

ZAWODOWE CZASOPISMO DLA PSYCHOLOGÓW I PSYCHOTERAPEUTÓW  
NR 3/2018 (09) NR ART. 468309 MAJ/CZERWIEC 2018 CZASOPISMO DOSTĘPNE W PRENUMERACIE

# Psychologia

w praktyce

*Neopotrzeby  
w uzależnieniach*

*Nowe  
technologie  
w terapii zaburzeń snu*

*Uzależnienia  
w perspektywie  
psychogenealogii*

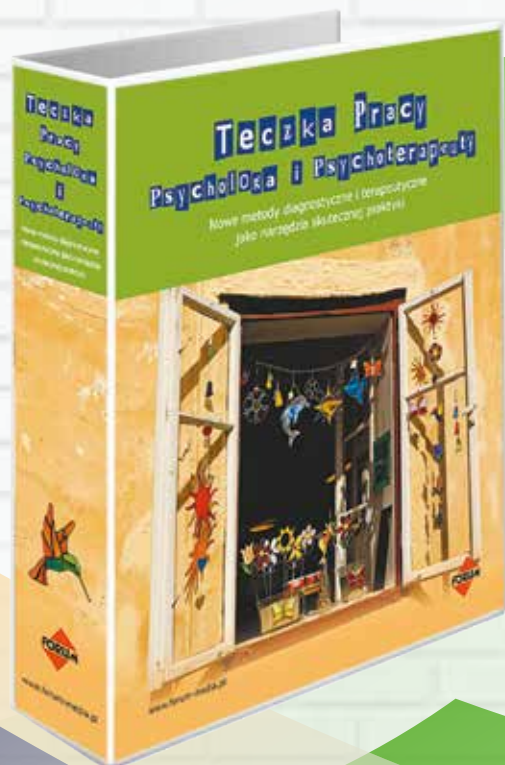
*Narcystyczna  
osobowość  
naszych czasów –  
odmienne spojrzenie na narcyzm*

TEMAT NUMERU:

# UZALEŻNIENIA

**Unikatowe i przełomowe narzędzia terapii psychologicznej na światowym poziomie!**

**Poznaj publikację**



## Teczka pracy psychologa i psychoterapeuty

Nowe metody diagnostyczne i terapeutyczne jako narzędzia skutecznej praktyki

Zmiany funkcjonowania psychospołecznego, wynikające z ofensywnego rozwoju technologii i wszechobecności mediów, nie mogą pozostać bez wpływu na kształt procesu terapeutycznego.

Stanowi to wyzwanie dla specjalistów, którzy już teraz muszą reagować, aby realnie pomagać ludziom. Niezbędne jest nowoczesne spojrzenie na metody diagnozy i terapii, a przede wszystkim konkretne rozwiązania zdolne sprostać specyficznym realiom pracy każdego psychologa i psychoterapeuty.

Z tego powodu zaprosiliśmy ekspertów praktyków z kraju i ze świata do stworzenia zbioru materiałów, które będą stanowiły unikatowy i kompletny warsztat pracy.

### 3 CECHY, KTÓRE WYRÓŻNIAJĄ TECZKĘ PRACY PSYCHOLOGA I PSYCHOTERAPEUTY:

#### Praktyczność w każdym aspekcie

Przedstawiamy 100 przypadków, pogrupowanych wg zaburzeń w oparciu o klasyfikację OCDX, które rozpatrujemy w ujęciu od diagnozy, poprzez terapię, z uwzględnieniem prewencji nawrotów.

#### Nowatorskie podejście

Zaopatrujemy Państwa w autorskie plansze do pracy, przykładowe ćwiczenia i gry terapeutyczne w charakterze konkretnych wskazówek do pracy w najbardziej nietypowych sytuacjach terapeutycznych.

#### Aktualne światowe standardy

Stawiamy na współczesne realia pracy w gabinecie i odkrywamy warsztat pracy specjalistów nie tylko z Polski, ale i ze świata.

### W gronie autorskim znaleźli się między innymi:



Joanna Flis



Izabela Gołębiewska



Sabina Sadecka



Eryk Ottarzewski



Barbara Tyboń

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



# Drogie Czytelniczki i Drodzy Czytelnicy!

Jest maj 2018 roku. Jasno, zielono, słonecznie, jak co roku o tej porze. W tę majówkę odwiedzam królewski pomarańczowy Amsterdam i okoliczne miasteczka. Łódzeczki wypełnione zakochanymi parami i przyjaciółmi kołuszają się na pasemkach wody otulających przyjazną architekturę pełnych światła domów. Zaraz za miastem tulipanowe pola. Tysiące gatunków i kolorów. Niewyobrażalny zapach ziemi i trawy, właśnie po pierwszym koszeniu. Kwitnące jabłonie i grusze, kosze pełne świeżych szparagów. I jedno z najbardziej liberalnych miejsc na świecie. Nie wyobrażam sobie lepszego klimatu do spotkania z Państwem, żeby zaprosić do lektury majowego numeru magazynu „Psychologia w Praktyce”. Zwłaszcza, że tematyka tego wydania skupia się na tym, co każdemu człowiekowi w jakimś stopniu, na którymś z etapów życia pojawia się w postaci pytania: czy ja nie jestem uzależniona/uzależniony? Od podróżowania, pracy, internetu, kawy, seksu, muzyki itp. itd.?

Jakie jest psychologiczne podłoże uzależnień? Czy każdy jest od czegoś uzależniony? Jak działa mechanizm uzależnienia? Jak go zidentyfikować i poradzić sobie? Większość ludzi boryka się z ukrytymi uzależnieniami. Inni jawnie przyznają, że „nie potrafią bez tego czegoś funkcjonować”. Niektórzy poważnie chorują, będąc uzależnionymi od alkoholu, narkotyków, leków. Uzależnienie może powodować przejściowe uspokojenie, poczucie kontroli, bezpieczeństwa lub przynależności, może dawać wytchnienie od napięcia lub bólu, ale niestety, w większości przypadków w przeciwieństwie do upragnionego efektu, niszczy ciała, umysły, relacje i życie ludzi. Dlatego tematem tym zajmujemy się w sposób szczególny – udostępniając użyteczny przegląd badań, analizy przypadków i sposobów pracy.

W numerze prezentujemy także m.in. dylematy i trudności w pracy terapeuty wynikające z trudności pacjenta oraz narcystyczną osobowość naszych czasów, w postaci przeglądowego i opartego na najnowszych wynikach badań naukowych artykułu pani profesor Ireny Pilch, traktującego o tym, dlaczego narcyzm jest w centrum zainteresowania naszych pacjentów, klientów, pracodawców i pracowników oraz o tym, w jaki sposób relacja z osobą narcystyczną wpływa na funkcjonowanie jej najbliższego otoczenia.

Serdecznie zapraszamy do lektury i dzielenia się swoimi refleksjami!

Z serdecznymi pozdrowieniami

dr hab. prof. nadzw. Agnieszka Wilczyńska  
redaktor prowadząca

## Psychologia w praktyce

### WYDAWCA & REDAKCJA

Forum Media Polska Sp. z o.o.  
Sąd Rejonowy Nowe Miasto i Wilda  
w Poznaniu VIII Wydział Gospodarczy KRS  
KRS nr 0000037307  
NIP 781-15-51-223  
Kapitał zakładowy: 300 000,00 zł

### ADRES REDAKCJI

ul. Polska 13, 60-595 Poznań

### PREZES ZARZĄDU

Magdalena Balanicka

### DYREKTOR WYDAWNICZY

Radosław Lewandowski

### REDAKTOR NACZELNA

Edyta Żmuda

### REDAKTOR PROWADZĄCA

dr hab. prof. nadzw. Agnieszka Wilczyńska

### SEKRETARZ REDAKCJI

Roksana Czeszejko-Sochacka

### NADZÓR GRAFICZNY

Edyta Żmuda

### KOORDYNATOR WYDAWNICZY

Klaudia Stanisławiak-Kurdzieko

### DZIAŁ OBSŁUGI KLIENTA/PRENUMERATA

e-mail: bok@forum-media.pl  
tel. 61 66 55 800, faks: 61 66 55 888

### REKLAMA

Anna Miklaszewicz, tel. 601 272 556  
anna.miklaszewicz@forum-media.pl

### MARKETING I PROMOCJA

Maria Oseseck  
maria.oseseck@forum-media.pl

### SKŁAD I ŁAMANIE

Michał Hojnacki

### DRUK I OPRAWA

Paper & Tinta

### NAKLAD

6000

### SERWISY ZDJĘCIOWE

Dreamstime.com, Thinkstockphotos.com,  
Fotolia.com, Unsplash.com

Znajdziesz nas na



## temat numeru

Narcystyczna osobowość naszych czasów –  
odmienne spojrzenie na narcyzm..... 4

Neopotrzeby w uzależnieniach, według koncepcji Joyce McDougall,  
a korektywna rola społeczności terapeutycznej..... 8

O klientach nadmiernie skupionych na swoim zdrowiu.  
Perspektywa terapii akceptacji i zaangażowania..... 14

Pacjent trudny w relacji psychoterapeutycznej..... 18

## metody terapii

Podejście pustości jako praktyka zmiany postrzegania..... 24

Bezsenne noce, czyli dlaczego senność nie przychodzi?..... 30

Praca z przeniesieniem w terapii uzależnień  
w kontekście analizy transakcyjnej..... 34

## studium przypadku

Słaba płeć, mocne picie, uzależnienie od alkoholu u kobiet..... 38

O moich trudnościach w pracy z osobami uzależnionymi..... 44

Uzależnienia w perspektywie psychogenealogii ..... 48

## nowości w psychologii

Terapia na wyciągnięcie ręki..... 53

O możliwościach wyboru i poszukiwaniu  
własnej drogi po skończeniu studiów psychologicznych,  
czyli co absolwent szkoły średniej i student pierwszego roku  
psychologii powinien wiedzieć? ..... 57

## współpraca z ...

Odtruj umysł! Walka z uzależnieniem w buddyjskim klasztorze ..... 64

*W całym  
naszym  
poszukiwaniu  
jedyną  
rzeczą, którą  
odnaleźliśmy  
i która  
powoduje,  
że ta cała  
pustka jest do  
zniesienia,  
jesteśmy my  
nawzajem.*

**Carl Sagan**

**24**

Pomóż uczniom zrozumieć przeżywane przez nich emocje

Publikacja poświęcona jest zagadnieniom z zakresu psychoedukacji:

**Literka.pl** PORTAL DLA NAUCZYCIELI

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

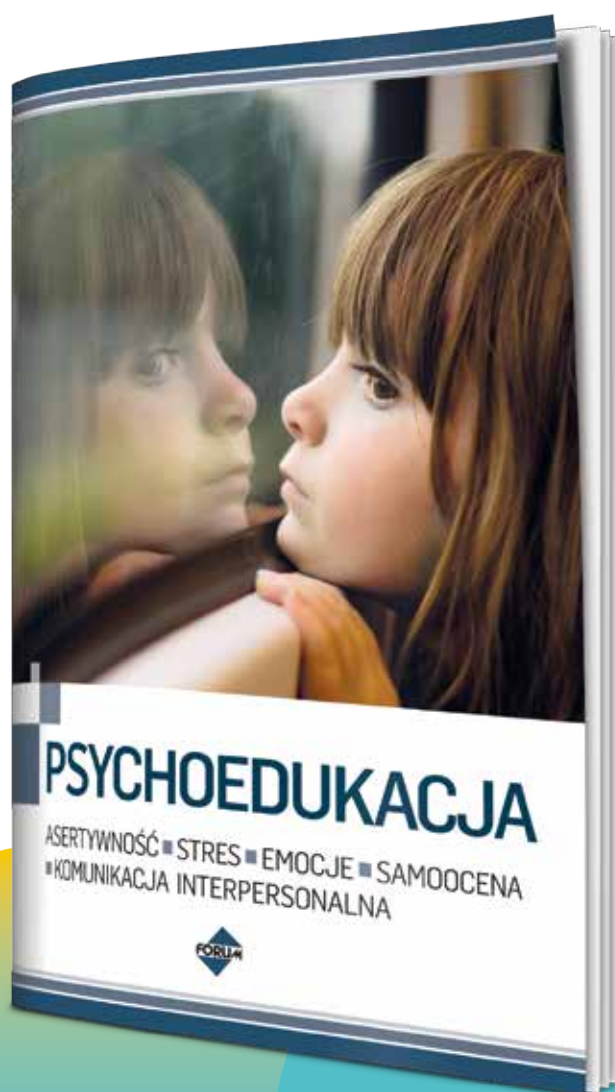
komunikacji interpersonalnej

asertywności

stresowi

emocjom

samoocenie



dr hab. Irena Pilch

# Narcystyczna osobowość naszych czasów

o d m i e n n e s p o j r z e n i e n a n a r c y z m

Na obrazie Caravaggia piękny młodzieniec wpatruje się w swoje odbicie w wodzie. Jest szaleńczo zakochany, lecz nie zazna miłosegno spełnienia. Jego tragiczny los jest przestrogą dla zapatrzonych w siebie egocentryków, niezdolnych do odwzajemnienia uczucia, nieczułych na potrzeby innych. Mit o Narcyzie, zakochanym w wyidealizowanym obrazie własnej osoby, jest znanym, metaforycznym odzwierciedleniem osobowości narcystycznej, która obecnie uważana jest – zależnie od punktu widzenia – za jedno z częstych zaburzeń osobowości lub też za dominujący typ osobowości, za którym podąża strategia dobrze dopasowana do wyzwań współczesności. W tym artykule skoncentruję się na drugiej z powyższych możliwości. Narcyzm – ujmowany jako jeden z elementów tzw. „ciemnej triady” cech osobowości – może być charakteryzowany jako stosunkowo najmniej awersyjny rodzaj strategii ewolucyjnej opartej na eksploatacji i manipulacji interpersonalnej.

## **NARCYZM JAKO ZABURZENIE – KLINICZNE UJĘCIE**

Narcyzm charakteryzuje osobę zaabsorbowaną sobą, próżną, z nadmiernym poczuciem własnej ważności, wyjątkowości i wyższości, czemu towarzyszy poczucie wyjątkowych uprawnień, roszczeniowość i arogancja. Inni ludzie traktowani są instrumentalnie i wykorzystywani są w celu utrzymania nierealistycznego obrazu siebie. W teoriach psychoanalityków (m.in. Freuda, Kernberga i Kohuta) możemy odnaleźć konkurencyjne wobec siebie ujęcia narcyzmu, w których źródłem problemu poszukuje się we wczesnych doświadczeniach dziecka – w zaburzonych relacjach z rodzicami (opiekunami). Kolejne koncepcje rozpatrywały narcyzm w oderwaniu od psychoanalitycznego paradygmatu, nadal jednak koncentrując się na negatywnych aspektach funkcjonowania osoby narcystycznej oraz ich wczesnodziecięcych uwarunkowaniach. Narcyzm kliniczny traktowany jest jako poważne zaburzenie, będące niejednokrotnie wyzwaniem dla terapeuty. Współcześnie narcystyczne zaburzenie osobowości nie jest ujmowane jako odrębne w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10, natomiast taksonomia DSM-V formułuje kryteria diagnozy: poczucie własnej wielkości (manifestujące się w zachowaniu lub w fantazjach), potrzeba bycia podziwianym, brak empatii. Z czasem badacze byli coraz bardziej świadomi tego, że narcyzm nie jest pojęciem jednorodnym. Ta heterogeniczność znalazła odbicie w próbach rozróżnienia odmiennych typów lub aspektów narcyzmu: zdrowego i patologicznego, jawnego i ukrytego, nadwrażliwego i wielkościowego, indywidualnego i grupowego. Powyższe klasyfikacje w różnym stopniu nakładają się na siebie, co dodatkowo potęguje chaos terminologiczny.

## **NARCYZM JAKO CECHA – NIEKLINICZNE UJĘCIE**

Rozpatrywanie narcyzmu jako zaburzenia nie jest jedyną możliwością. Z perspektywy psychologii osobowości narcyzm jest uniwersalnym wymiarem osobowości, a więc – jako cecha – jest właściwością względnie stałą w ciągu życia, mierzalną, przyjmującą za continuum wartości od niskich do wysokich, a w populacji rozkład normalny. Nie ma też punktu odcięcia, powyżej którego jednostka byłaby charakteryzowana jako „narcystyczna”. W tym ujęciu możliwe jest badanie dwóch form narcyzmu: wielkościowego (grandiose) i nadwrażliwego (vulnerable). Obie te formy łączy zestaw narcystycznych właściwości: egocentryzm, zaabsorbowanie sobą, poczucie wyjątkowych uprawnień i wielkościowe fantazje, brak empatii, a także antagonistyczny stosunek do innych (nadmierne wymagania, arogancja, manipulacja, wykorzystywanie). Różnice między powyższymi formami narcyzmu są wyraźnie widoczne, gdy porównamy towarzyszące im cechy osobowości. Osoby z narcyzmem wielkościowym są eks-

trawertywne, zwykle stabilne emocjonalnie w sytuacjach ekspozycji społecznej, wierzące w siebie, dominujące, odporne emocjonalnie i sprawcze. Osoby z narcyzmem nadwrażliwym są introwertywne, neurotyczne, nieśmiałe, wrogie, bardzo źle znoszą krytykę, łatwo się wycofują i mają niską samoocenę. Narcyzm wielkościowy jest oceniany jako zdecydowanie bardziej korzystny dla jednostki i do pewnego stopnia sprzyjający adaptacji, jako że współwystępuje on ze wskaźnikami pozytywnego funkcjonowania, takimi jak wysoki subiektywny dobrostan, wysoka samoocena i brak symptomów depresji.

Jednak wysoka ocena osób z wielkościową formą narcyzmu często bywa traktowana jako „fałszywa maska” skrywająca niepewne, krucho i podatne na zranienie „ja”. Badacze próbowali uchwycić specyfikę narcystycznej samooceny, oczekując manifestacji tej dwoistości w postaci symptomów obserwowanych w badaniach, takich jak: chwiejność samooceny, poszukiwanie akceptacji, uzależnienie samooceny od aktualnej opinii innych ludzi lub rozbieżność pomiędzy samooceną jawną (deklarowaną, świadomą) a ukrytą (nieświadomą). Osoba narcystyczna miałaby stale stosować różnego rodzaju strategie, aby utrzymać nierealistyczny obraz siebie. Wbrew oczekiwaniom, wyniki badań nie zawsze potwierdzają, aby wysokiej samoocenie i dobremu samopoczuciu związanym z wysokim poziomem narcyzmu towarzyszyło którekolwiek z powyższych zjawisk. Natomiast dobrze udokumentowana jest teza, że narcystyczna wysoka samoocena jest tą cechą, która decyduje o pozytywnym związku narcyzmu wielkościowego ze wskaźnikami zdrowia psychologicznego i dobrostanu. Z kolei samoocena osób z narcyzmem nadwrażliwym jest w dużym stopniu zależna od opinii innych ludzi, stąd demonstrowana przez te osoby silna potrzeba uzyskiwania aprobaty.

## **NARCYZM JAKO ELEMENT „CIEMNEJ TRIADY” – NIEKLINICZNE UJĘCIE**

W początkach XXI wieku amerykańscy badacze Paulhus i Williams wprowadzili konstrukt „ciemnej triady” cech osobowości. Triada obejmuje trzy różne cechy (i związane z nimi strategie interpersonalne): narcyzm, makiawelizm i psychopatię. Ich wspólnym elementem jest egocentryczne nastawienie i tendencja do traktowania ludzi w sposób przedmiotowy – manipulowanie nimi, wykorzystywanie do własnych celów oraz pomijanie ich potrzeb i emocji. Osoby z dużym natężeniem „ciemnych” cech są nieugodowe, skłonne do łamania norm moralnych, przejawiają deficyty empatii i nie są zainteresowane nawiązywaniem związków opartych na zaufaniu i bliskości. Są to więc cechy niekorzystne i niepożądane – przede wszystkim z punktu widzenia osób z otoczenia społecznego „ciemnych” osobowości. Jednak jednocześnie – w tym ujęciu – stanowią one wyraz „normalnej” zmienności w obrębie osobowości.

***Osoby narcystyczne w kontaktach z innymi mogą być lekceważące, nieprzyjemne, roszczeniowe i napastliwe. Jednak bezpośrednia agresja pojawia się najczęściej w sytuacji, która jest uznana przez narcystyczną jednostkę za prowokację stwarzającą zagrożenie dla ego.***

Pozostaje kwestią otwartą, czy i na ile reprezentowane przez osoby z „ciemną triadą” strategie behawioralne mogą zapewnić im sukces w konkretnych warunkach środowiskowych. Można zauważyć, że w powyższym kontekście akcent został przesunięty z zainteresowania problemami narcystycznej (zaburzonej) jednostki na analizę specyficznych dla osoby narcystycznej sposobów zachowania oraz na ocenę ich skutków z perspektywy podmiotu i innych ludzi. To samo dotyczy psychopatii, która także ma kliniczny rodowód. „Ciemna triada” wzbudziła duże zainteresowanie badaczy, gdyż zdaje się dobrze uzupełniać dominujący obecnie, pięcioczynnikowy model osobowości, któremu zarzuca się, że niewystarczająco dobrze ujmuje cechy związane z negatywną stroną ludzkiej natury.

Narcyzm niekliniczny, rozpatrywany jako element „ciemnej triady”, definiowany jest najczęściej w sposób zgodny z opisem narcyzmu wielkościowego i rzadko w badaniach określa się dodatkowo narcyzm nadwrażliwy. Narcyzm, rozpatrywany na tle pozostałych „ciemnych” cech, pozwala w ciekawy sposób opisać specyfikę funkcjonowania narcystycznej jednostki. Tendencje wielkościowe i zainteresowanie autoprezentacją są właściwościami typowymi jedynie dla narcyzmu.

## **STRATEGIA EWOLUCYJNA**

Mimo że każda z „ciemnych” cech wywodzi się z innej tradycji badawczej oraz posiada wyraźną odrębność, konstrukt „ciemnej triady” – traktowany jako całość – został uznany przez biologów i psychologów ewolucyjnych za osobowościowe podłoże „oszukańczej” strategii ewolucyjnej, umożliwiającej wykorzystywanie partnera w sytuacji, gdy oszustwo jest piętnowane i karane. Z perspektywy osiągnięcia celu biologicznego (przetrwanie jednostki i sukces reprodukcyjny) reprezentowana przez osoby z „ciemną triadą” strategia „jastrzębia” (której istotą jest czerpanie zysków, zaspokajanie swych potrzeb i realizacja celów kosztem innych ludzi) może być adaptacyjna i równie skuteczna, jak przeciwstawna strategia „gołębia” (oparta na współpracy, wzajemności i poszanowaniu reguł). Zapewnia ona jednostkom z „ciemnymi” cechami dostęp do zasobów i umożliwia zdobywanie partnerów. Skuteczność „strategii oszusta” sprawia, że osoby predysponowane do jej stosowania zostawiają potomstwo, które także będzie ją stosowało, mimo braku społecznej akceptacji dla tej strategii („ciemne” cechy są bowiem w dużym stopniu odziedziczalne).

Zgodnie z ujęciem ewolucyjnym osoby narcystyczne (podobnie jak makiaweliści i psychopaci) powinny preferować tzw. szybką strategię reprodukcyjną, która polega na nawiązywaniu wielu krótkotrwałych związków romantycznych, rozbijaniu związków innych ludzi, niewierności i małym zainteresowaniu potomstwem. Taka strategia wydaje się dobrze dostosowana do osób uważanych za atrakcyjne społecznie, a jednocześnie zbyt zaabsorbowanych sobą, aby mogły bez problemu utrzymać długotrwałą relację i poświęcić się wychowywaniu dzieci. Jednak badania potwierdziły powyższe oczekiwania jedynie częściowo. Osoby narcystyczne zdają się stosować zarówno „szybką”, jak i „wolną” strategię reprodukcyjną, która polega na inwestowaniu w długotrwałe związki romantyczne i sprawowaniu opieki nad mniejszą liczbą potomstwa.

## **STRATEGIA INTERPERSONALNA**

Osoby z wysokim poziomem narcyzmu wielkościowego są atrakcyjne na początku znajomości, ponieważ są w stanie wywierać bardzo korzystne pierwsze wrażenie. Jednak ich koncentracja na sobie i antagonistyczne zachowanie sprawiają, że ich początkowa popularność zdecydowanie obniża się wraz z czasem trwania znajomości. To zjawisko obrazowo przedstawia model „ciasta czekoladowego” Campbella, porównujący relację romantyczną z narcyzmem do jedzenia ciasta. Na początku znajomość z narcystycznym partnerem jest ekscytująca – zdecydowanie „lepsza” niż początki miłości z partnerami nienarcystycznymi. Jednak z upływem czasu partner ujawnia wiele niepożądanych cech: jest kontrolujący, nieuczciwy i niezainteresowany dobrem „ukochanej” osoby. Podobnie jak po zjedzeniu czekoladowego ciasta, tak w kontakcie z osobą narcystyczną za chwilę wielkiej przyjemności partner narcyza płaci „niestrawnością” i rozczarowaniem. Dodatkowo za niską jakość długotrwałych związków osób narcystycznych odpowiadać mogą słabe potrzeby afiliacji i bliskości: osoba taka pragnie być podziwiana, lecz nie jest jej celem dążenie do intymności.

Osoby narcystyczne w kontaktach z innymi mogą być lekceważące, nieprzyjemne, roszczeniowe i napastliwe. Jednak bezpośrednia agresja pojawia się najczęściej w sytuacji, która jest uznana przez narcystyczną jednostkę za prowokację stwarzającą zagrożenie dla ego. Także manipulacja często służy wzmacnianiu „ja”, skupianiu na sobie uwagi, podwyższaniu statusu, zdo-



bywaniu aprobaty, podziwu i popularności, nie ma natomiast na celu krzywdzenia innych ludzi.

## NARCYSTYCZNY SZEF, NARCYSTYCZNY PRACOWNIK

Osoby o wysokim poziomie „ciemnych” cech mogą być źródłem problemów w zakładach pracy. Badania pokazują, że wraz ze wzrostem poziomu narcyzmu pracowników rośnie liczba zachowań niepożądanych, takich jak mobbing, konflikty, agresja oraz różnego typu nieetyczne działania. Przemoc w tym wypadku pojawia się zwykle jako odpowiedź na prowokację spostrzeganą jako zagrożenie. Narcystyczny pracownik angażuje się mocno w działania autoprezentacyjne, autopromocyjne, tworzenie sojuszy, zdobywanie przychylności przełożonego, a także ignoruje negatywne informacje zwrotne i nie uczy się na błędach. Nie znaczy to jednak, że jest on zawsze nieproduktywny. Badania wykazały, że w przypadku narcystycznego pracownika wyniki pracy będą lepsze, gdy zadania wykonywane będą publicznie oraz gdy zadania nie wymagają utrzymywania bliskich relacji z ludźmi. Z kolei zachowania obywatelskie w organizacji (czyli takie, które są korzystne dla organizacji, jednak nie są wprost nagradzane, np. dzielenie się informacjami) pojawiają się u takiego pracownika jedynie po to, by wywierać pozytywne wrażenie na innych.

Związek pomiędzy narcyzmem a przywództwem wydaje się oczywisty, jako że osoby narcystyczne spostrzegają zwykle siebie jako naturalnych przywódców i faktycznie często nimi zostają, są także zmotywowane do walki o kierownicze stanowiska w firmach. Liczne badania pokazały zarówno pozytywne, jak i negatywne strony narcystycznego przywództwa. Narcyzm jest powiązany z charyzmą i umiejętnościami społecznymi, które umożliwiają skuteczne wywieranie wpływu, a także z podejmowaniem ambitnych celów i pobudzaniem twórczości grupowej. Jednocześnie osoby narcystyczne są skłonne do wykorzystywania innych, nieetycznych zachowań oraz podążania „na skróty” w drodze do celu, a jakość ich relacji z ludźmi jest niższa. Badania dyrektorów najwyższego szczebla pokazały, że przywódcy narcystyczni podejmują śmielsze decyzje, wprowadzają większe zmiany organizacyjne, stosują bardziej ryzykowne strategie, wskutek czego ich firmy mogą osiągać zarówno duże zyski, jak i duże straty, jednak średnio – w porównaniu z innymi – firmy te nie mają ani lepszych, ani gorszych wyników. Reasumując, skutki narcystycznego przywództwa są zróżnicowane i w dużej mierze zależą od kontekstu.

## NARCYZM A KULTURA WSPÓŁCZESNA

Badania wykazały, że cechy narcystyczne nie muszą być przeszkodą w osiągnięciu sukcesu, co skłania do przypuszczeń, że te pozytywne dla osób narcystycznych re-

zultaty wynikają z tego, że badane były jedynie osoby z grupy tzw. osób narcystycznych „dobrze funkcjonujących”. Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że najczęściej stosowanym narzędziem była skala NPI, która została utworzona zgodnie z kryteriami zaburzenia narcystycznego i jest obecnie uważana za podstawowe narzędzie pomiaru wielkościowej formy narcyzmu w populacji nieklinicznej. Może więc zmiany zachodzące w kulturze są odpowiedzialne za to, że strategia narcystyczna jest skutecznie kształtowana i promowana? Wielu badaczy mówi wręcz o epidemii narcyzmu w nowoczesnych społeczeństwach zachodnich. Sprzyja jej indywidualizm i konsumpcjonizm, metody wychowawcze – nadmiernie permissywne i wzmacniające w dzieciach poczucie wyjątkowości oraz zaszczepiające przekonanie o posiadaniu „prawa” do osiągnięcia sukcesu, a także media społecznościowe i kult celebrytów rozbudzające pragnienie sławy. Być może strategia narcystyczna staje się obecnie nie tylko częstsza, lecz także skuteczniejsza.

Współczesną nam epidemię narcyzmu wielkościowego trudno uznać za zjawisko korzystne. Jednak – patrząc z punktu widzenia psychologii ewolucyjnej – przewagę zdobyła ta spośród „ciemnych” strategii, która jawi się jako stosunkowo najmniej toksyczna i stosunkowo najbardziej elastyczna. Argumentów dostarczają badania wskazujące na to, że osoby z narcyzmem traktowanym jako cecha mają możliwość (choć ograniczoną) utrzymywania długotrwałych związków, osiągania sukcesów w pracy zawodowej (gdy warunki temu sprzyjają), jak i doświadczania wysokiej jakości życia. Niemniej jednak – jeżeli uznamy, że nowe badania rysują nieco bardziej optymistyczny obraz „normalnego” narcyzmu, rozpatrywanego z punktu widzenia narcystycznych jednostek – to ów optymizm w żadnym stopniu nie dotyczy sytuacji, w jakiej znajdują się ich życiowi lub zawodowi partnerzy.

### Bibliografia:

1. Bazińska, R., Drat-Ruszczak, K. (2000). *Struktura narcyzmu w polskiej adaptacji kwestionariusza NPI Raskina i Halla*. „Czasopismo Psychologiczne”, t. 6, 3–4, 171–188.
2. Campbell, W. K., Hoffman, B. J., Campbell, S. M., & Marchisio, G. (2011). *Narcissism in organizational contexts*. "Human resource management review", 21 (4), 268–284.
3. Czarna, A. (2008). *Narcyzm – z perspektywy 120 lat istnienia pojęcia*. [w:] P. Winięcki, R. Grzybek (red), *Wybrane problemy współczesnej psychologii*. s. 95–117. Wrocław: ATUT.
4. Jonason, P. K., Koenig, B. L., Tost, J. (2010). *Living a Fast Live. The Dark Triad and Life History Theory*. "Human Nature", 21, 428–442.
5. Paulhus, D. L., Williams, K. (2002). *The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy*. "Journal of Research in Personality", 36, 556–563.
6. Pilch, I. (2014). *Makiawelizm, narcyzm, psychopatia: ciemna triada jako próba opisania osobowości eksploatatora*. *Chowanna*, 2, 165–181.
7. Pilch, I., Hyla, M. (2017). *Narcissism and self-esteem revisited: The relationships between the subscales of the NPI and explicit/implicit self-esteem*. "Polish Psychological Bulletin", 48 (2), 264–278.

**dr hab. Irena Pilch** – pracuje na stanowisku profesora nadzwyczajnego w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Śląskiego. Jej zainteresowania naukowe obejmują zagadnienia na styku psychologii osobowości z psychologią kliniczną, społeczną oraz pracy i organizacji. Jest autorką i współautorką kilkudziesięciu artykułów naukowych, opublikowanych w czasopiśmie polskich i zagranicznych.

**Barbara Czekaj, Krzysztof Czekaj**

## **w uzależnieniach, według koncepcji Joyce McDougall, a korektywna rola społeczności terapeutycznej**

Na temat uzależnień już wiele napisano, a jednak podejście do rozumienia tego tematu, które przedstawia Joyce McDougall wydaje mi się szczególnie ciekawe i praktyczne. Autorka koncepcji jest psychoanalytyczką, choć jak zaznacza, nie radykalną wyznawczynią idei. Na pierwszym planie jest dla niej człowiek i jego sposoby przetrwania, poradzenia sobie z bólem, cierpieniem, lękiem. Jest daleka od piętnujących i redukujących określeń dotyczących objawów.

W ich powstawaniu widzi bogatą kreatywność wewnętrznego cierpiącego dziecka, które wytwarza różne formy psychiczne i różne zachowania w celu minimalizowania ryzyka wewnętrznego rozpadu i zniszczenia. Paradoksalnie pewne formy ratowania się mogą prowadzić ostatecznie do szkód zdrowotnych, a nawet śmierci (np. choroby psychosomatyczne, uzależnienia), ale nadal stanowią formy szukania ratunku.

Tak więc nawet, jeśli widzimy człowieka szkodzącego sobie używkami, można postrzegać tę sytuację jako najlepszą, na jaką stać osobowość w chwili obecnej, jeśli brać pod uwagę „wyposażenie” w takie, a nie inne mechanizmy obronne i sposoby radzenia sobie z życiem. Podobne obserwacje i intuicje mieli oczywiście także inni, np. E. J. Khantzian ze swoją koncepcją samoleczenia: narkotyki używane są w celu złagodzenia dolegliwości wynikających z innych, pierwotnych trudności o charakterze intrapsychicznym. Pełnią funkcję adaptacyjną, przystosowawczą.

Oto fragment z książki Joyce McDougall *Teatry ciała* s. 82: „Jeśli dziecku przeznaczono rolę jedyne go obiektu, który dostarcza matce libidinalnego i narcystycznego zaspokojenia, ryzyko wczesnego pojawienia się zaburzeń jest bardzo wysokie; można także spodziewać się załamania na późniejszym etapie – w obszarze dojrzewania – związanym ze zjawiskami przejściowymi opisanymi przez Winnicotta (1951/2011).

To z kolei predysponuje jednostkę do stworzenia tego, co nazywam patologicznym obiektem przejściowym lub nietrwałym/ulotnym obiektem (McDougall, 1982). Takimi obiektami stają się substancje uzależniające, uzależniające związki oraz perwersyjne i uzależniające zachowania seksualne. Wzorce uzależnień mają złagodzić konflikt i ból psychiczny, tak jak robiła to matka w okresie niemowlęctwa.

Są jednocześnie magicznymi próbami zapełnienia pustki świata wewnętrznego pozbawionego reprezentacji kojącej postaci macierzyńskiej oraz przywrócenia, choćby na pewien czas, prymitywnego ideału diady, w której nikną wszelkie przejawy afektywnego pobudzenia”.

Jeśli więc najbliższe opiekuńcze otoczenie nie potrafi przekształcać lęku, bólu, cierpienia fizycznego i psychicznego, czyli kontenerować i zwracać dziecku doświadczeń w strawnej dla niego postaci, dziecko zmuszone jest do rozpaczliwego szukania środków pomocnych do złagodzenia bólu związanego z wybrakowanym obrazem siebie, zagrożeniem utraty swoich granic lub wewnętrzną martwością.

W książce *Wiele twarzy Erosa* autorka pisze, czym jest według niej uzależnienie, tworząc koncepcję psychicznej struktury uzależnień. „Etimologia słowa uzależnienie wiąże się z niewolą (addict – w języku angielskim odnosi się do słowa łacińskiego addictus – „przekazany”, co odnosiło się do ludzi sprzedanych w niewolę za długi). Choć osoba uzależniona może czuć się niewolnikiem nikotyny, alkoholu, jedzenia, narkotyków, innych ludzi, to owe przedmioty nie są celem jej dążeń. Uzależniony przeżywa przedmiot uzależnienia jak coś u podstawy „dobrego”, a pogoń za owym przedmiotem czasem nadaje jego życiu sens.

Psychiczna ekonomia leżąca u podłoża uzależnień ma rozpraszać uczucia lęku, złości, przygnębienia, poczucia winy czy też dowolne inne stany uczuciowe prowadzące do nieznośnego psychicznego napięcia. Takie napięcie może wynikać także z przyjemnych afektów wywołujących podniecenie bądź ożywienie, doświadczanych jako zakazane czy nawet niebezpieczne (...).

Gdy ktoś już stworzy bądź odkryje uzależniające zachowanie lub substancję, kiedy tylko występuje potrzeba, reguluje za ich pomocą przeżycia emocjonalne, choćby na krótko”. Narkotyk, słodycz, seksualny partner i inne uzależnieniowe zachowania pomieszczają też niebezpieczne, uszkodzone aspekty uzależnionej osoby, która jednocześnie zdobywa iluzoryczne poczucie władzy i kontroli nad nimi. Tworzy z sybystytutem relację „lecniczą”, „naprawczą”, obiekty te pełnią rolę brakujących lub uszkodzonych introjektów rodzicielskich, z którymi można tworzyć kruchą, ale jednak więź, która jest w „rękach” uzależnionego – jest

zawsze dostępna, gdy jej potrzebuje. Człowiek znajduje i kreatywnie rozwija NOWE sposoby zaspokajania swoich potrzeb, nawet jeśli nazwiemy je chorobą. Tak, powstaje – na przykład – nowa potrzeba szukania narkotyku, dzięki czemu nie odczuwamy pierwotnego przerażenia, odrzucenia, bólu czy martwoty wewnętrznej.

Obserwując osoby uzależnione od nikotyny, słodczy, a więc wiele osób w swoim otoczeniu, można zauważyć sięganie po te „obiekty” jak po zastalonę dymną, bowiem rozpraszają nam one część świata wewnętrznego. Robimy to nie po to, by się zatruwać i sobie szkodzić, lecz przyswieca nam złudne przekonanie, że gdy zaraz „to coś” zażyjemy, zjemy czy posiadzimy, pocujemy się lepiej lub łatwiej będzie przetrwać daną chwilę czy sytuację.

## JAKIE SĄ ŹRÓDŁA UZALEŻNIENIA?

Tu warto sięgnąć do pojęcia „wystarczająco dobrej matki” (Winnicott), która jest z niemowlęciem w jego pierwszych miesiącach życia w bardzo ścisłym (zazwyczaj) kontakcie fizycznym i psychicznym.

W tej całkowicie zależnej sytuacji niemowlę nie ma wyjścia, jak tylko przyjmować wszystkie projekcje matki kierowane w jego kierunku. Matka bywa więc przeżywana również jako obiekt prześladowczy.

Rozwój dziecka zaczyna zależeć od tego, na ile projekcje, możliwości oraz ograniczenia emocjonalne matki (a potem i ojca) pozwolą dziecku na rozwijanie własnych możliwości radzenia sobie z napięciem i byciem samemu. Naturalnym etapem oddzielania się od matki jest faza obiektów przejściowych (kocyk, przytulanka i inne sposoby przechowywania w sobie obrazu opiekuńczego), dzięki czemu dziecko jest w stanie wytrzymać napięcie w ciele i emocjach.

Jeśli matka „nie pozwala” na to, używając dziecko do „rozgrywania” (zazwyczaj nieświadomego) własnych problemów emocjonalnych, dziecko nie będzie umiało samo ukoić się i zaopiekować sobą również w dorosłym życiu. Tak naprawdę to matka okazuje się w takiej sytuacji zależna od swojego dziecka, potrzebując go do utrzymania kruchej równowagi w swoim świecie psychicznym. Jednak to jej dziecko (piszę o matce, gdyż chodzi tu o bardzo wczesne fazy rozwoju, choć oczywiście figura ojca dziecka w życiu matki i dziecka jest też bardzo ważna) będzie musiało poradzić sobie z brakiem dobrych opiekuńczych obiektów w sobie i uwolnić się z relacji z „używającą” go matką. Na razie jednak będzie próbować zaradzić temu stanowi, szukając innych środków, które będą się nim „opiekowały” z zewnątrz, może więc zaistnieć konieczność odtwarzania relacji z matką, ale w formie zastępczej. Teraz „opiekować się” pacjentem będzie alkohol, nikotyna, narkotyki, partner, praca, jedzenie.

Jednak ponieważ tak naprawdę chodzi o wewnętrzną, psychiczną potrzebę, te zewnętrzne środki będą z czasem zawodzić. „Wybór” obiektu uzależniającego rzadko jest efektem przypadku. Wyobraźmy sobie, że proponujemy uzależnionej od papierosów osobie, by zastąpiła je heroiną, a osobie uzależnionej od heroiny, by zastąpiła ją pączkami. Z pewnością spotka nas zdumione spojrzenie osoby uzależnionej. Rodzaj uzależnienia ma związek z okresem rozwojowym, w którym nie udało się zintegrować pomocnych wewnętrznych obiektów. **Taki nieświadomy wybór świadczy o głębokiej potrzebie oraz nadziei na to, że jakaś substancja czy osoba pozwoli zachować stan niewrażliwości na ból. Uzależnieni „żywią” się narcystycznie substancjami czy ludźmi, nie potrafiąc samodzielnie poradzić sobie ze swoim wnętrzem lub sytuacją zewnętrzną.**

## UŻYWKI „ROZWIĄZANIEM”

Oczywiście „narkotyk” nie jest w stanie usunąć i rozwiązać dylematów, braków i konfliktów psychicznych na stałe, „trzeba” więc STALE do niego powracać. Tak jak sportykamy osoby zmagające się z problemami na różnych poziomach swojej osobowości, tak każda z nich może prezentować różny stopień nasilenia swojego problemu. Stąd niektórym uzależnionym wystarczy edukacja na temat zachowań szkodliwych, wsparcie w rezygnacji z używki i rozwijaniu innych, zdrowszych sposobów samouspokojania oraz radzenia sobie z emocjami. Wobec innych zaś niezbędne będzie zastosowanie leczenia w stacjonarnym ośrodku z długim programem leczenia (rocznym), a potem utrzymywanie kontaktu w ramach grup wsparcia, takich jak AA czy AN (Anonimowi Narkomani), która to grupa będzie protezą wewnętrznych braków (może to dotyczyć również osób głębiej zaburzonych osobowościowo), jak i przyjaznym środowiskiem wspierającym zmiany. Są też pacjenci związani z grupami wsparcia na wiele lat, nawet do końca życia i ma to dla nich głęboki sens.

## Z PRAKTYKI GABINETU

### SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA DZIAŁA NA WIELU PŁASZCZYZNACH

Przyjrzyjmy się teraz, co dzieje się z pacjentem, który trafia do ośrodka leczenia uzależnień, gdzie funkcjonuje społeczność terapeutyczna (ST). Jakie doświadczenia tam przeżyte mogą pomóc w przekształceniu nieadekwatnego, a często niszczącego, wewnętrznego

## NEOPOTRZEBY

Joyce McDougall wprowadza pojęcie „neopotrzeb”, by podkreślić, że rozwiązanie uzależniające jest próbą samoleczenia w sytuacji napięć przekraczających zdolność do ich znoszenia. Te stany można opisać jako poziomy osobowości, w których lokuje się takie napięcie:

- poziom neurotyczny, gdzie człowiek określa się w relacjach osobistych, seksualnych, zawodowych w stosunku do świata,
- poziom paranoidalno-depresyjny, gdzie zmagamy się z paraliżującym lękiem przed wewnętrzną zagładą,
- poziom lęków psychotycznych, gdzie spotykamy trudny do opisanego lęk przed rozpadem tożsamości.

obiekty opiekuńczego w wystarczająco dobrym obiekcie?

- Możemy traktować ST jako wystarczającą, dobrą matkę, która opiekuje się, ale i wymaga, troszczy się o swoich uczestników, jednocześnie stawia granice oraz uczy szacunku do wszystkich członków grupy. Jest bezpieczna i przewidywalna, nie niszczy, pozwala się rozwijać. Pomieszcza różne uczucia pacjentów – jest dobrym kontenerem. Bowlby odrzuca freudowską hipotezę umiejscawiającą etiologię uzależnienia w deprywacji fazy oralnej. Twierdzi, że przywiązanie ma charakter pierwotny i nie seksualność, lecz poczucie bezpieczeństwa jest tutaj kluczowe. Według niego narcystyczne i inne zaburzenia osobowości są wynikiem braku empatycznej reakcji ze strony rodziców, opiekunów, przyjaciół itd. Empatia terapeutów i uczestników ST będzie więc czynnikiem leczącym;
- ST to również okazja do trenowania własnej skuteczności, podejmowania decyzji, wchodzenia w różnorodne relacje. ST sprzyja nauce tolerowania frustracji bez zwracania się do używki „po pomoc”, czyli jest świetnym środowiskiem do poszerzania własnej sprawczości. Ważny jest tu czynnik modelowania (Bandura);
- W ST dochodzi też do zmiany podstawowych przekonań (Beck) w sposobach radzenia sobie z lękiem, nudą, stresem. Dla uzależnienia charakterystyczne są także przekonania dotyczące poczucia bezradności wobec głodu, „że jest zbyt silny, by go pokonać”,

co staje się samospełniającym proroctwem. Jest to częsty temat poruszany na spotkaniach społeczności. Nowe przekonania, takie jak: „Chciało mi się bardzo wrócić do brania... i nie wziąłem, przeżyłem to! Minęło i teraz już jest lepiej”, to ważne elementy zmiany.

Omówione wyżej założenia realizowane są w trakcie zwyczajnych, codziennych czynności, poddawanych jednak obserwacji, refleksji, korekcie i wsparciu. Codzienne wspólne funkcjonowanie jest źródłem wielu korygujących, jak i rozwijających osobowość doświadczeń.

## SPOŁECZNOŚĆ JAKO ZASTĘPCZY OBIEKT

Jako przykład tego typu oddziaływań może służyć Ośrodek Leczenia Uzależnionych „Szansa” w Pławniowicach koło Gliwic. Społeczność terapeutyczna funkcjonuje w różnych formach. Oprócz spotkań grupowych (cele organizacyjne, jak i tematyczne terapeutyczne) mają miejsce spotkania indywidualne z terapeutą (psychoterapia indywidualna). Pacjent ma również okazję doświadczać pewnych zadań i wyzwań, uzyskując potem informacje zwrotne na temat swojego funkcjonowania. Źródła licznych, korektywnych i konfrontujących z rzeczywistością doświadczeń to:

- Spotkania grupowe,
- SPOTKANIA SPOŁECZNOŚCI,
- SPOTKANIA PORANNE (rozpoczęcie dnia, plany, motywowanie),
- SPOTKANIA WIECZORNE (bilans dnia w zakresie obowiązków, sukcesów, porażek, relacji, informacje zwrotne),
- SPOTKANIA INTERWENCYJNE LUB OKOLICZNOŚCIOWE (sytuacje związane z konfliktami, zagrożeniem złamania abstynencji, inne niebezpieczne dla leczenia sytuacje lub kryzysy społecznościowe).

Pacjent pełni w ośrodku różne funkcje w trakcie leczenia. Te role społeczne, w które pacjent wchodzi w trakcie kolejnych etapów leczenia przy wsparciu i pomocy terapeutów, uczą odpowiedzialności za innych i rozwijają sprawczość pacjenta oraz wiele obszarów jego osobowości:

- prezes – odpowiedzialność za szeroki całonocny zakres funkcjonowania społeczności i innych funkcji,
- gospodarz domu,
- kierownik pracy,
- kierownik kuchni,
- kierownik ochrony (kontrola trzeźwości pacjentów),
- obsługa poszczególnych spraw „domu”: apteczkowy, narzędziowy, kasowy, rybkowy, kotowy i inne potrzebne w społeczności zadania.

## SPOŁECZNOŚĆ TERAPEUTYCZNA (ST)

Zanim jednak dokładniej opiszę formy i sytuacje umożliwiające transformację wewnętrzną pacjenta, przypomnę krótko, czym ona jest.

Społeczność terapeutyczna to fascynujący eksperyment społeczny, to jedno z najczęściej, najpowszechniej używanych na świecie narzędzi w terapii uzależnionych od środków psychoaktywnych.

ST jako metoda lecznicza osób uzależnionych została zastosowana w USA na początku lat 60. XX wieku (Daytop Village, Phoenix House). Od razu spostrzeżono, że jest to niesłychanie skuteczna forma pomocy. W Polsce prekursorzem tego typu działań był Marek Kotański

i jego pierwsza społeczność terapeutyczna w Głuskowie niedaleko Garwolina.

Opisanie sytuacji leczniczej w ST jest niesłychanie trudne, gdyż nie jest to typowa grupa psychoterapeutyczna, a jednak ma jej pewne cechy. Trudno tu obserwować proces grupowy, a jednak on zachodzi, a ponadto mieszają się różne porządki, np. porządek resocjalizacyjny i wychowawczy z porządkiem terapeutycznym. Współistnienie tych obszarów niesie za sobą zarówno potencjał, jak i trudności.

### Potencjał terapeutyczny społeczności jako „wystarczająco dobrej matki” to:

- szansa na korektę umiejętności interpersonalnych,
- nauka wyrażania swoich uczuć i rozpoznawania uczuć innych ludzi oraz adekwatnego reagowania na nie,
- doświadczenie swojego wpływu na otoczenie (poczucie sprawczości budujące poczucie wartości),
- być może najważniejsze – bycie w społeczności terapeutycznej, ze względu na długi w niej pobyt (około roku) jest szansą na korektywne doświadczenie bycia w „rodzinie zastępczej”. To znaczy:
  - jeśli lęk separacyjny był powodem zażywania narkotyków – ST może pomóc przekroczyć ten pro-

blem, pomagając w indywidualizacji ucząc innych sposobów zaspokajania potrzeb separacyjnych – nie za pomocą substytutów, ale poprzez wymianę „daję – dostaję” między uczestnikami grupy;

- jeśli zaniżona samoocena była jednym z czynników powstania uzależnienia, a więc narkotyki pełniły rolę kompensacyjną, życie w ST daje wiele różnych możliwości poprzez pełnienie rozmaitych ról i funkcji na jej podniesienie (Adler i inni);
- jeśli narkotyk traktowany był jak zastępczy obiekt rodzicielski, w relację z którym wchodzi osoba uzależniona, leczenie

w ST może stwarzać pacjentowi okazję do przeniesienia tych ambiwalentnych uczuć i pragnień na grupę społeczności i przepracowanie ich;

- jeśli weźmiemy pod uwagę, że dobra więź wpływa na neuroprzebieżność w mózgu, to doświadczenie wsparcia, empatii, zainteresowania ze strony ST prowadzi do korzystnych zmian w plastycznym mózgu (współczesna neuronauka). Badania pokazują, jak wielki wpływ na gospodarkę biochemiczną, np. na spadek liczby receptorów opioidowych i dopaminowych, ma oddzielenie od matki.

Brak znaczącej więzi wpływa na poziom serotoniny (nastroj), noradrenaliny (łękliwość, nadpobudliwość), oksytocyny (hormon miłości). Brak matki to stres, który powoduje chroniczne wysokie poziomy kortyzolu – odpowiada np. za skurczenie hipokampu (pamięć, przetwarzanie wspomnień) oraz wazopresyny (wysokie ciśnienie krwi).

Podatność na substancje psychoaktywne ma więc swoje zakorzenienie w mózgu, a doświadczenie przewidywalności otoczenia, całkowita abstynencja i systematyczność życia w ST prawdopodobnie stabilizują gospodarkę mózgową.

### Badania pokazują, że zmiany w mózgu wywołane przez narkotyki po podjęciu skutecznej abstynencji wycofują się:

- jeśli element autodestrukcji miał znaczenie w powstaniu uzależnienia, to pacjent projektując go na terapeutę czy ST i oczekując odrzucenia czy karaniami, odgrywa nieświadomy mechanizm znany mu

z relacji wczesnodziecięcych. W ST to zjawisko może być zauważone i omówione, a więc skorygowane przez społeczność;

- jeśli uszkodzenie więzi miało znaczenie w powstaniu uzależnienia

– ST może dostarczyć doświadczeń w tym zakresie i nauczyć odpowiadać na swoje potrzeby bliskości w sposób bardziej funkcjonalny niż sięganie po używkę.

## Czynniki leczące społeczności terapeutycznej według Kooymana:

- rodzina zastępcza – ST pełni taką rolę, oferując możliwość dojrzenia w bezpiecznym środowisku,
- filozofia społeczności – którą wszyscy mogą zrozumieć i zaakceptować,
- struktura terapeutyczna – daje bezpieczeństwo, jasne reguły, możliwość uczenia się na błędach,
- uczenie się poprzez społeczną interakcję – modelowanie,
- uczenie się poprzez pokonywanie kryzysów – kryzys jest tu szansą integracji na wyższym poziomie,
- autonomia i odpowiedzialność za własne zachowanie,
- internalizacja pozytywnego systemu wartości,
- konfrontacja od lęku przed krytyką do uznania własnych ograniczeń,
- uczenie się rozumienia i wyrażania emocji,
- zmiana obrazu siebie, wzrost samooceny,
- poprawa relacji z rodziną.

Terapia i codzienne życie jest zorganizowane w sposób jasny i przewidywalny dla pacjenta.

## ORGANIZACJA DNIA

służy uczeniu się integracji różnych obszarów życia, takich jak:

- ustalanie dyżurów kuchennych, porządkowych,
- organizacja opieki nad ogrodem,
- plany napraw koniecznych do codziennego funkcjonowania,
- przewidywanie czasu na twórczość własną,
- rozwiązywanie spraw osobistych,
- prace poza ośrodkiem – jeśli mają charakter terapeutyczny i rozwojowy, przygotowujący do życia po leczeniu.

Wszystkie te doświadczenia budują na różnych omówionych już płaszczyznach wewnętrzny, sprawczy, wrażliwy, wspierający, wystarczająco dobry obiekt opiekuńczy, jak i dorosłą część osobowości w łączności ze światem emocji i potrzeb własnych oraz innych ludzi, a dzieje się to poprzez doświadczanie:

- zainteresowania innych swoją osobą i rozwijanie empatii wobec członków społeczności,
- wzrostu samooceny (pozytywne i realistyczne informacje zwrotne),
- ważności dla innych,
- wzajemności,
- życzliwości,
- szacunku,
- doświadczania wiary, że może się uda dokonać zmiany na lepsze,

- dobrego związania się,
- zaufania,
- dobrych relacji z ludźmi,
- odczucia wspólnoty z grupą (podobne doświadczenia, wspólne znoszenie kryzysów, uczenie się).

## PROWADZENIE SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ TO WYZWANIE DLA TERAPEUTÓW.

Wspomniane wcześniej trudności i wymagania związane z prowadzeniem społeczności terapeutycznej to:

- oczekiwana dojrzałość emocjonalna i osobowościowa u terapeutów prowadzących spotkania, czyli umiejętność rozpoznawania swoich emocji, projekcji i przeciwprzeniesień wobec licznych nieświadomych i świadomych „zaproszeń do rozegrań w działaniu” ze strony uczestników grupy społecznościowej,
- regularne omówienia i superwizje swojej pracy, w związku z sytuacją sprzyjającą licznym przeniesieniom, przeciwprzeniesieniom u terapeutów i identyfikacjom projekcyjnym, których doświadczają terapeuci i uczestnicy grupy,
- wiedza na temat prymitywnych (pierwotnych) zjawisk i etapów w procesie grupowym (Bion), co pozwala w zorientowaniu się na temat zjawisk w grupie i w reakcjach prowadzących,
- wsparcie terapeutów prowadzących społeczność przez pozostałą część zespołu terapeutycznego i poprzez możliwość omawiania przez superwizora, bycie wysłuchanym i kontenerowanym przez zespół oraz poprzez reflektujące wsparcie zespołu.

Istnieje bowiem wiele okazji do bycia „wciągany” w szereg rozegrań, gdzie główną rolę pełnią nieświadome procesy uczestników grupy, prowokowanie do agresji, odrzucenia, uwodzenie terapeutów, walka o uwagę, rywalizacja (również między terapeutami),

odgrywanie procesów destrukcyjnych i wiele innych zjawisk. **Przy braku głębszej refleksji terapeutycznej, opartej na wiedzy i wglądzie we własne emocje, może dojść do rozwinięcia się negatywnej wersji społeczności terapeutycznej,** opartej na agresji, szukaniu kozła ofiarnego i odreagowaniach (realizowanych zarówno przez pacjentów, jak i terapeutów).

Obserwacja i refleksja powinna więc dotyczyć samej grupy społeczności, jak i relacji między terapeutami prowadzącymi spotkania. Warto pamiętać, że źródłem bogatych doświadczeń są „rozegrane” i przeżyte sytuacje przeniesieniowe i przeciwprzeniesieniowe – poddane rozumieniu podczas superwizji są elementem ważnych informacji o przebiegającym nieświadomie procesie w grupie i w poszczególnych osobach. Taka wiedza jest ogromną korzyścią dla wszystkich uczestników (pacjentów i terapeutów).

## INTENSYWNOŚĆ TERAPII PRZECIWWAGĄ DO NAWYKÓW

Podsumowując, społeczność terapeutyczna może być pomocna:

- gdy używka była źródłem przyjemności – pacjent rozwija, poznaje inne sposoby osiągania przyjemności i satysfakcji, bardziej praktyczne, dojrzałe i przydatne w życiu;
- gdy używka była raczej ucieczką przed bólem, lękiem, depresją, samotnością, odrzuceniem – pacjent doznaje korektywnych doświadczeń, uzyskuje rozumienie swojego stanu (wgląd) i bólu psychicznego, uczy się znosić frustrację życia codziennego, uczy się radzenia sobie ze stresem.

Warto przypomnieć, że SIŁA działania społeczności terapeutycznej jest potrzebna, by zrównoważyć SIŁĘ skojarzeń, jakie powstały w mózgach osób uzależnionych. Wiedza podaje, że o ile dobre jedzenie, seks czy piękny widok mogą podnieść poziom DOPAMINY (przyjemność) o 50–100%, to na przykład zażycie kokainy o 1000%!

Taka sytuacja sprawia, że otoczenie korektywne, dostarczające wielu atrakcyjnych, wzmacniających, czasem dramatycznych, poruszających przeżyć może pomóc w „odczarowaniu” niezwykłości przeżycia związanego z narkotykami. Co nie zmienia faktu, że unikanie okoliczności kojarzących się z okresem używania narkotyków (ryzyko nawrotu) jest nadal bardzo ważne. Może dlatego pacjenci już po opuszczeniu ośrodka często potrzebują regularnego dobrego środowiska, jak: grupy wsparcia, grupy zapobiegania nawrotów czy coroczne spotkania rocznicowe w macierzystym ośrodku, który już opuścili, by stale podtrzymywać zdrowsze skojarzenia neuronalne i uwewnętrznione doświadczenia lepszej więzi, wystarczająco dobrej do dalszego samodzielnego prowadzenia swojego życia.

**Barbara Czekaj** – specjalistka psychiatra, psychoterapeutka, od wielu lat związana z Ośrodkiem Leczenia Nerwic i Zaburzeń Odżywiania w Gliwicach, prowadzi prywatną praktykę lekarską i edukacyjnego bloga o emocjach [www.barbaraczekaj.pl](http://www.barbaraczekaj.pl).

**Krzysztof Czekaj** – specjalista terapii uzależnień, superwizor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dyrektor Ośrodka Leczenia Uzależnionych "Szansa" w Pławniowicach.

REKLAMA

# Cukierki Aloesowe z Trawą Cytrynową z ekstraktem aloesu i olejkiem Trawy Cytrynowej.

## Aloes:

- ✓ pielęgnuje skórę, spowalnia starzenie,
- ✓ wspomaga układ odpornościowy i pokarmowy,
- ✓ dobroczynny przy infekcjach,
- ✓ sprzyja koncentracji,

## Trawa Cytrynowa:

- ✓ wspiera regenerację skóry młody wygląd,
- ✓ pomocna przy opryszczkach,
- ✓ łagodzi problemy menstruacyjne,
- ✓ wspomaga przemianę materii,
- ✓ przyjemny zapach ciała.



ponad 100 lat doświadczenia i najwyższej jakości produkty!

**Sabina Sadecka**

## O klientach nadmiernie skupionych na swoim zdrowiu

### Perspektywa terapii akceptacji i zaangażowania

Repertuar opowieści, jakie ludzkość – na przestrzeni tysięcy – przekazywała sobie na temat zdrowia, był mocno zawężony. Chorobę widzieliśmy jako konsekwencję rzucenia na nas uroku, karę za grzechy, odwrócenie się od nas Opatrzności, opętanie przez siły nieczyste lub pech. Wraz z postępem cywilizacji, szczególnie rozwojem technologicznym i naukowym, wachlarz historii na temat zdrowia i choroby znacznie się rozszerzył. Zyskaliśmy wiedzę na temat naszego stanu psychofizycznego, wynikającego z higieny życia, diety, wyposażenia genetycznego, wirusów, zanieczyszczenia środowiska, promieniowania. Mamy większą świadomość w obszarze psychosomatyki, suplementacji i wielu innych.

### OSWAJANIE ZDROWIA

Nigdy wcześniej w historii ludzkości specjaliści nie wiedzieli tyle o czynnikach wpływających na nasze zdrowie. Nigdy też wcześniej – na taką skalę – wiedza o zdrowiu nie przedostała się do tzw. laickiego odbiorcy. Poprzez czasopisma, książki, bazy danych, portale specjalistyczne, blogi, konferencje, warsztaty, internetowe fora dane naukowe płyną do nas strumieniami. Ponadto zaobserwować możemy różne społeczne trendy (np. aktualna moda na niejedzenie glutenu), starania firm farmaceutycznych do stworzenia rynku dla swoich produktów czy popularność blogów o tematyce zdrowotnej, tworzonych zarówno przez ekspertów, jak i osoby bazujące jedynie na swoich przekonaniach czy doświadczeniach.

Jakkolwiek jednak współcześnie większość z nas czuje się za swoje zdrowie odpowiedzialna. Dla niektórych osób kończy się to jedynie na przyjęciu do wiadomości tej odpowiedzialności („Wiem, że palenie zwiększa ryzyko zachorowania na raka”) i poczuciu winy, gdy nie udaje nam się zgodnie z naszą wiedzą zadziałać („Jestem do niczego, nie potrafię zadbać o siebie, pomimo tego że powinienem”). Inni ignorują tę wiedzę, nie mogąc jednak jej zaprzeczyć („Przecież na coś trzeba umrzeć”). Są również osoby, które idą z troską o swoje zdrowie o wiele dalej („Rzucam palenie i biorę swoje zdrowie w swoje ręce”). I to właśnie o nich będzie ten artykuł. Dokładniej zaś o tych spośród nich, którzy nie potrafią (nawet gdyby chcieli) zatrzymać się w wyścigu o swoje zdrowie, a myślenie o nim i dbanie o nie staje się główną osią ich – coraz bardziej okrojonego i usztywnionego – życia. W artykule opowiem też, co osobom nadmiernie skupionym na swoim zdrowiu oferuje nurt terapii akceptacji i zaangażowania (Acceptance and Commitment Therapy – w skrócie ACT).

### ZDROWIE JAKO (SPOŁECZNA) OBSESJA

Opowieść o dbaniu o własne zdrowie jest częstym tematem w moim gabinecie. Bywa, że ktoś przychodzi właśnie z tym problemem, bo czuje, że zapętlił się w swoim prozdrowotnym rygorze i ponosi tego coraz większe koszty. Ktoś przykładowo opowiada o tym, jak czuje się niezrozumiany w swoim nałogowym czytaniu etykiet żywności i jak dużo energii zajmuje mu walka z dyrektką przedszkola, która sporadycznie (ale jednak!) pozwala dzieciom zjeść słodkie płatki na śniadanie. Jego życie staje się pogonią za wykrywaniem wszystkich żywieniowych niebezpieczeństw i zmuszaniem rodziny do podążania za jego wizją zdrowia i diety. Trafia na terapię dopiero wtedy, gdy dla jego relacji jest już o wiele za późno, ale on dopiero teraz jest gotów przyrzeć się temu, w jaki sposób to, co stało się głównym tematem jego życia, bardzo mocno mu to życie zredukowało\*.



Bywają u mnie też osoby, których relacje rozpadły się z powodu zdrowotnej, dietetycznej, sportowej obsesji ich partnera. Możliwe, że wyczerpujące treningi w jakiejś dyscyplinie sportu zajmują tyle czasu, że nie pozostaje go wiele na cokolwiek poza nimi, a już na pewno nie na pielęgnowanie związku. Bywają małżeństwa, które rozpadają się na tle niezgody jednego z rodziców na to, by dzieci jadły „zakazane” przez niego produkty.

Najczęściej jednak pojawiają się na terapii osoby, które nie widziały w swoim skupieniu na zdrowiu nic złego. Z dumą opowiadały o swojej trosce o zdrowie własne i bliskich. Swoimi nawykami i przekonaniem próbowały zarazić nawet terapeutę. Zdarzały się sesje, które w całości poświęcone były tematowi profilaktyki zdrowia. Dopiero wraz z nabywaniem psychologicznej elastyczności osoby te odkrywały same, że dbanie o zdrowie na tak potężną skalę (np. długoletnie restrykcyjne diety, wyczerpujące treningi, fascynacja holistycznymi metodami leczenia itp.) przyczyniło się do pogłębienia ich psychologicznego uszczywnienia.

Jednostkę chorobową, taką jak „obsesyjne skupienie się na własnym zdrowiu”, trudno jednak znaleźć w obecnie obowiązujących klasyfikacjach zaburzeń psychicznych. Nie ma w nich nawet „ortoreksji” – pojęcia wprowadzonego przez lekarza Stevena Bratmana w latach 90. XX w. Termin ten opisuje sztywny sposób odżywiania się uwzględniający jedynie produkty uznawane przez daną osobę jako zdrowe, z rozbudowanymi rytuałami wokół „zdrowego” przygotowywania jedzenia i obsesyjnymi, zajmującymi większość czasu myślami o jedzeniu. Zaburzeniu temu towarzyszy silny lęk przed zjedzeniem czegokolwiek spoza „zdrowej” listy i poczucie winy, gdy następstwa się jednak wydarzą.

Nie znajdziemy też w ICD-10 czy DSM-5 zjawiska healthismu. Pojęcie to wprowadził do publicznego dyskursu Robert Crawford. Przejawem społecznego zjawiska healthismu miało być nadmierne skupienie się ludzi na zachowaniu zdrowia i przecenianie odpowiedzialności jednostki za jej fizyczny i psychiczny dobrostan (z pominięciem innych czynników wpływających na zdrowie). W healthistycznej wizji człowieka jego ciało jest projektem, o który musi dbać na równi z innymi projektami swojego życia. Niebezpieczną konsekwencją healthismu jest ocenianie ludzi przez pryzmat ich stanu zdrowia („Jeśli X stracił zdrowie, to najpewniej o nie odpowiednio nie dbał”). Określenie „chory” zaczęło zatem społecznie lawirować w kierunku takich epitetów, jak: „leniwy”, „nierozsądny” i oczywiście „nieodpowiedzialny”.

Healthism stał się dobrą pożywką dla innych zjawisk, akcentujących rolę jednostkowej odpowiedzialności w zachowaniu zdrowia. W literaturze napotkamy takie pojęcia jak „nutritionism” – założenie, że jedynym celem jedzenia jest dostarczanie jednostce składników odżywczych (z ang. nutrients) [„kultura diety”, której przejawem jest traktowanie wyborów związanych z odżywianiem jako wyborów

moralnych – zakłada ona istnienie „dobrego jedzenia” i „złego”] czy „osoby chronicznie przebywające na diecie” (chronicdieters), dla których okresy bez stosowania diety są o wiele rzadsze niż te, w których trzymają rygor dietetyczny. Są to jednak określenia przydatne w analizie kulturowej lub socjologicznej, nie zaś diagnozie psychologicznej.

## OKIEM ACT

W terapii ACT na szczęście bardziej niż etykiety diagnostyczne (np. obsesja, uzależnienie, fobia) interesują nas mechanizmy pogłębiające i podtrzymujące cierpienie klienta. Kelly Wilson, w niedawno przetłumaczonej na język polski książce *W sieci natrętnych myśli*, ujmuje to następująco: „Etykiety, jakie psycholodzy (i wszyscy inni ludzie) stosują w odniesieniu do pewnych ogólnych wzorców zachowania, są tylko arbitralnymi kategoriami, sposobami na uporządkowanie i opisanie świata”. Dodaje też, że „umysł ma wybitną skłonność do grupowania rzeczy i zjawisk w zbiory (...). Sam fakt, że kategorie diagnostyczne zostały stworzone, jest dla naszego umysłu zaproszeniem do szuffladkowania ludzi według tychże kategorii. Ale etykieta nie wyjaśnia całej historii. Możliwe, że nie wyjaśnia nawet jej części”. Dodaje też, że „naklejanie etykiet na słoiki nie zmienia zawartości tychże słoików”. W terapii akceptacji i zaangażowania mocno zatem przyglądamy się zawartości słoika klienta, czyli repertuariowi jego zachowań (w poczet zachowań zaliczamy też tzw. zachowania wewnętrzne, np. myśli, uczucia, odczucia z ciała) i temu, jakie te zachowania mają dla klienta konsekwencje krótkofalowe i długofalowe. Konsekwencją krótkofalową kupienia kolejnej książki o zdrowym odżywianiu może być ulga („Uff, nie umknie mi żadna nowa koncepcja dietoterapii w profilaktyce nowotworów”). Długofalową konsekwencją może być jednak pogłębiające się poznawcze pomieszanie („Każda z tych książek mówi coś innego, zwariuję od tej wiedzy”), jeszcze większy lęk („Tyle lat jadłem mięso i ono mogło tak mocno mi zaszkodzić”) czy złość na siebie („Znów wydałem ostatnie pieniądze na książkę, choć na półce stoi kilkanaście nieprzeczytanych”).

## TEORIA W PRAKTYCE

Aby jednak szerzej przyjrzeć się temu, co terapia akceptacji i zaangażowania ma do powiedzenia w temacie osób uzależnionych od dbania o własne zdrowie, warto na początek kilka zdań poświęcić założeniom leżącym u podstaw ACT. Jednym z pytań, jakie zadawali sobie twórcy tej terapii, było dotyczące przyczyny ludzkiego cierpienia. Żyjemy przecież coraz dłużej, nie cierpimy głodu, mamy wszystko, czego materialnie potrzebujemy, a mimo to zdaje się, że żadna z tych okoliczności nie chroni nas przed psychicznym cierpieniem. Jeśli zatem nie musimy się o nic martwić, a i tak doświadczamy depresji, lęków, bezsenności (i innych zaburzeń psychicznych), to czym jest to coś, co skazuje nas na cierpienie? Drugie zaś

pytanie, jakie zadawali sobie twórcy ACT, brzmiało: dlaczego samobójstwo – tak powszechne u ludzi – nie występuje u żadnych innych istot żyjących? Co sprawia, że jesteśmy tak wyjątkowi jako gatunek w zadrażeniu się myślami i to na taką skalę, że gotowi jesteśmy pozbawić się życia? Być może zatem ten sam aspekt, który najbardziej odróżnia nas od zwierząt, skazuje nas równocześnie na cierpienie, którego trudno szukać w świecie nieludzi?

Głównym winowajcą – według ACT – jest nasz umysł. Ten sam umysł, który sprawił, że tak niewiarygodnie rozwinęliśmy się w obszarze kultury, technologii czy nauki. Zwolennicy koncepcji ACT lubią nazywać umysł człowieka mieczem obosiecznym. Umysł pozwolił nam lepiej dostrzegać realne zagrożenia i przeciwności, ale i tworzyć zagrożenia jedynie potencjalnie nam zagrażające. To umysł sprawił, że mogliśmy doświadczać lęku, myśląc o przeszłości („Kiedyś przechodził tędy tygrys”), terażniejszości („Widzę tygrysa”) i przyszłości („Tędy kiedyś może przechodzić tygrys”). Mogliśmy dzięki niemu bać się rzeczy, których nigdy nie spotkaliśmy na swojej drodze, a może i nawet takich, które nigdy nie istniały. Trafnie ujmuje to cytowany już Kelly Wilson: „Jesteśmy dziećmi dzieci dzieci (i tak dalej) tych, którzy postawili na bezpieczeństwo i wrócili do jaskini. W ciągu milionów lat ewolucji zachodzącej w tym bezlitosnym świecie dobór naturalny wyeliminował tupeciarzy. Naszych przodków, czyli osobniki, które przetrwały i przekazały dalej swój materiał genetyczny (z którego wszyscy się składamy), natura wyselekcjonowała ze względu na cechę ostrożności. Byli to właśnie ci, którzy zakładali, że co jest złe, to jest złe, a co jest nie wiadomo jakie, również jest złe”.

Umysł, potężne cywilizacyjne narzędzie, ma w sobie zatem również pewną truciznę. Jeśli będziemy go słuchać zbyt często, stanie się naszym dyktatorem. Będzie nam podpowiadał zagrożenia realne, ale i takie, które nigdy nie zaistniały, a nawet takie, które nie mają szans w naszym świecie zaistnieć. A że myślimy bez przerwy (zwolennicy ACT zauważają nawet, że dłużej możemy nie oddychać niż nie myśleć), nasz umysł ma sporo okazji do tego, by wygenerować powody do trosk. Jeśli zaś będziemy słuchać paplaniny umysłu bezkrytycznie, możemy spędzić życie, spierając się z nim lub uciekając od niego, oddalając się tym samym od tego, co dla nas w życiu ważne.

Osoby obsesyjnie skupione na dbaniu o swoje zdrowie również dają się uwieść myślom, traktując je tak, jakby były czymś więcej niż są (a są po prostu wytworami naszego z natury ostrożnego i bardzo płodnego umysłu). Skupienie się na tym, co podpowiada im umysł, sprawia, że utknęły w martwym punkcie. „Jeśli nie będę suplementował witaminy C, umrę na raka”, „Zaprzestanie treningów sportowych świadczyć będzie o mojej słabości”, „Bez seansów w komorze hiperbarycznej nie uda mi się już nigdy zasnąć”, „Nie mogę uczestniczyć w urodzinach mojej córki, bo przerwę mój jarzynowy detoks” – całkiem podobne wytwory umysłu

zdarzało mi się nieraz słyszeć w swoim gabinecie. Tym, co tropię często w terapii, są zatem utrwalone mechanizmy ucieczki od bólu i dyskomfortu, które sprawiają, że nasze życie wieje egzystencjalną pustką. Co zatem zazwyczaj robi klient, gdy dowiaduje się, że jego znajomy zachorował na raka? Kupuje nowe opakowanie suplementów, umawia się na akupunkturę (choć przecież był na sesji przedwczoraj), a może robi sobie kosztowne, niezalecone przez nikogo (poza nim samym i jego zdenerwowanym umysłem) badania krwi? Co dzieje się w jego życiu bezpośrednio po tym, gdy zareaguje tak, jak ma to w zwyczaju (wspomniane już konsekwencje krótkofalowe) i jak ten nawyk wpływa na całe jego życie (konsekwencje długofalowe zachowań). I może jest z nim trochę tak, jak w tym dowcipie o kimś, kto zgubił klucze i szuka ich pod latarnią, choć zgubił je w innym miejscu. Gdy jednak zapytać tę osobę, dlaczego szuka akurat pod latarnią, mówi: „Ale tylko pod nią jest jasno”.

## AKCEPTACJA

Russ Harris, w świeżo wydany podręczniku terapii akceptacji i zaangażowania *Zrozumieć ACT* zauważa, że „uważne i zgodne z wartościami życie to pożądany skutek ACT, a nie redukcja objawów”. Celem terapii akceptacji i zaangażowania nie jest zatem to, by obsesyjne myśli o własnym zdrowiu i sposobach jego zachowania zniknęły. Celem jest to, by klienci nauczyli się podążać w kierunku swoich wartości, nawet jeśli ich umysł będzie robił wszystko, by im na tej drodze przeszkodzić. Aby umożliwić klientowi „odklejenie” się od swoich myśli, terapeuta ACT proponuje klientowi techniki tzw. defuzji poznawczej. W książce *W sieci natrętnych myśli* znajdziemy taką jej definicję: „[jest to] umiejętność zachowania dystansu do własnych myśli i do wizji tego, co może się zdarzyć, bez brania ich dosłownie i bez ślepej wiary w ich prawdziwość”. Przeciwieństwem defuzji jest fuzja: stracenie dystansu do własnych myśli. Kelly Wilson proponuje poćwiczyć defuzję, korzystając między innymi z niniejszej techniki: „Jeśli – na przykład – złapiesz się na myśli: »Jestem beznadziejnym rodzicem«, możesz sobie wyobrazić w przeciwległym kącie pokoju wielką świnię, która kwiczy tę myśl w twoją stronę. [...] Cokolwiek sobie wyobrazisz, pamiętaj, że nie chodzi o wyśmianie czy wyszydzenie tego, co ma do powiedzenia twoja myśl. Celem jest raczej usłyszenie myśli, na której się fiksujesz, wypowiedanej głosem innym niż twój własny, dobiegającym z innego miejsca niż twoja głowa”.

Ważne w terapii ACT jest również to, by klient nauczył się nie unikać tego, co dla niego trudne i nieprzyjemne. Większość cierpienia psychicznego przydarza nam się bowiem tam, gdzie niski poziom tolerancji dyskomfortu spotyka się z wysokim poziomem jego unikania. Dlatego też tak wiele miejsca poświęca się w terapii ACT akceptacji doświadczeń. Odczuwanie obaw o swoje zdrowie niekoniecznie przecież musi być czymś bardzo złym. Możliwe, że możemy stworzyć w sobie wewnętrzną przestrzeń na jego odczuwanie

i nie uciekać od niego, zwłaszcza jeśli przybliży to nas do rzeczy dla nas ważnych. Im bowiem bardziej będziemy próbowali ten lęk odrzucić lub przejąć nad nim kontrolę, tym – paradoksalnie – będzie go w naszym życiu coraz więcej. Z unikaniem negatywnych uczuć jest bowiem trochę tak, jak z kalkulatorem, na którym ktoś pozamieniał znaki arytmetyczne. Im bardziej wciskamy minus, nie chcąc odczuwać jakiegos uczucia, tym bardziej w efekcie uzyskujemy efekt mnożenia. I zamiast mniej lęku mamy go w swoim życiu coraz więcej. Często zatem pytam w terapii: „Jak daleko możesz uciec od tego napięcia, które teraz się w tobie pojawiło?” lub „A co, jeśli nie byłbyś dla tego lęku tak ostry i pozwolił mu po prostu być?”. Russ Harris w *Zrozumieć ACT* przekonuje: „Musimy wykazać ścisły związek między akceptacją a vitalnością – że akceptowanie tego bólu służy czemuś ważnemu, posiadającemu znaczenie i wzmacniające mu życie. Często niezmiernie przydatne jest tu pytanie magicznej różdżki: Gdybym mógł użyć magicznej różdżki i sprawić, żeby uczucia te już w żaden sposób cię nie hamowały, to co byś robił inaczej w swoim życiu?. Kiedy usłyszysz odpowiedź, możemy powiedzieć: Dobrze. Jeśli więc właśnie to chcesz robić w swoim życiu, to sprawmy, by było to możliwe. Nie mam magicznej różdżki, możemy jednak nauczyć się tu pewnych umiejętności, dzięki którym

te uczucia nie będą cię już więcej hamowały”. Możliwe, że dzięki akceptacji lęku, jaki pojawia się, gdy klient przestaje codziennie kilkakrotnie w ciągu dnia ćwiczyć (lęku, który uruchamia myśl: „Nie będę ćwiczył, rozleniwie się i szybko doprowadzę swój kręgosłup do stanu sprzed kilku lat”), możliwe jest, by zadbał o inne ważne dla siebie obszary: będzie spędzał więcej czasu z narzeczoną, zdąży przygotować się do ważnego egzaminu lub posprząta mieszkanie.

To wspaniałe uczucie obserwować, jak ludzie pogrążeni w obsesji, zaczynają żyć życiem zanurzonym w ich doświadczeniu (a nie w ich umyśle). Jak z unikania tego, co niewygodne, przechodzą do pielęgnowania tego, co dla nich ważne. Zachęcam Was do tego, byście na własną rękę zapoznali się z terapią ACT. To podejście, które wiele zmienia w życiu moich klientów, zmieniło diametralnie moje podejście do terapii, cierpienia, ale i samej siebie. Dołączcie też do społeczności ACT w Polsce (stowarzyszenie: ACBS Polska) i zawitajcie na majową III Poznańską Konferencję ACT i CBS.

**Sabina Sadecka** – psycholożka i psychoterapeutka, terapeutka ACT i członek polskiej społeczności ACT i CBS. Prowadzi prywatny gabinet na poznańskim Sołaczku. Współtworzy i pisze dla portalu o psychologii, pisząc o ACT, terapii traumy i pracy z ciałem. Współorganizuje III Poznańską Konferencję ACT i CBS.

REKLAMA



PATRONAT:



Polskie Towarzystwo  
Terapii Poznawczej  
i Behavioralnej  
www.pttpb.pl

ZDROWA  
GŁÓWA



ACBS  
POLSKA

AKADEMIA  
LEONA KOŹMIANOWSKIEGO  
CENTRUM OCHRONY I PREWENCJI

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

# ACT

## terapia akceptacji i zaangażowania w praktyce

- Bądź w pełni „tu i teraz”
- Uwolnij się od blokującego lęku i ograniczeń
- Zaakceptuj swoje uczucia
- Otwórz się na nowe doświadczenia
- Żyj w zgodzie z własnymi wartościami



PATRONAT:

charaktery

Psychologia-  
Społeczna.pl

The Mind Institute

ptpb

www.gwp.pl



**Grzegorz Olesiak**



# PACJENT TRUDNY

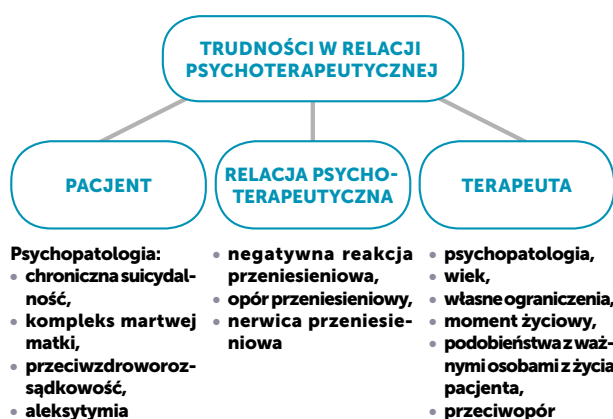
W RELACJI PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ

Artykuł porusza kwestie szczególnych wyzwań w pracy psychoterapeutycznej prowadzonej w nurcie psychodynamicznym. Zwraca uwagę na pracę z pacjentami dotkniętymi problematyką, której obecność może być zwiastunem impasu w leczeniu. Omówiono dylematy chronicznej suicydalności, kompleksu martwej matki, pacjentów „przeciwzdroworozsądkowych” oraz aleksytymicznych oraz wynikające z tych dylematów trudności jakie mogą napotkać pacjent i terapeuta.

Każdy pacjent jest nowym wyzwaniem. Nietypowe objawy i zaburzenia stawiają wysokie wymagania umiejętnościom diagnostycznym oraz technice i metodom pracy psychoterapeuty. Założenie istnienia „pacjentów trudnych” implikuje jednak istnienie kategorii przeciwnej, czyli „pacjentów łatwych”. Kategoria ta stoi w sprzeczności z intuicją. Jak trafnie zauważył Winfred Bion, nie istnieje pojęcie „pacjenta łatwego”. Nie ma łatwych terapii i nie ma łatwych pacjentów, każdy pacjent jest trudny i każda terapia jest terapią trudną.

Z drugiej strony literatura dostarcza wiele przykładów relacji psychoterapeutycznych, w których pacjent i terapeuta spotkali się w „martwym punkcie”, nie mogli pracować impasu, a terapie prowadziły do wypadnięć, przekroczeń settingu terapeutycznego i nadużyć (jednej lub obu stron). Tak więc uważam, że nie powinniśmy się wzbraniać przed podjęciem się definiowania „pacjenta trudnego”. Celem tego artykułu jest uporządkowanie wiedzy na temat tzw. trudnych pacjentów oraz stworzenie katalogu scenariuszy, w których terapeuta napotkać może trudności już na pierwszych sesjach.

Hipotetyczne źródła trudności w sytuacji psychoterapeutycznej mogą wypływać z trzech obszarów – problematyki pacjenta, relacji psychoterapeutycznej, problematyki terapeuty. Ilustruje to poniższy diagram.



Z powodu objętości artykułu nie opiszę obszarów relacji psychoterapeutycznej oraz terapeuty.

Problemem tworzącym trudności psychoterapeutyczne po stronie pacjenta jest psychopatologia. Omówię cztery możliwe warianty psychopatologiczne: chroniczną suicydalność, przeciwzdraworozsądkowość, kompleks martwej matki oraz aleksytymię.

## CHRONICZNA SUICYDALNOŚĆ

Pod pojęciem chronicznej suicydalności rozumiem posiadanie przez pacjenta skłonności samobójczych, które nie wynikają z reaktywności na silny stres czy pogłębiającą się depresję. Są związane z osobowością pacjenta. Autorytetem w dziedzinie pacjentów chronicznie suicydalnych jest Otto Kernberg, na którego będę się powoływał.

Osoba o skłonnościach samobójczych stanowi szczególne wyzwanie dla relacji psychoterapeutycznej. Ważne jest, by już na etapie diagnozy rozpoznać, czy w styl funkcjonowania pacjenta wpisane są próby samobójcze oraz czy jest to stały element relacji z osobami bliskimi.

**Diagnoza struktury osobowości może być pomocna w oszacowaniu ryzyka podejmowania prób samobójczych. Trzy cechy mogą być przesłanką do założenia, iż pacjent w trakcie psychoterapii będzie narażony na masywne impulsy kierujące go w stronę samobójstwa. Po pierwsze – obecność syndromu rozproszenia tożsamości i powiązanej z nią patologii uwewnętrznionych relacji z obiektami, wyrażające się brakiem integracji self oraz tzw. significant others. Po drugie – dominacja pierwotnych mechanizmów obronnych z przewagą rozszczepienia. Po trzecie – częściowo zniesiona zdolność do testowania rzeczywistości.**

Drugą kategorią diagnostyczną jest głęboka kliniczna depresja. Cechami charakterystycznymi może być spowolnienie zachowania, smutek zastąpiony pustką, nastrój „zamrożony”. Ponadto warto zwrócić uwagę na obecność biologicznych wzorców depresji – apetyt, waga, sen, układ trawienny, potrzeby seksualne, napięcie mięśni, zaburzenia miesiączkowania, zaburzenia dobowego rytmu afektywnego. Obecność tychże pozwala rozeznaczyć się w głębokości stanu depresyjnego. Obecność myśli samobójczych oraz intencje samobójcze są ważnym sygnałem alarmowym dla diagnosty.

Kategorie wyrażanych przez pacjenta racjonalizacji, takich jak potrzeba zależności, głębokie poczucie beznadziei, postrzegania próby samobójczej jako błagania o pomoc są bezużyteczne w szacowaniu ryzyka próby samobójczej.

Trzecią kategorią jest obecność zaburzeń nastroju u osób o strukturze osobowości borderline. Diagnosta powinien być wyczulony na potencjalną obecność epizodów hipomaniakalnych. Istnienie zaburzeń depresyjnych w historii choroby pacjenta może zmylić czujność diagnosty, sugerując zintegrowanie zaburzeń nastroju z osobowością pacjenta (na zasadzie „ten typ tak ma”). Ponadto choroba afektywna dwubiegunowa podnosi ryzyko samobójstwa.

Czwartą kategorią jest chroniczne samouszkodzenie ciała oraz prezentowanie samobójstwa jako „sposobu na życie”. Ryzyko samobójstwa rośnie, gdy samookałeczeniem towarzyszy patologiczna skłonność do kłamania. Samookałeczenie współtowarzyszy często napadom wściekłości bądź napadom wściekłości przy współwystępowaniu depresyjnych nastrojów. Gesty samouszkodzające mają na celu uzyskać bądź odzyskać kontrolę nad otoczeniem poprzez wzbudzenie poczucia winy w innych.

Ponadto wg Kernberga, terapeuta powinien zwrócić uwagę na współtowarzyszące uzależnienie od alkoholu lub narkotyków, obecność narcyzmu złośliwego, obecność psychoz w historii choroby u pacjentów, których osobowość jest wyżej zorganizowana niż w przebiegu schizofrenii.

Jeśli zdecydujemy się na leczenie pozaszpitalne, warto rozważyć sposoby na obniżenie prawdopodobieństwa wystąpienia próby samobójczej (Kernberg, 1987).

Ważne jest to, by zdiagnozować wtórne korzyści płynące z podejmowania prób samobójczych (identyfikacja rozszczepionych, sadystycznych części pacjenta skierowanych przeciwko rodzinie). Wg Kernberga pacjent musi się dowiedzieć, że jego próby samobójcze nie dają mu władzy nad terapią. Terapeucie będzie smutno, ale odpowiedzialności za śmierć pacjenta brać nie będzie, a gdy pacjent się zabije to życie terapeuty nie legnie w gruzach.

Istotne też jest poinformowanie rodziny o tym, że ich bliski choruje na „psychologicznego raka”, z powodu którego może w każdej chwili umrzeć. Terapeuta zrobi wszystko, by pacjent przewyciężył swoją chorobę, ale nie daje gwarancji, że pacjent nie zabije się i będzie bezpieczny. Poinformowanie rodziny, że terapia będzie wieloletnia i długość jej trwania nadal nie gwarantuje tego, że pacjent zrezygnuje z podejmowania prób samobójczych, też jest istotne.

Ważne jest, by omawiać wszelkie próby samobójcze pacjenta oraz zachowania autoagresywne, samookałeczenia itd. jako materiał psychoterapeutyczny, który pacjent wnosi.

Należy unikać podejmowania się heroicznych ról oraz niemożliwych do spełnienia obietnic czy wysiłków w relacji terapeutycznej – to wzmacnia autoagresywny potencjał pacjenta.

Zwracanie uwagi na tendencję rodziny do wyciągnięcia pacjenta z relacji terapeutycznej czy szpitalnej, by oddelegować go do innego szpitala na leczenie, jest istotne. Może to być próba rodziny, by dać pacjentowi czas i przestrzeń na to, żeby się zabił. W ten sposób rodzina może realizować swoje nieświadome fantazje na temat śmierci pacjenta oraz pragnienie uwolnienia od trudnej relacji z nim.

Ponadto warto pamiętać, że terapeuta odnoszący się do próby samobójczej pacjenta tylko i wyłącznie z uczuciami współczucia i troski może zaprzeczać własnym agresywnym impulsom, co wpisuje się w patologiczny wzorzec relacyjny pacjenta.

## KOMPLEKS MARTWEJ MATKI

Ten wątek problematyki pacjenta wiąże się z paradygmatem opisanym przez Andree Greena (Kohon, 2005), który dotyczy sposobu radzenia sobie niemowlęcia z doświadczeniem traumy we wczesnodziecięcym okresie rozwoju w relacji z matką.

Warto rozróżnić na wstępie dwa pojęcia. Syndrom martwej matki jest to intensywnie złośliwy syndrom kliniczny, w którym dziecko identyfikuje się z emocjonalnie martwą matką. Natomiast kompleks martwej matki dotyczy całego spektrum zindywidualizowanej odpowiedzi dziecka na chronicznie depresyjną, nieobecną matkę. Emocjonalne wycofanie się matki z więzi z noworodkiem jest dość powszechne, syndrom martwej matki – dość rzadki.

*W przypadku pacjentów aleksytymicznych mamy do czynienia z językiem konkretnym, dosłownością i zachowaniem w odpowiedzi na napięcie. Przykładowo, jeden z pacjentów, z którym pracuję, wstał w trakcie sesji i zaczął chodzić po gabinecie, by rozładować napływ silnych emocji.*

Według Greena czasami matka nie jest w stanie rozemnać się w tym, iż jej dziecko jest źródłem oddzielnej wrażliwości i ma własne życie emocjonalne. Rozeznanie unikalności życia wewnętrznego dziecka jest wydarzeniem równoznacznym z odkryciem, że dziecko jest żywe. Odkrycie przez dziecko, że jego matka nie rozpoznaje w nim unikatowości, może zostać zinterpretowane tak, jakby matka życzyła dziecku śmierci i pragnęła jego nieistnienia. Dziecko przeżywa to, jakby nie otrzymało zgody na stanie się osobą. Skoro dziecko nie ma zgody na stanie się osobą, nie ma zgody również na posiadanie pragnień. Identyfikacja z martwą matką, niezdolną do miłości, niesie za sobą konsekwencję niezdolności do kochania innych i siebie. Matka może być odebrana jako odcięta od własnego ciała, stąd dziecko również odcina siebie od doznań płynących z ciała – rodzi to specyficzną dla tego syndromu niezdolność do przeżywania przyjemności.

Opisany przez Greena proces ma ogromne konsekwencje. Osoby takie mają trudności „w byciu z innymi” w relacji. Pacjent jest mocniej związany z terapią niż z terapeutą. Pacjenci pozostają w postawie „pozbawionej ducha”, głosem „z zaświatów” wypranym z emocjonalnych modalności.

Odpowiedzi na kompleks martwej matki może być wiele. Przykładem może być tendencja do negowania poczucia bycia martwym poprzez hiperseksualność czy nadużywanie narkotyków bądź uzależnienie od tzw. mocnych wrażeń.

Czasami terapeuta uświadamia pacjentowi, iż realna matka była depresyjna lub emocjonalnie niedostępna. Ma to istotne konsekwencje kliniczne, ponieważ pozwala pacjentowi uwolnić się od poczucia własnej wewnętrznej deficytowości i zepsucia, które spowodowało, iż matka się od nich odwróciła.

Kompleks martwej matki ujawnia się przede wszystkim w odczuciach terapeuty jako puste miejsce czy zimne, drętwe pole psychiczne bądź obszar nieożywiony. Dochodzi do utworzenia takiego obszaru z powodu nagłego zaniku więzi w relacji matczynej.

## **„PRZECIWDROWOROZSĄDKOWY” PACJENT**

Pacjent „przeciwzdroworozsądkowy” jest to pacjent z kręgu struktury osobowości borderline. Jest wiele możliwych odsłon tego pacjenta. Cechą wspólną jest aspekt psychotyczny, który ujawnia się w relacji psychoterapeutycznej. Pacjenci owi utrzymują

prawo do bycia nieracjonalnymi. Prawo pacjenta do bycia „przeciwzdroworozsądkowym” stwarza w ich życiu poważne problemy.

Ego pacjenta jest zubożone, tzn. uformowane przez wczesne stany emocjonalne, w których nie były zaspokajane podstawowe potrzeby (Giovacchini, 1987). Jest to odmienna sytuacja od deprivacji, w której ego jest już dobrze uformowane i doświadcza „frustracji”. W tym drugim przypadku są ślady pamięciowe bycia zaspokojonym w przeszłości – w tym pierwszym mamy do czynienia z brakiem.

Ego zubożone nie czuje frustracji. Doświadczenie zubożenia nigdy nie jest ostateczne, gdyby tak było, dziecko by nie przeżyło. Mówiąc językiem matematycznym, jeśli mamy czegoś zero, musimy to pomnożyć przez nieskończoność, żeby mieć nadzieję na pojawienie się jeden. W ten sposób pacjenci starają się poradzić sobie ze zjawiskiem niedostatku.

**Pacjent „przeciwzdroworozsądkowy” jest to pacjent z kręgu struktury osobowości borderline. Jest wiele możliwych odsłon tego typu pacjenta. Cechą wspólną jest aspekt psychotyczny, który ujawnia się w relacji psychoterapeutycznej. Pacjenci owi utrzymują prawo do bycia nieracjonalnymi. Prawo pacjenta do bycia „przeciwzdroworozsądkowym” stwarza w ich życiu poważne problemy.**

Pacjenci „przeciwzdroworozsądkowi” w przypadku niezaspokajania ich nieracjonalnych z naszego punktu widzenia potrzeb czują destrukcyjną pustkę. Niektórzy przeżywają tę sytuację w postaci niepewności co do tego, czy żyją, czy też nie. Poczucie żywotności jest bowiem połączone z poczuciem gratyfikacji.

Niektórzy nie wiedzą, co czują (czasami dosłownie nie wiedzą, czy są głodni, czy spragnieni, czy chcą defekować, czy oddawać moczną itd.). Ich oczekiwania są próbami uzyskania odpowiedzi na temat tego, czego tak naprawdę chcą.

Jako niemowlęta te osoby doświadczały świata przeciwzdroworozsądkowego oraz nieprzewidywalnego. Tak więc np. oczekiwanie pacjentki, by terapeuta był zawsze dostępny, jest próbą utrzy-

mania ciągłości w nieprzewidywalnym świecie (ma to charakter reparacyjny).

By unaocznić problem terapeutyczny, posłużę się poniższym przykładem relacji psychoterapeutycznej.

## Z PRAKTYKI GABINETU

Pacjent, z którym pracowałem dwa razy w tygodniu, miał dużą pretensję w momencie płacenia za sesje psychoterapeutyczne. Nie było to wyrażone wprost. Płacił wolno, gniewał się. Po wyrażeniu głośno mojej obserwacji na temat jego niezadowolenia z odpłatności za sesje przyznał mi rację i nadal był głęboko przekonany, że powinienem spotykać się z nim za darmo. Uznał, że branie pieniędzy jest wyrazem mojej chciwości, a w gruncie rzeczy jest to rodzaj spotkań o charakterze towarzyskim (i powinienem się z nim spotykać z sympatii do niego, a nie z chęci zarobku). Z perspektywy pacjenta jego oczekiwanie było racjonalne.

Trudności w pracy z pacjentem tu opisanym polegają na tym, że nie jest w stanie reflektować swoich oczekiwań jako zjawiska przeniesieniowego nawet w najmniejszym stopniu. Konfrontując go z jego subiektywnym, nierealistycznym oczekiwaniem, przyzna rację, że tak jest i nadal będzie oczekiwał spełnienia swoich pragnień.

## ALEKSYTYMIA

Dosłowne tłumaczenie aleksytymii to brak słów na określenie emocji (a-lexis-thymos). Pierwotnie pojęcie odnosi się do stylu poznawczego i emocjonalnego charakteryzującego się trudnościami w opisanie emocji oraz rozróżnianiu stanów emocjonalnych od somatycznych, zubożonego świata fantazji oraz myślenia praktycznego. Wiązano je z pacjentami z zaburzeniami psychosomatycznymi.

Według Freuda (Vanheule, Desmet, Verhaeghe, 2011) można wyróżnić dwa rodzaje lęku – psychonerwica oraz nerwica aktualna. Drugi rodzaj lęku był oparty na wzbudzeniu układu wegetatywnego, układu autonomicznego, a powodem tego wzbudzenia był nierozładowany popęd seksualny. Rozładowanie energetyczne miało doprowadzić wprost do gwałtownych wyładowań przede wszystkim w obrębie układu wegetatywnego. Freud nazywał to nerwicą aktualną, w odróżnieniu od innych form nerwicy, psychonerwic.

Psychonerwica wiąże się z rozładowaniem podniecenia poprzez reprezentację symboliczną, w nerwicy aktualnej nie ma możliwości rozładowania poprzez mentalizację, ponieważ to połączenie zostało przerwane, pozostaje więc rozładowanie poprzez ciało.

Freud uważał nerwice aktualne za niemożliwe do wyleczenia poprzez psychoanalizę – jeśli aparat reprezentacji jest uszkodzony, nie ma zbyt wiele możliwości pracy poprzez wolne skojarzenia. Choć nie odrzucamy współcześnie pacjentów z taką problematyką – jest to duże wyzwanie dla obu stron. Aleksytymia jest właśnie takim rodzajem nerwicy aktualnej.

Pacjenci cierpiący na aleksytymię mają tendencję do konformizmu społecznego i do omijania konfliktów. Obecna jest postawa wycofana, zimna, nieempatyczna. Ponadto utrzymuje się tendencja do unikania relacji bądź do zależności, bezosobowości, powierzchowności.

Pacjentami aleksytymicznymi mogą być ci z rozpoznaniem zaburzeń jedzenia, PTSD, somatyzacją, psychozą, zaburzeniami osobowości. Pacjenci aleksytymiczni mają zintegrowany omijająco-opuszczający model więzi. Ma to swoje konsekwencje w życiu pozaterapeutycznym oraz w relacji psychoterapeutycznej.

Oczekują oni medycznego podejścia do ich problemów (stąd często odsyłani są od lekarzy do psychiatrów lub psychoterapeutów). Mogą budzić frustrację, gniew, nudę – to może być pokusą dla etykietowania pacjenta jako opornego na terapię. W najlepszym przypadku w przeniesieniu może pojawić się poczucie stagnacji, spłaszczenia, odrętwienia.

Porażka w procesie odzwierciedlania jest odtworzeniem sytuacji z dzieciństwa, frustracja terapeuty na pacjenta jest frustracją, którą czuła również matka.

W pracy z takim pacjentem klasyczne podejście psychoterapeutyczne może być retraumatyzujące (doświadczył już tego rodzaju niedopasowania w przeszłości z obiektem macierzyńskim). Jakość relacji terapeutycznej jest przewidywalna – pacjenci aleksytymiczni mają problemy z rozwinięciem relacji psychoterapeutycznej. Może pojawiać



się też chaos oraz trudności w rozróżnieniu pomiędzy self a innymi. Pacjenci tacy mają trudności w zaangażowanie się w relacje przeniesieniowe.

W relacjach terapeutycznych pojawia się tendencja do opisywania zewnętrznych wydarzeń bardziej niż świata stanów psychicznych. Relacja zdaje się nie ewoluować ani rozwijać, sprawiają wrażenie odcięcia, reakcją przeciwprzeniesieniową jest nuda bądź frustracja (pacjent natomiast czuje się bezradny).

W przypadku pacjentów aleksytymicznych mamy do czynienia z językiem konkretnym, dosłownością i zachowaniem w odpowiedzi na napięcie. Przykładowo, jeden z pacjentów, z którym pracuję, wstał w trakcie sesji i zaczął chodzić po gabinecie, by rozładować napływ silnych emocji.

Metodą pracy jest odzwierciedlanie uczuć, zamiast nadawanie im znaczenia. Częste omawianie z pacjentem natury łączącej go relacji z terapeutą jest wskazane. Zachęca się do przejmowania inicjatywy terapeuty w zakresie opisywania tego, co dzieje się między nim a pacjentem (w przeniesieniu terapeuty musi być przygotowany na silne lęki separacyjne oraz brak wiary w wartość narracji). Celem jest pomoc pacjentowi zbudować spójną narrację łączącą różne sytuacje w łańcuch zdarzeń, podobnie jak różne słowa tworzą łańcuchy znaczeń. Ważne, żeby próbować opisać świat doświadczeń pacjenta jego słowami. Kolejnym krokiem jest przeniesienie uwagi z konkretnych łańcuchów zdarzeń na język emocji, opisu subiektywnego, reakcji afektywnych, kontekstów społecznych. Trzecim krokiem jest koncentracja na doświadczeniu emocjonalnym, które wiąże się z trudną sytuacją.

Przedstawione przykłady dylematów, z jakimi pacjenci się borykają, nie wyczerpują dyskusji. Zjawiskiem psychoterapeutycznym, które związane jest z wymienionymi problemami, jest impas lub drop-out (wypadnięcie

pacjenta z relacji psychoterapeutycznej). Niezależnie od naszych intuicji psychoterapeutycznych lub dokładności diagnostycznej ważne jest systematyczne poddawanie się superwizji lub konsultacjom koleżeńskim. Wracając do słów Winfreda Biona – nie ma łatwych pacjentów, wszystkie psychoterapie są trudne, Bion dawał do zrozumienia, że proces zmiany zawsze jest procesem niełatwym i jest wpisany w każdą relację psychoterapeutyczną. Niemniej są różne odsłony trudności, przedstawiłem te specyficznie uwarunkowane, które w praktyce wielu psychoterapeutów okazywały się największym wyzwaniem.

#### Bibliografia:

1. Bion W. (2013), *Seminaria kliniczne*, Wydawnictwo Ingenium.
2. Friedman R. C., Downey J. I., (2002). *Sexual Orientation and Psychodynamic Psychotherapy: Sexual Science and Clinical Practice*. Columbia University Press.
3. Gawęda D. (2015), *Negatywna reakcja terapeutyczna jako zjawisko relacyjne*. „Psychoterapia” (1), 172.
4. Giovacchini, P.L. (1987). *Unreasonable patient and psychotic transference*. [W:] J. S. Grotstein, M.F. Solomon, J.A. Laing. (red.), *The borderline Patient – emerging concepts in diagnosis, psychodynamics and treatment volume two*, Taylor & Francis Group.
5. Kernberg, O. (1987). *Diagnosis and Clinical Management of Suicidal Potential in Borderline Patients*. [W:] J.S. Grotstein, M.F. Solomon, J.A. Laing. (red.), *The borderline Patient – emerging concepts in diagnosis, psychodynamics and treatment volume two*, Taylor & Francis Group.
6. Knight, B.G. (2004). *Psychotherapy with Older Adults*. University of Southern California.
7. Kohon G. (red.), (2005). *The Dead Mother, The Work of Andre Green*, Taylor & Francis Group.
8. Steiner, J. (red.) (1989), *The Oedipus Complex Today, Clinical Implications*, Karnac Books.
9. Vanheule, S., Desmet, M., Verhaeghe, P. (2011). *In search of a framework for the treatment of Alexithymia. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 84, 84–97.
10. Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R. (2007). *Alexithymia and Interpersonal Problems*. Journal of Clinical Psychology, Vol. 63 (1), 109–117.

**Grzegorz Olesiak** – psycholog kliniczny i kulturoznawca. Absolwent Krakowskiego Centrum Psychodynamicznego. W latach 2007–2008 pracował na oddziale ogólnoprzeciwicowym szpitala psychiatrycznego w Toszku. W latach 2007–2015 współpracował z poradnią psychologiczną Partner w Gliwicach. Od 2009 roku związany z Ośrodkiem Leczenia Zaburzeń Afektywnych i Nerwic w Gliwicach, gdzie prowadzi grupy psychoterapeutyczne oraz pracuje w poradni zdrowia psychicznego. Prowadzi własny gabinet psychoterapeutyczny od 2008 roku. Od 2013 roku współpracuje ze Szkołą Wyższą Psychologii Społecznej oddział w Katowicach, gdzie prowadzi zajęcia m.in. z psychopatologii i zaburzeń osobowości.

reklama

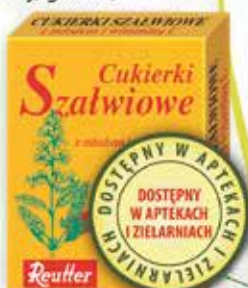
## Bogactwo szalwii!

Oryginalne, wielokrotnie wyróżnione, znane na świecie są cukierki szalwiowe firmy Reutter!

- ✓ poprawiają funkcjonowanie gardła i krtani.
- ✓ odświeżają śluzówkę jamy ustnej, gardła, górnych dróg oddechowych.
- ✓ zawierają najwyższej jakości naturalne składniki.
- ✓ cukierki szalwiowe firmy Reutter w milionach ust na świecie.
- ✓ dla całej rodziny!

**Reutter ponad 100 lat zaufania!**

PRODUKT POKAZANO W LATACH: 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017



## Żeń-szeń i Imbir - dobroczynne korzenie! Cukierki Żeń-szeniowo-Imbirowe z ekstraktami: żeń-szenia i imbiru

**Reutter**

### Żeń-szeń:

- ✓ wzmacnia organizm, dodaje energii, moc na noc,
- ✓ pobudza mózg do pracy i koncentracji,
- ✓ zwiększa odporność na stres,
- ✓ przyjazny dla zawodowych: kierowców, sportowców, i.t.p.,

### Imbir:

- ✓ wspiera odporność organizmu,
- ✓ korzystny przy kaszlu, gorączce, grypie, przeziębieniu,
- ✓ wspomaga przemianę materii,
- ✓ poprawia wygląd skóry,
- ✓ miły zapach w ustach.



**Julia E. Wahl**

# PODEJŚCIE

jako  
praktyka  
zmiany  
postrzegania

*W całym naszym  
poszukiwaniu jedyną  
rzeczą, którą odnaleźliśmy  
i która powoduje, że ta cała  
pustka jest do zniesienia,  
jesteśmy my nawzajem.*

**Carl Sagan**

# PUSTOŚCI

## **CZYM JEST, A CZYM NIE JEST PODEJŚCIE PUSTOŚCI**

Praktyki kontemplacyjne są coraz bardziej popularne w zachodniej psychologii i medycynie. Stanowią przeciwwagę dla zbyt redukcjonistycznej, pozytywistycznej czy wręcz mechanistycznej wizji świata. Zwłaszcza podejście uważności (ang. mindfulness) jest szeroko badane, studiowane i promowane, a ostatnio również podejście współczucia (ang. compassion). Jednak podejście pustki (ang. emptiness) jest jeszcze zupełnie nieznanne. Jak pisze Guy Armstrong, amerykański nauczyciel medytacji, sam termin „pustka” może wydawać się dziwny, a nawet odstraszać (Armstrong, 2017). Kojarzy się z nicością, a może nawet nihilizmem. Nie brzmi dobrze, nie kojarzy się z kultywowaniem ulgi, radości, szczęścia czy też pełni. Większość z nas, w tym pacjentów, chce przecież poczuć „coś miłego”. Pustka, tym samym, nie brzmi przekonująco. W najlepszym przypadku przywodzi na myśl obojętność, wyłączenie się. Okazuje się jednak, że w kontekście pracy terapeutycznej to podejście i ten rodzaj pracy mogą być bardzo pomocne i paradoksalnie – zapewnić lepszy ogólny dobrostan.

Na początek rozważań warto wytłumaczyć samo zagadnienie pustki czy raczej „pustości”. Tym, czym jest i czym ono nie jest. Nie będziemy tutaj wchodzić w całą złożoność i filozofię terminu „pustka” (które tradycyjnie odnosi się aż do 20 rodzajów pustki), ale skupimy się na najważniejszych jego aspektach, które mogą być przydatne w pracy psychoterapeutycznej. Pustka nie oznacza nihilizmu, obojętności czy też stanu psychotycznego odłączenia się od „ja” (Epstein, 1988), wręcz przeciwnie: pozwala nam w bardziej żywy i współczujący sposób spojrzeć na siebie i świat wokół nas. Pojęcie to można przyrównać do nieba, które jest puste, ale jednocześnie przestrzenne i nieustannie coś się na nim pojawia. W dużym skrócie sama medytacja pustki dotyczy uświadomienia sobie tego, jak chwytny się różnych form iluzji, jak stwarzamy różne formy halucynacji w życiu codziennym, a także tego, jak możemy zapanować nad naszym emocjonalnym umysłem. Ta forma praktyki medytacyjnej i kontemplacyjnej pozwala nam także zwiększyć poziom współczucia poprzez dostrzeżenie, w jaki sposób stwarzamy sobie różne rodzaje cierpienia, m.in. w związku z licznymi formami lgnięcia emocjonalnego i konceptualnego (całościowo nazywanym „lgnięciem mentalnym”). Jednym z powodów, dla których mówimy tu o „pustości”, jest uświadomienie sobie, że zarówno obiekty żywe (ludzie, zwierzęta), jak i nieżywe (wszystkie pozostałe obiekty) nie mają trwałej natury (zbioru cech).

Podstawowe założenia podejścia pustości (wersja uproszczona):

- Tożsamość nieustannie się zmienia i poddawana jest choćby subtelnym zmianom – tym samym nie jest trwała (zmiennność i nietrwałość).
- Tożsamość daje poczucie umocowania, ale tym

samym powoduje też cierpienie, gdy z jakiegoś powodu ulega zmianie (tracimy kontrolę).

- Każdy człowiek jest zależny od innych, a oni od niego – żyjemy w nierozzerwalnym systemie często niezauważanych na co dzień przez nas wzajemnych zależności i powiązań (iluzja niezależności – wzajemność).

## TOŻSAMOŚĆ MOŻE POWODOWAĆ POCZUCIE DOTKLIWOŚCI

Rozstajemy się również z jednym tylko rodzajem tożsamości, która nie jest trwała. W trakcie swojego życia będziemy bowiem przyjmować nieskończoną liczbę tożsamości, m.in. ze względu na pracę, którą wykonujemy, miejsce, w którym mieszkamy, czy to, jak się czujemy. Gdy z kolei zbyt przywiązujemy się do widzenia siebie jako człowieka smutnego (bo takie właśnie emocje często się w nas pojawiają), to możemy ten stan smutku wzmocnić poprzez nieustanne odnoszenie się do tej właśnie tożsamości. Tożsamość może nadawać nam bowiem kierunek, ale też być dotkliwa. Praca z własnym umysłem w praktyce pustości zmienia to, jak widzimy siebie i świat: zauważamy nietrwałość jednej wizji siebie i świata. Tym samym możemy praktykę pustości porównać do terapii poznawczej w bardziej rozwiniętej formie. Gdybyśmy jednak chcieli jeszcze silniej odnieść się do przykładów szkół psychoterapeutycznych – możemy porównać ten rodzaj pracy i konceptualizacji do połączenia szkół poznawczych z systemowymi. Jednocześnie bowiem przyglądamy się swoim przekonaniom, ale pamiętamy też o tym, że te przekonania (i my sami) funkcjonują w danym konkretnym systemie – genetycznym, rodzinnym, społecznym oraz kulturowym.

*W dużym skrócie sama medytacja pustki dotyczy uświadomienia sobie tego, jak chwytny się różnych form iluzji, jak stwarzamy różne formy halucynacji w życiu codziennym, a także tego, jak możemy zapanować nad naszym emocjonalnym umysłem. Ta forma praktyki medytacyjnej i kontemplacyjnej pozwala nam także zwiększyć poziom współczucia poprzez dostrzeżenie, w jaki sposób stwarzamy sobie różne rodzaje cierpienia, m.in. w związku z licznymi formami lgnięcia emocjonalnego i konceptualnego (całościowo nazywanym „lgnięciem mentalnym”).*

## KONTEMPLACJA NA TEMAT SWOJEJ TOŻSAMOŚCI I PRZYWIĄZANIA DO NIEJ

*Zapisz, z czego składa się Twoja tożsamość. Z ciała? Z tytułów? Z kompetencji? Z ubrań? Czy jeszcze z czegoś innego, co posiadasz? Jak byłoby, gdybyś to stracił(a)?*

*Pamiętaj, że w tej refleksji nie chodzi o to, żeby zachęcić Cię do wyzbycia się czegokolwiek, tylko o uświadomienie sobie, jak duże przywiązanie i tym samym cierpienie może być związane z tym wszystkim, co jest dla Ciebie ważne. Tak samo może być w przypadku obiektów niematerialnych, takich jak poglądy, myśli i emocje.*

## UWAGI TERAPEUTYCZNE

Warto od razu zaznaczyć, dla jakiego rodzaju klienta ta forma pracy może być wskazana, a dla jakiego nie. Doświadczany aktualnie kryzys psychiczny, np.: żałoba, epizod depresyjny, psychotyczny, powtarzające się stany psychotyczne, są przeciwwskazaniem do takiej pracy. A zatem ten rodzaj pracy terapeutycznej można wykorzystać już na kolejnym etapie terapii. Nie jest wskazane zaczynać terapii tym narzędziem. Może być ono zalecane pacjentom, którzy są w zbyt dużej mierze ze swoimi przekonaniem i emocjami, a konwencjonalne metody terapeutyczne zawiodły.

W celu wykorzystania tego rodzaju ćwiczeń przez samego terapeutę dobrze byłoby, żeby miał on wcześniejsze doświadczenia w medytacji (np. medytacji uważności). Z jednej strony – powinien mieć świadomość i zrozumienie przynajmniej podstawowych procesów, które zachodzą w trakcie praktyk kontemplacyjnych, a z drugiej strony – umiejętność wykorzystania praktyk stabilizacyjnych, takich jak np. medytacja oddechu, do których możemy okresowo powracać, gdy czujemy, że na jakimś etapie pracy z pustością pojawia się zbyt duże wyzwanie (np. silny lęk).

Należy też wspomnieć, że czasem na początku tej pracy może pojawić się lęk czy nawet poczucie skonfundowania u pacjenta. Nie oznacza to, że coś złego się dzieje. Wręcz przeciwnie – może to być znak, że zaczynamy ruszać zastałe struktury psychiczne, niczym ciało po okresie fizycznego bezruchu.

Armstrong (2017) wymienia kilka przykładów tego, jak możemy się czuć, gdy zmienia się nasze postrzeganie, w tym postrzeganie siebie samych: poczucie nieugruntowania, lęku, nostalgii wobec starej wersji siebie, rozczarowanie w związku ze swoimi złudzeniami, poczucie braku w związku z tym, co kiedyś było ważne. Z drugiej strony może się nic nie zdarzyć. I to też bardzo dobrze, bo możliwe, że jest za wcześnie, żeby z czymś pracować. Mechanizmy obronne również są czasem bardzo pomocne. Zatem może pojawić się częste psychoterapeutyczne pytanie: co oznacza, że czegoś jest za dużo? Można odpowiedzieć prosto, że zależy to od umiejętności obserwacji i wczucia się w pacjenta przez terapeutę. W konsekwencji kolejnym zadaniem terapeuty powinno być nauczenie pacjenta zarządzania emocjami, w tym zauważania przez niego samodzielnie, kiedy czegoś jest za dużo, a kiedy choć pojawia się wyzwanie, to bezpiecznie jest z tym być. Podobnie zresztą, jak ma to miejsce w innych formach pracy kontemplacyjnej (np. w podejściu uważności i współczucia).

*Kojarzy się z nicością, a może nawet nihilizmem. Nie brzmi dobrze, nie kojarzy się z kultywowaniem ulgi, radości, szczęścia czy też pełni. Większość z nas, w tym pacjentów, chce przecież poczuć „coś miłego”. Pustka, tym samym, nie brzmi przekonująco. W najlepszym przypadku przywodzi na myśl obojętność, wyłączenie się. Okazuje się jednak, że w kontekście pracy terapeutycznej to podejście i ten rodzaj pracy mogą być bardzo pomocne i paradoksalnie – zapewniać lepszy ogólny dobrostan.*

## JAK TO SIĘ ROBI

Podobnie, jak w przypadku podejścia współczucia, pracę zaczynamy od intencji, czyli innymi słowy tego, co pacjent chce kultywować w sobie, na jakich konkretnych jakościach chce się skupić. Wbrew skojarzeniom, które mogą się pojawić w związku z pojęciem pustki, nie jest to bowiem praktyka „odcinania się”, ale taka, która ma nadać kierunek będący wsparciem w życiu. Trzeba na początek ustabilizować i ugruntować swoją uwagę i ciało. Można zatem rozpocząć pracę od ćwiczenia „uważności zmieniających się zjawisk (obiektów)” (często nazywaną „niewybiórczą uważnością”):

## PRAKTYKA NIEWYBIÓRCZEJ UWAŻNOŚCI

Zacznij od uważności oddechu – chwilę skupiając uwagę na nim. Kiedy masz już fizyczne poczucie oddychania, to możesz po jakimś czasie to skupienie rozluźnić i pozwolić uwadze oddalić się tam, dokąd chce podążyć. Może uwaga w dalszym ciągu skupiona jest na oddechu, może pojawia się jakaś myśl

lub dźwięk czy też subtelne poczucie emocji, nawet jeszcze nienazwanej. Twoja uwaga może co chwilę w naturalny sposób przeskakiwać z jednego obiektu do kolejnego (np. z jednej myśli do kolejnej). Gdy tak właśnie się dzieje, pozwalaj jej tam po prostu być. Gdy pojawi się zbyt duże rozproszenie, możesz powrócić do świadomości fizycznego poczucia oddechu.

Powyższa praktyka pokazuje nam to, jak nieustannie zmienia się obiekt zainteresowania naszej uwagi. Jeśli pobędziemy w tej praktyce, możemy zauważyć, że intensywność i nasze podejście emocjonalne do poszczególnych obiektów również ulega zmianie (brak stałej cechy tych obiektów). Zauważamy też, że naszej tożsamości nie możemy zbudować na naszych myślach i emocjach, bo i one ulegają nieustannej zmianie. Tym samym dowiadujemy się, co może być źródłem naszego cierpienia, trudności, jak często sami je wzmacniamy poprzez pewne nawyki umysłu i różne formy przywiązań. Wobec tych trudności potrzebujemy współczucia, które również możemy kultywować w sposób formalny (więcej na temat samego podejścia współczucia można przeczytać w poprzednich numerach). Następnie możemy przejść do bezpośredniej praktyki pustości.

## PROSTA PRAKTYKA PUSTOŚCI ZJAWISK

W trakcie tego ćwiczenia oczy są otwarte. Gdy usiądziesz wygodnie, powoli zauważaj wszystkie rzeczy, które Ciebie otaczają: meble, książki itd. Zwracając uwagę na poszczególne obiekty, zauważ, ile emocji i myśli pojawia się w związku z nimi i jakie masz skojarzenia.

Następnie zaprzestań zauważania tych wszystkich obiektów. Bądź jedynie świadom ścian i przestrzeni pomieszczenia. Zauważ, że część z tego, co postrze-gałeś, odeszło. Może pojawiły się nowe skojarzenia związane ze ścianami i przestrzenią.

Krokiem kolejnym będzie zaprzestanie zauważania już samych ścian. Zauważ jedynie samą przestrzeń. Co teraz się pojawia? Może pojawiają się skojarzenia i odczucia, które zastąpiły poprzednie?

Na koniec zadaj sobie pytanie, jaka jest różnica w Twoim postrzeganiu i poczuciu na każdym z etapów tego ćwiczenia?

## PODSUMOWUJĄC

Odnosząc się do tożsamości i naszych przekonań, opinii, schematów poznawczych, warto zaznaczyć, że nie chodzi o to, żebyśmy stali się obojętni wobec świata, nie mieli już żadnych opinii i np. wyzbyli się wszystkich ról społecznych, odniesień indywidualnych związanych z konstruktem „ja”. Celem jest to, żeby posługiwać się pojęciem „ja” (tożsamości), mając świadomość jego zmienności. Gdy mamy świadomość tej zmienności, to jednocześnie rośnie nasza odporność psychiczna, a tym samym poczucie wolności i odczucie ulgi, a konwencjonalne okoliczności naszego życia przestają być aż tak dotkliwe.

### Bibliografia:

1. Armstrong, G. (2017). *Emptiness. A practical guide for meditators*. Somerville: Wisdom Publications.
2. Tirado, J. M. (2008). *The Buddhist notion of emptiness and its potential contribution to psychology and psychotherapy*. *International Journal of Transpersonal Studies*, 27 (1), 74–79.

**Julia E. Wahl** – psycholog, założyciel i dyrektor The Mind Institute ([www.mindinstitute.com.pl](http://www.mindinstitute.com.pl)), trener uważności (mindfulness) oraz współczucia (compassion), współzałożycielka Polskiego Towarzystwa Mindfulness. Przeprowadziła ponad 50 edycji ośmiotygodniowego Treningu Uważności w Warszawie, Poznaniu, Szczecinie, Toruniu, Gdańsku, Nottingham oraz Derby. Przez kilka lat pracowała w Szpitalu MSW w Otwocku na Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicowych, gdzie prowadziła terapię indywidualną, grupową, warsztaty na temat złości. Obecnie prowadzi program wsparcia dla pacjentów onkologicznych w oparciu o podejście współczucia w ramach doktoratu na University of Derby (Wielka Brytania).

dr n. med. Małgorzata Fornal-Pawłowska

# Bezsenne noce, czyli dlaczego senność nie przychodzi?



Wśród objawów zgłaszanych przez pacjentów w gabinecie psychologa czy psychoterapeuty często usłyszymy skargi na trudności ze snem.

Dla terapeuty ważne są następujące pytania: Kiedy trudności te wymagają szczególnej uwagi terapeutycznej?

Kiedy rozpoznajemy bezsenność i jak powinna być ona leczona?

## OBJAWY BEZSENNOŚCI

### Studium przypadku

Magda od kilku miesięcy ma problemy ze snem. Polegają one na tym, że kładzie się wieczorem spać, ale pomimo zmęczenia sen nie przychodzi. Często zasypia dopiero po dwóch–trzech godzinach leżenia w łóżku albo wybudza się w nocy po kilku godzinach snu i nie śpi już do rana. Bywają też takie noce, że ma poczucie, że w ogóle nie śpi. Leży w łóżku, a jej głowa przez całą noc „nie chce się wyłączyć”. Ma wrażenie, że słyszy wszystkie dźwięki w otoczeniu, każdy najdrobniejszy szmer. Martwi się, jak przetrwa następny dzień – jak poradzi sobie w pracy i czy nie popełni jakiegoś błędu. Jak to odbije się na jej zdrowiu? Wieczorem odczuwa niepokój, że czarny scenariusz nocy znów się powtórzy.

Magda cierpi na bezsenność. Jest to zaburzenie snu, w którym podstawowym objawem są trudności w zaśnięciu lub przebudzenia w nocy z niemożnością szybkiego powrotu do snu. Trudności te pojawiają się pomimo odpowiednich warunków do spania. Ktoś kładzie się do łóżka, jest jego pora snu, ale sen nie przychodzi. Większość z nas od czasu do czasu doświadcza takich



objawów. Żeby jednak mówić o bezsenności jako zaburzeniu, objawy powinny wystąpić co najmniej trzy razy w tygodniu, przynajmniej od trzech miesięcy. Mówimy wówczas o bezsenności przewlekłej. Dotyka ona aż 10% naszej populacji. Aby ją rozpoznać, trudnościami ze snem nocnym musi towarzyszyć gorsze samopoczucie za dnia. To zwykle ono skłania pacjentów do szukania pomocy u specjalisty. Najczęściej skarżą się oni na zmęczenie, trudności z koncentracją uwagi albo na rozdrażnienie, napięcie, brak energii. Bardzo typowe wśród pacjentów jest martwienie się z powodu trudności ze snem, obawy przed konsekwencjami bezsenności, przewidywanie, że w nocy znów się nie zaśnie.

Jeśli ktoś sypia krótko (poniżej 5–6 godzin), ale dobrze czuje się w ciągu dnia, prawdopodobnie ma tak zwany krótki sen dobowy (będący wariantem normy). Taka sytuacja dotyczy zwłaszcza osób starszych, bo z wiekiem skraca się u nas czas snu.

## POCZĄTKI PROBLEMÓW ZE SNEM

### Studium przypadku

Michał od wielu lat boryka się z nawracającymi epizodami bezsenności. Już jako dziecko miał gorsze noce, zwłaszcza w sytuacji stresu. Nasiloną bezsenność wystąpiła u niego w związku z problemami finansowymi. Początkowo wybudzał się wcześniej rano z niepokojem, gonitwą myśli, ale potem trudności ze snem się nasiliły. Wówczas miał wrażenie, że w ogóle nie spał przez kilka dni. Psychiatra rozpoznał wtedy u niego zaburzenia adaptacyjne. Leczenie przeciwdepresyjne pomogło. Bezsenność jednak od czasu do czasu nawraca. Czasem bez uchwytnej dla Michała powodu. Wówczas nasila się u niego lęk, że znów nie będzie w ogóle spał. Ma poczucie, że nie ma kontroli nad swoim snem.

**Bezsenność zwykle zaczyna się od konkretnych czynników lub wydarzeń. Ponad trzy czwarte osób z bezsennością potrafi wskazać, jakie sytuacje towarzyszyły pojawieniu się u nich pierwszych bezsennych nocy. Najczęściej są to problemy zdrowotne, wydarzenia w rodzinie, sytuacja w pracy albo zmiana miejsca, warunków spania.**

Część pacjentów zgłasza, że już w dzieciństwie mieli problemy ze snem albo że ktoś z ich rodziny także cierpiał na bezsenność. Takie osoby mają więc pewną predyspozycję do bezsenności, choć nie wiadomo, czy dziedziczna jest raczej pewna wrażliwość, reaktywność emocjonalna sprzyjająca wzbudzeniu i problemom ze snem, czy może istnieją geny odpowiedzialne za bezsenność. Może być też tak, że w rodzinie przekazywane są nieprawidłowe nawyki czy przekonania związane ze snem. Jednym z takich przekonań może być oczekiwanie, że do prawidłowego snu konieczna jest absolutna cisza i ciemność. Gdy takie „idealne” warunki nie są spełnione, narasta niepokój, który sprzyja trudnościom ze snem. Innym czynnikiem predysponującym może być zmuszanie dziecka do zbyt wczesnego kładzenia się spać, gdy jego potrzeba snu nie jest jeszcze wystarczająco nasilona, by zasnąć.

## PRZYCZYNY BEZSENNOŚCI

Bezsenność przewlekła jest zaburzeniem, w którym podstawowym problemem jest nadmierne wzbudzenie. Występuje ono nie tylko w nocy (utrudniając przyjście do snu czy powodując sptyczenie snu), ale również w ciągu dnia. W badaniach osób z bezsennością potwierdzono je w różnych pomiarach: napięcia mięśniowego, ciepłoty ciała, akcji serca, tempa metabolizmu, sekrecji katecholamin i kortyzolu, metabolizmu glukozy w strukturach mózgowych.

**Podejmując pracę z osobą z bezsennością, należy spróbować ocenić, jakie aktualne czynniki mogą powodować to wzbudzenie. Szczególnie ważna jest ocena pod kątem innych zaburzeń. U około 40–60% stwierdza się współwystępujące zaburzenia psychiczne, najczęściej zaburzenia nastroju lub zaburzenia lękowe, a także nadużywanie substancji psychoaktywnych (zwłaszcza alkoholu, leków uspokajających czy nasennych). Do chorób somatycznych związanych z bezsennością często należą nadczynność tarczycy czy zaburzenia przebiegające z bólem. Warto wykluczyć również inne zaburzenia snu, zwłaszcza zaburzenia rytmu snu i czuwania (na przykład zespół opóźnionej fazy snu), zaburzenia oddychania w trakcie snu czy zespół niespokojnych nóg.**

Postrzeganie bezsenności tylko jako objawu danej choroby (na przykład jako objawu depresji) może prowadzić do niepełnego leczenia. O bezsenności wtórnej do danego schorzenia można wnioskować, gdy jej początek zbiega się w czasie z początkiem tego zaburzenia, a przebieg wykazuje związek z czasem trwania i nasileniem innych objawów. Tymczasem w wielu przypadkach bezsenność poprzedza wystąpienie

danej choroby lub utrzymuje się pomimo ustąpienia innych objawów. W badaniach wykazano, że leczenie bezsenności wpływa korzystnie na zmniejszenie objawów zaburzeń jej towarzyszących, na przykład poprawę nastroju u pacjentów z depresją, zmniejszenie natężenia bólu u osób z osteoporozą czy poprawę wskaźników immunologicznych u kobiet z rakiem piersi. Oba zaburzenia mogą więc być częściowo od siebie niezależne i mogą też wzajemnie na siebie oddziaływać. Dlatego w najnowszych klasyfikacjach zaburzeń snu (np. w DSM V) zrezygnowano z terminu bezsenność wtórna na rzecz terminu bezsenność współwystępująca z innymi zaburzeniami. Przy takiej bezsenności konieczne jest leczenie obu problemów zdrowotnych.

Według koncepcji Spielmana bezsenność przewlekła jest zaburzeniem o wieloczynnikowej etiologii – konsekwencją działania trzech grup czynników: predysponujących, wyzwalających i utrwalających (Spielman i Glovinsky, 1991). Trójczynnikowy model pozwala wyjaśnić, w jaki sposób bezsenność przygodna i krótkotrwała rozwija się w bezsenność przewlekłą i dlaczego z czasem zaburzenie to może stać się niezależne od pierwotnych przyczyn.

## UTRWALANIE SIĘ BEZSENNOŚCI

### Studium przypadku

Magda dobrze pamięta, od czego zaczęły się jej problemy ze snem. Miała intensywny okres w pracy, często siedziała do późna w nocy, aby dokończyć projekty. Pomimo tego, że sytuacja w pracy dawno już ustabilizowała się, Magda nadal ma problemy ze snem. Teraz stresuje się już nie pracą, a bezsennością. Już w ciągu dnia martwi się tym, czy zaśnie w nocy. Próbowwała różnych sposobów na zaśnięcie. Zrezygnowała z kawy w ciągu dnia, intensywnie biegała, żeby się zmęczyć, kładła się spać wcześniej, próbowała wyciszać myśli przed snem, głęboko oddychać, stosowała zatyczki do uszu. Działania te, jeśli pomagały, to tylko na chwilę. Magda ma poczucie, że jedyne, co jest skuteczne, to leki nasenne, które przepisał jej lekarz rodzinny. Boi się jednak je stosować z obawy przed uzależnieniem.

Utrzymywanie się bezsenności pomimo ustąpienia jej początkowych przyczyn, czynników wyzwalających tłumaczone jest niewłaściwymi sposobami radzenia sobie czy reagowania na problemy ze snem. Powszechną strategią podejmowaną po bezsennej nocy jest próba nadrobienia brakującego snu poprzez drzemanie w ciągu dnia, wcześniejsze położenie się spać następnej nocy lub odsypianie nad ranem. Działania te mogą pomóc na chwilę poczuć się lepiej, w dalszej perspektywie przyczyniają się jednak do rozregulowania rytmu snu, osłabienia tak zwanego ciśnienia snu. Na przykład, jeśli ktoś po bezsennej nocy ucina sobie drzemkę w ciągu dnia, która zamiast być chwilą odpoczynku, zamienia się w 2–3 godziny spania, to zabiera sobie sen głęboki z kolejnej nocy. Zatem może być mu trudno zasnąć albo wybudzi się po krótkim czasie snu. Podobnie, jeśli ktoś odsypia w weekend, jego gotowość do zaśnięcia opóźnia się. I tak błędne koło bezsenności zaczyna się toczyć. Stopniowo dochodzą tu kolejne czynniki behawioralne i poznawcze (Harvey, 2002), np.: nadmierna koncentracja na śnie, martwienie się z powodu bezsenności, wydłużanie czasu spędzanego w łóżku, nadużywanie leków nasennych, monitowanie zegara w nocy, doznai z ciała, samopoczucia w ciągu dnia, ograniczanie aktywności jako metoda radzenia sobie ze zmęczeniem czy nadużywanie kofeiny. Działania te sprzyjają dalszemu osłabieniu snu, narastaniu wzbudzenia oraz kojarzenia łóżka jako miejsca związanego z czuwaniem. W takim mechanizmie bezsenność można opisać jako zaburzenie nadmiernego wysiłku wkładanego w sen (Espie i wsp., 2006).

### (SAMO)LECZENIE BEZSENNOŚCI

Duży odsetek osób z bezsennością nie szuka pomocy u specjalisty. Powszechne jest samoleczenie w postaci alkoholu bez recepty oraz alkoholu. Alkohol ma działanie uspokajające, więc może ułatwić zaśnięcie, jednak sen po nim jest pofragmentowany i gorszej jakości. W efekcie problemy ze snem narastają. Wzrasta też tolerancja, czyli konieczność przyjmowania większej dawki w celu uzyskania efektu nasennego. U osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych bezsenność jest bardzo częstym problemem. Na przykład, po odstawieniu alkoholu czy leków uspokajających (benzodiazepin) elementem zespołu abstynencyjnego jest tak zwana bezsenność z odbicia – czyli bardzo nasilone problemy ze snem. U takich osób sen normalizuje się przez wiele miesięcy.

Jeśli pacjent z bezsennością zgłasza się do lekarza, to w większości przypadków leczenie ogranicza się do stosowania leków o działaniu nasennym. Współcześnie stosowanymi lekami przy bezsenności

są tak zwane nowe niebenzodiazepinowe leki nasenne (zopiklon, zolpidem czy zaleplon). W porównaniu do pochodnych benzodiazepiny (silnych leków o działaniu uspokajającym, które stosowano dawniej na bezsenność), leki te mają mniejszy potencjał uzależniający i działają głównie nasennie. Jest to jednak leczenie wyłącznie objawowe, zalecane do doraźnego stosowania, w przypadkach bezsenności krótkotrwałej. Może ono zapobiec rozwojowi błędnego koła bezsenności, ale jeśli pacjent ma nieprawidłowe nawyki związane ze snem, pozostanie tylko przy leku, bez pracy nad czynnikami utrwalającymi zaburzenia snu czy bez oceny chorób współwystępujących, będzie sprzyjało rozwojowi bezsenności przewlekłej oraz uzależnieniu – tak niestety dzieje się u wielu pacjentów. Do specjalistycznych ośrodków (poradni leczenia zaburzeń snu) nierzadko trafiają po wielu latach zmagania się z bezsennością, z poczuciem, że swój sen zawdzięczają tylko lekom, a bez nich nie byłoby w stanie w ogóle spać.

## PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA BEZSENNOŚCI

W aktualnych standardach leczenia bezsenności Europejskiego Towarzystwa Badań nad Snem (Riemann i wsp., 2017) metodą z wyboru jest psychoterapia poznawczo-behawioralna (cognitive behavioural therapy for insomnia, CBT-I). Jest ona zalecana u każdego pacjenta doświadczającego bezsenności. Jej skuteczność potwierdzono w licznych metaanalizach, zarówno w przypadku bezsenności jako głównego zaburzenia, jak i w bezsenności współwystępującej z innymi schorzeniami. Wykazano, że 70–80% pacjentów uzyskuje istotną, trwałą poprawę snu, a 1/3 osób jest wyleczonych. W polskich badaniach prowadzonych wśród pacjentów poradni leczenia zaburzeń snu, uczestniczących w grupowej psychoterapii bezsenności, uzyskano podobne wyniki (Fornal-Pawłowska i Szelenberger, 2013). W porównaniu do leczenia tylko lekami nasennymi efekty CBT-I są bardziej trwałe.

CBT-I składa z 5–8 sesji, podczas których wdrażane są kolejne techniki behawioralne i poznawcze. Techniki behawioralne polegają na wprowadzaniu zachowań, które wzmacniają fizjologiczne mechanizmy regulujące sen oraz kojarzenie łóżka ze snem, a obniżają nadmierne wzbudzenie, także w ciągu dnia. Do technik tych należą: metoda ograniczenia pór snu, technika kontroli bodźców, zasady higieny snu oraz relaksacja. Metoda ograniczenia pór snu polega na skróceniu czasu spędzanego w łóżku (najlepiej do średniego czasu, który pacjent aktualnie przesypia) i uregulowaniu pór snu (zwłaszcza pory wstawania), po to aby wymusić

większą senność wieczorem, pogłębić sen i wzmocnić rytm okołodobowy, co poprawi samopoczucie za dnia. Ważnym elementem będzie tu regulacja posiłków, aktywności w ciągu dnia oraz ekspozycji na światło. Technika kontroli bodźców polega na uczeniu organizmu na nowo reagowania sennością na łóżku. Pacjent ma zalecone, aby przebywał w łóżku tylko wtedy, gdy śpi, żeby unikał przedłużającego się leżenia bez snu, a zamiast tego wstawał po około 20 minutach, gdy nie może zasnąć, porzucał wysiłek wkładany w sen i koncertował się na innych przyjemnych czynnościach (np. czytaniu książki, słuchaniu muzyki, treningu relaksacyjnym). Wówczas kolejna fala senności łatwiej przyjdzie. Ponieważ techniki behawioralne wymagają wprowadzenia zachowań, które wielu pacjentom wydają się trudne i odwrotne do tego, co dotychczas uważali za pomocne na sen, ważnym elementem terapii są techniki poznawcze – psychoedukacja na temat snu oraz praca nad dysfunkcjonalnymi przekonaniami, myślami dotyczącymi bezsenności, które przyczyniają się do wzrostu lęku w przypadku trudności ze snem. Przykładem takiej myśli może być przekonanie, że należy spać 8 godzin, aby dobrze czuć się w ciągu dnia albo że jak nie zaśnie się o danej godzinie, to przegapi się sen głęboki albo nie będzie się spało już całą noc.

Pomimo wysokiej skuteczności CBT-I metoda ta jest mało rozpropagowana. W Polsce są tylko dwa certyfikowane ośrodki oferujące tego typu leczenie. W Poradni Leczenia Zaburzeń Snu przy Katedrze i Klinice WUM w Warszawie od 2006 roku działają grupy CBT-I dla pacjentów z bezsennością, które cieszą się dużym powodzeniem. Drugim miejscem jest Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

### Bibliografia:

1. Espie C. A., Broomfield N. M., MacMahon K. M., Macphee L. M., Taylor L. M. *The attention/intention-effort pathway in the development of psychophysiological insomnia: a theoretical review*. Sleep Med Rev 2006; 10: 215–245.
2. Fornal-Pawłowska M., Szelenberger [w:] *Terapia poznawczo-behawioralna w leczeniu bezsenności przewlekłej*. Psychiatr. Pol. 2013; 47 (2); 269–279.
3. Harvey A.G. *A cognitive model of insomnia*. Behav Res Ther 2002; 40: 869–993.
4. Riemann D., Baglioni C., Bassetti C. i wsp. *European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia*. J. Sleep Res. 2017; 26 (6): 675–700.
5. Spielman AJ, Glovinsky PB. *The varied nature of insomnia*. [W:] PJ Hauri (red) *Case Studies in Insomnia*. Plenum Medical Book Co, New York 1991; str. 1-15

**dr n. med. Małgorzata Fornal-Pawłowska** – specjalista psycholog kliniczny. Od wielu lat pracuje w Poradni Leczenia Zaburzeń Snu Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie, gdzie współtworzyła pierwszy w Polsce program nefarmakologicznego leczenia bezsenności oraz wprowadziła pierwsze grupy terapii poznawczo-behawioralnej dla osób z bezsennością. Specjalizuje się w badaniu psychologicznych uwarunkowań zaburzeń snu, psychoterapii poznawczo-behawioralnej oraz psychologicznej diagnozie klinicznej. Członkini Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem oraz Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej. Doświadczony klinicysta i dydaktyk.

Joanna Flis

# PRACA Z PRZENIESIENIEM

w terapii uzależnień w kontekście  
analizy transakcyjnej

Przeniesienie i przeciwprzeniesienie to zjawiska, na których bazuje terapia psychodynamiczna. W jaki sposób wykorzystać wiedzę na ich temat w kontekście innych szkół psychoterapii? Analiza transakcyjna oraz terapia skoncentrowana na przeniesieniu (TFP) to przykład świeżego spojrzenia na zjawiska wywodzące się z psychoanalizy, ukazujące ich rolę w procesie psychoterapii innych paradygmatów terapeutycznych.



psychologicznych. Rodzaj oczekiwań wynikających z przeniesienia klienta oraz rodzaj prowokowanej przez niego gry może wynikać z kilku podstawowych elementów:

- bieżącej sytuacji rodzinnej klienta, najczęściej prowokuje transakcje, których nie może realizować w życiu osobistym, bądź odwrotnie inicjuje te najczęściej realizowane,
- okoliczności trafienia na terapię (np. sytuacja „przymusu” może być źródłem oczekiwania, że terapeuta przyjmie rolę Oskarżyciela),
- tendencje terapeuty, wynikające z jego osobistego stylu prowadzenia terapii: wysoki poziom dyrektywności oraz tendencja do przejmowania odpowiedzialności przez terapeutę może uruchamiać oczekiwania klienta, iż ten przyjmie rolę Wybawcy; zaś zbyt mała dyrektywność terapeuty z tendencją do przyjmowania racjonalizacji klienta może uruchamiać jego oczekiwania, iż terapeuta przyjmie rolę Kozła Ofiarnego,
- płeć czy podobieństwo terapeuty do innych ważnych osób z jego otoczenia bądź dzieciństwa.

Na jakie komunikaty klienta – werbalne i pozawerbalne, które mogą pełnić funkcję incjującą podjęcie przez terapeuty roli wynikającej z gry – warto zwrócić szczególną uwagę?

Warto pamiętać, że w procesie psychoterapii klient może inicjować zachowania służące stymulowaniu terapeuty do przyjmowania naprzemiennie różnych ról. Czujność w rozpoznawaniu komunikatów inicjujących transakcję i formułowanie odpowiedzi z pozycji Dorosłego jest najważniejszym elementem służącym przerwaniu gry.

Analiza reakcji przeniesieniowej i przeciwprzeniesienia bezsprzecznie może wzbogacić terapię z klientem w każdym paradygmacie terapeutycznym, bowiem bez względu na stosowane narzędzia i podejście terapeutyczne to relacja pozostaje warunkiem niezbędnym dla prowadzenia psychoterapii. Zaprezentowane przykłady pracy z opisanym zjawiskiem są tylko dwoma z wielu różnych podejść uwzględniających znaczenie przeniesienia i przeciwprzeniesienia w psychoterapii. Warto uwagi pozostają jeszcze inne narzędzia pracy proponowane m.in. przez terapię systemową, psychoterapię poznawczą, psychoterapię fenomenologiczno-egzystencjalną, psychoterapię humanistyczną, terapię poprzez ruch (DMT – Terapia Tańcem i Ruchem), psychoterapię Ericksonowską czy analizę bioenergetyczną Aleksandra Lowena. Sposób wykorzystania zjawisk wywodzących się z psychoanalizy obrazuje cenność podejścia integracyjnego wprowadzanego od lat 80. XX wieku

## KOZIOŁ OFIARNY

- niepunktualność, zapominanie o sesjach,
- przychodzenie do gabinetu pod wpływem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
- demonstrowanie cierpienia doświadczanego w sytuacji kaca,
- demonstrowanie poczucia winy: „Jestem najgorszym człowiekiem na świecie”,
- nadmierna koncentracja na obwinianiu systemu, braku pomocy ze strony instytucji pomocowych, odrzucenia i trudnej sytuacji materialnej czy zawodowej,
- nadmierna deklaracja wysiłku wkładanego w zmianę czy podkreślanie wysokiego poziomu motywacji niewspółmiernie do zachowania klienta, a usprawiedliwiający jego ciągłe korzystanie z pomocy innych osób,
- koncentracja na obwinianiu innych.

## WYBAWCA

- demonstrowanie bezradności,
- wysoki poziom zaniedbania,
- koncentracja na wzmacnianiu zależności od terapeuty: „Tylko Ty mnie rozumiesz”,
- autodeprywacja: „Jestem nic nie wart”, „Powiniennem umrzeć, wszystkim byłoby łatwiej”,
- deklaracja całkowitej zależności od terapeuty: „Tylko Ty możesz mi pomóc”, „Zrób coś ze mną”, „Wszyscy we mnie wątpią poza Tobą”,
- przynoszenie prezentów, propozycje wyświadczenia przysług,
- nadmierne zainteresowanie sprawami osobistymi terapeuty,
- trudności z zakończeniem sesji,
- brak postępów w leczeniu.

## OSKARŻYCIEL

- agresywne, prowokujące zachowanie,
- częste nawroty objawów choroby,
- zapominanie o realizacji zadań terapeutycznych,
- prowokowanie ostrych konfrontacji: „Potrzebuję solidnego kopa”,
- prowokowanie odrzucenia: „Z pewnością się mnie brzydzisz”, „Powiedz, co tak naprawdę o mnie myślisz”,
- przekraczanie granic w relacji terapeutycznej,
- próby ciągłego podważania kompetencji terapeuty,
- uporczywy brak zmian w zachowaniu lub wybieranie zachowań ewidentnie szkodliwych.

w psychoterapii. Zwolennicy tego nurtu zwracają uwagę na zagadnienie integracji szkół terapeutycznych, która może w zdecydowany sposób wzbogacać warsztat terapeuty oraz przynosić korzyści klientom. Uważają oni bowiem, że nie istnieje uniwersalna terapia skuteczna w pracy ze wszystkimi klientami, w związku z czym postulują wykorzystywanie i łączenie elementów charakterystycznych dla różnych szkół, co w ich opinii może pozwolić na zindywidualizowane postępowanie wobec konkretnego klienta.

#### Bibliografia:

- Andersen S., Berenson K. *Spostrzeganie, uczucia i pragnienia – rola poprzednich związków w obecnych relacjach interpersonalnych*. [w:] Forgas J., Williams K., Wheeler L., red. *Umysł społeczny. Poznawcze i motywacyjne aspekty zachowań interpersonalnych*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005, s. 238–263.
- Fhanér, 1996, *Słownik psychoanalizy*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychoanalityczne, s. 194.
- Janus D., *Historyczne początki psychoterapii. Psychoterapia w teorii i w praktyce*. Psychologia.net.pl portal psychologiczny [http://psycho.home.pl/public\\_html/portal/artukul.php?level=269](http://psycho.home.pl/public_html/portal/artukul.php?level=269) (dostęp: 12.11.2017).
- Gelso C.J., Hayes J.A. *Relacja terapeutyczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Lecours S., Bouchard M., Normandin L. *Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists*. *Psychoanalytic Psychology*. 1995; 12(2): 259–279. <http://psycnet.apa.org/journals/pap/12/2/259/>.
- Beata I. Morawska-Józwiak, Tomasz Sobów, Jonathan W. Britmann\* *Ewolucja w sposobie rozumienia przeciwprzeniesienia i jego osadzenie w nurtach psychoterapeutycznych*, „Psychiatria i Psychoterapia” 2014; tom 10, numer 1: s. 37–55.
- Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C et al (2004) *Borderline personality disorder*. *Lancet* 364:459–461.
- Bohus M., Kröger Ch.; *Psychopatologia i psychoterapia zaburzenia osobowości typu borderline. Aktualny stan badań*; 2011, 82: 16–24.
- Jagiela J. *Psychologiczne gry transakcyjne jako pułapki w procesie psychoterapii. Wystąpienie na Konferencji Naukowej: Gry i symulacje jako przedmiot i metoda badań w naukach społecznych*, Collegium Civitas, Instytut Studiów Politycznych PAN, Warszawa 29–30.11.2008 r. <http://www.eat.ajd.czest.pl/uploads/images/jagiela1/Jagiela-1.html>.
- Kottler J. A., *Opór w psychoterapii*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
- K. Rowińska, *Buduj swoje życie odpowiedzialnie i zuchwale*, Złote Myśli, 2013.
- Berne E., *W co grają ludzie? Psychologia stosunków międzyludzkich*, PWN, Warszawa 1987.
- Samek T., *Analiza transakcyjna*, CTA i Wyd. Zakonu Pijarów.

**Joanna Flis** – certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień (certyfikat PARPA nr 1455) oraz specjalista Biofeedback (ISNR) I stopnia. Magister psychopedagogiki, resocjalizacji, prewencji patologii i zagrożeń społecznych. Pracuje w poradni uzależnień w Świdwinie, gdzie prowadzi terapię osób uzależnionych oraz ich bliskich. Prowadzi Pracownię Pomocy Psychologicznej w Łobzie. Interesuje się cyberpsychologią i antropologią. Studentka ostatniego roku psychologii na Uniwersytecie SWPS.

reklama

Z wielką radością przyjmuję dostępność na polskim rynku wydawniczym kolejnego programu terapeutycznego o udowodnionej empirycznie skuteczności, tym bardziej że jest to pierwsza publikacja, która prezentuje podejście terapeutyczne dopasowane do potrzeb dzieci i adolescentów cierpiących na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne oraz ich rodzin.

**Ida Derezińska**

psycholog kliniczna, psychoterapeutka dzieci i młodzieży,  
superwizorka psychoterapii poznawczo-behawioralnej,  
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

SPRAWDZONY  
ZESTAW  
Podręcznik terapeuty  
+  
Poradnik pacjenta



Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne

www.gwp.pl

Patronat



Polskie Towarzystwo  
Terapii Poznawczej  
i Behawioralnej  
[www.pttpb.pl](http://www.pttpb.pl)

ZDROWA  
GŁOWA  
Edukacja Medyczna.pl

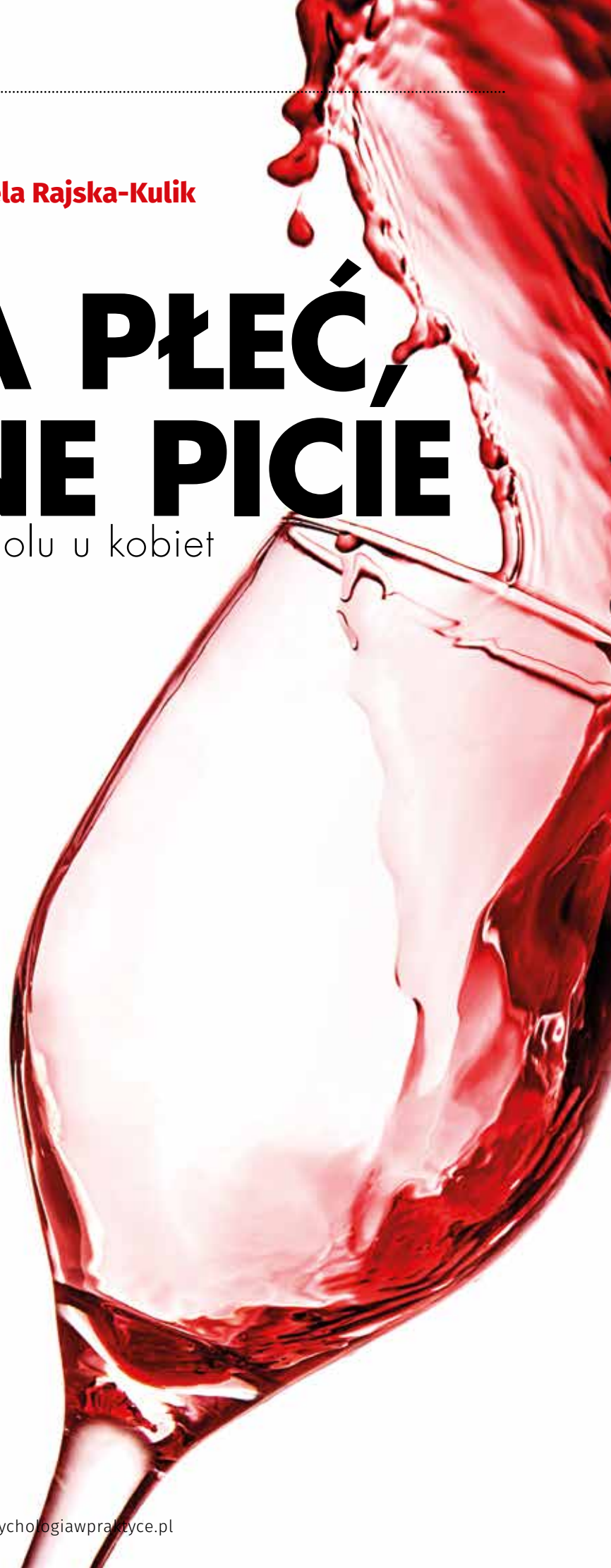


**Małgorzata Kowalcze, dr Izabela Rajska-Kulik**

# SŁABA PŁEĆ, MOCNE PICIE

uzależnienie od alkoholu u kobiet

Na podstawie doświadczeń w pracy z osobami uzależnionymi oraz w oparciu o dostępną literaturę przedmiotu w artykule zostanie podjęta tematyka specyfiki uzależnienia u kobiet. Opracowanie tego zagadnienia jest istotne w pracy z osobami uzależnionymi zarówno pod względem teoretycznym, jak i praktycznym. Wieloaspektowe ujęcie problematyki uzależnienia, szczególnie dotyczące kobiet, może prowadzić do bardziej skutecznych oddziaływań profilaktycznych, lepszego opracowania modelu terapii, jak i pełniejszego zrozumienia tego procesu. Wiedza ta może być przydatna w niwelowaniu negatywnych skutków uzależnienia od alkoholu u kobiet. Naszym celem jest uwrażliwienie profesjonalistów, praktyków funkcjonujących zawodowo w obszarze psychologii i medycyny na problemy kobiet uzależnionych i znaczenie pierwszego kontaktu.





**Alkohol rozprasza granice „Ja”. Człowiek tak na prawdę nie wie, kim jest. Nie potrafi odnaleźć samego siebie. Posiada dwa oblicza – „Raz jest karłem swoich lęków, a raz gigantem swoich marzeń” – jak głosi filozofia społeczności terapeutycznej sformułowana przez R. Beauvais w Daytop Village w 1963 roku (za: Kooyman, 2002).**

## SPECYFIKA PROCESU UZALEŻNIENIA

W pracy terapeutycznej z osobami uzależnionymi bywa różnie, jeśli chodzi o przebieg tego procesu. Zdarzają się kryzysy, wątplenia, ale w tym wszystkim pomaga obecność i wsparcie psychiczne osób bliskich, umiejętność godzenia pracy zawodowej z życiem osobistym. Często pojawiają się myśli: „Jak dobrze nie być osobą samotną” (samotność szeroko rozumiana). Ta myśl pojawia się również w pracy terapeutycznej z kobietami uzależnionymi od alkoholu. Ich samotność, mozolne zmaganie się z nałogiem, a także trudność poruszania wielu istotnych problemów w grupach terapeutycznych, zwykle koedukacyjnych, skłania do bliższego przyjrzenia się problemom kobiet zgłaszających się do terapii czy to w poradni, czy też w szpitalach.

Alkohol rozprasza granice „Ja”. Człowiek tak na prawdę nie wie, kim jest. Nie potrafi odnaleźć samego siebie. Posiada dwa oblicza – „Raz jest karłem swoich lęków, a raz gigantem swoich marzeń” – jak głosi filozofia społeczności terapeutycznej sformułowana przez R. Beauvais w Daytop Village w 1963 roku (za: Kooyman, 2002).

Zdaniem Wspólnoty Anonimowych Alkoholików wypróbowanym sposobem uwolnienia się z tego jest paradoks zwycięstwa poprzez poddanie się – uznanie swojej bezsilności w sytuacji, w której nie można wygrać w sposób trwały i pewny.

Psychologiczne mechanizmy uzależnienia tworzą całościowy system kontrolujący funkcjonowanie osoby uzależnionej. Powodują, że osoba uzależniona nie jest zdolna sprawować skutecznej kontroli nad pićm, przestaje kierować własnym życiem, oddaje się w siła nałogu. I to może spotkać każdego człowieka, niezależnie od płci.

## JAK PIJĄ KOBIETY – CZY ISTNIEJE SPECYFIKA UZALEŻNIENIA ZWIĄZANA Z PŁCIĄ?

Płeć jest silnym wyznacznikiem zachowań związanych z pićm alkoholu. E. M. Jellinek, który w latach 40. XX w. jako pierwszy określił alkoholizm mianem choroby, był przekonany, że nie dotyczy on kobiet. Na Zachodzie problem dostrzeżono w latach 70. XX wieku. W PRL stereotyp alkoholika kształtował krótkometrażowy film edukacyjny wyświetlany w szkołach i w kinach przed seansami, na którym wyniszczony człowiek trzęsie się w stanie delirium tremens. Kobiety piły już wówczas dużo, ale w jaki sposób miały identyfikować się z takim stereotypem (Podgórska, 2003)?

G. Youch (1986) uważa, że kobiety piją alkohol od czasów, kiedy po raz pierwszy sfermentowano ziarno i powstało piwo. Jednakże naukowcy nie zastanawiali się nad możliwością występowania różnych reakcji na alkohol u człowieka spowodowanych różnicami fizjologicznymi. Zdaniem autorki większość badań prowadzili mężczyźni i przedmiotem obserwacji byli również mężczyźni. Dopiero w ostatniej dekadzie naukowcy dostrzegli, jak pisze G. Youch (1986), że „nawet miłe kobiety piją i nie jesteście pomniejszoną wersją mężczyzn”.

Kobiety powoli, ale systematycznie doganiają mężczyzn w ryzykownym pićm. Liczba alkoholiczek na oddziałach odwykowych stale rośnie. Jedną z przyczyn jest równouprawnienie i unifikacja ról społecznych. Jednak alkoholizm kobiet jest inny, bardziej skryty, emocjonalny, trudniejszy do diagnozowania (co często jest związane z istnieniem stereotypów).

*Zawsze grupą wysokiego ryzyka były żony alkoholików pijące po to, aby mąż wypił mniej albo żeby został w domu. W ostatnich latach pojawił się nowy typ kobiet „pod wpływem”: dziewczyny ze złotych klatek, żony porzucone przez swoich mężów, ale także dobrze zarabiające profesjonalistki, które po powrocie do domu zrzucają służbowy mundurek i nagradzają się luksusowym drinkiem za ciężki dzień.*

Badania przeprowadzone wśród dorosłych Amerykanów w 1990 roku wskazują, że wśród pijących jest więcej mężczyzn (71%) niż kobiet (59%). Większe jest też prawdopodobieństwo nadużywania alkoholu przez mężczyzn (21% mężczyzn, a 6% kobiet) – podobnie jest w Polsce. Kobiety coraz częściej sięgają po alkohol, coraz rzadziej z niego rezygnują, nie dostrzegając w tym żadnego problemu. Na podstawie obserwacji można również dojść do wniosku, że inna jest struktura społeczna pijących kobiet i mężczyzn. Wśród tych ostatnich najliczniejszą grupą pijącą na granicy ryzyka są bezrobotni z wykształceniem podstawowym, wśród kobiet – pracujące, po studiach, mieszkanki dużych miast. Zawsze grupą wysokiego ryzyka były żony alkoholików pijące po to, aby mąż wypił mniej albo żeby został w domu. W ostatnich latach pojawił się nowy typ kobiet „pod wpływem”: dziewczyny ze złotych klatek, żony porzucone przez swoich mężów, ale także dobrze zarabiające profesjonalistki, które po powrocie do domu zrzucają służbowy mundurek i nagradzają się luksusowym drinkiem za ciężki dzień. Wzrost liczby alkoholiczek – młodych, aktywnych kobiet sukcesu – można wytłumaczyć zmianą roli kobiety w społeczeństwie. Spędzają coraz więcej czasu w świecie mężczyzn, rywalizują z nimi i przejmują ich obyczaje: załatwiają sprawy podczas kolacji zakrapianych alkoholem albo spotykają się z koleżankami na weekendowych ostrych popijawach, które mają je odstresować. W Wielkiej Brytanii zjawisko to ma swoją nazwę: *ladette culture* (ang. *ladette* – żeńska forma słowa *koles*). Inne określenie to: *Work hard – party hard* (co można sparafrazować: „Pracuj ciężko – pij na umór”).

Picie kobiet szybciej prowadzi do destrukcji rodziny, a jednocześnie mechanizm wypierania choroby jest silniejszy, bo kobiety jak bastionu bronią pozycji dobrej matki i żony. Przysłowie rosyjskie mówi: „Jeśli mąż pije, połowa domu się pali. Jeśli pije żona, to cały dom staje w ogniu”. Emancypacja, rywalizacja z mężczyznami, chęć dogonienia ich, koszty kariery zawodowej robią swoje. Kobiety coraz częściej nie potrafią pogodzić rosnących, nałożonych na nie obowiązków lub też pełnionych ról społecznych.

A takie są wymogi czasów. Kobiety przejęły wiele dawnych obowiązków męskich. Kiedyś mężczyzna był żywicielem rodziny, obecnie często kobieta utrzymuje rodzinę (bo tylko ona ma pracę albo też pensja partnera nie wystarcza, by godnie żyć). Przekazy rodzinne mówią: „To ty jesteś odpowiedzialna za dom, rodzinę; ty tworzysz atmosferę, musisz trwać; kobiecie nie przystoi się upić, a co dopiero leczyć się”. Nie dając sobie rady, sięgają po kieliszek. Problem zaczyna się wtedy, kiedy zaczyna się choroba. Kobieta alkoholiczka, matka alkoholiczka to straszny stygmat. Mężczyznom więcej się wybacza. Ojciec, który porzucił emocjonalnie swoje dzieci, bo zajęty był piciem, to drań i łobuz, matka – potwór zasługujący na ostracyzm społeczny.

Kobieta, która pije, przede wszystkim się wstydzi. Według E. Woydyłło (2008): „Nawet w najbardziej zaawansowanym stadium uzależnienia mężczyźni zachowują – a przynajmniej pozorują – dobre mniemanie o sobie, wisielczy humor, coś w rodzaju dumy z przynależności do pijackiego gatunku. Wśród kobiet, które mają problem z alkoholem, takich nie spotyka się nigdy. One czują inaczej. Nawet te, które podczas interwencji czy zbierania wstępnego wywiadu usiłują pomniejszyć swój problem lub mu zaprzeczać, objawiają wyraźną pogardę dla siebie, brak wiary i wstręt do własnej osoby oraz obawę, czy dla kogoś takiego jak one w ogóle może być jakiś ratunek”.

Inne jest picie kobiet i mężczyzn, inne jest też doświadczenie wsparcia w procesie wychodzenia z nałogu. Z obserwacji prof. B. Woronowicza wynika, że: „Kiedy pije mężczyzna, kobieta o niego walczy. Kiedy do kieliszka zagląda ona, on najczęściej ją zostawia”.

Spółeczeństwo jest w stanie zaakceptować kobietę pijącą, nawet pijaną, ale wciąż ma problem z akceptacją tej, która ma odwagę przyznać się do tego, że jest alkoholiczką. Kobiety trwają przy alkoholikach „na dobre i na złe”. Mężczyznę w walce z nałogiem najczęściej wspiera najbliższe otoczenie. Wraca z ośrodka leczenia uzależnień jak bohater witany przez dumną rodzinę, która chucha i dmucha na jego trzeźwość. Kobiety szybciej przepijają szacunek dla samych siebie, dlatego niełatwo im odzyskać poczucie godności. Niejednokrotnie wracają ze spuszczoną głową, a rodzina oczekuje, że jak już się pozbierała, to teraz szybko nadrobi, co zawałiła (Podgórska 2003).

W obszarze picia alkoholu różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami dotyczą także różnic biologicznych. Większość wiedzy dotyczącej zjawiska alkoholizmu oparta jest na badaniach pijących mężczyzn. Tymczasem coraz większa liczba testów wskazuje, że alkoholizm kobiet to znacznie groźniejsza choroba.

Zdaniem E. Gomberg (za: Youch, 1986) istnieje związek pomiędzy alkoholem, stanami hormonalnymi i funkcjami metabolicznymi. Liderem tego odkrycia był młody psycholog z Oklahomy dr B. Morgan Jones (1975), który przeprowadził badania wskazujące na szczególne efekty oddziaływania alkoholu na zdrowie kobiety:

- cykl miesięczkowy ma wpływ na sposób, w jaki kobieta reaguje na alkohol (kobiety spożywając takie same ilości alkoholu w pierwszym, środkowym i ostatnim dniu cyklu najsilniej były odurzone alkoholem w dniu poprzedzającym krwawienie, najniższy poziom alkoholu wystąpił w czasie krwawienia, poziom średni w środkowym etapie cyklu);
- myślenie mierzone jako czas reakcji jest spowolnione w kluczowych punktach cyklu miesięczkowego, kiedy kobieta pije;

- kobiety upijają się szybciej niż mężczyźni, spożywając takie same ilości alkoholu;
- reakcje u kobiet zażywających pigułki antykoncepcyjne są zbliżone do reakcji u mężczyzn (wolniej wydalają alkohol i pozostają dłużej pod jego działaniem);
- u kobiet otyłych alkohol ulega wolniejszej przemianie metabolicznej niż u mężczyzn.

**B. Habrat (2002) pisze, że „różnice między płciami są na tyle wyraźne, że niekiedy mówi się nawet, iż alkoholizm kobiet może być jednostką chorobową odmienną od alkoholizmu mężczyzn”.**

Już sama różnica w budowie oraz odmiennosc procesów biochemicznych powoduje, że alkohol inaczej wpływa na organizm kobiety. Wypicie tej samej ilości alkoholu powoduje, że jego stężenie w organizmie kobiety jest wyższe niż u mężczyzny oraz silniejsze jest jego toksyczne działanie. W organizmie kobiety jest większa zawartość tłuszczu oraz mniejsza ilość płynów ustrojowych w stosunku do masy ciała. Na skutek zachodzących zmian w gospodarce hormonalnej te proporcje zmieniają się w ciągu cyklu miesięczkowego. Wyższe stężenie alkoholu szybciej prowadzi do szkód zdrowotnych, czyli do uszkodzenia różnych narządów i organów wewnętrznych. Toksyczne działanie alkoholu wywołuje wiele schorzeń. Estrogeny (hormony żeńskie) zwiększają toksyczność aldehydu octowego powstającego na skutek rozkładu alkoholu w organizmie człowieka. U kobiet szczególnie szybko ulega uszkodzeniu wątroba, dochodzi do problemów ginekologicznych, m.in. stwierdzono związek między piciem alkoholu a występowaniem raka sutka czy też bezpłodnością. Szacuje się, że u kobiet występuje pięciokrotnie wyższe niż u mężczyzn ryzyko przedwczesnego zgonu.

Chociaż pijące kobiety statystycznie spożywają mniej alkoholu niż pijący mężczyźni (przeciętna alkoholiczka wypija 60% tego, co alkoholik), tak samo często występuje u nich tzw. kardiomiopatia, czyli przerost i osłabienie mięśnia sercowego oraz miopatia, czyli osłabienie mięśni szkieletowych.

Alkohol wyciska piętno także na mózgu kobiety, który kurczy się znacznie szybciej niż u mężczyzn alkoholików. Pijące kobiety bardziej niż mężczyźni narażone są na demencję i ograniczenie funkcji poznawczych.

Kobiety poszukują w alkoholu lekarstwa na swoje wewnętrzne problemy. Często łączą alkohol z lekami uspokajającymi i przeciwdepresyjnymi, które są niejednokrotnie

## UWARUNKOWANIA SIĘGANIA PO ALKOHOL PRZEZ KOBIETY

Wiadomo, że kobiety szybciej uzależniają się od mężczyzn, ale inne są również przyczyny, dla których kobiety sięgają po alkohol. U kobiet częściej dominuje czynnik środowiskowy, powody picia wiążą się ze sferą przeżywania, a nie działania (jak u mężczyzn).

B. Woronowicz (2001) podaje, że kobiety częściej piją:

- w związku z problemami emocjonalnymi,
- gdy cierpią z powodu objawów nerwicowych i zaburzeń snu,
- jeśli przeżywają poczucie winy, depresję lub stany lękowe,
- w związku z sytuacją domową,
- w związku z traumatyczną sytuacją,
- ze względu na wahania nastroju związane z cyklem miesięczkowym,
- z powodu samotności,
- w związku z objawami zespołu „opuszczonego gniazda”,
- piją, jeśli w dzieciństwie były ofiarami nadużyć seksualnych,
- kiedy występują u nich problemy seksualne.

zlecane przez lekarzy pierwszego kontaktu jako antidotum na pojawiające się stresy – tzw. pigułki szczęścia, które szczęścia nie dają. Z kolei „lecnicze” działanie alkoholu trwa bardzo krótko, ponieważ szybko rozwija się uzależnienie, które prowadzi do narastania wspomnianych szkód zdrowotnych.

Badania podłużne nad piciem alkoholu przez kobiety wykazały, że na zachowania związane z piciem mają wpływ cechy osobowości oraz charakterystyka demograficzna jednostki (wiek, stan cywilny, status zawodowy, rasa, pochodzenie etniczne).

Oprócz czynników demograficznych istnieją społeczne i indywidualne czynniki ryzyka picia problemowego kobiet. U kobiet niektóre czynniki ryzyka

są obecne przez całe życie, inne z kolei pojawiają się tylko w pewnych okresach życia, np. w czasie dorastania, w wieku dojrzałym czy też podeszłym. Wiedza na ich temat może być przydatna w obszarze praktyki psychologicznej czy lekarskiej. Przyjrzyjmy się tym czynnikom, które zaproponował Gomberg (1997).

Czynniki ryzyka towarzyszące kobiecie w ciągu całego życia to: picie problemowe w rodzinie generacyjnej, presja ze strony rówieśników i partnerów, depresja, stres, załamania, brak umiejętności radzenia sobie. Badania A. Massaka, A. Demers'a i J. Rehma (2007) wykazały, że u kobiet zdecydowanie częściej niż u mężczyzn depresja utrzymująca się przez dłuższy okres czasu (nie reakcja depresyjna) prowadzi do picia alkoholu i tym samym do rozwoju uzależnienia.

## CZYNNIKI RYZYKA U DORASTAJĄCYCH DZIEWCZĄT (12–20 LAT) TO:

- problemy behawioralne (zachowania aspołeczne, agresywne, odrzucanie autorytetów, impulsywność itp.),
- problemy szkolne (częste opuszczanie lekcji, niskie aspiracje, słabe wyniki w nauce itp.),
- wywiady rodzinne, środowisko (konflikty małżeńskie, brak opieki rodzicielskiej, niedostateczna uwaga ze strony rodziców, brak poczucia bliskości z matką, uczucie „bycia niekochaną”),
- epizody upijania się i palenia marihuany we wczesnym okresie życia (Gomberg, 1988),
- oczekiwania związane z piciem alkoholu (przekonanie, że alkohol podnosi samopoczucie i likwiduje zahamowania),
- pozostałe czynniki – brak odpowiednich mechanizmów radzenia sobie, wyobcowanie, zaburzenia neurotyczne.

## TABELA 1

Opracowanie własne na podstawie S. C. Wilsnack, R. W. Wilsnack, S. Hiller (1997).

### Wiek

- odsetek osób pijących znaczne ilości alkoholu jest większy wśród kobiet młodszych, tj. w grupie wiekowej 21–30. r.ż., najniższe wskaźniki są w grupie powyżej 60. r.ż.,
- kobiety młode wykazują tendencję do okazjonalnego picia bardzo dużych ilości alkoholu,
- kobiety starsze piją często niewielkie lub umiarkowane ilości alkoholu,
- kobiety młode często prowadzą samochód pod wpływem alkoholu i powodują wypadki

### Stan cywilny

- najczęściej picie dużych ilości alkoholu i związane z tym problemy obserwuje się wśród kobiet, które nigdy nie były zamężne, rozwiedzionych oraz żyjących w separacji, najrzadziej wśród wdów,
- statusem, który silnie sprzyja piciu alkoholu przez kobiety i pojawieniu się problemów związanych z piciem, jest konkubinaty

### Status zawodowy

- pełnienie różnorodnych ról przez kobietę zmniejsza ryzyko zaburzeń psychicznych i problemów związanych z piciem alkoholu. Wiąże się to z poprawą samooceny, lepszym wsparciem społecznym, większą odpowiedzialnością, zmierzeniem się z wyższymi wymaganiami oraz z większą kontrolą społeczną,
- kobiety pracujące w nietradycyjnych, zdominowanych przez mężczyzn zawodach piją więcej i doświadczają więcej niepożądanych następstw picia alkoholu,
- nieakceptowany status społeczny (brak pracy, konflikty w małżeństwie, bezdzietność) zwiększa ryzyko picia problemowego

### Rasa, pochodzenie etniczne

- badania przeprowadzone w USA wykazały, że w trzech populacjach zamieszkujących Stany najwięcej piją biali, najmniej czarni, a środkową pozycję zajmują Latynosi

## CZYNNIKI RYZYKA DLA Kobiet Z GRUPY WIEKOWEJ 20–40 LAT TO:

- kwestie związane z pełnieniem ról (opisane w czynnikach demograficznych),
- aspekty zdrowotne – zaburzenia płodności będące przyczyną niemożności zajścia w ciążę: kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z pomocy służby zdrowia, częściej też nie mówią wprost o problemach z alkoholem, a zgłaszają bezsenność, dolegliwości żołądkowe, depresję; ważne, aby pracownicy służby zdrowia potrafili wychwytywać te sygnały,
- styl życia – stosowanie używek, lekarstw; kobiety uzależnione częściej są nałogowymi palaczkami niż nieuzależnione. Picie publiczne alkoholu prowadzi do wykroczeń drogowych, napaści ze strony innych.

W tej dekadzie życia zdaniem Gomberga (1997) kobiety przeżywają najintensywniejsze konflikty i emocjonalne załamania. „Po trzydziestce kobiety często płacą za popełnione poprzednio błędy. Ceną za nie jest uczucie, że „zostało się oszukaną, gdyż fantazje i sny wieku dziewczęcego nie zostały i nigdy nie mogły zostać spełnione”. Do tej pory w sposób jednoznaczny nie zostało sprawdzone, w jaki sposób to wewnętrzne przekonanie kobiet wpływa na picie problemowe.

## CZYNNIKI RYZYKA KobiET W WIEKU 40–59 LAT TO:

- niewielkie prawdopodobieństwo wejścia w nową rolę życiową, rozpoczęcia nowej pracy, zyskania nowych przyjaciół, nowych zainteresowań,
- zespół „opuszczonego gniazda”, uczucie opuszczenia,
- rozpad małżeństwa, nadużywanie alkoholu przez męża,
- samotne picie w domu,
- nadużywanie leków psychoaktywnych,
- współwystępowanie innych chorób (depresja, stany lękowe, fobie itp.).

## CZYNNIKI RYZYKA DLA KobiET POWYŻEJ 55. R.Ż.:

- nadużywanie przez osoby znaczące (badania wskazują, że wiele starszych małżeństw na emeryturze pije razem, problem pojawia się, gdy jedno z nich umiera; Gomberg (1997) wykazał w swoich badaniach, że 16% mężczyzn wdowców przyznało, że ich żonki nadużywały alkoholu, i 36% wdów przyznało, że ich mężowie nadużywali alkoholu),

- przejście na emeryturę (badania wykazały, że przejście na emeryturę bardziej niekorzystnie oddziałuje na kobiety niż na mężczyzn; dla kobiet pozostających na utrzymaniu męża stresem może być przejście małżonka na emeryturę),
- leki psychoaktywne (częściej są nadużywane przez kobiety starsze niż przez mężczyzn),
- domy stałego pobytu dla osób starszych – nie zbadano dokładnie, czy życie w takiej społeczności sprzyja picciu alkoholu przez kobiety starsze. Doświadczenia własne wyniesione z pracy w Domu Pomocy Społecznej wskazują na problem nadużywania alkoholu przez pensjonariuszy, ale w zdecydowanej większości przez mężczyzn.

Na podstawie pracy z kobietami z problemem alkoholowym oraz w oparciu o literaturę można stwierdzić, że picie kobiet w porównaniu z piciem mężczyzn wiąże się z większymi konsekwencjami psychologicznymi, społecznymi i zdrowotnymi. Kobiety są bardziej wrażliwe, więc alkohol, który wprawia emocje w stan wzburzenia, narusza ich system uczuciowy w znacznie większym stopniu. Kobiety są „bardziej obnażone emocjonalnie”, a potem już „na kacu” też cierpią bardziej, bo wyraźniej niż mężczyźni zdają sobie sprawę, ile krzywdy wyrządziły bliskim.

### Bibliografia:

1. Beckman L. J., *Przeszkody w leczeniu alkoholizmu u kobiet* [w:] Kobiety i alkohol, seria: Alkohol a zdrowie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa (1997).
2. Beckman L. J., *Specyfika terapii kobiet z problemami alkoholowymi* [w:] Kobiety i alkohol, seria: Alkohol a zdrowie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa (1997).
3. Czabała J. C., *Czynniki leczące w psychoterapii*, PWN, Warszawa (2006).
4. Habrat B., *Alkoholizm mężczyzn i kobiet – biologiczne uwarunkowania różnic*, [w:] Świat Problemów (2002), nr 10 (117), 15–17.
5. Kooyman M., *Społeczność terapeutyczna*, Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa (2002).
6. Lisansky Gomberg E. S., *Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety*, [w:] Kobiety i alkohol, seria: Alkohol a zdrowie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa (1997).
7. Massak A., Demers A., Rehm J. *Does the association between alcohol consumption and depression depend on how they are measured?* [w:] Alcohol Clin. Exp. Res. 2007 Jan. 31 (1), 78–88.
8. Podgórska J. Raport – *Alkoholiczki*. „Polityka”, nr 30, 26 lipca 2003.
9. Wilsnack S. C., Wilsnack R. W., Hiller-Sturmhofel S., *Jak piją kobiety? Epidemiologia picia alkoholu oraz picia problemowego wśród kobiet*, [w:] Kobiety i alkohol, seria: Alkohol a zdrowie, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa (1997).
10. Woronowicz B., *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa (2001).
11. Woydyłło E., *Sekrety kobiet*, Wydawnictwo Literackie, Warszawa (2008).
12. Youch G. *Women and alcohol. A dangerous pleasure*, Crown Publishers, Inc., New York (1986).

**Małgorzata Kowalcze** – Dyrektor SO ZOZ Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrze.

**dr Izabela Rajska-Kulik** – Zakład Psychologii Klinicznej i Sądowej Instytut Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

**Beata Maćkowiak-Serazetdinow**

*Czy pomagam pacjentom na tyle skutecznie, aby „stawali po swojej stronie”, a nie „po stronie swojej destrukcji”?*

## *O moich trudnościach w pracy z osobami uzależnionymi*

Przypominam sobie stwierdzenie wypowiedziane przez mojego superwizora, że wszyscy pacjenci z uzależnieniami mają podstawową trudność w redukcji stresu i napięcia. Trudność ta w sposób bezpośredni przekłada się na odczuwanie głodu substancji i/lub zachowania, od którego są uzależnieni. Po latach pracy odkryłam, że pacjenci uzależnieni – oczywiście nie tylko oni – mają również swoistą skłonność do budowania napięcia w swoim otoczeniu. Moją trudnością było – i nadal jest – towarzyszenie im w tym i jednocześnie monitorowanie swojego napięcia.

### **ZAAKCEPTOWANIE, ŻE W MOJEJ PRACY SĄ RZECZY WAŻNIEJSZE NIŻ MÓWIENIE PRAWDY**

Pamiętam, jak trudno było mi przyjąć tę formułę, kiedy wypowiedział ją jeden z moich wykładowców w czasie zdobywania przeze mnie kwalifikacji do zawodu terapeuty. Z jednej strony wprowadziła mnie ona w inny/nowoty świat, gdzie nie uznaje się mówienia prawdy jako wartości nadrzędnej i absolutnej, z drugiej strony wzbudzała lęk i niepewność o to, czy będę miała dostęp do tego czegoś – „ważniejszego niż prawda” – w pracy z pacjentem. Czy będę umiała się powstrzymać przed użyciem „mojej prawdy konfrontacyjnej”, czyli – mówiąc wprost – czy uda mi się pohamować moją agresję w pracy z pacjentem?

Myślę, że stawianie sobie granicy w pracy z pacjentem uzależnionym było dla mnie dużym wyzwaniem. Zdałam sobie sprawę, że manipulowanie prawdą, czyli kłamanie, jest najbardziej powszechnym mechanizmem obronnym osób zmagających się z problemem uzależnienia. Z drugiej strony miałam świadomość, że sposób myślenia osoby uzależnionej jest uwarunkowany przez mechanizm iluzji oraz zaprzeczeń i w związku z tym myśli

ona, że cierpi w życiu nie przez te zachowania, od których jest uzależniona. W tym sensie bardzo kuszące było dla mnie konfrontowanie pacjenta z zasadą rzeczywistości, czyli – mówiąc najprościej – „wyzwalanie/wyprowadzanie go z cierpienia”. Tak samo proste, jak i naiwne.

Dodatkowo, nie pomagała mi definicja trzeźwości psychicznej, w której określano trzeźwość jako „pełen i adekwatny kontakt z rzeczywistością taką, jaką ona jest”. Mój imperatyw w myśleniu: „pacjent ma trzeźwieć” (co uznawałam za główną wartość w pracy z osobami uzależnionymi) otwierał furtkę do dyrektywnej formy pracy z pacjentem, a jednocześnie był sposobem na radzenie sobie z moim lękiem i niepewnością jako początkującej terapeutki.

Pamiętam z tego okresu moje zachowanie wobec pacjentki, które uznałam za swój mały sukces. Osoba ta usprawiedliwiała swoją dwukrotną nieobecność na grupach terapeutycznych, które odbywały się w ośrodku, twierdząc, że nie mogła przyjść, bo miała w tym czasie dwa pogrzeby w rodzinie (dzień po dniu, wieczorem). Mimo że cisnęło mi się na usta: „trudno w to uwierzyć”, to jednak udało mi się powstrzymać od komentarza na ten temat i przyjąć jej usprawiedliwienie związłym „OK”.

Niewątpliwie pomogło mi również to, co uświadomiłam sobie podczas mojej własnej psychoterapii i co mnie zawstydzalo, a mianowicie – mówiąc językiem potocznym – „ile agresji własnej podhaczałam pod prawdy, które głosiłam”. Pamiętam, jak bardzo zaskoczył mnie swego czasu pewien pacjent uzależniony od grania, który przyszedł do ośrodka po skończonej terapii. Utrzymywał abstynencję od hazardu dwa lata, ale nie potrafił przestać kłamać i z tego powodu chciał wznowić terapię. W sytuacji pobudzającej jego stres i napięcie łatwiej mu było „automatycznie skłamać”, aby poczuć chwilową ulgę. Nie lubił tego u siebie i chciał to zmienić. Wtedy w sposób bardzo dojmujący uświadomiłam sobie, jak silne jest to uwarunkowanie.

## **PRACA NAD WŁASNYM NAPIĘCIEM PODCZAS TERAPII Z PACJENTEM**

Przypominam sobie stwierdzenie wypowiedziane przez mojego superwizora, że wszyscy pacjenci z uzależnieniami mają podstawową trudność w redukcji stresu i napięcia. A także, że owa trudność w sposób bezpośredni przekłada się na odczuwanie głodu substancji i/lub zachowania, od którego są uzależnieni. Po latach pracy odkryłam, że pacjenci uzależnieni – oczywiście nie tylko oni – mają również swoistą skłonność do budowania napięcia w swoim otoczeniu i moją trudnością było – i nadal jest – towarzyszenie im w tym i jednocześnie monitorowanie swojego napięcia.

Kontrakt terapeutyczny w ośrodku chroni mnie przed zachowaniami aktywnie agresywnymi ze strony pacjentów, czyli rzadko muszę znosić napięcie na skutek takich zachowań. Najczęściej zbieram dużo złości od pacjentów, którzy przychodzą do ośrodka nie ze swojej woli, będąc zmuszani do terapii przez bliskich/pracodawców/instytucje. Często obserwuję pewne wysublimowane formy budowania napięcia. Widoczne są one na przykład w czasie grupowej pracy nad mechanizmami uzależnienia (podczas czytania prac pisemnych). Pamiętam, jak trudno było mi wysłuchać do końca wypowiedzi pacjenta uzależnionego od seksu, który podczas czytania swojej pracy robił kilkusekundowe pauzy. Nie mogłam poradzić sobie ze swoim napięciem. Podobną trudność mam, słuchając wypowiedzi pacjentów uzależnionych od grania. W przypadku tych osób budowanie napięcia obecne jest na przykład w bardzo szczegółowym opisie sytuacji i intonowaniu głosu, które powoduje u mnie, ale również u innych uczestników grupy, wrażenie takie, jak podczas słuchania/oglądania „filmu akcji”. Czasami w takich sytuacjach przestaję oddychać. W pracach pacjentów uzależnionych od grania często ujawnia się również „splątanie czasu”, które przejawia się w tym, że pacjent opisuje swoją przeszłość w dwóch czasach, czasie przeszłym i teraźniejszym. Moment, w którym pacjent

przechodzi z obrazowania rzeczywistości w czasie przeszłym na obrazowanie rzeczywistości w czasie teraźniejszym, utrwała we mnie wrażenie, „jakby” rzeczy trudne/ważne/dramatyczne dla niego działały się teraz i moje napięcie wówczas zazwyczaj rośnie.

Najwięcej lęku wzbudzają we mnie pacjenci uzależnieni od alkoholu o antyspołecznym zaburzeniu osobowości. Takie osoby często trafiają na terapię do ośrodka na skutek tego, że MOPR warunkuje udzielenie im pomocy finansowej od podjęcia przez te osoby terapii uzależnień, dlatego zazwyczaj na wstępie „zbieram od nich” dużo złości z tego właśnie powodu. Pamiętam sytuację, gdy jako początkująca terapeutka siedziałam pierwszy raz z pacjentem o takich trudnościach w gabinecie i ile mojego napięcia pobudzała moja fantazja na temat: „wszystko może się zdarzyć”. Zamiast skupić się na tym, co on do mnie mówi, koncentrowałam się na tym, kto z nas siedzi bliżej drzwi wyjściowych i czy uda mi się odpowiednio szybko wybiec w razie realnego zagrożenia z jego z strony. Gdy przynosił na sesję różne przedmioty, przychodziło mi na myśl, że zrobił to po to, aby mnie nimi uderzyć. Pewnego razu, gdy wyciągnął maskotkę, miałam fantazję, że w środku są jakieś materiały wybuchowe. Gdy lepiej zaczęłam radzić sobie ze swoim lękiem, przestaliśmy odtwarzać „zastraszanie/bycie zastraszonym” w relacji terapeutycznej. Teraz odczuwam mniej lęku w kontakcie z takimi pacjentami i jestem w stanie pracować z nimi w modelu akceptacja/konfrontacja.

## **MONITOROWANIE SKŁONNOŚCI PACJENTA DO RYWALIZACJI I „NIEPRZYJMOWANIE JEGO ZAPROSZEŃ” DO TEGO TYPU KORELACJI**

W związku z podstawową trudnością osób uzależnionych co do konstruktywnej/wysiłkowej redukcji stresu i napięcia zalecam im takie działania, które miałyby trzy cechy: były autonomiczne, pozbawione rywalizacji i były dla nich wartościowe. Wiadomo, że emocje, które wiążą się z rywalizacją, bardzo podnoszą napięcie. Z moich obserwacji wynika, że największą trudność w rezygnacji z rywalizacji mają pacjenci uzależnieni od grania. Choć znają zalecenia dla „zdrowiejących hazardzistów”, trudno jest im z takiego postępowania zrezygnować. Nawet jeśli unikają sportów zespołowych i/lub bycia świadkiem takich rozgrywek, to rywalizują sami ze sobą.

Jeśli uprawiają sport, to jednocześnie używają różnych gadżetów do mierzenia parametrów. Jeżdżą na rowerze ze stoperem, biegają z różnymi aplikacjami do pomiarów itp. Czasami pacjenci, którzy pracują w grupach terapeutycznych mieszanych, gdzie są np. osoby uzależnione od grania i uzależnione od picia, rywalizują między sobą

z pozycji, „który nałóg jest lepszy”, i zazwyczaj pacjenci uzależnieni od alkoholu, porównując się z pacjentami uzależnionymi od grania (na polu finansowym), dochodzą do konstatacji, że „alkoholizm jest tańszy niż hazard”. Z kolei pacjenci uzależnieni od grania, podkreślając, że „hazard jest nałogiem solisty”, podkreślają swoją „samowystarczalność” w opozycji do tych, którzy potrzebowali towarzystwa do picia. Przykłady z praktyki można by mnożyć.

## Z PRAKTYKI GABINETU

Co w relacji terapeutycznej przeżywam jako „zaproszenie do rywalizacji”? Uwidoczni to przykład: pacjent powołuje się na wypowiedź innego terapeuty na jego temat, a jakoś wiąże się to z moją wypowiedzią. Albo: pacjent po moim komunikacie powołuje się na jakąś ważną dla niego osobę i mówi: „mój przyjaciel też mi to mówił”. Czasami pacjenci utrzymują kontakt w terapii indywidualnej z dwoma terapeutami i niejako „rozgrywają” pomiędzy nimi. Jeśli pracują nad sobą w programie ośrodka, to sprzyja temu sytuacja, możliwości „rozgrywania” między terapeutą indywidualnym, grupowym a lekarzem psychiatrą. Im bardziej monitoruję własne skłonności do rywalizacji, tym łatwiej mi jest nie przyjmować zaproszeń do takich korelacji.

## WYPROWADZENIE PACJENTA Z PRZEKONANIA, ŻE JEST „CZARNĄ OWCĄ” W RODZINIE

Dotyczy to głównie pacjentów uzależnionych od substancji i zachowań, którzy przychodzą na terapię leczenia uzależnienia na skutek namowy lub ultimatum ze strony członków ich rodzin. Przeżywają dojmujące poczucie winy z powodu swoich zachowań, mają przeświadczenie o swojej wyłącznej odpowiedzialności za destrukcję czy dysfunkcję w rodzinie.

Dużą trudność sprawia mi wypracowanie z nimi współzależnego myślenia o rzeczywistości w takim sensie, że są w stanie uznać, że destrukcję w rodzinie nie tworzyli sami, ale ją współtworzyli z innymi członkami, i że nie są jedynymi osobami odpowiedzialnymi za tę sytuację – są współodpowiedzialni z innymi.

Szczególnie trudne jest to wówczas, gdy pozostali członkowie rodziny nie chcą współpracować w rozwiązywaniu problemu w rodzinie, np. przez konsultację ze specjalistą i/lub podjęcie terapii własnej, i/lub bagatelizują swoje uzależnienie od nikotyny/leków. Zaś z perspektywy samego pacjenta często trudność ta wiąże się z tym, że żyjąc w swojej rodzinie pierwotnej utrwalił schematyczną, sztywną rolę „kozła ofiarnego”, z którą to rolą uzależniony „jako czarna owca” integralnie współgra na poziomie jego przeżywania świata. Z innej perspektywy – pacjent często nie ma nawyku badania swojego pola odpowiedzialności. Zazwyczaj najtrudniejsze z perspektywy emocjonalnej jest poczucie winy u pacjenta, które powstało na skutek uświadomienia sobie różnych form krzywdzenia dzieci. Obserwuję, jak trudno im przypisać choć część odpowiedzialności za to innym, dorosłym członkom rodziny, w sensie uświadomienia sobie ważnej współzależności: „tak, ja krzywdziłem, ale inni mi na to pozwalali”.

## PRÓBA PORADZENIA SOBIE Z PUŁAPKĄ DIAGNOSTYCZNĄ

NFZ na diagnozę uzależnienia przewiduje 1–3 sesji. Zazwyczaj w tym czasie pacjent otrzymuje informację, która określa poziom zaawansowania jego trudności i problemów. Ta diagnoza warunkuje jakoś dalszą formę pracy z pacjentem. Najczęściej pacjent po zawarciu kontraktu terapeutycznego pisemnego i/lub ustnego rozpoczyna jakąś formę pracy nad zmianą w swoim życiu. Wie, czy jest uzależniony, czy nie, czy jego zachowanie jest szkodliwe, czy ryzykowne. Przechodzi tzw. terapię podstawową, która trwa zazwyczaj pół roku, a potem może pracować w programach zaawansowanych do około dwóch lat. Terapia w ośrodkach leczenia uzależnień i współzależnień, ambulatoryjnych zazwyczaj oscyluje wokół takich ram czasowych, więc jest to pewna generalizacja.

Pracując z pacjentem, zawsze mam trudność w określeniu, na ile (i kiedy) mogę go zaprosić do zastanawiania się nad jego innymi uwarunkowaniami. Myślę tu głównie o pacjentach uzależnionych, mających zaburzenia osobowości. Zwykle odstępuje się od diagnozowania zaburzeń osobowości czy raczej od uświadamiania pacjenta, że ten problem może go dotyczyć, uzasadniając to niechęcią do etykietowania czy stygmatyzowania pacjenta, ale również ryzykiem, co on z taką informacją zrobi. Uzasadnieniem może również być zalecenie co do pracy terapeutycznej, aby pracować najpierw nad problemem bieżącym.

Jeśli uznamy uzależnienie za problem bieżący, to zajmowanie się czymś innym można potraktować jako opór wobec pracy z tym pierwszym.

Zastanówmy się jednak, do czego ta sytuacja może doprowadzić? Co pokazuje praktyka? Do ośrodków le-



czenia uzależnień przychodzą często osoby, które mają trudność w odróżnieniu pracy psychologa od psychoterapeuty i psychiatry. Czasami pacjent zwraca się do mnie: „pani doktor”, choć pracuję jako terapeuta. Jeśli pacjent trafia do psychiatry, to raczej nie sprawdza, jak lekarz go zdiagnozował. Często sama wizyta jest źródłem tak silnego stresu, że sprawdzenie, co rozpoznaje u niego lekarz, to o wiele za dużo dla pacjenta – szczególnie w sytuacji, kiedy był wyzywany od „psychicznych” (cokolwiek by to miało znaczyć). Zazwyczaj pacjent uprawdopodobnia diagnozę po przepisaniu leku przez lekarza. Jeśli widzi, że otrzymuje lek na depresję, to odczytuje to jako diagnozę w swojej sprawie: ponieważ otrzymałem lek na depresję, to mam depresję.

Upraszczaając, często w kontakcie z lekarzem psychiatrą recepta z przepisаныmi lekami pełni rolę „postawionej diagnozy”. Czasami jest tak, że lekarz psychiatra już na pierwszej wizycie rozpoznaje u pacjenta zaburzenie osobowości, a pacjent uczestniczący w terapii np. dwa lata może się o tym w ogóle nie dowiedzieć, bo nie ma leku np. na narcystyczne zaburzenie osobowości.

Przypominam sobie obraz pacjenta uzależnionego od grania/hazardu z narcystycznym zaburzeniem osobowości. Był świadomy swojego uzależnienia, ale nie tego, że jego osobowość jest bliżej patologii niż normy. Miał za sobą ponad rok pracy terapeutycznej – kończył program zaawansowany dla osób uzależnionych. Miał poczucie, że dużo zrobił, żeby zmienić swoje życie. Siedział podczas terapii grupowej w sposób charakterystyczny dla osoby narcystycznej, tzn. ręce miał założone z tyłu głowy, górna część jego ciała była lekko odchylona do tyłu, jego nogi były skrzyżowane (tak, jakby leżał na leżaku, na plaży).

A co ja odczuwałam? Lęk, czy pacjent po skończeniu terapii będzie miał świadomość, że to, iż poradził sobie z zatrzymaniem uzależnienia, to o wiele za mało, aby przeżył satysfakcjonującą zmianę w swoim życiu. Czułam niepokój, czy uda mu się zdobyć wiedzę na temat destrukcji, która wiąże się ze strukturą jego osobowości, szczególnie widoczną w relacjach interpersonalnych. Wątpliwość, czy pomimo osobistego wysiłku, jaki włożył w terapię swojego uzależnienia, doświadczy on satysfakcjonującej zmiany w swoim życiu? A jeśli nie doświadczy, to czy ten fakt nie pobudzi jego frustracji, niechęci do terapii na skutek nieświadomości swojego problemu na poziomie osobowości i w ogóle – nie pobudzi go do zarzucenia z tego powodu pracy nad sobą/poznawaniem siebie zgodnie hasłem, że „terapia nie działa”.

Pacjenci zazwyczaj nie wiedzą, co to jest zaburzenie osobowości i jak długo trwa jego leczenie takowego. Nie mają świadomości, że skuteczna terapia wymaga przeważnie kilku lat. I mogą się w ogóle o tym nie dowiedzieć od nas, bo nie chcemy ich „naznaczać etykietami”.

Diagnoza może pełnić rolę struktury, która pomoże pacjentowi poradzić sobie ze swoim lękiem. Moje doświadczenie jest takie, że diagnoza w perspektywie krótkoterminowej budzi silny lęk i niepokój, a potem w perspektywie długoterminowej zmniejsza go. Jestem głęboko przekonana, że rzetelna wiedza zmniejsza lęk.

Sama zachęcam swoich pacjentów, aby sprawdzali „sposób rozumienia ich problemów czy trudności przez psychiatrę”. Wiem, że nawet jeśli lekarz psychiatra odpowiada im/mi w taki sposób, że „obserwuję pana/panią w kierunku np. narcystycznego zaburzenia osobowości???” (z trzema znakami zapytania na końcu) – to znaczy, że to jest tylko hipoteza, że on zastanawia się, na ile to może wyjaśniać uwarunkowania pacjenta. Potem pacjent może omówić to ze mną w bezpiecznych warunkach, co on o tym myśli, na ile kryteria diagnostyczne pasują jego zdaniem do jego sposobów zachowań/przeżywania świata. Mam poczucie, że wówczas jest szansa, aby bardziej urealnić problemy pacjenta/jego kontakt z zasadą rzeczywistości. Znam takie przypadki pacjentów uzależnionych z narcystycznym zaburzeniem osobowości, którzy po skończonej terapii uzależnienia nie rozpoznali swoich problemów na poziomie struktury osobowości.

Czasami zakładają prywatne ośrodki leczenia uzależnień, gdzie wyjątkowi pacjenci mogą odnaleźć wyjątkowych terapeutów/dyrektorów. Jako kierownicy takich miejsc odtwarzają swoją dysfunkcję z zakresu władzy i kontroli, zaś ośrodek jako struktura/zadowoleni pacjenci są używani do realizacji ich celów, np. różnych form kompensacji lub patologicznych sposobów regulacji samooceny.

Znaczna część osób z narcystycznym zaburzeniem osobowości obrazuje się często w skrócie: „szybciej, wyżej, lepiej, mocniej”. Przypomina mi się w związku z tym pacjent, który tak bardzo porzucał samego siebie, że był w stanie pokonać maraton chory i z gorączką, aby przez to „mocne” doświadczenie spotkać się jakoś z samym sobą. Nawet jeśli uznamy, że pacjent może przeżyć „konfrontacyjną prawdę diagnostyczną” jako „mocne doświadczenie zapraszające do nawiązania kontaktu z samym sobą”, to myślę, że czasami warto to zrobić. Nigdy nie ma pewności, że kiedykolwiek jeszcze spotkają kogoś, kto będzie po ich stronie, ale nie po stronie ich destrukcji.

Z perspektywy doświadczenia swojej własnej psychoterapii wiem, jakie to ważne. Chcę pomagać pacjentom w tym, aby ostatecznie sami byli po swojej stronie, a nie po stronie swojej destrukcji. Ponieważ mam trudności w tym zakresie, dlatego się nimi dzielę – to jest moja „psychologia w praktyce”.

**Beata Maćkowiak-Serazetdinow** – certyfikowany Specjalista Psychoterapii Uzależnień. Terapeuta praktykujący w Poznaniu. Autorka filmu edukacyjnego, pt.: *Co zrobić, aby mój mąż przestał pić?*. Właścicielka w „Salomon&Co.”, [www.wyjdztego.pl](http://www.wyjdztego.pl).

**dr n. hum. Barbara Tyboń**

# UZALEŻNIENIA W PERSPEKTYWIE PSYCHOGENEALOGII

*„To, czego nie wiemy, a co nas  
prześladuje, jest z reguły rodzinnym,  
niewypowiedzianym sekretem,  
przekazywanym z pokolenia na pokolenie”.*

Anne Ancelin Schutzenberger

Jak dobrze wiemy,  
uzależnienie jest tylko  
objawem, wierzchołkiem  
góry lodowej,  
ale samo w sobie nie  
generuje rozwiązania  
sytuacji, a jedynie  
dokłada problemów.  
Czego objawem jest  
uzależnienie?

## Studium przypadku

Pani J. zgłosiła się na psychoterapię z problemem dotyczącym bliskich związków. Nie mogła znaleźć właściwego partnera, a jeśli już udało się jej nawiązać jakąś bliższą relację z mężczyzną, kończyła się ona po paru tygodniach lub miesiącach. Pani J. była przekonana, że coś jest z nią „nie w porządku” i chciała się dowiedzieć, gdzie popełnia błąd. Dodajmy, że jest ona atrakcyjną kobietą w okolicach trzydziestki, pracuje w korporacji na stanowisku menedżerskim, ma dobre zarobki, własne mieszkanie w dużym mieście i pomaga finansowo swojej rodzinie. Pani J. jest najstarszym z trójki dzieci – ma dwóch młodszych braci. Mama zajmowała się dziećmi i domem, ojciec dużo pracował i nadużywał alkoholu.

Wkrótce po rozpoczęciu terapii okazało się, że podstawowym problemem pani J., który nie pozwala jej żyć takim życiem, jakiego pragnie, jest pracoholizm. Pani J., gdy przyszła do mnie, nie potrafiła postawić żadnych granic swojemu pracodawcy, który wykorzystywał ten fakt bez ograniczeń. Pani J. była nękana telefonami wczesnym raniem i późnym wieczorem. Otrzymywała maile służbowe w niedzielę – oczywiście z koniecznością natychmiastowego załatwienia sprawy. Bywała więc często w pracy w weekendy i w święta, a gdy zachorowała, pomimo zwolnienia lekarskiego pracowała cały czas z domu. Tyko długo wyczekiwane i rzadko możliwe wakacje były dla pani J. szansą na oddech od spraw firmy i toksycznej relacji z przełożonym. Wybierała miejsca, gdzie nie ma zasięgu, ale i tak przeżywała poczucie winy, że nie jest dostępna, i lęki na temat tego, jak sobie bez niej poradzą. Czuła się niezastąpiona, a wykorzystujący ją szef, a także niektórzy współpracownicy utwierdzali ją w tym przekonaniu. Oczywiście taki stan rzeczy odbił się na jej zdrowiu fizycznym (problemy z żołądkiem, zaburzenia snu) oraz emocjonalnym (wyczerpanie psychiczne, stany depresyjne).

Pracując dalej z panią J., odkryliśmy, iż teoretycznie wie ona wszystko, ale w praktyce nic nie pomaga. Pomimo wielu sesji poświęconych stawianiu granic pani J. przychodziło to niezwykle trudno. Zaczęliśmy rozmawiać wprost o korzyściach płynących dla niej z obecnego stanu. Po początkowym odrzuceniu idei korzyści pani J. zaczęła widzieć, iż spędzając tyle czasu w pracy, a przede wszyst-

kim mając nią tak bardzo zajęta prawie całą przestrzeń mentalną, nie musi być w kontakcie ze swoimi uczuciami, które – jak przeczuwała – mogą być trudne i bolesne. Oddając się pracy, nie jest też narażona na konfrontację ze swoim realnym życiem w kontekście deficytów, niespełnionych pragnień, niezaspokojonych potrzeb. Jak się okazuje modus bycia pochłonięta działaniem (i to przede wszystkim dla kogoś innego), pozwala pani J. przetrwać psychicznie sytuację ogromnego podświadomego lęku: przed swoimi uczuciami i przed tym, co odkryje, gdy trzeźwo spojrzy na siebie i swoje życie.

Zaczęliśmy rozmawiać o tym mechanizmie obronnym w kontekście rodziny, pochodzenia pani J. Odnalazła ona wiele wspólnego ze swoim ojcem, który jawił się jej jako ciągle nieobecny (pracował albo był pod wpływem alkoholu). Jedyne momenty, które pani J. wspomina dobrze, to czas wakacji, kiedy wyjeżdżała z rodziną na wycieczki – „wszyscy byli razem” i było „wesolo”.

Zobaczyliśmy uzależnieniową strukturę jej rodziny w tym, jak problem ojca był zaprzeczany i nienazywany przez matkę pani J. Dając przyzwolenie na przebywanie męża i ojca swoich dzieci poza codziennym życiem, pani J. brała na siebie całość obowiązków domowych i utwierdzała siebie i wszystkich w przekonaniu, że tak jest normalnie. Istniała niepisana zgoda, że mąż przynosi pieniądze, a żona o nic go nie pyta, nie rozmawiają o nadmiernej pracy czy picciu. Co w praktyce oznaczało nierozmawianie ze sobą w ogóle. Tak przynajmniej wspomina atmosferę domu pani J.

## CZUBEK GÓRY LODOWEJ

Jak dobrze wiemy, uzależnienie jest tylko objawem, wierzchołkiem góry lodowej, ale samo w sobie nie generuje rozwiązania sytuacji, a jedynie dokłada problemów. Czego objawem jest uzależnienie?

Pracując za pomocą genogramu z osobami doświadczającymi rozmaitych form uzależnień (od substancji psychoaktywnych po uzależnienie od internetu, zakupów, młodego wyglądu czy rozwoju osobistego), zazwyczaj znajdujemy w poprzednich pokoleniach jakiś temat tabu: nierozwiązaną traumę, nieprzeżyty żałobę czy inny rodzaj trudnego emocjonalnie i życiowo zdarzenia, które jest zbyt straszne, by mogło zostać ubrane w słowa i przekazane w postaci historii. To niewystawione i często wręcz niemożliwe do pomyślenia zdarzenie (lub ich seria) generuje określone, intensywne uczucia nie tylko u osób, które były bezpośrednimi uczestnikami czy świadkami, ale także u kolejnych pokoleń. Pracując za pomocą psychogenealogii, widzimy jasno, w jaki sposób „diedziczymy” po naszych przodkach nie tylko pewne cechy czy predyspozycje, ale także nierozwiązane trudne sytuacje emocjonalne.

Problem w tym, że o ile te pierwsze łatwo zidentyfikować, o tyle te drugie zazwyczaj mają charakter ukryty, nieświadomy i tworzą między innymi to, co znajduje się w przypadku góry lodowej pod powierzchnią wody. Widzimy objaw, nie znamy przyczyn. Dlatego tworzymy genogram: zadajemy pytania, zbieramy informacje, tworzymy hipotezy, szukamy połączeń.

Oprócz niewypowiedzianych traum i w związku z tym niewyrażonych intensywnych emocji, u źródeł uzależnień możemy często odnaleźć pewien wzorzec relacyjno-komunikacyjny. W przypadku opisywanej tu historii pani J. dotyczył on tego, że o trudnych sprawach po prostu się nie mówiło. Oczywiście nie powoduje to nigdy ich zniknięcia. Im bardziej je ignorujemy, tym bardziej schodzą do podziemia (nieświadomości), by stamtąd w ukryty sposób wywierać wpływ na nasze życie. Jest to także wzorzec braku wiedzy i doświadczenia (ewidentnie przekazywany międzypokoleniowo), w jaki sposób radzić sobie z uczuciami. Czasami żartuję z pacjentami, że niestety ani w większości rodzin, ani w szkole się nas tego nie uczy i często dopiero na psychoterapii nabieramy doświadczenia w tym, jak rozpoznawać, nazywać i wyrażać swoje uczucia.

## NIECHCIANE UCZUCIA

Nasze życie emocjonalne to szeroki temat, ale też blisko powiązany ze strukturą uzależnień. Co oznacza „radzić sobie z emocjami”? Zbyt często temat kończy się na tym, że chcemy pozbyć się ich najszybciej, jak to możliwe, gdy tylko się pojawiają. Oczywiście mamy na myśli te „negatywne”. Pewnych emocji lubimy doświadczać, innych nie. Kłopot w tym, że gdy odpychamy od siebie, np. smutek, to nie będziemy też mogli doświadczać prawdziwej radości. Nie da się zainstalować w naszej psychice zapory chroniącej nas przed niechcianymi uczuciami, np. złością, smutkiem, lękiem, wstydem, poczuciem winy. Jak widzimy, całkiem ich sporo... Wszystkie te uczucia niepokoją nas i uwierają, gdyż w gruncie rzeczy nie wiemy, co mamy z nimi zrobić. W przypadku uzależnienia odłączamy się od nich przy pomocy jakiegoś środka zewnętrznego: jedzenia, picia, papierosów, narkotyków lub czynności, uzależnienia od osoby. Opowiadamy się po stronie nieuczucia. Bardzo często nie dlatego, że sami tak wybraliśmy, ale ponieważ tak wybrali dla siebie (a więc i dla nas) nasi dziadkowie, rodzice... To w ich życiu wydarzyły się trudne doświadczenia, których nie byli w stanie psychicznie „przetrawić”, nie mieli środków czy możliwości, by zająć się swoimi uczuciami. Nasza sytuacja zazwyczaj jest zdecydowanie inna. Nawet jeśli także doświadczyliśmy jakichś traum czy trudnych stanów psychicznych lub nosimy w sobie traumy przodków, mamy wszystko, co potrzebne, by sobie pomóc: psychoterapię, warsztaty, mądre książki itd. Możemy nawykowo trwać w przekonaniu, że nie mamy możliwości żadnego ruchu w życiu, na nic nie mamy

wpływu. To również mogło to być (prawdziwe lub nie) przekonanie jakiegoś naszego przodka, który np. stracił całą rodzinę na wojnie.

Rzadko myślimy o tym w ten sposób, ale uważam, że tematyka psychogeneologiczna niezwykle dużo może wnieść do naszego rozumienia uzależnień – zarówno w sensie ogólnym, jak i indywidualnym.

## NIEPRZEŻYTA TRAUMA

Pracując za pomocą genogramu z panią J., udało nam się odkryć kilka cennych połączeń między jej uzależnieniem od pracy a wzorcami emocjonalnymi w rodzinie (niewyrażanie uczuć, nierozmawianie na trudne tematy), a także nieprzeżyтыми, zepchniętymi do nieświadomości rodzinnej traumami.

Prababcia pani J., wydając na świat jej dziadka (który podobnie, jak ojciec pani Z. nadużywał alkoholu – choć poza tym wspaiałego, dobrego człowieka we wspomnieniu pani J.), ciężko zachorowała i „już nigdy nie wróciła do siebie”. W dynamice nieświadomej takie zdarzenie może zostać zakodowane przez dziecko w formie silnego przekonania (przeze mnie mama jest chora) i generować trudne do zniesienia poczucie winy oraz lęk o matkę i swoje przetrwanie. Prawdopodobnie z takimi intensywnymi uczuciami musiałby się borykać dziadek pani J., gdyby nie zastosował mechanizmu stłumienia, wyparcia czy odcięcia emocjonalnego (nie mówił o tym, a zapytany wyrażał się zdawkowo w chłodny sposób). Pani J. o całej sytuacji dowiedziała się dopiero, zbierając wywiad od rodziny do genogramu. Bardzo ją to poruszyło i poczuła silną więź z dziadkiem, lojalność, która – jak jej podpowiedziałam – wyrażać się może pod postacią kontynuowania wzorców behawioralnych i emocjonalnych dziadka: pracoholizmu i olbrzymiego poczucia winy. Czerpiemy dużo od tych, których kochamy: nie tylko w sensie zasobów, ale także bierzemy na siebie ich niewypowiedziany ból, zmagania i trudne emocje.

Trudność stawiania granic została przez nas połączona z ogromnym lękiem przed utratą. Oczywiście pracując w obszarze psychogenealogii, nie dochodzimy do żadnych stuprocentowo pewnych prawd (poza udokumentowanymi faktami), ani nie aspirujemy do tego, że połączenia, które odnaleźliśmy, coś radykalnie zmienią czy uzdrowią. Jednak często – i tak było w tym przypadku – praca ta daje wymierne efekty. Kilka hipotez poruszyło bardzo panią J., a to wewnętrzne poruszenie jest zazwyczaj znakiem, iż dotknęliśmy czegoś istotnego. Sama pani J. ożywiła się i zaczęła mieć więcej energii, złagodniały także jej objawy somatyczne. Z czasem – gdyż terapia trwała kilka lat – zaczęła też ona stawiać granice, ostatecznie zmieniła pracę, a także poznała osobę, z którą planowała

wspólne życie. To ostanie było możliwe dzięki temu, że rezygnując z wzorca tłumienia uczuć (wynikającego z jej historii rodzinnej) poprzez nadmierną aktywność zewnętrzną, pani J. stworzyła przestrzeń w sobie i w swoim życiu na to, by coś nowego mogło się wydarzyć.

## DROGA WYJŚCIA

Uzależnienie, które zazwyczaj służy regulowaniu stanów emocjonalnych (nieświadomie), odcina nas nie tylko od kontaktu z własnym życiem psychicznym, ale także od realnych kontaktów z drugim człowiekiem. Pani J. stopniowo uczyła się, w jaki sposób może być ze swoimi uczuciami, nie tłumiąc ich ani nie odreagowując, a także zaufania, że może otrzymać ciepło i wsparcie od drugiej osoby. Czasami powracała do wzorca poczucia winy i próbowała robić za dużo, ale dzięki pracy nad sobą wiedziała już, że może powracać do tego, co wcześniej odkryła. Chciała budować dla siebie i ewentualnie przyszłych pokoleń nowy wzorzec istnienia w świecie: nie poprzez zaprzeczenie, tłumienie i ucieczkę, ale poprzez słuchanie siebie, przyjmowanie swoich emocji i budowanie relacji opartych na autentycznej komunikacji.

Powróćmy raz jeszcze do metafory wierzchołka góry lodowej. Jak zostało napisane wcześniej, nie znajdujemy tu – na powierzchni – drogi wyjścia z zaistniałej sytuacji (uzależnienie, objawy). Musimy zejść nieco głębiej i to w podwójnym znaczeniu – głębiej w naszą psychikę, czyli w nasze zranienia, uczucia, potrzeby, jak i sięgnąć wstecz do dziedzictwa otrzymanego w ramach nieświadomości rodzinnej od naszych przodków. Oczywiście istnieje też nieświadomość zbiorowa, w ramach której kontaktujemy się ze wszystkim, co przekazuje nam nasza kultura. Te ostatnie przekazy oddziałują na nas równie mocno, natomiast często są moderowane czy filtrowane przez dominujące przekazy rodzinne.

Naszą pracą nie jest więc ominąć zręcznym manewrem górę lodową (będą kolejnel), ale zanurkować i dobrze poznać jej strukturę oraz charakter. Dzięki wpuszczeniu w te nieznanne nam zakamarki światła świadomości możliwe jest wydobywanie niektórych – szczególnie tych najbardziej nas ograniczających – spraw na powierzchnię i zajęcie się nimi. Nie chodzi nam, by tam pozostać, ale by móc w większej wolności pójść dalej.

Jak napisałam wcześniej, utknięcie na wierzchołku góry lodowej prowadzi wcześniej lub później do katastrofy. Nie możemy rozwiązać problemu z tego samego poziomu, na którym się on znajduje. Samo zaprzestanie picia alkoholu niewiele lub nie na długo nam pomoże (choć ten krok też jest konieczny), jeśli nie zajmiemy się przyczynami: naszymi uczuciami, potrzebami, relacjami. Utknięcie w objawie (tu: uzależnieniu) powiązanych z istniejącymi już wcześniej

problemami (np. depresja, nieakceptacja siebie) dodaje kolejne (pogorszenie stanu zdrowia, utrata ważnych relacji, pracy, szacunku dla siebie).

Praca z panią J. bardzo przejrzyście pokazała mi, że zajęcie się wzorcami transmitowanymi nieświadomie przez pokolenia i uczynienie ich świadomymi w kontekście uzależnienia może prowadzić do realnej pozytywnej zmiany w życiu. Oczywiście pozostają pewne nawyki, wyłobione przez lata kompulsywnych zachowań szlaki behawioralne i neuronalne, natomiast zaczynamy ufać, iż jesteśmy czymś więcej i mamy wpływ na swoje życie: wpadając w nie, możemy wychodzić i powracać do obszaru naszego zdrowia mentalnego. Możemy zastępować destrukcyjne wzorce bardziej wspierającymi. Zamiast kupować czy robić kolejny zabieg upiększający (jeśli to jest to, co robimy zbyt często i w ten sposób oddzielamy się od siebie), możemy porozmawiać z przyjacielem, iść na spacer czy nauczyć się medytować. Pamiętajmy jednak, że mimo ogólnego opisu struktur każdy z nas jest unikalny – każdy z nas ma swoje kompulsje, uzależnienia (często skutecznie ukrywane przed światem) i tylko my możemy znaleźć (czasami warto zrobić to przy pomocy dobrego terapeuty) naszą drogę wyjścia z sytuacji, która nie odpowiada w żaden sposób naszym najgłębszym pragnieniom, a przeciwnie – odcina nas od nich i od siebie samych.

## Studium przypadku

Jedno z najbardziej poruszających doświadczeń w mojej pracy psychogeneologicznej w kontekście uzależnień miało miejsce wiele lat temu w psychoterapii z młodą, uzdolnioną kobietą, która nie mogła ruszyć z miejsca, zatrzymała się w swoim życiu, cierpiała też z powodu oziębłości seksualnej oraz... paliła kilka paczek papierosów dziennie. W pracy z panią Z. miałam wrażenie, iż całą swoją żywotność i kreatywność przekształca w autodestrukcję. Pani Z. miała diagnozę depresji, ale ani wcześniejsze terapie, ani leki nie przynosiły skutku. Pani Z. uważała się za „przypadek beznadziejny”, co – na zasadzie błędnego koła – jeszcze potęgowało jej samoniszczące myśli i zachowania. Wszystko to, co widziałam (ładna, mądra, młoda kobieta), nie pasowało mi do „wystroju wewnętrznego” pani Z. oraz tego, w jaki sposób widziała ona życie. Nie pasowało mi to także do klinicznego obrazu depresji.

Zaczątyśmy więc podróż w głąb – w najskrytsze zakamarki serca pani Z. Znalazłyśmy tam wielką wrażliwość, empatię, ale też wiele niezaspokojonych potrzeb, niewypowiedzianych nigdy pragnień, nieśmiałość i głębokie przekonanie, że pani Z. nie zasługuje na dar życia, a już na pewno nie na zdrowie i szczęście. Badałyśmy obszary wspomnień, intuicji, domysłów okresu pre- i perinatalnego. Pani Z. była chcianym i oczekiwanym przez kilka lat dzieckiem. Nic nie było wiadomo o żadnych traumach prenatalnych czy w okresie dzieciństwa. Natomiast rodzina relacjonowała, iż była ona zawsze wycofanym i zamkniętym w sobie, choć twórczym i pomysłowym, dzieckiem. Dopiero, gdy sięgnęłyśmy wstecz do historii rodzinnej pani Z., odkryłyśmy fakt, który sprawił, że przez wiele minut podczas sesji żadna z nas nie wydobyla z siebie ani słowa. Odkrycie, które całkowicie zmieniło bieg życia pani Z.

Okazało się, że jej dziadkowie od strony ojca zostali wywiezieni do Auschwitz, gdzie oni, brat dziadka i jego syn zostali zamordowani w komorze gazowej. Pani Z. wiedziała o tym wcześniej, ta historia nie była specjalnie ukrywana w rodzinie, świadomość – pozbawiona jakichkolwiek żywych połączeń i uczuć – istniała. Działał jednak silny mechanizm obronny, który odcinał od uczuć związanych z tymi zdarzeniami. Miał bronić integralności rodziny przed destrukcyjnym wpływem tej masywnej traumy, co oczywiście spowodowało zejście pod powierzchnię świadomości rodzinnej. Czubkiem góry lodowej były różne zaburzenia, dysfunkcje i uzależnienia poszczególnych osób. Jak wiemy, niewypowiedziana, nieprzeżyta emocjonalnie trauma wywiera głęboki wpływ poprzez pokolenia.

**W pracy z genogramem nieczęsto mamy do czynienia z takim spektakularnym zwrotem, dlatego też chciałam o tym doświadczeniu napisać – ocalić je od zapomnienia oraz pokazać, jak wielki wpływ mogą mieć doświadczenia przodków na nasze obecne życie. Chciałam także dać świadectwo temu, iż możemy z takimi tematami pracować, a praca ta przekłada się na polepszenie jakości naszego życia.**

Pani Z. – przygotowanej już psychicznie poprzez psychoterapię – udało się podczas tej sesji znaleźć połączenie emocjonalne z tymi dramatycznymi faktami i dopuścić do siebie zarówno pełną świadomość tego, co się wydarzyło (co dosłownie odebrało nam mowę) oraz uczucia, jakie to budziło. Wszystko to w pełnej zdumienia, przerażenia i głębokiego szacunku ciszy.

W pracy z genogramem nieczęsto mamy do czynienia z takim spektakularnym zwrotem, dlatego też chciałam o tym doświadczeniu napisać – ocalić je od zapo-

mnienia oraz pokazać, jak wielki wpływ mogą mieć doświadczenia przodków na nasze obecne życie. Chciałam także dać świadectwo temu, iż możemy z takimi tematami pracować, a praca ta przekłada się na polepszenie jakości naszego życia.

Pani Z. przestała palić radykalnie, z dnia na dzień. Nagle zaczęła czuć, że papierosy ją – dosłownie – trują (objaw/uzależnienie często ma dość jasny związek z nieprzeżyętą traumą – tu widzimy to wyraźnie). Miała poczucie, że wreszcie może ruszyć z miejsca. Oczywiście dużo rozmawiałyśmy o tym, co się wydarzyło i jak to może zmienić jej życie. Dotknęłyśmy tematu syndromu ocalałego i pani Z. odkryła u siebie dużo z zakresu tej tematyki. Żyła jakby zamrożona, jakby nie miała prawa żyć (ona przeżyła, podczas gdy jej przodkowie zostali zamordowani – ukryta lojalność międzypokoleniowa). Pani Z. zaczęła też w innym świetle postrzegać ojca, który jako spadkobierca masywnej traumy dosłownie ledwo radził sobie z życiem. To wpłynęło też na lepsze relacje z mężczyznami. Nawet fizycznie przejawiał się rozkwit i odblokowanie procesów rozwojowych pani Z. Zaczęła chodzić bardziej wyprostowana, używała więcej kolorów (dotąd przeważały czernie i szarości), była bardziej promienna. Postanowiła też wreszcie dokończyć jakieś studia. Wybrała takie, które odpowiadały pragnieniom jej serca.

Na tym – jakże poruszającym przykładzie – widzimy, że uzależnienie (tu nałogowe palenie) stanowi tylko część syndromu w przypadku, gdy mamy do czynienia z ukrytym przekazem międzypokoleniowym. Czasami, jak już wspomniałam, potrzeba dużo cierpliwości, wnikliwości i zwyczajnego szczęścia, by rozkodować układankę, którą przygotowały dla nas poprzednie pokolenia. Oczywiście zabieramy się do tej pracy zazwyczaj wtedy, gdy mamy silną motywację: cierpimy, coś nam ciągle nie wychodzi, jakieś wzorce powtarzają się i „nic nie działa”. Element tajemnicy i niewytłumaczalności wskazuje na to, iż warto sprawdzić perspektywę międzypokoleniową. Podejmując się takiego zadania – najlepiej z doświadczonym w tym zakresie psychoterapeutą – niczego nie tracimy, natomiast zawsze zyskujemy: większą świadomość siebie, swojej historii, zarówno ograniczeń i blokad, jak i zasobów, talentów oraz mocnych stron.

Imiona oraz fakty z życia moich pacjentów zostały w dużym stopniu zmienione tak, by jak najlepiej chronić intymność ich doświadczeń.

**Barbara Tyboń** – dr n. hum., psychoterapeutka, wykładowca. Specjalizuje się w psychogenealogii oraz psychologii kontemplatywnej. Od 15 lat pracuje w prywatnych i publicznych instytucjach związanych ze zdrowiem psychicznym oraz edukacją. Współzałożycielka Ośrodka Psychoterapii i Rozwoju Osobistego Dobra 4 w Warszawie.

Więcej na: [www.creatifs.pl](http://www.creatifs.pl).

Agnieszka Gaczowska, Aleksandra Juszczyk, Łukasz Młodyszewski

# TERAPIA NA WYCIĄGNIĘCIE RĘKI

Badania pokazują, że w dzisiejszym świecie na poziomie neuronalnym ludzie reagują tak samo na dźwięk swojego smartphona, jak na ukochaną osobę. Rozwój technologiczny wytycza nowe, nieznane dotąd ścieżki na mapie zdrowia psychicznego. Pozwala na większą dostępność pomocy i wsparcia dla użytkowników, terapeutom zaś daje nowe narzędzia do pracy. Technologie, które dostarczają takich rozwiązań są również tworzone w Polsce.

Obecnie z telefonów komórkowych korzysta 92% Polaków. Aż 57% z nich to użytkownicy smartphonów. Bycie online stało się powszechne także wśród osób starszych – 59% osób w wieku 55+ korzysta z internetu. Badanie przeprowadzone w 40 krajach na świecie (w tym w Polsce i USA) pokazuje, że liczba osób używających smartphony w latach 2012–2016 podwoiła się.

Powszechna dostępność smartphonów i internetu w naszym społeczeństwie sprawia, że komórka nie służy już tylko do dzwonienia czy wysyłania SMS-ów, a jej potencjał dostrzegają specjaliści z różnych dziedzin, w tym zdrowia psychicznego<sup>4</sup>. Liczba aplikacji zdrowotnych dostępnych na całym świecie w 2017 roku wyniosła 318 tys., 28% z nich to aplikacje dotyczące zdrowia psychicznego.

*Część aplikacji używa czujników, które są standardowym wyposażeniem dostępnych na rynku smartphonów – jak akcelerometr, żyroskop, mikrofon czy aparat<sup>9</sup>. Inne firmy tworzą dodatkowe, zewnętrzne sensory, które jednak wymagają dodatkowych inwestycji<sup>7</sup>.*

## NOWE FORMY WSPARCIA PSYCHOLOGICZNEGO

Nowe technologie oferują możliwość rozwoju nieznanych dotąd form diagnozy i pomocy psychologicznej. Umożliwiają obiektywizację procesu diagnostycznego dzięki użyciu czujników wbudowanych w telefonie lub zewnętrznych sensorów połączonych z aplikacją, wykrywających zmiany fizjologiczne w ciele<sup>3</sup>. Dzięki rozmowom wideo albo wiadomościom tekstowym specjalista może mieć kontakt ze swoim pacjentem pomiędzy sesjami. Dodatkowo aplikacje oferują wsparcie procesu terapeutycznego, najczęściej technikami zaczerpniętymi z terapii poznawczo-behawioralnej. W ten sposób interwencja może być dostarczona do pacjenta nie tyle wcześniej, ale w momencie kiedy jej najbardziej potrzebuje<sup>8</sup>.

Skuteczność interwencji online została potwierdzona w odniesieniu do problemów z depresją, lękiem, bezsennością czy stresem<sup>13,6,5,1</sup>. Co ważne, badania pokazują, że ich efektywność nie różni się od terapii prowadzonej na żywo w gabinecie<sup>2</sup>.

## NIE ZAPOMINAJMY O BADANIACH

Mimo potencjału, jaki rozwój technologiczny może przynieść różnym formom pomocy psychologicznej, ważną kwestią pozostaje walidacja ich efektywności w badaniach naukowych. Niestety obecnie niewiele z nowych rozwiązań technologicznych zostało poddanych takiej procedurze<sup>10</sup>. Istotnym jest, by pamiętać, iż nawet jeżeli podstawą dla stworzenia danego rozwiązania była praktyka oparta na dowodach naukowych (Evidence-Based Practice), np. terapia CBT, nie oznacza to, że została ona odpowiednio zaimplementowana<sup>11</sup>. W USA twórcy aplikacji mogą się starać o wpisanie ich na listę środków medycznych przez US Food&Drugs Administration (FDA).

## METODY POMIARU W PSYCHOLOGII

W dziedzinie zdrowia psychicznego diagnoza w dużej mierze opiera się na samoopisie pacjenta

połączonym z oceną prezentowanych przez niego symptomów czy zachowań przez wykwalifikowanego klinicystę. Użycie technologii umożliwi wzbogacenie subiektywnych metod o obiektywne, mierzalne wskaźniki. Daje też osobom z nich korzystającym możliwość lepszego zrozumienia siebie i swojego samopoczucia<sup>3,9</sup>. To wszystko ma miejsce za sprawą sensorów. Część aplikacji używa czujników, które są standardowym wyposażeniem dostępnych na rynku smartphonów – jak akcelerometr, żyroskop, mikrofon czy aparat<sup>9</sup>. Inne firmy tworzą dodatkowe, zewnętrzne sensory, które jednak wymagają dodatkowych inwestycji<sup>7</sup>. Działanie tych urządzeń dla specjalistów może być wsparciem w doborze odpowiedniego leczenia.

## EEG BIOFEEDBACK = NEUROFEEDBACK

Jest to metoda mierzenia wskaźników fizjologicznych z ciała i podawania użytkownikowi informacji zwrotnej – w postaci obrazu lub dźwięku. Dzięki tym wynikom osoba jest w stanie uzyskać kontrolę nad procesami fizjologicznymi, a tym samym nauczyć się modyfikować swoje myśli, emocje, zachowania<sup>16</sup>. Wyniki badań pokazują skuteczność tego rodzaju oddziaływań w zmniejszaniu symptomów stresu, lęku czy depresji<sup>17</sup>.

Co więcej, identyfikacja emocji za pomocą sygnałów EEG może być wykorzystywana do muzykoterapii. Użytkownik za pomocą dedykowanej aplikacji wybiera cel terapii (np. do poradzenia sobie z depresją, lękiem, odczuwaniem bólu), któremu odpowiadają konkretne dźwięki. Następnie system odtwarza muzykę i, bazując na stanie emocjonalnym osoby, dobiera ją tak, by osiągnęła pożądaną efekt.

## NEUROFEEDBACK JAKO WSPARCIE TRENINGU MINDFULNESS

Biofeedback EEG można również połączyć z treningiem uważności (mindfulness). Punktem kluczowym jest tu wykształcenie umiejętności bycia obecnym „tu i teraz”. Jest to rodzaj świadomej, nieoceniającej uwagi na bieżącą chwilę<sup>18</sup>. Skuteczność technik mindfulness została potwierdzona w odniesieniu do zaburzeń



depresyjnych, zmniejszaniu symptomów lęku czy problemów ze stresem<sup>19,20,21,22</sup>.

## NOWE FORMY SAMOPOMOCY

Nowe technologie mogą być używane jako źródło kompleksowej pomocy terapeutycznej bądź nośnik wybranych interwencji. Bardzo często jako główne zalety takich rozwiązań uważa się ich szeroką dostępność, anonimowość i zmniejszenie kosztów<sup>24</sup>. Kolejną korzyścią jest możliwość stworzenia angażującej dla użytkownika formy terapii<sup>11</sup>. Większość badań walidujących efektywność internetowych interwencji terapeutycznych dotyczy nurtu poznawczo-behawioralnego, choć pojawiają się również dane na temat interwencji opartych o reguły psychodynamiczne, interpersonalne czy podejścia integracyjne<sup>12</sup>.

Pomoc może być świadczona poprzez terapeutyczne aplikacje telefoniczne lub też odpowiednio do tego stworzone urządzenia. Poniżej omówię przykłady takich rozwiązań.

## ALTERNATYWA DLA TERAPII I LEKÓW

Obecnie duże zainteresowanie w leczeniu niektórych zaburzeń psychicznych wzbudza alternatywna dla leków i klasycznej terapii psychologicznej przezskórna elektrostymulacja czaszkowa (CES). Jest to nieinwazyjna metoda polegająca na stymulacji mózgu małymi prądami. Metoda ta została dopuszczona przez FDA do leczenia depresji, lęku oraz bezsenności<sup>25</sup>. Dokładny mechanizm działania CES nie jest znany, wiadomo natomiast, że wpływa na zwiększenie wydzielania niektórych neurotransmiterów w mózgu, np. serotoniny czy dopaminy oraz zmienia aktywność fal mózgowych<sup>26</sup>.

## TWÓJ SEN W TWOICH RĘKACH... I TELEFONIE

Naukowcy tworzą także technologiczne rozwiązania wspierające zdrowie psychiczne, niewymagające innego niż telefon osprzętu. Przykładem takiej technologii jest stworzona przez Polaków aplikacja Nightly. Jej celem jest pomoc ludziom z problemami z bezsennością. Około 30% światowej populacji cierpi z powodu problemów ze snem, 1/3 przypadków dotyczy chronicznej bezsenności<sup>25</sup>.

Badania pokazują, że skutecznym sposobem walki z bezsennością może być muzyka. Słuchanie odpowiednio dobranych melodii przed snem poprawia jego jakość o 35%<sup>27</sup>. Aplikacja Nightly bazuje na tych odkryciach. Aby zachować spokojny sen, aplikacja aktywnie działa na trzy sposoby: wspomaga zasypianie, ogranicza złe sny i zmniejsza prawdopodobieństwo przebudzenia się w nocy. Ta innowacyjna, opracowana naukowo technologia jest połączeniem dwóch czynników: bodźców audio-wizualnych i zaawansowanych algorytmów sztucznej inteligencji. Dodatkową wartością jest to, że Nightly monitoruje sen na bieżąco, rozpoznaje ważne momenty w ciągu nocy i reaguje kojącymi dźwiękami, aby zminimalizować możliwość przebudzenia.

Nightly zostało przebadane w testach klinicznych przy użyciu złotego standardu badającego sen – polisomnografii. Według twórców aplikacji wyniki mają zostać opublikowane w przeciągu najbliższych miesięcy w międzynarodowych czasopismach związanych ze snem.

## CO SIĘ DZIEJE Z PRZYMIERZEM?

Nowe technologie pukające powoli do drzwi psychologii mogą budzić w nas, specjalistach psychologach, terapeutach różne odczucia. Po cząwszy od zachwyty, na niepewności kończąc. Pytaniami, które jako jedno z pierwszych pojawiły się w mojej głowie, były – co w takich przypadkach dzieje się z przymierzem terapeutycznym? Czy przymierze lub jakakolwiek relacja terapeutyczna w ogóle istnieje?

Wyniki badań spieszą z odpowiedzią na te pytania. Okazuje się, że osoby korzystające z w pełni zautomatyzowanej (bez udziału terapeuty) interwencji online przez komputer czy smartphon mogą wykształcić przymierze w relacji z aplikacją niosącą pomoc. W porównaniu z klasycznymi oddziaływaniami terapeutycznymi różnica polega natomiast na tym, iż nie znaleziono w badaniach interwencji online powiązania pomiędzy przymierzem terapeutycznym, a wynikami terapii. Być może składnik ten w przypadku takich oddziaływań jest mniej istotny niż podczas terapii w gabinecie, a na pozytywne rezultaty osiągnięte przez użytkownika wpływają inne elementy<sup>14</sup>.

*Nowe technologie mogą być używane jako źródło kompleksowej pomocy terapeutycznej bądź nośnik wybranych interwencji.*

Adam Wichniak — psychiatra z Ośrodka Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, tak mówi o nowych technologiach w obszarze snu:

Aplikacje typu Nightly mogą mieć wpływ prozdrowotny poprzez normalizację rytmu i czasu poświęcanego na sen oraz zmniejszenie napięcia psychicznego w wyniku stosowania stymulacji wzrokowo-akustycznej przed snem i stymulacji akustycznej w trakcie snu. Ich korzystny wpływ na sen musi jednak zostać potwierdzony poprzez wykonanie badań klinicznych.

## PODSUMOWANIE

Postęp technologiczny w dziedzinie zdrowia psychicznego wraz z postępującą świadomością społeczeństwa na temat chorób psychicznych i ich leczenia ostatnio tak przyspieszył, że nawet twórcy filmu *Powrót do przyszłości 2* w 1989 roku nie mogli go przewidzieć. W filmie nie ma również przedstawionych smartphonów, które dziś samodzielnie bądź w połączeniu z innymi urządzeniami wspierają nasze funkcjonowanie w wielu dziedzinach życia. Patrząc na powyższy przegląd, można powiedzieć, że fala technologiczna w dużej mierze dociera do nas zza oceanu, choć nie zapominajmy, że również Polacy mają się czym pochwalić.

### Bibliografia:

1. Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). *Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review*. Journal of medical Internet research, 15 (11).
2. Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). *Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies*. Psychological medicine, 40 (12), 1943–1957.
3. Hollis, C., Morriss, R., Martin, J., Amani, S., Cotton, R., Denis, M., & Lewis, S. (2015). *Technological innovations in mental healthcare: harnessing the digital revolution*.
4. Morris, M. E., & Aguilera, A. (2012). *Mobile, social, and wearable computing and the evolution of psychological practice*. Professional Psychology: Research and Practice, 43 (6), 622.
5. Cheng, S. K., & Dizon, J. (2012). *Computerised cognitive behavioural therapy for insomnia: a systematic review and meta-analysis*. Psychotherapy and psychosomatics, 81(4), 206–216.
6. Mayo-Wilson, E., & Montgomery, P. (2013). *Media-delivered cognitive behavioural therapy and behavioural therapy (self-help) for anxiety disorders in adults*. The Cochrane Library.
7. *New Measures of Mental State and Behavior Based on Data Collected From Sensors, Smartphones, and the Internet*.
8. Gravenhorst, F., Muaremi, A., Bardram, J., Grünerbl, A., Mayora, O., Wurzer, G., ... & Tröster, G. (2015). *Mobile phones as medical devices in mental disorder treatment: an overview*. Personal and Ubiquitous Computing, 19(2), 335–353.
9. Hollis, C., Morriss, R., Martin, J., Amani, S., Cotton, R., Denis, M., & Lewis, S. (2015). *Technological innovations in mental healthcare: harnessing the digital revolution*.
10. Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D., & Rickard, N. (2016). *Mental health smartphone apps: review and evidence-based recommendations for future developments*. JMIR mental health, 3(1).
11. Price, M., Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Acierno, R., & Ruggiero, K. J. (2014). *mHealth: a mechanism to deliver more accessible, more effective mental health care*. Clinical psychology & psychotherapy, 21(5), 427–436.
12. Berger, T. (2017). *The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research*. Psychotherapy research, 27(5), 511–524.
13. Watts, S., Mackenzie, A., Thomas, C., Griskaitis, A., Mewton, L., Williams, A., & Andrews, G. (2013). *CBT for depression: a pilot RCT comparing mobile phone vs. computer*. BMC psychiatry, 13(1), 49.
14. Clarke, J., Proudfoot, J., Whitton, A., Birch, M. R., Boyd, M., Parker, G., ... & Fogarty, A. (2016). *Therapeutic alliance with a fully automated mobile phone and web-based intervention: secondary analysis of a randomized controlled trial*. JMIR mental health, 3(1).
15. Horlings, R., Datcu, D., & Rothkrantz, L. J. (2008, June). *Emotion recognition using brain activity*. In *Proceedings of the 9th international conference on computer systems and technologies and workshop for PhD students in computing* (p. 6). ACM.
16. Ratanasiripong, P., Kaewboonchoo, O., Ratanasiripong, N., Hanchiang, S., & Chumchai, P. (2015). *Biofeedback intervention for stress, anxiety, and depression among graduate students in public health nursing*. Nursing research and practice, 2015.
17. Yucha, C., & Montgomery, D. (2008). *Evidence-based practice in biofeedback and neurofeedback*. Wheat Ridge, CO: AAPB.
18. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). *Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects*. Psychological inquiry, 18(4), 211–237.
19. Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). *Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder*. Journal of anxiety disorders, 22(4), 716–721.
20. Galante, J., Iribarren, S. J., & Pearce, P. F. (2013). *Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. Journal of Research in Nursing, 18(2), 133–155.
21. Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). *Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis*. Journal of psychosomatic research, 78(6), 519–528.
22. Ratanasiripong, P., Kaewboonchoo, O., Ratanasiripong, N., Hanchiang, S., & Chumchai, P. (2015). *Biofeedback intervention for stress, anxiety, and depression among graduate students in public health nursing*. Nursing research and practice, 2015.
23. Bhayee, S., Tomaszewski, P., Lee, D. H., Moffat, G., Pino, L., Moreno, S., & Farb, N. A. (2016). *Attentional and affective consequences of technology supported mindfulness training: a randomised, active control, efficacy trial*. BMC psychology, 4(1), 60.
24. Musiat, P., Goldstone, P., & Tarrier, N. (2014). *Understanding the acceptability of e-mental health-attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems*. BMC psychiatry, 14(1), 109.(25) Jerzy, K., & Lech, K. *Przejskórna elektrostymulacja czaszkowa (CES) – zastosowania i rozwiązania techniczne*.
25. Ohayon, M. M., Caulet, M., Priest, R. G., & Guilleminault, C. (1997). *DSM-IV and ICSD-90 insomnia symptoms and sleep dissatisfaction*. The British Journal of Psychiatry, 171(4), 382–388.
26. Kirsch, D. L., & Smith, R. B. (2004). *Cranial electrotherapy stimulation for anxiety, depression, insomnia, cognitive dysfunction, and pain*. Bioelectromagnetic medicine, 727–740.
27. Jespersen, K. V., Koenig, J., Jennum, P., & Vuust, P. (2015). *Music for insomnia in adults*. The Cochrane Library.

**Aleksandra Juszczyk** – magistrantka na wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego ze specjalizacją Psychoterapia, specjalista do spraw badań w Nightly. Doświadczenie zawodowe zdobywała w Klinice Psychiatrii, Stresu Bojowego i Psychotraumatologii szpitala WIM. Obecnie koterapeutka w Akademickim Ośrodku Psychoterapii, w ramach specjalizacji na Uniwersytecie Warszawskim. Pasjonatka nowych technologii w obszarze psychologii.

**Agnieszka Gaczkowska** – lekarz, absolwentka studiów MBA na Akademii Leona Koźminkiego, dyrektor ds. medycznych Nightly. W 2012 roku pracowała jako teaching fellow w dziale Medicine and Neuroscience w Singularity University będącym częścią NASA Ames Research Park w Mountain View i była odpowiedzialna za projekty medyczne skupiające się na nowych technologiach.

**Łukasz Młodyszewski**

Katarzyna Włoch-Hyla

# O możliwościach wyboru i poszukiwaniu własnej drogi po skończeniu studiów psychologicznych,

czyli co absolwent szkoły średniej i student pierwszego roku psychologii powinien wiedzieć?

Studia psychologiczne dają wiele perspektyw zawodowych. Wybór jest bardzo wszechstronny i w zależności od osobistych preferencji czy zainteresowań warto rozważyć różne możliwości. Zaczynając od klasycznej pracy diagnostycznej, poprzez specjalizację naukowo-badawczą, aż do dalszego kształcenia w zawodzie psychoterapeuty w jednym z wybranych paradygmatów.

*W ciągu ostatnich lat zmieniły się stereotypy dotyczące zawodu psychologa, a kwestia ochrony i profilaktyki zdrowia psychicznego stała się zjawiskiem ważnym, dotyczącym zdecydowanej większości społeczeństwa.*

## STUDIA I CO DALEJ?

Psychologia to jeden z najpopularniejszych kierunków humanistycznych, więc kandydatów na przyszłych ekspertów od zakamarków umysłu ludzkiego nadal nie brakuje. Psychologia jest dziedziną wiedzy, która bada prawa i mechanizmy rządzące psychiką i zachowaniem człowieka w relacji z otoczeniem, również wynikami biologicznych uwarunkowań i czynnikami środowiskowymi wpływającymi na zachowanie. Za interesowanie psychologią wynika również z faktu, że ujmuje ona życie w perspektywie jego sensu i bada najbardziej fascynujące aspekty rzeczywistości ludzkiej: miłość, cierpienie, nienawiść, agresję, uprzedzenia, sposoby zachowania, czynniki determinujące wybory. Lista jest długa, ponieważ to, co dotyczy psyche i jej możliwości, w zasadzie nie zna ograniczeń. Psycholodzy chcą wiedzieć jak najwięcej o sobie, o innych ludziach oraz celowości i przyczynach ich zachowania. Zaryzykuję twierdzenie, że ciekawość i wnikliwość, to towarzyszyki psychologii. Studiując, uczymy się, później – dzięki wyborom specjalizacji i określonej drogi zawodowej – możemy wiedzę oddawać innym, poprzez tworzenie środowisk wsparcia czy badania naukowe. Studia psychologiczne wzbudzają niemałą ciekawość, a wykształcenie psychologiczne nadal jest świetną bazą do wykonywania wolnych zawodów, takich jak trener osobisty czy szkoleniowiec. Uważam za szczególnie istotne poszukiwanie własnej, zindywidualizowanej, unikatowej, rozwojowej i twórczej drogi – takiej, która stworzy możliwość realizowania talentu i potencjału z użyciem kwalifikacji zdobytych podczas stażu czy praktyki oraz wiedzy teoretycznej, która była szlifowana przez okres studiów. Zdolność naukowego myślenia i biegłość w przełożeniu jej na aspekty praktyczne to użyteczna umiejętność, którą można wykorzystać przy wyborze pracy. Wróćmy do tego za kilka chwil.

## PSYCHOLOGIA – ZAWÓD PRZYSZŁOŚCI. PSYCHOLOGIA – ZAWÓD Z PRZYSZŁOŚCIĄ

Weźmy na początek pod uwagę istotny czynnik. W coraz bardziej zindustrializowanym, rozwijającym się technologicznie świecie ludzie przeżywają coraz więcej cierpienia psychicznego, poczucia braku i osamotnienia. Proporcjonalnie do tego zwiększa

się społeczna świadomość dotycząca zaburzeń psychicznych, trudności natury emocjonalnej, aspektów wychowawczych i rosnące zapotrzebowanie na specjalistów w zakresie psychologii dziecięcej. W ciągu ostatnich lat zmieniły się stereotypy dotyczące zawodu psychologa, a kwestia ochrony i profilaktyki zdrowia psychicznego stała się zjawiskiem ważnym, dotyczącym zdecydowanej większości społeczeństwa. Popularność kampanii profilaktycznych dotyczących depresji czy przemocy w rodzinie oraz angażowanie w te inicjatywy osób publicznych zmniejsza stygmatyzację wobec potrzebujących wsparcia psychicznego, a wizyta u psychologa przestaje zawstydzać i stanowić tabu.

Psycholog może poszukiwać pracy w placówkach badawczych, w edukacji, w marketingu, reklamie, polityce, mediach, w obszarze badań opinii publicznej, zajmować się PR-em, dziennikarstwem, rozważyć możliwość pracy w wojsku lub policji i oczywiście we własnym gabinecie. Absolwenci studiów psychologicznych mają szerokie pole manewru w poszukiwaniu pracy, jednak większe możliwości satysfakcjonującego zatrudnienia znajdzie ten, kto ma w dorobku staże odbyte podczas studiów, dodatkowe kompetencje i umiejętności, studia podyplomowe lub jest w trakcie kursu psychoterapii. W zależności od zainteresowań czy predyspozycji można rozważyć możliwość zatrudnienia w wielu bardzo różnych obszarach. Nie każdy psycholog będzie miał gotowość do pracy w szpitalu czy hospicjum, część osób zdecydowanie wybierze obszar coachingu, a jeszcze inni zdecydują się na pracę badawczo-naukową. Analizy rynku zatrudnienia nie napawają szczególnie dużym entuzjazmem, należy jednak pamiętać, że stosunek do zawodu psychologa zmienił się i konieczność współpracy ze specjalistą dostrzega coraz więcej nowych branż zatrudnienia. Wątpliwości co do wyboru? Oczywiście pojawią się, to naturalne, gdy podejmujemy ważne decyzje. Mimo to nie warto od razu rezygnować czy przekwalifikować się, raczej zaryzykować i poszukać swojego miejsca w tej dziedzinie nauki, wykorzystując wiedzę zdobywaną podczas studiów.

## KRÓTKO O DYLEMATACH

Dobrze mieć poczucie, że wykonywana praca daje satysfakcję, komfort psychiczny, odpowiednie wynagrodzenie i pozwala na stały rozwój osobisty, co w zawodzie psy-

chologa jest kwestią istotną. Warto dostrzec szczególnie ważne momenty w kształceniu i zawodowym rozwoju, dbając o wrażliwość, świadomość, dystans, niezbędną dawkę pokory wobec swoich możliwości i umiejętności. Przy wyborze pracy należy rozważyć kwestie etyczne i dylemat uznany przez większość psychologów, a wynikający z konfliktu dwóch wartości. Badania naukowe, dociekliwość, chęć poszerzania i rozwijania wiedzy, a intymność i prawo do zachowania anonimowości tych, z którymi się współpracuje. Kwestie etyczne będą pojawiały się zawsze, gdy robimy coś, co ma wpływ na życie innych ludzi, szczególnie gdy dotyczy to spraw zawodowych. Sednem postępowania etycznego w pracy psychologa, niezależnie od rodzaju wykonywanej pracy, jest odpowiedzialność w przestrzeganiu kulturowo akceptowalnych norm traktowania osób badanych, ale także pacjentów i współpracowników. Wyraźne określenie kryteriów etycznych przy postępowaniu w sprawach zawodowych jest koniecznością. Definiuje to Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa zatwierdzony przez Walne Zgromadzenie Delegatów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w 1991 roku. W kodeksie można znaleźć szczegółowe zapisy dotyczące psychologów praktyków, badaczy, zawodu psychologa jako nauczyciela i popularyzatora wiedzy. Kodeks etyczny jest również dokumentem mającym chronić psychologów przed wieloma naruszeniami. Warto pamiętać, że w razie potrzeby można się na niego powołać.

## STATYSTYKI

Sposobów szukania pracy jest wiele i każdy wybierze najbardziej dogodny dla siebie. Poczta pantoflowa, rozsyłanie CV, osobiste rozwożenie dokumentów czy korzystanie z aplikacji internetowych. Warto zarejestrować się w kilku portalach z ofertami pracy, dzięki temu można nabrać orientacji w aktualnym zapotrzebowaniu rynku, zarobkach i wymaganiach. W ciągu tygodnia sprawdziłam pojawiające się oferty pracy dla zapytania PSYCHOLOG. Te powtarzające się dotyczyły psychologów-szkoleniowców do prowadzenia szkoleń z zakresu kompetencji miękkich (umowy-zlecenia), oferty pracy w szkole lub przedszkolu (w większości na część etatu), dwie fundacje poszukiwały psychologów do współpracy (również umowa-zlecenie), etat dla psychologa policyjnego, ponadto psycholog do pracy przy realizowaniu projektów unijnych. Jedną z najpopularniejszych wyszukiwarek dla hasła: praca psycholog, proponuje 122 aktualne oferty. Gazeta prawna.pl z lipca 2017 roku podaje statystyki dotyczące miejsca psychologów w edukacji i zmian dotyczących konieczności zatrudnienia specjalisty w każdej placówce oświatowej. Warto

wiedzieć, że na jednego psychologa przypada około 1,7 tys. uczniów i zapotrzebowanie rośnie. Próbowałam również doszukać się ogólnych statystyk dotyczących zatrudnienia psychologów w Polsce, ale okazało się to trudne. Główny Urząd Statystyczny czy Narodowy Fundusz Zdrowia nie posiadają takich statystyk, inne serwisy również. Raport Ochrony Zdrowia Psychicznego z 2014 roku podaje, że poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (było ich 175) w 2011 roku obejmowały opieką ponad 100 tys. osób, udzielając blisko pół miliona porad (468,2 tys.). Poradnie psychologiczne udzieliły w 2011 roku ćwierć miliona wskazań dla prawie 50 tys. osób. Warto wiedzieć, że 8 mln Polaków cierpi na różnego rodzaju problemy i zaburzenia psychiczne. To aż jedna czwarta populacji! U 23% Polaków można rozpoznać przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne w ciągu życia, u około 20–30% osób w wieku 18–64 lat odnotowuje się obniżenie nastroju i spadek aktywności życiowej, drażliwość i przewlekły lęk, 7% cierpi na bezsenność. Według Zespołu ds. Walki z Depresją, działającego przy Ministerstwie Zdrowia, depresja dotyczy co dziesiątego dorosłego Polaka.

## OBSZARY PRACY PSYCHOLOGA I BRANŻE ZATRUDNIENIA. PRACA Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ

Dla lubiących dzieci i młodzież ciekawą możliwością będzie praca w szkole, przedszkolu, placówkach opiekuńczo-wychowawczych, żłobkach, świetlicach środowiskowych i terapeutycznych, a także w szpitalnych oddziałach pediatrycznych, hospicjach dziecięcych, ośrodkach adopcyjnych, poradniach psychologiczno-pedagogicznych czy domach dziecka. Praca psychologa to również możliwość zatrudnienia w fundacjach i stowarzyszeniach zajmujących się opieką nad dziećmi chorymi i pokrzywdzonymi, także praca z „dziećmi ulicy” – tzw. streetworking. Zakres pracy psychologa dziecięcego będzie bardzo szeroki, począwszy od diagnozy, poprzez pracę z rodziną, współpracę z sądem, pracę środowiskową – zwykle we współpracy z pracownikiem socjalnym aż po prowadzenie terapii. Przykładowo psycholog szkolny zajmuje się nie tylko diagnozą małych pacjentów, ale również wspomaga wychowawców i rodziców, prowadzi warsztaty i wykłady. Zwykle pracodawca określa ściśle zakres obowiązków, jednak przy staraniu o zatrudnienie warto pochwalić się pomysłowością. W końcu kreatywność w pracy z dziećmi jest niezbędna. W obszarze psychologii dziecka nie maleje zapotrzebowanie na specjalistów do pracy z dziećmi autystycznymi. Studia uzupełniające i specjalizacje: Psychologia wychowawcza stosowana czy studia z zakresu diagnozy i terapii psycho-pedagogicznej.

## BIZNES I ORGANIZACJE

Większość korporacji i dużych firm najpewniej zatrudni psychologa, doradcę zawodowego czy coacha, by zwiększyć motywację zespołu, podnieść wyniki, zintegrować pracowników. Popularnym zjawiskiem jest tworzenie zespołów Human Resources, składających się z psychologów i socjologów. Ich głównym celem jest wspieranie działalności firmy, rozwój kompetencji miękkich czy skutecznej komunikacji. Duże firmy i korporacje stawiają przed pracownikami szereg dość restrykcyjnych wymagań, a od psychologów oczekują szczególnego podejścia w wykorzystaniu wiedzy psychologicznej wobec pracowników. Szukają osób z wysoką odpornością na stres, mobilnych, energicznych. Sądzę, że refleksyjny melancholik czy indywidualista prawdopodobnie poczuje się lepiej, pracując w zaciszu gabinetu bądź z małą grupą osób. Warto wziąć pod uwagę powyższe elementy, szukając pracy w tego rodzaju firmach, zadając sobie pytanie: „Czy to rzeczywiście dla mnie”? W branży biznesu zatrudnienie znajdzie psycholog ze specjalizacją psychologia pracy i organizacji, biznesu, ekonomiczna, transportu, specjalista przeprowadzający testy dla kierowców czy wydający pozwolenia na korzystanie z bronii i przydatności do pracy.

## SŁUŻBY MUNDUROWE I WIĘZIENICTWO

Od 2009 r. w policji obowiązują trzy specjalizacje: opieka psychologiczna i psychoedukacja, psychologia stosowana oraz zarządzania zasobami ludzkimi. Obowiązki psychologa zależą do tego, w której dziedzinie się specjalizuje. Praca jest wymagająca i między innymi dotyczy współtworzenia profili i typowania sprawców, taktyki przeprowadzania przesłuchań oraz pomocy psychologicznej dla policjantów i ofiar. W wojsku praca psychologa dotyczy badań oraz psychologicznego wsparcia żołnierzy, weteranów i ich rodzin, tworzenia nowych regulacji prawnych odnośnie do funkcjonowania psychologii w resorcie obrony narodowej. W obu jednostkach do zadań psychologa należy przygotowywanie szkoleń dla funkcjonariuszy wszystkich stopni w zakresie komunikacji, profilaktyki, badania kompetencji, stresu i funkcjonowania w sytuacji izolacji, podnoszenia wydajności i potencjału. W obszarze pracy psychologicznej w służbach mundurowych użyteczna będzie specjalizacja sądowa oraz kliniczna, ułatwiająca współpracę z sądem, np. w zakresie orzecznictwa. Psycholog znajdzie również zatrudnienie w służbie więziennej, penitencjarnej oraz ośrodkach wychowawczych i resocjalizacyjnych. Tego typu praca wymaga sporej odporności na stres i gotowości do współpracy z osobami skazanymi.

## PORADNIE

Ośrodki interwencji kryzysowej, miejskie ośrodki pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, poradnie zdrowia psychicznego, ośrodki interwencji kryzysowej i punkty pomocy rodzinie – każda z tych placówek ma określone wymagania w zakresie zatrudniania psychologa. Poradnie i ośrodki z reguły nastawione są na współpracę ze sobą, z policją, szkołą i rodzinami. Psycholodzy pracują samodzielnie i w zespołach interdyscyplinarnych zajmujących się między innymi wsparciem, profilaktyką, diagnozą i interwencją.

## SŁUŻBA ZDROWIA I OPIEKA

Szpitalne oddziały geriatryczne, kardiologiczne, onkologiczne, hospicja, szkoły przyszpitalne czy wszelkiego rodzaju domy opieki społecznej to bardzo specyficzne miejsca pracy psychologów, wymagające zarówno dużej wrażliwości, jak i odporności psychicznej. Ośrodki lecznicze, sanatoria, domy spokojnej starości, dziennej opieki dla osób starszych czy osób z niepełnosprawnością – jeżeli interesuje Cię taki rodzaj pracy, warto rozważyć specjalizację z psychoonkologii, psychologii zdrowia czy kurs z zakresu opieki i medycyny paliatywnej.

## INNE MOŻLIWOŚCI I PERSPEKTYWY WSPÓŁPRACY

Psycholog ze specjalizacją zarządzanie może szukać zatrudnienia w urzędach pracy lub urzędach gminy. Organizacje pozarządowe, stowarzyszenia i fundacje potrzebują psychologów, by pomagać określonym grupom, niejednokrotnie narażonym na wykluczenie społeczne. Jeśli szczególnie interesują Cię badania i kariera naukowa, warto rozważyć możliwość pozostania na uczelni i kontynuowania edukacji w ramach doktoratu, pracy w ośrodkach zajmujących się prowadzeniem badań naukowych czy nauczaniem na różnych szczeblach edukacji. Z mojego doświadczenia wynika, że bardzo popularne Uniwersytety Trzeciego Wieku chętnie nawiązują współpracę z psychologami w zakresie wolontariatu. Ponadto psycholodzy współpracują z lekarzami różnych specjalizacji, co pozwala rozumieć występujące u pacjenta objawy w sposób holistyczny. Psycholog może współpracować z psychiatrą, z fizykoterapeutą w zakresie psychologii sportu czy dietetykiem w kwestii zaburzeń jedzenia.

## PASJA I ZAWÓD – ZWIĄZEK DOSKONAŁY

**Psychologia sportu** jest dziedziną nauki, która bada psychologiczne podstawy aktywności fizycznej, ich wpływ

na możliwości i osiągnięcia osób profesjonalnie zajmujących się sportem. To interesująca perspektywa dla pasjonatów sportu i psychologii motywacji. Łączenie hobby oraz zawodu przynosi wymierne efekty dla udzielającego pomocy i tych, którzy z niej korzystają, ponieważ pasja zwiększa efektywność. Najszerzej stosowanym modelem pracy ze sportowcami są wizualizacje, trening mentalny i relaksacyjny. Dzięki tym elementom psycholog bezpośrednio przygotowuje sportowca do zawodów z perspektywy ściśle psychologicznej. Można powiedzieć, że staje się trenerem emocji, wspomagającym osiągnięcie sukcesów. Psycholog sportu pomaga zawodnikom w odkrywaniu potencjału i możliwości, wzmacnianiu pewności siebie oraz poszukiwaniu indywidualnych sposobów aktywowania zasobów psychicznych; ma również za zadanie towarzyszyć zawodnikowi w trudnych momentach zawodowych i osobistych.

**Psychologia zwierząt** to nowy kierunek w strefie studiów psychologicznych, cieszący się coraz większą popularnością. Ta dziedzina psychologii zajmuje się normami etycznymi, prawem oraz rozwijaniem i badaniem świadomości społecznej, również podłożem przemocy czy rosnącej wrażliwości w zakresie traktowania zwierząt. Po ukończeniu studiów uzupełniających można szukać pracy w obszarze rozpoznawania anomalii behawioralnych, leczenia ich, zapobiegania i profilaktyki, szkolenia zwierząt towarzyszących i sportowych, również umiejętności współpracy ze zwierzętami w zakresie leczenia osób np. z autyzmem. Od dawna wiadomo, że konie czy psy to zwierzęta hipersensytywne, ale dopiero od niedawna dowiadujemy się, że zwierzęta hodowlane mają fantastyczny wpływ na leczenie i mogą nieść ludziom ukojenie. Jednak najdonioślejszą wydaje się współpraca z organizacjami działającymi na rzecz zwierząt poprzez edukację oraz rozwijanie wrażliwości. Zainteresowanym, ale niezdecydowanym, polecam książkę Petera Wohllebena *Duchowe życie zwierząt*.

**Psychologia i psychoterapia** – po zakończeniu studiów psychologicznych można rozważyć dalsze kształcenie w wybranej szkole psychoterapii rekomendowanej przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne lub Polskie Towarzystwo Psychiatryczne. Każda ze szkół wskazuje swoich certyfikowanych superwizorów. Terapia własna i superwizja to elementy konieczne, by w przyszłości ubiegać się o certyfikat psychoterapeuty.

**Neurokognistyka** – środki masowego przekazu, reklama czy szeroko rozumiany marketing będzie łączył się coraz szerzej w zagadnieniu neurokognistyki. To dziedzina, która opiera się na współpracy psychologii i innych nauk z najnowszą wiedzą na temat

funkcjonowania mózgu. Bada związki zachodzące pomiędzy układem nerwowym a emocjami i procesami poznawczymi. Jest to kierunek interdyscyplinarny, ponieważ tylko dzięki łączeniu wielu dziedzin wiedzy można pełniej zrozumieć zachowanie człowieka. Studia z zakresu neurokognistyki są wymagające i wydają się odpowiednie dla indywidualistów z aspiracjami badawczymi. Agencje badawcze, neuromarketingowe, firmy badające użyteczność stron www czy placówki zajmujące się neurorehabilitacją z pewnością przyjmą do współpracy psychologa wykształconego w tej dziedzinie.

Nieustannie poszukujemy nowych możliwości i pionierskich rozwiązań, chcemy tworzyć narzędzia i pokonywać ograniczenia pozwalające na coraz dokładniejsze badanie doznań czy uczuć. W tym obszarze psychologia wydaje się nie mieć ograniczeń. Coraz szybszy rozwój nauki powoduje, że to, co wcześniej wydało się irracjonalne i stanowiło kanwę powieści fantastycznych, powoli staje się częścią rzeczywistości, która nas otacza i w której żyjemy. To nieunikniona konsekwencja ewolucji, nawet jeśli początkowo napawa nas grozą i budzi kontrowersje.

reklama

## PIERWSZORZĘDNY DEZODORANT!

**SUPER DEO jest niewielki,  
ale ma ogromną moc!**



Firma Reutter poleca doskonały dezodorant z krystalicznej skały.

**Wystarczy aż na rok.  
Bezzapachowy, dla Pań i Panów.**

Skutecznie eliminuje przykry zapach potu.

**Uwaga! – Nie zostawia plam!**  
Testowany dermatologicznie.

**SUPER DEO to wypróbowany  
oryginalny dezodorant!**

Jeśli płacisz, to za oryginał!  
Firma Reutter, GmbH/Niemcy

DOSTĘPNY  
W APTEKACH

Cena ok. 17 zł

## *Już w trakcie studiów warto zastanowić się nad wyborem: bardziej teoretycznie czy bardziej praktycznie?*

**Krok w przyszłość. Science or fiction?** Zastanówmy się, jak zmieni się zawód psychologa na przestrzeni lat. Jaki wpływ na tę specyficzną profesję będzie miał rozwój nowych technologii i jak długo aktualne rozumienie zawodu psychologa będzie użyteczne? Gdzie i jak psychologowie przyszłości będą szukać pracy i jaka będzie ich rola? Jak zmienią się standardy etyczne i wymagania wobec tego zawodu i wreszcie, jak będzie wyglądało leczenie zranień czy trudności w kontaktach interpersonalnych? Czy nadal głównym czynnikiem leczącym będzie osobowość terapeuty, relacja i żywo pojawiające się emocje? A może psycholog zostanie zastąpiony przez program komputerowy? Zapewne zwolenników starej szkoły będzie mnóstwo, ale nie zmienia to faktu, że pojawiają się inne, alternatywne możliwości. I wcale nie jest to odległa przyszłość. Japońska firma telekomunikacyjna NTT pracuje nad stworzeniem systemu sztucznej inteligencji, która będzie miała za zadanie pełnić rolę psychologa online. Jesteśmy istotami złożonymi, skomplikowanymi, wielowymiarowymi i sprostanie problemom egzystencjalnym człowieka dzięki sztucznej inteligencji to obecnie mrzonki. Ale przecież chcemy przekraczać granice, nawet te, które w tej chwili zdają się być fantastyką. Niezmiennie wywołuje to dyskusje i kontrowersje. Korporacje informatyczne poświęcają potężne nakłady finansowe i naukowe, by prowadzić badania nad sztuczną inteligencją – dziedziną wiedzy związaną z logiką, informatyką, filozofią, lingwistyką, nauką o umyśle (cognitive science) i oczywiście psychologią. Jest to nowa płaszczyzna dostępna dla psychologów i to właśnie z nią można wiązać zawodową przyszłość.

## **DOBRY WYBÓR**

Dla psychologa badacza główny cel stanowi przewidywanie, opisywanie i wyjaśnianie. Dla psychologa, który zajmuje się psychologią stosowaną, przeprowadzanie badań nad praktycznymi problemami oraz wykorzystywanie ich w praktyce. Już w trakcie studiów warto zastanowić się nad wyborem: bardziej teoretycznie czy bardziej praktycznie? Praca z ludźmi jest wymagająca, ale przynosi radość i satysfakcję, jeżeli jest mądrze ukierunkowana. Jednym z zadań psychologii jest podnoszenie standardów życia, działania na rzecz poprawy i profilaktyki zdrowia psychicznego, a także wydawania orzeczeń i opiniowania. Psychologów bardzo często powołuje się jako ekspertów w sprawach dotyczących kwestii politycznych, prawnych, społecznych, by ich wiedzę i doświadczenie spożytkować przy podejmowaniu szeregu bardzo różnych decyzji. To ważne i odpowiedzialne zadanie. Dobrze, aby w tych próbach nie zatracić siebie, własnej wrażliwości, pewnego poziomu niewiedzy i wątpliwości, które będą nas chroniły przed jednym z niebezpieczeństw tego zawodu – poczuciem omnipotencji. Tego Czytelnikom i sobie niezmiennie życzę.

**Katarzyna Wloch Hyla** – prowadzi psychoterapię indywidualną, grupy terapeutyczne i grupy wsparcia. Kształciła się w podejściu psychodynamicznym, systemowym, ericksonowskim i psychologii procesu, również podczas Interdyscyplinarnych Studiów nad Kulturą Tożsamością Płci Gender Studies. Pracuje w Fundacji Rozwoju i Promocji Psychoterapii w Zabrze oraz w gabinecie w Krakowie. Swoje miejsce znalazła w obszarze psychoanalizy. Kształciła się w szkoleniu zaawansowanym w Polskim Towarzystwie Psychoanalizy Jungowskiej. Jest kandydatką w szkoleniu Międzynarodowego Towarzystwa Psychologii Analitycznej, została przyjęta na indywidualną ścieżkę szkoleniową IAAP. Interesuje się literaturą, teatrem, archetypową różnorodnością kobiecych postaci w mitologiach oraz zjawiskiem „szarej strefy” w ujęciu psychologii analitycznej Carla Gustava Junga. W Instytucie Studiów Kulturowych RAVEN jest autorką bloga *Lśnienie Cienia*.

Pisząc o przyszłości psychologii chciałabym wspomnieć o serialu „Czarne Lustro”, którego twórcy próbowali uchwycić subtelną granicę pomiędzy realnością a stopniowym znikaniem w świecie wirtualnym. W nietypowy sposób zwracają uwagę, jak nowe technologie negatywnie wpływają na życie, jeśli nie są przyjmowane do rzeczywistości w sposób refleksyjny. Podporządkowanie się twardym regułom portali internetowych, mediów społecznościowych czy telewizji sprawia, że granica pomiędzy prawdą a fikcją zaczyna się rozmywać. Serial nie demonizuje nieuniknionego rozwoju technologicznego, raczej pokazuje efekty nierozważnego korzystania z tego typu rozwiązań i konsekwencje psychologiczne dla osób ogarniętych demagogią massmediów. Próby przenoszenia świadomości do świata wirtualnego czy zastępowanie uczuć systemem będą miały niewątpliwie implikacje. Pojawia się kolejne pytanie dotyczące znaczenia zawodu psychologa i tego, ile będzie miejsca w przyszłości na inteligencję sztuczną, a ile na inteligencję emocjonalną. W predystopijnym świecie spojrzenie w czarne lustro stanowi symboliczne zaproszenie do dyskusji o roli, jakości i miejscu psychologii w przyszłości.



REDAKCJA

Celos PEDAGOGICZNY

ZAPRASZA NA:

 XIII Ogólnopolski Kongres  
DLA PEDAGOGÓW I PSYCHOLOGÓW SZKOLNYCH

**XIII Ogólnopolski  
Kongres  
dla Pedagogów  
i Psychologów  
Szkolnych**

11.10.2018 r. | Warszawa

**SZCZEGÓŁY JUŻ WKRÓTCE!**

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

Tomasz Kryszczyński

# ODTRUJ

Walka z uzależnieniem  
w buddyjskim klasztorze

*Odtruj umysł! Walka z uzależnieniem w buddyjskim klasztorze to fragmenty książki Wgląd. Buddyzm, Tajlandia, ludzie będącej relacją z podróży i życia w buddyjskich klasztorach Tajlandii polskiego psychologa i trenera mindfulness Tomasza Kryszczyńskiego. Książka opisuje bezpośrednie doświadczenie praktyki duchowej, której korzenie sięgają tysięcy lat. Przedstawia współczesny i dawny buddyzm, współczesną i dawną Tajlandię. Publikowane fragmenty ukazują wyjątkowy klasztor, w którym mnisi w oparciu o tradycyjne metody pomagają tysiącom ludzi uwalniać się od uzależnienia. (tytuł i śródtytuły dodane dla celów niniejszej publikacji).*

# WIMYST!

Stoję przy drodze gdzieś między Lopburi a Saraburi w centralnej Tajlandii. Wokół mnie nic poza polami ryżowymi. Kierowca autobusu, z którego przed chwilą wysiadłem, zapomniał o mnie i moim przystanku. Gdy mu o sobie przypomniałem, zrobił coś w rodzaju „Ooooooo!” i zatrzymał natychmiast autobus. Z tego, co zrozumiałem, byłem jakieś 20 kilometrów za celem mojej podróży – klasztorem Thamkrabok. Nie pozostało nic innego, jak założyć plecak i ruszyć wzdłuż drogi. W najgorszym przypadku dotrę do klasztoru na piechotę wieczorem, w najlepszym złapię coś na stopa.

## EAST-WEST DETOX

O Thambkrabok dowiedziałem się wiele lat temu w Anglii. Przypadkowa rozmowa z przypadkową osobą. Mój rozmówca okazał się człowiekiem pracującym dla East-West Detox, charytatywnej organizacji stawiającej sobie za cel walkę z narkomanią. Ponieważ w Polsce przez kilka lat zajmowałem się problemem uzależnień, szybko znaleźliśmy wspólny, interesujący nas temat. Ja mówiłem o polskich, długoterminowych programach walki z narkomanią, on o East-West Detox. Dwa całkowicie różne podejścia i ten sam cel.

East-West Detox założony został w 1997 roku. Ułatwia osobom uzależnionym z Wielkiej Brytanii przejście przez program realizowany w Thamkrabok, któremu od 1959 roku poddało się ponad 100 000 osób. Program uważany jest za bardzo skuteczny, w pełni oparty na naturalnych środkach, łączący leczenie ciała i umysłu. Jego podstawę stanowi buddyzm i tradycyjna medycyna tajska, prowadzony jest przez buddyjskich

mnichów, poddać mu się jednak mogą wszyscy, niezależnie od religii, pochodzenia, płci.

Mój rozmówca z biblioteki, na wszelki wypadek, gdybym chciał zgłębić temat wychodzenia z uzależnień w oparciu o naturalne metody, dał mi adres do Thamkrabok.

## TAJLANDIĘ ZALEWAJĄ NARKOTYKI

Szerokim strumieniem płyną głównie z Birmy, Kambodży, Chin i Laosu. Przemycem opium zajmują się w równym stopniu mieszkańcy górzystych terenów Tajlandii, jak i Birmy. Są biedni i zdeterminowani. Robią to, co robili ich rodzice, dziadowie i pradziadowie. Żyją w obrębie Złotego Trójkąta rozpościerającego się na przestrzeni blisko miliona km<sup>2</sup>, obszaru północnej Tajlandii, Birmy, Laosu i Wietnamu. To tutaj produkowano przez dziesięciolecia największą ilość heroiny na świecie. Dopiero w ostatnich latach centrum światowej produkcji tego narkotyku przeniosło się do wyniszczanego nieustającymi walkami Afganistanu.

Jednak to nie opiaty są obecnie najczęściej używanym narkotykiem w Tajlandii. Wyparła je metaamfetamina. Każdego roku konfiskowane są miliony tabletek tego narkotyku, mimo to ich spożycie wzrasta.

W Tajlandii za najmniejszą ilość nielegalnych narkotyków można trafić za kratki. Przyłapanie na paleniu marihuany grozi ciężkim więzieniem. Za przemyt niewielkiej, jak na warunki europejskie, liczby tabletek ecstasy skazuje się tutaj na śmierć. W kampanie antynarkotykowej angażują się nawet członkowie rodziny królewskiej, policja organizuje



obławy i szczyli się licznymi sukcesami w walce z przemymem substancji uzależniających, wydaje się kolejne środki na przeciwdziałanie narkomanii. Nie wpływa to jednak na razie na spadek liczby narkomanów. W 2007 roku było ich w Tajlandii 470 000, w 2011 – już 1400 000.

## **SIEDMIU PRZY BETONOWYM KORYCIE**

Naprzeciwko mnie klęczy wzdłuż betonowego koryta siedmiu ubranych tylko w kraciaste sarongi mężczyzn. Każdy z nich musi wypić wiadro wody, która rozcieńcza mocny środek wymiotny, mający oczyścić ich ciała. Rozlega się głośny śpiew, tych, którzy mają to już za sobą. Uczestniczą w ceremoniale, aby pomóc, wesprzeć, pokazać, że można to przejść. Jest ich kilkunastu. Śpiewają, grają na bębnach, klaskają. Środek wymiotny zaczyna działać. Mężczyźni w sarongach wymiotują, piją wodę, wymiotują, znowu piją i znowu wymiotują. Niektórzy z nich wpychają sobie palce do gardeł, aby pobudzić swoje ciała do wyrzucenia z siebie wszystkiego, co w nich zalega. Widzę, co robią, szczęśliwie prawie ich nie słyszę, gdyż muzyka i śpiew zagłuszają wydobywające się z nich odgłosy. Jedni nadal klęczą, inni wstają, co pomaga im w przyjmowaniu i wypluwaniu z siebie płynu, ktoś pada na plecy, jest wycieńczony.

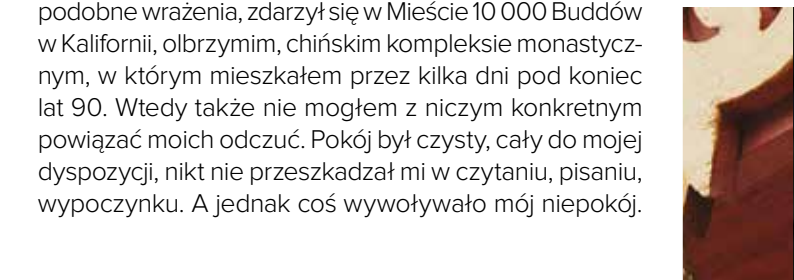
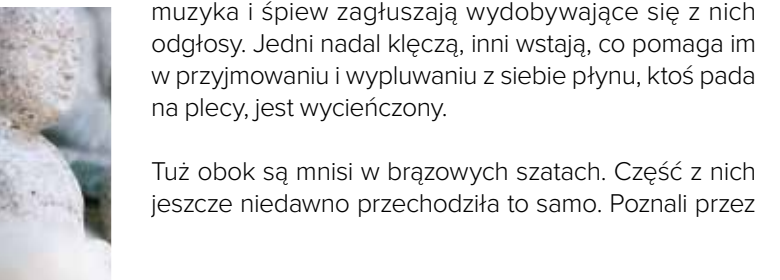
Tuż obok są mnisi w brązowych szatach. Część z nich jeszcze niedawno przechodziła to samo. Poznali przez

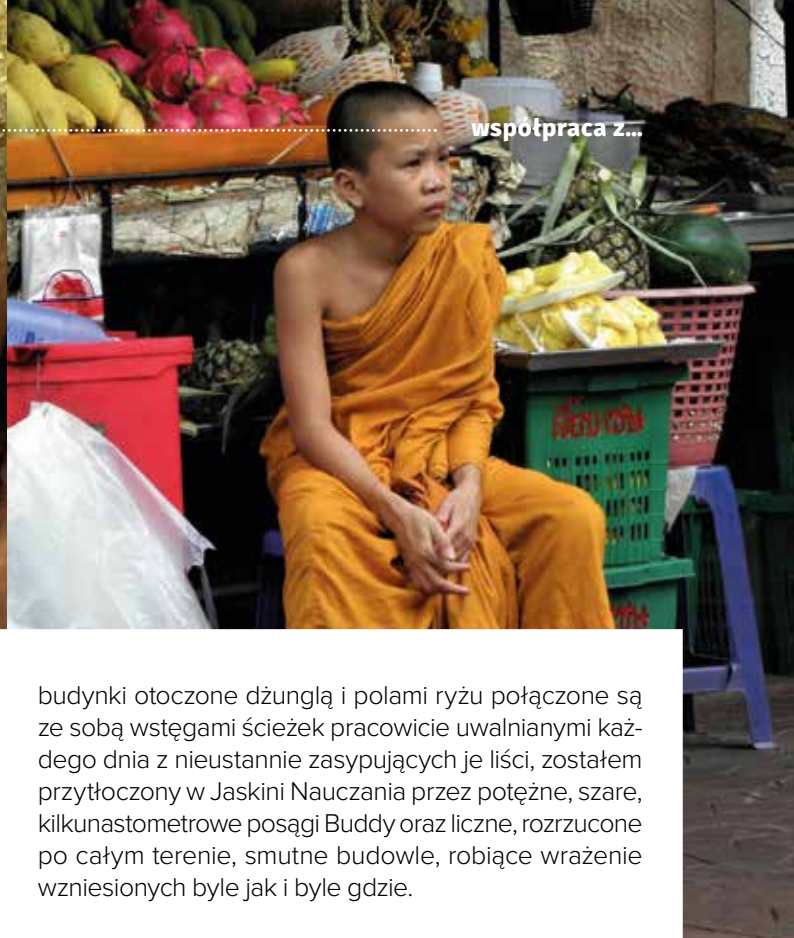
własne doświadczenie to, czego doświadcza teraz siedmiu mężczyzn w sarongach. Wspierają, motywują, radzą. Co jakiś czas odgłosy torsji przebijają się przez uderzenia w bębny.

W końcu wiadra opróżniają się, sesja dobiega końca. Każdy z mężczyzn wypił i zwrócił około 10 litrów płynu w ciągu niespełna 30 minut! Muzyka cichnie, wszyscy rozchodzą się.

## **NIEPOKÓJ W CZYSTYM POKOJU**

W Thamkrabok mieszkam sam w wielopokojowym budynku. Spałem już w szałasach, chatkach, jaskiniach, w wieloosobowych pokojach z klockiem pod głową zamiast poduszki, pod gołym niebem, w domkach na wodzie z rybami przepływającymi pod podłogą. W najróżniejszych miejscach. Jednak tylko raz czułem się tak jak tutaj. Jest we mnie dziwny niepokój, gdy wchodzę do mojego pokoju. Powtarza się to prawie za każdym razem, niezależnie od pory dnia. Ten jeden raz, gdy odczuwałem podobne wrażenia, zdarzył się w Mieście 10 000 Buddów w Kalifornii, olbrzymim, chińskim kompleksie monastycznym, w którym mieszkałem przez kilka dni pod koniec lat 90. Wtedy także nie mogłem z niczym konkretnym powiązać moich odczuć. Pokój był czysty, cały do mojej dyspozycji, nikt nie przeszkadzał mi w czytaniu, pisaniu, wypoczynku. A jednak coś wywoływało mój niepokój.





Później dowiedziałem się, że w przeszłości budynek, w którym spałem, był częścią szpitala psychiatrycznego. Czy w jakiś sposób mury tamtejszego budynku „nasiąknęły” cierpieniem ludzi leczących się w szpitalu? Czy jest to w ogóle możliwe? Co wzbudza mój niepokój tutaj, w wygodnym pokoju klasztoru Thamkrabok? Ból, bezsilność, lęk, koszmary, złość ludzi chcących zerwać z czymś, bez czego przez lata nie potrafili żyć?

## THAMKRABOK, CZYLI JASKINIA NAUCZANIA

Gdy przybyłem do Thamkrabok, co z tajskiego tłumaczy się jako Jaskinia Nauczania, program terapeutyczny przechodziło siedmioro Europejczyków oraz kilkudziesięciu Tajów. Poza uzależnionymi, w klasztorze mieszkało około 100 mnichów i 20 mae chee<sup>1</sup>. Spośród 120 mnichów i mae chee mieszkających w Jaskini Nauczania tylko część zajmuje się walką z uzależnieniami. Pozostali poświęcają się innym projektom związanym z życiem monastycznym oraz dalszą rozbudową olbrzymiego kompleksu klasztornego.

Thamkrabok zaskoczyło mnie swoim wyglądem. Przyzwyczajony do pięknych, mieniących się intensywnymi barwami miejskich klasztorów z ich złotymi stupami i świątyniami o wysokich, zakrzywionych, kolorowych dachach oraz klasztorów leśnych, gdzie proste, często drewniane

budynki otoczone dżunglą i polami ryżu połączone są ze sobą wstęgami ścieżek pracowicie uwalnianymi każdego dnia z nieustannie zasypujących je liści, zostałem przyłoczony w Jaskini Nauczania przez potężne, szare, kilkunastometrowe posągi Buddy oraz liczne, rozrzucone po całym terenie, smutne budowle, robiące wrażenie wzniesionych byle jak i byle gdzie.

Do realizacji programu wydzielona jest mała część całego kompleksu klasztornego. Członkowie terapeutyzowanej wspólnoty spędzają większość czasu w zamkniętej strefie, gdzie śpią, jedzą i przechodzą przez poszczególne elementy programu, którego podstawą jest założenie, że zwalczanie uzależnienia wymaga odtrucia zarówno ciała, jak i umysłu. Odtruwanie ciała oparte jest na tradycyjnej medycynie tajskiej. Każdy z uczestników programu musi przez pięć pierwszych dni pobytu w klasztorze przyjmować raz dziennie ziołowy środek wymiotny, co prowadzi do codziennych, zbiorowych torsji podczas ceremoniału „przy betonowym korycie”. Poza środkiem wymiotnym pacjenci przez cały okres terapii trwającej minimalnie 10, maksymalnie 28 dni otrzymują ziołowe tabletki oraz piją również ziołowy wywar. Zarówno tabletki, jak i wywar mają oczyszczać i wzmacniać organizm. Wszystkie naturalne substancje stosowane w Thamkrabok są również tutaj przygotowywane, a ich skład jest ściśle strzeżoną tajemnicą.

<sup>1</sup> Kobiety żyjące w klasztorach zgodnie. Ubierają się na białą, gołą tak jak mnisi głoww. nie są jednak formalnie członkiniami wspólnoty zakonnej.



Ostatnim ze stosowanych w klasztorze elementów, mających odtruwać ciało, jest tradycyjna sauna tajska, w której każdego dnia uczestnicy programu wypacają toksyny zgromadzone w ich ciałach.

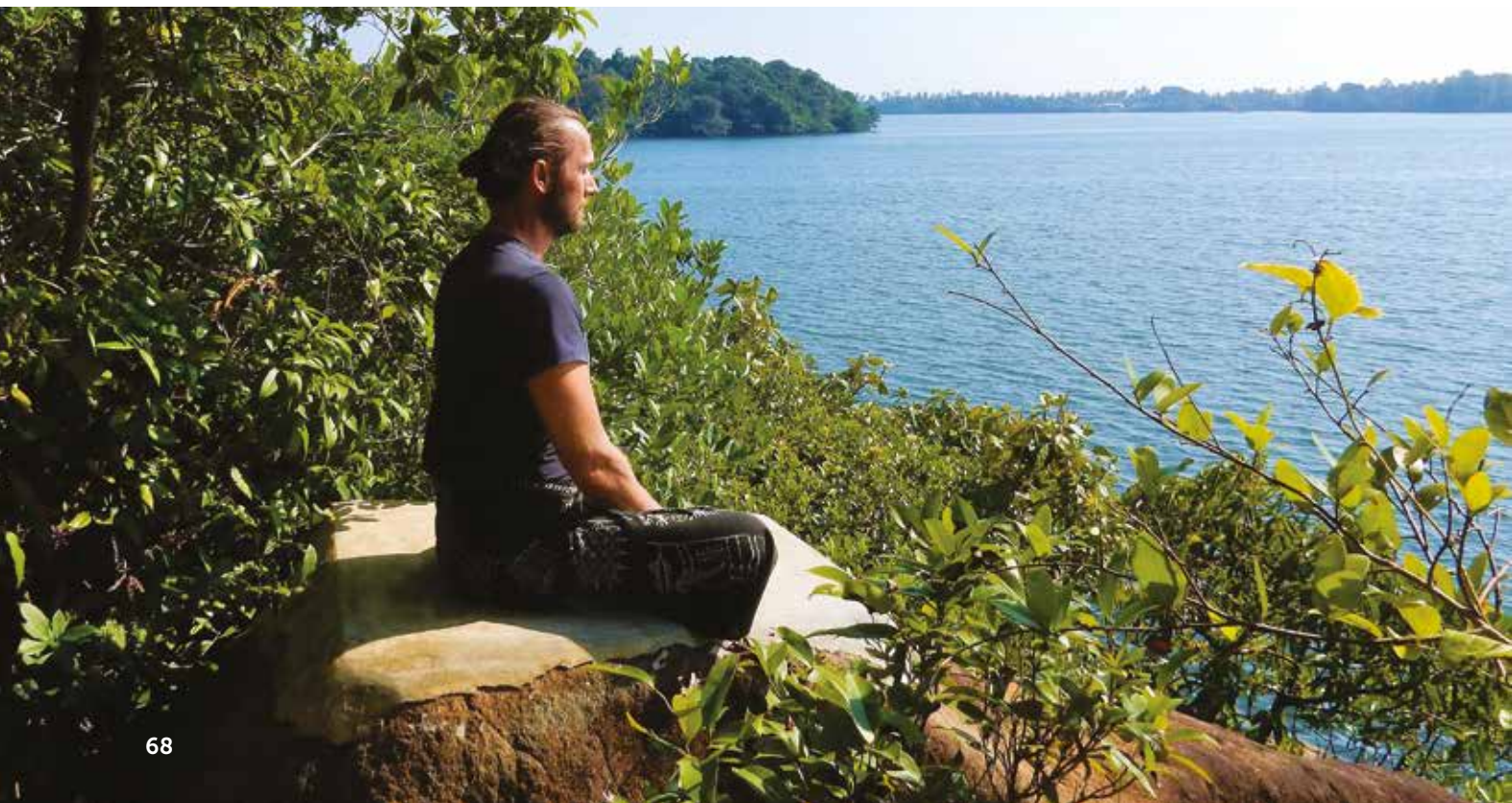
## SAUNA

Jestem zaproszony do sauny. Skoro nie chcę na próbę zwymiotować 10 litrami płynu do koryta, co zostało mi w ramach gościnnosci zaferowane, skoro nie chcę nawet herbaty przyrządzanej specjalnie tak, aby odtruwała ciała narkomanów, co również zostało mi zaferowane, to może skorzystam z sauny? Robię to z wielką przyjemnością. Uwielbiam saunę. Fińską, rosyjską, turecką, kamienną, suchą, każdą! A tradycyjnej, tajskiej próbowałem tylko w Wat Pah Nanachat. I byłem zachwycony. Ale Tahmkrabok to nie Wat Pah Nanachat.

Sauna tutaj to odrapany, biało-zielony mały budynek. W nim i na zewnątrz niego tłoczy się kilkudziesięciu leczących się narkomanów i alkoholików. W kraciastych sarongach, w różnym wieku, z różnych części świata. Mnich, który mnie tutaj przyprowadził, olbrzymi, gruby farang z wielkim, wytatuowanym na ramieniu Indianinem z amerykańskich prerii, prosi, abym poczekał na zakończenie przez uzależnionych ich sesji w saunie. Czekam i patrzę. Na kłębiących się ludzi, na to, jak rozmawiają, jak wchodzi i wychodzi z sauny. Niektórzy się uśmiechają, żartują. Jednak większość wygląda na zmęczonych, pozbawionych energii. Wielu ma wytatuowane ciała. Niektórzy tylko kończyny, inni pokryli tradycyjnymi, tajskimi motywami większą część swojej skóry. Takie tatuaże mają chronić przed niebezpieczeństwami, przynosić szczęście.

W końcu, w szeregu, blisko trzydziestu uzależnionych oddala się z sauny. Przychodzi moja kolej. Ściągam rzeczy, oplatom się ręcznikiem i wchodzę. Całe maleńkie pomieszczenie jest w parze. Prawie nic nie widzę. Stoję, bo nie wiem, gdzie się ruszyć. Z oparów wyłania się jakiś Taj i pokazuje, gdzie mam usiąść. Siadam. Po chwili para się przerzedza i widzę, że oprócz mnie jest w saunie jeszcze dwóch Tajów. Na zewnątrz jest w cieniu ponad 30 stopni, w słońcu o wiele cieplej, w saunie jeszcze cieplej. Pot leje się z całego ciała. W saunie pachnie ziołami, jednak przede wszystkim trawą cytrynową. Świeży, intensywny, naturalny zapach. Niezwykłe orzeźwiający i przyjemny. Z każdym wdechem wypełnia mi płuca. Otacza zewsząd i jest we mnie. Mam wrażenie, że przez płuca przenika całe moje ciało.

Gdy para się przerzedza, widzę przez otwarte drzwi starą mae chee ciągnącą wózek wypełniony narzędziami, ziemią i liśćmi. Jej biały strój pokryty jest kurzem i świeżymi plamami ziemi. Kobieta zatrzymuje się przed sauną. Zostawia wózek i powoli zbliża się do nas. W tych samych zabrudzonych, białych szatach zakonnych, w których jeszcze przed chwilą pracowała, wchodzi do sauny i siada obok mnie. Jest maleńka, skurczona i zmęczona. W całkowitym bezruchu odpoczywa. Zaraz po niej pojawia się mnich. Także w szatach zakonnych. Ostrożnie wciska się pomiędzy mnie i jednego z Tajów. Po jakiś 10 minutach mae chee wstaje i wychodzi z sauny. Zbliża się do swojego załadowanego wózka. Powoli unosi jego przód i zaczyna ciągnąć. W tych samych rzeczach, w których weszła do sauny, z tym samym spokojem, w tym samym tempie. Wszystko w tym samym tempie. Spokojnym i jednostajnym.



## PLAN DNIA

Moje życie w Thamkrabok jest wygodne. Śpię sam w prostym, ale czystym i cichym pokoju, wstaję kiedy chcę, jem kiedy chcę, chodzę gdzie chcę. Życie osób leczących się jest wpisane w rygorystycznie przestrzegany plan dnia i proste zasady postępowania.

Pacjenci śpią na matach w dużych, wspólnych salach, oddzielnych dla kobiet i mężczyzn. Każdy po przybyciu dostaje bawełniane ubranie, którego ma używać w Thamkrabok. Przez pierwszych pięć dni pobytu nie mogą opuszczać małej, wydzielonej części klasztoru, po pięciu dniach uzyskują możliwość wychodzenia poza nią w towarzystwie mnicha. Dzięki kuponom na jedzenie mogą spożywać posiłki w wybranym przez siebie czasie w restauracji znajdującej się na terenie przeznaczonym dla pacjentów. Ich plan dnia wygląda następująco:

- 6:00 Pobudka, zamiatanie
- 8:00 Wysłuchanie hymnu (Tajlandii oczywiście)
- 9:30 Wydawanie kuponów
- 12:30 Medytacja dla chętnych
- 14:00 Sauna
- 16:00 Zamiatanie
- 16:45 Przyjmowanie lekarstw
- 18:00 Wysłuchanie hymnu
- 18:30 Recytacja mnichów (opcjonalna dla uczestników programu)

W Thamkrabok nie ma wygod. Jest czysto i prosto. Dostaje się rzeczy niezbędne do przeżycia. Dla Tajów takie warunki to oczywistość, dla niektórych pacjentów z Zachodu stają się czasami podstawą do narzekania i roszczeń.

## ODTRUWANIE UMYŚLU

Mimo bardzo dużej wagi przywiązywanej do odtruwania ciała, w klasztorze podkreśla się, że sukces w walce z uzależnieniem jest aż w 95% wynikiem odtrucia umysłu, za co odpowiedzialność musi wziąć w pełni każdy z pacjentów, a mnisi z Thamkrabok mogą jedynie proces ten wspomóc. Wsparcie w odtruwaniu umysłu zaczyna się w chwili rozpoczęcia terapii przez złożenie sajjja, czyli przyrzeczenia składanego przez każdą nową osobę, chcącą przejść program w Thamkrabok. Podczas ceremoniału sajjja nowy pacjent zobowiązuje się, że nigdy więcej nie będzie używał alkoholu ani innych narkotyków. Sajjja może być przyjęta tylko raz w życiu, co powoduje, że jej złamanie uniemożliwia powtórne przejście programu w klasztorze. Sajjja uważana jest za „święty akt” i – ponieważ większość osób leczących się jest buddystami – przyrzeczenie wobec Buddy. W przypadku chrześcijan i muzułmanów sajjja składana jest odpowiednio wobec Chrystusa i Allaha. Z charakterystyczną dla buddystów tolerancją mnisi nie próbują nawracać leczących się w Thamkrabok. Celem pobytu w klasztorze jest walka z uzależnieniami, sajjja walkę tę wspiera, po to żeby była efektywna, musi być przyrzeczeniem wobec wartości, istoty, idei najważniejszej dla danej osoby.

Przyjeżdżając do Thamkrabok, podobnie jak do innych buddyjskich klasztorów Tajlandii, można być chrześcijaninem, muzułmaninem, ateistą, osobą oddaną jakiegokolwiek religii, ideologii. Warunkiem pobytu nie jest bycie buddystą, lecz przestrzeganie rozkładu dnia, ustalonego w danym klasztorze, oraz wskazań, które wyznaczają zasady życia klasztorowego. W Thamkrabok osoby przechodzące program wychodzenia z uzależnienia zobowiązują się do przestrzegania pięciu wskazań buddyjskich.



Uczestnicy programu, w ramach odtruwania umysłu, mogą również uzyskać podstawowe informacje na temat medytacji i brać udział w sesjach medytacyjnych lub medytować samodzielnie. Chętnym przekazywane jest również kahtah, czyli „święte słowo, które nie ma żadnego znaczenia intelektualnego; jego funkcja jest czysto energetyczna”. Powtarzanie kahtah ma wzmacniać w chwilach słabości, chronić przed różnego rodzaju pokusami, ułatwiać i rozwijać medytację, oczyszczać umysł. Poza obowiązkową sajją oraz dobrowolnym przyjęciem kahtah i praktykowaniem medytacji pacjenci uzyskują pomoc w odtruwaniu swego umysłu przez uczenie się dostosowywania do określonego planu dnia obowiązującego w klasztorze, rozwijanie dyscypliny przez wykonywanie drobnych prac porządkowych w obrębie klasztoru, takich jak zmiatanie, dbanie o czystość danego miejsca i higienę osobistą.

Osoby leczące się w Thamkrabok nie mogą używać pieniędzy. Każdy z nich otrzymuje codziennie talony pełniące funkcję waluty na terenie klasztoru, którymi może płacić za pożywienie w restauracji przeznaczonej dla pacjentów. Uczestniczenie w programie oraz pobyt w Thamkrabok są darmowe. Pacjenci muszą jedynie pokryć koszty żywienia, które dla osób spoza Tajlandii wynoszą około 5 euro dziennie, oraz opłacić dodatkowe, opcjonalne zabiegi, takie jak masaż. W programie uczestniczyć może każdy, w przypadku ludzi z Zachodu pomocna jest, chociaż nie niezbędna, znajomość języka angielskiego, niemieckiego lub francuskiego.

## SZLACHETNE PRAWDY

Podstawą doktryny Buddy są Cztery Szlachetne Prawdy, które po raz pierwszy przedstawił w czasie swego słynnego kazania w Sarnath.

Pierwsza Szlachetna Prawda dotyczy dukkhi – cierpienia, bólu, braku satysfakcji. „Cierpieniem są narodziny, cierpieniem jest starość, cierpieniem jest choroba, cierpieniem jest śmierć, cierpieniem jest obcowanie z tym, kogo nie miłujemy, cierpieniem jest rozłąka z tym, kogo miłujemy, cierpieniem jest nieosiągnięcie życzeń...”. Słowo dukkha, tak jak w podanym przeze mnie cytacie z książki Mejora, zazwyczaj tłumaczone jest jako cierpienie. I takie, do niedawna powszechnie przyjmowane, tłumaczenie prowadzi do założenia, że u podstaw buddyzmu leży głęboki pesymizm. Jednak zakres pojęciowy słowa dukkha jest bardzo szeroki. Tak jak wypowiadając słowo „woda”, ktoś widzi ocean, ktoś inny kroplę spadającą z kranu, tak dukkha może oznaczać głębokie cierpienie lub niezadowolenie z powodu zbyt słodkiej herbaty. Pierwsza Szlachetna Prawda stwierdza: istnieje dukkha. W związku z tym istnieniem dukkhi, jesteśmy narażeni na brak TRWAŁEGO szczęścia. A to nie głęboki pesymizm, tylko głęboki realizm.

Kolejne Szlachetne Prawdy wskazują na przyczynę dukkhi, wyzwolenie od dukkhi i drogę prowadzącą do wyzwolenia od dukkhi. Dlatego określane są jako strategia diagnozy i terapii, której twórca, Budda, porównywany jest do lekarza rozpoznającego chorobę w Pierwszej Szlachetnej Prawdzie, przyczynę choroby w drugiej, prognozę wyleczenia w trzeciej i sposób zwalczania choroby w czwartej. „Lekarza” opisującego, jak osiągnąć szczęście W TYM życiu.

Druga Szlachetna Prawda wskazuje przyczynę dukkhi, za którą uznawane jest pożądanie, pragnienie określane jako tanhā. To pragnienie posiadania, bycia, kontaktu z kimś, uwolnienia się od czegoś itp. jest źródłem dukkhi. Te właśnie pragnienia w swym ostatecznym rezultacie rodzą brak satysfakcji, cierpienie. Poza pragnieniami typu tanhā, które prowadzą do negatywnych rezultatów, istnieją jednak również pragnienia wywołujące pozytywne skutki. Określane są one jako chanda. Przykładem właściwego pragnienia może być chęć osiągnięcia nibbāny. Chociaż także takie pragnienie może zniewalać człowieka i powiększać obszar cierpienia, jeśli na przykład zamiast prowadzić do uspokojenia umysłu wywoła obsesję. Pragnienie tanhā prowadzi do dukkhi.

Trzecia Szlachetna Prawda mówi, że do wyzwolenia od dukkhi dochodzi się poprzez zniszczenie pragnień. Zniesienie, rozpuszczenie tanhā jest celem buddysty. Ten ostateczny punkt praktyki buddyjskiej to nibbāna. W buddyzmie przyjmuje się, że nibbāna nie jest możliwa do opisanego. Leży poza pojęciem, poza językiem.

W jaki sposób jednak można pokonać pragnienia tanhā? Na to pytanie odpowiada czwarta z Szlachetnych Prawd, prawda o drodze prowadzącej do zniszczenia dukkhi. Zniesienie dukkhi umożliwia podążanie szlachetną ścieżką złożoną z ośmiu elementów. Składają się na nią: właściwe rozumienie, właściwe postanowienie, właściwa mowa, właściwy czyn, właściwy sposób życia, właściwe dążenie, właściwa uważność i właściwa koncentracja.

Elementy szlachetnej ośmiorakiej ścieżki tworzą trzy części:

- moralność (sīla) obejmująca właściwą mowę, właściwy czyn i właściwy sposób życia;
- koncentracja (samādhi) obejmująca właściwe dążenie, właściwą uważność, właściwą koncentrację;
- poznanie (paññā) obejmujące właściwe rozumienie, właściwe postanowienie.

Ujmując rzecz w olbrzymim skrócie: właściwa moralność jest podstawą do osiągnięcia głębokiej koncentracji, uważności i wglądów. Bez moralności, bez czystego serca i umysłu niemożliwa jest właściwa kontemplacja, ponieważ zawsze coś ją będzie zaburzać, osłabiać w związku z niepokojem, lękiem, wyrzutami wynikającymi z niewłaściwej moralności. I w końcu jako rezultat



dążenia, uważności i koncentracji pojawia się poznanie, mądrość, zrozumienie poprzez własne doświadczenie rzeczywistości prowadzące do nirwany (nibbāna).

Jakiegokolwiek uzależnienie od legalnych czy nielegalnych narkotyków jest przywiązaniem, którego źródłem są pragnienia. Rezultatem przywiązania warunkowanego przez pragnienia jest brak satysfakcji, cierpienie, dukkha. Budda wskazał drogę radzenia sobie z pragnieniami. Uzależnienie jest pragnieniem i przywiązaniem.

W Thamkrabok odtruwanie umysłów oparte jest na Czterech Szlachetnych Prawdach. Tutejsi mnisi mówią, że 95% sukcesu w walce z uzależnieniem jest rezultatem właśnie odtrucia umysłu. Nauka Buddy sprzed 25 wieków stała się w Thamkrabok podstawą do uwalniania ludzi od narkomanii i alkoholizmu.

## MNICH PHRA HANS JEST SZWAJCAREM

Cierpliwie, z wielkim spokojem wyjaśnia mi specyfikę programu w Thamkrabok. Podkreśla, że detoksykacja ciała to tylko element procesu leczenia. Większym wyzwaniem jest odtrucie umysłu, do czego służą sajjā, kahtā i medytacja. Dla Phra Hansa uzależnienie jest problemem drugoplanowym, substytutem problemu głównego. Narkotyki zagłuszają lęk, depresję, frustrację, brak poczucia sensu. Po odtruciu ciała, odstawieniu narkotyku wszystkie trudne myśli, uczucia i doznania mogą wrócić. I wtedy zamiast zastanawiać się nad ich przyczynami przez analizę indywidualnej historii życia należy wyjść w przyszłość, odpowiadać na pytania: „Kim jestem?”, „Kim chcę być?”, „Jak to osiągnąć?”, „Gdzie, jak i z kim chcę żyć?”.

Trzeba świadomie odrzucać wymówki typu: „Jestem narkomanem, bo miałem trudne dzieciństwo”, i wziąć pełną odpowiedzialność za siebie, swoje działania i wybory. Do tego dąży się w Thamkrabok. Do wzięcia odpowiedzialności. Phra Hans chce, aby ludzie podczas programu podjęli się wyzwania odkrywania siebie, samorealizacji. Aby przestali myśleć, że narkotyk jest ich podstawowym problemem, i zobaczyli to, co zagłuszają uzależnieniem.

## SAMSARA, KAMMA

Dla zrozumienia buddyzmu niezbędne jest poznanie dwóch podstawowych terminów filozofii i religii Indii w interpretacji buddystów. Terminy te, tworzące kontekst Czterech Szlachetnych Prawd, to samsāra i kamma.

Samsāra w wedyzmie i braminizmie oznacza transmigrację wiecznych dusz, ich wieczną wędrówkę z ciała do ciała. W buddyjskiej interpretacji samsāra jest wędrówką, jednak

## SZLACHETNA OŚMIORAKA ŚCIEŻKA

### Moralność – Sīla

1. Właściwa mowa
2. Właściwy czyn
3. Właściwy sposób życia

### Koncentracja – Samādhi

4. Właściwe dążenie
5. Właściwa uważność
6. Właściwa koncentracja

### Poznanie – Paññā

7. Właściwe rozumienie
8. Właściwe postanowienie

nie dusz, ponieważ ani wieczna dusza, ani wieczne „ja” nie istnieją. Nie ma żadnej „naczelnej, wiecznej i niezmiennej substancji osobowości”. W nowym wcieleniu byt nie jest ani tym samym, czym był w poprzednim wcieleniu, ani całkowicie czymś innym. Wszystko się zmienia, nie ma nic trwałego. Po śmierci następuje rozkład pięciu czynników, z których każdy z nas się składa. Tych pięć czynników (khandha) to: ciało fizyczne (rūpa), uczucia (vedanā), percepcje (sanna), formacje mentalne (myśli, opinie, cechy charakteru, dyspozycje, czyli sankhara) oraz świadomość (viññāna).

Istnieje pięć nietrwałych, ulegających rozkładowi czynników, brak natomiast wiecznej duszy czy też wiecznego „ja”. Co więc transmigruje z ciała do ciała? Zgodnie ze słowami Buddy: „istnieje odrodzenie się jako charakter, ale nie jako przechodzenie naszego Ja w inne ciało. Kształt naszej myśli pojawia się znów, ale osobowe Ja nie jest przerzucane w inną istotę. (...) Tylko niewiedza i ułuda ludzka bawi się myślą, że dusze to oddzielne i samobytne istoty”.

Przyszłe wcielenie danej istoty uzależnione jest od bilansu podejmowanych przez nią dobrych i złych uczynków, działań, terazniejsze natomiast od działań podejmowanych przez nią w przeszłości. Działania te to kamma. Palijskie słowo kamma, sanskryckie karma – oznacza właśnie działanie. W buddyzmie jednak termin ten ograniczony jest do czynów wolicjonalnych. Pamiętać także należy, że w buddyzmie „teoria karmy jest teorią przyczyn i skutków, akcji i reakcji, jest prawem naturalnym, która nie ma nic wspólnego z ideą sprawiedliwości czy też nagrody i kary”.

Osiągnięcie przez człowieka nibbāny jest równoznaczne z uwolnieniem się przez niego od przyszłych narodzin, jest przerwaniem samsāry.

Kamma to prawo przyczyny i skutku. To, czym jesteśmy dzisiaj, zależy od naszych przeszłych działań, to, czym będziemy jutro, warunkowane jest naszym działaniem w teraźniejszości. Kamma jest zaprzeczeniem przypadku. Wszystko w naszym byciu zależy od nas samych. Kamma to odpowiedzialność. Za moje czyny odpowiadam ja sam, to, jak żyję teraz, jest rezultatem mojej przeszłości.

W Thamkrabok leczy się ludzi z uzależnienia, a Phra Hans i inni mnisi zachęcają do wzięcia odpowiedzialności za własne życie, do zaprzestania zrzucania winy na ojca, matkę, trudne dzieciństwo, do wyjścia z przeszłości, bycia w teraźniejszości i ukierunkowania się na przyszłość. Ostatecznie, zgodnie z prawem karmy, za to, kim jesteśmy i kim będziemy, odpowiedzialni jesteśmy my sami. Budda nauczał, że każdy może osiągnąć szczyt, każdy może zostać oświeconym, wyjść z koła samsāry i osiągnąć nibbānę. Każdy więc może zwalczyć swoje uzależnienie. Jeśli w pełni weźmie odpowiedzialność za swoje czyny.

Buddyzm to głęboka wiara w potencjał każdego człowieka. Program Thamkrabok to praca nad odpowiedzialnością, przyszłością i wolnością szukających pomocy ludzi, niezależnie od ich płci, koloru skóry, religii, narodowości, światopoglądu, to próba realizacji podstawowych wartości buddyjskich.

## JAKA JEST SKUTECZNOŚĆ METODY STOSOWANEJ W THAMKRABOK

Gdy pytam o to mnichów, mówią, że duża, bardzo duża. Przez program przeszło ponad 100 000 osób, ponad 90% z nich zakończyło go. Większość nadal jest wolna od narkotyków. Gdy drążę temat, pytam o źródło danych, okazuje się, że nikt nie potrafi wskazać mi konkretnych badań, prac poświęconych skuteczności metody. Efektywność programu mnisi oceniają w oparciu o prywatne kontakty z ludźmi, którzy go ukończyli. Najczęściej pojawiającą się liczbą jest 60%. Po roku od zakończenia programu aż 60% narkomanów ma nadal pozostawać czystych.

Do lat 90. mnisi nie byli zainteresowani potwierdzeniem w sposób naukowy czegoś, co jest dla nich oczywiste. Każdego roku do klasztoru przyjeżdżają setki uzależnionych, odtruwają się w wymiarze fizycznym, psychicznym i duchowym przez blisko miesiąc, po czym wyjeżdżają bez nałogu. Przynajmniej w momencie zakończenia programu. Przynajmniej większość

z nich. W takim przekonaniu żyją mnisi. Utwierdzają się w nim dzięki kontaktom z tymi, którzy zakończyli program, z ich rodzinami i znajomymi. Wiedzą, że niektórzy wracają do nałogu, jednak znacząca większość według nich zaczyna życie wolne od nałogu. Gdy pytam o skuteczność, pokazują mi mnichów, byłych narkomanów. Są tu od lat i nie wrócili do nałogu. Po co więc robić jakieś badania? – mówią moi rozmówcy. Phra Hans utrzymuje kontakty z częścią z pacjentów, którzy ukończyli program. Według jego danych ponad połowa z nich nigdy nie wróciła do narkotyków.

Zastanawiam się, jak na buddyjskie leczenie narkomanii reagują niebuddyści z Zachodu? W jakim stopniu oddziaływanie na ich ciała i psychikę stosowane w Thamkrabok wpływają na uzależnienie? Przecież dla nich sajja, medytacja i nawet same zioła są czymś zupełnie innym niż dla miejscowych zanurzonych we własnej kulturze od dzieciństwa, wychowanych w szankunku do mnichów i przekonaniu o ich duchowej mocy.

Badania naukowe nad metodą z Thamkrabok już się rozpoczęły. Za parę lat być może dostanę odpowiedź na moje pytania. A mnisi nadal będą pomagać ludziom uwalniać się od narkotyków, dążyć do wolności, żyć w harmonii, spokoju i zdrowiu.

## NARKOTYKI SĄ PRZYWIĄZANIEM

Skoro każdy człowiek może osiągnąć tak daleki cel jak nibbāna, skoro potrafi zapanować nad swoim umysłem dzięki systematyczności i samodyscyplinie, może również zwalczyć swoje uzależnienie. To sposób myślenia, który stoi za działaniami mnichów podejmowanymi w Thamkrabok. Dążenie do nibbāny to walka z przywiązaniem, pragnieniem, uzależnieniem właśnie. Ignorancja, brak mądrości, wiedzy prowadzi do przywiązania, będącego źródłem cierpienia. Narkotyki są przywiązaniem, ścieżka Buddy to metoda prowadząca do wyzbycia się przywiązania – uzależnienia. Przywiązania – uzależnienia od czegokolwiek. Dla dobra własnego i każdej czującej istoty.

**Informacje praktyczne** —Thamkrabok Monastery, Moo 11, Tambon Koon-khone, Ampoe Phraputthabat Saraburi 18120, Thailand, Tel.: +66 36 266 292

**Tomasz Kryszczyński** – psycholog, trener, nauczyciel mindfulness w programach MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) i MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) certyfikowany przez The Institute for Mindfulness-Based Approaches z siedzibą w Bedburgu. Należy do pierwszej grupy certyfikowanych nauczycieli MBSR i MBCT. Autor wielu autorskich programów szkoleniowych. Praktyk z ponad dwudziestoletnim doświadczeniem pracy z grupami. Autor książki *Wgląd. Buddyzm, Tajlandia, Ludzie*.

### Od redakcji:

W artykule wykorzystano zdjęcia z archiwum autora.

POMÓŻ UCZNIOM ZROZUMIEĆ PRZEŻYWANE  
PRZEZ NICH EMOCJE



## Stałe rubryki:

PRACOWNIA PEDAGOGICZNA

PRACA Z UCZNIEM Z ASD

LEKCJA WYCHOWAWCZA  
Z POMYSŁEM

PRACA Z UCZNIEM ZE SPE

PRACOWNIA ROZWOJU  
ZAWODOWEGO





Nowość!

# terapia specjalna

dzieci dorosłych

Zupełnie nowe **spojrzenie na pracę terapeuty i pedagoga specjalnego!**

## W każdym wydaniu:

### Temat Numeru

W każdym numerze przedstawiamy konkretny rodzaj zaburzenia lub problem w terapii i pedagogice specjalnej. Punktem centralnym są zawsze profesjonalne aspekty pracy.

Ciekawe przypadki diagnostyczne przygotowane w oparciu o realny proces formułowania diagnozy i celów terapii. Pokazujemy przekrój przez znaczące dla danego zagadnienia sytuacje ze wskazaniem momentów kluczowych terapii.

### Diagnostyka

### Metody terapii

Zalecenia terapeutyczne, które cieszą się uznaniem ze względu na swoją efektywność. Pokazujemy różne sposoby pracy w praktycznym ujęciu. Kładziemy nacisk na różne formy komunikacji.

Rozbieramy na czynniki pierwsze najtrudniejsze problemy i dajemy wskazówki, jak radzić sobie z nimi w praktyce, prezentujemy przypadki omówione w oparciu o realne przykłady zaburzeń.

### Studium przypadku

### Zajęcia z pomysłem

Bank pomysłów z oryginalnymi, autorskimi scenariuszami do różnych zaburzeń rozwoju i zachowania wraz z gotowymi kartami pracy.

Współpraca z rodzicami oraz praktyczne wskazówki wspierające proces diagnostyczny i terapeutyczny prezentowane przez specjalistów z różnych dziedzin i z różnych instytucji, m.in.: psychologa, neurologa, logopedę, seksuologa, lekarza rodzinnego, genetyka klinicznego.

### Współpraca z...

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