



Nauka  
Etyka  
Praktyka

# XI Konferencja PTTPB

Nauka, Etyka, Praktyka. Psychoterapia  
poznawczo-behawioralna w leczeniu  
pacjentów na przestrzeni życia



KSIĄŻKA ABSTRAKTÓW



**XI Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. prof. Zdzisława Bizonia**  
**Nauka. Etyka. Praktyka. Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu pacjentów na przestrzeni życia**

**Termin:** 22–24 maja 2026 r.

**Miejsce:** Międzynarodowe Centrum Kongresowe w Katowicach

**Formuła:** konferencja stacjonarna z wybranymi elementami dostępnymi online

**Organizator:** Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. prof. Zdzisława Bizonia

Konferencja PTTPB 2026 jest ogólnopolskim wydarzeniem naukowo-szkoleniowym poświęconym terapii poznawczo-behawioralnej, integrującym środowisko psychoterapeutów, superwizorów, badaczy, nauczycieli CBT oraz osób szkolących się w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Temat konferencji — **nauka, etyka i praktyka** — odwołuje się do trzech kluczowych wymiarów odpowiedzialnej pracy terapeutycznej: rzetelności naukowej, standardów etycznych oraz skutecznej, dostosowanej do potrzeb pacjentów praktyki klinicznej na różnych etapach życia ([www.konferencja2026.pttpb.pl](http://www.konferencja2026.pttpb.pl))

W programie konferencji znajdują się wykłady plenarne, warsztaty prekonferencyjne i śródkonferencyjne, sympozja tematyczne, sesje Q&A, sesje superwizyjne, dyskusje panelowe, sesje plakatowe oraz prezentacje badań. Udział w konferencji — zarówno w formule stacjonarnej, jak i online — obejmuje 30 godzin szkoleniowych, a udział w warsztatach prekonferencyjnych dodatkowe 4 godziny szkoleniowe ([www.konferencja2026.pttpb.pl](http://www.konferencja2026.pttpb.pl))

**Redakcja książki abstraktów:**

Kamila Grochowska-Kramek

**Korekta językowa:**

Katarzyna Markowska-Regulska

**Opracowanie graficzne i skład:**

Aleksandra Kochalska

**Kontakt organizacyjny:**

biuro@pttpb.pl

**Strona konferencji:**

[www.konferencja2026.pttpb.pl](http://www.konferencja2026.pttpb.pl)



<b>Wstęp</b>	4
<b>Komitety</b>	13
<b>Informacje organizacyjne</b>	17
<b>Walne Zebranie Członków PTTPB</b>	25
<b>Abstrakty</b>	28
<b>Sekcje PTTPB</b>	85
<b>Superwizja ma znaczenie</b>	93
<b>Podcast</b>	95
<b>Konkurs eseistyczny PTTPB</b>	97
<b>Teksty specjalne</b>	107
<b>Masterclass PTTPB 2026</b>	115
<b>EABCT 2026 w Brukseli</b>	118
<b>Bingo</b>	120



# Wstęp



Nauka  
Etyka  
Praktyka



## Słowo wstępne Przewodniczącej PTTPB

**Szanowni Państwo,**

**Drogie Członkinie, Drodzy Członkowie i Drogie Osoby Członkowskie PTTPB,**

W imieniu swoim oraz całego Zarządu Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Prof. Zdzisława Bizonia serdecznie dziękuję Państwu za udział w XI Konferencji Naukowej naszego Towarzystwa, która odbywa się w Katowicach pod hasłem „Nauka. Etyka. Praktyka. Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu pacjentów na przestrzeni życia.” Hasło konferencji odwołuje się do wartości, które kierowały nami przez całą XIII kadencję Zarządu i które będą nadal wyznaczać kierunek naszego działania. Te trzy filary – rzetelna wiedza naukowa, najwyższe standardy etyczne oraz odpowiedzialna praktyka kliniczna – stanowią rdzeń psychoterapii poznawczo-behawioralnej i codzienną praktykę tysięcy specjalistek i specjalistów zrzeszonych w PTTPB.

Zbliżając się do zakończenia XIII kadencji, patrzę z ogromną wdzięcznością i satysfakcją na dokonania naszego Towarzystwa. Dziś PTTPB zrzesza blisko 7 500 osób, co czyni nas największym stowarzyszeniem naukowym psychoterapeutów w Polsce działającym w nurcie poznawczo-behawioralnym. Społeczność PTTPB to prawie 2 500 certyfikowanych psychoterapeutów i psychoterapeutek, blisko 130 certyfikowanych superwizorów i superwizerek, a także niemal 130 osób z certyfikatem EABCT przyznanych naszym reprezentantom na arenie europejskiej — to liczby, które świadczą o sile, profesjonalizmie i odpowiedzialności naszego środowiska.

W tej kadencji kontynuowaliśmy wysokie standardy edukacyjne i certyfikacyjne, dbając nie tylko o jakość merytoryczną szkoleń, ale także o ich etyczne fundamenty. Rekomendujemy i atestujemy całościowe szkolenia oraz szkolenia superwizyjne w wielu ośrodkach w Polsce, w których obecnie uczestniczy kilka tysięcy osób szkolących się w psychoterapii poznawczo-behawioralnej.

Działalność PTTPB wykracza jednak daleko poza szkolenia i certyfikację. Nasze Towarzystwo aktywnie uczestniczy w debacie publicznej dotyczącej zdrowia psychicznego, współtworząc stanowiska i ekspertyzy dotyczące projektów ustaw i wszelkich regulacji prawnych mających wpływ na bezpieczeństwo pacjentów i jakość usług psychoterapeutycznych w Polsce.

Wśród naszych działań szczególne miejsce zajmują specjalistyczne sekcje tematyczne: Sekcja Terapii Kontekstualno-Behawioralnych, Sekcja Terapii Schematów, Sekcja DBT, Sekcja Team CBT. Tworzą one przestrzeń współpracy i wymiany doświadczeń dla osób rozwijających różne metody pracy. Sekcje te wspierają pogłębianie kompetencji klinicznych, rozwój badań oraz dbałość o wysokie standardy szkolenia i praktyki. Integrują środowisko wokół wspólnego celu, jakim jest skuteczna i etyczna pomoc oparta na dowodach naukowych. Dzięki ich działalności terapia poznawczo-behawioralna w Polsce pozostaje metodą dynamicznie rozwijającą się i spójną merytorycznie.

Nie byliśmy obojętni na wydarzenia, które jesienią 2024 dotknęły mieszkańców południa Polski, którzy zmagali się z wielką wodą. W odpowiedzi na potrzeby zgłaszane przez przedstawicieli placówek oświatowych podczas spotkania zorganizowanego przez Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Instytut Badań Naukowych opracowaliśmy poradnik „Pomaganie z głową”. Jest to broszura informacyjna dla pracowników oświaty o mechanizmach związanych z reakcjami traumatycznymi i skutecznymi sposobach radzenia sobie z nimi opracowana przez Barbarę Mołędę-Kusidło, Michała Naczyńskiego i dr n. med. Magdalenę Skotnicką-Chaberek. Ten krok jest dowodem na to, że PTTPB angażuje się również w działania profilaktyczne i edukacyjne poza środowiskiem terapeutycznym, promując psychoterapię poznawczo-behawioralną jako narzędzie podnoszenia jakości życia społecznego.

Ważnym obszarem naszych działań pozostaje również popularyzacja rzetelnej wiedzy i wspieranie środowiska w codziennej praktyce. Podcast naszego Towarzystwa przekazuje wiedzę, uczy i inspiruje,



przypominając, że „wiedza ma znaczenie” – zwłaszcza wtedy, gdy przekłada się na jakość pomocy udzielanej pacjentom. Kontynuowaliśmy także projekt „Superwizja ma znaczenie”; w kończącej się kadencji zrealizowaliśmy 31 bezpłatnych superwizji dla Członkiń i Członków PTTPB, wzmacniając dostęp do profesjonalnego wsparcia i dbałość o standardy pracy klinicznej. Przedstawiciele i przedstawicielki PTTPB regularnie udzielają komentarzy w obszarze zdrowia psychicznego w regionalnych i ogólnopolskich mediach. Serdecznie dziękuję wszystkim osobom zaangażowanym w prowadzenie i organizację tych inicjatyw – Państwa kompetencja, hojność i gotowość do dzielenia się doświadczeniem realnie wzmacniają całe nasze środowisko. Z dumą przypominam także, że w dniach 8–11 września 2027 roku w Warszawie odbędzie się konferencja European Association for Behavioural and Cognitive Therapies pod hasłem „CBT for Solidarity in Mental Health”. Organizacja tego wydarzenia przez nasze Towarzystwo jest ogromnym wyróżnieniem, ale także szansą na jeszcze większą integrację środowiska poznawczo-behawioralnego i wymianę doświadczeń na poziomie międzynarodowym.

Korzystając z tej okazji, pragnę z całego serca podziękować osobom, których wsparcie i współpraca miały dla mnie ogromne znaczenie. Dziękuję Pani Profesor Agnieszce Popiel i dr Ewie Pragłowskiej za ich nieocenione wsparcie merytoryczne. Dziękuję Pani Sylwii Pieńkowskiej – bez Twojej dyplomacji i uważności pełnienie tej funkcji byłoby znacznie trudniejsze. Dziękuję Pani Marzennie Kucińskiej za motywację, obecność i inspirację w rozwiązywaniu codziennych wyzwań. Chciałabym w tym miejscu oddać hołd Danusi Glen – naszej wieloletniej współpracownicy i członkini honorowej PTTPB, która była dla mnie ogromnym wsparciem i inspiracją. Jej obecność i motywacja pozostaną ze mną na zawsze.

Wyrazy szczególnej wdzięczności kieruję do całego Zarządu XIII kadencji oraz wszystkich Organów Towarzystwa: Komisji Naukowo-Dydaktycznej, Komisji Etyki, Sądu Koleżeńskiego i Komisji Rewizyjnej. Dziękuję za tytaniczną pracę, odpowiedzialność, uważność na standardy oraz gotowość do podejmowania często trudnych i wymagających decyzji. Wasze zaangażowanie, konsekwencja i poczucie wspólnoty sprawiły, że mogliśmy działać sprawnie, merytorycznie i z troską o najwyższą jakość. To była prawdziwa praca „wszystkich rąk na pokładzie” – dziękuję za każdą godzinę poświęconą na rozwój i bezpieczeństwo naszego środowiska.

Osobne wyrazy uznania i wdzięczności kieruję do Członkiń i Członków Komitetu Honorowego, Komitetu Naukowego oraz Komitetu Organizacyjnego konferencji w Katowicach. Dziękuję za Państwa zaufanie, profesjonalizm i ogrom serca włożony w przygotowanie tego wydarzenia. Dzięki Państwa wiedzy, doświadczeniu i organizacyjnej determinacji możemy dziś spotkać się w tak licznym gronie, wymieniać myśli, inspirować się i wspólnie rozwijać terapię poznawczo-behawioralną w Polsce. To Państwa praca nadała tej konferencji rangę, jakość i wyjątkową atmosferę.

Dziękuję wszystkim Członkiniom, Członkom i Osobom Członkowskim PTTPB za aktywne uczestnictwo i współtworzenie naszej społeczności. To dzięki Państwu terapia poznawczo-behawioralna w Polsce jest silna, wiarygodna i dynamicznie rozwijająca się.

Życzę Państwu inspirujących dyskusji, nowych doświadczeń i odwagi w łączeniu nauki, etyki i praktyki w codziennej pracy klinicznej. Skuteczna, odpowiedzialna i zindywidualizowana psychoterapia pozostaje naszym wspólnym zobowiązaniem.

Serdeczności,

**Agnieszka Tousty-Ingielewicz**

Przewodnicząca XIII kadencji Polskiego

Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej

im. prof. Zdzisława Bizonia



## Agnieszka Tousty-Ingielewicz

Absolwentka kierunku Social Psychology na Uniwersytecie SWPS w Warszawie, certyfikowana psychoterapeutka poznawczo-behawioralna (PTTPB, nr 822), certyfikowana terapeutka Europejskiego Towarzystwa Terapii Behawioralnej i Poznawczej (EABCT, nr 94) oraz certyfikowana psychoterapeutka terapii schematu (ISST, nr IND-3157). Od 2025 roku uczestniczy w szkoleniu dla Superwizorów-Dydaktyków PTTPB. W latach 2022–2026 pełni funkcję Przewodniczącej Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej.

Jest członkinią PTTPB oraz International Society of Schema Therapy (ISST). Posiada wieloletnie doświadczenie kliniczne w pracy z dziećmi, młodzieżą i osobami dorosłymi, wykorzystując w swojej praktyce terapię poznawczo-behawioralną oraz terapię schematu. Prowadzi działalność dydaktyczną na Uniwersytecie SWPS na kierunku Psychologia oraz jest wykładowczynią w akredytowanym przez PTTPB kursie psychoterapii poznawczo-behawioralnej w Instytucie Poznawczym. Współpracuje również z Kliniką Leczenia Niepłodności Invimed. Kieruje pracą Centrum Psychoterapii E-Moc-Ja w Warszawie.



## Witamy na XI Konferencji PTTPB 2026

Przygotowanie Konferencji PTTPB 2026 jest ogromnym przedsięwzięciem organizacyjnym, merytorycznym i logistycznym. Aktualnie w wydarzeniu zarejestrowanych jest już ponad 1700 osób, w tym ponad 900 uczestników stacjonarnych. To sprawia, że nasza konferencja staje się największą konferencją psychologiczną w Polsce — i jednocześnie pokazuje, jak duże jest zapotrzebowanie na rzetelną, aktualną i praktyczną wiedzę z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej.

Tak duże wydarzenie nie mogłoby powstać dzięki pracy jednej osoby. Jest efektem zaangażowania wielu ludzi, ogromnej liczby godzin, setek decyzji, rozmów, wiadomości, poprawek, ustaleń i działań, których często nie widać w gotowym programie konferencji, ale bez których żaden jego element nie mógłby zaistnieć. Chciałabym bardzo serdecznie podziękować wszystkim osobom zaangażowanym w prace komitetów konferencyjnych. Szczególne podziękowania kieruję do Komitetu Honorowego, który swoim autorytetem, doświadczeniem i dorobkiem naukowym wspiera ideę konferencji oraz nadaje jej szeroką perspektywę. Dziękuję również Komitetowi Naukowemu za troskę o najwyższą jakość merytoryczną programu, ocenę zgłoszeń, dobór tematów i prelegentów oraz czuwanie nad tym, aby konferencja była miejscem prezentacji aktualnej, rzetelnej i ważnej klinicznie wiedzy.

Osobne, bardzo szczególne podziękowania kieruję do dr Alicji Raczak, przewodniczącej Komitetu Naukowego, która wykonała ogromną pracę związaną z przygotowaniem zawartości merytorycznej konferencji. To dzięki jej zaangażowaniu, uważności i konsekwencji program wydarzenia mógł osiągnąć tak wysoki poziom.

Dziękuję także kapitule konkursu eseistycznego — Magdalenie Czernek-Malik oraz dr Annie Englert Bator — za podjęcie się zadania, które wymagało nie tylko czasu i uważnej lektury, lecz także dużej wrażliwości na sposób, w jaki terapeuci myślą o psychoterapii, nauce i rozwoju zawodowym.

Moje ogromne podziękowania kieruję do Komitetu Organizacyjnego. Ilość pracy wykonanej przez ten zespół jest naprawdę trudna do opisanego: od kontaktu z prelegentami, przez ustalenia techniczne, komunikację z uczestnikami, współpracę z partnerami, przygotowanie materiałów, aż po wszystkie drobne decyzje, bez których tak duże wydarzenie nie mogłoby się odbyć. Szczególnie dziękuję dr Katarzynie Markowskiej-Regulskiej, która była dla mnie kimś znacznie więcej niż wiceprzewodniczącą Komitetu Organizacyjnego — w praktyce współtworzyła tę konferencję ze mną na każdym etapie jej przygotowań. Dziękuję również Annie Lampert za ogromne zaangażowanie w tworzenie wizualnej oprawy wydarzenia i nadanie konferencji spójnego, profesjonalnego charakteru.

Dziękuję wszystkim wolontariuszkom i wolontariuszom, patronom, partnerom, wydawnictwom oraz wystawcom. Państwa obecność i zaangażowanie pozwalają stworzyć nie tylko wydarzenie naukowe, lecz także przestrzeń spotkania, wymiany doświadczeń i rozwoju dla bardzo dużej społeczności terapeutów, psychologów, lekarzy, badaczy i osób szkolących się.

Na koniec chciałabym podziękować wszystkim uczestniczkom i uczestnikom konferencji. Tak liczne zapisy są dla nas ogromną satysfakcją, ale też dużą odpowiedzialnością. Pokazują, że środowisko terapii poznawczo-behawioralnej w Polsce jest żywe, zaangażowane i gotowe do dalszego rozwoju. Mam nadzieję, że konferencja będzie dla Państwa wartościowym czasem — pełnym wiedzy, inspiracji, spotkań i refleksji, które zostaną z Państwem na długo po jej zakończeniu.

### **Kamila Grochowska-Kramek**

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego  
XI Konferencji PTTPB 2026



# Wspomnienie o Danucie Glen



**Droga Danusiu,  
Szanowna Pani Danuto Glen,**

To pierwsza od dawna konferencja naukowa bez Ciebie. 10 sierpnia 2025 roku nasze Towarzystwo straciło nie tylko pracownika zaangażowanego całym sercem w codzienną, mrówczą pracę i działania administracyjne. Od pierwszych dni Pani obecności wśród nas podjęła się Pani trudnego zadania: uczyła Pani kolejne władze organizacji i troski o każdego członka Towarzystwa. Cierpliwie, a czasem bardzo zasadniczo dopilnowywała Pani naszych działań w zakresie formalności, komunikacji i rozliczeń, organizacji, prowadzenia dokumentacji i wydawania tysięcy certyfikatów.

Przez Pani ręce przewinęły się gigabajty informacji i koordynacja wielu działań statutowych.

Pani praca przekładała się bezpośrednio na sukces Towarzystwa — zarówno w wymiarze statutowym, jak i w codziennym działaniu. Była Pani naszym Honorowym Członkiem i w naszych sercach pozostanie Pani bohaterem nieustająco trwającej opowieści, jaką są losy PTPPB.

Dziękujemy

Śmierć zabrała wielu cennych współpracowników Towarzystwa, zawsze za wcześnie i nieoczekiwanie - teraz zabrakło też Ciebie. Wielokrotnie pomagałaś, organizowałaś, podpowiadałaś i wspierałaś nas w różnych działaniach na rzecz Towarzystwa i psychoterapii. Byłaś czasem jak opoka, a czasem jak Anioł Stróż — i nie mylmy się: na widok Twojego numeru na wyświetlaczu natychmiast uruchamiał się automatyczny rachunek sumienia: czy zrobiłam już wszystko, co do mnie należało?

Towarzystwo i my w nim byliśmy dla Ciebie ważni — bo dla Ciebie PTPPB było misją i przygodą. I tego właśnie chcemy się od Ciebie uczyć: odpowiedzialności za nasze zobowiązania i radości z dobrze wykonanej pracy. Czasem jest nam bardzo ciębie brak.

**Magdalena Skotnicka-Chaberek**

Wiceprzewodnicząca Zarządu PTPPB  
w kadencji 2024-2026



## EABCT 2027 — zaproszenie prof. Agnieszki Popiel

### Pół wieku w służbie nauki i praktyki: Dziedzictwo EABCT

European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) to dziś potężna, światowa marka. Kiedy 21 lipca 1971 roku w Monachium grupa pasjonatów i badaczy powoływała do życia to, co dziś znamy jako European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT), prawdopodobnie nikt nie przypuszczał, że kładzie kamień węgielny pod największą regionalną organizację psychoterapeutyczną na świecie. Dziś to potężna rodzina 54 stowarzyszeń krajowych, reprezentująca blisko 60 000 specjalistów. Ale EABCT to coś więcej niż liczby – to pół wieku ewolucji od odważnych teorii do solidnego fundamentu terapii opartej na dowodach naukowych (EBP).

### Od behawioryzmu do rewolucji poznawczej i akceptacji

Zaczynaliśmy jako EABT, koncentrując się na tym, co widoczne – na zachowaniu. Jednak nauka nie stoi w miejscu. W 1992 roku symboliczne dodanie litery „C” (Cognitive) do nazwy stowarzyszenia było wyrazem dojrzałości nurtu. Dziś EABCT to nowoczesny dom dla terapii poznawczych i behawioralnych wszystkich wyodrębnianych fal – od klasycznego behawioryzmu, przez rewolucję poznawczą, aż po współczesne podejścia oparte na uważności i akceptacji. To właśnie ta otwartość pozwoliła organizacji stać się głównym architektem standardów klinicznych w Europie, gwarantując pacjentom dostęp do rzetelnej i wielowymiarowej pomocy.

### Globalne forum: Od EABCT do WCBCT

Kongresy organizowane przez EABCT to nie tylko wydarzenia naukowe – coroczne kongresy EABCT, ale kamienie milowe w rozwoju psychiatrii i psychologii. Organizacja wielokrotnie była gospodarzem Światowych Kongresów Terapii Poznawczej i Behawioralnej (WCBCT) – m.in. w Edynburgu, Kopenhadze, Barcelonie i Berlinie. To właśnie podczas tych globalnych spotkań wykuwały się nowoczesne protokoły terapeutyczne, a rekordowy kongres w Berlinie (2019) z udziałem ponad 4000 uczestników pokazał niestąbną siłę tego nurtu.

Na przestrzeni lat trybuny kongresowe gościły postacie formatu historycznego. Obok ojców założycieli, takich jak Joseph Wolpe, Albert Ellis czy Aaron T. Beck, pojawiali się giganci nauki: Albert Bandura, Martin Seligman, David Clark, Paul Salkovskis, Arnoud Arntz, Stefan Hofmann i Steven Hayes oraz wybitne badaczki kształtujące oblicze dzisiejszej kliniki – Judith Beck, Christine Padesky czy Anke Ehlers, Claudie Bockting, Emily Holmes. Wspomnienie niedawno zmarłej (2026 r.) Edny Foa, pionierki w dziedzinie traumy, przypomina o misji EABCT: łączeniu empatii z najwyższym rygiorem badawczym.



### **Polski wkład: Od akredytacji po wytyczne NICE**

Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB) jest od 25 lat integralną częścią tej europejskiej rodziny. Dołączenie do EABCT w 2000 roku oraz uzyskanie pełnej akredytacji w 2010 roku potwierdziło, że szkolenia w Polsce spełniają najbardziej rygorystyczne kryteria. Polscy terapeuci nie tylko czerpią z dorobku stowarzyszenia, ale i aktywnie go współtworzą – w ubiegłym roku 2025 w Glasgow Polacy – naukowcy, terapeuci byli najliczniejszą nie-brytyjską grupą uczestników kongresu EABCT. Szczególnym, osobistym zaszczytem było dla piszącej te słowa powierzenie mi w roku 2025 roli reprezentowania EABCT w programie Global Ambassador jako ambasadorki Światowej Konfederacji Terapii Poznawczych i Behawioralnych (WCCBT). Przyjęcie tej funkcji to dla mnie przede wszystkim zobowiązanie do kontynuowania ścieżki – w nauce i kształceniu psychoterapeutów wytyczonej przez tak wybitne autorytety jak Paul Gilbert, David Barlow czy Susan Bögels, którzy pełnili ją we wcześniejszych latach.

### **Przyszłość pisana w Warszawie**

Współczesne EABCT to organizacja responsywna, potrafiąca odnaleźć się w dobie kryzysów – od innowacji technologicznych wymuszonych pandemią, po aktywne wsparcie humanitarne w regionach dotkniętych konfliktami, takimi jak Ukraina. Ostatnie lata działalności EABCT to czas adaptacji do globalnych kryzysów. Pandemia COVID-19 wymusiła innowacje, prowadząc do organizacji pierwszego wirtualnego kongresu w Atenach (2020) oraz hybrydowego spotkania w Belfaście (2021). Obecnie stowarzyszenie angażuje się również w pomoc humanitarną, wydając oświadczenia etyczne dotyczące kryzysów m.in. w Ukrainie i Gazie, oraz promując zasoby wspierające zdrowie psychiczne w regionach dotkniętych konfliktami.

W 2027 roku serce europejskiej terapii poznawczo-behawioralnej zabije w Warszawie. To właśnie tam odbędzie się coroczny Kongres EABCT. Będzie to wielkie święto nauki, ale przede wszystkim ukłon w stronę każdego członka PTTPB i każdej osoby, która społecznie pracuje na rzecz naszego stowarzyszenia. Nasze dotychczasowe konferencje – w tym ta obecna w Katowicach (2026) – pokazują, że jesteśmy na to gotowi. EABCT wkroczyło w swoją drugą pięćdziesiątkę, a PTTPB w kolejną ćwierćwiecze. Nasze przestanie pozostaje niezmiennie: psychoterapia musi pozostać nauką, aby mogła skutecznie służyć człowiekowi.



## Agnieszka Popiel

Psychiatra, psychoterapeutka, superwizorka psychoterapii. W badaniach naukowych, praktyce klinicznej i edukacyjnej zajmuje się przede wszystkim psychoterapią, której skuteczność została zbadana i jest wdrażana zgodnie z założeniami evidence-based practice, a także psychopatologią zaburzeń psychicznych i problemów emocjonalnych zaburzeń osobowości. W ramach programów TRAKT, TRAKT II i TRAKT III prowadziła badania kliniczne nad traumą i zespołem stresu pourazowego (PTSD).

Były to pierwsze w Polsce badania porównujące skuteczność psycho- i farmakoterapii PTSD. Opracowała protokół terapii poznawczej PTSD, którego główne założenia stanowią podstawę programu profilaktyki „Skuteczne działanie w stresie”, opublikowanego jako protokół interwencji w 2019 r.

Inicjatorka powstania Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej w 1998 r. i jego reprezentantka w European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT). Członkini m.in. Working Group on Training Standards w EABCT.

Autorka kilkudziesięciu wystąpień konferencyjnych, prac badawczych, teoretycznych oraz podręczników poświęconych psychoterapii poznawczo-behawioralnej i superwizji psychoterapii.

Na Uniwersytecie SWPS wspólnie z dr Ewą Pragłowską kieruje studiami podyplomowymi – Szkołą Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej, a także studiami podyplomowymi w superwizji psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Kieruje Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii. Jest dyrektorem ds. naukowych i klinicznych Kliniki Terapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS.



# Komitety



Nauka  
Etyka  
Praktyka



Stworzenie przestrzeni do inspirującej wymiany myśli, prezentacji najnowszych osiągnięć naukowych i wspólnej refleksji nad praktyką terapeutyczną nie byłoby możliwe bez zaangażowania szerokiego grona członkiń i członków PTTPB. To dzięki ich ciężkiej pracy, kompetencjom i trosce o rozwój środowiska poznawczo-behawioralnego możliwe jest przygotowanie konferencji o takiej jakości merytorycznej i organizacyjnej.

## Komitet Honorowy

Komitet Honorowy czuwał nad ideą konferencji i używał swojego autorytetu całemu wydarzeniu. Jego członkowie reprezentują doświadczenie, dorobek naukowy i historyczną wiedzę o kierunkach rozwoju terapii poznawczo-behawioralnej, co dodaje konferencji prestiżu i szerokiej perspektywy spojrzenia na współczesne wyzwania.

### **dr hab., prof. Uniwersytetu SWPS Agnieszka Popiel – oficjalna reprezentantka PTTPB w EABCT**

prof. dr hab. Anita Bryńska

prof. dr hab. Przemysław Bąbel

prof. dr hab. Roman Cieślak

prof. dr hab. Wiesław Jerzy Cubata

prof. dr hab. Andrzej Kokoszka

prof. Bogdan Zawadzki

dr hab., prof. Uniwersytetu SWPS Jarosław Michałowski

dr hab. n. med. Bartosz Grabski

dr Ewa Pragłowska

mgr Marzenna Kucińska

mgr Sylwia Pieńkowska



## Komitet Naukowy

Komitet Naukowy odpowiadał za najwyższą wartość merytoryczną wydarzenia: tworzył treść programu, dobierał wykładowców, weryfikował i oceniał abstrakty oraz dbał o spójność naukową całej konferencji. Dzięki jego pracy uczestnicy mogą mieć pewność, że prezentowane tematy są aktualne, rzetelne i osadzone w najlepszych praktykach CBT.

### **dr Alicja Raczak – przewodnicząca**

prof. Przemysław Bąbel

dr Dorota Baran

dr Maria Cyniak-Cieciura

dr Maria Gałuszko-Węgielnik

dr Joanna Gutral

dr Grzegorz Mączka

dr Katarzyna Markowska-Regulska

dr Dorota Nowocin

dr Izabela Pawłowska

dr Magdalena Skotnicka-Chaberek

dr Karolina Staniaszek

dr Artur Wiśniewski

mgr Karolina Komorowska-Legierska



## Komitet Organizacyjny

Komitet Organizacyjny koordynował wszystkie praktyczne aspekty konferencji: logistykę, komunikację, współpracę z prelegentami i partnerami oraz przebieg wydarzenia „od strony organizacyjnej”. Jego praca zapewniła sprawne przygotowanie i realizację całego przedsięwzięcia, dzięki czemu uczestnicy mogą skoncentrować się na treści merytorycznej.



**Kamila  
Grochowska-Kramek**  
Przewodnicząca



**dr Katarzyna  
Markowska-Regulska**  
Wiceprzewodnicząca



**dr Anna  
Englert Bator**



**dr Magdalena  
Skotnicka-Chaberek**



**Magdalena  
Czernek-Malik**



**Magda  
Jankowska-Migdał**



**Grzegorz  
Marek**



**Przemysław  
Sikora**



**Agnieszka  
Ślęzak**



**Agnieszka  
Tousty-Ingielewicz**



# Informacje organizacyjne



Nauka  
Etyka  
Praktyka



## Lokalizacja konferencji

XI Konferencja Naukowa PTTPB odbywa się  
w **Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach**.

### **Międzynarodowe Centrum Kongresowe w Katowicach**

Plac Sławika i Antalla 1, 40-163 Katowice

Wejście do budynku będzie możliwe wyłącznie od Placu Sławika i Antalla 1, od strony Spodka.

([www.konferencja2026.pttpb.pl](http://www.konferencja2026.pttpb.pl))

## Rejestracja i odbiór identyfikatorów

Osoby zarejestrowane na udział stacjonarny prosimy o odbiór identyfikatorów w punkcie rejestracyjnym zlokalizowanym przy wejściu do Międzynarodowego Centrum Kongresowego, od strony Spodka.

### **Godziny pracy punktu rejestracyjnego:**

Data:	Godziny:
<b>22 maja 2026</b>	<b>8:15–19:00</b>
<b>23 maja 2026</b>	<b>8:15–19:00</b>
<b>24 maja 2026</b>	<b>8:15–16:00</b>

Identyfikator obowiązuje przez wszystkie trzy dni wydarzenia. Przy opuszczaniu budynku i ponownym wejściu na teren MCK należy każdorazowo okazać identyfikator osobom obsługującym rejestrację. Ze względu na duże zainteresowanie wydarzeniem oraz możliwe utrudnienia komunikacyjne prosimy o wcześniejsze przybycie na miejsce konferencji. ([www.konferencja2026.pttpb.pl](http://www.konferencja2026.pttpb.pl))

## Punkt informacyjny

Punkt informacyjny będzie zlokalizowany w **Holu Dolnym**.



## Catering

Osoby uczestniczące stacjonarnie będą miały zapewniony dostęp do przerw kawowych oraz lunchu. Catering będzie dostępny **w Holu Dolnym** oraz na poziomie **Sal Konferencyjnych**.

### Godziny lunchu:

Data:	Godziny:
<b>22 maja 2026</b>	<b>12:15–13:00</b>
<b>23 maja 2026</b>	<b>14:00–15:00</b>
<b>24 maja 2026</b>	<b>13:00–14:00</b>

## Strefa stoisk

Strefa stoisk będzie znajdować się **w Holu Dolnym Międzynarodowego Centrum Kongresowego**.

Data:	Godziny:
<b>22 maja 2026</b>	<b>8:15–19:00</b>
<b>23 maja 2026</b>	<b>8:15–19:00</b>
<b>24 maja 2026</b>	<b>8:15–16:30</b>

## Informacje dla prelegentek i prelegentów

Punkt zgrywania prezentacji będzie zlokalizowany na końcu **foyer Sal Balowych**, na poziomie **Holu Dolnego**.

### Godziny zgrywania prezentacji:

Data:	Godziny:
<b>22 maja 2026</b>	<b>12:00–17:00</b>
<b>23 maja 2026</b>	<b>8:30–18:15</b>
<b>24 maja 2026</b>	<b>8:30–15:30</b>

Prosimy o wcześniejsze przekazanie prezentacji i niepozostawianie tego na ostatni moment.



## Pokój dla zaproszonych gości i organizatorów

Pokój dla zaproszonych gości i organizatorów będzie znajdować się **w Sali Konferencyjnej 6**. Wejście będzie możliwe na podstawie identyfikatora **Organizator/Organizatorka** oraz **Keynote Speaker**.

Data:	Godziny:
<b>22 maja 2026</b>	<b>8:15–19:00</b>
<b>23 maja 2026</b>	<b>8:30–19:00</b>
<b>24 maja 2026</b>	<b>8:30–16:00</b>

## Sekretariat PTTPB

Sekretariat PTTPB będzie działał **w Sali Konferencyjnej 5**.

Data:	Godziny:
<b>22 maja 2026</b>	<b>8:15–19:00</b>
<b>23 maja 2026</b>	<b>8:30–19:00</b>
<b>24 maja 2026</b>	<b>8:30–16:00</b>

## Transmisje i retransmisje

Wybrane sesje konferencyjne będą transmitowane online. **Osoby uczestniczące w konferencji stacjonarnie również otrzymają link do transmisji online**, dzięki czemu będą mogły korzystać z dostępu zdalnego do transmitowanych części programu.

Nagrania z wybranych wykładów i sesji będą dostępne dla zarejestrowanych uczestniczek i uczestników konferencji **przez 12 miesięcy od zakończenia wydarzenia**. Dostęp do nagrań będzie możliwy po zalogowaniu na stronie konferencji.

## Język konferencji

Językiem wykładowym konferencji jest **język polski**.



## Bankiet konferencyjny

Bankiet konferencyjny odbędzie się **23 maja 2026 r. o godz. 20:00 w Sali Balowej B+C.**

Udział w bankiecie wymaga osobnej rejestracji oraz opłaty.

W programie bankietu przewidziano muzykę taneczną: **DJ-a oraz zespół muzyczny.** Obowiązuje strój **casualowy**, umożliwiający swobodny udział w zabawie i tańcu. Uczestniczki i uczestnicy bankietu będą mieli zapewnione **jedzenie oraz open bar.**

## Dojazd

Z Dworca PKP w Katowicach do Międzynarodowego Centrum Kongresowego można dojść pieszo w około 15 minut. Możliwy jest również dojazd taksówką lub tramwajem z przystanku Katowice Dworzec PKP liniami **T0, T13 lub T23** do przystanku **Katowice Rondo.**

## Kontakt

**Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej  
i Behawioralnej im. prof. Zdzisława Bizonia**

ul. Chłodna 64 lok. 306A

00-872 Warszawa

tel. +48 508 964 887

e-mail: konferencja@pttpb.pl

W sprawach związanych z rejestracją i płatnościami:

eventy@ptwp.pl



## Program ramowy konferencji

Piątek 22.05.26

Godzina	Sala Audytoryjna	Sala Balowa A	Sala Balowa B+C	Sala Konf. 1+2	Sala Konf. 23	Sala Konf. 24	Sala Konf. 25
09:00–10:30	<b>WARSZTAT</b> Pacjentka odwołała sesję? Co za ulga! Łagodnie ale wprost, wprost ale łagodnie – jak mówić pacjentom trudne rzeczy część 1	<b>WARSZTAT</b> Jak skutecznie pracować z zamartwianiem się część 1	<b>WARSZTAT</b> Powikłane ADHD – jak łączyć CBT i ACT w pracy z dorosłymi z zaburzeniami współistniejącymi? część 1	<b>WARSZTAT</b> Konceptualizacja pacjenta w wieku dziecięcym – jak ją tworzyć we współpracy z dziećmi młodszyimi część 1	<b>WARSZTAT</b> „Telefon, który uczy” – coaching telefoniczny dla pacjenta w ryzyku samobójczym w terapii dialektyczno-behavioralnej. Od teorii do praktyki klinicznej. część 1		
10:30–10:45 Przerwa							
10:45–12:15	<b>WARSZTAT</b> Pacjentka odwołała sesję? Co za ulga! Łagodnie ale wprost, wprost ale łagodnie – jak mówić pacjentom trudne rzeczy część 2	<b>WARSZTAT</b> Jak skutecznie pracować z zamartwianiem się część 2	<b>WARSZTAT</b> Powikłane ADHD – jak łączyć CBT i ACT w pracy z dorosłymi z zaburzeniami współistniejącymi? część 2	<b>WARSZTAT</b> Konceptualizacja pacjenta w wieku dziecięcym – jak ją tworzyć we współpracy z dziećmi młodszyimi część 2	<b>WARSZTAT</b> „Telefon, który uczy” – coaching telefoniczny dla pacjenta w ryzyku samobójczym w terapii dialektyczno-behavioralnej. Od teorii do praktyki klinicznej. część 1		
12:15–13:00 Przerwa lunch							
13:00–13:30			<b>OTWARCIE KONFERENCJI</b>				
13:30–14:15			<b>WYKŁAD OTWARCIA</b> Nauka, Etyka, Praktyka. Psychoterapia poznawczo-behavioralna w leczeniu pacjentów na przestrzeni życia				
14:15–15:00	<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Kompetencje i bezpieczeństwo kulturowe w pracy z osobami LGBTQ+		<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Co najpierw, co potem? – o planowaniu i prowadzeniu terapii poznawczo-behavioralnej w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego				
15:00–15:30 Przerwa							
15:30–16:15	<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Poza etykietę „przestępca”: Profil poznawczy osobowości psychopatycznej w modelu PPTM		<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Nie dość tej skuteczności? Między Scyllą faktów a Charybdą polityki zdrowotnej				
16:15–17:00		<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Terapia schematu – jak wykorzystywać aktualne wyniki badań naukowych w praktyce?	<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Moc wyobraźni w terapii: Mechanizmy i skuteczność wyobraźniowej zmiany wspomnień				
17:00–18:30		<b>WARSZTAT</b> Warsztaty dla rodziców dzieci neurorozwojowych jako interwencja oparta na dowodach: miejsce, znaczenie i praktyka w terapii poznawczo-behavioralnej	<b>WARSZTAT</b> Work smart, not hard – jak skutecznie pracować z somatyzacją, kiedy brak jasnych rekomendacji		<b>WARSZTAT</b> Refleksyjność i elastyczność w stosowaniu technik CBT, czyli jak nie wpaść w pułapkę „ulubionych technik” w pracy terapeutycznej.	<b>WARSZTAT</b> Od nagrania do konceptualizacji – jak AI wspiera dokumentowanie i ekstrakcję elementów sesji CBT w praktyce klinicznej	<b>WARSZTAT</b> Od wiedzy do biegości – celowa praktyka w Terapii Schematów
18:30–19:00 Przerwa							
19:00	<b>WALNE ZGROMADZENIE</b>						



Sobota 23.05.26

Godzina	Sala Audytoryjna	Sala Balowa A	Sala Balowa B+C	Sala Konf. 1+2	Sala Konf. 23	Sala Konf. 24	Sala Konf. 25
09:00–9:15			<b>OTWARCIE KONFERENCJI</b>				
9:15–10:00	<b>WYKŁAD PLENARNY</b> ADHD i niekorzystne doświadczenia dziecięce (ACEs) w badaniach naukowych i terapii		<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Psychoterapeuta w opiece koordynowanej – ciekawa historia dość oczywistych obserwacji				
10:00–11:30	<b>WARSZTAT</b> Terapia dialektyczno-behawioralna w pracy z osobami neurorozróżnorodnymi	<b>WARSZTAT</b> Kiedy rozpoczynać pracę z traumą u osób używających substancji? Dylematy kliniczne w praktyce psychoterapii poznawczo-behawioralnej	<b>Q&amp;A</b> Terapia schematu: ćwiczenie wyobrażeniowe ze zmianą scenariusza	<b>WARSZTAT</b> Jak uszyć CBT na miarę dziecka? Dostosowanie interwencji CBT w ramach wierności modelowi	<b>WARSZTAT</b> Na granicy sektorów. (Młody) Dorosły w spektrum autyzmu w gabinecie psychoterapeuty	<b>WARSZTAT</b> Leczenie traum relacyjnych terapią schematów; integracja CBT z technikami doświadczeniowymi.	<b>WARSZTAT</b> Terapia oparta na procesach i modelach sieciowe w praktyce klinicznej; od konceptualizacji do planowania interwencji
<b>11:30–12:00 Przerwa</b>							
12:00–12:30	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Terapia poznawczo-behawioralna sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Relacje z rodzicami jako czynnik ochronny i ryzyka w rozwoju dzieci i młodzieży – implikacje dla praktyki terapeutycznej	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Między nadzieją a zagrożeniem życia: terapia poznawczo-behawioralna w hematologii i transplantacji szpiku	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Terapeuta w erze autonomicznych agentów AI – wyzwania, kompetencje i cyfrowe zaplecze psychoterapii przyszłości	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Od oceny do zmiany – integracja SOTIPS z konceptualizacją CBT w terapii osób z zaburzeniami preferencji seksualnych	<b>SESJA POSTEROWA</b> Korytarz przy salach 23/24/25	
12:30–14:00	<b>WARSZTAT</b> Współpracuje, wykonuje zadania, a masa ciała spada – kliniczny paradoks w terapii CBT anoreksji u dzieci i młodzieży	<b>WARSZTAT</b> Przyjemność pod lupą CBT: jak pracować z seksualnością par w oparciu o koncepcję mapy emocji Emily Nagoski	<b>WARSZTAT</b> Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności (CBT-I) – sesja po sesji	<b>WARSZTAT</b> Sygnały Społeczne jako cel pracy terapeutycznej – RO DBT w pracy z nadmierną kontrolą	<b>Q&amp;A</b> Ścieżka certyfikacji i standardy PTPB – sesja pytań i odpowiedzi z Komisją Naukowo-Dydaktyczną	<b>WARSZTAT</b> Pomaganie, które kosztuje. O wypaleniu, granicach i trosce o siebie w zawodzie psychoterapeuty.	<b>WARSZTAT</b> Żaloba i praca ze stratą w ujęciu poznawczo-behawioralnym
<b>14:00–15:00 Przerwa lunch</b>							
15:00–15:30	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Etyka stosowania sztucznej inteligencji w praktyce psychoterapeutycznej	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Spektrum autyzmu a trauma: czynniki ryzyka, obraz kliniczny i modyfikacje terapii poznawczo-behawioralnej	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Doświadczenia psychoterapeutów pracujących z pacjentami wnoszącymi temat użycia psychodelików	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Funkcjonowanie poznawczo-emocjonalne w przewlekłych chorobach skóry – implikacje dla psychoterapii poznawczo-behawioralnej	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Technologia w tóčku a pożądanie: rola przekonań, nawyków behawioralnych i responsywności w relacji		
15:30–17:00	<b>SYMPOZJUM</b> Etyka stosowania sztucznej inteligencji w praktyce psychoterapeutycznej	<b>WARSZTAT</b> Poznawczo-behawioralne metody pracy z ryzykiem samobójczym (CAMS, DBT)	<b>WARSZTAT</b> Praca oparta na relacji terapeutycznej na przykładzie modyfikacji dysfunkcyjnych przekonań o bliskości	<b>WARSZTAT</b> To nie zawsze depresja ani OCD. Różnicowanie zaburzeń osi I z traumą relacyjną i neurorozróżnorodnością u młodzieży w praktyce CBT	<b>WARSZTAT</b> Wprowadzenie do diagnozy zespołu stresu pourazowego (PTSD) z wykorzystaniem wywiadu CAPS-5-R	<b>WARSZTAT</b> Gdy emocje eskalują – umiejętności DBT jako narzędzie ograniczania konfliktów w rodzinie. Praktyczne wskazówki dla terapeutów pracujących z młodzieżą.	<b>SYMPOZJUM</b> Czym jest prokrastynacja, oraz czy i jak CBT może pomóc osobom chronicznie odkładającym zadania na później?
<b>17:00–17:20 Przerwa</b>							



**Sobota 23.05.26**

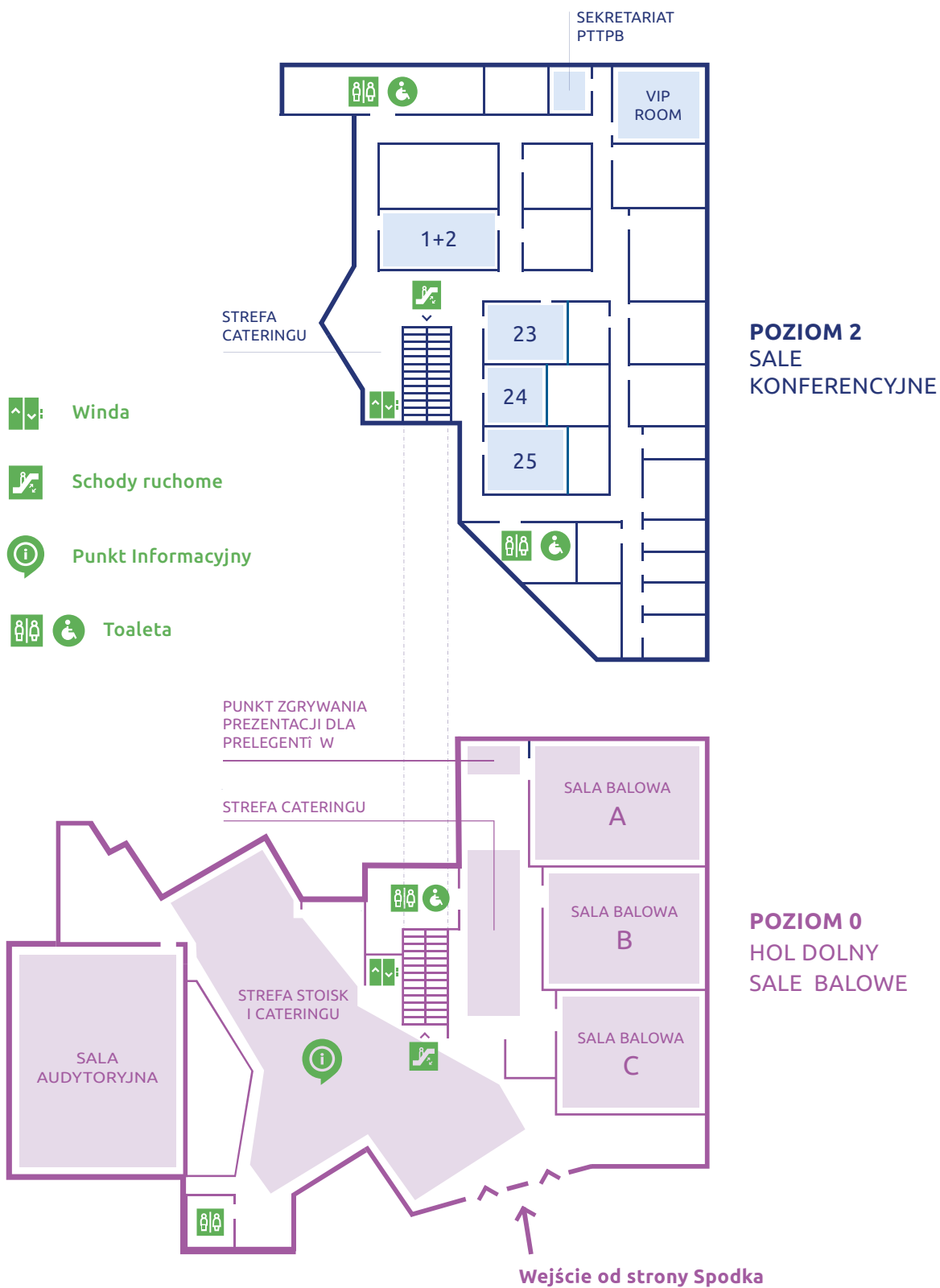
Godzina	Sala Audytoryjna	Sala Balowa A	Sala Balowa B+C	Sala Konf. 1+2	Sala Konf. 23	Sala Konf. 24	Sala Konf. 25
17:20-17:50	<b>PANEL USTAWA O PSYCHOTERAPII</b>	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Internetowa terapia poznawczo-behavioralna w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym		<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Co pacjenci m—wią maszynie? Eksploracyjna analiza treści i dynamiki interakcji użytkownik—w z AI w kontekście zdrowia psychicznego.	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Skuteczność terapeutycznej aplikacji mobilnej opartej na CBT w obszarze wsparcia stanu psychicznego os—b z chorobą nowotworową	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Wirtualna Rzeczywistość w terapii poznawczo-behavioralnej: od ekspozycji do rehabilitacji	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy a funkcjonowanie zawodowe os—b neuroatypowych
17:50-18:15		<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Komunikacja terapeutyczna w terapii poznawczo-behavioralnej jako narzędzie budowania i podtrzymywania przymierza terapeutycznego		<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Clinical decision support w CBT: doświadczenia z pilotaży i ramy odpowiedzialnego wykorzystania AI w praktyce psychoterapeutycznej	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Rola wsp—pracy międzyinstytucjonalnej w pracy terapeutycznej z rodzinami w sytuacji przemocy psychicznej	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Między moderowaniem zasob—w wsparcia a wdrażaniem leczenia psychologicznego: praktyka psychologa klinicznego w chorobach somatycznych	<b>WYSTĄPIENIE USTNE</b> Tam gdzie protok—t CBT i ACT integruje granice seksualności, religii i moralności Bznaczenie wsp—pracy interdyscyplinarnej w opiece nad pacjentem ze skrupulatyzmem
18:15-19:00	<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Od gabinetu do laboratorium i z powrotem: nauka i praktyka w rozwoju poznawczo-behavioralnej terapii kompulsywnych zachowań seksualnych	<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Rola psychoterapeuty poznawczo-behavioralnego w opiece nad niepełnoletnimi osobami doświadczającymi dysforii w przebiegu niezgodności płciowej					
20:00			<b>BANKIET</b> (obowiązują bilety)				

**Niedziela 24.05.26**

Godzina	Sala Audytoryjna	Sala Balowa A	Sala Balowa B+C	Sala Konf. 1+2	Sala Konf. 23	Sala Konf. 24	Sala Konf. 25
09:00-09:45			<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Od symptomu do diagnozy: rola danych naukowych w kształtowaniu standard—w diagnostycznych i postępowania w całościowych zaburzeniach rozwoju	<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Psychoterapia działa, ale jak? O badaniach nad mechanizmami i komponentami psychoterapii			
9:45-11:15	<b>WARSZTAT</b> Pacjent w dysregulacji emocjonalnej. Jak zachować spok—j i uprawomocnić?	<b>SYMPOZJUM</b> Miejsce modeli rozumienia zaburzeń psychicznych w strukturze naukowości terapii poznawczo-behavioralnej	<b>WARSZTAT</b> Praca z pacjentem z IBS i Tinnitus w podejściu CBT. Pomijane „ukryte” diagnozy somatyczne	<b>SYMPOZJUM</b> Procesy psychologiczne jako mechanizmy zmiany w CBT: integracja badań i praktyki klinicznej	<b>SUPERWIZJA MA ZNACZENIE</b> Artur Wiśniewski	<b>SUPERWIZJA MA ZNACZENIE</b> Magdalena Gąssowska-Szmidt	<b>SUPERWIZJA MA ZNACZENIE</b> Ewa Kotarska
<b>11:15-11:45 Przerwa</b>							
11:45-12:15	<b>SPOTKANIA AUTORSKIE</b> Terapia poznawcza depresji i rozmowa z dr Ewą Pragłowską i dr Wiesławem Cudałą	<b>SPOTKANIA AUTORSKIE</b> Neuronieprzeziębni. Przewodnik z ćwiczeniami dla młodzieży w spektrum autyzmu i spotkanie autorskie z Arturem Wiśniewskim	<b>SPOTKANIA AUTORSKIE</b> „Wojny o psychoterapię” — spotkanie z prof. Przemysławem Bąblem	<b>SPOTKANIA AUTORSKIE</b> Poznawczo-behavioralna terapia bezsenności. Podręcznik dla praktyk—w i spotkanie autorskie z Małgorzatą Fornał-Pawłowską i Joanną Salbert	<b>SPOTKANIA AUTORSKIE</b> Anoreksja: między obsesją a kontrolą i jeszcze tylko kilogram i spotkanie autorskie z Dagmarą Pietruszewską		
12:15-13:00	<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Grupowa terapia poznawczo-behavioralna w warunkach oddziału dziennego i największa możliwość zastosowania terapii z refundacją NFZ: 25-letni przykład		<b>WYKŁAD PLENARNY</b> Temperament a zaburzenia psychiczne: podsumowanie wyników badań				
<b>13:00-14:00 Przerwa lunch</b>							
14:00-15:30	<b>WARSZTAT</b> Przekroczyć most refleksyjny? Dział samodzielną praktyka i refleksja (SP/SR) zamienia doświadczenie osobiste w kompetencje kliniczne terapeuty CBT	<b>WARSZTAT</b> Prokrastynacja. Od teorii do praktyki	<b>WARSZTAT</b> Uważność w psychoterapii i perspektywa DBT	<b>WARSZTAT</b> Dobrostan psychoterapeuty jako ukryty czynnik skuteczności psychoterapii i zasoby i obciążenia w pracy klinicznej	<b>WARSZTAT</b> Nie taki rodzic straszny, a jaki potrzebny? Drodzina jako miejsce kształtowania się przekonań.	<b>SUPERWIZJA MA ZNACZENIE</b> Natalia Walerowska	<b>SUPERWIZJA MA ZNACZENIE</b> Adam Elżanowski
15:30-16:00			Europejskie Towarzystwo Terapii Poznawczych i Behavioralnych i 26 lat PTPB w EABCT i spojrzenie w przyszłość				
16:00			<b>ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI + wręczenie certyfikat—w</b>				



## Mapa ścieżek tematycznych / legenda programu





# Walne Zebranie Członków PTTPB



Nauka  
Etyka  
Praktyka



# Walne Zebranie Członków PTPPB

**22 maja 2026 r., godz. 18:45 / 19:00**

Międzynarodowe Centrum Kongresowe w Katowicach oraz online

Walne Zebranie Członków Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej im. Zdzisława Bizonia odbędzie się **22 maja 2026 roku** podczas konferencji PTPPB w Katowicach. Zebranie zostanie przeprowadzone w formule hybrydowej: stacjonarnie w **Międzynarodowym Centrum Kongresowym w Katowicach, Plac Sławika i Antalla 1, Sala Audytoryjna**, oraz online za pośrednictwem platformy **Zoom**.

Pierwszy termin zebrania wyznaczono na godzinę **18:45**. W przypadku braku obecności wymaganej liczby członków i członkiń, zebranie odbędzie się w drugim terminie o godzinie **19:00**. Planowane zakończenie obrad przewidziano około godziny **20:30–21:00**.

Walne Zebranie będzie miało charakter sprawozdawczo-wyborczy. W jego trakcie przedstawione zostaną sprawozdania władz Towarzystwa z kadencji 2024–2026, przeprowadzone zostaną głosowania nad absolutorium dla ustępującego Zarządu, zmianami w Statucie oraz innymi uchwałami przygotowanymi przez Zarząd. Zebranie obejmie również wybór władz PTPPB na kadencję 2026–2028.

## Agenda Walnego Zebrania

**18:45** — Otwarcie zebrania w pierwszym terminie.

**19:00** — Otwarcie zebrania w drugim terminie, w przypadku braku kworum w pierwszym terminie.

1. Wybór protokolanta/protokolantki zebrania.
2. Wybór przewodniczącego/przewodniczącej zebrania.
3. Przyjęcie porządku obrad oraz regulaminu Walnego Zebrania.
4. Wybór przewodniczącego/przewodniczącej oraz członków/członkiń komisji skrutacyjnej.
5. Przedstawienie sprawozdań władz PTPPB z kadencji 2024–2026:
  - a) Zarządu,
  - b) Komisji Naukowo-Dydaktycznej,
  - c) Sądu Koleżeńskiego,
  - d) Komisji Etyki,
  - e) Komisji Rewizyjnej.
6. Głosowanie nad uchwałą w sprawie udzielenia absolutorium ustępującemu Zarządowi.
7. Głosowanie nad zmianami w Statucie PTPPB.
8. Głosowanie nad innymi uchwałami przygotowanymi przez Zarząd.
9. Wybór Przewodniczącego/Przewodniczącej Zarządu PTPPB na kadencję 2026–2028.
10. Wybór członków/członkiń Zarządu PTPPB na kadencję 2026–2028.
11. Wybór członków/członkiń Komisji Naukowo-Dydaktycznej PTPPB na kadencję 2026–2028.
12. Wybór członków/członkiń Sądu Koleżeńskiego PTPPB na kadencję 2026–2028.
13. Wybór członków/członkiń Komisji Etyki PTPPB na kadencję 2026–2028.
14. Wybór członków/członkiń Komisji Rewizyjnej PTPPB na kadencję 2026–2028.
15. Wolne wnioski.
16. Zamknięcie obrad.

**Planowane zakończenie:** około godziny 20:30–21:00.



# Abstrakty



Nauka  
Etyka  
Praktyka



# Wykłady plenarne

## Wykład otwarcia:

**dr Magdalena Skotnicka-Chaberek**

*Nauka, Etyka, Praktyka. Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu pacjentów na przestrzeni życia.*

Czy o psychoterapii można mówić bez uwzględniania perspektywy drugiego człowieka, rzetelnej wiedzy i ich praktycznych inklinacji? - Nie Jak radzić sobie z codziennymi dylematami: modyfikować - nie modyfikować, Mówić - nie mówić. Omawiać moją ulubioną metodę? Omawiać co może pójść nie tak? Jak rzetelnie pomagać pacjentom z poszanowaniem ich praw.

**prof. Wiesław Jerzy Cabała**

*Psychoterapeuta w opiece koordynowanej – ciekawa historia dość oczywistych obserwacji.*

Psychoterapeuta stanowi niezbędny element zespołu wielospecjalistycznego, działającego w modelu leczenia koordynowanego, którego nadrzędną zasadą jest pacjent w centrum procesu terapeutycznego.

W modelu leczenia koordynowanego samodzielny specjalista psychoterapii współtworzy, jako równorzędnego członka zespołu, plan terapeutyczny, uczestniczy w interdyscyplinarnych konsultacjach i współodpowiada za spójność oddziaływań. Kluczowe znaczenie ma tu przepływ informacji, jasny podział kompetencji oraz wspólna odpowiedzialność za bezpieczeństwo i efekty leczenia. Psychoterapeuta aktywnie wspiera proces budowania motywacji, wzmacniania adherencji oraz zapobiegania nawrotom, dbając o ciągłość opieki.

Punktem wyjścia jest założenie, że nowoczesna opieka zdrowotna wymaga integracji interwencji biologicznych, psychologicznych i społecznych wokół indywidualnych potrzeb, celów i wartości pacjenta. Specjalista psychoterapii wnosi do zespołu perspektywę interwencji oparą o świadome i celowe wykorzystanie metod psychologicznych do leczenia zaburzeń psychicznych i rozwiązywania problemów emocjonalnych. Jego działania nie mają charakteru uzupełniającego, lecz stanowią odrębny, merytoryczny filar leczenia.

Szczególne nacisk położono na medycynę opartą na faktach (EBM) jako fundament odpowiedzialnej praktyki psychoterapeutycznej. Specjalista psychoterapii integruje:

- aktualne dowody naukowe dotyczące skuteczności określonych metod terapeutycznych,
- własne kompetencje kliniczne rozwijane w procesie szkolenia i superwizji,
- preferencje, cele i zasoby pacjenta w oparciu o zasady aliansu terapeutycznego.

Dbłość o EBM oznacza również systematyczne monitorowanie efektów terapii, gotowość do modyfikacji planu terapeutycznego oraz podejmowanie decyzji klinicznych w oparciu o transparentne kryteria.

Wymagane jest również określenie odpowiedzialności zawodowej specjalisty psychoterapii – zarówno w wymiarze klinicznym (diagnoza, planowanie i prowadzenie terapii), jak i etycznym (poszanowanie autonomii pacjenta, poufność, działanie w granicach kompetencji) oraz prawnym w opiece zdrowotnej. Samodzielność zawodowa wiąże się z odpowiedzialnością za jakość procesu terapeutycznego oraz za współpracę w zespole w sposób zapewniający dobro pacjenta.



Skuteczna opieka zdrowotna oparta na modelu koordynowanym wymaga uznania specjalisty psychoterapii za integralnego, samodzielnego eksperta, którego działania – osadzone w EBM i skoncentrowane na pacjencie – stanowią kluczowy element nowoczesnego systemu ochrony zdrowia.

### **prof. Andrzej Kokoszka**

#### *Grupowa terapia poznawczo-behawioralna w warunkach oddziału dziennego – najłatwiejsza możliwość zastosowania terapii z refundacją NFZ: 25letni przykład.*

Prezentacja zasadniczego modelu organizacyjnego, który z pewnymi modyfikacjami, stosowany jest od ponad 20 lat, w kontekście możliwości prowadzenia terapii poznawczo-behawioralnej jako świadczenia finansowanego przez NFZ. Omówienie problemów z oceną jego skuteczności w badaniach wysokiej klasy. Przedstawienie wyników pilotażowych badań skuteczności. Omówienie przydatności w szkoleniu terapii poznawczo-behawioralnej.

### **prof. Mateusz Gola**

#### *Od gabinetu do laboratorium i z powrotem: nauka i praktyka w rozwoju poznawczo-behawioralnej terapii kompulsywnych zachowań seksualnych.*

Kompulsywne zachowania seksualne (Compulsive Sexual Behavior Disorder, CSBD) zostały włączone do ICD-11 jako odrębna jednostka diagnostyczna, co stworzyło pilną potrzebę rozwoju empirycznie ugruntowanych modeli terapii. Modele te można opierać na analogiach do innych zaburzeń lub na wynikach badań naukowych pokazujących precyzyjne mechanizmy leżące u podłoża CSBD. W swoim wystąpieniu przedstawiam translacyjny model pracy badawczo-klinicznej, w którym punktem wyjścia są problemy zgłaszane w gabinecie terapeutycznym, następnie badane w warunkach laboratoryjnych z zastosowaniem metod neuronaukowych, a uzyskana wiedza wraca do praktyki w postaci precyzyjniej ukierunkowanych interwencji, których skuteczność jest systematycznie badana.

W pierwszej części omówię kliniczne obserwacje problemów, z jakimi zmagają się pacjenci z CSBD, które stały się impulsem do formułowania hipotez badawczych. Następnie zaprezentuję sposób, w jaki mój zespół badawczy przekuwa te problemy na badania podstawowe oraz jak wyniki badań neuronaukowych pozwalają identyfikować kluczowe mechanizmy podtrzymujące objawy. W drugiej części pokażę, w jaki sposób te ustalenia przekładam na konstrukcję i modyfikację protokołów terapii poznawczo-behawioralnej oraz w jaki sposób nasz zespół kliniczny wdraża je do praktyki i bada ich skuteczność.

Wystąpienie ilustruje, jak droga „od gabinetu do laboratorium i z powrotem” może prowadzić do bardziej precyzyjnej i skutecznej terapii CSBD oraz innych nowych problemów klinicznych.

### **prof. Przemysław Bąbel**

#### *Nie dość tej skuteczności? Między Scyllą faktów a Charybdą polityki zdrowotnej.*

Jednym z najgorętszych tematów toczącej się w Polsce debaty na temat regulacji zawodu psychoterapeuty jest kwestia skuteczności metod stosowanych w praktyce klinicznej. Skuteczność psychoterapii stała się dziś centralnym tematem sporu między środowiskami naukowymi, praktykami różnych nurtów psychoterapii oraz politykami i lobbystami. Jej uczestnicy coraz częściej odwołują się do języka „dowodów naukowych”, jednak pod tym samym pojęciem kryją się radykalnie odmienne rozumienia tego, czym są dowody, jak należy



je zdobywać i jakie powinny mieć znaczenie w procesie regulacji.

Z jednej strony znajdują się środowiska, które od dekad prowadzą badania nad skutecznością psychoterapii, dysponują obszernym dorobkiem empirycznym oraz akceptują międzynarodowe standardy metodologiczne, takie jak randomizowane badania kontrolowane, metaanalizy czy replikacje. Z drugiej strony coraz silniej artykułują swoje roszczenia przedstawiciele nurtów, które dotychczas nie zgromadziły porównywalnych dowodów, a mimo to deklarują równorzędny status naukowy, często redefiniując pojęcie skuteczności lub kwestionując sens jej obiektywnego badania.

W debacie publicznej pojawiają się więc tezy, że „każda terapia jest równie skuteczna”, że „nie da się mierzyć skuteczności psychoterapii”, albo że „doświadczenie kliniczne jest ważniejsze niż dane empiryczne”. Równocześnie w polityce zdrowotnej coraz częściej podejmuje się decyzje regulacyjne w oparciu o narracje środowiskowe i presję lobbystów, a nie o faktyczny stan wiedzy naukowej.

Celem wykładu jest pokazanie dwóch głównych osi sporu: epistemologicznej (czym jest skuteczność i jak ją rzetelnie badać) oraz instytucjonalno-politycznej (jaką rolę powinny odgrywać dowody naukowe w regulacji zawodu i finansowaniu świadczeń). Wykład konfrontuje dominujące narracje z faktami, odstania mechanizmy manipulacji pojęciem skuteczności oraz stawia pytanie, czy debata publiczna rzeczywiście dotyczy dobra pacjentów, czy raczej stanowi walkę o symboliczną i ekonomiczną kontrolę nad rynkiem psychoterapii.

## **dr Karolina Staniaszek**

### *Terapia schematu – jak wykorzystać aktualne wyniki badań naukowych w praktyce?*

Korzenie terapii schematu (TS) to próby odpowiedzi na potrzebę efektywnego i bezpiecznego zaopiekowania (z wykorzystaniem opartych na danych naukowych metod psychoterapeutycznych) problematyki zgłaszanej przez osoby z rozpoznaniem zaburzeń osobowości borderline. W roku 2026 mamy o wiele więcej danych empirycznych niż w latach 80/90 XX w., kiedy terapia schematu powstawała. Te informacje pochodzą zarówno z obszaru badań nad efektywnością, bezpieczeństwem czy procesami psychoterapii, jak i w ogóle badań podstawowych w zakresie psychologii. W moim wystąpieniu skupię się na implikacjach, jakie współczesna nauka daje nam w zakresie praktyki klinicznej w terapii schematu i jej - opartego na dowodach, a więc etycznego - zastosowania. Odniosę się do wyników badań nad efektywnością TS w pracy z różnymi grupami osób korzystających z psychoterapii, ale też wiedzy na temat mechanizmów zmiany w stosowanych w ramach TS technikach terapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem technik doświadczeniowych.

## **prof. Anita Bryńska**

### *„Co najpierw, co potem? – o planowaniu i prowadzeniu terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego”.*

Terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczną metodą leczenia zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (Obsessive-Compulsive Disorder-OCD), również w przypadku dzieci i młodzieży. Teoretyczny model behawioralny wyjaśnia narastanie objawów OC głównie mechanizmem warunkowania sprawczego. W modelu poznawczym podkreśla się znaczenie sposobu przetwarzania informacji (procesów kontroli umysłowej, roli intencjonalnej operacjonalizacji i automatycznego monitorowania działania), dysfunkcyjnych schematów poznawczych, w których wiodące znaczenie odgrywają błędne przekonania dotyczące przeceniania istotności myśli i poziomu zagrożenia, odpowiedzialności, perfekcjonizmu, niepewności i kontroli, a także zniekształceń poznawczych i nadkompensacyjnych strategii radzenia sobie.



W codziennej praktyce klinicznej terapeuta często zadaje sobie pytania dotyczące planowania, postępowania i kolejności wdrażania technik, zwłaszcza w sytuacji pojawiających się trudności w pracy z pacjentem. Niewątpliwie rodzaj i zakres ich zastosowania powinien zawsze zależeć od dokonanej konceptualizacji problemu, ale także wieku pacjenta. Terapeuta staje również przed koniecznością sformułowania i weryfikacji hipotez w zakresie wszystkich przekonań (charakterystycznych dla zaburzenia, przekonań osoby chorującej na dane zaburzenie, przekonań o zaburzeniu), a także przeanalizowania funkcji objawów w systemie poznawczym pacjenta i rozważenia ich roli jako potencjalnej strategii w radzeniu sobie z dysfunkcjonalnymi przekonaniami, innymi niż te, które są charakterystyczne dla zaburzenia.

W wykładzie na bazie zaprezentowanych przykładów omówione zostaną zagadnienia teoretyczne powiązane z powyższymi kwestiami, jak również praktyczne aspekty związane z planowaniem leczenia pacjentów z OCD.

### **prof. Daniel Boduszek**

#### *Poza etykietę „przestępcą”: Profil poznawczy osobowości psychopatycznej w modelu PPTM.*

Tradycyjne modele diagnostyczne psychopatii, w tym PCL-R, spotykają się z rosnącą krytyką ze względu na zniekształcenie konstruktów osobowości wskaźnikami behawioralnymi, takimi jak zachowania antyspołeczne i przestępcze. Celem wystąpienia jest przybliżenie Psychopathic Personality Traits Model (PPTM), który wyraźnie rozdziela psychopatię jako strukturę osobowości od zachowań przestępczych. Prezentacja obejmie analizę profilu poznawczego osobowości psychopatycznej w świetle czterech wymiarów PPTM: reaktywności afektywnej, reaktywności poznawczej, manipulacji interpersonalnej oraz egocentryzmu. Szczególna uwaga zostanie poświęcona reaktywności poznawczej oraz zdolności inteligentnych jednostek do symulacji emocji, co często stanowi istotne wyzwanie diagnostyczne. Ponadto omówione zostaną schematy leżące u podstaw patologicznego egocentryzmu i manipulacji. Uczestnicy dowiedzą się, jak różnicować osobowość psychopatyczną od innych zaburzeń osobowości oraz jak identyfikować pułapki terapeutyczne, wynikające z braku rezonansu afektywnego pacjenta przy wysokiej sprawności intelektualnej.

### **prof. Jarosław Michałowski**

#### *Moc wyobraźni w terapii: Mechanizmy i skuteczność wyobrażeniowej zmiany wspomnień*

Na wykładzie omówione zostaną wyniki badań (w tym badań własnych) nad skutecznością oraz mechanizmami działania wyobrażeniowej zmiany wspomnień (tzw. reskrypcji wyobrażeniowej). W ramach tej techniki terapeuta towarzyszy pacjentowi w wyobrażaniu sobie awersyjnych wydarzeń z przeszłości oraz wspiera go w tworzeniu wyobrażonej zmiany ich przebiegu, co pozwala na doświadczenie bezpieczeństwa lub akceptacji. Skuteczność tej metody zostanie porównana z innymi uznanymi technikami terapeutycznymi, takimi jak EMDR czy ekspozycja wyobrażeniowa. Znaczna część wystąpienia przeznaczona zostanie na analizę psychologicznych i neuronalnych procesów leżących u podstaw skuteczności reskrypcji, w tym zjawiska rekonsolidacji pamięci oraz błędu przewidywania. Na zakończenie przedstawione zostaną praktyczne wnioski płynące z przytoczonych badań, istotne z perspektywy procesu terapeutycznego.



## prof. Bogdan Zawadzki

### *Temperament a zaburzenia psychiczne: podsumowanie wyników badań*

Wykład dotyczy temperamentalnej charakterystyki osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Analizie poddano profile cech temperamentu w ujęciu Regulacyjnej Teorii Temperamentu (RTT) uzyskane z dostępnych badań dotyczących: zespołów zaburzeń psychicznych, zaburzeń osobowości oraz tzw. psychologicznych czynników ryzyka chorób somatycznych. Uzyskane wyniki wykazały, że osoby wykazujące objawy zaburzeń psychicznych charakteryzują się obniżonymi możliwościami przetwarzania stymulacji oraz tendencją do unikania stymulacji. W przypadku niektórych zaburzeń – obniżonymi możliwościami przetwarzania stymulacji towarzyszyła także nieefektywna regulacja pobudzenia (nasilona aktywność oraz tendencja do poszukiwania stymulacji, prowadzące do przestymulowania). W sensie teoretycznym można sformułować wniosek, że kluczowe znaczenie dla rozwoju objawów jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego mają obniżone możliwości przetwarzania stymulacji, a jednocześnie regulacja stymulacji wydaje się odgrywać istotną rolę tylko u tych osób i nie wykazuje istotnego znaczenia u jednostek o dużych możliwościach przetwarzania stymulacji. Druga konkluzja dotyczy tego, że raportowane dane wskazują na charakterystyczny (najczęstszy typologicznie) profil cech temperamentu dla danego zaburzenia, wskutek czego zmienność typologiczna temperamentu w obrębie tego zaburzenia nie jest dostrzegana (przez co możliwe jest zaniedbywanie znaczenia innych pozatemperamentalnych czynników etiopatogenetycznych). Sugeruje to konieczność włączenia normatywnych analiz typologicznych (zmienności typologicznej) do oceny temperamentu w każdej grupie osób wykazujących specyficzne zaburzenie psychiczne.

## dr Dorota Baran

### *Rola psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego w opiece nad niepełnoletnimi osobami doświadczającymi dysforii w przebiegu niezgodności płciowej*

Wykład omówi kluczową rolę psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego w kompleksowej opiece nad niepełnoletnimi osobami transpłciowymi (T) i niebinarnymi (NB) doświadczającymi dysforii w przebiegu niezgodności płciowej.

Badania wskazują na znaczące obciążenie psychiczne tej populacji przed rozpoczęciem procesu tranzycji. W polskim badaniu ponad 50% transpłciowych chłopców oraz ponad 80% transpłciowych dziewcząt charakteryzowało się wysokim wynikiem na skali Neurotyczność (NEO-FFI), co korelowało dodatnio z nasileniem objawów depresyjnych (KPD), lękowych (STAI) oraz obniżoną samooceną (MSEI). Międzynarodowe doniesienia potwierdzają wysokie ryzyko zaburzeń internalizacyjnych: w Kanadzie 44% transpłciowych chłopców i 33% dziewcząt spełniało kryteria zaburzeń lękowych; w Finlandii 64% nastolatków z dysforią płciową leczyło się z powodu depresji, a u 53% obserwowano myśli samobójcze i samookaleczenia; w Londynie 42% raportowało obniżony nastrój, a 39% dokonywało samookaleczeń (przeeglądy Marconi et al., Kaltiala-Heino et al.). Metaanalizy i badania kohortowe wskazują na 2–4 razy wyższe ryzyko zaburzeń internalizacyjnych w porównaniu z populacją ogólną, z częstością objawów depresyjnych sięgającą 50–60% i lęku nawet 50–75% u młodzieży transpłciowej i niebinarnej przed dostępem do interwencji afirmujących płęć.

Te wyniki podkreślają pilną potrzebę specjalistycznej opieki psychoterapeutycznej i psychiatrycznej już na etapie diagnostycznym. Psychoterapia poznawczo-behawioralna może wspierać radzenie sobie z nasilonymi objawami neurotyczności, lęku, depresji i deficytów samoregulacji, budować rezyliencję oraz pomagać w eksploracji tożsamości w bezpiecznym środowisku.

Wykład podkreśli praktyczne zastosowanie ramowych zaleceń dotyczących procesu opieki nad zdrowiem nastoletnich osób transpłciowych (T) i niebinarnych (NB) doświadczających dysforii płciowej”, opublikowanych w czasopiśmie „Endokrynologia Polska” w codziennej pracy psychoterapeuty PTPPB, z naciskiem



na holistyczne podejście do zdrowia psychicznego tej grupy, zgodne ze Standardami opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych i różnorodnych płciowo, ósma edycja WPATH (2022) i koniecznością adresowania współwystępujących zaburzeń internalizacyjnych niezależnie od dalszych kroków medycznych.

### **Dr hab. n. med. Bartosz Grabski**

#### *Kompetencje i bezpieczeństwo kulturowe w pracy z osobami LGBTQ+*

Kompetencje kulturowe (cultural competence) to pojęcie używane w piśmiennictwie anglosaskim, jednak nie doczekało się ono powszechnie akceptowanego polskiego odpowiednika. Wynika to m. in. ze zróżnicowanego rozumienia pojęcia kultury i wielu jej definicji. Pragmatycznie należy przez nie rozumieć m. in. świadomość, postawy, wiedzę i umiejętności odnoszące się do grupy osób, których doświadczenia kulturowe, społeczne, socjalizacyjne i rozwojowe i realne warunki funkcjonowania różnią się od tych, które dotyczą środowiska kulturowego (społecznego) specjalisty. Taką szczególną grupą są osoby różnorodne seksualnie i płciowo. Wykład z jednej strony omówi wybrane ogólne zagadnienia teoretyczne związane z kompetencjami kulturowymi i ich rozwojem, jak i konkretne przykłady związane z omawianą populacją, niezbędne w warsztacie każdego praktykującego klinicysty. Częścią prezentacji będzie także przegląd najważniejszych zagadnień z obszaru zdrowia osób homo- i biseksualnych, jak i transpłciowych i zróżnicowanych płciowo.

### **Dr Joachim Kowalski**

#### *Psychoterapia działa, ale jak? O badaniach nad mechanizmami i komponentami psychoterapii*

Wykład omawia osiągnięcia ostatnich dekad w rozumieniu tego jak i w jaki sposób dokonuje się zmiana w gabinecie psychoterapeutycznym. Podjęte zostaną wątki badań nad komponentami (jaki efekt przynoszą poszczególne interwencje?) oraz mechanizmami psychoterapii (jakie procesy odpowiadają za zmianę?). Wykład zostanie zilustrowany przykładami światowych oraz własnych badań nad protokołami psychoterapii (CBT dla prokrastynacji) oraz pojedynczymi technikami (trening uwagi).

### **Barbara Kamińska-Kolarz**

#### *Od symptomu do diagnozy: standardy diagnostyczne w całościowych zaburzeniach rozwoju*

W obszarze całościowych zaburzeń rozwoju (CZR) droga od pierwszego symptomu do rzetelnej diagnozy stanowi proces krytyczny, determinujący jakość życia pacjenta oraz jego rodziny. Wystąpienie ma na celu analizę roli medycyny opartych na dowodach (Evidence-Based Medicine) w standaryzacji narzędzi diagnostycznych oraz jej wpływ na tworzenie globalnych protokołów postępowania. To właśnie dane naukowe kształtują współczesne, ustandaryzowane ścieżki diagnostyczne, które optymalizując czas i trafność rozpoznania, stanowią jednocześnie gwarancję równego dostępu pacjentów do świadczeń medycznych. Szczególna uwaga zostanie poświęcona analizie światowych standardów postępowania, które stanowią punkt wyjścia dla wdrażania ujednoczonych procedur klinicznych. W tym kontekście omówione zostaną etyczne aspekty procesu diagnostycznego oraz dalekosiężne konsekwencje błędnej lub spóźnionej diagnozy. Niewłaściwe rozpoznanie nie tylko opóźnia wdrożenie adekwatnej pomocy, ale często prowadzi do wtórnej traumatyzacji i nieefektywnej, a wręcz szkodliwej ścieżki terapeutycznej. Prawidłowo postawione



rozpoznanie, zgodne z uznanymi standardami, jest bowiem fundamentalnym prawem pacjenta do uzyskania adekwatnego wsparcia, rozumianego jako celowana i naukowo zweryfikowana interwencja terapeutyczna.

## Wykład zamknięcia:

**Agnieszka Popiel**

*26 lat PTPB w EABCT i spojrzenie w przyszłość*



## Warsztaty Prekonferencyjne

**dr Anna Englert-Bator**

*„Telefon, który uczy” – coaching telefoniczny dla pacjenta w ryzyku samobójczym w terapii dialektyczno-behawioralnej. Od teorii do praktyki klinicznej.*

Coaching telefoniczny stanowi integralny element terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) i pełni kluczową funkcję w generalizacji umiejętności terapeutycznych do codziennego funkcjonowania pacjenta. W odróżnieniu od interwencji kryzysowych jest to krótka, ustrukturyzowana forma kontaktu, ukierunkowana na bieżące zastosowanie umiejętności DBT w naturalnym kontekście środowiskowym.

Podczas warsztatu omówione zostaną teoretyczne podstawy coachingu telefonicznego w modelu DBT, jego miejsce w strukturze leczenia oraz zasady organizacyjne i kliniczne, które zapobiegają wzmacnianiu zachowań problemowych i przeciążeniu terapeuty. Uczestnicy pogłębią rozumienie funkcji coachingu telefonicznego, nauczą się jasno formułować i egzekwować zasady oraz granice kontaktu, a także rozwijać umiejętność kierowania rozmowy z opisu przeżyć na funkcjonalne zastosowanie konkretnych umiejętności DBT.

Warsztat ma charakter praktyczny- uczestnicy będą pracować na przykładach klinicznych, krótkich symulacjach rozmów oraz typowych „trudnych sytuacjach”, takich jak telefon po zachowaniu problemowym, testowanie granic czy unikanie odpowiedzialności.

**dr Magdalena Skotnicka-Chaberek**

*Konceptualizacja pacjenta w wieku dziecięcym jak ją tworzyć we współpracy z dziećmi młodszymi*

Na warsztacie przyjrzymy się jak w konceptualizacji wykorzystywać techniki ułatwiające porozumiewanie się z małymi dziećmi i strategie na radzenie z problemami wynikającymi z wieku rozwojowego, co mówią o sobie dzieci, czego nie mówią, jaka jest rola rodzica w zdobywaniu danych do konceptualizacji. Czy dzieci mają przekonania kluczowe. Jak z nimi pracować? Jak je opisywać. Jak tworzyć pojęcia i metafory z dzieckiem.

**mgr Agata Muszyńska**

*Pacjentka odwołała sesję? Co za ulga! Łagodnie ale wprost, wprost ale łagodnie – jak mówić pacjentom trudne rzeczy*

Codzienna praktyka psychoterapeutyczna przynosi sytuacje, które wywołują złość, frustrację czy bezradność terapeuty: pacjent notorycznie odwołuje sesje, regularnie spóźnia się na sesję, nie płaci na czas, przekracza ustalone granice gabinetowe lub ignoruje przyjęte zasady współpracy. Choć to doświadczenia powszechne, rzadziej stają się przedmiotem systematycznego treningu terapeutów. W efekcie ci ostatni nierzadko unikają reagowania lub komunikują się w sposób niejasny. Celem warsztatu jest zatem rozwijanie umiejętności mówienia pacjentom trudnych rzeczy w sposób jasny i zgodny z własnymi granicami, bez tłumaczenia się czy nadmiernych wyjaśnień teoretycznych. Uczestnicy zostaną zaproszeni do identyfikacji sytuacji trudnych, rozpoznania własnych reakcji emocjonalnych w takich sytuacjach i nauki sposobu komunikowania granic w relacji terapeutycznej. Warsztat będzie miał charakter praktyczny i doświadczeniowy, opierając się na



elementach terapii schematu. Obejmie wprowadzenie teoretyczne, scenki z udziałem uczestników i pracę w grupie. Szczególny nacisk położony będzie na mówienie łagodnie, ale wprost - wprost, ale łagodnie. Warsztat adresowany jest do psychoterapeutów i osób szkolących się zainteresowanych pogłębieniem kompetencji interpersonalnych, zwiększeniem swojego poczucia sprawczości i utrzymaniem zdrowej równowagi w relacji terapeutycznej.

## **mgr Jacek Legierski**

### *Jak skutecznie pracować z zamartwianiem się*

Zamartwianie się jest zjawiskiem transdiagnostycznym, odpowiedzialnym za podtrzymywanie objawów w wielu zaburzeniach psychicznych. Terapia metapoznawcza (Metacognitive Therapy – MCT) (Wells, 2009) proponuje skuteczne metody pracy z nadmiernym martwieniem się, które można stosować w oparciu o elastycznie dostosowaną do potrzeb pacjenta konceptualizację. Model metapoznawczy, poprzez zdefiniowanie trudności w radzeniu sobie z zamartwianiem się w kategoriach negatywnych i pozytywnych przekonań metapoznawczych, pozwala na dogłębne zrozumienie i wyjaśnienie pacjentowi mechanizmów podtrzymujących problem, dając jednocześnie terapię i pacjentowi skuteczne metody pracy, które w pozwalają na efektywne ograniczenie martwienia się.

Celem warsztatu jest prezentacja teoretycznych podstaw oraz klinicznych implikacji terapii metapoznawczej w pracy z zamartwianiem się. W pierwszej części omówione zostanie zamartwianie się jako proces transdiagnostyczny. Następnie przedstawiona zostanie rola metaprzekonań pozytywnych i negatywnych w inicjowaniu oraz procesu martwienia się.

Istotnym elementem warsztatu będzie omówienie i przećwiczenie technik wprowadzających odłączoną uważność (Detached Mindfulness) jako kluczową interwencję MCT, umożliwiającą zmianę relacji pacjenta do myśli i redukcję powtarzalnego negatywnego myślenia. Zaprezentowane zostaną sposoby na podważanie negatywnych metaprzekonań dotyczących braku kontroli oraz szkodliwości martwienia się, a także strategie modyfikowania metaprzekonań pozytywnych.

## **Prof Tomasz Hanć**

### *Powikłane ADHD. Jak łączyć CBT i ACT w pracy z dorosłymi z zaburzeniami współistniejącymi?*

Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi (ADHD) jest uznawana za zaburzenie neurorozwojowe o pierwotnym genetycznym podłożu, z możliwym modyfikującym udziałem środowiska. ADHD charakteryzuje wysoka współchorobowość i ryzyko powikłań, zarówno na poziomie zdrowia psychicznego, jak i fizycznego, a osoby z tym zaburzeniem mają krótszą oczekiwaną długość życia. Współchorobowość może utrudniać diagnozę, a ADHD komplikować terapię innych zaburzeń. To sprawia, że diagnoza, terapia ADHD i prewencja zaburzeń z nim współwystępujących jest jednym z najważniejszych współczesnych wyzwań psychoterapii dzieci, nastolatków i osób dorosłych. Warsztat ma na celu przybliżyć zagadnienia związane z psychoterapią poznawczo-behawioralną osób dorosłych z ADHD. Omówione zostaną standardowe metody CBT o potwierdzonej naukowo skuteczności. Co ważniejsze jednak, spotkanie będzie okazją do nauczenia się metod radzenia sobie z najbardziej typowymi trudnościami w podążaniu za protokołem – pułapkami terapeutycznymi - występującymi w pracy z tą grupą klientów. Istotnym elementem będzie integracyjne podejście do rozumienia współwystępowania ADHD, depresji, problemów lękowych i innych zaburzeń z uwzględnieniem możliwości elastycznej, transdiagnostycznej pracy z klientem, jakie stwarza podejście terapii akceptacji i zaangażowania (ACT). Uczestnicy wzbogacą swój warsztat terapeutyczny o efektywne, uniwersalne narzędzia ACT pomagające w regulacji emocji, ograniczaniu tendencji do unikania i promujące kształtowanie nowych nawyków w oparciu o osobiste wartości klientów.



## **Symposium I: *Czym jest prokrastynacja, oraz czy i jak CBT może pomóc osobom chronicznie odkładającym zadania na później?***

**Marek Wypych, Weronika Browarczyk, Magdalena Pietruch**

Prokrastynacja to zachowanie polegające na dobrowolnym odkładaniu realizacji zamierzonych działań, pomimo świadomości potencjalnych negatywnych konsekwencji. Badacze szacują, że nawet 20% populacji ogólnej doświadcza chronicznej prokrastynacji i ponosi z tego powodu negatywne konsekwencje, które obniżają jakość życia w wielu wymiarach. Część osób decyduje się na poszukiwania pomocy u specjalistów zdrowia psychicznego. Badań dotyczących skuteczności różnych interwencji w prokrastynacji jest ciągle mało, ale sugerują one że CBT może być jednym z najbardziej obiecujących podejść.

Symposium złożone będzie z trzech wystąpień.

Najpierw przedstawione zostaną najważniejsze wyniki badań przekrojowych i populacyjnych dotyczące prokrastynacji oraz psychologicznych i mózgowych mechanizmów leżących u podłoża tego zachowania.

Drugie wystąpienie będzie dotyczyło efektywności CBT w terapii prokrastynacji. CBT jest skuteczną metodą w radzeniu sobie z tym problemem. Nie wiadomo jednak, czy odmienne protokoły terapeutyczne różnią się pod względem skuteczności. Przedstawione zostaną wyniki randomizowanego badania porównującego skuteczność dwóch protokołów CBT z aktywną oraz pasywną grupą kontrolną zrealizowanego z udziałem studentów z nasiloną prokrastynacją. Wszystkie badane aktywne interwencje różniły się wyłącznie zastosowanymi technikami behawioralnymi przy zachowaniu identycznej psychoedukacji i metod poznawczych.

Trzecie wystąpienie przedstawi integracyjny poznawczo-behawioralny model prokrastynacji, mający na celu wyjaśnienie powstawania i utrwalania tego zachowania, ale także wyjaśnienie mechanizmów działania CBT w prokrastynacji. Model teoretyczny zostanie skonfrontowany z wynikami randomizowanego badania z grupą kontrolną, w którym analizowano psychologiczne mechanizmy działania psychoterapii. Przedyskutowane zostaną potencjalne ścieżki zwiększenia efektywności projektowanych w przyszłości interwencji.

Na koniec wyniki przedstawionych badań zostaną skomentowane przez panie Joannę Dąbrowską i Martynę Dziekan - psychoterapeutki, które prowadzą wyspecjalizowaną praktykę kliniczną w zakresie pomocy osobom, które prokrastynują.

Niniejsze symposium naukowe powiązane jest z warsztatem „Prokrastynacja - od teorii do praktyki”.



## Wystąpienie 1

### *Prokrastynacja - konsekwencje, mechanizmy oraz możliwości terapeutyczne*

#### **Marek Wypych**

Prokrastynacja - czyli odkładanie spraw na później pomimo świadomości potencjalnych negatywnych konsekwencji - to zachowanie z którym chronicznie boryka się około 20 procent populacji. Ponieważ prokrastynacja wiąże się z szeregiem negatywnych konsekwencji (emocjonalnych, zdrowotnych oraz zawodowych i akademickich), prowadzonych jest coraz więcej badań mających na celu lepsze zrozumienie tego zachowania oraz pomoc osobom, które się z nim borykają. W trakcie wystąpienia postaram się przedstawić wyniki badań dotyczących najważniejszych aspektów prokrastynacji.

Opowiem m.in. o związku prokrastynacji z impulsywnością, regulacją emocji, lękiem przed porażką oraz mniej jasnych powiązaniach z perfekcjonizmem. Wspomnę też o badaniach neurobiologicznych, porównujących aktywność mózgu między osobami o niskim i wysokim nasileniu prokrastynacji. Zwrócę też uwagę na możliwe powiązania prokrastynacji z ADHD i depresją.

Na koniec, krótko opowiem o badaniach dotyczących skuteczności różnych interwencji w prokrastynacji.

## Wystąpienie 2

### *Porównanie skuteczności protokołów Terapii Poznawczo-Behawioralnej wykorzystujących odmienne techniki behawioralne w redukcji prokrastynacji: randomizowane badanie z grupami kontrolnymi*

#### **Weronika Maria Browarczyk, Joachim Kowalski, Magdalena Pietruch, Robert Szymański, Marek Wypych i Jarosław Michałowski**

CBT to uznana metoda pozwalająca ograniczyć prokrastynację i towarzyszące jej objawy depresyjne i lękowe. Ostatnio coraz więcej uwagi poświęca się krótkoterminowym, niskokosztowym interwencjom w tym nurcie. Obecny stan wiedzy nie pozwala jednak jednoznacznie stwierdzić, czy poszczególne protokoły tego typu różnią się skutecznością, co wskazuje na konieczność przeprowadzenia rygorystycznych metodologicznie randomizowanych badań porównawczych z grupą kontrolną.

Celem badania było porównanie skuteczności dwóch protokołów CBT dla osób z nasiloną prokrastynacją z aktywną grupą kontrolną i grupą oczekującą (waitlist). Przez pięć tygodni osoby badane uczestniczyły w grupowych interwencjach online prowadzonych przez pary przeszkolonych terapeutów. Wszystkie aktywne protokoły zawierały identyczną psychoedukację i metody poznawcze, a różniły się wyłącznie technikami behawioralnymi. Od nich pochodzą nazwy testowanych grup: RPT (Realistic Planning and Timely Beginning – realistyczne planowanie i punktualne rozpoczynanie), WTR (Working Time Restriction – ograniczenie czasu pracy), PT (Pomodoro Technique – technika Pomodoro). Ta ostatnia stanowiła aktywną grupę kontrolną. Zbadano 223 studentów wykazujących wysoki poziom prokrastynacji, losowo przydzielonych do jednej z czterech grup eksperymentalnych. Oceny dokonywano wyjściowo, w połowie interwencji, po jej zakończeniu oraz w 6-miesięcznym follow-upie. Analiza wykazała istotny spadek prokrastynacji z dużym efektem dla wszystkich aktywnych protokołów względem grupy oczekującej, choć zaobserwowano zróżnicowaną skuteczność u poszczególnych osób uczestniczących w interwencjach. Wszystkie aktywne interwencje skuteczniej niż grupa oczekująca redukowały objawy depresji, a protokoły WTR i PT także poziom lęku.



Spadek prokrastynacji utrzymał się po sześciu miesiącach, co świadczy o stabilności efektów. Mocną stroną badania był pomiar efektów niepożądanych. Choć odnotowano je u 39,7% badanych, miały one w większości jedynie umiarkowany i niekliniczny charakter, co potwierdza bezpieczeństwo interwencji.

Niniejsze badanie jako pierwsze bezpośrednio porównuje różne protokoły CBT w terapii prokrastynacji. Wbrew początkowym założeniom, wszystkie aktywne interwencje wykazały zbliżoną skuteczność. Sugeruje to, że odmienne techniki behawioralne mogą przynosić równie dobre rezultaty, o ile są osadzone w ramach spójnego podejścia poznawczo-behawioralnego.

### Wystąpienie 3

#### *Integracyjny poznawczo-behawioralny model prokrastynacji. Mechanizmy powstawania, utrzymywania się i terapii nieadaptacyjnego odkładania na później*

**Magdalena Pietruch, Joachim Kowalski, Weronika Maria Browarczyk,  
Jarosław Michałowski, Marek Wypych**

Prokrastynacja jest powszechną trudnością w zakresie samoregulacji, która wiąże się z subiektywnym dystresem i szeregiem negatywnych konsekwencji w różnych obszarach życia. Dzięki rosnącej liczbie badań coraz lepiej rozumiane jest jej wieloczynnikowe podłoże emocjonalne, poznawcze i samoregulacyjne. W odpowiedzi na potrzebę spójnego ujęcia tych procesów, przedstawiony zostanie integracyjny poznawczo-behawioralny model prokrastynacji (ICB-P). Model ten konceptualizuje prokrastynację jako cykl unikania – strategię regulacji dyskomfortu, wzmacnianą poprzez krótkoterminową redukcję napięcia emocjonalnego – oraz wykonywania zadań pod presją czasu. Proponowane ujęcie powstawania i utrzymywania się chronicznej prokrastynacji może wspierać konceptualizację przypadków klinicznych oraz ułatwiać pacjentom zrozumienie funkcji tego zachowania. Ponadto, model ICB-P stanowi podstawę do planowania oddziaływań terapeutycznych, wskazując na kluczowe mechanizmy, poprzez które dochodzi do funkcjonalnej zmiany. Proponowane teoretycznie mechanizmy poznawczo-behawioralnej terapii prokrastynacji zostały poddane weryfikacji empirycznej, której wyniki zaprezentowane zostaną w drugiej części wystąpienia. Wyniki randomizowanego badania z grupą kontrolną wskazały, że w czasie 5-tygodniowej, grupowej interwencji CBT dla studentów z wysokim nasileniem prokrastynacji, w porównaniu do grupy kontrolnej osób oczekujących na terapię (NCBT = 306 vs Nwait-list = 153), kluczową rolę w redukcji prokrastynacji odgrywały: obniżenie negatywnych oraz zwiększenie pozytywnych emocji związanych z odkładanym zadaniem, wzrost postrzeganej wartości zadania, a także wzmocnienie kontroli proaktywnej, wytrwałości, lepszego rozumienia emocji i wewnętrznych atrybucji sukcesu.

W świetle omówionych wyników oraz założeń modelu ICB-P przedstawione zostaną rekomendacje dotyczące skutecznych interwencji terapeutycznych skierowanych na problem prokrastynacji. W szczególności omówiona zostanie rola obniżania postrzeganej awersyjności odkładanych zadań, wzmacniania pozytywnych emocji oraz kształtowania umiejętności samoregulacyjnych – jako mechanizmów odgrywających kluczową rolę w procesie zmiany.



## **Symposium II: *Miejsce modeli rozumienia zaburzeń psychicznych w strukturze naukowości terapii poznawczo-behawioralnej***

**Wojciech Stefaniak, Agata Wytykowska - Kaczorek, Małgorzata Łysiak, Izabela Stefaniak**

Ważnym aspektem naukowego charakteru terapii poznawczo-behawioralnej jest systematyczne budowanie, uzasadnianie, weryfikowanie oraz falsyfikowanie teorii stanowiących podstawę rozumienia zaburzeń psychicznych leczonych w tym nurcie. Tak zwane modele rozumienia zaburzeń stanowią istotny komponent wiedzy nomotetycznej, wykorzystywanej zarówno w konceptualizacji problemów pacjentów, jak i w planowaniu procesów terapeutycznych.

Symposium poświęcone jest metodologicznej analizie konstruowania modeli teoretycznych, ze szczególnym uwzględnieniem trudności związanych z ich empiryczną weryfikacją i falsyfikacją. Wydarzenie obejmuje cztery wystąpienia, dzięki którym uczestnicy będą mogli zapoznać się zarówno z historią rozwoju metodologii naukowego budowania modeli i jej filozoficznym podłożem, jak również ze szczegółowymi zagadnieniami badawczymi i metodologicznymi, które współcześnie stanowią istotne wyzwanie dla kolejnych badaczy.

Podczas symposium poruszone zostaną kwestie specyfiki badań weryfikujących założenia modeli teoretycznych oraz trudności w uzyskaniu ich pełnej falsyfikacji. Ponadto uczestnicy będą mieli okazję zapoznać się z wymagającą metodologią tworzenia modeli zaburzeń osobowości w świetle wytycznych ICD-11, a także prześledzić możliwości operacjonalizacji pojęć związanych z teorią zdrowienia osobistego. Symposium stanowi przestrzeń do pogłębionej refleksji nad naukowymi fundamentami terapii poznawczo-behawioralnej oraz inspirującą okazję do dyskusji nad kierunkami dalszego rozwoju badań i praktyki klinicznej. Udział w wydarzeniu pozwoli nie tylko poszerzyć wiedzę metodologiczną, ale również skonfrontować własne doświadczenia z perspektywą innych specjalistów, co sprzyja krytycznemu myśleniu i rozwojowi kompetencji naukowych.

Serdecznie zapraszamy wszystkich zainteresowanych – badaczy, klinicystów oraz osoby szkolące się w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej – do aktywnego uczestnictwa w symposium, wspólnej wymiany doświadczeń oraz twórczej dyskusji nad wyzwaniami współczesnej psychoterapii.

Słowa Kluczowe: modele rozumienia zaburzeń, empiryczna weryfikacja założeń, falsyfikacja modeli, operacjonalizacja pojęć teoretycznych.

### Wystąpienie 1

#### *Paradygmat naukowości stosowany w modelach rozumienia zaburzeń psychicznych w terapii CBT*

**dr n. hum. Wojciech Stefaniak**

Naukowy charakter terapii poznawczo-behawioralnej jest powszechnie uznawany i stanowi jeden z jej kluczowych wyróżników. Określenia takie jak „terapia oparta na dowodach naukowych”, „terapia osadzona w badaniach” czy „interwencja o potwierdzonej empirycznie skuteczności” pojawiają się w niemal każdej publikacji poświęconej temu nurtowi. Znacznie rzadziej podejmowana jest jednak pogłębiona refleksja nad tym, jakiego rodzaju wiedza naukowa jest wykorzystywana w terapii poznawczo-behawioralnej, a także w których obszarach praktyki klinicznej naukowość ma charakter rekomendowany, a w których stanowi



warunek konieczny.

Prezentowane wystąpienie poświęcone będzie historycznym, filozoficznym oraz metodologicznym aspektom naukowości modeli rozumienia zaburzeń psychicznych w terapii poznawczo-behawioralnej. Szczególna uwaga zostanie poświęcona relacji między wiedzą nomotetyczną i idiograficzną w strukturze procesu terapeutycznego oraz implikacjom tego rozróżnienia dla konstruowania modeli teoretycznych. Omówiona zostanie historia idei podziału wiedzy oraz jej znaczenie dla rozwoju psychologii i psychoterapii, a także kształtowanie się metody hipotetyczno-dedukcyjnej jako podstawowego paradygmatu budowania modeli naukowych — ze szczególnym uwzględnieniem weryfikacyjnej teorii znaczenia oraz specyfiki definicji operacyjnych.

W dalszej części przedstawione zostaną założenia teoretyczne koncepcji weryfikacji i falsyfikacji, wraz z analizą ich mocnych i słabych stron oraz wpływu na sposób myślenia o modelach teoretycznych w terapii poznawczo-behawioralnej, w tym o możliwościach ich empirycznego potwierdzenia i uprawomocnienia. Wystąpienie stanowić będzie okazję do pogłębionej refleksji nad epistemologicznymi fundamentami praktyki terapeutycznej oraz nad statusem naukowym modeli wykorzystywanych w pracy klinicznej.

## Wystąpienie 2

### *Nie wszystko złoto, co się świeci. Predyktory i mechanizmy podtrzymujące zaburzenia – o potrzebie badań weryfikujących założenia teoretyczne modeli*

**dr n. hum. Agata Wytykowska - Kaczorek**

Psychoterapia jest procesem oddziaływania i wprowadzania zmian w mechanizmach psychologicznych, które, w ramach określonego podejścia, "uznajemy" za kluczowe i odpowiedzialne za generowanie objawów psychopatologicznych. Owo "uznanie" powinno mieć status naukowy, to znaczy modele teoretyczne zaburzeń powinny wynikać z badań empirycznych weryfikujących faktyczną rolę tych mechanizmów w psychopatologii. Badania nad efektywnością psychoterapii dostarczają nam danych czy określone oddziaływanie skutecznie redukuje objawy psychopatologiczne. Jednak informacja "to działa" nie jest tożsama z informacją "wiemy, dlaczego działa". Każdy terapeuta ma doświadczenie stosowania sprawdzonej interwencji, która nie przynosiła spodziewanych efektów - głównie redukcji objawów. Ten właśnie problem jest motorem rozwoju badań nad identyfikacją kluczowych mechanizmów odpowiedzialnych za objawy (mediatory) oraz poszukiwania odpowiedzi dla kogo i kiedy dana interwencja będzie skuteczna (moderatory). Process-based CBT jest próbą szukania odpowiedzi na te pytania

Celem referatu jest krótkie przedstawienie istoty badań nad mechanizmami podtrzymującymi zaburzenia. Na przykładzie wybranych badań przyjrzymy się czy zakładanie bez weryfikacji "który mechanizm ciągnie objawy" nie skazuje nas aby na frustrację w gabinecie. Zostaną zaprezentowane także praktyczne implikacje dla praktyki klinicznej.



### Wystąpienie 3

#### *Tworzenie modeli rozumienia zaburzeń osobowości w świetle ICD-11: problemy i wyzwania*

**dr n. hum. Małgorzata Łysiak**

Wystąpienie poświęcone jest kluczowym trudnościom związanym z budowaniem modeli konceptualizacji przypadku w terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości. Choć modele poznawczo-behawioralne stanowią podstawę planowania i prowadzenia terapii, w przypadku tej grupy pacjentów terapeuci napotykają na liczne wyzwania kliniczne i metodologiczne. Do najistotniejszych należą: złożoność i sztywność wzorców poznawczych, silne komponenty emocjonalne i interpersonalne, współwystępowanie zaburzeń osi I, a także trudności w utrzymaniu stabilnej relacji terapeutycznej.

Istotnym źródłem komplikacji w procesie konceptualizacji stają się trudności diagnostyczne wynikające z ewolucji współczesnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych. W referacie omówione zostaną konsekwencje różnic pomiędzy podejściem kategoryjnym DSM-5 a dymensjonalnym modelem zaburzeń osobowości zaproponowanym w ICD-11, w tym problemy związane z oceną nasilenia dysfunkcji osobowości, identyfikacją dominujących cech oraz ich przełożeniem na funkcjonalne modele CBT. Zostanie zwrócona uwaga na wyzwania związane z niespójnością diagnoz, ograniczoną trafnością kliniczną kategorii oraz wpływem diagnozy na dobór interwencji terapeutycznych.

Celem referatu jest dostarczenie uczestnikom zarówno ram teoretycznych, jak i praktycznych wskazówek ułatwiających tworzenie użytecznych, elastycznych modeli terapeutycznych w pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości.

### Wystąpienie 4

#### *Zdrowienie w terapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń psychotycznych: ujęcie empiryczne, operacjonalizacja i mechanizmy działania*

**dr n. med. Izabela Stefaniak**

Współczesne badania nad zdrowieniem osób z diagnozą schizofrenii wskazują, że nie jest ono tożsame z redukcją objawów, lecz obejmuje wielowymiarową zmianę sposobu funkcjonowania osoby oraz jej relacji do własnych przeżyć, siebie i świata po kryzysie psychicznym. Choć dominujące podejście biomedyczne koncentruje się przede wszystkim na zmniejszaniu nasilenia objawów, praktyka kliniczna pokazuje, że nawet przy istotnej poprawie objawowej wiele osób nadal doświadcza trudności w podejmowaniu ról społecznych, realizacji celów życiowych i odzyskiwaniu poczucia sprawczości. W tym kontekście rosnącego znaczenia nabiera koncepcja zdrowienia osobistego, rozumianego jako proces odzyskiwania wpływu na własne doświadczenia psychiczne, rozwijania nadziei, rekonstruowania sensu życia oraz zdolności funkcjonowania mimo utrzymujących się objawów. Badania wskazują, że zdrowienie ma charakter zindywidualizowany i nieliniowy, a jego kluczowym mechanizmem jest zmiana znaczeń nadawanych doświadczeniom psychotycznym oraz wyznaczanie nowych celów życiowych, budowanie tożsamości „poza diagnozą” czy odzyskiwanie nadziei.

Celem wystąpienia jest konceptualne doprecyzowanie relacji między terapią poznawczo-behawioralną psychoz (CBT) a procesem zdrowienia osobistego oraz zaproponowanie ram operacjonalizacji zdrowienia jako wielopoziomowego procesu zmiany istotnego z perspektywy mechanizmów działania psychoterapii. Wystąpienie integruje wyniki badań nad skutecznością CBT psychoz z literaturą dotyczącą zdrowienia



(recovery), proponując model, w którym interwencje poznawczo-behawioralne rozumiane są jako mechanizmy regulujące sposób odnoszenia się do doświadczeń, co umożliwi szerszą zmianę poczucia siebie i funkcjonowania. Przegląd badań wskazuje, że skuteczność CBT nie ogranicza się do redukcji cierpienia związanego z objawami, lecz obejmuje zmianę sposobu interpretowania doświadczeń psychotycznych, rozwijanie akceptacji i elastyczności poznawczej, wzmacnianie poczucia wpływu oraz poprawę funkcjonowania społecznego i orientacji na przyszłość. Mechanizmy te są uruchamiane poprzez procesy takie jak wspólne formułowanie znaczenia doświadczeń, ich normalizacja, modyfikacja przekonań metapoznawczych, rozwijanie zdolności dystansowania się od treści doświadczenia oraz ukierunkowanie terapii na indywidualne cele życiowe. CBT oddziałuje przede wszystkim na poziomie regulacyjnym, modyfikuje sposób, w jaki doświadczenia są interpretowane, przewidywane i włączane w działanie. Zdrowienie ujawnia się natomiast szerzej, w zmianie rozumienia siebie i własnego życia po doświadczeniu kryzysu psychotycznego. Proponowany model zakłada, że CBT i proces zdrowienia są ze sobą powiązane. Terapia zmienia sposób, w jaki doświadczenie wpływa na emocje i działanie, natomiast zdrowienie zmienia sposób, w jaki życie staje się znaczące dla podmiotu. Ich wspólnym rdzeniem jest zmiana względem doświadczenia psychotycznego, przejście od bycia przez nie determinowanym do aktywnego współtworzenia jego znaczenia. W tym ujęciu zdrowienie nie stanowi jedynie wskaźnika efektywności terapii, lecz proces głębokiej rekonstrukcji podmiotowości i sposobu bycia w świecie, którego warunki mogą być modyfikowane poprzez interwencje poznawczo-behawioralne, lecz którego zakres wykracza poza redukcję objawów.

Wystąpienie przedstawia implikacje teoretyczne i kliniczne dla operacjonalizacji zdrowienia w badaniach nad mechanizmami zmiany w CBT psychoz oraz dla integracji perspektywy terapeutycznej i recovery w konceptualizacji procesu leczenia.

## **Symposium III: *Etyka stosowania sztucznej inteligencji w praktyce psychoterapeutycznej***

**Artur Wiśniewski, Magdalena Skotnicka-Chaberek, Błażej Kmiecik, Emilia Kaczmarek, Dora Szyborska**

Punkt wyjścia stanowi szybkie upowszechnianie narzędzi AI (zwłaszcza dużych modeli językowych) w pracy klinicystów przy braku oficjalnych standardów zawodowych w Polsce. Symposium rozpocznie się prezentacją aktualnych międzynarodowych wytycznych (WHO, APA, EU AI Act) oraz wyników badania ankietowego wśród członków PTPPB dotyczących faktycznego użycia AI w praktyce terapeutycznej.

Następnie zostaną przedstawione dwa mini wykłady eksperckie: (1) projektowanie etycznego AI dla zdrowia psychicznego z perspektywy tech ethics oraz (2) filozoficzne i prawne aspekty chatbotów terapeutycznych, w tym problem syko-fancji modeli, zmian w Kodeksie Etyki Lekarskiej i certyfikacji aplikacji.

Interdyscyplinarny skład panelu dyskusyjnego (praktyka kliniczna i superwizja, etyka projektowania AI, filozofia relacji człowiek-AI, prawa pacjenta, prawo medyczne) pozwoli na wieloperspektywiczne ujęcie kluczowych dylematów: ochrona danych, transparentność wobec pacjenta, kompetencje do krytycznej oceny AI, wpływ na relację terapeutyczną oraz ryzyko self-deception w relacjach z AI.

Celem symposium jest nie tylko diagnoza ryzyk, lecz także wypracowanie praktycznych rekomendacji i zaproponowanie Zarządowi PTPPB rozpoczęcia prac nad polskimi wytycznymi etycznymi. Spotkanie, zaplanowane jako poszerzona sesja (120 minut: wprowadzenie, wykłady eksperckie, dyskusja panelowa, Q&A), ma stać się impulsem do stworzenia pierwszych polskich standardów stosowania AI w psychoterapii.



## Wystąpienie 1

### *Etyczne wyzwania stosowania chatbotów w psychoterapii*

**Emilia Kaczmarek**

Coraz więcej osób używa dużych modeli językowych (LLMs) w celu uzyskania wsparcia psychicznego, porad życiowych i medycznych, w tym z zakresu zdrowia psychicznego. Celem wystąpienia jest omówienie wybranych wyzwań etycznych związanych z prowadzeniem dialogu z dużym modelem językowym (LLM) jako substytutu psychoterapii.

Wystąpienie bazuje na przykładach i analizach z literatury naukowej z obszaru etyki sztucznej inteligencji. W trakcie prezentacji poruszone zostaną m.in. następujące pytania i problemy: Czego możemy się nauczyć z historii pierwszych chatbotów (efekt Elizy) oraz późniejszych prób stworzenia tzw. chatbotów psychoterapeutycznych (przykład Woebota)? Dlaczego sposoby reklamowania lub opisywania aplikacji zdrowia psychicznego bywają etycznie wątpliwe? Jakie wartościujące wybory muszą zostać podjęte, aby określić, co powinno być punktem odniesienia przy ocenianiu skuteczności i bezpieczeństwa stosowania tzw. chatbotów psychoterapeutycznych? W jaki sposób sykofancja dużych modeli językowych może wpływać na wzmacnianie urojeń użytkowników chatbotów? Czy, i pod jakimi warunkami, w świetle Kodeksu Etyki Lekarskiej, psychiatra może polecić pacjentowi korzystanie z chatbota w celach psychoterapeutycznych? Wystąpienie wskaże na pilną potrzebę opracowania systemu certyfikacji tego typu narzędzi, w celu zapewnienia ich zgodności ze standardami etyki medycznej.

Słowa kluczowe: chatboty psychoterapeutyczne, sztuczna inteligencja, etyka AI, efekt Elizy, sykofancja, urojenia.

## Wystąpienie 2

### *Algorytmy w służbie empatii. Ethics by design i collaborative ethics w projektowaniu technologii dla zdrowia psychicznego*

**Dota Szyborska**

Wykorzystanie AI w psychoterapii wymaga rozwiązania szeregu problemów projektowych i etycznych. Ponieważ algorytmy (jeszcze) nie potrafią uczestniczyć w relacji terapeutycznej, wyzwaniem jest wdrożenie międzynarodowych standardów etycznych bezpośrednio do architektury systemów i interfejsów.

Podczas wystąpienia przeanalizuję ten proces przez pryzmat dwóch podejść:

Ethics by design - projektowania z uwzględnieniem bezpieczeństwa, prywatności i autonomii pacjenta od pierwszej fazy koncepcyjnej.

Collaborative ethics - ścisłej współpracy ze specjalistami zdrowia psychicznego, aby narzędzia nie powstawały w laboratoryjnej izolacji.

Opierając się na pracach zespołu etycznego w projekcie Sójka (Bielik Guard), pokażę, jak przekładać wartości etyczne na decyzje projektowe i jak minimalizować błędy algorytmiczne (bias). Głównym wnioskiem z wystąpienia jest potrzeba zmiany roli psychoterapeutów i psychoterapeutek - z odbiorców na współtwórców technologii. Zaprezentuję również wytyczne projektowe dla systemów, które nie udają empatii, lecz realnie wspierają terapeutę i dbają o bezpieczeństwo pacjenta.



## Symposium IV: *Procesy psychologiczne jako mechanizmy zmiany w CBT: integracja badań i praktyki klinicznej*

dr Joachim Kowalski, Monika Kornacka, Marta Szastok, Jacek Legierski

Wystąpienie 1

### *Jak zdefiniować proces? Wyzwania i korzyści myślenia procesualnego w terapii CBT – od badań do praktyki klinicznej*

**Monika Kornacka i Marta Szastok**

Dynamiczny rozwój transdiagnostycznych i opartych na procesach podejść w diagnozie i psychoterapii skłania terapeutów i badaczy do refleksji nad tym, jak definiować pojęcie „proces” oraz jaką rolę odgrywa on w konceptualizacji przypadku, planowaniu i monitorowaniu interwencji. Proces może być rozumiany jako dynamiczny, zmienny w czasie mechanizm regulujący zachowanie, emocje i myślenie jednostki, osadzony w określonym kontekście sytuacyjnym i interpersonalnym (Hofmann & Hayes, 2019). Taka perspektywa jest spójna z postulatem odejścia od kategoryalnych, opartych na diagnozach modeli psychopatologii na rzecz podejścia idiograficznego, koncentrującego się na unikalnych konfiguracjach procesów podtrzymujących trudności danej osoby (Fisher & Boswell, 2016; Kazdin, 2007; Rief et al., 2024). Mimo że terapeuci są zgodni co do korzyści płynących z pracy opartej na procesach, przeniesienie tej wiedzy do praktyki klinicznej wiąże się z wieloma wyzwaniami. Na podstawie przeglądu literatury oraz badań własnych przedstawimy różne sposoby definiowania procesów w CBT. Rozróżnimy transdiagnostyczne podejścia oparte na ujednoliconych protokołach terapeutycznych, takie jak Ujednolicony Protokół Barlowa (Barlow et al., 2011), oraz podejścia procesualne, kładące nacisk na elastyczny dobór interwencji w zależności od funkcjonalnej roli procesów psychologicznych (Hofmann et al., 2021). Szczególną uwagę poświęcimy pytaniu, czy proces psychologiczny może jednocześnie pełnić funkcję objawu oraz mechanizmu podtrzymującego trudności, oraz jakie konsekwencje niesie to rozróżnienie dla praktyki terapeutycznej i badań nad skutecznością psychoterapii, zwłaszcza w świetle sieciowych modeli psychopatologii (Borsboom, 2017). Omówimy wyzwania i korzyści stosowania podejścia procesualnego w praktyce klinicznej oraz badaniach nad skutecznością psychoterapii, ze szczególnym uwzględnieniem konceptualizacji przypadku, identyfikacji kluczowych procesów oraz monitorowania zmian.

Wystąpienie 2

### *Nie tylko o relacji terapeutycznej*

**Jacek Legierski**

Tocząca się w ciągu ostatnich trzech dekad dyskusja naukowa dotycząca czynników leczących w psychoterapii oscylowała głównie wokół osi podziału pomiędzy zwolennikami prymatu czynników wspólnych i tych badaczy, którzy uważali, że nie ma wystarczających dowodów na uznanie czynników specyficznych za mniej istotne (Cuijpers et al., 2019; Mulder et al., 2017; Imel & Wampold, 2008; Wampold, 2015). Pomimo, iż dyskusja nadal trwa warto podjąć próbę przeglądu wniosków wynikających z tego nurtu badań dla praktyki terapeutycznej. Dla psychoterapeuty praktyka znajomości i zrozumienie wniosków z badań nad czynnikami leczącymi w psychoterapii poznawczo-behawioralnej może pozwolić na skuteczniejsze i bardziej elastyczne prowadzenie



terapii (Dobson & Dobson, 2019). W czasie wystąpienia, na podstawie przeglądu literatury, omówione zostanie omówione działanie wybranych czynników leczących w terapii poznawczo-behawioralnej (Dobson & Kazantzis, 2023; Kazantzis & Dobson, 2024) oraz ich znaczenie w praktyce terapeutycznej (Beck, 2020; DeRubeis et al., 2005; Kazantzis et. al., 2018).

### Wystąpienie 3

#### *Dlaczego badania podstawowe są ważne dla praktyki CBT? Od neuronauki i psychologii eksperymentalnej do badań nad mechanizmami zmiany*

**Anna M. Beres**

Współczesna terapia poznawczo-behawioralna (CBT) coraz częściej odwołuje się do badań nad mechanizmami i procesami psychologicznymi jako podstawy skutecznej i spersonalizowanej interwencji. W tym kontekście kluczową, choć często niedocenianą rolę odgrywają badania podstawowe w psychologii i neuronauce. Choć nie są one projektowane z myślą o bezpośrednim testowaniu protokołów terapeutycznych, dostarczają wiedzy o fundamentalnych procesach leżących u podstaw psychopatologii oraz zmiany terapeutycznej (Kazdin, 2007; Hofmann i Hayes, 2019). Celem niniejszego wystąpienia jest pokazanie, w jaki sposób badania podstawowe stanowią konieczne zaplecze teoretyczne i metodologiczne dla badań nad mechanizmami działania psychoterapii, prezentowanych w kolejnych flashtalkach.

W pierwszej części wystąpienia omówione zostanie znaczenie badań podstawowych dla rozumienia procesów emocjonalnych, poznawczych i samoregulacyjnych oraz ich neuronalnych korelatów (LeDoux, 2012; Phelps i wsp., 2014). Procesy te - takie jak uczenie się, regulacja emocji, przetwarzanie wartości czy kontrola zachowania - stanowią wspólny mianownik zarówno dla modeli psychopatologii, jak i dla mechanizmów zmiany identyfikowanych w badaniach klinicznych. Zostanie podkreślone, że to właśnie badania podstawowe dostarczają pojęć, modeli i hipotez, które umożliwiają interpretację wyników badań nad mechanizmami oraz ich integrację w spójne ramy teoretyczne (Fisher i Boswell, 2016; Borsboom, 2017).

W drugiej części wystąpienia przedstawione zostanie, w jaki sposób wiedza płynąca z badań podstawowych wspiera praktykę CBT pośrednio - poprzez umożliwienie rzetelnej konceptualizacji procesów zmiany, trafniejszą psychoedukację pacjentów oraz świadomy dobór technik terapeutycznych ukierunkowanych na kluczowe mechanizmy psychologiczne (Carey i wsp., 2019; Hofmann i wsp., 2021). Taka perspektywa pozwala formułować uogólnione zasady zmiany, które następnie mogą być empirycznie testowane w badaniach nad mechanizmami i ilustrowane na konkretnych przykładach klinicznych.

Wystąpienie ma na celu stworzenie wspólnego języka i kontekstu interpretacyjnego dla kolejnych prezentacji flashtalkowych oraz podkreślenie, że badania podstawowe, badania nad mechanizmami i praktyka kliniczna stanowią komplementarne elementy jednego procesu rozwoju CBT (Rief i wsp., 2024).



## Wystąpienie 4

***Co działa i dlaczego? Jak badania mechanizmów działania psychoterapii mogą wspierać praktykę kliniczną*****Magdalena Pietruch, Joachim Kowalski, Monika Kornacka i Marta Szastok, Anna M. Bereś**

Badania nad mechanizmami działania psychoterapii stają się jednym z kluczowych kierunków rozwoju współczesnej praktyki klinicznej. Ich potencjał polega na zwiększaniu precyzji oddziaływań przede wszystkim poprzez: (1) lepsze zrozumienie, które komponenty interwencji są w największym stopniu odpowiedzialne za jej skuteczność, a które mają znaczenie drugorzędne oraz (2) możliwość opartego na dowodach dobierania technik o znanych mechanizmach działania do indywidualnych mechanizmów psychopatologii pacjenta. Tym samym, wiedza o mechanizmach zmiany pozwala z jednej strony rozwijać bardziej precyzyjne protokoły terapeutyczne, a z drugiej – wspierać praktyków w podejmowaniu trafnych decyzji klinicznych.

W ramach wystąpienia pokażemy, w jaki sposób wyniki badań nad procesami i mechanizmami – choć wciąż stosunkowo nieliczne i często pomijane w praktyce – mogą być użyteczne dla praktyków. Zaprezentujemy serię przykładów empirycznych z własnych projektów badawczych, ilustrujących różne sposoby identyfikowania, operacjonalizacji i testowania mechanizmów zmiany, które zostaną przedstawione w kolejnych flashtalkach uczestników panelu.

Pierwsze krótkie wystąpienie dotyczyć będzie mechanizmów działania poznawczobehawioralnej terapii prokrastynacji, zidentyfikowanych w dwóch dużych randomizowanych badaniach klinicznych. Wyniki wskazały, że kluczowymi mechanizmami zmiany w zakresie prokrastynacji były: spadek negatywnych emocji związanych z zadaniem, wzrost pozytywnych emocji i postrzeganej wartości zadania, oraz wzmocnienie samoregulacji – w szczególności kontroli proaktywnej i wytrwałości. Rezultaty te podkreślają znaczenie technik opartych na stopniowej ograniczonej w czasie ekspozycji na zadania oraz wzmocnianiu wczesnych sukcesów jako elementów ukierunkowanych na konkretne procesy zmiany.

Drugie wystąpienie skoncentruje się na unikaniu jako podstawowym procesie psychologicznym, istotnym zarówno dla rozwoju jak i dla podtrzymywania wielu zaburzeń psychicznych. Unikanie stanowi jednocześnie potencjalny mechanizm zmiany w psychoterapii, którego rzetelna ocena pozostaje wyzwaniem metodologicznym i klinicznym, w badaniach nad podstawowymi mechanizmami psychopatologii, skutecznością psychoterapii oraz w kontekście samoobserwacji. Trudność ta wynika m.in. z faktu, że unikanie nie ogranicza się do zachowań obserwowalnych, lecz obejmuje również unikanie poznawcze oraz unikanie emocji. W badaniu Barnes i in. (2025) sprawdzamy, w jaki sposób zmiana w unikaniu doświadczeń emocjonalnych, indukowana za pomocą interwencji o niskiej intensywności prowadzonej w warunkach ekologicznych (ecological momentary intervention, EMI), wpływa na nasilenie ruminacji- jednego z kluczowych transdiagnostycznych czynników ryzyka w psychopatologii - oraz na towarzyszące jej objawy. Dodatkowym celem badania była ocena roli przekonań dotyczących negatywnych emocji jako potencjalnego mechanizmu pośredniczącego w procesie zmiany. Badanie to ilustruje, w jaki sposób możliwe jest empiryczne testowanie znaczenia konkretnych mechanizmów zmiany z wykorzystaniem mikrointerwencji lub interwencji o niskiej intensywności, nawet w przypadku procesów, nawet w przypadku procesów trudnych do uchwycenia za pomocą tradycyjnych metod badawczych.

Kolejny flashtalk dotyczyć będzie werbalizacji i konceptualizacji emocji jako procesu psychologicznego. Zaprezentowane zostaną wyniki badania eksperymentalnego (Zabrocka i wsp., 2025) nad przetwarzaniem emocji u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD). W badaniu tym dzieci oglądały krótkie animacje w trzech warunkach: bez narracji, z neutralną audiodeskrypcją oraz z audiodeskrypcją emocjonalnie ekspresyjną, explicite nazywającą emocje i relacje przyczynowo-skutkowe. Emocjonalnie nacechowana narracja istotnie poprawiała rozumienie emocji i fabuły u dzieci z ASD, prowadząc do wyrównania



wyników z grupą neurotypową. Efekt ten nie był związany ze zmianami w uwadze wzrokowej, co sugeruje, że kluczowym mechanizmem zmiany było dostarczenie językowego „rusztowania” dla interpretacji doświadczeń emocjonalnych.

Całość prezentowanych badań ilustruje, że skuteczność CBT wynika z modyfikacji konkretnych procesów psychologicznych - a pytanie brzmi: które procesy, w jaki sposób i dla kogo.



## Sesje Q&A

**Dorota Nowocin, Aleksandra Litarowicz-Prus, Karolina Komorowska-Legierska, Małgorzata Styburska, Joanna Urbańska, Elżbieta Wojnar-Mróż**

*Ścieżka certyfikacji i standardy PTPPB – sesja pytań i odpowiedzi z Komisją Naukowo-Dydaktyczną*

Sesja Q&A Komisji Naukowo-Dydaktycznej PTPPB to przestrzeń dla psychoterapeutów i superwizorów CBT, którzy chcą zadać konkretne, praktyczne pytania dotyczące ścieżki certyfikacyjnej, wymogów szkoleniowych, superwizji oraz zasad odnawiania certyfikatów. Uczestnicy będą mogli poruszyć swoje wątpliwości związane z dokumentacją, planowaniem rozwoju zawodowego, wyborem szkoleń oraz interpretacją standardów PTPPB, otrzymując od razu jasne i spójne odpowiedzi. Spotkanie będzie miało formę otwartej, dynamicznie moderowanej sesji pytań i odpowiedzi z członkami Komisji, nastawionej na jasne wyjaśnianie procedur, wskazywanie konkretnych rozwiązań oraz porządkowanie najczęściej pojawiających się wątpliwości z codziennej praktyki klinicznej i szkoleniowej. Chcąc możliwie najpełniej skorzystać z sesji Q&A, warto poświęcić kilka minut na poniższe pytania: 1. Co jest dla mnie obecnie największym wyzwaniem w trakcie ścieżki certyfikacyjnej lub superwizji? 2. Z jakimi pytaniami lub trudnościami spotykam się najczęściej podczas dokumentując mój rozwój zawodowy (szkolenia, staże, superwizje)? 3. Które z zasad certyfikacji w PTPPB są dla mnie niejasne? 4. Czy rozumiem zasady procedury odnowienia certyfikatu? Na spotkanie zapraszamy osoby szkolące się w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, osoby posiadające już certyfikaty PTPPB, jak również wykładowców i superwizorów zaangażowanych w prowadzenie szkoleń w zakresie psychoterapii poznawczo-behawioralnej.

**mgr Agata Muszyńska**

*Terapia schematu: ćwiczenie wyobrażeniowe ze zmianą scenariusza – sesja Q&A*

Ćwiczenie wyobrażeniowe ze zmianą scenariusza (ang. imagery rescripting) to jedno z najskuteczniejszych narzędzi, którym może posłużyć się terapeuta schematu. Choć protokół wydaje się przejrzysty, praktyka kliniczna często stawia nas przed trudnymi pytaniami o niuanse w korzystaniu z tej techniki, dotyczące np. momentu rozpoczęcia pracy wyobrażeniowej, roli terapeuty, intensywnych reakcji emocjonalnych czy budowania trybu Zdrowego Dorosłego u pacjenta, etc. Sesja Q&A będzie więc okazją do zadawania pytań o reskrypcję wyobrażeniową, opartych o doświadczenia i trudności z własnej praktyki terapeutycznej.



## Warsztaty śródkonferencyjne

**Małgorzata Styburska, Joanna Urbańska, Przemysław Sikora**

*Refleksyjność i elastyczność w stosowaniu technik CBT, czyli jak nie wpaść w pułapkę „ulubionych technik” w pracy terapeutycznej.*

Dla skuteczności procesu terapeutycznego w CBT duże znaczenie ma refleksyjność i elastyczność w stosowaniu przez psychoterapeutę wybranych technik poznawczych i behawioralnych w ramach danego protokołu i struktury sesji, adekwatnie do konceptualizacji. Warsztat ma na celu refleksję nad obawami psychoterapeutów odnoszącymi się do stosowania określonych technik, przekonaniami na temat technik i trudnymi doświadczeniami w pracy terapeutycznej określonymi technikami. Będzie to próba odpowiedzi na pytanie, „dlaczego ulubione techniki są ulubione a unikane techniki są unikane i co możemy z tym zrobić”. Osoby uczestniczące w warsztacie zachęcimy do odkrycia na nowo możliwości i zalet technik CBT, ale także do nazwania problemów związanych ze stosowaniem technik i poszukania sposobu poradzenia sobie z trudnościami.

**dr Nina Szalas**

*Praca oparta na relacji terapeutycznej na przykładzie modyfikacji dysfunkcyjnych przekonań o bliskości*

Tradycyjnie terapia poznawczo-behawioralna (CBT) kojarzona jest z technikami restrukturyzacji poznawczej i ekspozycji. Jednak w przypadku pracy nad głębokimi strukturami osobowościowymi oraz dysfunkcyjnymi przekonaniami dotyczącymi relacji, to właśnie przymierze i relacja terapeutyczna stają się kluczowym czynnikiem leczącym. Poprzez modelowanie bezpiecznego stylu przywiązania oraz wykorzystanie autentyczności i empatii, terapeuta stwarza bezpieczną przestrzeń, w której pacjent może testować nowe sposoby wchodzenia w interakcje.

W trakcie warsztatu przeanalizowane zostanie na przykładzie superwizyjnym, jak dysfunkcyjne przekonania na temat bliskości u pacjentki i terapeutki mogą wpływać na siebie i prowadzić do impasu w prowadzonym procesie. Pokazane zostaną możliwe interwencje i rozwiązania, które mogą wpłynąć na poprawę relacji, a przez to na nowe doświadczenie i modyfikację przekonań u pacjentki.

**Paulina Jarecka**

*Jak uszyć CBT na miarę dziecka? Dostosowanie interwencji CBT w ramach wierności modelowi*

Terapia poznawczo-behawioralna dzieci i młodszyc nastolatków opiera się na tych samych podstawach teoretycznych co CBT osób dorosłych. Jednocześnie praktyka kliniczna pokazuje, że skuteczność interwencji w tej grupie wiekowej w dużym stopniu zależy od trafnego dostosowania sposobu pracy do poziomu rozwoju dziecka, jego indywidualnych cech, zainteresowań oraz kontekstu rodzinnego i środowiskowego.

Celem warsztatu jest przedstawienie spójnej ramy myślenia klinicznego o dostosowaniu interwencji CBT u dzieci i młodszyc nastolatków, rozumianym nie jako dowolność czy odejście od protokołów, lecz jako świadoma praca w ramach wierności modelowi CBT (flexibility within fidelity). Szczególny nacisk zostanie



położony na rolę elastyczności i kreatywności terapeutycznej, rozumianej jako dobór i projektowanie form pracy, pomocy oraz materiałów w taki sposób, aby skutecznie realizowały cele CBT i odpowiadały na indywidualne potrzeby dziecka.

Proponowana rama pracy zostanie zaprezentowana z wykorzystaniem metafory krawieckiej „szycia na miarę”, pełniącej funkcję narzędzia porządkującego proces planowania, realizowania i modyfikowania interwencji CBT, przy zachowaniu ich spójności z modelem. W trakcie warsztatu omówione zostaną cztery kluczowe obszary rozumienia i pracy klinicznej:

- Materiał - fundament teoretyczny CBT jako punkt odniesienia dla planowania interwencji,
- Pobieranie miary - poznanie dziecka i jego indywidualnych cech
- Narzędzia krawieckie - dobór narzędzi, form pracy i materiałów terapeutycznych jako sposobów realizowania mechanizmów zmiany w CBT,
- Przymiarki i korekty - znaczenie ciągłej ewaluacji i modyfikowania interwencji w odpowiedzi na reakcje i zaangażowanie dziecka.

Treść warsztatu koncentruje się na kliniczno-praktycznym sposobie myślenia o planowaniu procesu terapeutycznego w CBT dzieci i młodszymi nastolatki, z wyraźnym odniesieniem do bazy teoretycznej oraz mechanizmów zmiany. Zaprezentowane zostaną przykłady kreatywnych interwencji i materiałów terapeutycznych z praktyki własnej, ilustrujące, w jaki sposób forma pracy może być dostosowywana do indywidualnych cech dziecka przy zachowaniu spójności z modelem CBT oraz celami terapii.

## **Marta Szydłowska, Sebastian Korfel**

### *Pomaganie, które kosztuje. O wypaleniu, granicach i trosce o siebie w zawodzie psychoterapeuty.*

W ostatnich latach obserwujemy wyraźny wzrost obciążenia psychicznego wśród psychoterapeutów i psychologów pracujących w nurcie poznawczo-behawioralnym. Coraz częściej nie jest to już jedynie przejściowe zmęczenie pracą, lecz doświadczenie przewlekłego stresu, emocjonalnego wyczerpania oraz objawów wypalenia zawodowego. Intensywność pracy klinicznej, wysoka odpowiedzialność za proces terapeutyczny, presja skuteczności oraz długotrwały kontakt z cierpieniem pacjentów sprawiają, że pytanie o dobrostan osoby pomagającej staje się jednym z kluczowych wyzwań współczesnej psychoterapii. W literaturze przedmiotu coraz częściej podkreśla się, że długotrwała ekspozycja na doświadczenia traumatyczne oraz emocjonalnie obciążające historie pacjentów mogą prowadzić do zjawisk takich jak zmęczenie współczuciem, wtórna trauma czy obniżenie poczucia skuteczności zawodowej.

## **Karolina Ziegart-Sadowska, Marta Cieśla**

### *Warsztaty dla rodziców dzieci neuro różnorodnych jako interwencja oparta na dowodach: miejsce, znaczenie i praktyka w terapii poznawczo-behawioralnej*

Warsztaty dla rodziców dzieci i młodzieży z ADHD oraz zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD) stanowią istotny, oparty na dowodach naukowych element wsparcia w modelu opieki stopniowanej. Ich znaczenie rośnie w kontekście współczesnych wyzwań, takich jak zwiększone zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną, ograniczona dostępność terapii indywidualnej oraz potrzeba wczesnych i efektywnych form interwencji.

Celem warsztatu jest przedstawienie wartości terapeutycznej warsztatów dla rodziców dzieci neuro różnorodnych, ich miejsca w systemie wsparcia oraz praktycznych sposobów ich projektowania i prowadzenia w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej.

Warsztat obejmuje przegląd aktualnych badań dotyczących skuteczności programów warsztatów rodzicielskich



w ADHD i ASD, a także prezentację autorskiego programu grupowych warsztatów integrującego podejście poznawczo-behawioralne z elementami terapii akceptacji i zaangażowania (ACT) oraz pracy skoncentrowanej na relacji i współregulacji. Uczestnicy poznają strukturę programu, przykłady ćwiczeń oraz strategie radzenia sobie z typowymi trudnościami. Przewidziane są elementy doświadczeniowe i ćwiczenia praktyczne.

Badania wskazują, że warsztaty dla rodziców dzieci z ADHD i ASD prowadzą do poprawy funkcjonowania dziecka, obniżenia poziomu stresu rodzicielskiego oraz poprawy jakości relacji w rodzinie. Kluczowe, wspólne komponenty skutecznych interwencji obejmują psychoedukację, rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, mentalizacji, rozwiązywania problemów oraz budowanie relacji opartej na bezpieczeństwie i rozumieniu potrzeb dziecka. Znaczenie ma także dostosowanie programów do specyfiki rodzin neuroróżnorodnych.

Warsztaty dla rodziców stanowią skuteczną, dostępną i skalowalną formę interwencji, która może zwiększać efektywność systemu wsparcia dzieci i młodzieży neuroróżnorodnych. Integracja podejść poznawczo-behawioralnych z elementami ACT oraz pracy relacyjnej odpowiada na potrzeby współczesnej praktyki klinicznej.

Uczestnictwo w warsztacie pozwala na rozwijanie kompetencji klinicznych w zakresie pracy z rodzicami, wdrażanie grupowych form wsparcia opartych na dowodach oraz skuteczne włączanie warsztatów do modelu opieki stopniowanej. Zaprezentowane strategie mogą być wykorzystane w pracy w poradniach zdrowia psychicznego, placówkach edukacyjnych oraz praktyce prywatnej.

## **Monika Uchacz**

### *Work smart, not hard - jak skutecznie pracować z somatyzacją kiedy brak jasnych rekomendacji*

Warsztat poświęcony poznawczo-behawioralnemu rozumieniu zaburzeń psychosomatycznych i somatopsychicznych: uporządkowaniu pojęć oraz klasyfikacji diagnostycznej, a także rozwijaniu umiejętności konceptualizacji i planowania terapii, która (pomimo złożoności zagadnienia) może mieć prostą i logiczną strukturę.

Podczas warsztatu zostanie pokrótce przedstawiona historia rozumienia trudności psychosomatycznych, ze szczególnym naciskiem na współczesne koncepcje neurobiologiczne oraz poznawczo-behawioralne. Zastanowimy się, jak budować konceptualizację i jak uniknąć dryfu terapeutycznego w pracy z osobami, których niejasne objawy somatyczne odciągają uwagę od modelu CBT.

Omówimy najczęstsze pułapki, w które wpadają zarówno osoby pacjenckie, jak i prowadzące leczenie w tzw. „trudnych przypadkach”, oraz zbierzemy praktyczne wskazówki, jak wracać na tory myślenia poznawczego. Zastanowimy się także, jak przedstawiać konceptualizację w sposób, który zachęca osoby pacjenckie do słuchania – zwłaszcza w sytuacji, gdy z gabinetów lekarskich i mediów społecznościowych wynoszą one często psychoanalityczne interpretacje swoich trudności.

Warsztat zakończymy budowaniem terapeutycznego know-how oraz omówieniem narzędzi pomiarowych przydatnych w codziennej praktyce.

## **Joanna Głowacka, Magdalena Michalak**

### *Od nagrania do konceptualizacji - jak AI wspiera dokumentowanie i ekstrakcję elementów sesji CBT w praktyce klinicznej*

Dokumentowanie sesji terapeutycznych to fundament rzetelnej praktyki CBT, a jednocześnie jedno z najbardziej czasochłonnych zadań terapeuty. Badania wskazują, że transkrypcja i systematyczne opracowywanie notatek są wysoko oceniane jako wsparcie w superwizji i sprzyjają przestrzeganiu protokołów



terapeutycznych (Weck i wsp., 2020; Ottman i wsp., 2020). Współczesne modele przetwarzania języka naturalnego (NLP) umożliwiają automatyzację tego procesu, jednak wielu terapeutów nie miało dotąd okazji doświadczyć tych narzędzi w praktyce.

Praktyczna demonstracja pełnego procesu — od nagrania sesji terapeutycznej do wygenerowania strukturalnej dokumentacji CBT wspomaganą przez AI — oraz refleksja nad etycznymi granicami tych zastosowań.

Warsztat ma charakter demonstracyjno-dyskusyjny. Prowadzące przeprowadzą inscenizowane sceny terapeutyczne (role-play: terapeutka–pacjentka), prezentując kolejne etapy pracy z narzędziem: transkrypcję w czasie rzeczywistym z rozpoznawaniem mówców, ekstrakcję myśli automatycznych, zniekształceń poznawczych i schematów, wyodrębnianie błędnych kół podtrzymujących problem, propozycję wstępnej konceptualizacji przypadku oraz generowanie podsumowania sesji z planem pracy domowej. Zostanie pokazane różne etapy procesu terapeutycznego — od pierwszej sesji do zaawansowanej pracy ze schematami poznawczymi. Wszystkie wyniki AI stanowią hipotezy do weryfikacji przez terapeutę.

Uczestnicy uzyskają praktyczne zrozumienie możliwości i ograniczeń AI w ekstrakcji elementów sesji CBT, poznają rolę transkrypcji w poprawie jakości dokumentacji oraz podejmą refleksję nad aspektami etycznymi stosowania AI w praktyce klinicznej.

Narzędzia AI mogą znacząco odciążać terapeuta w procesie dokumentacji, pod warunkiem zachowania jego pełnej kontroli decyzyjnej i świadomości ograniczeń technologii.

Implikacje praktyczne: Warsztat kończy się dyskusją o ochronie danych pacjentów (RODO), granicach zastosowania AI w pracy terapeutycznej oraz standardach bezpieczeństwa — kluczowych dla odpowiedzialnego wdrażania tych narzędzi.

## **Żaneta Adamczyk - Siwek, Ewelina Kazieczko**

### *Od wiedzy do biegłości - celowa praktyka w Terapii Schematów*

Jak zamienić teoretyczne zrozumienie modelu w płynną, elastyczną interwencję gabinetową? Czy przejście szkolenia terapeutycznego, regularność szkoleń i superwizji, pracy z własnymi schematami wyczerpuje możliwości rozwoju dla psychoterapeuty? Na warsztacie uczestnicy zapoznają się z modelem celowej praktyki w Terapii Schematów.

Celowa praktyka to metoda nauki złożonych umiejętności polegająca na wykonywaniu w warunkach jak najbliższych realnemu doświadczeniu powtarzalnego treningu mikroumiejętności, aż do ich zautomatyzowania. W celowej praktyce złożone interwencje zostają podzielone na mniejsze części, co pozwala na ćwiczenie z uważnością i zrozumieniem istoty danej umiejętności. W psychoterapii celowa praktyka może wyglądać tak, że dwie osoby szkolące się odgrywają role klienta i terapeuty pod okiem superwizora dostosowując poziom trudności ćwiczenia, jednocześnie obserwując swój poziom pobudzenia emocjonalnego. Celem jest rozwój biegłości i elastyczności terapeuty, jakże potrzebnej w pracy nacechowanej nieprzewidywalnością i obciążeniem emocjonalnym.

Program celowej praktyki ułożony przez współtwórców Terapii Schematów Wendy Behary i Joan Farrell zawiera 12 najważniejszych umiejętności terapeutów schematów poczynając od umiejętności rozumienia i dostrojenia się, a kończąc na ograniczonym powtórnym rodzicielstwie i przełamywaniu wzorców behawioralnych. Celem programu jest wypełnienie luki między wiedzą deklaratywną, a proceduralną u terapeutów. Luki pomiędzy „rozumiem i wiem, co powinienem zrobić”, a „stosuję interwencję pewnie, elastycznie również w sytuacji stresowej”.



## **Monika Sawicka, Marta Weremiuk-Zaleska**

### *Terapia Dialektyczno-Behawioralna w pracy z osobami neuro różnorodnymi*

Tematyka warsztatu wpisuje się w rozwijający się nurt adaptacji terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT) do tzw. populacji specjalnych. Celem warsztatu jest przedstawienie praktycznych modyfikacji kluczowych elementów modelu DBT — terapii indywidualnej, treningu umiejętności oraz coachingu telefonicznego — tak, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb osób neuro różnorodnych doświadczających chronicznej dysregulacji emocjonalnej.

W ostatnich latach rośnie zainteresowanie wykorzystaniem DBT w pracy z osobami neuroatypowymi, u których trudności w regulacji emocji, impulsywność czy problemy w relacjach interpersonalnych mogą przyjmować specyficzną formę i wymagać większej elastyczności w stosowaniu standardowych interwencji terapeutycznych. Podczas warsztatu omówione zostaną najczęściej pojawiające się wyzwania w pracy terapeutycznej z tą grupą pacjentów, a także sposoby adaptowania struktury DBT w celu zwiększenia dostępności i skuteczności oddziaływań terapeutycznych.

## **Karolina Rakocz, Adam Elżanowski**

### *Kiedy rozpocząć pracę z traumą u osób używających substancji?*

### *Dylematy kliniczne w praktyce psychoterapii poznawczo-behawioralnej*

Badania wskazują, że współwystępowanie zaburzeń związanych z używaniem substancji oraz zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) jest częste w populacjach klinicznych. Osoby zgłaszające się z problemem uzależnienia często mają w swojej historii doświadczenia traumatyczne oraz objawy PTSD, natomiast wśród osób z rozpoznaniem PTSD istotny odsetek zmaga się również z problemowym używaniem substancji psychoaktywnych. Współwystępowanie tych trudności rodzi w praktyce psychoterapeutycznej pytania dotyczące momentu podejmowania pracy nad traumą u klientów/pacjentów używających substancji.

W tradycyjnych modelach leczenia często przyjmowano podejście etapowe, w którym pracę nad traumą rozpoczynano dopiero po osiągnięciu stabilizacji w zakresie używania substancji. W rezultacie klienci/pacjenci zgłaszający się na terapię traumy bywali kierowani najpierw do leczenia uzależnienia, z założeniem powrotu do pracy nad doświadczeniami traumatycznymi na późniejszym etapie. Rośnie jednak liczba badań wskazujących na skuteczność pracy psychoterapeutycznej nad traumą i uzależnieniem, w których używanie substancji bywa rozumiane jako sposób regulowania objawów PTSD. Zmiana ta rodzi szereg pytań klinicznych dotyczących momentu rozpoczynania pracy z traumą oraz kryteriów gotowości klienta/pacjenta do takiej pracy.

Analiza zaprezentowanych do analizy warsztatowej przypadków pozwoli uczestnikom zidentyfikować różne konfiguracje czynników klinicznych wpływających na decyzję o włączeniu pracy nad traumą, w tym m.in. funkcję używania substancji w regulacji objawów PTSD, poziom stabilizacji klienta/pacjenta oraz obecność innych czynników podtrzymujących problem. Warsztat ma na celu zachęcenie psychoterapeutów CBT do refleksji nad własnymi decyzjami klinicznymi dotyczącymi kierowania klientów/pacjentów z historią traumy i współwystępującym problemem używania substancji. Dyskusja ma pomóc uczestnikom w identyfikowaniu sytuacji, w których integracja pracy nad traumą z terapią uzależnienia może sprzyjać większej ciągłości leczenia oraz zwiększać dostępność pomocy psychoterapeutycznej dla klientów/pacjentów.



## **Przemysław Sikora, Magdalena Czernek-Malik**

### *Na granicy sektorów. (Młody) Dorosły w spektrum autyzmu w gabinecie psychoterapeuty*

Wraz ze zmianami diagnostycznymi wprowadzonymi w ICD-11 coraz więcej dorosłych osób otrzymuje rozpoznanie zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD). Proces diagnostyczny i terapeutyczny rzadko przebiega jednak wyłącznie w gabinecie psychoterapeuty – obejmuje współpracę z psychiatrami, lekarzami innych specjalności, seksuologami, ośrodkami diagnostycznymi, a niekiedy również pracodawcami czy instytucjami wsparcia społecznego. Skuteczność terapii CBT zależy w dużej mierze od jakości tej współpracy. Celem warsztatu jest rozwinięcie kompetencji terapeutów CBT w zakresie pracy z dorosłym pacjentem neuro różnorodnym z uwzględnieniem kontekstu systemowego i międzyinstytucjonalnego. Uczestnicy nauczą się integrować dane z różnych źródeł (diagnoza, konsultacje specjalistyczne, środowisko pracy) oraz budować spójną konceptualizację w modelu biopsychospołecznym. Warsztat ma charakter praktyczny (3 godziny). Obejmuje krótkie wprowadzenie teoretyczne (aktualne kryteria ASD w ICD-11, diagnoza różnicowa, współchorobowości), analizę przypadków wymagających współpracy z innymi specjalistami, pracę w grupach nad planem terapii oraz moderowaną dyskusję panelową.

Uczestnicy zdobędą umiejętność planowania terapii CBT w sposób zintegrowany z działaniami innych instytucji oraz świadomego definiowania roli psychoterapeuty w interdyscyplinarnym zespole.

Efektywna terapia dorosłych osób w spektrum autyzmu wymaga nie tylko adaptacji technik CBT, ale także aktywnej, etycznej i klarownej współpracy międzyinstytucjonalnej, co zwiększa spójność oddziaływań i dobrostan pacjenta.

## **Katarzyna Maruszevska**

### *Leczenie traum relacyjnych terapią schematów: integracja CBT z technikami doświadczeniowymi.*

Relacyjne formy traumy obejmują przewlekłe zaniedbania emocjonalne, krytykę, zawstydzanie oraz nieprzewidywalność opiekunów. W takich przypadkach często potrzebujemy podejścia wykraczającego poza klasyczne protokoły CBT skoncentrowane na objawach i przekonaniach, szczególnie gdy obraz kliniczny jest złożony lub osobowościowy.

Terapia schematów stanowi naturalną kontynuację i pogłębienie CBT: integruje strategie poznawczo-behawioralne z technikami doświadczeniowymi (imagery rescripting, dialog z krzesłami) oraz świadomie wykorzystuje relację terapeutyczną, jako korektywne doświadczenie, oparte na ograniczonym powtórnym rodzicielstwie. Rosnąca liczba badań nad imagery rescripting (ImRs) w kontekście traum z dzieciństwa wskazuje na jego wysoką skuteczność w pracy ze wstydem, poczuciem winy oraz chronicznym doświadczeniem bezwartościowości.

Warsztat prezentuje praktyczny, modułowy model łączenia CBT i terapii schematów w leczeniu traum relacyjnych u dorosłych, inspirowany nowszymi ujęciami trauma focused schema therapy. Centralnym elementem będzie „mapowanie traumy” (trauma mapping) – uporządkowany sposób zbierania informacji o historii traumatycznych doświadczeń relacyjnych, obejmujący nie tylko listę wydarzeń, ale również związane z nimi obrazy, emocje, reakcje ciała, strategie radzenia sobie oraz kluczowe przekonania o sobie. Uczestnicy dowiedzą się, jak tworzyć mapy traumy, które łączą najważniejsze epizody z dzieciństwa i dorosłości z wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami, trybami oraz aktualnymi objawami, które następnie stają się bazą do pracy doświadczeniowej z użyciem ImRs. Zaprezentowane zostaną najważniejsze zasady prowadzenia pracy wyobrazeniowej nad traumą relacyjną z uwzględnieniem bezpieczeństwa, ograniczonego powtórnego rodzicielstwa oraz typowych blokad (dysocjacja, silny wstyd, dysregulacja).



Warsztat jest adresowany do psychoterapeutów CBT, którzy mają podstawową znajomość terapii schematów i chcą rozwinąć umiejętność pracy z traumą relacyjną w sposób bardziej doświadczeniowy a jednocześnie strukturalny.

## **Marta Szastok, Monika Kornacka**

### *Terapia oparta na procesach i modele sieciowe w praktyce klinicznej: od konceptualizacji do planowania interwencji*

Współczesne rekomendacje dotyczące zmian w obszarze interwencji psychologicznych, w tym postulaty zawarte w tzw. Deklaracji z Marburga (Rief i in., 2024), wskazują na konieczność odejścia od myślenia opartego na kategoriach diagnostycznych. Zamiast tego akcentują rolę procesów i mechanizmów podtrzymujących trudności pacjenta. W praktyce klinicznej wyraża się to w analizie powiązań między objawami a kluczowymi procesami psychologicznymi (np. ruminacją, perfekcjonizmem, unikaniem), identyfikowaniu mechanizmów zmiany oraz wykorzystywaniu modeli sieciowych do obrazowania dynamiki problemów pacjenta.

Terapia oparta na procesach (Process-Based Therapy, PBT; Hayes i Hofmann, 2020; Hofmann & Hayes, 2019) dostarcza spójnych ram dla takiego podejścia. Opiera się na funkcjonalnym i kontekstualnym rozumieniu zachowania i zakłada, że trudności psychiczne wynikają z utrwalonych, nieadaptacyjnych wzorców procesów psychologicznych. Podejście to umożliwia formułowanie konceptualizacji oraz planowanie interwencji w odwołaniu do procesów transdiagnostycznych. W tym ujęciu terapeuta konstruuje model powiązań między objawami i procesami podtrzymującymi problem oraz - z jego pomocą - monitoruje zmiany w funkcjonowaniu pacjenta w czasie (Briganti et al., 2024). Taką konceptualizację można wspierać danymi empirycznymi zbieranymi w codziennym funkcjonowaniu pacjenta, np. w formie samoobserwacji prowadzonej przy użyciu aplikacji mobilnej.

Podczas warsztatu przedstawimy kluczowe założenia PBT oraz pokażemy, w jaki sposób podejście to zmienia sposób rozumienia problemów klinicznych i planowania terapii.

Część praktyczna będzie oparta na pracy własnej uczestników. Opracują uproszczony model sieciowy procesów i objawów dla wybranego pacjenta ze swojej praktyki, poznając zasady jego konstruowania i dobre praktyki. Następnie przeanalizują punkty interwencji, zastanawiając się, gdzie „wejść” do systemu, aby zakłócić mechanizmy podtrzymujące trudności pacjenta. Wspólnie omówimy wyzwania i ograniczenia tego podejścia.

Wskażemy, w jaki sposób procesowa i sieciowa konceptualizacja może wspierać integrację nowych technologii w praktyce terapeutycznej, podając przykłady rozwijanych rozwiązań. Warsztat adresowany jest do osób, które chcą rozpocząć pracę w podejściu procesowym i sieciowym lub pogłębić wiedzę w tym obszarze.

## **Dagmara Pietruszewska**

### *Współpracuje, wykonuje zadania, a masa ciała spada – kliniczny paradoks w terapii CBT anoreksji u dzieci i młodzieży*

Anoreksja u dzieci i młodzieży stanowi jedno z najbardziej wymagających wyzwań klinicznych w terapii poznawczo-behawioralnej. W praktyce terapeutycznej szczególnie trudne są sytuacje, w których pacjentka deklaruje wysoką motywację do zmiany, aktywnie uczestniczy w terapii, wykonuje zadania domowe i współpracuje z terapeutą, a jednocześnie masa ciała nie wzrasta lub nadal spada. Tego typu obraz kliniczny może prowadzić do błędnej interpretacji współpracy jako wskaźnika postępu terapeutycznego.

Celem warsztatu jest omówienie klinicznego paradoksu polegającego na współwystępowaniu deklaracyjnej współpracy pacjentki z utrzymywaniem się lub nasilaniem objawów anoreksji oraz rozwijanie kompetencji



terapeutów CBT w zakresie podejmowania decyzji klinicznych w takich sytuacjach.

Warsztat opiera się na analizie studiów przypadków pacjentek z anoreksją w wieku rozwojowym. Uczestnicy będą pracować na przykładach klinicznych ilustrujących sytuacje, w których deklaracyjna współpraca pacjentki nie przekłada się na poprawę stanu somatycznego. Analiza obejmie proces formułowania hipotez klinicznych oraz wybór adekwatnych strategii terapeutycznych.

Analiza przypadków wskazuje, że zachowania interpretowane jako współpraca terapeutyczna mogą w rzeczywistości współwystępować z utrzymywaniem się mechanizmów podtrzymujących zaburzenie. W takich sytuacjach szczególnego znaczenia nabiera uwzględnienie stanu fizjologicznego pacjentki oraz etapowości interwencji terapeutycznych.

W terapii anoreksji u dzieci i młodzieży sama deklaracyjna motywacja pacjentki nie stanowi wystarczającego wskaźnika gotowości do zmiany. Trafna ocena etapu terapii wymaga integracji danych somatycznych, behawioralnych oraz poznawczych.

Warsztat ma na celu rozwijanie klinicznego myślenia terapeutów CBT oraz zwiększenie ich kompetencji w rozpoznawaniu sytuacji wymagających zmiany strategii terapeutycznej lub modyfikacji kolejności interwencji.

## **Maja Jakóbczyk, Klaudia Grzyb**

### *Przyjemność pod lupą CBT: jak pracować z seksualnością par w oparciu o koncepcję mapy emocji Emily Nagoski.*

Trudności seksualne w relacjach często postrzegane są jako „zanik pożądania”, co sprzyja personalizacji oraz konfliktom. W praktyce gabinetowej możemy dostrzec, że istotną rolę mają aktywacja systemów zagrożenia oraz utrwalone cykle unikania, które utrudniają możliwość realizacji przyjemności. Mapa emocji pozwala uchwycić seksualność w perspektywie regulacji emocji i procesów podtrzymujących, zwiększając jej użyteczność w pracy CBT z parami.

Celem warsztatu jest zaprezentowanie sposobu integracji koncepcji mapy emocji Emily Nagoski z analizą funkcjonalną w pracy terapeutycznej z parami oraz pokazanie, jak w nurcie CBT konceptualizować trudności seksualne jako efekt procesów podtrzymujących (tj. aktywacja systemów zagrożenia, unikanie), a nie tylko jako „zanik pożądania”.

Metoda pracy oparta jest na rzeczywistej pracy klinicznej stworzonej przez twórczynię warsztatu w gabinecie terapeutycznym. Zaprezentujemy, jak włączyć koncepcję mapy emocji stworzonej przez Nagoski do analizy funkcjonalnej.

W praktyce klinicznej obserwujemy, że wykorzystanie mapy emocji w konceptualizacji CBT pozwala szybko identyfikować cykle unikania i aktywację systemów zagrożenia podtrzymujące trudności seksualne. Model ten zdejmuje z pary ciężar personalizacji problemu, wzmacnia poczucie sprawczości oraz umożliwia precyzyjne planowanie interwencji ukierunkowanych na redukcję unikania i modyfikację przekonań.

Trudności seksualne par w terapii CBT widziane są jako efekt nadmiernej aktywacji systemów zagrożenia oraz podtrzymywanych cykli unikania, nie natomiast jako brak pożądania. Integracja mapy emocji z analizą funkcjonalną daje możliwość poznania mechanizmów, które podtrzymują trudności oraz pozwala zaplanować interwencje mające na celu zminimalizowanie zachowań związanych z unikaniem oraz zmodyfikowanie negatywnych przekonań związanych z seksualnością.

Uczestnicy\_zki stworzą plan swoich własnych przestrzeni emocjonalnych skupiających się wokół pożądania oraz otrzymają gotowe narzędzie do pracy z seksualnością par. Dowiedzą się jak kreować kontekst, który ułatwia parom dostęp do przyjemności. Otrzymają konkretne pytania diagnostyczne i model pracy z unikaniem seksualnym, pozwalający odróżnić spadek pożądania od nadmiernej aktywacji lęku, wstydu czy złości.



## **Małgorzata Fornal-Pawłowska, Joanna Salbert**

### *Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności (CBT-I) - sesja po sesji*

Terapia poznawczo-behawioralna jest podstawową metodą leczenia bezsenności przewlekłej, także w przypadku współwystępowania jej z innymi zaburzeniami psychicznymi lub somatycznymi. Jest to terapia krótkoterminowa, łącząca wiedzę z zakresu medycyny snu oraz terapii poznawczo-behawioralnej.

Celem warsztatu jest przedstawienie kluczowych elementów procesu terapeutycznego skupionego na problemie bezsenności.

Podczas warsztatu, na konkretnych przykładach z praktyki klinicznej, zaprezentujemy jak rozpoznać, że problemy ze snem, które zgłasza klient, wymagają odrębnej uwagi terapeutycznej i jak wygląda konceptualizacja w przypadku bezsenności. Sesja po sesji, przedstawimy przebieg terapii bezsenności, pokazując kiedy i jak wdrażać główne interwencje CBT-I – metodę ograniczenia snu (restrykcję snu), technikę kontroli bodźców, pracę z przekonaniami i martwieniem związanymi ze snem oraz techniki redukcji nadmiernego wzbudzenia poznawczego w porze snu. Odpowiemy też na najczęstsze pytania dotyczące prowadzenia CBT-I (m. in. łączenia jej z lekami czy wdrażania przy chorobach współwystępujących).

CBT-I ma określoną strukturę i techniki terapii, które opierają się na wiedzy dotyczącej mechanizmów rozwoju bezsenności. Rozumienie tych mechanizmów i zasad CBT-I, daje możliwość skutecznego pomagania osobom z bezsennością.

## **Alicja Baranek**

### *Sygnaty Społeczne jako cel pracy terapeuty behawioralnego - RO DBT w pracy z nadmierną kontrolą.*

Celem pracy terapeuty poznawczo-behawioralnego są zwykle procesy myślowe, emocje i zachowania pacjenta. W przypadku większości osób taki rodzaj pracy przynosi pożądane rezultaty. Jest jednak grupa pacjentów, która odnosi takiej terapii minimalne korzyści. Dotyczy to często anoreksji, spektrum autyzmu, usztywnionej depresji, wieloletniej fobii społecznej w połączeniu z osobowością unikającą czy OCPD. Cechą wspólną tej grupy zaburzeń jest "za dużo dobrego" czyli nadmierna kontrola siebie i świata, która w konsekwencji odbiera zdrowie somatyczne, spontaniczność i radość z życia. Właśnie dla tej grupy osób prof. Thomas Lynch z współpracownikami opracował Radykalnie Otwartą odmianę DBT. Jest to terapia behawioralna, oparta na fundamentach neuronauki, behawioryzmu, dialektyki i praktyk uważności pochodzących z sufizmu Malamaty, których celem jest kultywowanie zdrowego zwątpienia w siebie i nie traktowanie siebie samego i życia śmiertelnie poważnie.

Przedmiotem zainteresowania terapeuty nie są wewnętrzne przeżycia pacjenta ani jego zachowania, o ile nie wydarzają się w obecności innych ludzi. Celem pracy są sygnały społeczne, czyli wszystko to, co człowiek robi w obecności innych ludzi, np. ekspresja twarzy, postawa ciała i itp.

Nadmierna kontrola siebie samego oprócz wewnętrznego cierpienia zwykle wiąże się także z nieadekwatną ekspresją, np. płaską twarzą i prozodią mowy lub sztucznym, nerwowym uśmiechem. To sprawia, że relacje osób z nadmierną kontrolą są często powierzchowne lub zdystansowane. Często mają trudności ze znalezieniem partnera życiowego lub przyjaciela. Terapeuta jest tutaj "ambasadorem ludzkiego stada" i jego zadaniem jest przywrócić odizolowanego pacjenta ludzkiej społeczności. Aby było to możliwe terapeuta musi zrozumieć co sam sygnalizuje i jak sygnały pacjenta wpływają na niego w pracy. Warsztat będzie wprowadzeniem w najważniejsze idee RO DBT wraz z autodiagnozą terapeutów na wymiarze kontroli.



## **Agnieszka Jasińska, Joanna Marek-Banach**

### *Żałoba i praca ze stratą w ujęciu poznawczo-behawioralnym*

Warsztat poświęcony zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z osobami po stracie zdrowia lub życia bliskiej osoby. Żałoba, choć jest naturalnym procesem adaptacyjnym, często stanowi jeden z bardziej wymagających obszarów pracy psychoterapeutycznej.

Przeanalizowanie – teoretycznie, jak również praktycznie – takich zagadnień jak: różnicowanie pomiędzy depresją, żałobą i reakcją przedłużonej żałoby według aktualnych kryteriów diagnostycznych, modele pracy z osobami doświadczającymi kryzysu utraty, charakterystyka żałoby w kontekście konceptualizacji zgłaszanych trudności, a także interwencje terapeutyczne sprzyjające readaptacji i zdrowiu psychicznemu.

Metoda: metoda problemowa, prezentacja, rozmowa kierowana, case studies.

Uczestnicy zdobędą wiedzę i umiejętności w zakresie diagnozy różnicowej, konceptualizowania trudności związanych z utratą zdrowia lub życia w oparciu o aktualne modele żałoby oraz adekwatnych interwencji terapeutycznych.

odejście poznawczo-behawioralne dostarcza skutecznych narzędzi do odróżniania adaptacyjnych reakcji żałoby od jej form powikłanych oraz wspiera proces integracji straty przy jednoczesnym odbudowywaniu zaangażowania w znaczące obszary życia. Łączenie technik restrukturyzacji poznawczej, aktywizacji behawioralnej, pracy ekspozycyjnej oraz interwencji ukierunkowanych na nadawanie znaczenia sprzyja poprawie efektów terapeutycznych.

Warsztat wyposaża specjalistów w konkretne wskazówki diagnostyczne, modele konceptualizacji i strategie interwencyjne możliwe do zastosowania w pracy terapeutycznej. Wzmacnia kompetencje w zakresie identyfikowania czynników ryzyka przedłużonej żałoby, unikania patologizacji normatywnego procesu żałoby oraz długofalowej readaptacji po stracie.

## **Magdalena Skuza**

### *Poznawczo-behawioralne metody pracy z ryzykiem samobójczym (CAMS, DBT)*

Warsztat będzie oparty na aktualnym przeglądzie badań oraz praktyce klinicznej w zastosowaniu metody opartej na współpracy w terapii ryzyka samobójczego D. Jobesa (Collaborative Assessment and Management of Suicidality, CAMS) oraz podstawowych założeń i kroków protokołu zarządzania ryzykiem samobójczym w dialektycznej terapii behawioralnej (DBT) M. Linehan. Oba podejścia należą dziś do najlepiej przebadanych metod terapii tendencji samobójczych – dysponują licznymi randomizowanymi badaniami klinicznymi oraz metaanalizami i opierają się na klarownych modelach rozumienia zachowań samobójczych, wskazując konkretne strategie i techniki terapeutyczne możliwe do zastosowania w szerokim spektrum ryzyka – od ostrego, nagłego kryzysu po utrwalone i przewlekłe tendencje suicydalne.

Celem warsztatu jest pokazanie uczestnikom, w jaki sposób terapeuta poznawczo behawioralny może stosować strategie CAMS i DBT do oceny ryzyka samobójczego oraz włączać je w plan leczenia w zależności od charakteru i nasilenia tendencji samobójczych. Metoda pracy obejmie krótką część dydaktyczną, analizę przykładów klinicznych ukazujących różne poziomy ryzyka oraz ćwiczenia decyzyjne w małych grupach. Uczestnicy zapoznają się z danymi z badań, w których CAMS okazał się szczególnie skuteczny w szybkim redukowaniu myśli i planów samobójczych i poczucia braku nadziei, oraz z wynikami wskazującymi na zasadność wyboru strategii DBT u pacjentów z całościową dysregulacją emocji i przewlekłymi tendencjami samobójczymi. Wnioskiem przewodnim jest to, że „one size does not fit all”: dobór strategii powinien być oparty na profilu ryzyka, historii prób oraz poziomie dysregulacji pacjenta. Wnioskiem praktycznym może być propozycja stworzenia prostego algorytmu decyzyjnego, dopasowanego do warunków praktyki



terapeutycznej, opartego na znajomości protokołów CAMS i DBT, który może zwiększać skuteczność interwencji, efektywność terapii oraz ograniczać konieczność hospitalizacji.

Słowa kluczowe: CAMS, DBT, tendencje samobójcze, ocena ryzyka samobójczego, analiza behawioralna, plan bezpieczeństwa.

## **Karolina Szot**

### *To nie zawsze depresja ani OCD. Różnicowanie zaburzeń osi I z traumą relacyjną i neuroróżnorodnością u młodzieży w praktyce CBT*

W praktyce CBT dzieci i młodzieży obserwuje się rosnącą liczbę przypadków, w których objawy depresji, zaburzeń lękowych lub OCD współwystępują z doświadczeniem przemocy relacyjnej, zaniedbania emocjonalnego lub cechami neuroróżnorodności (np. ASD bez ADHD). Objawy takie jak ruminacje, wycofanie społeczne, sztywność poznawcza czy somatyzacja bywają przedwcześnie klasyfikowane jako zaburzenia osi I, mimo że mogą stanowić adaptacyjne mechanizmy przetrwania lub konsekwencję specyficznych trajektorii rozwojowych.

Celem warsztatu jest rozwinięcie umiejętności różnicowania objawów osi I od konsekwencji traumy relacyjnej i neuroróżnorodności oraz pogłębienie refleksji nad etycznym wymiarem procesu diagnostycznego w CBT.

Warsztat oparty jest na analizie winiet klinicznych, pracy w małych grupach oraz strukturalizowanej konceptualizacji przypadku w trzech wariantach: (1) zaburzenie osi I, (2) trauma rozwojowa, (3) neuroróżnorodność współwystępująca z doświadczeniem przemocy. Uczestnicy pracują z arkuszami diagnostyczno-koncepcyjnymi oraz omawiają pułapki poznawcze terapeuty.

Uczestnicy rozpoznają kluczowe wskaźniki różnicujące ruminacje od intruzji obsesyjnych, wycofanie depresyjne od izolacji wtórnej do traumy oraz sztywność poznawczą w OCD od cech spektrum autyzmu. Pogłębiają umiejętność budowania trafnej i etycznej konceptualizacji.

Warsztat dostarcza narzędzi zwiększających precyzję diagnozy i adekwatność planu terapeutycznego, co przekłada się na skuteczniejszą i bezpieczniejszą pomoc młodzieży.

## **Monika Stojek, Maryla Sokołowska**

### *Wprowadzenie do diagnozy zespołu stresu pourazowego (PTSD) z wykorzystaniem wywiadu CAPS-5-R*

Skala PTSD w Formie Wywiadu Klinicznego Według Kryteriów Diagnostycznych DSM-5 (CAPS-5) jest trafnym i rzetelnym narzędziem do diagnozy zespołu stresu pourazowego (PTSD) zarówno w kontekstach klinicznych, jak i badawczych. W 2024 roku ukazała się zrewidowana wersja tego ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego – wersja ta pozwala na szybsze przeprowadzenie wywiadu, ujednocila kodowanie oraz zwiększa skalę kodowania natężenia objawów. Trafna diagnoza jest kluczowa w doborze odpowiedniej interwencji poznawczo-behawioralnej. CAPS-5-R pozwala nie tylko na zdiagnozowanie zaburzenia, ale również na ocenę topografii objawów, co wspiera wspólne podejmowanie decyzji z klientem na temat najbardziej dopasowanej do jej/jego potrzeb interwencji, jak i współpracę empiryczną podczas interwencji.

Celem tego warsztatu jest zapoznanie się z przykładami każdego z symptomów PTSD w kontekście polskiej wersji wywiadu CAPS-5-R (zwalidowanego przez autorkę). Uczestnicy najpierw zapoznają się z algorytmem oceniania obecności i natężenia symptomów PTSD według CAPS-5-R, następnie przy wykorzystaniu studium przypadku, będą kodować odpowiedzi hipotetycznej pacjentki.

Uczestnikom zostaną udostępnione fragmenty wywiadu klinicznego. Zademonstrowane zostaną zróżnicowane metody oceny natężenia objawów na podstawie przykładowych itemów.



Po zakończeniu warsztatu, uczestnicy będą w stanie zidentyfikować symptomy PTSD (jak i ich brak) oraz będą posiadali wstępną wiedzę do wykorzystania wywiadu CAPS-5-R w swojej praktyce lub badaniach.

## **Emilia Sygulska, Gabriela Zeidel**

### *Gdy emocje eskalują – umiejętności DBT jako narzędzie ograniczania konfliktów w rodzinie. Jak wspierać młodzież i rodziców w budowaniu zrozumienia? Praktyczne wskazówki dla terapeutów pracujących z młodzieżą*

Celem warsztatu jest przedstawienie konkretnych, możliwych do natychmiastowego zastosowania interwencji opartych na terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT), które wspierają deeskalację konfliktów oraz budowanie bardziej regulującej, empatycznej komunikacji w rodzinie.

W części teoretycznej uczestnicy zapoznają się z koncepcją dialektyki w rodzinie – rozumianej jako łączenie przeciwieństw, odchodzenie od myślenia w kategoriach „jednej prawdy” oraz rozwijanie postawy “zarówno-i” zamiast czarno-białego “albo-albo”.

Następnie warsztat skoncentruje się na trzech umiejętnościach: uprawomocnieniu oraz uważności emocji połączonej z działaniem przeciwnym.

Istotnym elementem warsztatu będzie perspektywa pracy z rodzicami w kontekście relacji terapeutycznej. Podkreślona zostanie rola uprawomocnienia rodzicielskich trudności w służbie budowania zaufania do terapeuty i skutecznego wspierania rodziny w rozwijaniu wzajemnego zrozumienia.

## **Magdalena Tylko**

### *Pacjent w dysregulacji emocjonalnej. Jak zachować spokój i uprawomocnić?*

Model transakcyjny w nurcie dialektyczno-behawioralnym wskazuje, że nieadekwatna ekspresja, która jest następstwem skrajnej dysregulacji emocjonalnej osoby, zwiększa ryzyko unieważnienia jej przez bliskich. Ten sam model transakcyjny pozwala nam też zrozumieć dynamikę relacji terapeutycznej. Terapeutka/terapeuta w obliczu dysregulacji emocjonalnej pacjentki/pacjenta bywa zagubiony, bezradny lub przeżywa intensywną złość. Profesjonalistka/profesjonalista pod presją może przyjąć jedną z dwóch skrajnych postaw: konfrontowania, stawiania granic i przyjmowania postawy obronnej lub nadmiernej uległości i wycofania. Obydwie formy tych reakcji mogą być zarówno unieważnieniem, jak i prowadzić do eskalacji emocji i wzmacniania zachowań dysfunkcyjnych.

W trakcie warsztatu przećwiczymy umiejętności DBT, które mogą nam pomóc zachować spokój, stabilność w obliczu dysregulacji emocjonalnej pacjentki/pacjenta. Zajmiemy się też praktycznymi interwencjami, które zaleca terapia DBT w kontakcie z rozregulowaną osobą. Będziemy uczyć się równoważyć umiejętności akceptacji i uprawomocnienia z umiejętnościami blokowania i komunikacji bezceremonialnej.



## Aleksandra Litarowicz-Prus, Elżbieta Wojnar-Mróz

### *Praca z pacjentem z IBS i Tinnitus w podejściu CBT. Pomijane „ukryte” diagnozy somatyczne*

Część problemów zgłaszanych przez pacjentów, traktujemy jako objaw określonej diagnozy, ale mogą one stanowić również odrębny wyizolowany problem somatyczny. Czasami z powodu podobieństw umyka on w diagnozie różnicowej. Celem warsztatu jest rozwój umiejętności różnicowania problemu i pokazanie, że z objawami typowo biologicznymi, również możemy pracować poznawczo-behawioralnie. Szczególnie miejsce w tych „ukrytych” diagnozach znajdują problemy somatyczne oraz seksualne.

odczas warsztatu skupimy się na pierwszej grupie, na przykładzie między innymi szumów usznych (tinnitus) i Zespołu Jelita Drażliwego (IBS). Przedstawimy wybrane modele i protokoły pracy. Warsztat kierowany jest do specjalistów pracujących z osobami dorosłymi.

## Kamila Grochowska – Kramek

### *„Przekroczyć most refleksyjny” – jak samodzielna praktyka i refleksja (SP/SR) zamienia doświadczenie osobiste w kompetencje kliniczne terapeuty CBT*

Samodzielna praktyka i refleksja (SP/SR; Self-Practice/Self-Reflection) to ustrukturyzowana strategia rozwoju kompetencji terapeutycznych, w której terapeuci stosują techniki CBT na sobie, a następnie dokonują pogłębionej refleksji nad tym doświadczeniem – zwłaszcza nad jego konsekwencjami dla pracy klinicznej. Badania wskazują, że SP/SR może wspierać rozwój metakompetencji (m.in. refleksyjności i elastyczności), pogłębiać rozumienie procesu zmiany oraz wzmacniać empatię i sposób budowania relacji terapeutycznej, a także poprawiać wybrane aspekty umiejętności technicznych i interpersonalnych. Kluczowym mechanizmem SP/SR jest tzw. „przekroczenie mostu refleksyjnego”: świadome przełożenie uczenia się o sobie (personal self) na decyzje kliniczne i sposób bycia terapeuty (therapist self). W trakcie 90-minutowego warsztatu uczestnicy doświadczą krótkiej, bezpiecznej formy mikro-SP/SR oraz nauczą się praktycznego protokołu „mostu refleksyjnego” opartego na pytaniach mostujących. Pracując indywidualnie i w diadach/małych grupach (bez ujawniania treści osobistych, koncentrując się na procesie), przełożą własne doświadczenie techniki CBT na: (1) modyfikację sposobu zlecania i omawiania pracy domowej, (2) reakcje na opór i „brak zadania”, (3) mikro-interwencje wzmacniające przymierze i minimalizujące wstyd oraz (4) bardziej realistyczne projektowanie trudności zadań. Warsztat uwzględni także typowe bariery wdrażania SP/SR (np. ograniczenia czasowe) i kończy się stworzeniem 7-dniowego planu mikro-SP/SR do samodzielnego zastosowania w praktyce.

## Martyna Dziekan, Joanna Dąbrowska

### *„Prokrastynacja. Od teorii do praktyki”*

Warsztat stanowi praktyczne uzupełnienie Sympozjum Naukowego dr hab. Marka Wypycha „Czym jest prokrastynacja oraz czy i jak CBT może pomóc osobom chronicznie odkładającym zadania na później?”. Jego celem jest przełożenie aktualnej wiedzy teoretycznej na konkretne i użyteczne interwencje terapeutyczne.

W praktyce klinicznej prokrastynacja rzadko jest wyłącznie problemem zarządzania czasem. Często pełni funkcję regulacji emocji lub pozwala unikać konfrontacji z lękiem, wstydem czy perfekcjonizmem. Uczestnicy warsztatu nauczą się rozpoznawać te ukryte mechanizmy oraz budować pogłębioną, funkcjonalną konceptualizację przypadku, dzięki czemu ich praca nie będzie się ograniczać do technik zarządzania czasem.



## Magdalena Skuza

### *Uważność w psychoterapii - perspektywa DBT*

Warsztat poświęcony będzie uważności w psychoterapii w ujęciu terapii dialektyczno-behawioralnej (DBT), osadzonej w tradycji zen i myśli Marshy Linehan. Punktem wyjścia jest rozumienie uważności nie jako techniki redukcji objawów, lecz jako sposobu bycia, który łączy perspektywę behawioralną z duchowym rdzeniem praktyki zen. Odwołując się do idei „środkowej drogi”, czterech szlachetnych prawd oraz koncepcji mądrego umysłu, warsztat koncentruje się na tym, jak terapeuta może rozwijać postawę akceptacji, współczucia i obecności jako fundament pracy klinicznej.

Oczekiwane wyniki dotyczą przede wszystkim rozwoju kompetencji wewnętrznych, a nie „arsenału technik”: zwiększenia zdolności do pozostawania w kontakcie z własnym doświadczeniem w sytuacjach klinicznie trudnych, większej elastyczności w przyjmowaniu paradoksów oraz gotowości do towarzyszenia pacjentowi w cierpieniu bez natychmiastowego dążenia do jego usunięcia. Wnioskiem przewodnim jest to, że skuteczna interwencja DBT wymaga zakorzenienia terapeuty w praktyce uważności – rozumianej jako ciągłe widzenie rzeczywistości taką, jaka jest, przy jednoczesnym współczującym zaangażowaniu na rzecz zmiany. Implikacje praktyczne obejmują m.in. potrzebę regularnej własnej praktyki, włączanie elementów uważności do pracy zespołowej oraz traktowanie relacji terapeutycznej jako przestrzeni wspólnej praktyki obecności.

## Agnieszka Musiał, Justyna Piękoś

### *“Nie taki rodzic straszny, a jaki potrzebny”- rodzina jako miejsce kształtowania się przekonań. O tym, w jaki sposób włączać rodziców w proces psychoterapii dziecka w zaburzeniach internalizacyjnych i eksternalizacyjnych.*

Rodzina jest pierwszym i najważniejszym kontekstem rozwojowym dziecka – to w niej kształtują się podstawowe przekonania na temat siebie, innych ludzi i świata. Jednocześnie to właśnie współpraca z rodzicami często stanowi wyzwanie dla terapeutów. Podczas warsztatu przyjrzymy się rodzinie nie jako przeszkodzie, ale środowisku kształtującemu przekonania, które można modyfikować.

Warsztat będzie się koncentrował na praktycznych sposobach włączania rodziców w terapię dzieci i młodzieży.

## Agnieszka Trawicka, Magdalena Jochimek

### *Dobrostan psychoterapeuty jako ukryty czynnik skuteczności psychoterapii – zasoby i obciążenia w pracy klinicznej*

Praca psychoterapeuty wiąże się z wysokim poziomem zaangażowania emocjonalnego, poznawczego i relacyjnego. W codziennej praktyce klinicznej terapeuta pozostaje w stałym kontakcie z doświadczeniami pacjentów, często o dużym ładunku emocjonalnym, co wymaga zarówno uważności, jak i zdolności do regulowania własnych reakcji wewnętrznych. W ostatnich latach coraz większą uwagę w literaturze psychoterapeutycznej zwraca się na znaczenie dobrostanu terapeuty jako istotnego czynnika wpływającego na jakość relacji terapeutycznej, zdolność do utrzymania empatycznej obecności oraz skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych. Jednocześnie specyfika pracy klinicznej może sprzyjać przeciążeniu emocjonalnemu, kumulowaniu napięcia oraz zwiększonemu ryzyku wypalenia zawodowego.

Z tego względu refleksja nad własnymi zasobami, granicami oraz sposobami regulowania napięcia stanowi ważny element rozwoju osobistego i zawodowego psychoterapeuty. Świadome dbanie o dobrostan nie jest jedynie kwestią indywidualnego komfortu, lecz także warunkiem utrzymania jakości pracy terapeutycznej oraz długofalowej zdolności do pomagania innym.



Celem warsztatu jest stworzenie bezpiecznej przestrzeni do refleksji nad własnym funkcjonowaniem w roli terapeuty oraz nad czynnikami wspierającymi utrzymanie dobrostanu w pracy klinicznej. Spotkanie będzie osadzone w kontekście współczesnych koncepcji psychoterapii poznawczo-behawioralnej, a także podejść integrujących perspektywę doświadczeniową i refleksyjną w rozwoju zawodowym psychoterapeutów. Warsztat będzie obejmował krótkie wprowadzenie teoretyczne dotyczące znaczenia dobrostanu terapeuty w procesie psychoterapii oraz czynników sprzyjających i utrudniających jego utrzymanie. W dalszej części uczestnicy zostaną zaproszeni do pracy doświadczeniowej i autorefleksyjnej, pozwalającej na przyjrzenie się własnym zasobom w pracy z pacjentami, sposobom reagowania na obciążenia emocjonalne oraz strategiom sprzyjającym zachowaniu równowagi między zaangażowaniem zawodowym a troską o własne potrzeby psychiczne.



## Wystąpienia ustne

**Elżbieta Rowińska-Garbień, Magdalena Zaborowska-Piecuch**

### *Terapia poznawczo-behawioralna sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej*

Terapia i leczenie osób, które dopuściły się przestępstwa przeciwko wolności seksualnej stanowi istotne wyzwanie dla terapeutów, lekarzy i innych specjalistów sprawujących opiekę nad tą grupą pacjentów. Praktyka kliniczna pokazała, iż w wielu przypadkach, obniżenie popędu seksualnego, stanowi niewystarczającą metodę leczenia a pacjent wymaga równoległej pracy psychoterapeutycznej.

Wskazanie, iż nie każdy człowiek z zaburzeniami preferencji seksualnych dopuszcza się przestępstwa oraz że nie każda osoba popełniająca przestępstwo przeciwko wolności seksualnej ma zaburzenia preferencji seksualnych, przyczyniło się do reorientacji poglądów otwierając nowe pola eksploracji klinicznej.

Zmiany wprowadzone w systemach klasyfikacji DSM-5 oraz ICD-11 związane z rozróżnieniem pomiędzy parafilią a zaburzeniem parafilnym wraz z poszerzeniem wiedzy na temat sprawców przestępstw seksualnych oraz rozwojem technik terapeutycznych, wpłynęły na konieczność wprowadzenia modyfikacji także na poziomie terapii i nauczania.

Ośrodków szkolących na terenie Polski nie ma a kultywowanie braku wiary w skuteczność terapii, ostracyzm instytucjonalny oraz propagowanie dezinformacji obecnej w mediach, pociąga za sobą braki w dofinansowaniu ośrodków badawczo-naukowych i leczniczych na terenie kraju.

Odpowiedzialne i rzetelne podejście do zagadnienia ochrony praw człowieka oraz dążenie do zapewnienia bezpieczeństwa społecznego, nie może bazować wyłącznie na budowaniu kolejnych ośrodków detencyjnych. Istotne jest zagwarantowanie adekwatnej dla danej osoby opieki terapeutycznej i farmakologicznej, zarówno na poziomie izolacji penitencjarnej, detencji, jak i warunków wolnościowych.

Wątkiem przewodnim naszego wystąpienia będzie przedstawienie programów terapeutycznych, stosowanych w kraju i na świecie we wskazanej grupie pacjentów, ale także ukazanie poszczególnych technik pracy klinicznej.

**Andrzej Śliwerski**

### *Relacje z rodzicami jako czynnik ochronny i ryzyka w rozwoju dzieci i młodzieży – implikacje dla praktyki terapeutycznej*

Wystąpienie prezentuje wyniki badań nad znaczeniem relacji z rodzicami w funkcjonowaniu psychicznym dzieci i młodzieży oraz ich praktyczne implikacje dla pracy terapeutycznej.

W pierwszej części omówione zostaną wyniki dwóch projektów badawczych. Pierwszy dotyczy dzieci z cukrzycą i koncentruje się na związku jakości relacji z matką i ojcem (bliskość, wsparcie, unikanie) z nasileniem objawów depresyjnych i lękowych. Wyniki wskazują, że relacja rodzicielska może pełnić funkcję istotnego czynnika ochronnego, ale w określonych konfiguracjach także czynnika ryzyka dla dobrostanu emocjonalnego dziecka.

Drugi projekt obejmuje analizy modeli strukturalnych dotyczących związku relacji z rodzicami z obrazem ciała i samooceną dzieci i młodzieży, z uwzględnieniem internalizacji ideału wyglądu oraz wpływu mediów społecznościowych. Otrzymane wyniki pokazują, że jakość więzi rodzicielskiej wiąże się pośrednio i bezpośrednio z poziomem samooceny oraz podatnością na presję porównań społecznych.

Druga część wystąpienia poświęcona będzie wnioskowi dla praktyki klinicznej. Omówione zostaną konkretne



kierunki pracy terapeutycznej z rodzicami: wzmacnianie bezpiecznej relacji, wspieranie autonomii dziecka, modelowanie regulacji emocji oraz ograniczanie nadmiernej kontroli i unikania. Podkreślone zostanie znaczenie pracy systemowej – pokazujące, że modyfikacja funkcjonowania rodziców może stanowić kluczowy element zmiany objawowej u dziecka.

Prezentacja ma na celu połączenie wyników badań empirycznych z konkretnymi wskazówkami dla praktyki klinicznej.

## **Aleksandra Stefaniak-Żak**

### *Między nadzieją a zagrożeniem życia: terapia poznawczo-behawioralna w hematologii i transplantacji szpiku*

CBT od lat stanowi jedno z najlepiej udokumentowanych podejść w pracy z pacjentami z chorobami somatycznymi, jednak jej potencjał w hematologii i transplantacji komórek krwiotwórczych (HSCT) pozostaje niedostatecznie eksponowany. Diagnoza nowotworu hematologicznego oraz kwalifikacja do HSCT powodują jednoczesne funkcjonowanie w ogromnej nadziei na wyleczenie oraz poczucie realnego zagrożenia życia. Wysoka niepewność prognostyczna, długotrwała hospitalizacja, restrykcje behawioralne, obciążające leczenie, ryzyko poważnych powikłań, tworzą szczególny kontekst psychologiczny, w którym przekonania dotyczące choroby, strategie radzenia sobie i współpraca z personelem medycznym nabierają kluczowego znaczenia terapeutycznego.

W niniejszej prezentacji CBT zostanie omówiona jako integralny element medycyny behawioralnej i psychoonkologii, ze szczególnym uwzględnieniem jej praktycznych implikacji: modyfikacji nieadaptacyjnych przekonań dotyczących choroby, regulacji reakcji behawioralnych oraz wspieraniu adaptacyjnych zachowań zdrowotnych i współpracy z personelem medycznym.

Omówienie mechanizmów i efektów zastosowania CBT w psychoonkologii na przykładzie pacjentów hematologicznych i po HSCT, ze szczególnym uwzględnieniem mechanizmów uczenia się, zachowań unikowych, reakcji warunkowych oraz tolerancji niepewności w kontekście intensywnego leczenia somatycznego.

Metoda: Przegląd literatury empirycznej oraz analiza studiów przypadków. Interwencje konceptualizowano w kategoriach mechanizmów uczenia się (warunkowanie, negatywne wzmocnienie, trudności w wygaszaniu). Efekty oceniano przy użyciu standaryzowanych narzędzi (HADS, PHQ-9, FACIT-F) oraz wskaźników behawioralnych (adherencja, udział w procedurach).

CBT wiąże się z klinicznie istotną redukcją lęku, depresji i zmęczenia oraz poprawą funkcjonowania i współpracy z personelem. Skuteczność interwencji zależy od precyzyjnej konceptualizacji problemów, elastycznego dostosowania protokołów do stanu somatycznego pacjenta oraz współpracy interdyscyplinarnej.

## **Elżbieta Krawczyk-Pastawska, Marta Boczkowska**

### *Między moderowaniem zasobów wsparcia a wdrażaniem leczenia psychologicznego: praktyka psychologa klinicznego w chorobach somatycznych*

Celem prezentacji jest przegląd oddziaływań psychologa klinicznego chorób somatycznych od moderowania i wzmacniania zasobów wsparcia społecznego po leczenie psychologiczne pacjentów somatycznych. W praktyce klinicznej szczególnego znaczenia nabiera zatem pytanie o kryteria różnicowania sytuacji, w których kluczową rolę może odgrywać wysokiej jakości wsparcie społeczne, od tych, w których konieczne staje się zastosowanie bardziej ustrukturyzowanego leczenia psychologicznego (Tolin, 2010; 2025). Badania pokazują, że dla dobrostanu pacjentów kluczowa jest nie tyle ilość otrzymywanej pomocy, ile jej jakość oraz



dopasowanie do potrzeb pacjenta (Rini & Dunkel Schetter, 2010). Wsparcie adekwatne, responsywne i nienaruszające autonomii wiąże się z niższym poziomem dystresu i lepszą adaptacją do choroby, natomiast wsparcie niskiej jakości może nasilać obciążenie psychiczne (Rini et al., 2011). Potwierdzają to również badania z czasu pandemii COVID-19, pokazujące, że w kryzysie zdrowotnym kluczowe znaczenie ma jakość i stabilność wsparcia społecznego (Kaniasty et al., 2023; Kaniasty & van der Meulen, 2024). W sytuacji, gdy naturalne mechanizmy adaptacyjne pacjenta okazują się niewystarczające, konieczne staje się wdrożenie leczenia psychologicznego. W praktyce psychologa klinicznego zastosowanie znajdują metody rekomendowane w wytycznych APA i NICE. Przegląd obejmuje interwencje kliniczne oparte na dowodach, w tym podejścia poznawczo-behawioralne, interwencje behawioralne, ACT, IPT, programy mindfulness, CBT-I oraz elementy DBT. Uwzględnia także zasady doboru interwencji do obrazu objawowego pacjenta, mechanizmów regulacyjnych, przebiegu i rokowania choroby, obciążeń związanych z leczeniem oraz dostępnych zasobów relacyjnych, a także rolę oddziaływań psychologicznych w zwiększaniu adherencji i wspieraniu trwałej zmiany zachowań zdrowotnych.

## **Bartłomiej Głowacki, Adrianna Aleksandrowicz**

### *Terapeuta w erze autonomicznych agentów AI - wyzwania, kompetencje i cyfrowe zaplecze psychoterapii przyszłości*

Na początku 2026 roku w internecie funkcjonuje ponad 700 000 autonomicznych agentów AI, a prognozy IDC wskazują na wzrost tej liczby do miliardów w ciągu dekady. Randomizowane badanie kliniczne (McFadyen i wsp., 2026; n=540) wykazało 2,4-krotny wzrost zaangażowania użytkowników aplikacji opartych na generatywnej AI, choć samo zaangażowanie nie przekłada się automatycznie na poprawę wyników klinicznych (So i wsp., 2026). Psychoterapeuci stają przed pytaniem o kompetencje i narzędzia niezbędne do pracy w świecie powszechnych interakcji człowiek–AI.

Przedstawienie wizji psychoterapii w perspektywie 10–15 lat, w której terapeuta pozostaje niezastąpiony jako specjalista od relacji, ale wymaga nowego cyfrowego wyposażenia — oraz zaprezentowanie programu badawczego weryfikującego użyteczność narzędzi AI w praktyce terapeutycznej.

Wystąpienie opiera się na przeglądzie aktualnych danych empirycznych oraz prezentacji projektu badawczego realizowanego we współpracy z Instytutem Psychologii PAN. Projekt obejmuje: porównanie hipotez generowanych przez AI z ocenami superwizorów, kontrolowane badanie z randomizacją badające wpływ wspomagania AI na jakość konceptualizacji przypadku CBT.

Omówione zostaną wyzwania etyczne (granice AI w zdrowiu psychicznym, RODO, AI ACT), kompetencyjne (cyfrowa alfabetyzacja terapeutów) oraz praktyczne zastosowania (transkrypcja sesji, ekstrakcja elementów CBT, wspomaganie dokumentacji — z terapeutą jako jedynym decydentem).

AI nie zastępuje terapeuty — wyposaża go w narzędzia adekwatne do wyzwań nowej ery. Wdrażanie wymaga jednak rygorystycznej walidacji naukowej.

Wyniki programu badawczego dostarczą opartych na dowodach rekomendacji dotyczących integracji AI z codzienną praktyką terapeutyczną, przy zachowaniu standardów etycznych i autonomii klinicysty.



## **Agnieszka Ślęzak, Beata Pastwa - Wojciechowska**

### *Od oceny do zmiany – integracja SOTIPS z konceptualizacją CBT w terapii osób z zaburzeniami preferencji seksualnych*

Celem wystąpienia jest przedstawienie sposobu wykorzystania narzędzia SOTIPS (Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale) jako strukturalnego wsparcia procesu konceptualizacji poznawczo-behawioralnej (CBT) w terapii osób z zaburzeniami preferencji seksualnych. SOTIPS operacjonalizuje 16 dynamicznych czynników ryzyka obejmujących obszary seksualności, postaw przestępczych, regulacji emocji, impulsywności, funkcjonowania interpersonalnego oraz współpracy w leczeniu. Dzięki temu stanowi pomost między oceną ryzyka a planowaniem oddziaływań terapeutycznych.

W prezentacji zostanie zaproponowany model integracyjny, w którym wyniki poszczególnych pozycji skali są systematycznie mapowane na elementy klasycznej konceptualizacji w pracy poznawczo-behawioralnej: przekonania kluczowe i pośredniczące, zniekształcenia poznawcze, deficyty regulacji emocjonalnej, schematy interpersonalne oraz wzorce behawioralne podtrzymujące zachowania ryzykowne.

Szczególne uwaga zostanie poświęcona wykorzystaniu SOTIPS jako narzędzia dynamicznego – wspierającego monitorowanie postępów i elastyczną modyfikację planu terapii w toku oddziaływań. Przedstawiony model pokazuje, w jaki sposób wynik skali może przekładać się bezpośrednio na hierarchię celów terapeutycznych zgodnie z zasadą ryzyka, potrzeby i responsywności. Wystąpienie ma charakter praktyczny i będzie ilustrowane przykładami klinicznymi, ukazującymi przejście od strukturalnej oceny do ukierunkowanej zmiany terapeutycznej.

## **Karolina Ziegart-Sadowska, Marta Cieśla**

### *Spektrum autyzmu a trauma: czynniki ryzyka, obraz kliniczny i modyfikacje terapii poznawczo-behawioralnej*

Osoby dorosłe w spektrum autyzmu są grupą szczególnie narażoną na doświadczenia przemocy oraz zdarzeń traumatycznych, w tym wielokrotnej wiktyimizacji. Badania wskazują na podwyższone ryzyko przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej w relacjach rodzinnych i partnerskich. Czynniki takie jak trudności w odczytywaniu sygnałów społecznych, zależność od wsparcia innych, doświadczenia izolacji, potrzeba przewidywalności oraz odmienny sposób przetwarzania emocjonalnego i sensorycznego mogą zwiększać podatność na rozwój zaburzeń stresowych pourazowych.

Celem wystąpienia jest omówienie czynników ryzyka traumy w spektrum autyzmu, specyfiki obrazu klinicznego PTSD i złożonego PTSD (cPTSD) oraz przedstawienie modyfikacji terapii poznawczo-behawioralnej zwiększających jej dostępność i skuteczność u dorosłych osób neuro różnorodnych.

Wystąpienie opiera się na przeglądzie aktualnych badań oraz doświadczeniu klinicznym w pracy z dorosłymi osobami w spektrum autyzmu. Omówione zostaną trudności diagnostyczne wynikające z nakładania się objawów PTSD i cech autystycznych, różnice w manifestacji objawów oraz wpływ traumy na funkcjonowanie społeczne, emocjonalne i sensoryczne.

Dostępne dane wskazują na częstsze występowanie PTSD i cPTSD w tej grupie oraz na potrzebę indywidualizacji terapii. Kluczowe znaczenie mają ustrukturyzowana psychoedukacja, język dostówny, wizualne formy pracy, transparentność procesu terapeutycznego oraz przewidywalność sesji. Adaptacje ekspozycji obejmują uwzględnienie nadwrażliwości sensorycznych, potrzebę kontroli oraz stopniowe budowanie poczucia bezpieczeństwa.

Integracja wiedzy o traumie i neuro różnorodności zwiększa trafność diagnozy i skuteczność leczenia. Prezentowane strategie wspierają planowanie spersonalizowanej terapii CBT u osób w spektrum autyzmu z doświadczeniem traumy.



## **Małgorzata Łysiak**

### *Modele zaburzeń osobowości w świetle ICD-11: problemy i wyzwania*

Wystąpienie poświęcone jest kluczowym trudnościom związanym z budowaniem modeli konceptualizacji przypadku w terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości. Choć modele poznawczo-behawioralne stanowią podstawę planowania i prowadzenia terapii, w przypadku tej grupy pacjentów terapeuci napotykają na liczne wyzwania kliniczne i metodologiczne. Do najistotniejszych należą: złożoność i sztywność wzorców poznawczych, silne komponenty emocjonalne i interpersonalne, współwystępowanie zaburzeń osi I, a także trudności w utrzymaniu stabilnej relacji terapeutycznej. Istotnym źródłem komplikacji w procesie konceptualizacji stają się trudności diagnostyczne wynikające z ewolucji współczesnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych. W referacie omówione zostaną konsekwencje różnic pomiędzy podejściem kategoriowym DSM-5 a dymensjonalnym modelem zaburzeń osobowości zaproponowanym w ICD-11, w tym problemy związane z oceną nasilenia dysfunkcji osobowości, identyfikacją dominujących cech oraz ich przełożeniem na funkcjonalne modele CBT. Zostanie zwrócona uwaga na wyzwania związane z niespójnością diagnoz, ograniczoną trafnością kliniczną kategorii oraz wpływem diagnozy na dobór interwencji terapeutycznych. Celem referatu jest dostarczenie uczestnikom zarówno ram teoretycznych, jak i praktycznych wskazówek ułatwiających tworzenie użytecznych, elastycznych modeli terapeutycznych w pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości.

## **Marcin Kurytło**

### *Funkcjonowanie poznawczo-emocjonalne w przewlekłych chorobach skóry – implikacje dla psychoterapii poznawczo-behawioralnej*

Przewlekłe choroby dermatologiczne, takie jak łuszczyca oraz AZS, stanowią nie tylko problem somatyczny, lecz także istotne obciążenie psychologiczne. W praktyce klinicznej coraz częściej obserwuje się, że przebieg choroby zależy nie tylko od czynników medycznych, lecz także od sposobu regulacji emocji, strategii radzenia sobie ze stresem oraz funkcjonowania poznawczego. Jednocześnie integracja tych obszarów w badaniach empirycznych nadal pozostaje ograniczona.

Celem prezentacji jest przedstawienie wyników badań dotyczących funkcjonowania poznawczo-emocjonalnego u osób chorujących na łuszczycę i AZS oraz omówienie ich znaczenia dla psychoterapii poznawczo-behawioralnej w pracy z pacjentami z chorobami somatycznymi.

Badanie miało charakter przekrojowy i obejmowało 90 osób (pacjentów z łuszczycą, atopowym zapaleniem skóry oraz osoby z grupy kontrolnej). Wykorzystano baterię testów neuropsychologicznych CANTAB, test rozpoznawania emocji ERT, kwestionariusz aleksytymii TAS-20 oraz kwestionariusz strategii radzenia sobie Mini-COPE. Nasilenie choroby oceniano za pomocą wskaźników PASI oraz EASI.

Wyniki wskazują na występowanie selektywnych różnic w wybranych aspektach funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego pomiędzy osobami chorującymi na dermatozy przewlekłe a osobami zdrowymi. Nasilenie objawów choroby wykazywało ponadto korelacyjne związki z wybranymi wskaźnikami funkcjonowania poznawczego, nasileniem cech aleksytymii oraz niektórymi strategiami radzenia sobie ze stresem.

Interpretacja wyników została osadzona w integrującym modelu biopsychologicznym. Te trzy podejścia tworzą ramę interpretacyjną pracy: stres i radzenie sobie jako proces regulacyjny, aleksytymia jako wymiar funkcjonowania emocjonalnego oraz zapalenie jako biologiczny kontekst przewlekłego obciążenia.

Prezentacja koncentruje się na implikacjach wyników dla psychoterapii poznawczo-behawioralnej, zwłaszcza w zakresie pracy z emocjami, strategiami radzenia sobie oraz współpracy interdyscyplinarnej w leczeniu pacjentów z chorobami przewlekłymi.



## **Natalia Wójcik, Paulina Szydłowska-Klakla, Michał Jaczyński**

### ***Psychodeliki w gabinecie? Doświadczenia psychoterapeutów pracujących z pacjentami wnoszącymi temat użycia psychodelików***

Wzrost zainteresowania substancjami psychodelicznymi w celach samorozwojowych i samoleczenia znajduje odzwierciedlenie w praktyce psychoterapeutycznej. Choć badania nad psychodelikami prowadzone są w rygorystycznych warunkach, w większości krajów, w tym w Polsce, ich stosowanie poza kontekstem badań pozostaje nielegalne. W efekcie terapeuci coraz częściej spotykają pacjentów, którzy samodzielnie korzystali z psychodelików i oczekują wsparcia w integracji doświadczeń lub zgłaszają trudności po ich użyciu.

Celem badania było zrozumienie, jak psychoterapeuci doświadczają pracy z takimi pacjentami oraz jakie napotykają wyzwania. Przeprowadzono 10 pogłębionych wywiadów z psychoterapeutami nurtu poznawczo-behawioralnego i psychodynamicznego. Dane analizowano z wykorzystaniem Interpretatywnej Analizy Fenomenologicznej (IPA).

Wyniki ujawniły cztery główne obszary: (1) napięcie między deklarowaną otwartością a ukrytą rezerwą wobec psychodelików; (2) ocenę ryzyka zależną od stabilności i psychopatologii pacjenta; (3) poczucie niewystarczających kompetencji i potrzebę jasnych wytycznych; (4) dylematy konceptualizacyjne i relacyjne, w tym pytanie, czy doświadczenia psychodeliczne wspierają wgląd, czy stanowią formę unikania w terapii. Wyniki wskazują, że terapeuci funkcjonują w obszarze ambiwalencji między profesjonalnym imperatywem nieoceniającej postawy a obawami o bezpieczeństwo i integralność procesu terapeutycznego. Podkreślają potrzebę rozwijania podstawowej wiedzy o psychodelikach w szkoleniach oraz tworzenia ram wspierających odpowiedzialną praktykę.

## **Aleksandra Jarosz**

### ***Rola gamifikacji w cyfrowych interwencjach psychologicznych: analiza funkcji angażujących i skuteczności aplikacji***

Cyfrowe interwencje psychologiczne coraz częściej wykorzystują gamifikację jako sposób zwiększania zaangażowania użytkowników i ograniczania przedwczesnej rezygnacji z programu, co ma szczególne znaczenie w narzędziach wspierających oddziaływanie poznawczo-behawioralne.

Wystąpienie ma na celu uporządkowanie aktualnych informacji dotyczących funkcji angażujących stosowanych w aplikacjach psychologicznych oraz ocena ich potencjalnego znaczenia dla użyteczności i skuteczności interwencji.

Zastosowano narracyjny przegląd literatury poświęconej gamifikacji w cyfrowych interwencjach psychologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem publikacji dotyczących aplikacji SPARX, Mind Booster Green oraz eQuoo. Uwzględnione badania analizowano pod kątem rodzaju zastosowanych mechanizmów gamifikacyjnych, takich jak narracja, poziomy, nagrody, customizacja, informacja zwrotna i stopniowanie trudności, a także ich powiązania z celami i wynikami interwencji.

Przegląd literatury wskazuje, że w aplikacjach SPARX i Mind Booster Green elementy gry są podporządkowane realizacji jasno określonych celów terapeutycznych, w szczególności psychoedukacji, aktywizacji behawioralnej i ćwiczeniu umiejętności poznawczych. W przypadku eQuoo mechanizmy angażujące służą przede wszystkim rozwijaniu kompetencji emocjonalnych i społecznych oraz wspieraniu regularności korzystania z programu. Dostępne dane sugerują, że analizowane aplikacje mogą wiązać się z obniżeniem nasilenia objawów depresyjnych i lękowych, większą systematycznością korzystania oraz mniejszym ryzykiem rezygnacji.

Wnioskuje, że gamifikacja jest najbardziej użyteczna wtedy, gdy wspiera proces terapeutyczny i utrzymuje uczestnika w procesie zmiany. W praktyce oznacza to potrzebę krytycznego doboru aplikacji, z uwzględnieniem ich podstaw teoretycznych, funkcji terapeutycznych oraz jakości dostępnych dowodów empirycznych i ograniczeń metodologicznych badań.



## **Łukasz Zaborowski, Magdalena Śmieja-Nęcka**

### *Technologia w łóżku a pożądanie: rola przekonań, nawyków behawioralnych i responsywności w relacji*

Współczesne związki funkcjonują w warunkach stałej dostępności technologii mobilnych, które coraz częściej są obecne w sytuacjach sprzyjających budowaniu bliskości – zwłaszcza w rytuałach przed snem i w przestrzeni łóżka. Badania pokazują, że nie sama obecność telefonu, lecz sposób jego używania ma znaczenie dla jakości relacji i seksualności (Salmela et al., 2019; Drouin & McDaniel, 2021). Partner phubbing, czyli korzystanie z telefonu podczas bezpośredniej interakcji, wiąże się z niższą satysfakcją relacyjną poprzez wzrost poczucia wykluczenia, spadek percepcji responsywności oraz obniżenie intymności (Beukeboom & Pollmann, 2021). Jednocześnie wspólne korzystanie z technologii może pełnić funkcję ochronną.

Podczas konferencji zaprezentowany zostanie stan aktualnej wiedzy, wyniki badań własnych oraz wnioski do pracy terapeutycznej.

W badaniu pilotażowym (sierpień 2025, N = 151) 44% badanych deklaroowało gotowość rezygnacji z seksu na 12 miesięcy zamiast ze smartfona. Phubbing korelował negatywnie z satysfakcją i zaangażowaniem, a postrzegana rozbieżność w pożądaniu wiązała się z częstszym używaniem smartfona do regulacji emocji. Wspólne korzystanie z technologii było powiązane z wyższą satysfakcją relacyjną.

Celem projektu planowanego na marzec 2026 jest zbadanie, w jaki sposób przekonania dotyczące uwagi, dostępności partnera oraz nawyki behawioralne korelują z poziomem pożądania partnerskiego oraz satysfakcją relacyjną i seksualną. Projekt ma na celu przesunięcie perspektywy z samego „czasu ekranowego” na rolę przekonań i mikro-rutyn w budowaniu lub osłabianiu pożądania oraz opracowanie interwencji wzmacniających responsywność i świadome korzystanie z technologii w relacji.

## **Marta Kuty-Pachecka**

### *Internetowa terapia poznawczo-behawioralna w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym*

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (OCD) charakteryzuje się występowaniem natrętnych myśli i/lub kompulsji. Szacuje się, że rozpowszechnienie OCD w populacji ogólnej wynosi około 2–3%.

W ostatnich latach coraz większe zainteresowanie budzą internetowe interwencje terapeutyczne oparte na terapii poznawczo-behawioralnej (iCBT). Jednak na gruncie polskim zagadnienie ich skuteczności w pracy z osobami cierpiącymi na OCD pozostaje nadal słabo poznane. Celem niniejszego wystąpienia jest zaprezentowanie wyników badań dotyczących wybranych programów iCBT stosowanych w leczeniu zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego oraz analiza ich skuteczności. Uwzględniono również wyniki analiz dotyczących głównych czynników predykcyjnych, które mogą wpływać na skuteczność internetowej terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z pacjentami z OCD.

## **Krzysztof Sienicki**

### *Co pacjenci mówią maszynie? Eksploracyjna analiza treści i dynamiki interakcji użytkowników z AI w kontekście zdrowia psychicznego.*

Wprowadzenie sztucznej inteligencji do obszaru mental health tworzy nową, cyfrową przestrzeń komunikacyjną. Dla terapeutów CBT kluczowe jest zrozumienie, czy i w jaki sposób pacjenci wykorzystują AI do autoterapii oraz jak te interakcje mogą wspierać proces refleksji poza gabinetem.

Prezentacja wyników analizy interakcji użytkowników z asystentem AI. Celem jest zmapowanie tematów rozmów, momentów szukania wsparcia oraz technik poznawczo-behawioralnych inicjowanych przez



użytkowników w dialogu z technologią.

Metoda: Analiza opiera się na zanonimizowanych danych tekstowych i behawioralnych z platformy mental health. Badanie wykorzystuje zagregowane metadane i kategorie tematyczne, co wyklucza identyfikację osób i zapewnia prywatność procesu terapeutycznego. Analizie poddano strukturę rozmów, demografię (wiek, płeć) oraz kontekst sytuacyjny interakcji.

Zaprezentowane zostaną wyniki analizy eksploracyjnej: jakościowe zestawienie tematów oraz ilościowe parametry zaangażowania. Autorzy wskażą, jak użytkownicy wykorzystują AI w ramach samopomocy i pracy własnej. Szczególna uwaga zostanie poświęcona procedurom bezpieczeństwa w sytuacjach kryzysowych.

Analiza pozwala postrzegać AI jako „cyfrowy fenotyp” pracy własnej pacjenta. Wyniki wskażą dominujące kategorie problemów oraz sposób, w jaki interakcja z maszyną wspomaga pogłębianie wglądu w procesy poznawcze.

Prezentacja inicjuje dyskusję nad etycznym wykorzystaniem AI jako wsparcia dla pracy specjalisty. Autorzy szukają odpowiedzi na pytanie, jak zintegrować dane z interakcji z AI z tradycyjnym procesem terapeutycznym, aby wzmacniać sprawczość pacjenta bez naruszania fundamentów relacji z terapeutą. Wyniki mają służyć jako punkt wyjścia do projektowania narzędzi, które harmonijnie współgrają z procesem CBT, zapewniając pacjentowi ciągłość wsparcia między sesjami

## Ewa Wojtyna

### *Skuteczność terapeutycznej aplikacji mobilnej opartej na CBT w obszarze wsparcia stanu psychicznego osób z chorobą nowotworową*

Pacjenci po otrzymaniu diagnozy nowotworu często doświadczają silnego stresu i objawów depresyjnych oraz lękowych. Dostęp do profesjonalnej pomocy psychoonkologicznej i terapeutycznej jest jednak znacznie ograniczony. Skalowalne cyfrowe interwencje cyfrowe mogą być odpowiedzią dla niezaspokojonych potrzeb psychospołecznych w tym krytycznym okresie adaptacji. Celem badania była ocena skuteczności mobilnej interwencji opartej na CBT w redukcji stresu, lęku i depresji i określenie predyktorów tej zmiany u kobiet ze niedawno zdiagnozowanym rakiem piersi. Materiał i metody: W badaniu RCT wzięło udział 333 kobiet z rakiem piersi, które przydzielono do mobilnej interwencji opartej na CBT (n=222) lub grupy kontrolnej otrzymującej standardowe wsparcie (n=111). Interwencję stanowił program 22 sesji opartych na CBT zawarty w aplikacji Living Well. Pierwszorzędowymi wynikami były lęk i depresja (HADS), a drugorzędowymi dystres (DT), stany emocjonalne (ET), percepcja choroby (B-IPQ) i gotowość technologiczna. Pomiary przeprowadzono na początku badania i po 6, 12, 18 i 24 tygodniach. Wyniki: U kobiet korzystających z aplikacji w porównaniu z grupą kontrolną zaobserwowano istotną redukcję lęku, złości i martwienia się oraz wzrost postrzeganej kontroli nad objawami choroby. Nie wykazano różnic między grupami w obszarze objawów depresyjnych i dystresu. Lepsze efekty uzyskiwały pacjentki z wyższą gotowością technologiczną i wyższym zaangażowaniem się w pracę z aplikacją. Wnioski: Mobilna interwencja oparta na CBT, wprowadzona wkrótce po diagnozie nowotworu, może przynieść klinicznie istotne zmniejszenie lęku oraz pomóc pacjentkom w lepszej adaptacji do choroby i jej leczenia. Cyfrowe programy CBT mogą reprezentować skalowalne podejście do zapewniania wczesnego wsparcia psychospołecznego w opiece onkologicznej, szczególnie tam, gdzie dostęp do pomocy psychoterapeutycznej jest ograniczony.



## Justyna Kania

### *Wirtualna Rzeczywistość w Terapii Poznawczo-Behawioralnej: od ekspozycji do rehabilitacji*

W ostatnich latach wirtualna rzeczywistość (VR) staje się coraz częściej wykorzystywanym narzędziem wspierającym oddziaływania psychologiczne. Technologia ta umożliwia tworzenie immersyjnych, a zarazem kontrolowanych środowisk wywołujących określone reakcje. W literaturze wskazuje się na rosnącą liczbę badań potwierdzających skuteczność interwencji opartych na VR w redukcji stresu i bólu u pacjentów chorujących somatycznie, w terapii zaburzeń psychiatrycznych czy poznawczych.

Cel: Celem prezentacji jest przedstawienie możliwości wykorzystania VR przez psychologa-psychoterapeutę w pracy z pacjentami z chorobami somatycznymi, zaburzeniami psychiatrycznymi oraz zaburzeniami poznawczymi.

Metoda: W prezentacji zostaną omówione wyniki badań własnych dotyczących zastosowania VR wśród pacjentów uczestniczących w drugim etapie rehabilitacji kardiologicznej. Badanych podzielono na grupę eksperymentalną uczestniczącą w indywidualnych sesjach treningu relaksacyjnego z wykorzystaniem VR oraz grupę kontrolną uczestniczącą w tradycyjnym treningu relaksacyjnym prowadzonym przez psychologa. Poziom lęku oceniano za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI). Dodatkowo przedstawiony zostanie przegląd badań i programów terapeutycznych wykorzystujących VR w psychiatrii i treningach poznawczych.

Wyniki: W badaniu własnym w grupie korzystającej z VR zaobserwowano istotne statystycznie obniżenie poziomu lęku-stanu ( $\Delta=-4,031$ ;  $p=0,009$ ) oraz lęku-cechy ( $\Delta=-2,719$ ;  $p=0,012$ ). W grupie kontrolnej nie odnotowano istotnej zmiany w zakresie lęku-stanu, natomiast stwierdzono spadek lęku-cechy ( $\Delta=-4,938$ ;  $p=0,002$ ).

Wnioski: Wyniki wskazują na skuteczność treningu relaksacyjnego wzbogaconego o VR oraz potwierdzają potencjał tej technologii jako narzędzia wspierającego interwencje psychologiczne w różnych obszarach medycyny i zdrowia psychicznego.

Implikacje praktyczne: Wirtualna rzeczywistość może wspierać techniki CBT (m.in. ekspozycję), redukcję stresu i lęku u pacjentów hospitalizowanych oraz trening funkcji poznawczych w środowiskach symulujących sytuacje życia codziennego.

## Kaja Staszewska, Małgorzata Domagała

### *Zagrożenia psychospołeczne w środowisku pracy a funkcjonowanie zawodowe osób neuroatypowych*

Współczesne środowisko pracy charakteryzuje się wysoką dynamiką zmian, rosnącymi wymaganiami adaptacyjnymi oraz intensywnymi obciążeniami poznawczymi i społecznymi. W kontekście zdrowia pracowników coraz większą uwagę zwraca się na funkcjonowanie osób neuroatypowych. Środowisko pracy stanowi istotny kontekst funkcjonowania psychicznego, a trudności doświadczane w pracy (np. nadmierna stymulacja sensoryczna, niejasność ról i oczekiwań, nieprzewidywalność zadań, presja wielozadaniowości, wysokie wymagania społeczne i komunikacyjne, konieczność maskowania cech neuroatypowych oraz ryzyko stygmatyzacji) mogą być znaczącym źródłem stresu oraz przyczyniać się do nasilenia problemów zdrowia psychicznego. Wielu pacjentów pozostaje aktywnych zawodowo, dlatego zrozumienie obciążeń obecnych w ich środowisku pracy sprzyja trafniejszej konceptualizacji zgłaszanych trudności oraz planowaniu adekwatnych oddziaływań terapeutycznych.

Celem wystąpienia jest omówienie psychospołecznych zagrożeń obecnych w środowisku pracy, ich znaczenia dla funkcjonowania zawodowego osób neuroatypowych oraz wpływu tych zagrożeń na dobrostan psychiczny. Zostanie również zaakcentowana rola podejścia poznawczo-behawioralnego w planowaniu oddziaływań



terapeutycznych ukierunkowanych na wspieranie osób doświadczających trudności w środowisku pracy i wzmacnianie ich dobrostanu psychicznego.

## **Magdalena Nowak-Paralusz**

### *Komunikacja terapeutyczna w terapii poznawczo-behawioralnej jako narzędzie budowania i podtrzymywania przymierza terapeutycznego*

Komunikacja terapeutyczna stanowi jeden z podstawowych elementów procesu terapii poznawczo-behawioralnej i jest istotnym czynnikiem budowania przymierza terapeutycznego, uznawanego za jeden z kluczowych predyktorów skuteczności psychoterapii. W praktyce klinicznej komunikacja terapeuty obejmuje nie tylko przekaz werbalny, lecz także aspekty parawerbalne i niewerbalne, takie jak tempo wypowiedzi, pauzy, kontakt wzrokowy czy dystans, które wpływają na poczucie bezpieczeństwa oraz gotowość pacjenta/klienta do współpracy w procesie terapeutycznym.

Celem wystąpienia jest omówienie roli komunikacji terapeutycznej jako narzędzia budowania i podtrzymywania przymierza terapeutycznego w terapii poznawczo-behawioralnej, ze szczególnym uwzględnieniem początkowej fazy terapii. Referat ma charakter analityczno-praktyczny i opiera się na odniesieniach do literatury przedmiotu oraz refleksji klinicznej wynikającej z doświadczeń terapeutki w trakcie szkolenia w nurcie poznawczo-behawioralnym, z uwzględnieniem wieloletnich doświadczeń badawczych i dydaktycznych autorki w obszarze komunikacji interpersonalnej.

Analiza wskazuje, że sposób komunikowania się terapeuty może wspierać rozwój przymierza terapeutycznego lub prowadzić do osłabienia współpracy terapeutycznej, zwłaszcza w początkowych etapach terapii. W referacie zaproponowany zostanie schemat porządkujący elementy komunikacji terapeutycznej istotne dla budowania i podtrzymywania przymierza terapeutycznego w terapii poznawczo-behawioralnej. Implikacje praktyczne dotyczą świadomego wykorzystywania komunikacji terapeutycznej jako narzędzia wspierającego efektywność terapii poznawczo-behawioralnej.

## **Ada Jakimowicz**

### *Clinical decision support w CBT: doświadczenia z pilotaży i ramy odpowiedzialnego wykorzystania AI w praktyce psychoterapeutycznej*

Modele językowe (LLM) coraz częściej wykorzystywane są przez specjalistów zdrowia psychicznego w codziennej pracy klinicznej – przede wszystkim w obszarze dokumentacji, porządkowania materiału z sesji oraz konceptualizacji przypadku. Zjawisko to rozwija się dynamicznie, jednak wciąż brakuje ustandaryzowanych ram bezpiecznego i etycznego wykorzystania sztucznej inteligencji w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Celem wystąpienia jest przedstawienie doświadczeń z wczesnych pilotaży narzędzia typu clinical decision support, projektowanego przez klinicystkę CBT i rozwijanego we współpracy z gabinetami prywatnymi oraz oddziałem psychiatrycznym. Wystąpienie nie ma charakteru komercyjnego – stanowi próbę analizy roli AI w realnym kontekście pracy terapeutycznej.

W pierwszej części omówione zostaną najczęstsze sposoby wykorzystania LLM przez terapeutów CBT oraz potencjalne ryzyka związane z użyciem ogólnych modeli generatywnych (m.in. halucynacje modeli, brak osadzenia kontekstowego, zagadnienia ochrony danych wrażliwych, rozmycie odpowiedzialności klinicznej). W drugiej części zaprezentowana zostanie koncepcja clinical decision support jako uporządkowanego wsparcia procesu decyzyjnego terapeuty. Przedstawione zostaną wstępne obserwacje z pilotaży dotyczące wpływu narzędzia na proces konceptualizacji przypadku, dokumentację oraz subiektywne odciążenie poznawcze specjalisty.



Wystąpienie ma na celu rozpoczęcie merytorycznej dyskusji nad warunkami, w których AI może wspierać jakość pracy CBT, przy zachowaniu prymatu decyzji klinicznej i odpowiedzialności zawodowej terapeuty.

## **Aleksandra Serafin**

### *Rola współpracy międzyinstytucjonalnej w pracy terapeutycznej z rodzinami w sytuacji przemocy psychicznej*

Skuteczna pomoc osobom doświadczającym przemocy psychicznej w relacjach rodzinnych często wymaga współpracy wielu instytucji, takich jak system ochrony zdrowia, pomoc społeczna, instytucje edukacyjne oraz wymiar sprawiedliwości. Brak koordynacji działań między tymi podmiotami może utrudniać proces wsparcia psychologicznego oraz ograniczać skuteczność interwencji terapeutycznych.

Celem wystąpienia jest omówienie znaczenia współpracy międzyinstytucjonalnej w procesie udzielania pomocy osobom doświadczającym przemocy psychicznej oraz wskazanie roli psychoterapii poznawczo-behawioralnej w tym kontekście. Metodą pracy jest przegląd literatury naukowej oraz analiza modeli współpracy instytucjonalnej stosowanych w systemach wsparcia rodzin dotkniętych przemocą.

Analiza dostępnych badań wskazuje, że integracja działań terapeutycznych z interwencjami instytucjonalnymi zwiększa skuteczność pomocy psychologicznej oraz sprzyja stabilizacji sytuacji rodzinnej. Wnioski podkreślają znaczenie komunikacji między specjalistami różnych dziedzin oraz potrzebę rozwijania modeli współpracy wspierających proces terapeutyczny w nurcie CBT

## **Paulina Albińska**

### *Tam gdzie protokół CBT i ACT integruje granice seksualności, religii i moralności - znaczenie współpracy interdyscyplinarnej w opiece nad pacjentem ze skrupulatyzm*

Mianem skrupuatyizmu określane jest podtyp zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD), w którym doświadczenia pacjentów w postaci nawracających, powodujących subiektywne cierpienie myśli nazywanych obsesjami oraz powtarzalnych, nierzadko rytualnych zachowań ogniskują się wokół tematyki moralno-religijnej w połączeniu z seksualną, nierzadko ogniskowaną wokół agresji. Metodą leczenia pierwszego pozostaje terapia poznawczo-behawioralna. W obrębie CBT powstały protokoły leczenia, które ewoluowały w kierunku uwzględniania specyfiki prezentowanych objawów. Cechą immanentną tej pracy pozostaje technika ekspozycji z powstrzymaniem reakcji, która pomimo udowodnionej skuteczności, w subiektywnym odbiorze pacjentów jawi się jako trudna ze względu na konieczność neutralizacji lęku/poczucia winy w kontakcie z bodźcami wywołującymi nieakceptowane myśli, którym pacjenci przypisują znaczący wkład w tworzenie koncepcji siebie. Niejednokrotnie skutkuje to absencjami oraz wysokim wskaźnikiem rezygnacji z udziału w psychoterapii.

Poszukuje się zatem innych, opartych na odmiennych założeniach sposobów pracy terapeutycznej. Pierwszym jest możliwość integrowania działań interdyscyplinarnych zespołów w procesie uczenia pacjentów lepszemu radzeniu sobie w doświadczanych trudnościach w ramach aplikacji protokołów CBT. Drugim jest wzbogacanie klasycznej ERP o odmiennie paradygmaty naukowe np. funkcjonalny-kontekstualizm (ACT; terapia akceptacji i zaangażowania). Praktyka ta zbiera coraz więcej opartych na dowodach naukowych danych potwierdzających skuteczność. W prezentacji przedstawiona zostanie droga integracji tych sposobów pracy w ramach behawioryzmu II i III fali z uwzględnieniem podobieństw i różnic wypracowanych protokołów – ich efektywności i użyteczności dla osiągnięcia celów terapeutycznych.

**Superwizja ma znaczenie:**

- **Natalia Walerowska;**
- **Artur Wiśniewski;**
- **Magdalena Gąssowska-Szmidt;**
- **Ewa Kotarska;**
- **Adam Elżanowski**

**PANEL – USTAWA O PSYCHOTERAPII:****Błażej Kmiecik, Wiesław Jerzy Cubała, Julia Pankiewicz, Maciej Bocheński;****Moderator: Grzegorz Marek**

Od lat toczą się prace dotyczące prób kompleksowego uregulowania psychoterapii, oraz dyskusje dotyczące zakresu objętego regulacjami („psychoterapia jako leczenie” vs. „psychoterapia jako rozwój osobisty”). Obecnie funkcjonujemy w prawnej rzeczywistości częściowych regulacji: w Ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego dla „psychoterapii jako leczenia”, w tzw. „rozporządzeniu koszykowym” w zakresie świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, w przepisach o specjalizacjach z psychoterapii dzieci i młodzieży (2019) i psychoterapii (2023, wciąż bez zatwierdzonego programu). W tle toczą się (czy się toczą?) prace nad poselskim projektem ustawy o ew. samorządzie psychoterapeutów, w 2024 r. PTPPB przygotowało też we współpracy z legislatorami kompleksowy projekt regulacji psychoterapii jako zawodu medycznego. O tym w jakiej znajdujemy się sytuacji formalno-prawnej, i jakie są możliwe zmiany w tym zakresie będziemy rozmawiać z naszymi ekspertami:

- prof. dr hab. Wiesławem Cubałą, Kierownikiem Kliniki Psychiatrii Dorosłych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, specjalistą psychiatrą, psychoterapeutą i superwizorem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej.
- dr hab. n. praw. Błażem Kmiecikiem, prof. APS, Głównym Koordynatorem do spraw Ochrony Zdrowia Psychicznego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich
- dr Maciejem Bocheńskim z katedry Kryminologii WPIA Uniwersytetu Jagiellońskiego, prawnikiem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej oraz wieloletnim prawnikiem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
- Julią Pankiewicz rezydentką psychiatrii, Wiceprzewodniczącą Regionu Mazowieckiego OZZL oraz reprezentantką Porozumienia Rezydentów OZZL

Dyskusję moderuje Grzegorz Marek, były Sekretarz Zarządu Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej, psycholog i politolog.



## Sesja posterowa

**Karolina Truś, Anna Szewczyk**

*Translacja modelu Stepped Care do praktyki Centrum Zdrowia Psychicznego: doświadczenia z wdrożenia pilotażowej grupy terapeutycznej poznawczo-behawioralnej w leczeniu depresji*

Wytyczne NICE w leczeniu depresji zalecają organizowanie terapii w oparciu o stopniowanie intensywności interwencji, zwiększając ich intensywność adekwatnie do potrzeb pacjenta i skuteczności leczenia. Przykładem jest brytyjski program Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), obecnie NHS Talking Therapies, uruchomiony w 2008 roku.

W oparciu o doświadczenia IAPT i rekomendacje NICE, w Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP) w Białymstoku (SPP ZOZ im. dr St. Deresza w Choroszczycy) rozpoczęto pilotaż grupowej terapii poznawczo-behawioralnej dla osób z depresją. Celem pilotażu było sprawdzenie możliwości adaptacji logiki Stepped Care w praktyce CZP, w tym organizacji sesji, kwalifikacji uczestników oraz monitorowania efektów i satysfakcji z terapii.

Pierwszy etap pilotażu (marzec 2025 – marzec 2026) obejmował cotygodniowe, 2-godzinne sesje w grupie zamkniętej liczącej od 8 do 5 osób. Program integrował klasyczne elementy CBT drugiej fali z komponentami terapii trzeciej fali i był podzielony na trzy moduły podstawowe oraz jeden moduł uzupełniający. Uczestnicy osiągnęli znaczącą redukcję objawów („Reliable improvement”) i/lub ustąpienie objawów („Reliable recovery”) do zakończenia pierwszych trzech modułów lub na etapie drop-out.

Drugi etap rozpoczyna się w kwietniu 2026 roku. Na podstawie doświadczeń z pierwszego etapu wprowadzono modyfikacje w kwalifikacji i organizacji grup, m.in. skrócenie czasu oczekiwania, usprawnienie kwalifikacji pacjentów na różnych etapach opieki CZP oraz realizację grup w trybie pół-otwartym.

Praca przedstawia praktyczne aspekty organizacji grupy w obu etapach, wyniki efektywności i satysfakcji uczestników oraz poglądowo zarys modułów programu terapeutycznego, pokazując możliwości translacji modelu Stepped Care do praktyki w Centrach Zdrowia Psychicznego.

**Justyna Piwińska, Adrianna Aleksandrowicz, Łukasz Gawęda, Martyna Krężotek, Hanna Gelner, Maria Lamarca, Fabrice Berna, Vanessa Acuña, Caroline König, Steffen Moritz, Susana Ochoa**

*Wpływ treningu metapoznawczego i terapii poznawczo-behawioralnej na jakość życia u osób z zaburzeniami ze spektrum schizofrenii: przegląd systematyczny*

Tło: Trening metapoznawczy (MCT) oraz terapia poznawczo-behawioralna (CBT) należą do skutecznych metod wspierających leczenie objawów schizofrenii. Jednak ograniczona jest wiedza na temat ich wpływu na jakość życia (QoL) u osób z zaburzeniami ze spektrum schizofrenii (SSD). Celem przeglądu było porównanie efektów interwencji MCT i CBT w odniesieniu do zmian jakości życia w tej grupie osób.

Metody: Przeanalizowano trzy elektroniczne bazy danych, uwzględniając badania opublikowane do października 2025 roku, które raportowały wyniki dotyczące jakości życia u osób z diagnozą SSD poddanych interwencjom MCT lub CBT. Kryteria włączenia spełniło 38 randomizowanych badań z grupą kontrolną (RCT), w tym osiem badań dotyczących MCT oraz trzydzieści obejmujących interwencje oparte na CBT.

Wyniki: Analiza wyników badań porównujących MCT z warunkami kontrolnymi nie wykazała istotnych statystycznie różnic w wynikach jakości życia, bezpośrednio po zakończeniu interwencji, jak i w pomiarach



po 1 oraz 6 miesiącach. Poprawę jakości życia wykazano w jednym badaniu po zastosowaniu MCT, w którym przeprowadzono trzyletnią obserwację. W przypadku terapii CBT część analiz międzygrupowych wskazała korzystne zmiany. Poprawę jakości życia po zakończeniu terapii stwierdzono w 9 z 26 porównań. Natomiast w badaniach z odroczonym pomiarem efektów (follow-up) zmiany odnotowano w 5 z 19 analiz.

Wnioski: Dane te sugerują umiarkowane wsparcie dla skuteczności interwencji CBT w zakresie poprawy jakości życia u osób z SDD. Wyniki wskazują na potrzebę dalszych badań, w których jakość życia będzie traktowana jako kluczowy wskaźnik efektów terapii, a okres obserwacji zostanie wydłużony w celu uchwycenia możliwych opóźnionych efektów oddziaływań terapeutycznych. Przyszłe badania powinny uwzględnić ocenę najnowszych rozszerzeń programu MCT.

**Hanna Gelner, Maria Lamarca, Claudia Requejo, Adrianna Aleksandrowicz, Adrien Goncalves, Martyna Kreżółek, Justyna Piwińska, Rabea Fischer, Merle Schlechte, Alvaro Cavieres, Vanessa Acuña, Fabrice Berna, Steffen Moritz, Caroline König, Łukasz Gawęda, Susana Ochoa**

***PERMEPSY: Wieloośrodkowe, randomizowane badanie kliniczne potwierdzające skuteczność spersonalizowanego treningu metapoznawczego u osób dorosłych z psychozą. Protokół badania***

Interwencje psychologiczne łagodzą objawy psychozy, jednak tańsze i mniej czasochłonne metody leczenia pozostają ograniczone. Obiecującym kierunkiem podejścia terapeutycznego wydaje się być medycyna spersonalizowana, dostosowująca interwencje do indywidualnych potrzeb pacjentów/ek. Trening metapoznawczy (MCT) jawi się jako narzędzie dobrze dopasowane do spersonalizowanego podejścia terapeutycznego. Celem projektu PERMEPSY (w kierunku spersonalizowanego podejścia medycznego w leczeniu psychozy) było opracowanie zindywidualizowanych interwencji MCT dla osób z psychozą.

PERMEPSY to międzynarodowe badanie, w którym uczestniczy pięciu partnerów klinicznych (Hiszpania, Niemcy, Francja, Polska, Chile). Projekt obejmuje randomizowane badanie kliniczne z grupą kontrolną (RCT), w którym bierze udział 255 osób z objawami psychozy. W ramach badania została opracowana platforma wykorzystująca uczenie maszynowe (ML) do przewidywania wyników klinicznych oraz funkcjonalnych na podstawie danych bazowych uczestników/czek. Następnie uczestnicy/czki zostaną losowo przydzieleni/ni do jednej z dwóch grup badawczych: grupy eksperymentalnej z spersonalizowanymi pracami domowymi (P-MCT) lub kontrolnej z klasycznymi pracami domowymi (MCT). Badanie przeprowadzono zgodnie z procedurą podwójnie ślepej próby.

Zharmonizowana retrospektywna baza danych umożliwiła opracowanie algorytmu predykcyjnego ML zintegrowanego z platformą. Platforma ta zapewni specjalistom/kom niezbędne informacje do realizacji programu P-MCT. Prognozy obejmą m.in. zmiany w zakresie objawów pozytywnych, wglądu, samooceny oraz przestrzegania zaleceń terapeutycznych. W analizach uwzględniono porównania międzygrupowe (P-MCT vs. MCT) dotyczące nasilenia objawów psychotycznych, ogólnej psychopatologii, jakości życia, zniekształceń poznawczych czy poziomu ogólnego funkcjonowania.

Dzięki integracji danych oraz innowacyjnej technologii projekt PERMEPSY odpowiada na potrzebę spersonalizowanego leczenia objawów psychozy. Jego głównym celem jest zmniejszenie obciążenia indywidualnego oraz systemowego oraz wsparcie klinicystów/ek w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych.



## **Agnieszka Ślęzak, Beata Pastwa-Wojciechowska**

### *Regulacja emocji, impulsywność i czynniki stylu życia – jak SOTIPS porządkuje obszary pracy terapeutycznej w CBT*

Pacjenci z zaburzeniami preferencji seksualnych często prezentują istotne deficyty w zakresie regulacji emocji, impulsywności oraz organizacji stylu życia, które stanowią dynamiczne czynniki ryzyka nawrotu zachowań przestępczych. Celem pracy jest przedstawienie, w jaki sposób wybrane obszary skali SOTIPS – „Zarządzanie emocjami”, „Impulsywność”, „Rozwiązywanie problemów”, „Zatrudnienie”, „Zamieszkanie” oraz „Wpływy społeczne” – mogą strukturyzować konceptualizację przypadku w nurcie poznawczo-behawioralnym.

Szczególne uwaga zostanie poświęcona operacjonalizacji zjawiska dysregulacji, rozumianej jako trudność w modulowaniu intensywnych stanów emocjonalnych, tolerowaniu napięcia, odrzucaniu gratyfikacji oraz przewidywaniu konsekwencji zachowań.

Poster zaprezentuje, w jaki sposób dane z SOTIPS wspierają budowanie hipotez klinicznych dotyczących funkcji zachowania seksualnego – czy pełni ono rolę regulacyjną (redukcja napięcia, kompensacja pustki), czy jest przejawem utrwalonych wzorców impulsywności i poszukiwania stymulacji.

Przedstawione zostaną implikacje terapeutyczne obejmujące analizę łańcucha zachowań, trening regulacji emocji, modyfikację stylu życia oraz wzmacnianie zdolności planowania i przewidywania konsekwencji. SOTIPS zostanie ukazany jako narzędzie nie tylko oceny ryzyka, lecz także precyzyjnego różnicowania mechanizmów podtrzymujących trudności, co umożliwi bardziej ukierunkowaną i adekwatną interwencję CBT.”

## **Małgorzata Obara-Gołębiowska**

### *Psychologiczne mechanizmy jedzenia emocjonalnego: rola wczesnych nieadaptacyjnych schematów i regulacji emocji w kontekście BMI, płci i wieku*

Nieprawidłowe zachowania jedzeniowe, takie jak jedzenie emocjonalne czy nawykowe przejadanie się, stanowią istotny czynnik rozwoju nadwagi i otyłości. W modelach poznawczo-behawioralnych coraz większą uwagę zwraca się na rolę wczesnych nieadaptacyjnych schematów oraz trudności w regulacji emocji jako mechanizmów sprzyjających dysregulacji zachowań jedzeniowych.

Celem badania była analiza związków między wczesnymi nieadaptacyjnymi schematami, trudnościami w regulacji emocji a zachowaniami jedzeniowymi oraz sprawdzenie, czy zależności te różnią się w zależności od BMI, płci i wieku.

W badaniu uczestniczyło 1500 dorosłych w wieku 18–65 lat. Zastosowano wystandaryzowane narzędzia psychometryczne: Young Schema Questionnaire (YSQ), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) oraz Questionnaire of Eating-Related Behaviors (QERB). Przeprowadzono analizy MANOVA, analizy wariancji oraz analizę skupień w celu identyfikacji psychologicznych profili uczestników.

Osoby z nadwagą i otyłością uzyskały wyższe wyniki w zakresie wczesnych nieadaptacyjnych schematów, trudności w regulacji emocji oraz zachowań jedzeniowych, szczególnie jedzenia emocjonalnego i nawykowego. Kobiety i młodszy dorośli częściej deklaruowali większą dysregulację emocji i nasilone jedzenie emocjonalne. Analiza skupień pozwoliła wyróżnić cztery profile psychologiczne, w tym grupę wysokiego ryzyka charakteryzującą się silną aktywacją schematów, wysoką dysregulacją emocji oraz podwyższonym BMI. Wyniki wskazują, że schematy poznawcze i regulacja emocji stanowią istotne mechanizmy psychologiczne związane z nieprawidłowymi zachowaniami jedzeniowymi. Uwzględnianie tych czynników w interwencjach CBT oraz terapii schematów może zwiększać skuteczność leczenia nadwagi i otyłości.



## Adam Falewicz, Radosław Rybarski, Małgorzata Szcześniak

### *Deidentyfikacja religijna a wskaźniki dystresu psychologicznego. Mediująca rola sensu życia i negatywnych automatycznych myśli*

Odejście od religii może zarówno wynikać z kryzysu, jak i go wywoływać (Van Tongeren i in., 2025; Hardy i in., 2025). Religia bywa ramą nadawania znaczenia trudnym doświadczeniom, dlatego transformacje identyfikacji religijnej mogą obniżać poczucie sensu życia (Park i in., 2013; Park i Van Tongeren, 2022), co sprzyja nasileniu automatycznych myśli i dystresu (David i Keller, 2025).

Cel: Zbadanie związku między deidentyfikacją religijną a dystresem psychologicznym oraz weryfikacja seryjnej mediacji: obecność sensu życia  $\square$  negatywne myśli automatyczne.

Metoda: Przebadano N=222 osoby (55 mężczyzn),  $M_{\text{wiek}} = 29,5$ ,  $SD = 13,8$ . Zastosowano: WSDR-12 (Falewicz i in., 2025), MLQ-PL (Kossakowska i in., 2013), ATQ-8 (Netemeyer i in., 2002) oraz GHQ-12 (Goldberg, 1972; Makowska i Merecz, 2001). Wykonano korelacje oraz mediację seryjną w PROCESS (model 6) z bootstrappem 5000 i 95% CI (Hayes, 2018).

Wyniki: Deidentyfikacja religijna korelowała dodatnio z negatywnymi automatycznymi myślami ( $r = 0,26^{***}$ ) i dystresem ( $r = 0,17^*$ ) oraz ujemnie z obecnością sensu ( $r = -0,29^{***}$ ). Obecność sensu wiązała się ujemnie z automatycznymi myślami ( $r = -0,57^{***}$ ) i dystresem ( $r = -0,46^{***}$ ), a automatyczne myśli dodatnio z dystresem ( $r = 0,66^{***}$ ). Wykazano istotny efekt pośredni w modelu seryjnym (95% CI [0,0018, 0,0063]), a efekt bezpośredni po uwzględnieniu mediatorów tracił istotność.

Wnioski: Związek deidentyfikacji religijnej z dystresem może przebiegać przez obniżenie sensu życia i w konsekwencji, poprzez wzrost negatywnych myśli automatycznych.

Implikacje praktyczne: W CBT warto uwzględniać zmiany w sferze religijnej w konceptualizacji Pacjenta, łącząc restrukturyzację poznawczą z pracą nad znaczeniem, celami i wartościami (Büssing i in., 2005; Pearce i Koenig, 2016).

## Małgorzata Para, Marta Szastok, Monika Kornacka

### *W poszukiwaniu mechanizmów zmiany w internetowej terapii metapoznawczej: protokół badania*

Randomizowane badania kontrolowane (RCT) oraz ich metaanalizy wskazują na skuteczność terapii metapoznawczej (Metacognitive Therapy, MCT; Wells, 2011) w leczeniu zaburzeń lękowych i afektywnych (Hagen i in., 2017; Knowles i in., 2016). Pomimo rosnącej liczby dowodów dotyczących efektywności tej formy terapii, mechanizmy zmiany odpowiedzialne za obserwowane efekty terapeutyczne są nadal niewystarczająco poznane. Dotychczasowe badania koncentrowały się głównie na skuteczności interwencji, rzadziej analizując procesy prowadzące do redukcji objawów psychopatologii. Szczególnie ograniczona jest wiedza dotycząca mechanizmów zmiany w internetowej wersji terapii metapoznawczej (iMCT), która może zwiększać dostępność oddziaływań psychologicznych, lecz której skuteczność oceniano dotąd w badaniach obarczonych istotnymi ograniczeniami metodologicznymi (Wahlund i in., 2021).

W modelu MCT wyróżnia się pięć kluczowych czynników metapoznawczych: pozytywne i negatywne przekonania dotyczące powtarzalnego negatywnego myślenia (RNT), zaufanie do własnych funkcji poznawczych, potrzebę kontrolowania myśli oraz nadmierne monitorowanie procesów poznawczych. Choć uznawane są one za potencjalne mechanizmy zmiany, ich względne znaczenie pozostaje niejednoznaczne. Celem prezentowanego projektu jest identyfikacja mechanizmów zmiany odpowiadających za efekt terapeutyczny iMCT oraz ocena ich roli w redukcji objawów psychopatologii i procesów związanych z deregulacją emocji. Przedstawiony zostanie protokół planowanego badania RCT z aktywną grupą kontrolną, obejmującego testowanie skuteczności poszczególnych modułów terapeutycznych oraz



zastosowanie wielokrotnych pomiarów dziennych (experience sampling method, ESM). Dane ESM umożliwią przeprowadzenie analiz sieciowych pozwalających na identyfikację najbardziej centralnych mechanizmów zmiany. Projekt przyczyni się do pogłębienia wiedzy na temat procesów odpowiedzialnych za skuteczność iMCT oraz stworzy podstawy dla przyszłych badań wdrożeniowych nad cyfrowymi interwencjami psychologicznymi.

## **Sylwia Michałowska, Magdalena Chęć**

### *Wymiary perfekcjonizmu u młodzieży a zdrowie psychiczne – rola psychoedukacji poznawczo-behawioralnej (CBT)*

Tło/kontekst: Perfekcjonizm w okresie adolescencji może przyjmować formę adaptacyjną lub dezadaptacyjną, co wiąże się z istotnymi konsekwencjami dla zdrowia psychicznego oraz funkcjonowania szkolnego młodzieży.

Cel: Celem badania było określenie zależności między perfekcjonizmem, czynnikami zdrowia psychicznego i regulacją emocji u adolescentów oraz ocena skuteczności interwencji psychoedukacyjnej opartej na CBT.

Metoda: W pierwszym etapie badań (n = 261) analizowano zależności między zmiennymi psychologicznymi. W drugim etapie (n = 115) oceniano efekty psychoedukacji prowadzonej wśród wybranych grup uczniów szkół średnich, dotyczącej perfekcjonizmu i zdrowych nawyków, w porównaniu z grupą kontrolną. Zastosowano: Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego (KPAD), Skalę Depresji, Lęku i Stresu (DASS-21) oraz Skalę Trudności w Regulacji Emocji (DERS).

Wyniki: Dezadaptacyjny perfekcjonizm był dodatnio skorelowany z depresją ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,001$ ), lękiem ( $r = 0,48$ ;  $p < 0,001$ ), stresem ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,001$ ) oraz trudnościami w regulacji emocji ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,001$ ). Perfekcjonizm adaptacyjny wykazywał ujemny związek z deficytami w rozumieniu emocji ( $r = -0,31$ ;  $p < 0,05$ ). Interwencje psychoedukacyjne obniżyły poziom dezadaptacyjnego perfekcjonizmu (różnica średnich =  $-5,7$ ;  $p < 0,05$ ; d Cohena =  $0,62$ ) oraz depresji (różnica średnich =  $-3,2$ ;  $p < 0,05$ ; d Cohena =  $0,38$ ), jednocześnie zwiększając poziom stresu w grupach eksperymentalnych. Nie odnotowano istotnych zmian w zakresie perfekcjonizmu adaptacyjnego ani lęku.

Wnioski: Wyniki wskazują na złożone relacje między perfekcjonizmem, zdrowiem psychicznym i regulacją emocji w adolescencji. Ukierunkowane interwencje mogą redukować dezadaptacyjny perfekcjonizm i jego negatywne konsekwencje.

Implikacje praktyczne: Konieczne są dalsze badania nad długoterminowymi efektami oraz doskonaleniem strategii interwencyjnych.

## **Magdalena Chęć, Sylwia Michałowska**

### *Polska adaptacja i walidacja Zrewidowanego Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-R) w próbie klinicznej i nieklinicznej osób dorosłych*

Tło/kontekst: Wczesne dezadaptacyjne schematy są jednym z podstawowych pojęć w terapii schematów i mają znaczenie transdiagnostyczne – wiążą się z wieloma zaburzeniami psychicznymi. Zrewidowany Kwestionariusz Schematów Younga (YSQ-R) został opracowany jako narzędzie umożliwiające bardziej precyzyjny pomiar tych schematów. Dotychczas brakowało jednak w pełni standaryzowanej polskiej wersji tej wersji kwestionariusza.

Cel: Celem badań była adaptacja YSQ-R do polskich warunków kulturowych oraz ocena jego właściwości psychometrycznych wśród osób z grup klinicznych i nieklinicznych.

Metoda: W badaniu uczestniczyły 353 osoby dorosłe, w tym 175 pacjentów psychiatrycznych oraz 176 osób z populacji ogólnej. Badani wypełnili polską wersję YSQ-R, a także narzędzia do pomiaru objawów psychopatologicznych, cech osobowości oraz dysfunkcyjnych przekonań związanych z zaburzeniami



osobowości. Proces adaptacji obejmował tłumaczenie i retranslację, pilotaż oraz konsultacje eksperckie. Strukturę narzędzia zweryfikowano przy użyciu konfirmacyjnej analizy czynnikowej oraz analiz czynników wyższego rzędu.

Wyniki: Uzyskane wyniki potwierdziły 20-schematową strukturę kwestionariusza i bardzo dobre dopasowanie modelu do danych. Analizy czynników wyższego rzędu wskazały na rozwiązanie trójczynnikowe, przy częściowo odmiennym układzie schematów w próbie pełnej i klinicznej. Podskale YSQ-R charakteryzowały się rzetelnością od satysfakcjonującej do bardzo wysokiej oraz wykazały oczekiwane związki z miarami psychopatologii, cech osobowości i dysfunkcjonalnych przekonań.

Wnioski: Polska wersja YSQ-R stanowi rzetelne i trafne narzędzie do oceny wczesnych dezadaptacyjnych schematów.

Implikacje praktyczne: Kwestionariusz może być wykorzystywany zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych.

## **Ewa Wojtyna, Jan Stasięko**

### ***Mikrogrzy poważne oparte na CBT jako czynnik zwiększający retencję i skuteczność mobilnej interwencji terapeutycznej dla chorych onkologicznie***

Wprowadzenie: Interwencje mobilne mogą stanowić atrakcyjną formę wsparcia terapeutycznego dla osób, które mają ograniczone możliwości korzystania z psychoterapii. Wielokrotnie wykazano skuteczność i bezpieczeństwo takich rozwiązań, jednak podstawowym problemem jest obserwowana niska retencja, będąca jednym ze wskaźników zaangażowania się uczestników w korzystanie z aplikacji. Utrzymanie tego zaangażowania stało się ważnym wyzwaniem dla twórców aplikacji terapeutycznych. Celem badania było sprawdzenie jak wprowadzenie do aplikacji terapeutycznej narracyjnych mikrogrzy poważnych opartych na CBT może poprawić skuteczność aplikacji dla poprawy stanu psychicznego i jak może wpłynąć na poprawę retencji. Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 180 pacjentów z rozpoznaniem nowotworu. Uczestnicy zostali losowo przydzieleni do jednej z trzech grup: 1) grupa korzystająca z aplikacji mobilnej Living Well (przeznaczonej dla pacjentów chorych onkologicznie) + moduł mikrogrzy (LW-SM); 2) grupa korzystająca z aplikacji Living Well (LW); 3) grupa kontrolna (CG). Poziom stresu, depresji i lęku oceniano za pomocą Termometru Dystresu, PHQ-9 i GAD-7 na początku badania oraz po 12 tygodniach. Wyniki: U pacjentów z grup LW-SM i LW zaobserwowano większą poprawę zdrowia psychicznego po 12 tygodniach w porównaniu z grupą CG. W przypadku lęku i stresu, grupa LW-SM również odnotowała największą poprawę w porównaniu z grupą LW. Poprawa zdrowia psychicznego była istotnie związana z zaangażowaniem pacjentów w korzystanie z aplikacji (tj. liczbą ukończonych sesji i ćwiczeń). Wskaźnik retencji był istotnie wyższy w grupie LW-SM niż w grupie LW. Wnioski: Poważne mikrogrzy mogą być cennym sposobem wspierania zdrowia psychicznego pacjentów onkologicznych oraz metodą zwiększającą zaangażowanie pacjentów w terapię – zarówno psychologiczną, jak i onkologiczną.

## **Aleksandra Sobieska, Joanna Kolańska, Paula Błauciak,**

## **Magdalena Ciechanowska-Jagodzińska, Karolina Zarychta**

### ***Zależności między strategiami regulacji emocji a objawami zaburzeń odżywiania w kontekście płci: przegląd systematyczny***

Tło: strategie regulacji emocji (ERS) odgrywają rolę w rozwoju i podtrzymywaniu objawów zaburzeń odżywiania (ED). Wyniki badań dotyczące ich związku z płcią (biologiczną/psychologiczną) oraz różnic międzypłciowych w stosowaniu ERS w kontekście objawów ED pozostają niejednoznaczne. Celem przeglądu było podsumowanie stanu wiedzy na temat zależności między ERS a objawami ED u osób różnej płci oraz



określenie roli płci w tych zależnościach.

Metoda: przeanalizowano bazy danych APA PsycInfo, APA PsycArticles, Academic Search Ultimate, Health Source: Nursing/Academic Edition, MasterFILE Premier oraz MEDLINE z uwzględnieniem badań opublikowanych do 26 września 2024 r. Do przeglądu włączono badania ilościowe, oceniające przynajmniej jedną strategię regulacji emocji oraz objawy ED i obejmujące dorosłych. Wykluczono badania na zwierzętach, prace nieoryginalne, badania obejmujące wyłącznie dzieci lub młodzież, badania jakościowe czy badania w których mierzono regulację emocji jedynie jako ogólny konstrukt. Oceniono ryzyko błędu systematycznego. Po przesiewie 5 394 artykułów (z początkowych 9 627) do analizy włączono 16 badań.

Wyniki: analiza włączonych badań obejmujących 10 974 uczestników wykazała, że zarówno płeć, jak i ERS stanowią predyktory objawów ED, ale dane dotyczące różnic płciowych w stosowaniu ERS są ograniczone ilościowo i niespójne, co nie pozwala na sformułowanie jednoznacznych wniosków.

Wnioski i implikacje praktyczne: Przyszłe badania powinny obejmować analizy porównawcze oraz badać potencjalną mediującą i moderującą rolę zarówno ERS, jak i płci w rozwoju objawów ED. Określenie roli płci dla związków między strategiami regulacji emocji a objawami ED może pomóc w opracowywaniu interwencji profilaktycznych i terapeutycznych i wiązać się z poprawą skuteczności tych interwencji.

## **Dagna Wysocka, Dorota Nowicka**

### *Umysł i ciało – dwie strony tego samego zdrowia. Jak terapia poznawczo-behawioralna łączy się z medycyną stylu życia*

Współczesne podejście do zdrowia coraz częściej podkreśla nierozzerwalny związek między funkcjonowaniem psychicznym a fizycznym. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) oraz medycyna stylu życia (MSŻ) reprezentują dwa komplementarne nurty, których integracja może znacząco zwiększać skuteczność interwencji prozdrowotnych. Celem niniejszego badania było przeanalizowanie aktualnych danych naukowych dotyczących powiązań pomiędzy CBT a MSŻ oraz ocena potencjalnych korzyści wynikających z ich łączenia w praktyce klinicznej.

Metodą badawczą był przegląd literatury. Analizie poddano publikacje naukowe z lat 2000–2025, dotyczące zastosowania CBT w kontekście modyfikacji stylu życia w różnych jednostkach chorobowych, a także zastosowania CBT w modyfikacji czynników ryzyka różnych chorób przewlekłych. Kryteriami włączenia były badania empiryczne, metaanalizy oraz przeglądy systematyczne.

Wyniki pokazują, że CBT skutecznie wspiera filary MSŻ, takie jak zarządzanie stresem, budowanie bliskich relacji, minimalizowanie używania substancji oraz szkodliwych zachowań, zdrowe odżywianie się, jakościowy sen oraz aktywność fizyczna. CBT może stanowić pomocne narzędzie w profilaktyce i leczeniu m.in. otyłości, chorób układu krążenia czy chorób nowotworowych. Interwencje poznawczo-behawioralne sprzyjają zmianie nawyków poprzez modyfikację przekonań, wzmacnianie motywacji i rozwój umiejętności samoregulacji. Z kolei wdrażanie elementów MSŻ wzmacnia efekty terapeutyczne w zaburzeniach takich jak m.in. ADHD, zaburzenia nastroju czy zaburzenia lękowe.

Wnioski wskazują, że integracja terapii poznawczo-behawioralnej i medycyny stylu życia przynosi obustronne korzyści, prowadząc do całościowego podejścia do zdrowia. Połączenie tych nurtów zwiększa skuteczność leczenia, sprzyja długoterminowej profilaktyce oraz wspiera dobrostan psychofizyczny pacjentów. Wyniki uzasadniają potrzebę dalszych badań oraz rozwoju interdyscyplinarnych modeli opieki zdrowotnej.



## Spotkania z autorkami i autorami

W ramach programu konferencji wydawnictwa obecne podczas wydarzenia przygotowały również spotkania z autorkami i autorami książek. Będzie to okazja do rozmowy o najnowszych publikacjach, inspiracjach stojących za ich powstaniem oraz praktycznym znaczeniu prezentowanych treści dla pracy klinicznej, szkoleniowej i naukowej.

*„Poznawczo-behawioralna terapia bezsenności. Podręcznik dla praktyków”* —  
spotkanie autorskie z **Małgorzatą Fornal-Pawłowską i Joanną Salbert**  
wokół książki wydanej przez GWP

Prowadzenie: Przemysław Sikora

*„Neuronieprzejętni. Przewodnik z ćwiczeniami dla młodzieży w spektrum autyzmu”* —  
spotkanie autorskie z **Arturem Wiśniewskim** wokół książki wydanej przez GWP

Prowadzenie: Marta Cieśla

*„Wojny o psychoterapię”* —  
spotkanie z **prof. Przemysławem Bąblem** wokół premiery książki wydanej przez PWN

*„Terapia poznawcza depresji”* —  
rozmowa z **dr Ewą Pragłowską i dr. Wiesławem Cudałą** wokół książki  
wydanej przez WUJ

*„Anoreksja: między obsesją a kontrolą” oraz „Jeszcze tylko kilogram”* —  
spotkanie autorskie z **Dagmarą Pietruszewską** wokół książek  
wydanych przez GWP

Prowadzenie: Karolina Ziegart-Sadowska



# Sekcje PTTPB



Nauka  
Etyka  
Praktyka



SEKCJA TEAM CBT  
Polskiego Towarzystwa Terapii  
Poznawczej i Behawioralnej

## TEAM CBT NOWATORSKA METODA TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

[www.TEAMcbt.pl](http://www.TEAMcbt.pl)

Team CBT to kompleksowy system pracy terapeutycznej, który wyrasta z terapii poznawczo-behawioralnej i wykracza poza jej klasyczny zakres. Stworzony przez prof. Davida Burnsa — psychiatrę, wieloletniego współpracownika prof. Aarona Becka — model skupia się na szybkiej, mierzalnej i głęboko zindywidualizowanej pomocy pacjentowi.

### T - Testowanie

### E - Empatia

### A - Agenda

### M - Metody

Model TEAM CBT opiera się na czterech filarach. **Testowanie** oznacza mierzenie efektów terapii przed i po każdej sesji — dane od pacjenta na bieżąco korygują kierunek pracy. **Empatia** to opanowanie 5 Sekretów Skutecznej Komunikacji, które pozwalają budować silne przymierze terapeutyczne nawet z najbardziej wymagającym pacjentem. **Agenda** polega na ujawnianiu ukrytych motywów oporu: trudne emocje przestają być celem do eliminacji, a stają się sprzymierzeńcem zmiany. **Metody** — ponad 100 technik poznawczo-behawioralnych, z których terapeuta dobiera te właściwe dla konkretnej osoby, szybko przechodząc do kolejnych, aż przyniosą efekt.

Zgodnie z założeniem prof. Burnsa: w TEAM-CBT *nie leczymy lęków ani depresji — leczymy ludzi.*

## DOŁĄCZ DO SEKCJI TEAM CBT PTPPB

Sekcja TEAM CBT PTPPB działa od kilku lat i skupia terapeutów zafascynowanych tym podejściem. Do jej głównych aktywności należą: organizowanie warsztatów i konferencji, spotkania online, badania naukowe, współpraca z prof. Davidem Burnsem i Feeling Good Institute w Kalifornii oraz opracowywanie standardów szkoleniowych. Sekcja prowadzi też działania popularyzujące wybrane elementy TEAM CBT — jak 5 Sekretów Skutecznej Komunikacji — w szerszym środowisku psychologicznym i społecznym.

Jeśli chcesz być częścią tej zaangażowanej i życzliwej wspólnoty terapeutów, aktywnie uczestniczyć w rozwijaniu TEAM CBT w Polsce i mieć dostęp do najnowszych szkoleń w tym modelu — zapraszamy do zapisania się do naszej sekcji!

Wszystkie niezbędne formularze dostępne są na stronie PTPPB w zakładce **Sekcje**.

Kontakt: [sekcja.cbt@pttpb.pl](mailto:sekcja.cbt@pttpb.pl) | Przewodnicząca: **Kamila Grochowska-Kramek**



**SEKCJA DBT**  
Polskiego Towarzystwa Terapii  
Poznawczej i Behavioralnej

**Sekcja Terapii Dialektyczno-Behawioralnej Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej (DBT PTPPB)** została powołana w celu rozwijania, upowszechniania oraz popularyzowania terapii dialektyczno-behawioralnej w Polsce. DBT jest kompleksowym i zintegrowanym modelem terapeutycznym opracowanym z myślą o osobach doświadczających chronicznej dysregulacji emocjonalnej, zachowań samobójczych, autodestrukcyjnych oraz innych zachowań wysokiego ryzyka. Skuteczność DBT została potwierdzona w licznych badaniach naukowych, szczególnie w leczeniu zaburzenia osobowości z pogranicza a także w pracy z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi wymagającymi intensywnego wsparcia psychoterapeutycznego. Terapia DBT stanowi pełny program terapeutyczny obejmujący cztery podstawowe tryby pracy: terapię indywidualną, trening umiejętności DBT, konsultacje telefoniczne (coaching) oraz zespół konsultacyjny terapeutów. Wraz z rozwojem modelu i pogłębianiem rozumienia wpływu relacji społecznych i rodzinnych na funkcjonowanie jednostki, DBT została rozszerzona o dodatkowe formy oddziaływań, takie jak terapia par, wielorodzinny trening umiejętności, program wsparcia Family Connections czy program profilaktyczny DBT STEPS-A skierowany do młodzieży. Rozwijanie kompetencji specjalistów w zakresie prowadzenia pełnych programów DBT stanowi obecnie istotne wyzwanie i potrzebę w kontekście kryzysu zdrowia psychicznego w Polsce.

Działalność Sekcji DBT PTPPB koncentruje się przede wszystkim na edukacji profesjonalistów oraz wspieraniu rozwoju wysokich standardów praktyki klinicznej. Sekcja organizuje webinary i spotkania mające na celu zwiększanie dostępności do rzetelnej wiedzy na temat terapii DBT. Ważnym obszarem działalności Sekcji jest również wspieranie badań naukowych dotyczących skuteczności DBT i innych oddziaływań zgodnych z modelem dialektyczno-behawioralnym. Zależy nam na zwiększaniu dostępności kompleksowych programów terapeutycznych zarówno w publicznej ochronie zdrowia, jak i w sektorze prywatnym. Sekcja wspiera współpracę pomiędzy specjalistami, placówkami klinicznymi i organizacjami działającymi w obszarze zdrowia psychicznego, a także udostępnia materiały wspierające terapeutów w codziennej pracy klinicznej.

Ideą sekcji są również działania na rzecz destygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości oraz ich rodzin i bliskich. Poprzez działalność edukacyjną i społeczną promuje większe zrozumienie trudności związanych z dysregulacją emocji oraz wspiera rozwój programów profilaktycznych i psychoedukacyjnych dla rodzin, opiekunów i środowisk szkolnych. Zrzeszamy członków PTPPB zainteresowanych terapią dialektyczno-behawioralną, zachęcamy do współpracy, wymiany doświadczeń klinicznych i rozwoju środowiska terapeutów DBT w Polsce.

Ideą sekcji są również działania na rzecz destygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości oraz ich rodzin i bliskich. Poprzez działalność edukacyjną i społeczną promuje większe zrozumienie trudności związanych z dysregulacją emocji oraz wspiera rozwój programów profilaktycznych i psychoedukacyjnych dla rodzin, opiekunów i środowisk szkolnych. Zrzeszamy członków PTPPB zainteresowanych terapią dialektyczno-behawioralną, zachęcamy do współpracy, wymiany doświadczeń klinicznych i rozwoju środowiska terapeutów DBT w Polsce.

Ideą sekcji są również działania na rzecz destygmatyzacji osób z zaburzeniami osobowości oraz ich rodzin i bliskich. Poprzez działalność edukacyjną i społeczną promuje większe zrozumienie trudności związanych z dysregulacją emocji oraz wspiera rozwój programów profilaktycznych i psychoedukacyjnych dla rodzin, opiekunów i środowisk szkolnych. Zrzeszamy członków PTPPB zainteresowanych terapią dialektyczno-behawioralną, zachęcamy do współpracy, wymiany doświadczeń klinicznych i rozwoju środowiska terapeutów DBT w Polsce.



SEKCJA DIALOGU MOTYWUJĄCEGO  
Polskiego Towarzystwa Terapii  
Poznawczej i Behawioralnej

## Sekcja Dialogu Motywującego Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej

Dialog motywujący (DM) jest szczególnym sposobem prowadzenia rozmowy, który wydobywa i wzmacnia osobistą motywację rozmówcy do zmiany (tzw. „język zmiany”). Kluczowy dla tego podejścia jest duch DM – „postawa, szczególnie stan umysłu i serca”, z którą specjalista angażuje się w relację pomagania. Wymaga ona otwartości, uważności i empatycznego zrozumienia osoby. Obejmuje powiązane ze sobą elementy: partnerstwo, akceptację, troskę i wzmacnianie. Umiejętności „techniczne” to tzw. „wiosła DM”: pytania otwarte, dowartościowania, odzwierciedlenia i podsumowania oraz podkreślający autonomię styl udzielania informacji. Przebieg rozmowy motywującej opisują tzw. cztery zadania (wcześniej określane jako procesy DM): angażowanie, ukierunkowywanie, wywoływanie i planowanie.

Dialog motywujący jest metodą opartą na dowodach i praktykowaną od lat 80-tych XX wieku. Nieustannie się rozwija – początkowo w terapii uzależnień, obecnie w bardzo wielu obszarach pracy z ludźmi. W roku 2023 ukazała się czwarta edycja podręcznika autorstwa twórców metody - Williama R. Millera i Stephena Rollnicka <sup>1</sup>. W języku polskim dostępne są edycje wcześniejsze (druga z 2002 roku i trzecia z roku 2013). Szereg badań (m.in. Westra i Dozois, 2006, Aviram, Westra, 2011, Westra, Constantino, Antony, 2015, Riper i in., 2014, Miller i Moyers, 2021) wskazuje, że włączenie dialogu motywującego do terapii poznawczo-behawioralnej może poprawiać skuteczność terapii. Umiejętnie poprowadzony dialog motywujący m.in. zwiększa zaangażowania pacjentów w terapię, wzmacnia ich wiarę w możliwość poprawy w wyniku terapii, zwiększa poczucie własnej skuteczności, pomaga przezwyciężyć tzw. „opór”, znacząco zapobiega „wypadaniu” z terapii oraz wydłuża czas utrzymywania się efektów oddziaływań terapeutycznych.

Sekcja Dialogu Motywującego została zawiązana przez członków PTPPB w 2018 r. Jej misją jest m.in. popularyzowanie i włączanie dialogu motywującego do terapii poznawczo-behawioralnej (TPB) w Polsce, wspieranie terapeutów poznawczo-behawioralnych w postępowaniu się tą metodą, wspomaganie inicjatyw służących rozwojowi dialogu motywującego w powiązaniu z terapią poznawczo-behawioralną.

Kontakt z Sekcją Dialogu Motywującego: [knd@pttpb.pl](mailto:knd@pttpb.pl).

Opracowanie: **Beata Kita**, psycholog, psychoterapeutka poznawczo-behawioralna, przewodnicząca Sekcji Dialogu Motywującego PTPPB, członkini Polskiego Stowarzyszenia Dialogu Motywującego oraz Motivational

<sup>1</sup> Miller, W. R., & Rollnick, S. (2023), *Motivational interviewing: Helping people change and grow* (4th ed.). Guilford Press; wyd. polskie (2025) *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie i rozwoju*. WUJ



SEKCJA TERAPII KONTEKSTUALNYCH  
Polskiego Towarzystwa Terapii  
Poznawczej i Behawioralnej

## Sekcja Terapii Kontekstualnych Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej

Sekcja TKB zaczęła swoje działania na początku 2026 roku. Stworzyły ją osoby zainteresowane terapiami z obszaru nauk kontekstualnych: ACT, FAP oraz RFT. Większość naszych obecnych członków i członkiń ma wieloletnie doświadczenie w pracy powyższymi metodami, ale z wielką otwartością witamy także nowe osoby, chcące pogłębiać swoją wiedzę i umiejętności. Każda nowa osoba wnosi kolejną perspektywę, doświadczenie czy pomysł, który może okazać się inspirujący i wart realizacji. Wierzymy, że rozwój środowiska opiera się przede wszystkim na współpracy, wzajemnym wsparciu i wymianie doświadczeń.

Sekcja jest miejscem, gdzie z otwartością dzielimy się wiedzą i praktyką kliniczną. Większość z nas poznała się na szkoleniach i konferencjach dotyczących ACT, dlatego przez lata naturalnie stworzyła się społeczność osób, które chcą rozwijać się razem i wspierać w swojej pracy terapeutycznej. Zapisując się do Sekcji można stać się częścią tej społeczności — miejsca życzliwego, wspierającego i nastawionego na rozwój.

To tutaj dowiesz się, jakie szkolenia są obecnie organizowane, które z nich szczególnie warto rozważyć oraz jak planować własną ścieżkę rozwoju w kierunku biegłości w metodach opartych na naukach kontekstualnych. Chcemy wspólnie tworzyć przestrzeń do uczenia się nie tylko poprzez teorię, ale również poprzez praktykę, dyskusję i wymianę doświadczeń z codziennej pracy terapeutycznej.

W ramach Sekcji przygotowujemy krótkie prelekcje, podczas których omawiamy podobieństwa i różnice pomiędzy poszczególnymi modalnościami terapeutycznymi oraz trenujemy praktyczne umiejętności kliniczne. W planach mamy także grupy interwizyjne prowadzone w modelu ACT, dalsze prelekcje, spotkania tematyczne oraz krótkie warsztaty dla naszych członków i członkiń. Chcemy, aby Sekcja była miejscem aktywnego rozwoju zawodowego, ale również przestrzenią budowania relacji i poczucia wspólnoty wśród osób zainteresowanych podejściami kontekstualnymi.

Sekcja jest przestrzenią, w której z wielką radością witamy oddolne inicjatywy. Jeśli po prostu chcesz dołączyć i się czegoś nauczyć, masz pomysł na grupę samokształceniową, chcesz doświadczyć superwizji w powyższych modelach lub w inny sposób czujesz, że nauki kontekstualne Cię zaciekawiają — to miejsce jest dla Ciebie. Zależy nam na tworzeniu środowiska otwartego zarówno dla osób rozpoczynających swoją drogę, jak i dla doświadczonych specjalistów i specjalistek.

Członkostwo w Sekcji jest darmowe dla wszystkich członków i członkiń PTPPB, którzy i które mają opłacone składki członkowskie.

Zapisać się można, wysyłając maila na adres: [sekcjatk@pttpb.pl](mailto:sekcjatk@pttpb.pl).



SEKCJA TERAPII SCHEMATU  
Polskiego Towarzystwa Terapii  
Poznawczej i Behawioralnej

## Sekcja Terapii Schematu PTTPB

Drogie Osoby Członkowskie PTTPB,

W imieniu Członkiń i Członków-Założycieli zapraszamy Was do aktywnego zaangażowania w działalność Sekcji Terapii Schematu PTTPB (TS-PTTPB)!

W ostatnich latach terapia schematu bardzo dynamicznie rozwija się w Polsce. W PTTPB zrzeszonych jest wiele osób, które praktykują lub szkolą się w tym podejściu. Chcielibyśmy, żeby Sekcja TS-PTTPB była platformą wymiany doświadczeń oraz wzajemnego wsparcia dla Członkiń i Członków PTTPB pracujących klinicznie, badawczo lub dydaktycznie w tym obszarze.

Chcemy realizować inicjatywy, które pomogą nam rozwijać wiedzę i umiejętności w terapii schematu, ale także promować terapię schematu wśród osób szukających profesjonalnej pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. Do tej pory nasi członkowie i członkinie w ramach działań pro bono m.in. wzięli aktywny udział w polskiej edycji World Schema Therapy Days organizowanej przez International Society of Schema Therapy (ISST) oraz opublikowali artykuły i zredagowali specjalny numer czasopisma „Psychologia w Praktyce” poświęcony terapii schematu.

Będziemy też aktywni podczas XI Konferencji PTTPB 2026 w Katowicach i bardzo cieszymy się na spotkanie!

Dziękujemy Komitetom Organizacyjnemu i Naukowemu za zaproszenie naszych członkiń do aktywnego uczestnictwa i możliwość przedstawienia tematyki terapii schematu. Zapraszamy do udziału!

Warsztat przedkonferencyjny:

**Agata Muszyńska**

*Pacjentka odwołała sesję? Co za ulga! Łagodnie, ale wprost - wprost, ale łagodnie.  
Jak mówić pacjentom trudne rzeczy.*

Wykład plenarny:

**Karolina Staniaszek**

*Terapia schematu - jak wykorzystać aktualne wyniki badań naukowych w praktyce?*

Warsztat śródkonferencyjny:

**Żaneta Adamczyk-Siwiek, Ewelina Kazieczko-Gajda**

*Od wiedzy do biegłości - celowa praktyka w Terapii Schematów*

Sesja Q&A

**Agata Muszyńska**

*Terapia schematu: ćwiczenie wyobrażeniowe ze zmianą scenariusza*



Zapraszamy też na pozostałe, bardzo ciekawie zapowiadające się wystąpienia naszych Kolegów i Koleżanek obejmujące tematykę terapii schematu, w tym:

Wykład plenarny:

**Jarosław Michałowski**

*Moc wyobraźni w terapii: mechanizmy i skuteczność wyobraźniowej zmiany wspomnień*

Warsztat śródkonferencyjny:

**Katarzyna Maruszewska**

*Leczenie traum relacyjnych terapią schematów integracja CBT z technikami oświadczeniowymi*

Niezależnie od tego, czy dopiero odkrywacie terapię schematu, czy macie już wieloletnie doświadczenie - zapraszamy do dołączenia do nas! Im więcej nas będzie aktywnie zaangażowanych, tym więcej osiągniemy dla terapii schematu w Polsce i dla osób mogących z niej skorzystać.

Chcesz z nami działać?

**Zgłoś się do sekcji przez poniższy link (lub kod QR):**



[forms.gle/5frYViQus24PgKik6](https://forms.gle/5frYViQus24PgKik6)

Szczegółowe informacje o Sekcji i możliwościach członkostwa znajdziesz na stronie PTPB [www.pttpb.pl](http://www.pttpb.pl) w zakładce **SEKCJE**.

Sekcja Terapii Schematu PTPB powstała w maju 2024 r. na wniosek Członków i Członkiń-Założycieli, decyzją Zarządu PTPB.

Założyciele i Założycielki Sekcji:

**Żaneta Adamczyk-Siwiek, Alicja Balińska, Małgorzata Bielak, Aleksandra Defranc Suchorska, Paweł Górny, Magdalena Kitłowska, Jędrzej Kosewski, Marzenna Kucińska, Przemysław Mućko, Agata Muszyńska, Sylwia Pieńkowska, Karolina Staniaszek (koordynatorka sekcji), Monika Szaniawska, Agnieszka Tousty-Ingielewicz, Marta Żurowska.**

Serdecznie zapraszamy!



# **Supervizja ma znaczenie**



**Nauka  
Etyka  
Praktyka**



## SUPERWIZJA MA ZNACZENIE

„Superwizja ma znaczenie” to jeden z kluczowych projektów rozwojowych Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Jego celem jest wzmacnianie jakości praktyki klinicznej poprzez upowszechnianie kultury regularnej, pogłębionej superwizji. Program tworzy realną przestrzeń do pracy na własnych przypadkach, analizowania trudnych momentów terapeutycznych i konfrontowania decyzji klinicznych z perspektywą doświadczonych superwizorów CBT.

W terapii poznawczo-behawioralnej skuteczność nie opiera się wyłącznie na znajomości protokołów i technik — zależy przede wszystkim od zdolności do elastycznego formułowania problemu, reagowania na proces terapeutyczny i rozpoznawania własnych ograniczeń. Superwizja pełni tu kluczową funkcję: rozwija refleksyjność, koryguje błędy poznawcze terapeuty, wzmacnia trafność konceptualizacji i podnosi standardy etyczne pracy. Jest zarówno narzędziem wsparcia, jak i mechanizmem ciągłego doskonalenia — od etapu szkolenia aż po wieloletnią praktykę kliniczną.

Program realizuje tę misję poprzez bezpłatne superwizje grupowe prowadzone przez certyfikowanych superwizorów PTTPB. Formuła małych grup pozwala uczestnikom pracować na realnym materiale klinicznym, otrzymywać pogłębioną informację zwrotną i korzystać z konstruktywnej, profesjonalnej wymiany.

Podczas Konferencji PTTPB 2026 projekt pojawi się również w formule na żywo. W ramach wydarzenia odbędzie się aż pięć superwizji grupowych prowadzonych przez: dr. Artura Wiśniewskiego, Magdalenę Gąssowską-Schmidt, Adama Elżanowskiego, Natalię Walerowską oraz Ewę Kotarską — to okazja do bezpośredniej pracy z doświadczonymi superwizorami w samym sercu konferencyjnego programu.

„Superwizja ma znaczenie” działa jednak przez cały rok. Aktualne terminy i szczegóły kolejnych spotkań publikowane są na stronie [pttpb.pl](http://pttpb.pl) (zakładka „Superwizje”) oraz w mediach społecznościowych Towarzystwa.

Do współtworzenia programu zapraszamy również superwizorów i superwizorki PTTPB — projekt rozwija się dzięki zaangażowaniu całego środowiska i jest wspólną pracą na rzecz podnoszenia standardów terapii poznawczo-behawioralnej w Polsce.



# Podcast



Nauka  
Etyka  
Praktyka



## Seria podcastów „PODAJ DALEJ – WIEDZA MA ZNACZENIE”

„PODAJ DALEJ – WIEDZA MA ZNACZENIE” to flagowy projekt PTPB, realizujący misję upowszechniania rzetelnej i praktycznej wiedzy o terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) oraz zagadnieniach zdrowia psychicznego. Podcast tworzony jest z myślą o psychoterapeutach i praktykach, a także o wszystkich zainteresowanych pogłębianiem rozumienia procesów terapeutycznych i psychologicznych.

Dostępny na YouTube, Spotify i Apple Podcasts, stanowi regularne źródło inspiracji, merytorycznych rozmów i praktycznych wskazówek wspierających rozwój zawodowy oraz świadomość kliniczną.

### Co zyskujesz, słuchając tej serii?

- Aktualne perspektywy praktyków i ekspertów CBT — jak podejścia poznawczo-behawioralne działają tu i teraz w pracy klinicznej.
- Praktyczne narzędzia i strategie terapeutyczne, gotowe do zastosowania od razu po odsłuchaniu.
- Refleksje nad wyzwaniami współczesnej praktyki — od standardów etycznych w dobie nowych technologii po rolę superwizji w rozwoju terapeuty.
- Inspirujące case studies i wyniki badań, które pomagają lepiej rozumieć warunki skutecznej terapii opartej na dowodach.

### Tematyka najnowszych odcinków

Odcinki obejmują szerokie spektrum zagadnień klinicznych i koncepcyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych wyzwań praktyki CBT:

- **AI w pracy terapeuty – szansa czy zagrożenie?** Rozmowa o odpowiedzialnym wykorzystaniu sztucznej inteligencji w psychoterapii: gdzie przebiegają granice etyczne, jakie ryzyka niesie integracja AI z pracą kliniczną — i jakie realne korzyści można z niej czerpać.
- **Self-Practice / Self-Reflection – rozwój terapeuty od środka.** Jak osobiste doświadczenie technik CBT przekłada się na elastyczność, empatię i skuteczność interwencji? Jak świadomie rozwijać kompetencje, zamiast jedynie gromadzić wiedzę?
- **Superwizja jako fundament jakości terapii.** O tym, dlaczego regularna superwizja jest nie dodatkiem, lecz podstawowym narzędziem utrzymywania standardów — i o odwadze konfrontowania własnych błędów i ślepych punktów.

### Jak podcast wspiera twoją praktykę?

Każdy odcinek łączy solidne podstawy naukowe z konkretnymi implikacjami klinicznymi. Słuchając, możesz wzmacniać swoje kompetencje terapeutyczne, krytycznie analizować własne podejścia, poszerzać warsztat o nowe techniki i konteksty oraz swobodnie rozmawiać o trudnościach typowych dla współczesnej praktyki.

### Gdzie odsłuchać odcinki?

Podcast dostępny jest na wszystkich głównych platformach: YouTube (pełne odcinki wideo i audio), Spotify oraz Apple Podcasts.

„PODAJ DALEJ – WIEDZA MA ZNACZENIE” to aktualne, wartościowe i inspirujące kompendium wiedzy o CBT — dla każdego, kto chce świadomie rozwijać swój warsztat kliniczny i nadążać za zmieniającą się rzeczywistością terapeutyczną.



# **Konkurs eseistyczny PTPPB**



**Nauka  
Etyka  
Praktyka**



## Nagrodzone eseje

Poniżej prezentujemy zbiór wybranych esejów nadesłanych w ramach konkursu towarzyszącego XI Konferencji PTPPB „Nauka, Etyka, Praktyka. Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu pacjentów na przestrzeni życia”. Prace te odzwierciedlają wysoki poziom merytoryczny oraz aktualność podejmowanych zagadnień, łącząc refleksję teoretyczną z doświadczeniem klinicznym. Szczególnie wyraźnie zaznaczają się w nich wątki związane z wykorzystaniem sztucznej inteligencji w psychoterapii oraz integracją podejść terapeutycznych.

Współczesna psychoterapia poznawczo-behawioralna znajduje się dziś w punkcie intensywnej przemiany. Z jednej strony pozostaje podejściem opartym na dowodach, strukturze i konceptualizacji, z drugiej - coraz wyraźniej otwiera się na złożoność ludzkiego doświadczenia, niepewność, relację oraz kontekst społeczny i technologiczny. Teksty zgromadzone w niniejszej książce abstraktów pokazują CBT jako nurt żywy, krytyczny wobec własnych ograniczeń i gotowy do redefinicji swojej roli we współczesnym świecie.

Autorzy podejmują pytania o granice rozumienia i interpretacji, o miejsce empatii wobec cierpienia, którego nie można „naprawić”, a także o to, jak zmienia się relacja terapeutyczna w epoce algorytmów, mediów społecznościowych i sztucznej inteligencji. Obok refleksji nad skutecznością interwencji pojawia się namysł nad odpowiedzialnością terapeuty, jego zdolnością do tolerowania niepewności oraz odwagą pozostawiania w dialogu bez przedwczesnych odpowiedzi.

Szczególnie wyraźnie wybrzmiewa napięcie między tym, co techniczne i proceduralne, a tym, co ludzkie i relacyjne. Nagrodzone eseje przypominają, że choć AI może wspierać proces poznawczy, generować pytania czy rozpoznawać wzorce, nie zastąpi zdolności terapeuty do obecności, epistemicznej pokory i współtworzenia znaczeń. Jednocześnie rozwój świata cyfrowego stawia przed CBT nowe wyzwania etyczne - od wpływu relacji paraspołecznych po konieczność redefinicji granic profesjonalnej tożsamości terapeuty.

Publikacja ta jest więc nie tylko przeglądem aktualnych tematów klinicznych i naukowych, ale również zaproszeniem do refleksji nad przyszłością psychoterapii. Pokazuje CBT jako dynamiczny paradygmat, który nie traci swojej naukowej rzetelności, a jednocześnie coraz mocniej dostrzega indywidualność człowieka, kontekst jego doświadczeń i potrzebę integracji różnych perspektyw. W świecie przyspieszających zmian to właśnie ta zdolność do łączenia wiedzy z uważnością na człowieka może okazać się najważniejszą kompetencją psychoterapii przyszłości.

Do konkursu nadesłano łącznie 35 prac. Kapituła – w składzie: dr Anna Englert-Bartor, Magdalena Czernek-Malik oraz Kamila Grochowska-Kramek – stała przed nietrywialnym zadaniem wyłonienia laureatów spośród licznych zgłoszeń reprezentujących wysoki poziom merytoryczny. Wyjątkowa jakość nadesłanych tekstów sprawiła, że Kapituła zdecydowała się nie tylko wyłonić trzy prace nagrodzone, lecz również przyznać dodatkowe wyróżnienia autorom, których eseje wyróżniały się oryginalnością ujęcia lub szczególną wartością kliniczną.

W imieniu Kapituły Konkursu zachęcamy do lektury prezentowanych tekstów, które ukazują różnorodność perspektyw i stanowią istotny wkład w rozwój współczesnej debaty nad kierunkami ewolucji terapii poznawczo-behawioralnej.

## Miejsce I

**Marta Bilińska**

*Mój terapeuta z Instagrama. Relacja paraspołeczna jako nowe wyzwanie dla etyki i praktyki CBT.*

Pacjent siada w fotelu i zanim przejdziemy do agendy spotkania, rzuca: „widziałem Pani rolę o wyznaczeniu granic i relację z weekendu. Zazdroszczę takiego spokoju”. W ułamku sekundy klasyczne przymierze terapeutyczne zderza się z nowym, nieopisanym w kodeksach etycznych zjawiskiem: relacją paraspołeczną. Jest to jednostronna więź psychologiczna, w której pacjent – na podstawie treści w social mediach angażuje się emocjonalnie, budując złudne poczucie głębokiej przyjacielskiej więzi z terapeutą (Hoffner i Bond, 2022). Nie ulega wątpliwości, że obecność psychoterapeutów w mediach społecznościowych przyniosła ogromne korzyści. Rzetelna psychoedukacja stała się powszechnie dostępna, co przyczyniło się do destygmatyzacji zaburzeń psychicznych i zachęciło wiele osób do sięgnięcia po pomoc. Jednak psychoterapeuci coraz częściej podążając za bezlitosnymi wymogami algorytmów, stają się „niewolnikami zasięgów”. Technika samoujawniania (self-disclosure), która w gabinecie powinna być precyzyjnym narzędziem klinicznym służącym wyłącznie procesowi pacjenta, w sieci zmienia się w niekontrolowany oversharing. Takie masowe samoujawnianie się prowadzi do zatarcia granic (boundary blurring), co może stanowić jedno z współczesnych zagrożeń dla skuteczności leczenia (Kolmes, 2012). Skutki tego zjawiska niepostrzeżenie zmieniają architekturę procesu terapeutycznego. Nawet jeśli terapeuta w social mediach odrzuca wizerunek idealnego eksperta i w dobrej wierze normalizuje własne trudności czy gorsze dni, gabinet przestaje być neutralną przestrzenią. Pacjent, znając np. osobiste zmagania klinicysty, może zacząć nieświadomie go chronić – cenzurować własne trudne emocje, by „nie obciążać” swojego terapeuty. Nawet jeśli wcześniejsze poznanie terapeuty w sieci ułatwia pacjentowi dobór specjalisty i przyspiesza budowanie zaufania, odbywa się to kosztem fundamentalnej asymetrii relacji terapeutycznej – a właśnie ta asymetria jest w CBT warunkiem skutecznej terapii.

Zjawisko to niesie ze sobą jeszcze jedno ryzyko: pułapkę wirtualnych relacji wielorakich (multiple relationships). Jak zauważa Zur (2016), gdy terapeuta staje się internetowym twórcą, może nieświadomie wejść z pacjentem w nową, równoległą relację. Pacjent, konsumując ogólne treści z profilu klinicysty, bywa skłonny traktować je jako porady skierowane bezpośrednio do niego – co w ramach CBT można rozumieć jako aktywizację schematów poznawczych dotyczących zależności lub idealizacji. Taka dynamika może komplikować proces diagnozy i terapii, gdyż zostaje on obciążony pop-psychologicznymi uproszczeniami, z którymi pacjent zdążył się już bezkrytycznie utożsamić.

Tymczasem klasyczne zasady etyczne naszej profesji, pisane w dużej mierze w erze analogowej, pozostają bezradne wobec tych cyfrowych wyzwań, tak jak zagubieni pozostają terapeuci, którzy nie do końca wiedzą, gdzie zaczyna się i kończy etyczna granica ich działań w social mediach. Pojawia się zatem potrzeba nie tylko „cyfrowego aneksu” do kodeksu etyki, ale także praktycznych standardów: jak zarządzać samoujawnianiem i superwizyjnie monitorować wpływ obecności terapeuty w social mediach na przymierze i proces terapii. Jeśli terapia CBT ma pozostać podejściem opartym na dowodach, powinna objąć refleksją również nowe konteksty związane z relacją terapeutyczną w dobie działalności internetowej terapeutów.

### Bibliografia

- Hoffner, C. A., & Bond, B. J. (2022). Parasocial relationships, social media, & well-being. *Current opinion in psychology*, 45, 101306.
- Kolmes, K. (2012). Social media in the future of professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 606.
- Zur, O. (Ed.). (2016). *Multiple relationships in psychotherapy and counseling: Unavoidable, common, and mandatory dual relations in therapy*. Taylor & Francis.



## Miejsce II

**Karolina Szot**

*Nie wszystko jest do terapii – granice konceptualizacji w CBT w obliczu realnego cierpienia*

Psychoterapia poznawczo-behawioralna opiera się na rozumieniu – formułowaniu hipotez, budowaniu konceptualizacji i identyfikowaniu mechanizmów podtrzymujących trudności. Jest to jedna z jej największych sił. Jednocześnie właśnie w tym miejscu pojawia się ryzyko: przekroczenie granicy między rozumieniem a nadinterpretacją. Nie każde ludzkie doświadczenie wymaga konceptualizacji. W pracy klinicznej spotykamy sytuacje graniczne: ciężką chorobę, zagrożenie życia, stratę, decyzje egzystencjalne. W takich momentach reakcje emocjonalne – lęk, rozpacz, ambiwalencja – są adekwatne do sytuacji. Próba ich szybkiego „porządkowania” poprzez odwołania do schematów czy struktury osobowości może prowadzić do zredukowania realnego cierpienia do konstruktu teoretycznego. Konceptualizacja w CBT ma charakter hipotezy, nie prawdy. Wymaga więc nie tylko wiedzy, ale także powściągliwości. W praktyce klinicznej można zaobserwować momenty, w których intensywność doświadczenia pacjenta uruchamia u terapeuty potrzebę „rozumienia za wszelką cenę”. Nadawanie znaczeń staje się wtedy formą regulacji napięcia terapeuty, a nie odpowiedzią na potrzeby pacjenta. Ryzyko nadinterpretacji ma również wymiar etyczny. Wprowadzanie hipotez dotyczących psychopatologii w sytuacjach, które są przede wszystkim doświadczeniem egzystencjalnym, może prowadzić do patologizowania reakcji normatywnych i odbierać pacjentowi prawo do przeżywania sytuacji w jej rzeczywistym wymiarze. Dojrzała praktyka CBT zakłada nie tylko umiejętność formułowania konceptualizacji, ale także zdolność do jej odrzucania. Są sytuacje, w których podstawową interwencją nie jest zmiana poznawcza, lecz obecność, walidacja i regulacja emocjonalna. Empatia nie jest wówczas wstępem do pracy terapeutycznej – jest jej właściwą formą. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera pytanie: nie tylko „co mogę zrozumieć?”, ale „czy powinienem to teraz rozumieć – i dla kogo to robię?”. Taka perspektywa pozwala zachować równowagę między naukowym podejściem CBT a szacunkiem dla złożoności ludzkiego doświadczenia. Psychoterapia nie polega wyłącznie na zmianie. Czasem jej zadaniem jest towarzyszenie w sytuacji, której nie można zmienić. Rozpoznanie tej granicy nie osłabia CBT – przeciwnie, stanowi o jej dojrzałości.

**Bibliografia:**

- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4), 283–290.

## Miejsce III

**Marzena Gmiterek**

*Odwaga nie-wiedzenia jako kompetencja przyszłości terapeuty:  
dialog sokratejski w erze AI*

Jakie kompetencje pozostaną po stronie terapeuty, gdy struktura dialogu sokratejskiego stała się zautomatyzowana? Generowanie pytań, identyfikacja przekonań, testowanie ich logiczności i użyteczności czy proponowanie alternatywnych interpretacji - to, co stanowiło rdzeń pracy terapeuty poznawczo-behavioralnego, może być dziś wspierane przez systemy sztucznej inteligencji. W tym kontekście kluczowe pytanie nie brzmi już, czy AI potrafi prowadzić dialog, lecz czego nie da się w nim zautomatyzować. Rozwój CBT opierał się na ambicji nomotetycznej - identyfikowaniu ogólnych mechanizmów odpowiedzialnych za powstawanie i podtrzymywanie cierpienia pacjenta. Dialog sokratejski funkcjonował jako narzędzie współpracy empirycznej: służył testowaniu hipotez i modyfikowaniu przekonań. Współczesna praktyka coraz wyraźniej ujawnia jednak ograniczenia wyłącznie takiego podejścia. Pacjent nie jest jedynie nośnikiem zniekształceń poznawczych, lecz autorem niepowtarzalnej historii znaczeń. W odpowiedzi na tę złożoność CBT przesuwa się w kierunku idiograficznym: personalizacji interwencji, procesowego rozumienia zmiany i większej wrażliwości na kontekst relacyjny. Dialog sokratejski przestaje być techniką, a staje się relacyjnym procesem wspólnego dochodzenia do znaczeń. Jego istotą nie jest już tylko korekta poznawcza, lecz eksploracja tego, co organizuje doświadczenie konkretnej osoby. Sztuczna inteligencja wzmacnia jednak wymiar nomotetyczny tego procesu. Algorytmy potrafią rozpoznawać wzorce poznawcze, generować poprawne pytania i prowadzić użytkownika przez ustrukturyzowaną restrukturyzację. Nie posiadają jednak zdolności do doświadczenia niepewności. Nie „nie wiedzą”. Tym samym ujawniają granicę między dialogiem jako procedurą a dialogiem jako postawą poznawczą. W tym miejscu wyłania się kluczowa kompetencja przyszłości terapeuty. Nie-wiedzenie nie jest brakiem wiedzy, lecz zdolnością do jej regulowania - świadomego zawieszania przedwczesnej pewności. Pozwala ono utrzymać dialog jako przestrzeń eksploracji, a nie weryfikacji wcześniej przyjętej hipotezy. Bez tej zdolności pytania łatwo stają się narzędziem potwierdzania modelu zamiast badania doświadczenia.

Konsekwencje dla szkolenia terapeutów są zasadnicze. Rozwijanie dialogu sokratejskiego nie może ograniczać się do nauki poprawnych sekwencji pytań. Wymaga treningu metapoznawczej regulacji wiedzy jako kompetencji przyszłości: opóźniania interpretacji, generowania alternatywnych hipotez oraz tolerowania niejednoznaczności. Oznacza to także rozwijanie epistemicznej pokory - zdolności do werbalizowania wątpliwości i pozostawiania w dialogu bez przymusu natychmiastowego domknięcia znaczeń. W praktyce: „wiem wiele, ale w tej relacji wstrzymuję się od przedwczesnych wniosków”. Superwizja powinna zatem obejmować nie tylko trafność interwencji, lecz również analizę jakości pytań i sposobu, w jaki terapeuta posługuje się własną pewnością. W świecie, w którym algorytmy coraz sprawniej operują wiedzą, przewagą terapeuty nie będzie jej ilość, lecz sposób jej użycia. AI może przejąć to, co nomotetyczne. Od terapeuty zależy, czy ocali to, co idiograficzne. Dopiero wtedy, gdy wiedza dostarcza mapy, a nie-wiedzenie pozwala badać teren, dialog sokratejski zachowuje swoją naukową rzetelność i kliniczną głębię.

### Bibliografia

- Beck, A. T. (2012). *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe* (wyd. 2). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Held, P., Pridgen, S. A., Chen, Y., Akhtar, Z., Amin, D., & Pohorence, S. (2024). A novel cognitive behavioral therapy-based generative AI tool (Socrates 2.0) to facilitate Socratic dialogue: Protocol for a mixed methods feasibility study. *JMIR Research Protocols*, 13, e58195.
- Miner, A. S., Milstein, A., & Hancock, J. T. (2017). Talking to machines about personal mental health problems. *JAMA*, 318(13), 1217-1218.
- Popiel, A., & Pragłowska, E. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behavioralna* (wyd. 2). Wydawnictwo Naukowe PWN.



## Wyróżnienie I

### Katarzyna Fundament

#### *ABC na akacji*

Rzecz dzieje się kilka lat temu. A jakby dziś. Pacjentka, z którą pracuję od około miesiąca siedzi naprzeciw mnie, skupiona na frędzlach od szalika i nerwowo zawija je wokół palca. Wygląda na podtamaną, ale chwilami jej refleksyjność i dystans dają nadzieję na zamianę oraz motywują do pracy. Z pewną autoironią opowiada mi o tym, co zazwyczaj przeżywa, kiedy mąż nie odbiera telefonu, wracając z delegacji. Wtedy przypomina mi się wiersz Juliana Tuwima „Spóźniony słowik”. Przez chwilę zastanawiam się, czy to dobry moment na podzielenie się skojarzeniem, jednak robię to. Pacjentka podnosi wzrok znad szalika, uśmiecha się i odpowiada, że zna wierszyk. Szperamy w telefonach, w poszukiwaniu jego treści i z rozrzewnieniem go sobie czytamy. – To o mnie, dokładnie o mnie! – stwierdza pacjentka. Na tablicy przed nami znajduje się model ABC Alberta Ellisa, bo to akurat etap psychoedukacji. Treść jakoś sama wpisuje się w ten schemat. Mam nadzieję, że poeta nie miałby nam za złe, wiedząc, że w ten sposób bawimy się jego dziełem.

Zaczyna się od C (consequences - konsekwencje):

„Płacze pani Słowikowa w gniazdku na akacji,”

Potem jest A (activating event – sytuacja wyzwalająca):

„Bo pan Słowik przed dziewiątą miał być na kolacji,

Tak się godzin wyznaczonych pilnie zawsze trzyma,

A tu już po jedenastej - i słowika nie ma!

Wszystko stygnie: zupka z muszek na wieczornej rosie,

Sześć komarów nadziewanych w konwaliowym sosie,

Motyl z różną, przyprawiony gęstym cieniem z lasku,

A na deser - tort z wietrzyka w księżycowym blasku.”

Następnie B (beliefs - myśli i przekonania pani Słowikowej):

„Może mu się co zdarzyło? Może go napadli?

Szare piórka oskubali, srebrny głosik skradli?

To przez zazdrość! To skowronek z bandą skowroniątek!

Piórka - głupstwo, bo odrosną, ale głos - majątek!”

I znów powrót do A:

„Nagle zjawia się pan Słowik, poświstuje, skacze...

‘Gdzieś ty latał? Gdzieś ty fruwał? Przecież ja tu płaczę!’

A pan Słowik słodko ćwierka: ‘wybacz, moje złoto,

Ale wieczór taki piękny, że szedłem piechotą!’ ”

Pacjentka opowiada mi, że niedawno pomagała córce w zadaniu domowym z języka polskiego, związanym z tym wierszem. W podręczniku zapisano polecenie: Opisz pana Słowika, używając słów: lekkomyślny, niepunktualny, niegodny zaufania, lekkoduch. Zastanawiamy się razem, czy autorem książki mógł być mężczyzna, czy kobieta. Po wymianie podobnych wniosków w tym temacie, z lekkim rozbawieniem kończymy tę sesję. W drodze do domu zastanawiałam się, jak inaczej mogłoby wyglądać polecenie do tego zadania. Na przykład tak: Opisz panią Słowikową używając słów: patologiczne zamartwianie, fuzja myśli i działania, lęk uogólniony. Wieczorem wymyślam inną wersję tego samego wiersza, a ponieważ tego dnia widzę wszystko przez pryzmat modelu ABC, przyjmuje on taką formę:

C: Złości się dziś słowikowa w gniazdku na akacji



A pozostaje niezmiennie od słów: „Bo Pan Słowik przed dziewiątą miał być na kolacji” aż do:  
„a na deser tort z wietrzyka w księżycowym blasku”

B: Może znów mu coś odbiło, za grosz nie ma skruchy

Siedzi znów u Skowronkowej, wcina tłuste muchy

A to łajdak, to niewdzięcznik i już mnie nie kocha

Popamięta raz na zawsze jak mu strzelę focha”

A: Nagle zjawia się pan Słowik, poświstuje, skacze...

‘Gdzieś ty latał? Gdzieś ty fruwał? Tego nie wybaczę!’

Opieram się pokusie szerszej konceptualizacji problemu Słowikowej, ale przychodzi

do mnie jeszcze jedna wersja tego samego wierszyka:

C: Smutna pani Słowikowa w gniazdku na akacji

A pozostaje niezmiennie od słów: „Bo Pan Słowik przed dziewiątą miał być na kolacji” aż do:

„a na deser tort z wietrzyka w księżycowym blasku”

B: Chyba jestem nic niewarta, jasna to przyczyna

Skoro słowik w czas nie wraca – to jest moja wina,

Bo kolacja, choć z przepisów różnych skorzystałam

Jest niesmaczna, więc na pewno znowu dałam cięta!

A: Nagle zjawia się pan słowik, skacze, poświstuje

B: ‘Może lepiej nic już nie mów, przecież ja to czuję...’

I znów pojawia się hipoteza diagnostyczna, bo przecież to zniekształcenie poznawcze charakterystyczne dla.... - Nie wariuj - mówię cicho sama do siebie. Tego dnia o zmierzchu siadam na balkonie i wpatrując się w światła mieszkań w bloku naprzeciwko, długo myślę o treściach zadań w podręcznikach szkolnych. Patrzę na stopniowo gasnące światła w tych „gniazdkach”, wyobrażając sobie ile kłębi się w nich myśli i różnych interpretacji zamodelowanych przez autorytety.

Narracje Słowikowej gniazdku na akacji można by mnożyć, jednak na tym kończę i chowam wierszyki głęboko do szuflady. Z perspektywy czasu żałuję jednak, że w przypiływie lekkiego zawstydzenia własną zabawą oraz - co tu kryć - zafiksowania na protokole terapeutycznym, nie podzieliłam się nimi z pacjentką. Może mogłoby to pomóc jej jeszcze lepiej uświadomić sobie wagę własnych przekonań.

## Wyróżnienie II

**Kamila Stefanik**

*Między protokołem a relacją: o kompetencjach terapeuty CBT w pracy z osobami z zaburzeniami osobowości (Perspektywa kliniczna i superwizyjna)*

W świecie, który coraz częściej oferuje szybkie rozwiązania, psychoterapia pozostaje jedną z niewielu przestrzeni wymagających cierpliwości, refleksji i gotowości do wspólnego przeżywania trudnych doświadczeń. Współczesna kultura technologiczna wzmacnia oczekiwanie natychmiastowej poprawy, podczas gdy zmiana osobowościowa ma charakter powolny, relacyjny i nielinearny (Hayes, Strosahl, Wilson, 2012; Young, Klosko, Weishaar, 2003).

Intensywne korzystanie z mediów społecznościowych wiąże się z obniżonym dobrostanem psychicznym oraz wyższym poziomem objawów depresyjnych i lękowych (Twenge Campbell, 2018). Zjawisko FOMO wiąże się natomiast z większą podatnością na porównania społeczne, obniżoną samooceną oraz zwiększonym napięciem emocjonalnym (Przybylski i in. 2013). Z kolei phubbing, czyli ignorowanie osoby obecnej fizycznie na rzecz korzystania z telefonu, wiąże się z niższą satysfakcją z relacji oraz większym poczuciem odrzucenia (Roberts, David, 2016). W konsekwencji do psychoterapii coraz częściej trafiają pacjenci z trudnościami relacyjnymi, niestabilnością emocjonalną oraz problemami w obszarze tożsamości i poczucia własnej wartości — trudnościami o charakterze bardziej strukturalnym niż objawowym (Beck, Davis, Freeman, 2015; Young i in. 2003).

### Zmiana profilu pacjenta

Szkolenia CBT tradycyjnie koncentrują się na pracy z zaburzeniami osi I. W praktyce klinicznej coraz częściej spotykamy jednak pacjentów z przewlekłymi trudnościami interpersonalnymi, regulacją emocji oraz sztywnymi strategiami radzenia sobie. Oznacza to pracę na poziomie schematów i przekonań podstawowych, a nie jedynie redukcji objawów (Young i in. 2003). Judith Beck podkreśla, że w pracy z bardziej złożonymi przypadkami standardowe protokoły terapeutyczne wymagają elastyczności i modyfikacji, a terapeuta musi wyjść poza schemat technicznego stosowania procedur (Beck, 2020). Współczesna CBT coraz częściej przesuwa się więc od pracy protokołowej do pracy procesowej i relacyjnej.

### Perspektywa superwizora

Z perspektywy superwizyjnej wyraźnie widoczna jest zmiana trudności zgłaszanych przez młodych terapeutów. Początkujący terapeuci rzadziej zgłaszają trudności techniczne, a częściej opisują poczucie niepewności w relacji terapeutycznej, trudności w tolerowaniu wolnego tempa pracy oraz obciążenie emocjonalne związane z pracą z pacjentami o złożonej strukturze osobowości. Ta grupa pacjentów częściej aktywizują reakcje emocjonalne terapeuty, prowadzą do okresowych impasów terapeutycznych i wymagają większej stabilności i cierpliwości ze strony terapeuty (Skodol, 2019). W takich sytuacjach sama znajomość technik terapeutycznych okazuje się niewystarczająca, a kluczowe stają się kompetencje relacyjne oraz refleksyjność terapeuty (Leahy, 2008, Beck 2005). Christine Padesky podkreśla, że skuteczna terapia poznawczo-behawioralna wymaga od terapeuty elastyczności, ciekawości oraz gotowości do wspólnego odkrywania doświadczeń pacjenta, a nie jedynie stosowania gotowych protokołów terapeutycznych (Padesky, Mooney, 2012).

W praktyce superwizyjnej obserwuje się rosnącą potrzebę rozwijania zdolności terapeutów do znoszenia dyskomfortu emocjonalnego, pracy z niepewnością oraz utrzymywania stabilnej relacji terapeutycznej mimo wolnego tempa zmiany. Kompetencje te stają się szczególnie istotne w pracy z zaburzeniami osobowości, gdzie relacja terapeutyczna stanowi jeden z głównych mechanizmów zmiany (Arntz & Jacob, 2013).



W kontekście współczesnej kultury technologicznej, w której wiele problemów rozwiązuje się za pomocą szybkich narzędzi i algorytmów, praca terapeutyczna może dodatkowo wymagać szczególnej cierpliwości oraz gotowości do długotrwałego towarzyszenia pacjentowi w procesie zmiany. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera rozwój kompetencji self-practice i self-reflection. Podejście to zakłada, że terapeuta rozwija swoje kompetencje poprzez refleksję nad własnymi reakcjami emocjonalnymi oraz stosowanie technik CBT wobec własnych doświadczeń (Bennett-Levy, 2006). Badania wskazują, że rozwijanie refleksyjności terapeuty zwiększa elastyczność terapeutyczną, poprawia zdolność do pracy z trudnymi emocjami oraz sprzyja budowaniu stabilnej relacji terapeutycznej (Bennett-Levy, Thwaites, 2007). Kompetencje te są szczególnie istotne w pracy z pacjentami o złożonej strukturze osobowości.

## Wnioski

Zmieniający się kontekst społeczny i kliniczny wskazuje, że współczesny terapeuta CBT potrzebuje nie tylko znajomości protokołów terapeutycznych, lecz także kompetencji relacyjnych, refleksyjności oraz zdolności do tolerowania niepewności. Powstaje więc pytanie: czy współczesne szkolenia CBT przygotowują terapeutów do pracy, w której zmiana wymaga czasu, relacja bywa trudna, a proces terapeutyczny nie zawsze prowadzi do szybkiej poprawy? Być może przyszłość CBT będzie należeć do terapeutów, którzy potrafią pracować nie tylko między technikami, lecz także pozostawać w relacji i tolerować niepewność procesu, będąc gotowymi do wspólnego przeżywania trudnych doświadczeń wraz z pacjentem.

## Literatura:

Arntz, A., & Jacob, G. (2016). *Terapia schematów w praktyce*. Gdańsk: GWP; Beck, J. S. (2020). *Terapia poznawczo-behavioralna. Podstawy i zagadnienia szczegółowe* (wyd. 3). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.; Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. (2015). *Terapia poznawcza zaburzeń osobowości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.; Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. New York, NY: Guilford Press.; Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57–78. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>; Bennett-Levy, J., & Thwaites, R. (2007). Self and self-reflection in CBT. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(2), 129–141.; [https://www.researchgate.net/publication/234802112\\_Self\\_and\\_self-reflection\\_in\\_the\\_therapeutic\\_relationship\\_A\\_conceptual\\_map\\_and\\_practical\\_strategies\\_for\\_the\\_training\\_supervision\\_and\\_self-supervision\\_of\\_interpersonal\\_skills](https://www.researchgate.net/publication/234802112_Self_and_self-reflection_in_the_therapeutic_relationship_A_conceptual_map_and_practical_strategies_for_the_training_supervision_and_self-supervision_of_interpersonal_skills); Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. (2013). *Terapia akceptacji i zaangażowania*. Gdańsk: GWP.; Leahy, R. L. (2018). *Techniki terapii poznawczej*. Gdańsk: GWP.; Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012).; Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 283–290. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.1795>; Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1841–1848. [https://www.researchgate.net/publication/236260708\\_Motivational\\_Emotional\\_and\\_Behavioral\\_Correlates\\_of\\_Fear\\_of\\_Missing\\_Out](https://www.researchgate.net/publication/236260708_Motivational_Emotional_and_Behavioral_Correlates_of_Fear_of_Missing_Out); Skodoł, A. (2019). *Personality disorders in DSM-5*. American Psychiatric Publishing. [https://www.researchgate.net/publication/273324624\\_Personality\\_Disorders\\_in\\_DSM-5\\_Emerging\\_Research\\_on\\_the\\_Alternative\\_Model](https://www.researchgate.net/publication/273324624_Personality_Disorders_in_DSM-5_Emerging_Research_on_the_Alternative_Model); Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2018). Associations between screen time and lower psychological well-being. *Preventive Medicine Reports*, 12, 271–283. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6214874/>; Roberts, J. A., & David, M. E. (2016). My life has become a major distraction from my cell phone. *Computers in Human Behavior*, 54, 134–141. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0747563215300704?via%3Dihub>; Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2017). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańsk: GWP.

## Wyróżnienie III

### Aleksandra Topolewska-Wochowska

#### *“KIESZONKOWE CBT” w gabinecie psychiatrycznym*

Psychoterapia poznawczo- behawioralna oferuje wiele narzędzi, które mogą być wykorzystywane w trakcie różnych form poradnictwa i terapii. Mogą być wykorzystywane jako elementy psychoedukacji, pomagają przybliżyć czym jest psychoterapia oraz mogą znacznie poprawiać współpracę specjalista-pacjent.

W gabinecie psychiatrycznym wielokrotnie korzystam z elementów oraz modeli CBT jako punkt odniesienia w edukowaniu o objawach oraz przybliżaniu zasad pracy psychoterapeutycznej. Jako psychiatrzy, lekarze innych specjalności, czy inni specjaliści w obszarze zdrowia psychicznego możemy wiele skorzystać z podstawowych założeń czy modeli terapeutycznych CBT. Nie jest to oczywiście forma psychoterapii ani jej nie zastępuje, natomiast może być uzupełnieniem dialogu z pacjentem oraz ułatwić diagnozę i zrozumienie problemów z jakimi się zgłasza.

1. Moc konceptualizacji- model konceptualizacji J. Beck to rdzeń dla pracy psychoterapeutycznej. Ma wiele wspaniałych cech- jest indywidualnie budowany dla każdego pacjenta, obrazuje jak wczesne doświadczenia wpłynęły na nasze przekonania i jak to się przekłada na trudności/ objawy dziś. W trakcie konsultacji psychiatrycznej może być pomocny przy identyfikacji przyczyn dysfunkcyjnych założeń, pomóc identyfikować dodatkowe obszary do diagnozowania. Jeśli nałożymy na niego inne elementy wpływające na zaburzenia zdrowia psychicznego- genetyczne, biologiczne, aspekty neuroróżnorodności możemy uzyskać spójny i uzupełniający się model do opisu problemów pacjenta.

2. Magiczne ABC- podstawowe narzędzie, które umożliwi identyfikację myśli, emocji, zachowań. Jest często pierwszym krokiem w psychoedukacji o tym czym są emocje, jaka jest ich fizjologia. Może znormalizować interpretację objawów, pomaga w jasny sposób wytłumaczyć zależności myślenie-emocja.

3. Błędne koło lęku- model D.Clarka - pozwala bardzo klarownie wyjaśnić mechanizmy lęku panicznego, jest świetną formą do wprowadzenia psychoedukacji o fizjologii lęku oraz fizjologicznych “sygnałach z ciała”. Umożliwia zrozumienie kaskadowego narastania objawów oraz pomaga normalizować przekonania pacjentów na temat lęku. Pierwsze wspólnie narysowane koło paniki często ma już charakter normalizujący i terapeutyczny.

4. Zabójczy perfekcjonizm- model R.Shafran. Perfekcjonizm jest pojęciem transdiagnostycznym, konstruktem który towarzyszy wielu zaburzeniom psychicznym oraz może znacznie wpływać na przebieg objawów. Sprzyja depresyjności, towarzyszy OCD i często znacznie zmniejsza komfort życia. Model R.Shafran obrazuje rolę nadmiarowo sztywnych i wysokich wymagań w podtrzymywaniu lub nawrotach objawów, pomaga omówić wskazania do psychoterapii. Wybrane modele to nie jedyne ale najczęstsze z których korzystam w gabinecie psychiatry. Moim zdaniem mogą być świetnym zaproszeniem do wspólnego zrozumienia trudności, mają moc psychoedukacyjną i normalizującą. Ich klarowność i logiczna konstrukcja daje poczucie zrozumienia problemu, cechuje je uniwersalizm- bo jako ludzie podlegamy podobnym schematom myślowym/ poznawczym oraz indywidualizm- bo każdy z tych modeli zapełniamy treściami jedynymi/ niepowtarzalnymi dla danego człowieka. Mój głos to głos psychiatrki która odczuwa dużą wdzięczność za tak przydatne i funkcjonalne bogactwo narzędzi CBT i widzi ogromny potencjał w wykorzystaniu części z nich nie tylko w ramach psychoterapii.



# Teksty specjalne



Nauka  
Etyka  
Praktyka



## *Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w pracy z preferencyjnymi sprawcami przestępstw przeciwko wolności seksualnej.*

**Agnieszka Ślęzak**

Zachowania seksualne postrzegane i określane są różnie, w zależności od tolerancji społeczeństwa, w którym są rozpatrywane. Normy kulturowe wpływają na to, czy zachowanie będzie określone jako nieakceptowalne, dewiacyjne, lub jako normatywne. Natomiast dyskusje o zaburzeniach preferencji seksualnych niemal zawsze odbywają się w cieniu cierpienia osób doświadczających przemocy seksualnej. Skala psychicznych, emocjonalnych i społecznych konsekwencji takich doświadczeń sprawia, że społeczny lęk, moralna ocena oraz potrzeba ochrony osób pokrzywdzonych stają się całkowicie zrozumiałe. Jednocześnie koncentracja wyłącznie na samym czynie może utrudniać dostrzeżenie znaczenia oddziaływań terapeutycznych wobec osób dotkniętych zaburzeniami preferencji seksualnych.

Perspektywa terapeutyczna nie oznacza pomniejszania krzywdy osób pokrzywdzonych, lecz próbę zrozumienia mechanizmów psychologicznych prowadzących do zachowań przestępczych oraz poszukiwania sposobów ich ograniczania. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera rola terapii i terapeuty, którego zadaniem staje się praca nad mechanizmami podtrzymującymi zachowania przemocowe, redukcją ryzyka recydywy oraz zwiększaniem bezpieczeństwa społecznego. Właśnie dlatego terapia poznawczo-behawioralna zajmuje dziś tak ważne miejsce w pracy z osobami dotkniętymi zaburzeniami preferencji seksualnych.

Współczesna seksuologia coraz wyraźniej odchodzi od dawnego języka „dewiacji seksualnych”. Sam termin parafilii został wprowadzony między innymi po to, by oddzielić społeczną ocenę od klinicznego rozumienia problemu. Nietypowe zachowanie seksualne samo w sobie nie musi oznaczać zaburzenia. Dopiero wtedy, gdy pojawia się cierpienie, utrata kontroli lub krzywda drugiego człowieka, można mówić o zaburzeniu parafilnym. To rozróżnienie wydaje się szczególnie istotne w kontekście pracy terapeutycznej, ponieważ pozwala spojrzeć na problem nie wyłącznie jako na naruszenie norm społecznych, lecz również jako na określony sposób funkcjonowania psychicznego. Perspektywa ta staje się jeszcze ważniejsza, gdy uwzględni się fakt, że zaburzenia preferencji seksualnych diagnozuje się jedynie u części sprawców przestępstw seksualnych. Zachowanie seksualne nie zawsze wynika wyłącznie z samej preferencji. Często splata się z trudnościami interpersonalnymi, impulsywnością, problemami regulacji emocji czy wpływem substancji psychoaktywnych. Zachowanie przestępcze przestaje być więc jednowymiarowym aktem, a zaczyna jawić się jako efekt bardziej złożonych procesów psychologicznych. To właśnie w tym miejscu terapia poznawczo-behawioralna okazuje się szczególnie użyteczna. W terapii poznawczo-behawioralnej nie zatrzymujemy się na pytaniu o sam czyn.

Podjęmujemy próbę zrozumienia, w jaki sposób człowiek interpretuje własne emocje, napięcie, potrzeby i relacje z innymi ludźmi. W klasycznych koncepcjach dotyczących przestępczych zachowań seksualnych podkreślano przede wszystkim rolę zniekształceń poznawczych oraz trudności w adaptacyjnym radzeniu sobie z emocjami. Późniejsze modele dodatkowo uwzględniły znaczenie dysregulacji emocji, kontroli impulsów oraz wpływu sytuacji życiowej i kontekstu społecznego. W takim ujęciu zachowanie seksualne może pełnić określoną funkcję psychologiczną. Może regulować napięcie, redukować samotność, pozwalać uniknąć trudnych emocji albo kompensować deficyty w relacjach interpersonalnych. Terapia koncentruje się właśnie na tych mechanizmach. Nie sprowadza się do samego ograniczania zachowań seksualnych, lecz próbuje zmieniać sposób myślenia, przeżywania i reagowania.

Jednym z najważniejszych obszarów pracy staje się restrukturyzacja zniekształceń poznawczych. U części sprawców pojawiają się przekonania usprawiedliwiające zachowanie: dotyczące dzieci jako istot seksualnych, przekonania o nieszkodliwości przedwczesnej aktywności seksualnej czy lekceważenie norm społecznych i prawnych. Zniekształcenia te pozwalają minimalizować odpowiedzialność oraz przenosić winę na ofiarę. Praca w tym obszarze skupia się na rozpoznaniu tych mechanizmów i stopniowej zmiany sposobu interpretowania własnych zachowań.



Drugim istotnym obszarem jest regulacja emocji. Osoby dopuszczające się przestępstw seksualnych częściej koncentrują się na emocjach negatywnych i częściej korzystają z nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie. Zachowanie seksualne może stawać się próbą redukcji napięcia, lęku czy frustracji. W terapii wykorzystuje się więc techniki ukierunkowane na identyfikowanie emocji, rozwijanie bardziej adaptacyjnych sposobów radzenia sobie oraz ograniczanie strategii unikania. Coraz częściej włącza się również elementy uważności, akceptacji i zaangażowania, które pomagają pacjentowi lepiej rozpoznawać własne stany emocjonalne bez konieczności reagowania impulsywnym zachowaniem.

Ważnym elementem terapii pozostaje także rozwijanie kompetencji interpersonalnych. Trudności z budowaniem bliskich relacji, brak wsparcia społecznego czy funkcjonowanie w relacjach konfliktowych zwiększają ryzyko zachowań przestępczych o charakterze seksualnym. Praca koncentruje się więc również na nauce asertywności, rozwijaniu kompetencji społecznych i budowaniu zdrowszych relacji intymnych. W tym sensie terapia nie dotyczy wyłącznie seksualności, ale całego sposobu funkcjonowania człowieka w relacjach z innymi.

Obszar behawioralny obejmuje natomiast redukcję nieprawidłowych zachowań seksualnych za pomocą takich technik jak desensytyzacja, ukryta sensytyzacja czy redukcja kompulsywnej masturbacji. Istotne miejsce zajmuje również trening empatii. Choć literatura nie daje jednoznacznych odpowiedzi dotyczących związku między deficytami empatii a przestępczością seksualną, rozwijanie zdolności rozumienia perspektywy osoby pokrzywdzonej pozostaje ważnym elementem pracy terapeutycznej. W praktyce wykorzystuje się między innymi filmy z relacjami osób po doświadczeniu przemocy seksualnej czy technikę pisania listu do ofiary. Szczególnie interesująco przedstawia się praktyka terapeutyczna realizowana w Polsce. Terapia prowadzona jest zarówno w warunkach izolacji, jak i ambulatoryjnie, najczęściej w formie grupowej i równoległe z farmakoterapią. Programy terapeutyczne koncentrują się na identyfikowaniu myśli i emocji prowadzących do zachowań parafilnych, pracy nad przekonaniami kluczowymi, przejmowaniu odpowiedzialności za własne zachowanie oraz zapobieganiu nawrotom. Wyraźnie widać tutaj, że terapia poznawczo-behawioralna nie jest rozumiana jako zbiór pojedynczych technik, lecz jako uporządkowany sposób pracy nad mechanizmami podtrzymującymi problem.

Istotnym elementem tych programów pozostaje również nauka rozpoznawania czynników ryzyka i budowania strategii radzenia sobie w przyszłych trudnych sytuacjach. Moduły zapobiegania nawrotom mają przygotować pacjenta do samodzielnego funkcjonowania poza terapią i zwiększyć jego zdolność do kontrolowania własnych zachowań.

W gruncie rzeczy terapia poznawczo-behawioralna w pracy z osobami dotkniętymi zaburzeniami preferencji seksualnych opiera się na bardzo podstawowym założeniu: zachowanie można zmieniać wtedy, gdy rozumie się procesy, które do niego prowadzą. Dlatego praca nie ogranicza się do kontroli objawu, ale przede wszystkim przekonaniemi, emocjami, relacjami interpersonalnymi, regulacją napięcia i zdolnością przewidywania ryzyka nawrotu. Aktywna praca terapeutyczna z osobami dotkniętymi zaburzeniami preferencji seksualnych pozostaje istotna zarówno z perspektywy samych pacjentów, którzy często doświadczają cierpienia związanego z własnymi zachowaniami, jak i z perspektywy społecznej, ukierunkowanej na zwiększanie bezpieczeństwa oraz ograniczanie ryzyka kolejnych aktów przemocy seksualnej.



## Agnieszka Ślęzak

Psycholożka, socjolożka oraz soraz specjalistka z zakresu seksuologii. Absolwentka psychologii klinicznej Uniwersytetu Społeczno-Humanistycznego (SWPS) we Wrocławiu i Katowicach, oraz certyfikowana psychoterapeutka PTTPB (nr certyfikatu: 1756) (Szkola Psychoterapii Poznawczo - Behawioralnej Uniwersytetu SWPS pod kierunkiem dr Agnieszki Popiel i dr Ewy Pragłowskiej). Absolwentka Uniwersytetu Wrocławskiego na kierunku Socjologia.

Dydaktyczka akademicka Uniwersytetu SWPS na kierunku Psychologia, wykłada na akredytowanym przez PTTPB szkoleniu psychoterapii w Instytucie Poznawczym. Należy do Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB) oraz Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego (PTS). W kadencji 2024-2026 pełni funkcję członkini zarządu w Polskim Towarzystwie Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB) w roli skarbniczki. Prowadzi Instytut Psychoterapii i Rozwoju HiMind.

**Bibliografia:** American Psychiatric Association. (2013). Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych, Wydanie Piąte, DSM-5. Edra Urban i Partner; Baran, D., Czernikiewicz, W. (2017). Psychoterapia grupowa preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych w nurcie poznawczo-behawioralnym. *Seksuologia Polska*, 15(1), 17-26; Chesin, M. S., Moster, A. N., Jeglic, E. L. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment and Management of Sex Offenders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(2). <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.2.92>; Depko, A., Krasowska, A. (red.). (2021). *Seksuologia sądowa I. Teorie, modele, badania*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.; Depko, A., Krasowska, A. (red.). (2023). *Seksuologia sądowa II. Opiniowanie w sprawach karnych*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.; Depko, A., Krasowska, A. (red.). (2023). *Seksuologia sądowa III. Opiniowanie seksuologiczne w praktyce*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.; Dymowska, A. (2019). Specyfika leczenia zaburzeń preferencji seksualnych i terapeutyczne doświadczenia osób leczonych. *Seksuologia Polska*, 17, 84–94.; Gulla, B., Wysocka-Pleczyk, M. (red.). (2009). Dziecko jako ofiara i sprawca przemy. Dziecko jako ofiara przemy. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.; Kaplan, M. S., Krueger, R. B. (2012). Cognitive-Behavioral Treatment of the Paraphilias. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49(4), 291-296.; Harris, A. J. R., Hanson, R. K. (2010). Clinical, actuarial and dynamic risk assessment of sexual offenders: Why do things keep changing? *Journal of Sexual Aggression*, 16(3), 296-310.; Jennings, J. L., Deming, A. (2013). Effectively utilizing the “behavioral” in cognitive-behavioral group therapy of sex offenders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(2), 7.; Kendall, P. C., i Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press.; Krasowska, A., Jakubczyk, A., Czernikiewicz, W. M., Wojnar, M., Nasierowski, T. (2013). Impulsywność sprawców przestępstw seksualnych – nowe koncepcje czy powrót do źródeł? *Psychiatria Polska*, 47(4), 727–744. <https://doi.org/10.12740/PP/17648>; Lew-Starowicz, M., Lew-Starowicz, Z., Skrzypulec-Plinta, V. (red.). (2017). *Seksuologia*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.; Lew-Starowicz, Z. (red.). (2022). *Psychoseksuologia. Metody Diagnostyczne i Terapeutyczne*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.; Lew-Starowicz, Z. (2014). *Seksuologia sądowa*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.; Marcinek, P., Peda, A. (2010). Leczenie sprawców przestępstw seksualnych – Kompleksowy program terapii. *Psychoterapia*, 154(3), 49–57.; Marcinek, P., Peda, A. (2009). Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej. *Seksuologia Polska*, 7(2), 59-64.; Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Malcolm, P. B., Moulden, H. M. (2008). The Rockwood Preparatory Program for Sexual Offenders Description and Preliminary Appraisal. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(1), 25–42. <https://doi.org/10.1177/1079063208314818>; Marshall, W. L., Marshall, L., Serran, G., Fernandez, Y. M. (2006). Treating sexual offenders: An Integrated Approach. Taylor and Francis Group; McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L. (2010). Current practices and trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 Nationwide Survey. Safer Society Press.; MacKenzie, D. L. (2006). What works in corrections: reducing the criminal activities of offenders and delinquents. Cambridge University Press.; Merry, P., Muslihah, N., Wihastuti, T. A. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy in Preventing Recidivism in Pedophilia: A Systematic Review. *International Journal of Science and Society*, 2(3), 86. <https://doi.org/10.54783/ijssoc.v2i3.129>; Moster, A., Wnuk, D. W., Jeglic, E. L. (2008). Cognitive behavioral therapy interventions with sex offenders. *Journal of Correctional Health Care*, 14(2), 109-121.; Pospiszyl, K. (2005). *Przestępstwa seksualne. Geneza, postacie, resocjalizacja oraz zabezpieczenia przed powrotnością*. Wydawnictwo Naukowe PWN.; Polska Policja (2 maja 2024). *Statystyki*. <https://policja.pl>; Rawińska, M. (red.). (2019). *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.; Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (1997). *Kodeks karny: tekst ujednolicony (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553)*; Ward, T., Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 44–63. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.05.002>

## *Praktykować. Reflektować. Zmieniać praktykę. SP/SR w rozwoju terapeuty CBT*

**Kamila Grochowska-Kramek**

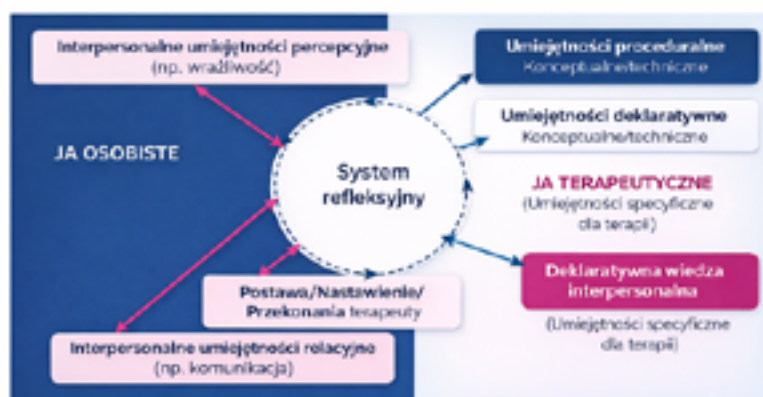
W rozwoju terapeuty poznawczo-behawioralnego przychodzi moment, w którym dalsze doskonalenie nie polega już przede wszystkim na poznawaniu kolejnych protokołów. Terapeuta potrafi wyjaśnić model, zaplanować ekspozycję, pracować z przekonaniem kluczowym, prowadzić dialog sokratejski i konstruować konceptualizację. A jednak w pracy klinicznej nadal pojawiają się sytuacje, w których sama znajomość techniki okazuje się niewystarczająca. Z jednym pacjentem pracujemy swobodnie, z innym usztywniamy się. Czasem wiemy, co klinicznie byłoby uzasadnione, ale tego nie robimy. Innym razem za szybko przechodzimy do interwencji, nadmiernie trzymamy się struktury albo przeciwnie — tracimy kierunek sesji. To nie są wyłącznie braki techniczne. Często są to momenty, w których o jakości terapii decyduje zdolność terapeuty do refleksyjnego używania samego siebie jako narzędzia pracy klinicznej.

Właśnie w tej przestrzeni — pomiędzy kompetencją techniczną a dojrzałością kliniczną — lokuje się Self-Practice/Self-Reflection (SP/SR), czyli samodzielna praktyka i samodzielna refleksja. SP/SR jest ustrukturyzowaną metodą rozwoju terapeuty CBT, w której terapeuta stosuje techniki poznawczo-behawioralne wobec siebie, a następnie prowadzi pogłębioną refleksję nad własnym doświadczeniem i jego znaczeniem dla pracy z pacjentami (Bennett-Levy i Lee, 2014). Nie chodzi więc o ogólną autorefleksję ani o terapię własną w klasycznym rozumieniu. Celem SP/SR jest rozwój kliniczny: lepsze rozumienie procesów zmiany, większa świadomość własnych reakcji terapeutycznych i bardziej elastyczne korzystanie z modelu CBT w praktyce (Thwaites i in., 2014).

Punktem wyjścia dla dalszego wywodu jest założenie, że SP/SR nie jest dodatkiem do szkolenia CBT, lecz jedną z najbardziej spójnych z logiką CBT metod rozwijania metakompetencji terapeutycznych. Jeśli CBT zakłada, że zmiana dokonuje się poprzez świadome obserwowanie doświadczenia, testowanie hipotez, eksperymentowanie i wyciąganie wniosków z działania, to SP/SR przenosi tę samą logikę na rozwój terapeuty. Terapeuta nie tylko uczy się technik, lecz doświadcza ich działania od wewnątrz. Nie tylko wie, czym jest opór, unikanie, ambiwalencja czy trudność w wykonaniu zadania domowego, lecz może rozpoznać te procesy u siebie. Dzięki temu wiedza kliniczna przestaje być wyłącznie deklaratywna, a staje się ucieleśniona, proceduralna i refleksyjna (Bennett-Levy, 2006; Gale i Schröder, 2014).

Teoretycznym fundamentem SP/SR jest model DPR (Declarative–Procedural–Reflective), opisujący rozwój kompetencji terapeutycznych jako współdziałanie trzech systemów wiedzy. Wiedza deklaratywna obejmuje rozumienie teorii, modeli i protokołów. Wiedza proceduralna dotyczy umiejętności stosowania interwencji w praktyce. Wiedza refleksyjna pozwala natomiast monitorować własne decyzje kliniczne, rozumieć ich uwarunkowania i modyfikować sposób pracy w odpowiedzi na konkretną sytuację terapeutyczną (Bennett-Levy, 2006). Tradycyjne szkolenia CBT dobrze rozwijają pierwsze dwa obszary: przekazują wiedzę i uczą wykonywania technik. SP/SR szczególnie wzmacnia trzeci obszar — system refleksyjny — który pozwala przejść od poprawnego stosowania procedur do świadomego, elastycznego i responsywnego prowadzenia terapii (Gale i Schröder, 2014; Haarhoff i in., 2011; Presley i Jones, 2024).

Badania nad SP/SR, choć nadal wymagające dalszego rozwoju metodologicznego, dostarczają spójnych argumentów za jego wartością szkoleniową. Metasynteza badań jakościowych Gale i Schrödera (2014) pokazała, że praktykowanie technik CBT na sobie pomaga terapeutom lepiej zrozumieć perspektywę pacjenta: zarówno potencjalne korzyści terapii, jak i trudności, które pojawiają się podczas wykonywania zadań terapeutycznych. Uczestnicy badań opisywali wzrost empatii, większą pewność siebie i silniejsze poczucie kompetencji. Haarhoff, Gibson i Flett (2011) wykazali, że ukierunkowane SP/SR może wspierać jakość konceptualizacji przypadku, ponieważ pozwala integrować rozumienie modelu, doświadczenie własne, świadomość relacji terapeutycznej oraz adaptację interwencji klinicznych. Z kolei Davis, Thwaites, Freeston i Bennett-Levy (2015), badając doświadczonych terapeutów CBT, opisali mierzalny wzrost samooceny umiejętności technicznych i interpersonalnych po programie SP/SR, przy czym autorzy podkreślali potrzebę dalszych badań z użyciem bardziej obiektywnych miar kompetencji.



**RYSUNEK 1.1** Perspektywa na model DPR podkreślająca centralną rolę refleksji w rozwoju umiejętności terapeuty (na podstawie Bennett-Lovv, Thwaites, Chaddock & Davis, 2009, str. 119)

Wartością SP/SR jest więc nie tylko to, że terapeuta „sprawdza technikę na sobie”. Samo wykonanie arkusza myśli automatycznych, eksperymentu behawioralnego czy planu aktywności nie wystarcza. Kluczowy jest drugi człon metody: refleksja. To ona przekształca osobiste doświadczenie w materiał kliniczny. Refleksja w SP/SR nie zatrzymuje się na pytaniu: „co poczułam?”. Prowadzi dalej: „co to mówi mi o trudnościach pacjenta?”, „jak moje własne reakcje wpływają na tempo i sposób prowadzenia terapii?”, „w jakich sytuacjach staję się nadmiernie dyrektywna, ostrożna, unikająca albo skoncentrowana na skuteczności?”, „co mogę zrobić inaczej w gabinecie?”. W tym sensie SP/SR jest praktyką przekładu: od osobistego doświadczenia do decyzji terapeutycznej.

Najnowsze badania nad SP/SR opisują ten proces jako przekraczanie „mostu refleksyjnego” między ja osobistym a ja terapeutycznym. To szczególnie ważne, ponieważ terapeuta nie wchodzi do gabinetu jako neutralny wykonawca protokołu. Wnosi własne schematy, przekonania, emocje, historię uczenia się i charakterystyczne sposoby radzenia sobie. Perfekcjonizm terapeuty może sprzyjać nadmiernej kontroli sesji. Lęk przed popełnieniem błędu może prowadzić do unikania trudniejszych interwencji. Silna potrzeba pomagania może utrudniać tolerowanie dyskomfortu pacjenta w ekspozycji. Niechęć do konfliktu może osłabiać zdolność do stawiania granic. SP/SR nie ma na celu „leczenia terapeuty”, lecz pomaga rozpoznać, w jaki sposób osobiste schematy i reakcje wpływają na proces terapii. Dzięki temu terapeuta może mniej automatycznie reagować, a bardziej świadomie wybierać interwencje. (Presley i Jones, 2024).

To przesunięcie jest istotą metakompetencji. Kompetencja oznacza, że terapeuta wie, jak wykonać daną procedurę. Metakompetencja oznacza, że potrafi zdecydować, kiedy, jak, z jaką intensywnością i z jakiego powodu jej użyć — oraz kiedy własna reakcja terapeutyczna zakłóca ten wybór. SP/SR rozwija właśnie ten poziom pracy. Uczy rozpoznawania własnych mikroreakcji: pośpiechu, zniecierpliwienia, nadmiernej troski, potrzeby bycia skuteczną, unikania ciszy, napięcia wobec złości pacjenta. W praktyce klinicznej takie reakcje często decydują o tym, czy terapeuta pozostaje przy konceptualizacji, czy zaczyna działać impulsywnie; czy prowadzi ekspozycję zgodnie z modelem, czy przedwcześnie redukuje dyskomfort; czy uprawomocnia doświadczenie pacjenta, czy zbyt szybko przechodzi do zmiany.

Literatura pozostaje jednak ostrożna i tę ostrożność należy zachować. Znaczna część badań nad SP/SR opiera się na danych jakościowych, niewielkich próbach i samoopisach uczestników. Badania z grupami kontrolnymi są nieliczne, choć wyniki pilotażowych badań kohortowych wskazują na wzrost pewności siebie terapeutów, większą samoświadomość oraz obniżenie wskaźników wypalenia w grupach realizujących SP/SR. Nadal nie można jednak twierdzić, że SP/SR wprost i jednoznacznie poprawia wyniki leczenia pacjentów. Bardziej uprawniony wniosek jest następujący: SP/SR ma rosnące, choć wciąż rozwijające się, zaplecze empiryczne jako metoda wspierająca rozwój osobisty i zawodowy terapeutów CBT, szczególnie w zakresie refleksyjności, samoświadomości, empatii, konceptualizacji i elastycznego stosowania interwencji (McGinn, 2015; Scott i in., 2020; Spindelov i Butler, 2016).



Praktyczne znaczenie SP/SR polega także na tym, że metoda ta dobrze odpowiada na ograniczenia tradycyjnego modelu szkolenia. Wiedzę można przekazać na wykładzie. Technikę można ćwiczyć w odgrywaniu ról. Superwizja pozwala analizować pracę z pacjentem. SP/SR dodaje do tego element, który w CBT bywał historycznie mniej eksponowany: systematyczne badanie własnego doświadczenia terapeuty jako źródła uczenia się. Nie zastępuje superwizji, praktyki klinicznej ani szkolenia technicznego. Uzupełnia je, tworząc pomost między tym, co terapeuta wie, tym, co robi, i tym, co dzieje się w nim samym, gdy próbuje tę wiedzę zastosować w realnej relacji terapeutycznej. (McGinn, 2015; Thwaites i in., 2014).

SP/SR może być realizowane indywidualnie z użyciem podręcznika, w parach, w grupach szkoleniowych lub jako element ciągłego rozwoju zawodowego. Badania nad zaangażowaniem terapeutów pokazują jednak, że korzyści z tej metody zależą od warunków jej wdrażania: poczucia bezpieczeństwa, jasnej struktury, dostępnych zasobów osobistych, oczekiwania korzyści i procesu grupowego (Bennett-Levy i Lee, 2014; Haarhoff i in., 2015). To ważne, ponieważ SP/SR nie powinno być przedstawiane jako proste zadanie do samodzielnego odrobienia. Jego wartość rośnie wtedy, gdy refleksja jest systematyczna, pogłębiona i wyraźnie kierowana ku praktyce klinicznej.

W polskim kontekście SP/SR ma szczególne znaczenie. Rozwój terapii poznawczo-behawioralnej w Polsce przez lata koncentrował się — co zrozumiałe — na szkoleniu podstawowym, certyfikacji, nauczaniu protokołów i upowszechnianiu interwencji opartych na dowodach. Obecnie coraz wyraźniej potrzebujemy również metod, które wspierają rozwój terapeutów po osiągnięciu podstawowej kompetencji. Pytanie nie brzmi już wyłącznie: „czy terapeuta zna model?”. Coraz częściej brzmi: „jak terapeuta używa modelu w sytuacjach złożonych, relacyjnie trudnych, emocjonalnie obciążających i niejednoznacznych?”. SP/SR daje na to pytanie jedną z najbardziej konsekwentnych odpowiedzi: rozwijaj refleksyjność przez praktykę, a praktykę zmieniaj przez refleksję.

Ostatecznie SP/SR przypomina terapeutom coś, czego sami uczą pacjentów: zmiana nie dokonuje się przez sam wgląd ani przez samą technikę. Dokonuje się wtedy, gdy doświadczenie zostaje zauważone, nazwane, przeanalizowane i przełożone na inne działanie. Dlatego SP/SR można rozumieć jako zastosowanie zasad CBT wobec własnego rozwoju zawodowego. Terapeuta praktykuje, reflektuje i zmienia praktykę. Nie po to, aby stać się idealnym terapeutą, ale po to, aby pracować bardziej świadomie, elastycznie i odpowiedzialnie. W tym sensie SP/SR jest nie tylko metodą szkoleniową, lecz także postawą kliniczną: gotowością do poddawania własnej pracy temu samemu procesowi uczenia, którego oczekujemy od pacjentów.



## Kamila Grochowska-Kramek

Psycholożka, psychoterapeutka poznawczo-behawioralna oraz seksuolożka w trakcie szkolenia. Absolwentka psychologii na Uniwersytecie Wrocławskim. Uczestniczka zagranicznych programów stypendialnych, m.in. na University of North Carolina at Greensboro w USA oraz University of Glamorgan w Wielkiej Brytanii. Stypendystka Beck Institute oraz Stanford Medical School, gdzie szkoliła się w zakresie Cue-Centered Therapy.

Tłumaczka i redaktorka merytoryczna specjalistycznych książek z zakresu terapii poznawczo-behawioralnej, w tym publikacji z serii *From the Inside Out*, m.in. *Doświadczenie terapii poznawczo-behawioralnej. Podręcznik samodzielnej praktyki i refleksji dla terapeutów* autorstwa Bennetta-Levy'ego, Thwaitesa, Haarhoffa i Perry'ego. W swojej pracy łączy doświadczenie kliniczne, dydaktyczne i redakcyjne, koncentrując się szczególnie na rozwoju kompetencji terapeutycznych, samodzielnej praktyce i refleksji oraz podejściach opartych na dowodach naukowych.

Dydaktyczka akademicka Uniwersytetu SWPS na kierunku psychologia, trenerka kursów SP/SR dla psychologów i terapeutów. Członkini Zarządu Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej oraz członkini Zarządu International Deliberate Practice Society.

**Bibliografia:** Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57–78. <https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>; Bennett-Levy, J., & Lee, N. K. (2014). Self-practice and self-reflection in cognitive behaviour therapy training: What factors influence trainees' engagement and experience of benefit? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(1), 48–64. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000781>; Davis, M. L., Thwaites, R., Freeston, M. H., & Bennett-Levy, J. (2015). A measurable impact of a self-practice/self-reflection programme on the therapeutic skills of experienced cognitive-behavioural therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(2), 176–184. <https://doi.org/10.1002/cpp.1884>; Gale, C., & Schröder, T. (2014). Experiences of self-practice/self-reflection in cognitive behavioural therapy: A meta-synthesis of qualitative studies. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(4), 373–392. <https://doi.org/10.1111/papt.12026>; Haarhoff, B., Gibson, K., & Flett, R. (2011). Improving the quality of cognitive behaviour therapy case conceptualization: The role of self-practice/self-reflection. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(3), 323–339. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000871>; Haarhoff, B., Thwaites, R., & Bennett-Levy, J. (2015). Engagement with self-practice/self-reflection as a professional development activity: The role of therapist beliefs. *Australian Psychologist*, 50(5), 322–328. <https://doi.org/10.1111/ap.12152>; McGinn, L. K. (2015). Enhancing Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) skill acquisition through experiential and reflective learning: A commentary on studies examining the impact of self-practice and self-reflection in CBT. *Australian Psychologist*, 50(5), 340–343. <https://doi.org/10.1111/ap.12153>; Presley, V. L., & Jones, G. (2024). 'Crossing the reflective bridge': How therapists synthesise personal and professional development from self-practice/self-reflection during CBT training. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 17, e18. <https://doi.org/10.1017/S1754470X24000175>; Scott, J., Yap, K., Bunch, K., Haarhoff, B., Perry, H., & Bennett-Levy, J. (2020). Should personal practice be part of cognitive behaviour therapy training? Results from two self-practice/self-reflection cohort control pilot studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(1), 150–158. <https://doi.org/10.1002/cpp.2497>; Spendelov, J. S., & Butler, L. J. (2016). Reported positive and negative outcomes associated with a self-practice/self-reflection cognitive-behavioural therapy exercise for CBT trainees. *Psychotherapy Research*, 26(5), 602–611. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1058983>; Thwaites, R., Bennett-Levy, J., Davis, M., & Chaddock, A. (2014). Using self-practice and self-reflection (SP/SR) to enhance CBT competence and metacompetence. In A. Whittington & N. Grey (Eds.), *How to become a more effective CBT therapist: Mastering metacompetence in clinical practice* (pp. 241–254). Wiley-Blackwell.



# **Masterclass PTTPB 2026**



Nauka  
Etyka  
Praktyka



## Oparte na dowodach leczenie depresji i zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży

Masterclass z Markiem A. Reinecke'em

W czerwcu PTTPB zaprosi osoby członkowskie i specjalistów pracujących z dziećmi i młodzieżą na wyjątkowy masterclass prowadzony przez **prof. Marka A. Reinecke'a, PhD, ABPP, ACBT** — jednego z najbardziej uznanych międzynarodowych ekspertów w zakresie terapii poznawczo-behawioralnej dzieci i nastolatków.

Spotkanie będzie poświęcone **opartemu na dowodach leczeniu depresji i zachowań samobójczych u dzieci i młodzieży**. Punktem odniesienia będzie m.in. modułarny protokół CBT rozwijany w ramach projektu Treatment of Adolescents with Depression Study (TADS) — jednego z najważniejszych badań dotyczących leczenia depresji u adolescentów. Masterclass pozwoli uczestnikom lepiej zrozumieć kliniczny obraz depresji nastolatków, specyfikę pracy z młodymi osobami zagrożonymi samobójczo oraz praktyczne strategie terapeutyczne możliwe do zastosowania w gabinecie.

Masterclass będzie tłumaczony simultanicznie na język polski. Po szkoleniu uczestnicy otrzymają również przygotowane przez prof. Reinecke'a praktyczne materiały do wykorzystania w pracy gabinetowej z młodzieżą z depresją i ryzykiem samobójczym.

Masterclass odbędzie się w czerwcu w formule online. Dokładna data zostanie ogłoszona w mediach społecznościowych PTTPB. Liczba miejsc będzie ograniczona, dlatego warto uważnie śledzić komunikaty PTTPB i nie zwlekać z rejestracją.

Prof. Reinecke łączy perspektywę psychologii rozwojowej, neuronauki afektywnej i terapii poznawczo-behawioralnej. Jest emerytowanym profesorem psychiatrii i nauk behawioralnych w Northwestern University Feinberg School of Medicine, byłym kierownikiem Division of Psychology oraz wieloletnim dyrektorem Center for Cognitive Therapy na University of Chicago. Jego zainteresowania kliniczne i badawcze koncentrują się na depresji, samobójczości i zaburzeniach lękowych u dzieci i młodzieży.

[markreinecke.com](http://markreinecke.com)



## Mark Reinecke

Profesor Mark Reinecke jest naukowcem, wykładowcą i psychologiem klinicznym, cieszącym się międzynarodowym uznaniem za swoją wiedzę ekspercką w zakresie depresji, lęku, zaburzeń panicznych, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego oraz innych zaburzeń nastroju u dzieci i młodzieży. Jest emerytowanym profesorem psychiatrii i nauk behawioralnych w Feinberg School of Medicine na Northwestern University.

W trakcie trwającej niemal 40 lat kariery profesor Reinecke napisał i zredagował pięć książek oraz ponad 100 recenzowanych artykułów naukowych i rozdziałów w książkach.



# **EABCT 2026 w Brukseli**



**Nauka  
Etyka  
Praktyka**



## EABCT 2026 w Brukseli — Zaproszenie

W dniach 16–19 września 2026 roku w Brukseli odbędzie się 56. doroczny Kongres European Association for Behavioural and Cognitive Therapies — EABCT 2026. Warsztaty przedkongresowe zaplanowano na 16 września, a główny program kongresu odbędzie się w dniach 17–19 września 2026 roku w centrum konferencyjnym SQUARE Brussels. Hasło tegorocznego kongresu brzmi: „Unique as we are”.

EABCT 2026 będzie przestrzenią spotkania klinicystów, badaczy, supervisorów, nauczycieli psychoterapii oraz osób szkolących się w terapii poznawczo-behawioralnej z całej Europy i świata. Program kongresu ma obejmować wykłady keynote, warsztaty, sesje naukowe i wydarzenia poświęcone różnorodnym populacjom, problemom klinicznym oraz nowym kierunkom rozwoju CBT. Organizatorzy szczególnie podkreślają znaczenie inkluzywności, indywidualizacji pracy terapeutycznej oraz wrażliwości na kwestie mniejszościowe.

Bruksela — serce Europy — stworzy wyjątkowy kontekst do rozmowy o przyszłości psychoterapii poznawczo-behawioralnej, standardach leczenia, innowacjach klinicznych oraz roli psychoterapeutów w systemach ochrony zdrowia psychicznego. Kongres będzie także okazją do spotkań z ekspertami, wymiany doświadczeń, budowania międzynarodowych kontaktów i przygotowania środowiska PTPPB do kolejnego ważnego wydarzenia: Kongresu EABCT 2027 w Warszawie.

Rejestracja na EABCT 2026 jest już otwarta, a opłata early bird obowiązuje do 28 czerwca 2026 roku. Wstępny program kongresu ma zostać opublikowany 1 czerwca 2026 roku.

**Zapraszamy członkinie i członków PTPPB do udziału w EABCT 2026 w Brukseli — europejskim spotkaniu nauki, praktyki klinicznej i wspólnoty CBT.**



# Bingo



Nauka  
Etyka  
Praktyka

## Bingo konferencyjne PTPPB - Instrukcja dla uczestników stacjonarnych

Bingo konferencyjne jest dostępne w książce abstraktów. Możesz zrobić screen karty na telefonie i w trakcie konferencji odznaczać aktywności, w których rzeczywiście wzięłaś/wziął udział.

Aby odebrać nagrodę, pokaż w rejestracji kartę z co najmniej 8 odhaczonymi polami. Nagrody otrzyma pierwszych 20 osób, które spełnią ten warunek i zgłoszą się do rejestracji.

Do wygrania jest 20 książek — po jednej dla każdej z 20 osób. W zabawie można wziąć udział tylko raz. Nie będzie losowania ani oficjalnego wręczania nagród — książka zostanie wydana bezpośrednio przy rejestracji po okazaniu uzupełnionej karty.

Zasada bezpieczeństwa: zdjęcia i relacje publikuj tylko wtedy, gdy nie zawierają danych wrażliwych ani wizerunku osób, które nie wyraziły na to zgody.

### Karta bingo (zaznaczaj X)

Wzięłam/wziął udział w warsztacie przedkonferencyjnym	Byłam/byłam na wykładzie keynote na żywo (sala)	Zadałam/zadałam pytanie po wystąpieniu lub w Q&A (na sali)	Zrobiłam/zrobiłam zdjęcie 1 slajdu „do wdrożenia” (bez wrażliwych treści)
Wzięłam/wziął udział w warsztacie śródkonferencyjnym	Wzięłam/wziął udział w sesji „Superwizja ma znaczenie” (na miejscu)	Porozmawiałam/porozmawiałem 5 min z nową osobą (networking) i wymieniałam kontakt	Złapałam/złapałam „aha moment” i dopisałam do notatki konkretny plan testu w praktyce
Byłam/byłam na wydarzeniu towarzyszącym (np. spotkanie, wypad do muzeum, integracja)	Odwiedziłam strefę wystawców/księgarnię i zapisałam 1 tytuł „do kupienia”	Zrobiłam/zrobiłam przerwę „higieny poznawczej”: 3 min oddechu/uważności między sesjami	Wrzuciłam relację z miejsca (np. hol/sala) z hashtagiem konferencji
Znalazłam/znalazłem inspirację z obszaru ACT/DBT/MBCT/TS	Znalazłam/znalazłem 1 pomysł na eksperyment behawioralny (zapisałam hipotezę + test)	Zanotowałam/zanotowałem 1 pomysł na pracę domową (konkret, nie ogólnik)	Zrobiłam/zrobiłam mini-podsumowanie dnia: 3 punkty + 1 wdrożenie na tydzień

**SAVE THE DATE  
EABCT CONGRESS  
2026 · BRUSSELS**

**UNIQUE AS  
WE ARE**

**Come As You Are!  
Brussels welcomes you.**


We have a diverse and colourful program  
about bringing CBT to the individual.

Programme en français inclus.

**UNIQUE**   
**AS WE ARE**  
**BRUSSELS**  
**17-19 SEPT 2026**

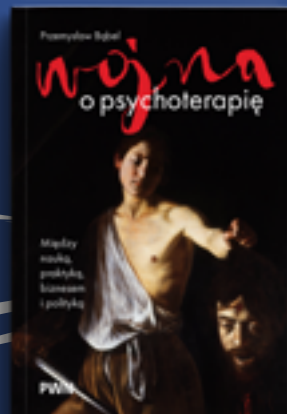
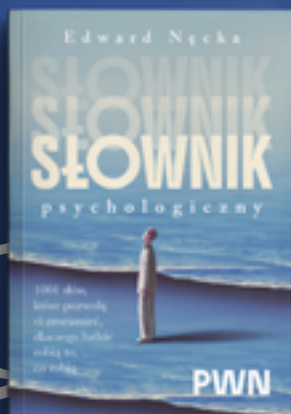
**EABCT** 

**LOCATION  
SQUARE · BRUSSELS**

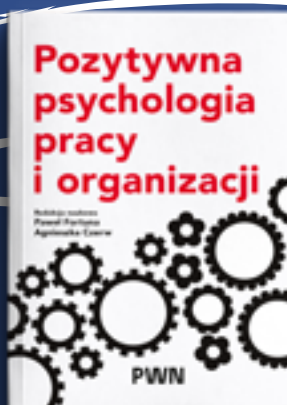
**visit**.brussels 

# DLA LUDZI, KTÓRZY LUBIĄ WIEDZIEĆ

NOWOŚCI 2026



MUST-HAVE DLA STUDENTÓW I WYKŁADOWCÓW



BESTSELLERY DLA SPECJALISTÓW

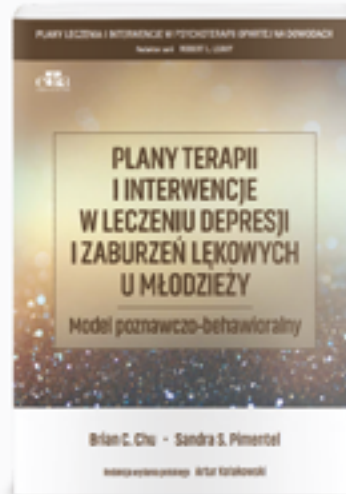


**PWN**

Skorzystaj z kodu rabatowego PTPPB\*  
i uzupełnij swoją biblioteczkę!



\*25% zniżki na wszystkie papierowe książki PWN dostępne na: [ksiegarnia.pwn.pl](http://ksiegarnia.pwn.pl).  
Nie łączy się z pozostałymi promocjami. Zniżka ważna do 31.08.2026r.



# Nowości 2026

Kod rabatowy: **GWPmaj2026**

Ważność kodu: 22–31 maja 2026 r.



Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne  
[www.gwp.pl](http://www.gwp.pl)

NAJWAŻNIEJSZE PODRĘCZNIKI DLA TERAPEUTÓW CBT  
W SPECJALNEJ CENIE TYLKO DLA UCZESTNIKÓW KONFERENCJI\*

## DEPRESJA I EMOCJE



80 zł



70 zł

ZESTAW:  
Terapia poznawcza  
depresji +  
Terapia schematów  
emocjonalnych

~~209 zł~~  
**150 zł**

## WARSZTAT TERAPEUTY CBT



80 zł



70 zł

ZESTAW:  
Umysł ponad nastrojem.  
Podręcznik terapeuty +  
Terapia poznawczo-  
behawioralna

~~205 zł~~  
**150 zł**

\*oferta dostępna na stoisku Wydawnictwa UJ podczas konferencji PTPPB

## Patronat Honorowy



## Partnerzy



## Współpraca



## Patronat Medialny



## Partnerzy Kulturalni





# Partnerzy Kulturalni



Nauka  
Etyka  
Praktyka



Centrum Edukacji Ekologicznej Egzotarium w Sosnowcu to nowoczesny obiekt o powierzchni 6 600 m<sup>2</sup>, który w swojej obecnej, spektakularnej formie został oddany do użytku w grudniu 2023 roku. Inwestycja stanowi kontynuację tradycji przyrodniczych tego miejsca sięgających lat 30. XX wieku, łącząc funkcje ogrodu botanicznego i zoologicznego na poziomie światowych standardów. Na trzech kondygnacjach budynku zwiedzający mogą poznać bogactwo flory i fauny z niemal wszystkich kontynentów, podzielone na trzy strefy klimatyczne: śródziemnomorską, pustynną oraz tropikalną.

Edukacyjna ścieżka zwiedzania zaczyna się na poziomie -1, gdzie w wielkogabarytowych zbiornikach prezentowane są ryby dorzeczna Przemszy oraz gatunki egzotyczne, takie jak płaszczyki słodkowodne i arowany. Na parterze, w sercu parnej strefy tropikalnej, bujna roślinność współistnieje z wybiegami dla kajmanów okularowych, tukanów wielkich oraz licznych gadów, w tym potężnych anakond i pytonów. Ostatnie piętro obiektu pełni funkcję nowoczesnego zaplecza dydaktycznego, mieszcząc sale konferencyjną, kino dla dzieci, kawiarnię oraz przestrzeń wystawienniczą.



**Śląskie Centrum  
Wolności i Solidarności**  
im. Dziewięciu Górników z „Wujka”

Wystawa stała w Śląskim Centrum Wolności i Solidarności im. Dziewięciu Górników z „Wujka” w Katowicach prezentuje historię strajku w tej kopalni na początku stanu wojennego i jego krwawej pacyfikacji przez ZOMO 16 grudnia 1981 r. Opowiada też szerzej o oporze Polaków wobec systemu komunistycznego.

Stworzona z rozmachem multimedialna, nastrojowa ekspozycja, zajmująca trzy piętra pokopalnianego budynku, jest jedną z najnowocześniejszych w Polsce. Wśród niezwyklej eksponatów znajdziemy m.in. przestrzelony milicyjną kulą kask górnika, prawdziwy czotg, wielkich rozmiarów makietę kopalni „Wujek” czy uliczny aparat telefoniczny na monety. Uczestnicy konferencji są zaproszeni do bezpłatnego, indywidualnego zwiedzania wystawy. Przy wejściu do ŚCWIS (ul. Wincentego Pola 38, Katowice-Brynów) należy okazać identyfikator. Zwiedzanie zajmuje zwykle ok. 1-2 godzin. Godziny otwarcia Centrum: wtorek, czwartek – godz. 10:00-18:00, środa, piątek, sobota – godz. 9:00-16:00.

Więcej informacji na stronie [scwis.pl](http://scwis.pl).



### Lokalizacja

ul. T. Dobrowolskiego 1  
40-205 Katowice

### Godziny otwarcia

wtorek-niedziela: 10.00-20.00

Stacjonarni uczestnicy XI Konferencji Naukowej PTPB "Nauka. Etyka. Praktyka. Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu pacjenta na przestrzeni życia", mają możliwość wstępu do Muzeum Śląskiego za 1,00zł, po okazaniu konferencyjnego identyfikatora. Oferta obowiązuje w czasie trwania konferencji, tj. 22-24.05.2026.

**Muzeum Śląskie** to regionalna instytucja kultury prezentująca dziedzictwo Śląska w kontekście historii, sztuki i przemian społecznych. Zlokalizowane na terenie dawnej kopalni, łączy przemysłowe korzenie regionu z nowoczesną formą ekspozycji. W muzeum znajdują się stałe galerie sztuki oraz wystawy poświęcone dziejom Górnego Śląska, a także rozbudowana infrastruktura edukacyjna i kulturalna. Całość dopełnia wieża widokowa i otwarta przestrzeń publiczna, służąca spotkaniom, wydarzeniom i aktywnościom mieszkańców.

Jedną z polecanych wystaw jest: Ciężar ocalenia. Artyści po Auschwitz. Wystawa podejmuje temat psychologicznych konsekwencji doświadczenia nazistowskiego systemu obozowego. Ekspozycja wykorzystuje środki wyrazu angażujące zmysły słuchu, węchu i wzroku.

Więcej o Muzeum Śląskim i jego ofercie: <https://muzeumslaskie.pl/>

## Ciężar ocalenia. Artyści po Auschwitz – wystawa w Muzeum Śląskim

Magdalena Kędzierska, kuratorka wystawy



Pierwsza część ekspozycji poświęcona jest definicji narratora prezentowanej twórczości. Cechą szczególną literatury obozowej pozostaje narracja pierwszoosobowa rozpięta między epizodycznym „ja” a rozbudowanymi fragmentami opisującymi doświadczenie bohatera zbiorowego – „my”. Zagadnienie to znajduje odzwierciedlenie w przestrzeni wystawy, która płynnie przechodzi od autoportretów i prywatnej korespondencji z obozów koncentracyjnych do przedstawień zbiorowych: apeli i „mrowisk” ludzkich. Monolityczna kompozycja układu dzieł potęguje poczucie agorafobii oraz osaczenia przez tysiące podobnych twarzy i sylwetek, nieodłącznie towarzyszących każdej chwili spędzonej w obozie koncentracyjnym. Więźniowie byli pozbawieni intymności – wszystkie czynności wykonywali masowo i w pośpiechu. Wątek ten zamyka komora akustyczna – przestrzeń poświęcona karnej izolacji oraz

percepcji własnego ciała w warunkach odosobnienia.

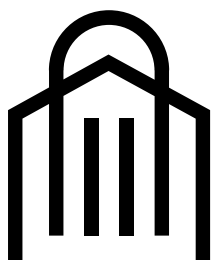
Kolejne części ekspozycji prowadzą przez pamięć dźwięków otoczenia i muzyki obozowej. Intensywne doświadczenia współwystępujące z bodźcami słuchowymi szczególnie zapisują się w pamięci człowieka. Pozornie niewinne melodie marszowe, grane przez obozową orkiestrę, wywoływały u byłych więźniów gwałtowne reakcje stresowe – zarówno w czasie niewoli, jak i wiele lat po wyzwoleniu. W tej części wystawy, obok rysunków przedstawiających marsz więźniów w rytm radosnych melodii, można usłyszeć fragment jednego z ulubionych utworów SS-manów – *Marcia trionfale* z II aktu *Aidy* Giuseppe Verdiego – oraz doświadczyć w komorze akustycznej wpływu dźwięku na układ nerwowy i emocje.

Następna część wystawy poświęcona jest wrażeniom kinestetycznym związanym z ruchem ciała, kontaktem z narzędziami pracy, przedmiotami codziennego użytku oraz infrastrukturą. Każdy element rzeczywistości obozowej stanowił potencjalne zagrożenie dla zdrowia lub życia: praca wykonywana siłą mięśni, obsługa walca drogowego, ręczny transport ciężkich przedmiotów, poruszanie się w biegu w niebezpiecznych warunkach, pod presją przemocy ze strony strażników. Zaprzestanie pracy oznaczało jednak śmierć, dlatego ruch w twórczości Józefa Szajny, Mariana Kołodzieja, Mieczysława Kościelniaka, Jerzego Adama Brandhubera i wielu innych jawi się jednocześnie jako tortura i symbol życia.

Podobny dualizm cechuje sposób przedstawiania natury w pamięci byłych więźniów. Wyjątkowo trudne warunki klimatyczne wielu obozów koncentracyjnych wywoływały stałą obawę przed wychłodzeniem, odmrożeniem, udarami słonecznymi, odwodnieniem, utratą sił na podmokłym terenie przez brodzenie w błocie, a także przed infekcjami i plagami insektów. To one często prowadziły do wyniszczenia organizmu i śmierci tysięcy osób. Centralne miejsce w tej części ekspozycji zajmują przedstawienia natury otaczającej obozy – motyw powszechny w opisach i malarstwie byłych więźniów, metaforycznie łączyony z tęsknotą za wolnością i pięknem. Stałym symbolem dla wielu artystów jest drzewo, utożsamiane z życiem i siłą natury, wykorzystywane zarazem jako narzędzie nazistowskiego terroru, o czym piszą w swoich wspomnieniach Marian Kołodziej i Wiesław Kielar.

Kolejna część ekspozycji przywołuje bodźce dotykowe, smakowe i węchowe poprzez fragmenty wspomnień, rysunki i elementy scenografii możliwe do doświadczenia różnymi zmysłami. Dzieła sztuki i teksty literackie dopełniają obiekty historyczne: ubiór więźnia, miska na żupę, talony na dodatkowy posiłek, naszywki z numerami. Przedmioty te, niezbędne do przetrwania, funkcjonowały równocześnie jako symbole opresji, uprzedmiotowienia i niewoli. Elementy stroju więźniów raniły skórę, były niewygodne, niedopasowane do sylwetki, utrudniały pracę i nie chroniły przed warunkami atmosferycznymi.

Mimo kategorycznych zakazów i surowych kar więźniowie podejmowali aktywności podtrzymujące wolę życia. Prezentowane na wystawie szachy, wykonane z chleba przez nieznanego więźnia KL Auschwitz, świadczą o tym, że do przetrwania człowiek potrzebuje nie tylko jedzenia.



## **PANTEON GÓRNOŚLĄSKI** w Katowicach

Panteon Górnośląski to instytucja kultury, która w nowoczesny sposób opowiada o historii oraz tożsamości Górnego Śląska na przestrzeni ostatnich 100 lat. Łącząc tradycję z multimedialną narracją, Panteon Górnośląski prezentuje sylwetki wybitnych postaci, ważnych dla dziedzictwa regionu. Nowoczesna formuła przekazu tworzy przestrzeń spotkania z historią, inspirując do refleksji i odkrywania bogactwa śląskiej kultury. Panteon Górnośląski w Katowicach to idealne miejsce dla wszystkich, którzy chcą lepiej zrozumieć przeszłość i współczesność regionu Górnego Śląska.



# WALCOWNIA CYNKU

MUZEUM HUTNICTWA CYNKU WALCOWNIA

### Lokalizacja

ul. 11 Listopada 50  
40-387 Katowice

### Godziny otwarcia

wtorek-piątek: 10.00-16.00  
sobota-niedziela: 10.00-18.00

Stacjonarni uczestnicy XI Konferencji Naukowej PTTPB "Nauka. Etyka. Praktyka. Psychoterapia poznawczo-behawioralna w leczeniu pacjenta na przestrzeni życia", mają możliwość wstępu na kompleksowe zwiedzanie Muzeum Hutnictwa Cynku Walcownia w cenie biletu ulgowego za 30,00zł, po okazaniu konferencyjnego identyfikatora. Oferta obowiązuje w czasie trwania konferencji, tj. 22-24.05.2026.

Muzeum Hutnictwa Cynku „Walcownia” w Katowicach to unikatowy na skalę europejską obiekt dziedzictwa przemysłowego, mieszczący się w zabytkowej hali dawnej walcowni cynku z początku XX wieku. To właśnie tutaj przez blisko sto lat funkcjonował jeden z kluczowych zakładów przemysłu metalurgicznego Górnego Śląska, którego działalność miała istotny wpływ na rozwój regionu.

Dziś muzeum udostępnia ponad 5000 m<sup>2</sup> powierzchni ekspozycyjnej, prezentując kompletny i unikatowy ciąg technologiczny do produkcji blach cynkowych – od pieców topielnych, przez karuzelę odlewniczą, aż po walcarki i nożyce przemysłowe. Dzięki zachowaniu oryginalnego wyposażenia oraz autentycznej przestrzeni fabrycznej zwiedzający mogą w pełni doświadczyć realiów pracy dawnego zakładu.

Ekspozycja muzeum obejmuje również jedną z największych w Polsce kolekcji zabytkowych motocykli marek Harley-Davidson i Indian, a także kolekcję historycznych silników stacjonarnych. Połączenie dziedzictwa technicznego z elementami kultury przemysłowej czyni Walcownię miejscem wyjątkowym na mapie polskich muzeów techniki.

Więcej o Muzeum Hutnictwa Cynku Walcownia i jego ofercie:

<https://walcownia.muzeatechniki.pl/>