

Marek Motyka

## Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem

The role of therapeutic communication

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Zakład Psychologii Zdrowia, Kraków

### Wprowadzenie

Komunikacja terapeutyczna jest pojęciem coraz częściej spotykanym w literaturze (por. O’Gara, Fairhurst, 2004; Piccolo, Goss, 2012; Pennbrant, 2013; Wachtel, 2012;). W najszerszym znaczeniu odnosi się do wszelkich niespecyficznych oddziaływań o psychologicznym charakterze towarzyszących leczeniu. Od wielu lat proponuję użycie tego terminu w nieco węższym znaczeniu, jako synonimu świadomych i zamierzonych oddziaływań psychologicznych stosowanych przez nie psychologów (a więc lekarzy, pielęgniarki i położne, fizjoterapeutów i ratowników medycznych), w celu wspomagania terapii medycznej środkami psychologicznymi zintegrowanymi z prowadzoną terapią lub innymi formami opieki medycznej. Istotną cechą tak rozumianej komunikacji terapeutycznej jest to, że choć jest działaniem zamierzonym, to nie ma charakteru specjalistycznego, a więc nie jest zarezerwowana dla psychologów lub psychoterapeutów i nie jest odrębnym, izolowanym sposobem postępowania w stosunku

do zwykłych czynności lekarza czy pielęgniarki (Motyka, 1997; 2003; 2011).

W podobnym znaczeniu J. Aleksandrowicz (2008) używa terminu pomoc psychospołeczna. Historycznie określano ten rodzaj oddziaływań różnymi terminami, w tym mianem psychoterapii elementarnej (Jarosz, 1972; Motyka, 1997), psychoterapii przy łóżku chorego (Susułowska, 1976), albo oddziaływaniem ekspresyjnym lekarza i pielęgniarki (Pearson 1969).

Pojęcie komunikacji terapeutycznej, rozumianej jako integralny element każdego leczenia, bliskie jest pojęciu psychoterapii wspierającej. Jednak aby podkreślić związek dyskusowanych oddziaływań z opieką medyczną, a zarazem uniknąć skojarzeń z jakąkolwiek samodzielną metodą terapii, obojętnie optuję za stosowaniem tego pierwszego pojęcia. Wraz z proponowanym rozumieniem terminu „komunikacja terapeutyczna”, proponuję przyjąć kilka dodatkowych założeń zawierających istotne wskazówki co do kierunku pożądanego postępowania wobec pacjenta,

jak również interpretowania najważniejszych zjawisk, które trzeba brać pod uwagę w zawodowych relacjach z pacjentem.

### **Cel pracy**

Celem opracowania jest prezentacja najważniejszych założeń związanych z proponowanym rozumieniem terminu „komunikacja terapeutyczna”, wykazanie znaczenia tego typu komunikacji stosowanej w praktyce klinicznej oraz wskazanie na formy szkoleń szczególnie przydatnych dla rozwijania potrzebnych umiejętności.

### **Koncepcja komunikacji terapeutycznej**

**Podstawowe cele komunikacji** terapeutycznej rozumianej jako integralny element wszelkich działań leczniczych, wspierający te działania na drodze psychologicznej, obejmują trzy wzajemnie ze sobą powiązane zadania. Są to: *łagodzenie stresu choroby, wzmacnianie sił obronnych psychiki* (wzmacnianie zasobów osobistych pacjenta) *oraz poprawa wzajemnej współpracy z pacjentem.*

Cele te można realizować na różne sposoby, jednak podstawowym sposobem jest wytworzenie **relacji terapeutycznej**, czyli pozytywnego związku emocjonalnego z pacjentem podporządkowanego zadaniowo zamierzonym celom terapeutycznym.

W budowaniu terapeutycznej relacji podstawowe znaczenie mają dwie najważniejsze i uzupełniające się **umiejętności interpersonalne** jakim z jednej strony jest *empatia*, a z drugiej *asertywność*. Empatia terapeuty (lekarza, pielęgniarki) pozwala lepiej zrozumieć pacjenta i emocjonalne źródła nieraz pozornie niezrozumiałych i irracjonalnych jego zachowań, a co więcej pozwala dać pacjentowi poczucie potwierdzenia znaczenia

jego aktualnych doświadczeń związanych z chorobą i leczeniem. Mówiąc innymi słowami dostarcza pacjentowi wiele wsparcia i stwarza możliwość lepszego zrozumienia samego siebie, co jest bardzo ważne w porządkowaniu przesyconych napięciem myśli i emocji oraz w obniżaniu doświadczanego stresu.

Niezwykle ważnym narzędziem okazywania pacjentowi empatii jest aktywne słuchanie. Dobre opanowanie jego zasad powinno stanowić podstawowy element profesjonalnego przygotowania każdego przedstawiciela zawodów medycznych (Motyka, 2011a).

Z kolei asertywność to umiejętność, która pomaga w sposób rozsądny i adekwatny do sytuacji informować pacjenta o tym co obecnie jest ważne i stawiać przed nim niezbędne wymagania, a także stawiać granice nazbyt wybujałym lub nierealistycznym żądaniom i oczekiwaniom. Umiejętność ta również powinna być rozwijana w zamierzony sposób w ramach szkoleń przewidzianych dla zawodów medycznych.

Bardzo ważnym pojęciem dla prezentowanej tu koncepcji komunikacji terapeutycznej są tzw. **zasoby osobiste pacjenta**, czyli te jego właściwości, które pomagają mu lepiej radzić sobie ze stresem choroby i leczenia. Uruchomienie lub uzupełnienie osobistych zasobów pacjenta można uznać za zasadniczy mechanizm psychologiczny uzyskiwania pożądaných zmian w funkcjonowaniu pacjenta. Wśród zasobów, które należy traktować ze szczególną uwagą w związku z tym, że stanowią istotne źródło energii psychicznej, niezwykle potrzebnej w trudnych sytuacjach związanych z chorobą i leczeniem, wymienić można: *poczucie siły wewnętrznej* (wewnętrzne oparcie się na samym sobie, na które składają się poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności i poczucie kontroli),

*poczucie wsparcia* (kontakt z innymi, otrzymywane wsparcie płynące z zewnątrz), *poczucie sensu, nadzieję, humor, autoekspresję i motywację do wyleczenia*.

Kolejnym ważnym elementem są **podstawowe formy komunikacji terapeutycznej**. W praktyce przyjmować może ona najróżniejsze formy. Pomijając jednak oczywiste rozróżnienie na komunikację werbalną i niewerbalną, sprowadzić je można do najczęściej spotykanych w opiece medycznej, takich jak: *zbierania informacji, udzielania wyjaśnień, udzielania porad i zaleceń, pocieszania i uspokajania, okazywanie ciepła i życzliwości oraz udzielania pomocy w odreagowaniu negatywnych uczuć*. Biorąc pod uwagę dominującą w danym momencie funkcję jaką pełni komunikacja z pacjentem (funkcje te mogą się zmieniać, zastępować, lub uzupełniać), można wyróżnić trzy ogólniejsze jej formy (kategorie), takie jak: dostrajanie się (budowanie relacji terapeutycznej), towarzyszenie czyli „bycie blisko pacjenta” (tj. w kontakcie z jego doświadczeniem) i wspieranie go w trudnych momentach choroby dzięki katalizującemu działaniu stworzonej relacji terapeutycznej oraz *kierowanie*, czyli bezpośrednie próby wywierania pożądanego wpływu na uczucia, poglądy i zachowanie pacjenta.

Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem – wybrane przykłady

Z przedstawionej charakterystyki jasno wynika pozytywna rola komunikacji terapeutycznej w praktyce sprawowania opieki medycznej. Wpływa ona zarówno na podniesienie jakości tej opieki jak i na większą jej skuteczność. Aby wykazać, że nie są to jedynie przypuszczenia wynikające z przyjętych założeń i humanistycznej orientacji autora, chciałbym odwołać się do kilku przykładów.

Na początek warto powołać się chociażby na raporty rzeczników praw pacjenta (cyt. za Mayerscough, Ford, 2001; Czernicki, 2004), z których wynika, że znaczny procent skarg jakie składają pacjenci wynika bardziej ze złej komunikacji z lekarzem niż z błędów natury czysto medycznej. Z kolei drobną ilustracją stosowania zasad komunikacji terapeutycznej oferującej uwagę nie tylko ściśle medycznym problemom, ale także związanym z nimi uczuciom i potrzebom, może być poniższy fragment dialogu lekarza z matką młodocianego pacjenta, którego lekarz podejrzewa o zapalenie opon mózgowych i chce wykonać potrzebny zabieg diagnostyczny, na który matka nie wyraża zgody (cyt. za Gordon, 1999, str. 94-5).

„L: Co panią niepokoi w związku z punkcją?

M: Boję się tego badania.

L: Niech mi pani powie z czego wynika ten niepokój?

M: Myślę, że synowi poprawi się i bez tego klucia długą igłą.

L: Niepokoi panią długość igły?

M: Tak niepokoję się, że to może wywołać krwotok.

L: Co ma pani na myśli?

M: Ojciec sąsiada miał po punkcji okropne bóle głowy, a mój syn i tak jest już dostatecznie chory.

L: Rozumiem, że chce pani oszczędzić mu dodatkowych cierpień. Trudno się pani zdecydować na to, aby skazać go na dodatkowe, przykre przeżycia?

M: Wie pan doktorze, zaczynam się wahać. Może to badanie nie wywoła takich skutków jak u ojca mego sąsiada. Jak długa jest ta igła?”

W tym przypadku lekarz z powodzeniem wykorzystał metodę aktywnego słuchania, dążąc do nawiązania kontaktu z uczuciami, a co więcej z potrzebami matki pacjenta. Stworzył tym samym podstawę do wytworzenia się relacji terapeutycznej, dając jej poczucie, że jest rozumiana, a doświadczane przez nią uczucia i potrzeby są w tym kontakcie zauważane i akceptowane. Jak wynika z powyższej wymiany zdań, powstające w takiej relacji uczucie bezpieczeństwa i zaufania, złagodziło lęk matki i pozwoliło na otwarcie się na informacje i zalecenia, które chciałby przekazać lekarz. W przypadku nawiązania dobrej współpracy opartej na relacji terapeutycznej, asertywna konfrontacja może być niekonieczna, tak jak to się stało w tym przypadku.

Klasycznym przykładem dobrze kontrolowanych badań, w których przekonywująco wykazano jak duże znaczenie ma czynnik psychologiczny, w tym przypadku sama obecność mającej czas i nastawionej życzliwie osoby, mogą posłużyć badania R. Sosa i wsp. (cyt. za Sheridan, Radmacher, 1998. s. 219). W badaniach tych wykazano pozytywny wpływ wsparcia psychicznego na redukcję powikłań okołoporodowych, skrócenie czasu trwania porodu, oraz interakcje pomiędzy matką a dzieckiem. Postępowanie eksperymentalne polegało na obecności przy rodzącej przez cały okres porodu, dojrzałej emocjonalnie kobiety, posiadającej własne dzieci, natomiast nie mającej żadnego medycznego przeszkolenia. Jej zadaniem było dostarczać rodzącej psychicznego wsparcia poprzez swą cierpliwą obecność, rozmowę i dotyk. Kobiety z grupy kontrolnej otrzymywały wyłącznie rutynową, profesjonalną opiekę medyczną. Jak się okazało poród w grupie eksperymentalnej trwał ponad dwukrotnie krócej, a co więcej matki w grupie eksperymentalnej, po porodzie

były dłużej w stanie czuwania, częściej głaszały swoje dzieci, częściej uśmiechały się do nich i mówiły do nich więcej niż matki z grupy kontrolnej, traktowane w sposób rutynowy. Ponadto okazało się, że komplikacje pojawiające się w trakcie porodu były dwukrotnie rzadsze w grupie eksperymentalnej w porównaniu z grupą kontrolną.

W badaniach własnych (Motyka, Bąk, 2008) ocenie poddano przebieg okresu pooperacyjnego w dwóch 30 osobowych grupach pacjentek oddziału Ginekologii Onkologicznej, u których wykonano zabieg usunięcia narządu rodnego z powodu zmian nowotworowych. Grupa kontrolna przygotowywana była do zabiegu w sposób rutynowy, a w grupie eksperymentalnej w dniu poprzedzającym operację, z każdą z oczekujących na zabieg pacjentek rozmawiała doświadczona położna, udzielając wyczerpujących wyjaśnień na pytania i zgłaszane przez pacjentki wątpliwości, tworząc przy tym klimat emocjonalnego wsparcia. Pomagała chorym wyrazić tłumione emocje, dawała możliwość bezpiecznego wypowiedzenia się, wyrażenia swych obaw i żalów, a także możliwość uzyskania potrzebnych wskazówek i informacji. Dodatkowa „terapeutyczna rozmowa” w dniu poprzedzającym zabieg trwała około 1 godziny.

Jak się okazało, samopoczucie pacjentek po operacji, poczynając od drugiej doby od zabiegu, w grupie eksperymentalnej okazało się zdecydowanie lepsze, tj. mniej pacjentek oceniło swe samopoczucie jako złe lub bardzo złe. Co więcej tendencja ta okazała się trwała, różnicując pacjentki z porównywanych podgrup, jeszcze bardziej w dniu wypisu. Przykładowo w czwartej dobie po zabiegu zdecydowanie dobre samopoczucie deklarowało 20% kobiet z grupy eksperymentalnej, a zaledwie 10% z grupy kontrolnej, podczas

gdy w dniu wypisu zdecydowanie dobre samopoczucie deklarowało prawie 50% kobiet z grupy eksperymentalnej i tylko 20% kobiet z grupy kontrolnej.

Równie przekonujące okazały się wyniki oceny zużycia leków w porównywanych podgrupach. Pacjentki z grupy kontrolnej zużyły dwukrotnie więcej silnych leków przeciwbólowych podawanych im w okresie pooperacyjnym, w porównaniu z pacjentkami z grupy eksperymentalnej, chociaż obie grupy miały taką samą opiekę ze strony pielęgniarek i położnych. Także ilość leków nasennych i uspokajających podanych pacjentkom w okresie pooperacyjnym różniła wyraźnie obie podgrupy kobiet. Pacjentki z grupy eksperymentalnej zużyły o ponad 30% mniej leków tego rodzaju w porównaniu z grupą kontrolną. Wszystkie wymienione różnice były statystycznie wysoce istotne.

Dane te jasno wskazują, że intensywne wsparcie emocjonalne dostarczone w okresie przedoperacyjnym, nawet przez jedną osobę, wyraźnie zmniejsza zapotrzebowanie pacjentek na leki przeciwbólowe oraz leki nasenne i uspokajające w okresie pooperacyjnym, a także wywiera zdecydowanie pozytywny wpływ na ich samopoczucie.

W innych badaniach, również wykonanych pod kierunkiem autora (Sokołowska, 2012), obserwowano wpływ przygotowania psychologicznego na przebieg zabiegu diagnostycznego w postaci echokardiografii przezprzełykowej. Jest to badanie ultrasonograficzne wykonywane w diagnostyce chorób układu sercowo-naczyniowego, polegające na wprowadzeniu do przełyku i do żołądka endoskopu z ruchomym przetwornikiem ultrasonograficznym. Ze względu na dyskomfort pacjenta oraz objawy niepożądane (odruch wymiotny, urazy jamy ustnej i przełyku itp.) wymaga znieczu-

lenia miejscowego. Ocenie poddano przebieg badania echokardiografii przezprzełykowej w dwóch 25 osobowych grupach pacjentów, tj. w grupie eksperymentalnej i kontrolnej. Pacjenci z obu grup charakteryzowali się podobnymi właściwościami, znajdowali się w obserwacji kardiologicznej i zostali zakwalifikowani do wyżej wymienionego zabiegu diagnostycznego. Grupa kontrolna przygotowywana była do zabiegu przez pielęgniarkę w sposób rutynowy, tj. otrzymywała trwającą od 5 do 10 min. informację o zakresie przebiegu badania oraz zalecanym postępowaniu po jego zakończeniu. W grupie eksperymentalnej rozmowa była dłuższa, trwała od 15 do 20 min., a pielęgniarka wykorzystywała zasady komunikacji terapeutycznej, koncentrując swą uwagę na osobie pacjenta, zachęcając go do wypowiadania odczuwanych emocji, stosując elementy aktywnego słuchania i psychicznego wsparcia oraz ćwicząc z pacjentem sposób oddychania zalecany dla złagodzenia odruchu wymiotnego.

Okazało się, że pacjenci z grupy eksperymentalnej przejawiali niższy poziom stanu lęku (pomiar testem STAI) zarówno tuż przed badaniem jak i po badaniu, przy czym po badaniu różnica ta wzrastała. Co więcej, zdecydowanie rzadziej pojawiał się u nich odruch wymiotny (52% pacjentów z grupy eksperymentalnej i 96% z grupy kontrolnej) oraz zdecydowanie rzadziej przejawiali niepokój ruchowy (36% liczby pacjentów z grupy eksperymentalnej i 84% z grupy kontrolnej). Rzadziej występowała u nich konieczność wprowadzenia farmakoterapii (tylko w jednym przypadku w grupie eksperymentalnej i aż w sześciu przypadkach w grupie kontrolnej) oraz częściej rejestrowano dobrą współpracę pacjenta z lekarzem wykonującym badanie

diagnostyczne (92% grupy eksperymentalnej i 64% grupy kontrolnej). Wszystkie wymienione różnice przemawiające na korzyść grupy eksperymentalnej były istotne statystycznie.

### **Podsumowanie i wnioski**

Wydaje się, że przedstawione przykłady w sposób przekonujący ilustrują fakt, że komunikacja terapeutyczna, a więc wspierający leczenie i pielęgnację stosunek do pacjenta oraz odpowiedni sposób prowadzenia rozmowy, wpływa korzystnie zarówno na jakość kontaktu z pacjentem jak i na efekty terapeutyczne podejmowanych oddziaływań medycznych. Jak to się zatem dzieje, że komunikacja terapeutyczna wciąż nie stanowi dominującego stylu w kontaktach z pacjentami, a komunikacja którą należy uznać za jatrogenną (Motyka, Surmacka, 2007) pojawia się niepokojąco często?

W tym miejscu nasuwają się dwie odpowiedzi. Z jednej strony świadomość znaczenia czynnika psychologicznego wśród personelu medycznego wydaje się wciąż niska. Skutkiem tego jest traktowanie oddziaływań psychologicznych jak przysłowiowego kwiatka do kożucha, który być może ozdobi, ale nie jest konieczny, a czasem nawet przeszkadza.

„To tylko zawracanie głowy. Jeśli pacjent ma problemy natury emocjonalnej to niech się nim zajmie psycholog” – tak wciąż uważa wielu lekarzy i fizjoterapeutów, ratowników medycznych, wiele pielęgniarek i położnych.

Z drugiej strony przyznać należy, że prowadzenie rozmowy terapeutycznej nie jest rzeczą łatwą. Trzeba umieć dostrzegać i kojarzyć nie tylko obiektywne fakty, ale też przekonania, uczucia i emocjonalne potrzeby pacjentów.

Logicznym wnioskiem wynikającym z powyższych stwierdzeń jest postulat poszerze-

nia oferty profesjonalnych szkoleń z zakresu komunikacji terapeutycznej i psychoterapii wspierającej, w sposób przekonujący łączących psychologię z praktyką medyczną.

Wydaje się, że szczególne znaczenie mogą tu mieć dwa typy szkoleń. Z jednej strony potrzebne są warsztaty doskonalące umiejętność okazywania empatii i asertywności w praktycznych sytuacjach kontaktu z pacjentem i członkami jego rodziny, a z drugiej warsztaty uwrażliwiające na charakter własnych relacji nawiązywanych w codziennej praktyce medyczno-zawodowej. W tym pierwszym przypadku bardzo przydatne mogą się tu okazać szkolenia oparte na modelu Porozumienia bez Przemocy M.B. Rosenberga (Motyka, 2008; Rosenberg, 2003), a w drugim szkolenia o charakterze Grup Balinta (Wasilewski, Engel, 2011). Najbardziej efektywnym modelem rozwijania umiejętności komunikacji terapeutycznej wydaje się jednak organizowanie kursów obejmujących oba rodzaje warsztatów, powiązanych ponadto wspólną nicią jaką powinien stanowić cykl wykładów prezentujących zwięźle najważniejsze zasady psychosomatyki oraz komunikacji terapeutycznej.

### **Streszczenie**

W swym opracowaniu autor charakteryzuje krótko najważniejsze cechy komunikacji terapeutycznej oraz omawia jej efekty rozpatrywane zarówno w aspekcie większej satysfakcji pacjenta z otrzymanej opieki medycznej jak i w aspekcie lepszych efektów leczenia. Swe rozważania ilustruje wynikami badań oraz przykładami pochodzącymi z praktyki klinicznej.

**Słowa kluczowe:** komunikacja terapeutyczna, jakość opieki medycznej.

## Summary

In the paper, the author briefly discusses the most important features of therapeutic communication and its therapeutic effects, considered both in terms of patient's greater satisfaction with received medical care, as well as better treatment results. He illustrates his thesis with results of the study and examples from clinical practice.

**Key words:** therapeutic communication, quality of medical care.

Marek Motyka,  
Zakład Psychologii Zdrowia UJ CM  
ul. Kopernika 25,  
31-501 Kraków

## Bibliografia:

1. Aleksandrowicz J. (2008). Psychoterapia a pomoc psychospołeczna w medycynie. Światowy Kongres Naukowy im. Juliana Aleksandrowicza. WJASC, Abstrakty, s. 59.
2. Czernicki Z. (2004). Wykroczenia zawodowe lekarzy a łamanie praw pacjenta. Mat. Pokonferencyjne Ogólnopolskiej Konferencji Ochrona Praw Pacjenta w systemie zdrowia Publicznego. Kraków.
3. Del Piccolo L., Goss C. (2012). People-centered care: new research needs and methods in doctor-patient communication. Challenges in mental health. Epidemiol. Psychiatr. Sci., 2012, 21, 145-149.
4. Gordon T., Edward S. (1995). Pacjent jako partner. Warszawa: Wyd. PAX.
5. Jarosz M. (1972). Psychologia lekarska. Warszawa: PZWL.
6. Mayerscough P., Ford M. (2001): Jak rozmawiać z pacjentem Gdańsk: GWP.
7. Motyka M. (1997). Psychoterapia elementarna w praktyce pielęgniarskiej – ramy teoretyczne pojęcia. Pielęgniarstwo Polskie, nr. 7, s. 149 - 156.
8. Motyka M. (2003): Komunikacja terapeutyczna. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.), Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Lublin: Wyd. Czelej.
9. Motyka M., Surmacka J. (2006). Błędy jatrogenne w opiece nad pacjentem. Pielęgniarstwo XXI Wieku, nr 4, s. 21 -26.
10. Motyka M. (2008). Model komunikacji wg. M.B. Rosenberga jako narzędzie promocji zdrowia psychicznego. W: Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K.: Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, s. 207-215.
11. Motyka M., Bąk B. (2008). Psychologiczne przygotowanie do poważnych zabiegów ginekologicznych a przebieg okresu pooperacyjnego. Pielęgniarstwo XXI Wieku. Nr 2-3, s. 16-23.
12. Motyka M. (2011). Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej. Kraków, 2011. Wyd. II. UJ.
13. Motyka M.(2011a). Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. Problemy Pielęgniarstwa, nr 2.
14. O'Gara P.E., Fairhurst W. (2004). Therapeutic communication part 1.:

- general approaches that enhance the quality of the consultation. *Accid. Emerg. Nursing.* 12, 166-172.
15. Pearson T. (1969), *Struktura społeczna a osobowość*. Warszawa: PWE.
  16. Pennbrant S. (2013). A trustful relationship – the importance for relatives to actively participate in the meeting with the physician. *Int. Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 8, 1-12.
  17. Rosenberg M.B. (2003). *Porozumienie bez Przemocy. O języku serca*. Warszawa: J. Santorski & Co.
  18. Sokołowska A. (2012). *Emocjonalne przygotowanie pacjentów do badań echokardiografii przezpręłykowej*. Kraków, Praca magisterska niepubl.
  19. Susułowska M. (1976). Rola i zadania psychologa klinicznego w stosunku do pacjenta somatycznego. *Prace Psychologiczno-Pedagogiczne*, Z.25, s.11-19.
  20. Wachtel P. (2012). *Komunikacja terapeutyczna*. Kraków: Wyd. UJ.
  21. Wasilewski B., Engel L. (red.) (2011). *Grupowy trening Balintowski. Teoria i zastosowanie*. Warszawa: Wyd. ENETEIA.