

## Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy i rozwiązywania sytuacji trudnych - zarys tematu

*Basic conversation skills and coping in difficult situations skills training - an outline*

JOANNA MEDER, ZOFIA ORZECZOWSKA, MARYLA SAWICKA,  
OLSZYNA WACHOWIAK

*Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie*

**STRESZCZENIE.** *Prezentowany tekst jest częścią całego systemu oddziaływań terapeutycznych opracowanych w Zakładzie Rehabilitacji Psychiatrycznej. Jest to skrócona wersja instruktażu przeznaczonego dla terapeutów, z wyraźnie zaznaczonym sposobem komunikowania się trenera z pacjentami.*

**SUMMARY.** *A part of a whole therapeutic interventions system developed by the Psychiatric Rehabilitation Deptment is presented in the paper. Namely, an abbreviated version of therapist training is outlined, with an emphasis upon the specific mode of communication between the trainer and his patients.*

---

**Słowa kluczowe:** treningi umiejętności społecznych  
**Key words:** social skills trainings

---

Chceliśmy zaprezentować przykładową instrukcję, będącą częścią całego systemu terapeutycznego opracowanego w Zakładzie Rehabilitacji Psychiatrycznej w oparciu o podręcznik R.P. Libermana "Social Skills Training for Psychiatric Patients". Program ten jest stosowany od szeregu lat w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. System ten zawiera osiem szczegółowych instrukcji dla terapeutów, a ich tematyka wynika z ćwiczonych umiejętności.

Opracowaliśmy następujące rodzaje zajęć:

1. Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy
2. Trening rozwiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich
3. Trening kulinarny
4. Trening w zakresie higieny osobistej
5. Trening w zakresie gospodarowania pieniędzmi

6. Trening w zakresie przygotowania do podjęcia pracy

7. Trening techniczny

8. Trening lekowy

Wszystkie skrypty dostępne są w Zakładzie Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Prezentowany poniżej skrypt dotyczy prowadzenia treningów z zakresu podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy i rozwiązywania sytuacji trudnych. Jest to skrócona wersja stosowanego instruktażu i zarazem także próba praktycznego przedstawienia metod realizacji teoretycznych założeń treningów umiejętności społecznych. Chcemy zaprezentować konkretne problemy, jakimi zajmujemy się podczas trzymiesięcznego turnusu terapeutycznego. Pragniemy również zwrócić uwagę na specyficzny sposób komunikowania się terapeuty i pacjentów, służący podstawowemu celowi, jakim jest zmiana sposobu myślenia ćwiczących o problemie.

## TRENING PODSTAWOWYCH UMIEJĘTNOŚCI W PROWADZENIU ROZMOWY

Jest treningiem umiejętności społecznych przeznaczonym dla pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię. Większość z tych pacjentów, pomimo znacznej nawet redukcji objawów psychiatrycznych osiągniętej za pomocą neuroleptyków, ma zasadnicze trudności w sprawnym funkcjonowaniu społecznym. Braki w umiejętnościach społecznych prowadzą obok objawów psychiatrycznych do głębokiej izolacji chorego. Celem treningu jest osiągnięcie przez pacjenta zdolności nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących kontaktów społecznych.

Całość zagadnień związanych z prowadzeniem rozmowy została podzielona na pięć zakresów:

---

### I. Zachowania werbalne i niewerbalne

Pacjenci uczą się rozpoznawania zachowań werbalnych i niewerbalnych oraz świadomego ich używania poprzez kontakt wzrokowy, postawę ciała, gestykulację, ton głosu, mimikę. Uczą się określania czy drugi człowiek w określonej sytuacji ma ochotę z nimi rozmawiać.

### II. Rozpoczynanie rozmowy

Pacjenci uczą się umiejętności wybierania odpowiedniego miejsca na rozmowę, znajdowania odpowiednich rozmówców i proponowania dobrych tematów.

### III. Podtrzymywanie rozmowy

Ćwiczący uczą się aktywnego słuchania, zadawania "otwartych" pytań, znajdowania nowych tematów oraz udzielania o sobie informacji o różnym stopniu intymności.

### IV. Uprzejme kończenie rozmowy

Obejmuje trening umiejętności uprzejmego kończenia rozmowy.

### V. Podsumowanie

Pacjenci uczą się połączenia w całość trenowanych, dotąd oddzielnie, umiejętności.

---

Poszczególne zakresy zawierają wiele nowych dla pacjentów informacji. Dla ułatwienia przyswajania tych treści każdy zakres podzielony jest na cztery etapy:

- 
1. wprowadzenie
  2. demonstracja video
  3. odgrywanie ról
  4. zadanie domowe
- 

W *wprowadzeniu* omawiane są cele danego zakresu treningu. Uzasadniana jest też praktyczna przydatność ćwiczonych umiejętności. Na zakończenie tego etapu terapeuta zadając pytania sprawdza zrozumienie problemu przez pacjentów.

W *demonstracji video* pacjenci oglądają sceny rozmowy kilku osób pokazujących właściwe użycie ćwiczonej umiejętności. Po zakończeniu scenka jest omawiana poprzez pytania stawiane grupie przez trenera. Trener nagradza pochwałą każdą właściwą odpowiedź.

W *następnym etapie* uczestnicy treningu ćwiczą omówione wcześniej umiejętności odgrywając, z terapeutą bądź ze sobą, sceny rozmowy. Sceny nagrywane są kamerą video, a zapis wykorzystywany jest do omówienia ćwiczenia.

Każde ćwiczenie omawiane jest przez grupę. Trener zaczyna od pochwalenia ćwiczących za wykonane ćwiczenie (w przypadku zupełnie nieudanego ćwiczenia - przynajmniej za podjęte wysiłki). Zapobiega także krytyce grupy. Nie stawia pytań: "Co w ćwiczeniu było źle wykonane?". Zamiast tego, po wskazaniu najpierw na osiągnięcia ćwiczących, używa się formuły "Co można by w tym ćwiczeniu poprawić?" W przypadku znacznych trudności wykazywanych przez pacjenta trener może poprosić inną osobę (np. koterapeutę) o zajęcie miejsca osoby ćwiczącej i wykonanie tego samego zadania. Przy ponownym wykonywaniu ćwiczenia trener może - stojąc za

pacjentem - podpowiadać mu poprawne zachowania i właściwe reakcje słowne.

W etapie zadań domowych, w celu generalizacji i utrwalenia ćwiczonej umiejętności, pacjent stara się ją zastosować w realnej sytuacji w swoim otoczeniu. Po wykonaniu zadania domowego wypełnia "Kartę zadania domowego" (patrz załącznik nr 1) zawierającą pytania na temat okoliczności i sposobu wykonania ćwiczenia. Kartę tę przynosi na umówione zajęcia, na których zadania domowe są omawiane.

Przy tej metodzie treningowej bardzo przydatny jest zestaw video oraz kamera do nagrywania ćwiczeń.

W czasie zajęć trener używa plansz zawierających proste instrukcje oraz schematy opisujące poszczególne umiejętności. Podczas omawiania umiejętności każdy pacjent otrzymuje kartkę z opisem ćwiczonej umiejętności czy techniki. W etapie omawiania oraz grania ról potrzebna bywa tablica do zapisywania uwag lub propozycji pacjentów. Na zakończenie zajęć każdy pacjent otrzymuje "Kartę zadania domowego".

Prezentowany zestaw treningowy opracowany został dla wieloletnich pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Podstawowym kryterium kwalifikacji do zajęć jest ustąpienie ostrych objawów wytwórczych i możliwość 45-60 minutowego skupienia uwagi oraz aktywnego udziału w zajęciach. Nie należy włączać do treningu pacjentów negatywnie zmotywowanych, gdyż demobilizująco wpływają na grupę. Z drugiej strony jednak pacjenci od wielu lat chorujący na schizofrenię mają z reguły bardzo niski poziom motywacji do jakiegokolwiek aktywności - także do udziału w treningu.

W treningu mogą także brać udział pacjenci z innymi zaburzeniami, o ile ich poziom funkcjonowania społecznego wskazuje na deficyty umiejętności społecznych, a spełniają ogólne kryteria kwalifikacji do tego treningu.

Trening można prowadzić w oddziałach całodobowych, dziennych, a także dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie.

Zestaw treningowy jest przewidziany dla grupy 8 - 10 osób.

Trening prowadzenia rozmowy towarzyskiej może prowadzić każdy terapeuta mający pewne doświadczenie w pracy z pacjentami psychotycznymi. Może to więc być psycholog, terapeuta zajęciowy, pielęgniarka lub pracownik socjalny. Osoba prowadząca tego typu zajęcia powinna dysponować takimi cechami jak: dobry kontakt z pacjentem, cierpliwość, wrażliwość, umiejętność dostrzegania i nagradzania nawet najmniejszych osiągnięć w pracy pacjenta.

Trening może być prowadzony przez jednego trenera, jednak najlepsze i najefektywniejsze jest prowadzenie zajęć przy pomocy koterapeuty, który może być dobrym partnerem do ćwiczenia, może także brać udział w modelowaniu. W trakcie zajęć koterapeuta bywa także ważnym źródłem wzmacnień pozytywnych.

Jak już zaznaczono na początku, cykl zajęć rozpoczyna się od trenowania umiejętności rozpoznawania zachowań zachęcających lub zniechęcających do rozmowy. Umiejętność odczytania oraz stosowania tych zachowań jest szczególnie ważna dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, u których braki w umiejętnościach społecznych są jednym ze źródeł izolacji społecznej. Pacjent umiejący odczytywać werbalne i pozawerbalne zachowania innych ludzi będzie mógł właściwie ocenić czy mają oni ochotę z nim rozmawiać, czy też nie. Takie rozeznanie zapewnia poczucie bezpieczeństwa w kontaktach z drugim człowiekiem, ale przede wszystkim daje zaufanie do własnych możliwości swobodnego i satysfakcjonującego kontaktu z drugim człowiekiem. Aby osiągnąć te umiejętności pacjenci muszą się dowiedzieć, jakie elementy kontaktu w czasie rozmowy są szczególnie istotne oraz co oznaczają. Niebagatelne znaczenie ma podkreślenie korzyści, jakie daje posiadanie omawianych umiejętności w życiu codziennym oraz kontaktach z innymi ludźmi.

I tutaj kolejno są omawiane:

- 
- 
1. kontakt wzrokowy
  2. postawa ciała
  3. mimika
  4. gestykulacja
  5. modulacja głosu
  6. głośność wypowiedzi
  7. jasność wypowiedzi
- 
- 

Omówienie, a nawet przedyskutowanie tych formalnych cech kontaktu powinno być uzupełnione demonstracją video, gdzie pacjenci w sposób poglądowy mogą się przekonać o ich znaczeniu. Ważną umiejętnością jest także adekwatne dobieranie miejsca i czasu do przeprowadzenia określonego rodzaju rozmowy. Te wszystkie szczegóły powinny być pokazane pacjentom, najlepiej na video, a gdy go nie ma terapeutę sami mogą to zaprezentować (szczegóły są umieszczone w skryptach dla trenerów).

Utrwalenie umiejętności rozpoznawania zachowań werbalnych i pozawerbalnych jest gwarancją prawidłowego wykorzystania ich w warunkach naturalnych. Dla tego celu stworzyliśmy *listę zachowań zachęcających lub zniechęcających do rozmowy*. Pacjent powinien wybrać dla siebie jedno z nich i przedstawić grupie.

Wybrane przykłady z listy "sygnałów zachęcających lub zniechęcających do rozmowy":

---



---

#### "zaabsorbowany"

1. *kontakt wzrokowy* - patrzy w inną stronę
2. *wyraz twarzy* - poważny, skupiony
3. *gestykulacja* - brak
4. *postawa ciała* - zwrócona do wykonywanej czynności
5. *głos* - cichy, powolne tempo wypowiedzi, przerwy w wypowiedziach

#### "przyjazny"

1. *kontakt wzrokowy* - patrzy na ciebie
2. *wyraz twarzy* - uśmiechnięty

3. *gestykulacja* - ożywiona
  4. *postawa ciała* - wyprostowana, zwrócona do ciebie
  5. *głos* - miły, przeciętne tempo i siła głosu
- 
- 

Lista obejmuje 5 rodzajów sygnałów: "zaabsorbowany", "przyjazny", "rozniewany", "smutny", "znudzony".

Prosi się pacjentów, aby każdy wybrał sobie jeden rodzaj. Trener podchodzi kolejno do każdego i rozpoczyna krótką rozmowę. Zadaniem pacjentów jest adekwatne i skuteczne zachowanie się w wybrany przez siebie sposób. Zajęcia kończy zadanie domowe.

Powyższy model realizowania zadań obowiązuje w następnych zakresach ćwiczonych umiejętności. Taki schemat jest kontynuowany przez wszystkie kolejne etapy począwszy od różnych sposobów rozpoczynania rozmowy, poprzez metody podtrzymywania rozmowy, po efektywne jej zakończenie. Szczegółowymi tematami tu poruszonymi są: stosowanie pytań otwartych i zamkniętych, udzielanie informacji o sobie, trzymanie dystansu, intymność w rozmowie i aktywne słuchanie. Specyficzną trudnością we wszystkich etapach zajęć jest realizowanie zajęć domowych. Próbowaliśmy z tego wybrnąć poprzez opracowanie szczegółowej "Karty zadania domowego" stosowanej dla każdego uczestnika zajęć oraz przez ścisłą współpracę z indywidualnymi terapeutami.

Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy jest pierwszym rodzajem treningów z dwuetapowego cyklu treningów umiejętności społecznych. Po jego zakończeniu zwykle proponujemy pacjentom przebycie kursu z zakresu

## ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW W KONTAKTACH MIĘDZYŁUDZKICH

Trening rozwiązywania problemów ma na celu uczenie pacjentów psychiatrycznych metody radzenia sobie z trudnymi sytuacjami

międzyludzkimi, które pojawiają się w codziennym życiu.

Trening uczy pacjentów rozwiązywania problemów za pomocą następujących kroków:

---

---

**- dokładne przyjrzenie się sytuacji**

Jest to nieodzowne do właściwego spostrzeżenia problemu. Uczy się więc pacjentów zwracania bacznej uwagi na okoliczności, w których zaistniała sytuacja trudna.

**- opisanie problemu**

Pacjenci uczeni są opisywania problemów w kategoriach celu (co chcemy osiągnąć) i przeszkody (co utrudnia osiągnięcie celu)

**- szukanie rozwiązań**

Uczy się pacjentów poszukiwania możliwie wielu rozwiązań, początkowo bez zwracania uwagi na ich konsekwencje. Podaje się różne sposoby szukania pomysłów.

**- ocena rozwiązań**

Pacjenci uczą się wyróżniania pozytywnych i negatywnych konsekwencji każdego z rozwiązań. Następnie porównują owe plusy i minusy, aby wybrać rozwiązanie ich zdaniem najlepsze.

**- wprowadzanie rozwiązań w życie**

Uczy się pacjentów korzystania z rozwiązań w realnych sytuacjach w sposób, który maksymalizuje osiągnięcie celu. Ten etap uzupełniony jest nauką szeregu werbalnych i niewerbalnych umiejętności w komunikowaniu się z innymi ludźmi.

---

---

Ważne jest, aby pacjenci biorący udział w treningu posiadali zdolność do konstruktywnego udziału w sesjach trwających około godziny, co wymaga sporej zdolności koncentracji uwagi, a także współdziałania. Ponadto ważne jest, aby grupa składała się z osób o podobnym poziomie możliwości poznawczych. Po pierwsze zatem należy zadbać, aby byli to pacjenci, którym aktualne objawy psychotyczne lub inne zaburzenia funkcji poznawczych nie uniemożliwiają koncentracji uwagi podczas zajęć. Po drugie - pacjenci przystępujący

do treningu powinni być, choć w pewnym stopniu, zainteresowani ćwiczeniem proponowanych umiejętności. Uczestnicy treningu mogą być pacjentami psychiatrycznych oddziałów całodobowych i dziennych, przychodni rejonowych oraz poradni zdrowia psychicznego.

Zajęcia treningowe przebiegają według ściśle określonego schematu:

---

---

**1. Wprowadzenie.** Polega na przypomnieniu pacjentom celu zajęć i korzyści płynących z uczenia się metody rozwiązywania problemów.

**2. Pokazanie scenki, która przedstawia konkretny, jasno określony problem.** Jeżeli istnieje możliwość posłużenia się taśmą video, pacjenci oglądają scenkę na ekranie. Jeśli nie, koterapeuci mogą odegrać scenkę sami. Warto w miarę możliwości posługiwać się nagraniami video, gdyż zwiększa to neutralność pokazywanego problemu, ułatwia przyjrzenie mu się. Poza tym korzystanie z video ułatwia sprawne prowadzenie zajęć.

**3. Pytania dotyczące spostrzegawczości pacjentów.** Zadaniem uczestników treningu jest w tym etapie dokładne przyjrzenie się sytuacji pokazanej w scenie. Pomocą są pytania zadawane przez trenera, dotyczące uczestników sytuacji, treści rozmowy, ważnych szczegółów itp.

**4. Opisanie problemu.** Pacjenci definiują problem, zastanawiając się jaki jest cel osoby, która znalazła się w trudnej sytuacji oraz jakie napotkała przeszkody. Chodzi tutaj o to, aby pacjenci nauczyli się opisywać trudne sytuacje w kategoriach celu i przeszkody, co ułatwia późniejsze uporanie się z problemem. Można posłużyć się równaniem:

**PROBLEM = CEL + PRZESZKODA**

**5. Szukanie wszystkich możliwych rozwiązań.** Pacjenci proponują najrozmaitsze rozwiązania problemu. W tym etapie nie myślą jeszcze o konsekwencjach poszczególnych rozwiązań. Odrzuca się jedynie rozwiązania, które mogą inną osobę szczególnie zranić lub dotknąć. Po-

daje się pacjentom sposoby szukania pomysłów poprzez np. przypomnienie sobie podobnych przeżytych przez nich samych lub zaobserwowanych wcześniej sytuacji.

6. **Ocenienie poszczególnych rozwiązań.** Każde proponowane rozwiązanie jest na tym etapie oceniane pod kątem jego pozytywnych i negatywnych konsekwencji. Pacjenci proszeni są o wymienienie kolejno plusów i minusów każdego rozwiązania. Podkreśla się, że owe plusy i minusy mogą dla każdego być nieco inne.
7. **Wybór rozwiązania najlepszego.** Każdy z uczestniczących w treningu pacjentów, po porównaniu plusów i minusów, wybiera rozwiązanie jego zdaniem najlepsze. Mogą to być też np. dwa połączone rozwiązania. Istotny jest tu podział na trzy typy rozwiązań: bierne, stanowcze i agresywne.
8. **Wprowadzanie w życie wybranych rozwiązań.**

Każdy pacjent powinien na koniec odegrać z koterapeutą lub innym pacjentem scenkę, w której pokaże, jak wykonałby wybrane przez siebie rozwiązanie. Zwraca się tu uwagę na elementy werbalne i niewerbalne takie jak:

  - treść wypowiedzi
  - postawa ciała
  - kontakt wzrokowy
  - ekspresja twarzy
  - ton głosu
  - głośność mowy
  - płynność wypowiedzi.
9. **Zadanie domowe.** Aby nabyte umiejętności nie kojarzyły się pacjentom wyłącznie z salą treningową i aby ułatwić im stosowanie w życiu metody rozwiązywania problemów, przydziela im się pod koniec zajęć zadania domowe. Polegają one na tym, że każdy pacjent ma za zadanie bądź przećwiczyć jeden z etapów w domu, bądź przygotować własny problem itp. Na omówienie realizacji zadań domowych poświęca się początek kolejnych zajęć.

z przyswojeniem tego sposobu pracy. Czas trwania i liczba spotkań w tygodniu jest dość dowolna. Za optymalne przyjmuje się spotkania godzinne raz, lub lepiej dwa razy w tygodniu. Pacjentom jest trudno dłużej niż przez godzinę koncentrować się - jeśli konieczne jest, aby zajęcia były dłuższe, należy je podzielić na dwie części organizując w środku krótką przerwę. Spotkanie dwa razy w tygodniu jest najkorzystniejsze, gdyż pacjenci nie zapominają przebiegu poprzednich zajęć, a także nie są przeciążeni nadmierną ilością materiału.

W zasadzie trening został przewidziany dla niewielkich, 6-8 osobowych grup, choć można go także stosować indywidualnie, np. z pacjentami nie przygotowanymi do pracy w grupie. Prowadzenie treningu w małej grupie jest korzystne, ponieważ pacjenci mogą udzielać sobie wzajemnych informacji zwrotnych, modelować omawiane zachowania. Należy pamiętać, aby liczba uczestników nie była zbyt duża, gdyż wtedy niemożliwy jest aktywny udział wszystkich uczestników zajęć.

Prowadzący zajęcia treningowe musi w sposób żywy i ekspresyjny pobudzać aktywność pacjentów i wzmacniać ich najmniejsze nawet postępy. W treningu obowiązuje zasada udzielania wielu pochwał i korygowania błędów w sposób konstruktywny (np. "znakomicie opisywałeś osoby występujące w scenie. Jesteś naprawdę spostrzegawczy. Czy zauważyłeś także, że mężczyzna w scenie był dość nieuprzejmy?"). Trener musi stanowić także oparcie dla uczestników, zachęcać ich do wzajemnego wspierania się, może posługiwać się humorem. Jeśli chce, aby pacjenci byli zaangażowani w to co robią, musi sam być rzeczywiście zaangażowany. Ważne jest, aby prowadzący starał się o życzliwą i ciepłą atmosferę podczas zajęć oraz traktował pacjentów z poszanowaniem ich indywidualności i własnego zdania. Musi być bardzo cierpliwy, powtarzać pytania i wskazówki tak długo, jak jest to konieczne, posuwać się małymi krokami, tak aby pacjenci

---

Na opisany wyżej schemat, składający się z 9 etapów jedno zajęcia mogą nie wystarczyć. Można więc rozłożyć pracę nad jednym problemem na dwa lub więcej zajęć, zwłaszcza na początku, gdy pacjenci mogą mieć kłopoty

wynieśli rzeczywistą korzyść z odbywanych zajęć.

Dobrze jest, gdy w zajęciach uczestniczy koterapeuta. Może on być pomocny w odgrywaniu scenek, obsłudze sprzętu, a także być wsparciem dla trenera, zwłaszcza początkującego, poprzez obserwowanie i komentowanie przebiegu zajęć.

Spotkania treningowe prowadzone w życzliwej, nieformalnej atmosferze mogą stać się same w sobie atrakcyjne dla pacjentów. Można stosować dodatkowe zabiegi motywujące do aktywnego uczestnictwa, np. podawać herbatę, przyznawać pewne nagrody za aktywność.

W skrypcie dla trenera można znaleźć 10 przykładowych scenek przedstawiających sy-

tuacje trudne, nad którymi można pracować przez kolejne zajęcia. Z początku dobrze jest rozbić pracę nad każdym problemem na co najmniej trzy zajęcia. Gdy wszystkie przykłady sytuacji trudnych zostaną wyczerpane, terapeuta może uznać, że warto zająć się innymi problemami zaproponowanymi przez pacjentów. Oczywiście konieczna jest do tego zgoda pacjenta, a problem powinien spełniać warunki opisywane w kategoriach celu i przeszkody.

Prezentowany, z konieczności skrótowy, model prowadzenia treningów umiejętności społecznych jest, dzięki szczegółowej instrukcji dla terapeutów, niezwykle prostą metodą do zastosowania we wszystkich warunkach leczenia psychiatrycznego.

*Adres: Dr Joanna Meder, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN,  
Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa.*

## ANEKS

### KARTA ZADANIA DOMOWEGO

Wybierz dowolną osobę z otoczenia i rozpocznij z nią towarzyską rozmowę. Po odbyciu tej rozmowy wypełnij ten arkusz.

1. Gdzie miała miejsce ta rozmowa?.....

2. Z kim rozmawiałeś?.....

3. Jakie tematy poruszałeś w tej rozmowie?

a) .....

b) .....

c) .....

4. O jakich szczegółowych tematach mówiłeś przy każdym z tych tematów?

temat główny

tematy szczegółowe

a)

b)