem normalnym w każdej badanej populacji oraz jednorodność wariancji w badanych populacjach. Pierwsze z założeń sprawdzano za pomocą testu Shapiro-Wilka, drugie za pomocą testu Levene'a. W sytuacji niespełniania pierwszego założenia, dotyczącego normalności rozkładu cechy, do porównania median cechy pomiędzy populacjami wykorzystano test Manna-Whitneya. Natomiast w przypadku wystąpienia heterogeniczności wariancji cechy w populacjach do porównania średnich wartości cechy zastosowano test Welcha. Badanie związku dwóch cech dyskretnych oparto o test niezależności chi-kwadrat lub w przypadku zbyt małych liczebności oczekiwanych o test Fishera.

Obliczenia statystyczne wykonano przy użyciu pakietu R. Wyniki, dla których wartość p nie przekraczała poziomu istotności $\alpha = 0,05$, uznawano za statystycznie istotne.

Grupa badana

W badaniu wzięły udział 144 osoby, zdecydowaną przewagę stanowiły kobiety ($N = 100$, 70%), co w przybliżeniu odpowiada procentowemu rozkładowi płci wśród polskich psychoterapeutów. Średni wiek badanych wynosił $42,7 \pm 10,3$ roku. Najmłodsza badana osoba miała 25 lat, najstarsza — 68. Połowa badanych osób (~70 osób) nie przekroczyła 40. roku życia. 25% badanych (~35 osób) nie przekroczyło 36. roku życia, a 75% badanych (105 osób) nie przekroczyło 49. roku życia.

Rysunek 1 przedstawia podział grupy w zależności od wieku. Można zauważyć, że najliczniejsza grupa wiekowa to osoby pomiędzy 30. a 40. rokiem życia — 59 osób (41,3%).



Rysunek 1. Histogram dla wieku w całej badanej grupie osób

Tabela 1. Opis badanej grupy ($N = 144$)

Kategorie	Opis	Dane
Płeć biologiczna	Kobieta	100 (69,4%)
	Mężczyzna	42 (29,2%)
	Brak danych	2 (1,4%)
Orientacja seksualna	Heteroseksualna	140 (97,9%)
	Homoseksualna	—
	Biseksualna	2 (1,4%)
	Inne	1 (0,7%)
	Brak danych	1 (0,7%)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Płeć psychologiczna	Taka sama, jak biologiczna	138 (95,8%)
	Inna niż biologiczna	—
	Inne ¹	1 (0,8%)
	Brak danych	4 (3,4%)
Podejście psychoterapeutyczne	Psychodynamiczne	23 (16,0%)
	Systemowe	29 (20,1%)
	Psychodynamiczno-systemowe	32 (22,2%)
	Integracyjne	35 (24,3%)
	Inne	13 (9,0%)
	Brak danych	12 (8,3%)
Staż zawodowy	N	129
	Brak danych	15
	Średnia \pm SD	14,4 \pm 9,6
	Me (Q ₁ –Q ₃)	12 (8–19)
	min – max	1–43
Kwalifikacje zawodowe w zakresie psychoterapii:		
a. Certyfikowany psychoterapeuta		57 (39,6%)
b. Przed uzyskaniem certyfikatu (ukończone szkolenie całościowe)		14 (9,7%)
c. W trakcie szkolenia całościowego		57 (39,6%)
d. Nieuczestniczenie w szkoleniu całościowym		16 (11,1%)
Kwalifikacje zawodowe w zakresie superwizji:		
a. Certyfikowany superwizor		14 (9,7%)
b. Superwizor aplikant		9 (6,2%)
c. Żadna z powyższych opcji		121 (84,0%)

Dane przedstawiają częstotliwości i procenty w przypadku danych katégorycznych, średnią, odchylenie standardowe (SD), medianę (Me), niższy i górny kwartyl (Q1–Q3) oraz minimalne i maksymalne wartości.

Stu czterdziestu (97,9%) uczestników określiło swoją orientację jako heteroseksualną i potwierdziło spójność swojej płci kulturowej z płcią biologiczną. Psychoterapeuci byli zróżnicowani w zakresie podejść psychoterapeutycznych, z jakimi się identyfikowali. Staż zawodowy mieścił się w granicach od 1 roku do 48 lat, z przeciętną 14,4 \pm 9,6 roku. Osoby należące do grupy badanej miały wysokie kwalifikacje: prawie 40% uczestników miało certyfikat psychoterapeuty, a drugie 40% badanych było w trakcie całościowego szkolenia przygotowującego do uzyskania certyfikatu. Nieco mniej niż 10% badanych miało certyfikat superwizora psychoterapii, a 6% było w trakcie szkolenia prowadzącego do jego uzyskania.

Prowadzone analizy statystyczne uwzględniały wszystkie powyżej wymienione zmienne niezależne: wiek, płeć biologiczną, długość stażu zawodowego i reprezentowane podejście psychoterapeutyczne.

Wyniki

Badani psychoterapeuci zadeklarowali, że w procesie rozumienia pacjentów odwołują się do swoich doświadczeń jako dziewczynki/chłopca (D/Ch), córki/syna (C/S), kobiety/mężczyzny (K/M), matki/ojca (M/O), partnera/partnerki (P/P) w dużym albo średnim stopniu (Tabela 2). Różnice procentowe pokazują, że psychoterapeuci najczęściej odwołują się do swoich doświadczeń bycia kobietą/mężczyzną, partnerem/partnerką oraz córką/synem. Do swoich doświadczeń jako siostry/brata odwołują się w średnim albo małym stopniu.

Tabela 2. Częstotliwość i procent odpowiedzi na pytanie: w jakim zakresie psychoterapeuta odnosi się do swoich doświadczeń jako dziewczynki/chłopca (D/Ch), córki/syna (C/S), kobiety/mężczyzny (K/M), matki/ojca (M/O), partnera/partnerki (P/P), siostry/brata (S/B) w procesie rozumienia pacjenta

	D/Ch	C/S	K/M	M/O	S/B	P/P
W dużym	41 (28,5%)	58 (40,3%)	74 (51,4%)	55 (38,2%)	30 (20,8%)	64 (44,4%)
Średnim	54 (37,5%)	58 (40,3%)	56 (38,9%)	32 (22,2%)	49 (34,0%)	62 (43,1%)
W niewielkim	38 (26,4%)	23 (16,0%)	12 (8,3%)	11 (7,6%)	44 (30,6%)	13 (9,0%)
Wcale	1 (0,7%)	1 (0,7%)	—	10 (6,9%)	3 (2,1%)	1 (0,7%)
Nie dotyczy	1 (0,7%)	—	—	29 (20,1%)	11 (7,6%)	—
Brak danych	9 (6,2%)	4 (2,8%)	2 (1,4%)	7 (4,9%)	7 (4,9%)	4(2,8%)

Uzyskane rezultaty ujawniły, że psychoterapeuci odnoszą się do własnych doświadczeń związanych z płcią i rolami płciowymi podczas terapii indywidualnej (TI), terapii par (TP), terapii rodzinnej (TR) w dużym i średnim stopniu, a w mniejszym podczas terapii grupowej (TG) (tabela 3).

Tabela 3. Częstotliwość i procent odpowiedzi na pytanie: w jakim zakresie psychoterapeuta odnosi się do własnego doświadczenia z płcią podczas indywidualnej terapii (TI), terapii par (TP), terapii rodzinnej (TR) i terapii grupowej (TG)

	TI	TP	TR	TG	SUP
W dużym	49 (34,0%)	42 (29,4%)	31 (21,5%)	16 (11,1%)	14 (9,7%)
Średnim	60 (41,7%)	52 (36,1%)	44 (30,6%)	36 (25,0%)	24 (16,7%)
W niewielkim	25 (17,4%)	14 (9,7%)	23 (16,0%)	23 (16,0%)	23 (16,0%)
Wcale	2 (1,4%)	2 (1,4%)	2 (1,4%)	4 (2,8%)	6 (4,2%)
Nie dotyczy	3 (2,1%)	23 (16,0%)	26 (18,1%)	44 (30,6%)	55 (38,2%)
Brak danych	5 (3,5%)	11 (7,6%)	18 (12,5%)	21 (14,6%)	22 (15,3%)

TI — terapia indywidualna, TP — terapia par, TR — terapia rodzinna, TG — terapia grupowa, SUP — superwizja

Opierając się na liczebności w każdej z grup wiekowych badanych uczestnicy zostali podzieleni na dwie grupy poniżej 40. r.ż. (N = 64, 44,8%) i na grupę powyżej 40. r.ż. (N = 79, 55,2%).

Podział na te dwie grupy był także uzasadniony merytorycznie, gdyż uwzględniał różnicę doświadczeń wynikających ze zmian społeczno-kulturowych. Osoby przed 40. rokiem życia w momencie transformacji ustrojowej były dziećmi albo urodziły się już po 1989 roku, co oznacza, że ich dojrzewanie i dorosłość przypadły na okres intensywnych przemian, z jednej strony liberalizujących życie społeczne i promujących równość płci, z drugiej — w odpowiedzi na liberalny dyskurs — głoszących tradycyjne wartości neo-konserwatyizmu. Grupa osób po 40. roku życia dojrzewanie i wczesną dorosłość spędziła w kulturze, którą cechowały aspekty patriarchalne przełamane zmianami wniesionymi przez system komunistyczny ideologicznie zacierający różnice pomiędzy płciami.

Odpowiedzi dotyczące stopnia, w jakim problematyka płci i powiązanych z nią ról jest wnoszona do superwizji, budzą zastanowienie. 38% odpowiedzi „nie dotyczy” może wskazywać, że badani odczytali to pytanie jako skierowane do superwizorów. Może też oznaczać, że doświadczenia genderowe nie są wnoszone do superwizji. Niejednoznaczność pytania nie pozwala właściwie zinterpretować uzyskanych odpowiedzi.

Następnie w badanych grupach przeprowadzono analizę porównawczą wszystkich pytań kwestionariusza. Tabela 4 przedstawia częstotliwości i procenty odpowiedzi uczestników różniących się istotnie wiekiem. Rozkład odpowiedzi dla pozostałych pytań nie różnił się istotnie między badanymi grupami, stąd zostały one pominięte w tabeli 4.

Tabela 4. Statystycznie istotne wyniki porównań odpowiedzi na pytania kwestionariusza w grupie osób poniżej i powyżej 40 lat

		wiek < 40 (N = 64)	wiek ≥ 40 (N = 79)	P
W jakim stopniu w zrozumieniu pacjentów różnej płci odwołuje się Pani/Pan do własnych doświadczeń bycia córką /synem	W dużym	32 (50,0%)	26 (34,2%)	0,006
	Średnim	27 (42,2%)	31 (40,8%)	
	W niewielkim	4 (6,2%)	19 (25,0%)	
	Wcale	1 (1,6%)	0 (0%)	
	Nie dotyczy	—	—	
W jakim stopniu w zrozumieniu pacjentów różnej płci odwołuje się Pani/Pan do własnych doświadczeń bycia matką / ojcem	W dużym	25 (39,1%)	30 (41,1%)	0,007
	Średnim	9 (14,1%)	23 (31,5%)	
	W niewielkim	3 (4,7%)	8 (11,0%)	
	Wcale	7 (10,9%)	3 (4,1%)	
	Nie dotyczy	20 (31,2%)	9 (12,3%)	
W jakim stopniu w zrozumieniu pacjentów różnej płci odwołuje się Pani/Pan do własnych doświadczeń bycia partnerką / partnerem	W dużym	37 (57,8%)	27 (35,5%)	0,024
	Średnim	24 (37,5%)	38 (50,0%)	
	W niewielkim	3 (4,7%)	10 (13,2%)	
	Wcale	0 (0%)	1 (1,3%)	
	Nie dotyczy	—	—	
W jakim stopniu pojawiające się w trakcie sesji uczucia ekscytacji / sytuacje uwodzenia zakłócają prowadzenie terapii	Bardzo	9 (14,1%)	5 (6,3%)	0,014
	Średnio	36 (56,2%)	31 (39,2%)	
	W niewielkim	18 (28,1%)	36 (45,6%)	
	Wcale	1 (1,6%)	7 (8,9%)	

Wyniki pokazują, że osoby poniżej 40. roku życia w większym stopniu odwołują się do swoich doświadczeń jako córki/syna ($p = 0,006$) oraz jako partnerki/partnera w związku ($p = 0,024$) niż osoby powyżej 40. r.ż. Dodatkowo tej grupie terapeutów uczucia ekscytacji/sytuacje uwodzenia przez pacjenta w większym stopniu niż osobom powyżej 40. r.ż. zakłócają prowadzenie sesji ($p = 0,014$). Osoby powyżej 40. roku życia w większym stopniu odnoszą się do swoich doświadczeń matki/ojca ($p = 0,007$).

Odpowiedzi na pytanie o stopień, w jaki atrakcyjność pacjentki zaburza/ułatwia proces terapii (Pa-Z/Pa-S) i stopień, w jaki atrakcyjność pacjenta męczyzny zaburza/ułatwia proces terapii ujawniały znaczące statystycznie różnice pomiędzy obiema płciami.

Tabela 5 zawiera rozkłady odpowiedzi w grupie kobiet i mężczyzn na te pytania, w których wystąpiły znaczące różnice.

Tabela 5. Wybrane wyniki porównań odpowiedzi na pytania kwestionariusza w grupie kobiet i mężczyzn

		Kobiety (N = 100)	Mężczyźni (N = 42)	P
W jakim stopniu atrakcyjność pacjentki zakłóca prowadzenie terapii	Bardzo	0 (0%)	2 (4,8%)	< 0,001
	Średnio	14 (14,1%)	21 (50,0%)	
	W niewielkim	59 (59,6%)	15 (35,7%)	
	Wcale	26 (26,3%)	4 (9,5%)	
W jakim stopniu atrakcyjność pacjenta zakłóca prowadzenie terapii	Bardzo	6 (6%)	0 (0%)	< 0,001
	Średnio	34 (34%)	4 (9,5%)	
	W niewielkim	54 (54%)	22 (52,4%)	
	Wcale	6 (6%)	16 (38,1%)	
W jakim stopniu atrakcyjność pacjentki sprzyja prowadzeniu terapii	Bardzo	3 (3%)	2 (4,8%)	0,781
	Średnio	25 (25,3%)	12 (28,6%)	
	W niewielkim	57 (57,6%)	21 (50,0%)	
	Wcale	14 (14,1%)	7 (16,7%)	
W jakim stopniu atrakcyjność pacjenta sprzyja prowadzeniu terapii	Bardzo	2 (2%)	1 (2,4%)	0,007
	Średnio	34 (34%)	5 (11,9%)	
	W niewielkim	50 (50%)	22 (52,4%)	
	Wcale	14 (14%)	14 (33,3%)	

Atrakcyjność pacjenta płci przeciwnej niż płeć psychoterapeuty zakłóca prowadzenie terapii w obu badanych grupach ($p < 0,001$). W przypadku terapii prowadzonej zarówno przez psychoterapeutki, jak i psychoterapeutów atrakcyjność pacjentki nie jest czynnikiem, który znacząco zwiększałby szanse na jej powodzenie ($p = 0,781$). W przypadku terapii prowadzonej przez psychoterapeutki atrakcyjność pacjenta w ocenie psychoterapeutek sprzyja powodzeniu terapii ($p = 0,007$).

Podsumowując: wiek i płeć biologiczna psychoterapeutów okazały się czynnikami różnicującymi badaną grupę, uruchamiając zróżnicowane doświadczenia i przeżywanie pacjenta (tabela 6).

Tabela 6. **Wiek i płeć psychoterapeutów a uruchamianie się głosów wewnętrznych w procesie psychoterapii**

Kategorie	Ważność doświadczeń psychoterapeuty wynikających z jego roli w rodzinie	Znaczenie atrakcyjności pacjenta płci przeciwnej
Psychoterapeutki poniżej 40. r.ż.	Rola córki /partnerki	Zakłócające, ale też sprzyjające powodzeniu terapii
Psychoterapeuci poniżej 40. r.ż.	Rola syna /partnera	Zakłócające
Psychoterapeutki powyżej 40. r.ż.	Rola matki	Mniej zakłócające / sprzyjające powodzeniu terapii
Psychoterapeuci powyżej 40. r.ż.	Rola ojca	Mniej zakłócające / sprzyjające powodzeniu terapii

Zarówno w ocenie kobiet, jak i mężczyzn aprobatą sposobu, w jaki pacjenci wypełniają role związane z płcią sprzyja prowadzeniu terapii w średnim stopniu (K — 44,7%, M — 47%) lub niewielkim (K — 38%, M — 37%). W tym wymiarze płeć nie różnicowała istotnie otrzymanych wyników.

Dyskusja

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że polscy psychoterapeuci, prowadząc psychoterapię, uruchamiają swoje doświadczenia, wewnętrzne głosy dotyczące płci i powiązanych z nią ról w celu lepszego rozumienia pacjentów, z którymi pracują. Dzieje się tak zwłaszcza w przebiegu psychoterapii indywidualnej, rodzinnej i par, w których wykorzystują oni swoje doświadczenia szczególnie jako córki/syna, kobiety/mężczyzny, matki/ojca, partnerki/partnera — a w znacznie mniejszym stopniu w terapii grupowej. Wynik ten wydaje się spójny ze specyfiką każdej z form psychoterapii. Intensywność relacji psychoterapeutycznej w psychoterapii indywidualnej oraz w terapii rodzin i par może w większym stopniu uruchamiać własne doświadczenia psychoterapeuty, niż sytuacja terapii grupowej, w której najistotniejszym aspektem jest rozumienie dynamiki i fazy procesu grupowego.

Terapeuci poniżej 40. roku życia relacjonowali, że ich doświadczenia jako córki/syna oraz jako partnerki/partnera stanowiły ważne źródło odniesienia w pracy terapeutycznej, podczas gdy dla terapeutów starszych ważniejsze były ich doświadczenia związane z rolą matki/ojca. Pokazuje to, że psychoterapeuci korzystają z osobistych doświadczeń związanych z rolami w rodzinie pochodzenia i we własnym związku spójnie z ich wiekiem i cyklem życia. Można się zastanawiać, w jakim stopniu uruchamianie się wewnętrznych głosów rzeczywiście pomaga im w rozumieniu pacjenta, a w jakim intensyfikuje przeciwprzeniesienie poprzez identyfikację bądź kontrydentyfikację z pacjentem. Perspektywa systemowa wskazuje na znaczenie różnicy w psychoterapii. Jak pisał Bateson [36] różnica jest informacją, gdy czyni różnicę (*a difference which makes a difference*), a więc wnosi nowe znaczenia, poszerza perspektywę, zaciekawia. Podobnie o tym pisał Cecchin [37, 38], podkreślając z jednej strony znaczenie podtrzymywania postawy zaciekawienia u psychoterapeuty (*curiosity*), z drugiej postawy kwestionowania (*irrelevance*) własnych poglądów i przekonań jako czynników istotnych w procesie psychoterapii. Pojawia się pytanie, jak uruchamianie się głosów osobistego doświadczenia psychoterapeuty wpływa

na utrzymanie się tych pozycji: zaciekawienia i kwestionowania swoich przekonań. Uzyskane rezultaty wskazują kierunek dla dalszych badań.

Wyniki pokazały, że grupa młodszych psychoterapeutów przeżywa atrakcyjność pacjenta odmiennej płci jako zakłócającą przebieg terapii w większym stopniu niż grupa starszych psychoterapeutów. Dla młodszych psychoterapeutów kobiet i mężczyzn praca z atrakcyjnym pacjentem płci przeciwnej jest wyzwaniem, które mężczyznom utrudnia prowadzenie terapii, a w przypadku psychoterapeutek może zarówno ją utrudniać, jak i jej sprzyjać. Zrozumienie, jakie aspekty związane z atrakcyjnością utrudniają lub sprzyjają psychoterapii wymaga także pogłębionego badania. W ankiecie nie wyodrębniono ani też nie proszono o doprecyzowanie, co dla terapeutów w relacji terapeutycznej stanowi o atrakcyjności pacjentów, czy mają na myśli atrakcyjność interpersonalną, fizyczną, seksualną. Stąd trudno interpretować uzyskane wyniki. Można np. przypuszczać, że jednoznaczna ocena młodszych mężczyzn, że atrakcyjność pacjentek jest czynnikiem utrudniającym psychoterapię, odnosi się do wymiaru ich atrakcyjności fizycznej i seksualnej i wyraża uruchamianie się fantazji popędowych psychoterapeutów. Ale może też wyrażać lepszą identyfikację i akceptację swoich wewnętrznych głosów dotyczących obszaru popędowości w porównaniu z pozostałymi grupami.

Uzyskane rezultaty wskazują na konieczność stałego analizowania w superwizji kwestii związanych z przeżywaniem atrakcyjności pacjentów i nakładają na superwizora zadanie wprowadzania do procesu superwizji pytań o fantazje seksualne, co pozwala na bardziej otwarte dyskusowanie tych aspektów relacji terapeutycznej [32]. Wyniki potwierdzają znaczenie w superwizji procesu przeciwprzeniesienia związanego z uruchamianiem się wewnętrznych głosów osobistych psychoterapeuty. Są zarazem wskazaniem dla podjęcia dalszych badań, które pozwoliłyby na zidentyfikowanie treści tych głosów w trakcie przebiegu danej sesji terapeutycznej i pokazanie, jak współkonstruuja one proces terapii.

Warto zaznaczyć, że badanie wewnętrznych głosów uruchamiających się w trakcie sesji terapeutycznej rodzi wiele metodologicznych wyzwań. W trakcie prowadzenia sesji terapeuta stara się rozumieć swoje odczucia, co sprawia, że stają się one bardziej świadome i uporządkowane. Następnie poprzez wypowiedzianie stają się one jeszcze bardziej uporządkowane, ale zarazem nie są już tym samym, co myśli i odczuwanie [6]. Stąd aktualne jest pytanie: jakie metody badawcze pozwalają jak najbliżej dotrzeć do uruchamiających się myśli i uczuć. Stosowane procedury do badania głosów wewnętrznych, takie jak np. Dialogical Analysis [6, 7] i Interpersonal Proces Recall [39], mają swoje ograniczenia w postaci odpamiętywania doświadczeń doznanych w trakcie sesji. Jak pisze Rober i in. [40] usłyszenie i zrozumienie przez terapeutę swoich wewnętrznych głosów jest ważne dla procesu terapii. Kwestia ta jest szczególnie ważna w terapii rodzin i par. Analiza przeprowadzona przez Błowa, Timm i Coxa [9] dostarcza jednoznacznych dowodów, że terapia rodzin i par szczególnie aktywizuje doświadczenia związane z płcią i powiązanymi z nią rolami poprzez projektowanie na terapeutów oczekiwań członków rodziny.

Wnioski praktyczne, jakie nasuwają się w kontekście uzyskanych wyników to, poza zaznaczoną już powyżej ważnością superwizji, konieczność podniesienia wagi dyskusowanych kwestii związanych z płcią w środowisku polskich psychoterapeutów. Ważne wydaje się zarówno podjęcie szczegółowych badań dotyczących znaczenia płci w psychoterapii, jak i wkomponowanie w programy szkolenia psychoterapeutycznego modułu przerna-

czonego na zagadnienia znaczenia płci biologicznej i kulturowej, obejmującego i ujęcie teoretyczne, i doświadczenia własne dotyczące tego obszaru. W znacznie szerszym stopniu niż dotąd należałoby także w trakcie ogólnopolskich konferencji psychoterapeutycznych podejmować te wątki genderowe, które dla psychoterapeutów powinny być przedmiotem pogłębionej refleksji w pracy własnej i w superwizji.

Zaprezentowane badanie ma ograniczenia. Jednym z nich jest relatywnie mała liczba psychoterapeutów biorących w nim udział w porównaniu z ogólną liczbą psychoterapeutów w naszym kraju. Ponieważ 98% badanych zadeklarowało się jako osoby heteroseksualne, wyniki można odnieść tylko do psychoterapeutów o tej orientacji. Badanie miało charakter ankiety; psychoterapeuci wskazali, że są świadomi zarówno uruchamiania się ich wewnętrznych głosów związanych z płcią i powiązanych z nią rolami, jak i korzystania z nich w procesie rozumienia pacjentów. W tym sensie dzielili się świadomością tego procesu i deklarowali ważność tych zagadnień. To rozpoznanie znaczenia problematyki gender dokonane przez terapeutów jest ważne, ale nie jest tym samym, co obiektywnie przeprowadzone badanie, ilustrujące, jak w trakcie prowadzonej konkretnej sesji terapeutycznej aktywizują się wewnętrzne głosy psychoterapeuty oraz jak współkształtują one interakcję psychoterapeuta — pacjent, psychoterapeuta — członkowie rodziny.

Piśmiennictwo

1. Stoller RJ. Sex and gender: The development of masculinity and femininity. Abingdon-on-Thames: P: Taylor & Francis Group, 1994.
2. Butler J. Uwikłani w płęć. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej, 2008.
3. Stokoe EH. Gender and discourse, gender and categorization: current developments in language and gender research. *Qual. Res. Psychol.* 2004; 1: 107–129.
4. Hermans HJM. The dialogical self: between exchange and power. W: Hermans HJM, Dimaggio G, red. *The dialogical self in psychotherapy*. Hove, New York: Brunner-Routledge; 2004, s. 13–28.
5. Hermans HJ, Gieser T, red. *Handbook of dialogical self theory*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
6. Rober P. The therapist's self in dialogical family therapy: Some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation. *Fam. Process.* 2005; 44: 477–495.
7. Rober P. Family therapy as a dialogue of living persons: a perspective inspired by Bakhtin, Voloshinov and Shotter. *J. Marital Fam. Ther.* 2005; 31: 385–397.
8. Artkoski T, Saarnio P. Therapist's gender and gender roles: impact on attitudes toward clients in substance abuse treatment. *J. Add.* 2013; ID 591521, <http://dx.org.1155/2013/591521>.
9. Blow AJ, Timm TM, Cox R. The role of the therapist in therapeutic change: does therapist gender matter? <http://dx.doi.org/10.1080/0895280801907150>
10. Johnson LA, Caldwell BE. Race, gender and therapist confidence: effects on satisfaction with therapeutic relationships in MFT. *Am. J. Fam. Ther.* 2011; 39: 307–324.
11. Jones EE, Zoppel CL. Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome. *J. Consul.Clin. Psychol.* 1982; 50; 2: 259–272.

12. Gehart DR, Lyle RR. Client experience of gender in therapeutic relationships: an interpretive ethnography. *Fam. Proc.* 2001; 40;4: 443–458.
13. Beutler LE, Brown MT, Crothers L, Booker K, Seabrook MK. The dilemma of factitious demographic distinctions in psychological research. *J. Consul. Clin. Psychol.* 1996; 64: 892–902.
14. Schields CG, McDaniel SH. Process differences between male and female therapist in a first family interview. *J. Marital Fam. Ther.* 1992, <https://www.researchgate.net/publication/229459197>.
15. Anderson H. *Conversation, language and possibilities: a postmodern approach to therapy.* New York: Basic Books; 1997.
16. Werner-Wilson RJ, Zimmerman TS, Price SJ. Are goals and topics influenced by gender modality in the initial marriage and family sessions. *J. Marital Fam. Ther.* 1999; 25: 253–262.
17. Nelson ML. A current perspective on gender differences: implications for research in counseling. *J. Consul. Psychol.* 1993; 40: 200–209.
18. BhatiKS. Effect of client-therapist gender match on the therapeutic relationship: an exploratory analysis. *Psychol. Rep.* 2014; 115, 2: 565–585.
19. Wintersteen MB, Mensinger JL, Diamond GS. Do gender and racial differences between patients and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents? *Profes. Psychol. Res. Pract.* 2005; 36: 400–408.
20. Hatcher SL, Favorote TK, Hardy EA, Goode RL, Deshelter LA, Thomas RM. An analogue study therapist empathic process: working with difference. *Psychother. Theor. Res. Pract.* 2006; 42: 198–210.
21. Bowers AMV, Bieschke KJ. Psychologists' clinical evaluation and attitudes: an examination of the influence of gender and sexual orientation. *Psychother. Theor. Res. Pract.* 2005; 36: 97–103.
22. Sutherland O, LaMarre A, Rice C, Hardt L: Gendered patterns of interaction: a Foucauldian discourse analysis of couple therapy. *Contem. Fam. Ther.* 2016, DOI 10.1007/s10591-016-9394-6.
23. Avis JM. *Feminist issues in family therapy.* W: Piercy FP, Sprenkle DH, red. *Family therapy sourcebook*, wyd. 2. New York, London: The Guilford Press; 1996.
24. Avis JM. *Pogłębianie świadomości: osobisty przewodnik po feminizmie i terapii rodzin.* W: Braverman L, red. *Podstawy feministycznej terapii rodzin.* Tłum. Anna Tanalska-Dulęba. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
25. Jones E. *Construction of gender in family therapy.* W: Burck Ch, Speed B, red. *Gender, power and relations.* London, New York: Routledge; 1995.
26. Braverman L, red. *Podstawy feministycznej terapii rodzin.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
27. Hecker LL, Trepper TS, Wetchler JS, Fontaine KL. The influence of therapist values, religiosity and gender in the initial assessment of sexual addiction by family therapists. *Am. J. Fam. Ther.* 1995; 23(3): 261–272.
28. McHale E, Carr A. The effect of supervisor and trainee therapist gender on supervision discourse. *J. Fam. Ther.* 1998; 20: 395–411.
29. Moorhouse A, Carr A. A study of live supervisory phone-ins in family therapy: correlates of client co-operation. *J. Marital Fam. Ther.* 2001; 27: 241–250.
30. Moorhouse A, Carr A. Gender and conversational behaviour in family therapy and live supervision. *J. Fam. Ther.* 2002; 24: 46–56.
31. Heru AM, Strong DR, Price M, Recupero PR. Boundaries in psychotherapy supervision. *Am. J. Psychother.* 2004; 58(1): 76–89.
32. Heru AMD, Strong D, Price M, Recupero PR. Self-disclosure in psychotherapy supervisors: gender differences. *Am. J. Psychother.* 2006; 60(4): 323–334.

33. Grabski B, Kasparek K. Dysfunkcje seksualne mężczyzn nieheteroseksualnych — analiza i krytyka piśmiennictwa. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(1): 85–94, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/63768>.
34. Grabski B, Kasparek K. Problemy seksualne u mężczyzn homo- i biseksualnych — omówienie kontekstu zagadnienia. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(1): 75–83, DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/61799>.
35. Letkiewicz K. Obraz kobiety we współczesnym polskim Kościele rzymskokatolickim — na podstawie artykułów z Katolickiej Agencji Informacyjnej oraz wypowiedzi duchownych Kościoła katolickiego. <http://feminoteka.pl/obraz-kobiety-we-wspolczesnym-polskim-kosciele-rzymskokatolickim>, 22.12.2016.
36. Bateson G. *Steps to an ecology of mind*. New York: E. P. Dutton, 1972.
37. Cecchin G. Hypothesizing, circularity, neutrality revisited: an invitation to curiosity. *Fam. Proc.* 1987, 26(4): 405–441.
38. Cecchin G, Lane G, Ray WA. *Irreverence a strategy for therapists' survival*. London: Karnac; 1992
39. Elliott R, Shapiro DA. Brief structured recall: a more efficient method for studying significant events. *Brit. J. Med. Psychol.* 1988; 61: 141–153.
40. Rober P, Seikkula J, Latila A. Dialogical analysis of storytelling in the family therapeutic encounter. *Hum. Syst. J. Ther. Consult. Training*, 2010; 21: 27–49.

Adres: bjozefik@cm-uj.krakow.pl