

*Od wielu lat próbuję integrować w swojej pracy różne perspektywy teoretyczne, jednak z czasem coraz bliższe staowało mi się myślenie psychodynamiczne oraz teorii więzi. W swojej pracy uwzględniam również wiedzę współczesnej neuronauki*

**Bożena Maciek–Haściło**

## Regulacja złości w psychoterapii osób uzależnionych<sup>1</sup>

Pracuję przede wszystkim z pacjentami uzależnionymi i przede wszystkim z grupami. Prowadzę dwa rodzaje grup. Grupy stacjonarne, tak zwane półotwarte (Maciek–Haściło, 4/2015), w których pacjenci uczestniczą około dwóch lat. Drugi rodzaj grup to autorski projekt. To grupy pracujące psychodynamicznie, wyjazdowe, w których przez pięć dni pracujemy bardzo intensywnie, próbując zgłębić związek pomiędzy tworzącą się bliskością, więzią, emocjami i rozpoznawaniem funkcji zażywanych substancji bądź nałogowych czynności. Dlaczego zdecydowałam się pisać o złości? Moje wieloletnie doświadczenie w pracy z pacjentami uzależnionymi pokazuje, że pomoc w jej regulacji, poprzez podłączenie i pomieszczenie tego uczucia, jego wyrażanie, służy uzyskaniu zdolności do miłości. Ponadto dzięki kontaktowi ze złością można, między innymi oczywiście, próbować tworzyć dobrą relację z drugim człowiekiem.

Teraz, gdy piszę ten artykuł, widzę twarze wielu moich pacjentów, których doświadczenie i przeżycia z jednej strony, a przytoczone dalej w tekście teorie z drugiej, tworzą przestrzeń, w której można przyglądać się kolejny raz temu sposobowi pracy i być może uzupełniać go o nowe założenia. Moi pacjenci – w pewnym sensie – stoją za tym, o czym będę pisała. Spotkałam się z osobami o różnych osobowościach, z własną swoją odrębnością, losem, emocjonalną historią i aktualnym trudem w życiu. Sposobem na jego zniesienie stała się substancja czy nałogowa czynność. Częścią tego cierpienia, napięcia jest trudność w zniesieniu, pomieszczeniu i wyrażeniu złości czy wściekłości.

Patrząc historycznie, można powiedzieć, że myślenie analityczne opiera się na dwóch grupach teorii dotyczących uzależnienia.

Pierwsza jest ściśle związana z teorią popędów, gdzie zażywanie jest rozumiane zasadniczo, właśnie jako jego za-

spokojenie. Próbował już o tym mówić Zygmunta Freud, ale uporządkował i rozwinął te myśli Sandor Rado.

Druga grupa teorii związana jest z teoriami relacji z obiektem, więzi oraz współcześnie rozwijanymi teoriami wywodzącymi się z niej, w tym teorią mentalizacji, opartą również mocno na teoriach neurobiologicznych.

Opieram się na drugiej grupie teorii i w ich ramach spróbuję napisać kilka zdań na temat znaczenia złości w pracy z osobami, które mają problem z używaniem. Podstawowym założeniem mojej pracy jest uwzględnianie w niej całej osoby, z jej złożonością, uwarunkowaniami emocjonalnymi, historią i problemami, czyli w tym przypadku z uzależnieniem. Uważam, że wypreparowanie objawu i oddzielenie objawu od problematyki zdrowia psychicznego jest błędem. Używanie substancji jest bowiem symptomem wielu problemów emocjonalnych i psychicznych.

### TRAUMA I UZALEŻNIENIA

W myśl teorii psychodynamicznych, uzależnienie to wyraz wewnętrznego ukrytego lub nieświadomego konfliktu, powstałego wskutek wcześniejszych życiowych doświadczeń przede wszystkim w relacjach z opiekunami, we wczesnym okresie z życia. Można powiedzieć, że ludzie używają (substancji, czynności), by uzyskać pewien kompromis między potrzebą wyrażenia danego uczucia a potrzebą obrony przed tym uczuciem. Rodzi się na skutek potrzeby ochrony więzi, po to aby „przeżyć”. To bardzo istotne w sprawie bycia w kontakcie z własną złością i jej wyrażania. Wszystko to, o czym tu piszę, jest ściśle osadzone w relacji z drugim człowiekiem, a doprecyzowując, ściśle osadzone w więzi.

Większość uzależnionych pacjentów, a wszyscy z którymi pracuję, doświadczali traum rozwojowych. Używając języka Sandora Ferenchiego, „traum niedoboru lub nadmiaru”. Trauma niedoboru

to wszystkie opuszczenia i zaniedbania. Trauma nadmiaru natomiast to wszelkie nadużycia, przemoc, molestowania. Ludzie poszukują czegoś, by się zdławić, odciąć, zaleczyć prerażający emocjonalny ból mający swoje źródło właśnie w relacjach wczesnodziecięcych. Wolą umrzeć z przedawkowania niż żyć z tym emocjonalnym bólem, którego doświadczyli w dzieciństwie, a który towarzyszy im przez całe życie.

W tym momencie warto się odnieść do badań Negatywnych Doświadczeń z Dzieciństwa <<ACE>>. To badanie przeprowadzone przez Vincenta Felitti, który sprawdzał wpływ doświadczeń wczesnodziecięcych na zdrowie i funkcjonowanie ludzi w dorosłym życiu. Fragment dotyczący uzależnienia był tylko częścią tego badania. Ciekawa jest część dotycząca zależności pomiędzy trudnymi doświadczeniami z dzieciństwa a uzależnieniami. Wzięło w nim udział 17.421 osób i nie było metodologicznie skomplikowane; badanym zadawano dziesięć pytań, na które odpowiadali „tak” lub „nie”. Dotyczyły one różnych trudnych doświadczeń z dzieciństwa. Na przykład; czy dana osoba doświadczała przemocy, czy była molestowana, czy rodzice się rozwiedli, czy w rodzinie był ktoś z opiekunów w więzieniu itp.

Okazało się, że u osób, które w badaniu otrzymały wynik cztery lub powyżej, prawdopodobieństwo uzależnienia od alkoholu było siedmiokrotnie większe w porównaniu z osobami, które otrzymały w badaniu zero. Natomiast u osób, które otrzymały wynik sześć lub powyżej, prawdopodobieństwo uzależnienia od twardych narkotyków wzrosło 4600 razy w porównaniu do osób z wynikiem zero. Zatem można stwierdzić, że do rozwoju uzależnienia w dużej mierze przyczynia się utrata więzi, jak również jej zaburzenia. Właśnie w kontekście tych doświadczeń piszę o złości.

W Polsce, i nie tylko w Polsce, bardzo silnie jesteśmy przywiązani do my-

ślenia objawowego. Często fizyczne uzależnienie jest czymś, co jest dominujące w planowaniu pracy z pacjentem. Należy oczywiście wyróżnić fizyczne uzależnienie, pamiętając, że ma ono tylko charakter przejściowy. Nie należy mylić konsekwencji, komplikacji z powodu uzależnienia, z nim samym.

Zależność od substancji psychoaktywnej w myśl idei psychodynamicznych i teorii więzi to substytut zależności od drugiego człowieka. Dzieje się tak dlatego, że zależność od drugiego człowieka była od czasów dzieciństwa niesatysfakcjonująca i dla większości zagrażająca. Najprościej można powiedzieć, że ludzie wiążą się z substancją, bo relacja z substancją czy z czynnością jest bardziej bezpieczna niż z drugim człowiekiem. Doświadczenia w relacji z drugim człowiekiem – szczególnie z opiekunami – były

trudne, upokarzające, zagrażające. Zależność od substancji psychoaktywnych staje się w pewnym momencie zarówno konsekwencją, jak i rozwiązaniem uszkodzonej więzi i zdrowego przywiązania.

Chciałabym teraz zwrócić uwagę na powiązania pomiędzy więzią, neuroanalizą i uzależnieniem. Neuroanaliza postuluje, że zależność w przywiązaniu w relacjach ludzkich opiera się na bardzo podobnych neuronalnych mechanizmach co uzależnienie od substancji (van der Kolk). Wiedza z zakresu neurobiologii, epigenetyki, służyła do niedawna do zrozumienia podstaw uzależnienia i motywowała do poszukiwania biologicznych metod ich leczenia, np. prób tworzenia leków, które miałyby wspomagać układ nerwowy w przywracaniu zdrowych mechanizmów homeostatycznych bez potrzeby przyjmowania szkodliwej substan-

cji psychoaktywnej.

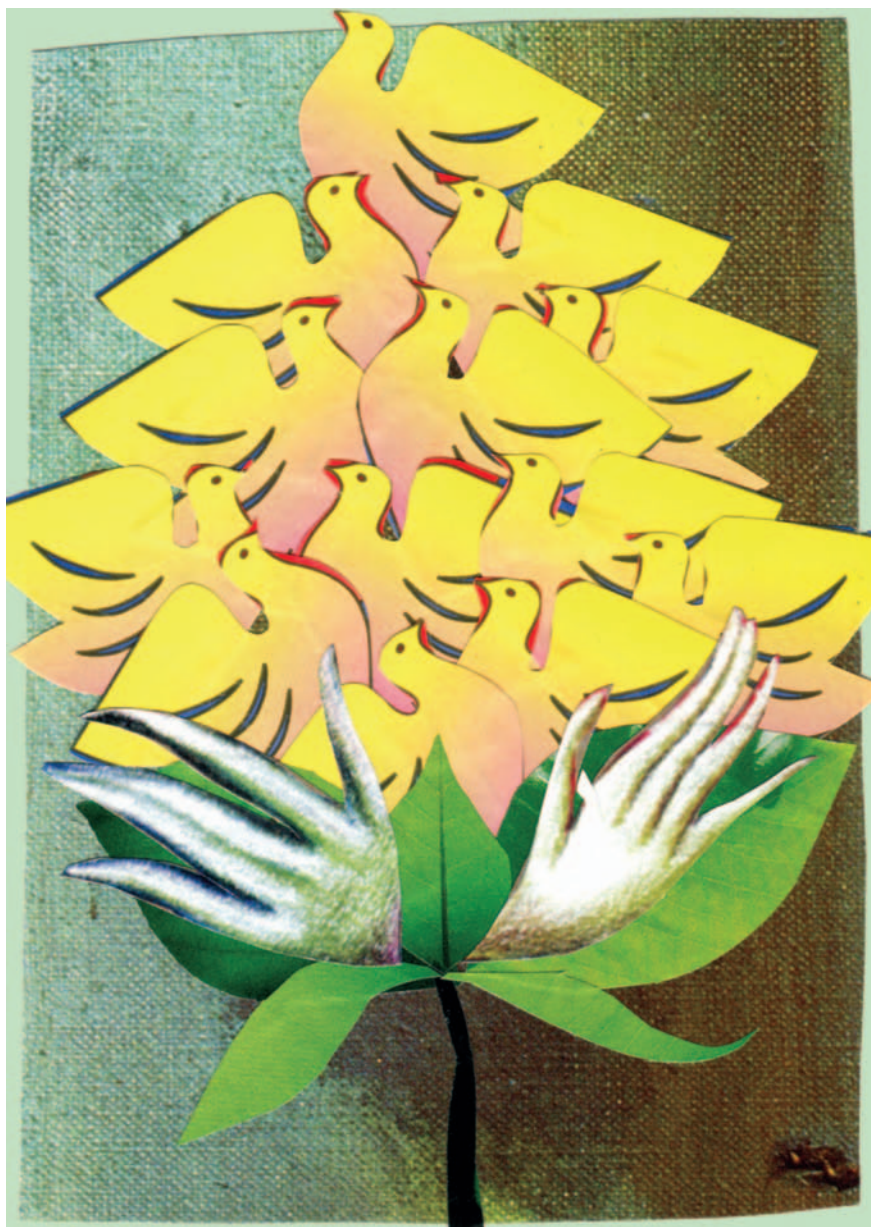
Jak na tę chwilę brak leku, który mógłby to „wyleczyć”. Dostępne są jedynie medykamenty wspomagające proces zdrowienia.

W badaniach nad skutecznością psychoterapii, które prowadzone były przy użyciu wysokospecjalistycznych urządzeń „podglądających” mózg (neuroobrazowanie), pojawia się co raz bardziej udowodniona teza, że psychoterapia wpływa na rozwój mózgu. Tworzenie dobrej relacji z pacjentem zmagającym się z uzależnieniem może pomóc w rozwiązaniu jego problemu, ponieważ taka praca dotyka bezpośrednio przyczyn, sięga do punktu, gdy „to” się zaczęło. Może bardzo pomóc w tym, aby rezygnować z substancji na rzecz kontaktu z drugim człowiekiem, przestać tak bardzo ufać i zawierzać substancji, a zacząć podejmować próby zbliżenia się do drugiego człowieka.

Allan Schore mówi, że w okresie tworzenia przywiązania buduje się ludzka zdolność do regulacji emocji. Czyli że to, w jakim stopniu umiemy regulować i obchodzić się z własnymi emocjami, ma swoje źródło w okresie tworzenia pierwotnej relacji. Odnosi się on do pierwszych dwóch lat życia i że na poziomie neuronalnym, na poziomie struktury i biochemii mózgu, tworzy się wtedy przywiązanie i zdolność do regulacji emocji. W związku z tym można powiedzieć, że stopień, w jakim ludzie mogą regulować swoje emocje, jest zdeterminowany długością i siłą wczesnych doświadczeń więzi.

Większość moich pacjentów ma aktualnie problemy w relacjach i zaburzone więzi. W dzieciństwie nie doświadczyli dobrego odzwierciedlenia. W związku z tym nie mają zdolności do regulacji emocji. Dobra regulacja emocji to taka, w której człowiek potrafi nazwać swoje uczucia, posiada umiejętność ich trzymanie w sobie, wewnętrzny wybór dotyczący decyzji ich niewyrażania lub wyrażania i – co jest niesamowicie istotne w sytuacjach kryzysu emocjonalnego – umie sięgnąć po pomoc.

Kiedy w pracy terapeutycznej koncentrujemy się tylko na tym, żeby zatrzymać objaw, czyli picie lub granie, a jednocześnie pomijamy, że podstawowym kłopotem pacjenta jest regulacja emocji, nie możemy być dostatecznie pomocni. Interwencja jest bowiem skierowana na zatrzymanie objawu, a nie pracę nad jego





przyczyną. Jeżeli więc nasze interwencje i sposób pomocy nie będzie też ukierunkowany na pracę terapeutyczną z regulacją emocji i na jej źródło, które, jak wiemy, tkwi w pierwszych latach życia, jeśli nie nastąpi tutaj zmiana, to trudno będzie mówić o trwałym efekcie.

Tu można również szukać przyczyn, dla których pacjenci wielokrotnie powtarzają programy terapeutyczne i piją nadal w sposób tak samo intensywny i szkodliwy. Celem pracy terapeutycznej powinna być pomoc w tym, żeby pacjent umiał regulować emocje, a dalej ażeby potrafił regulować emocje w relacji z drugą osobą. Trwałe rozwiązanie oznacza uzyskanie przez pacjenta emocjonalnego bezpieczeństwa w jego dorosłym życiu.

## SCHRONIENIE

Lance Dodes z Bostonu to jeden z twórców rozumienia uzależnienia jako sposobu na poradzenie sobie z poczuciem bezradności, poczuciem wewnętrznego uwięzienia i przeżywaną wściekłością. W podobny sposób myśli Lisa Director z Nowego Yorku – uważa, że osoby uzależnione zmieniły poczucie frustracji i niemożności uzyskania pomocy od innych „na schronienie” w substancji.

Pacjenci czasem mówią „tylko tu czuje się sobą”, „kiedy piję, czuję się sobą”, „tam jestem wolny”, „kiedy piję, to czuję się bezpieczny”, „w końcu odetchnąłem”. To substancja daje schronienie przed ciężarem napięcia emocjonalnego wynikającego z relacji wczesnodziecięcych, a odzwierciedlającego się w ich aktualnych relacjach z ludźmi. Uzależniające działania służą jakby przywróceniu poczucia siły, gdy osoba czuje się bezradna. Wszyscy wiemy, jak bardzo nie lubimy stanu bezradności, bezsilności i jak trudno go przetrwać.

Picie, gry hazardowe, jedzenie, nałogowe zachowania seksualne są też wyrazem wielkiego gniewu, jaki ludzie czują, kiedy stają się bezsilni. Jednocześnie ten akt picia, używania, pozwala im przywrócić poczucie kontroli. Bardzo często substancja lub używanie kojarzy się z brakiem kontroli, ludzie tracą kontrolę nad wypijaniem alkoholem czy zażywaniem substancją. I rzeczywiście tak jest, jednocześnie to stanowi tylko część prawdy, tej najbardziej widocznej, która wyraża się poprzez objawy np. właśnie utraty kontroli. Możemy zauważyć jednak niwidoczną prawdę, często nawet dla samego zainteresowanego, że zażywanie jest

przywróceniem kontroli. W przeżyciu pacjenta zażywanie substancji jest bardziej kontrolowalne niż jego stan emocjonalny, z którym nie potrafi sobie poradzić. Jest bardziej kontrolowalne i bardziej przewidywalne niż relacja z drugim człowiekiem.

Ludzie często czują się uwięzieni w jakimś problemie czy dylemacie i to powoduje poczucie bezradności i bezsilności. Używanie jest często jedyną czynnością dostępną dla pacjenta, żeby odwrócić, chociaż na moment, uwagę od terroru poczucia bezradności, której doświadcza. Pacjenci często mówią, że „jeżeli bym się nie napił, to albo zwariuje, albo kogoś zabije, albo siebie zabiję, bo inaczej nie jestem tego w stanie wytrzymać”. To oczywiście taka skrajność, jednak moi pacjenci, kiedy zaczynamy być ze sobą w akceptującej relacji, odsłaniają dramat tego doświadczenia i przeżycia.

## ILUZJA KONTROLI, RZECZYWISTE PRZEŻYCIE KONTROLI

Używanie zapewnia iluzję kontroli sytuacji, która wydaje się być poza kontrolą. Pacjent wie, że kontroluje swoje uczucia. Edward Khantzian stworzył koncepcję uzależnienia jako sposób na „samoleczenie”. Jego rozumienie pacjenta uzależnionego jest częścią matrycy również mojej pracy. Pacjent uzależniony to osoba, która przeżywa chaotycznie wiele uczuć, które tak w ilości, jak i w jakości są zbyt intensywne, nieprecyzyjne, bezimienne i mylące. To osoba, która doświadcza siebie jako jednostki bezwartościowej. Jednocześnie przeżywa ogromne pragnienie kontaktu z drugą osobą, pragnienie relacji z nią i to pragnienie – paradoksalnie – wypełnione jest silnym lękiem i poczuciem, że relacja z drugą osobą stanowi zagrożenie i zawarta jest w niej jakaś „niemożność”. Pacjent nie umie się sobą opiekować.

Ludzie uzależnieni od substancji, właśnie tak mówi Khantzian, jakby byli dla siebie samych niewykwalifikowanymi lekarzami, którzy próbują dopasować lub naprawić to, czego nie mają w sobie; zdolności do regulowania uczucia. Tak naprawdę uzależniona próba ratowania emocjonalnego JA i ucieczka, chociażby chwilowa, od dominującego w życiu ciągłego uczucia deprywacji, wstydu, nieadekwatności. Uzależnieni, mówi Khantzian, są predysponowani do pewnej substancji, ponieważ ona pasowała do ich

specyficznych deficytów w regulacji emocji. Większość osób uzależnionych eksperymentowała z różnymi substancjami czy też czynnościami, po to by ostatecznie zdecydować się na jedną. Pacjenci często wymiennie stosują dwie różne substancje.

Khantzian próbował skorelować substancję z problemem, szukał odpowiedzi na pytanie, czy ludzie z jakimś określonym emocjonalnym problemem sięgają po konkretne substancje. Osoby, które zażywają opiaty, mają kłopot z tym, żeby sobie poradzić ze złością i ta emocja w wyniku jej zażywania jest usmierzana. Inaczej jest w przypadku kokainy. Wyzwała wściekłość i złość, pozwalając sobie poradzić raczej z pustką, stanem depresyjnym i smutkiem.

## ZŁOŚĆ

Paul Ekman zalicza złość do podstawowych emocji. Pojawia się głównie jako reakcja na doznawaną krzywdę, w sytuacji frustracji potrzeb, nadużyć. W sytuacji traumy, doświadczenia różnych wczesnodziecięcych zranień ze strony najbliższych opiekunów, dziecko doświadcza wielu uczuć i jednym z fundamentalnych najgłębszych stanów jest bezradność i wstyd. W pierwszym odruchu pojawia się wycofanie: dziecko się kuli, wycofuje z relacji, ale następnie pojawia się w nim wściekłość i złość. Kłopot w tym, że dziecko nie może wyrazić tej złości i wściekłości wobec opiekuna, od którego jest zależne, bo utraciłoby opiekuńczą część tej osoby. Co więc dzieje się z tą złością? Przecież nie znika. Dziecko uczy się ją tłumić w sobie, wypierać, nie wyrażać. Substancja w życiu dorosłym czy wczesnomłodzieńczym, kiedy ktoś zaczyna jej używać, pomaga znieść tę wściekłość, która mogła być wyrażona.

Pacjenci, z którymi pracuję, niezależnie od tego, że pozornie wydaje się, jakby nie mieli kontaktu ze złością, wycofani, czy też prezentujący kliniczne objawy obsesyjno-kompulsywne, czy też tacy, którzy są agresywni w sposób bardzo widoczny (biją swoje żony, dzieci) – w większości przypadków w bardzo klinicznie podobny sposób nie są połączeni ze swoją złością.

Kiedyś „ucieczka” od tej emocji miała funkcję ochrony relacji z obiektem, z osobą z wczesnego dzieciństwa, od której dziecko totalnie i całkowicie zależało. W obecnym, dorosłym życiu, to „odwrócenie” od złości, niewyrażanie jej i nieprzeżywanie, w tym również poprzez

„schronienie” w substancji, stanowi realną blokadę przed dobrym, bliskim kontaktem. Większość pacjentów, również tych, którzy są tak nadmiernie agresywni, mają tę złość skierowaną również do siebie. I to, w czym ja im pomagam, to przekierowanie złości z siebie do innych. Podstawowym celem tej pracy jest zmiana kierunku przeżywanej złości.

### KIERUNKI

Zaprezentowałam to, co się dzieje ze złością we wczesnym okresie życia. Każdy z nas rodzi się z jakimiś tendencjami agresywnymi. Jeżeli dziecko dostaje dobre oparcie, dobrą opiekę, dobre odzwierciedlenie, to te wczesne tendencje agresywne, czyli na przykład gryzienie, kopanie, szarpanie wygasa, ponieważ dziecko czuje się bezpiecznie. Przekształca się to w sytuacjach zagrożenia w naturalną, zdrową złość. Natomiast w momencie, w którym dziecko doświadcza traumy,

a w jej konsekwencji doznaje wstydu, bezradności, rodzi się wspomniana przeze mnie wściekłość.

Złość może być w zasadzie skierowana jedynie w dwóch kierunkach: do innych lub do siebie. Wyrażaniu jej do innych w niekontrolowany sposób może towarzyszyć świadomość, że krzywdzi to innych. W tej grupie mamy też do czynienia z pacjentami (grupa pacjentów psychopatycznych, czy skrajnie i narcystyczna wściekłość), którzy nie widzą tego, że ich wściekłość lub agresja czynią coś złego. W tej sytuacji pacjent mówi „no przecież tylko tak można doprowadzić ją (żonę) do porządku” albo „sam byłem tłuczony i tylko tak można wychować na porządnego człowieka”. Druga grupa to pacjenci, którzy kierują złość i wściekłość do siebie. Moje doświadczenie pokazuje, że niezależnie, czy pacjenci wyrażają ją na zewnątrz, czy też jej nie widać, to większość z nich w jakiś sposób kieruje ją do siebie.

Między innymi w sytuacji oceny używania substancji.

Główną podporą dla panowania nad naszą agresją jest zdolność do empatii, zdolność do tego, żeby rozumieć drugą osobę i wiedzieć, że nasze zachowanie ją krzywdzi. Uogólniając, skrzywdzenie kogoś bliskiego budzi uczucia, które sprawiają, że jest możliwe współodczuwanie tego bólu. Pacjent może nauczyć się tego w grupie. W trakcie pracy pacjenci widzą, że różne ich zachowania, po pierwsze nazywamy złością, (czyli pacjent uświadamia sobie, że to, co przeżywa, jest złością i wściekłością), po drugie może zobaczyć, doświadczyć, czasem sobie najpierw wyobrazić, a potem uzyskać informacje, co to czyni drugiej osobie.

Teorie relacji z obiektem bardzo koncentrują się na relacji z matką i oczywiście to relacja podstawowa, zwłaszcza w pierwszym okresie życia, ale chciałabym też podkreślić, że relacja z ojcem





może być drugą najważniejszą relacją, jaką nawiązuje dziecko w życiu. Tworzenie niezależnego stylu przywiązania z figurą ojca może być również bazą do dobrych relacji w życiu. Piszę o tym dlatego, że relacja z ojcem może mieć bardzo duże znaczenie w rozwoju mechanizmu regulacji emocji, a przede wszystkim złości. Niestety, większość moich pacjentów została opuszczona lub nadużyta przez swoich ojców.

Osoba uzależniona to ktoś, kto zaprzeczył relacjom, czyli ktoś, kto uważa, że ludzie nie mogą przynieść nic dobrego, która „schroniła się w substancji” i razi sobie sama. To również osoba, która zdysocjowała część swoich stanów i doświadczeń, emocji, ponieważ czuje się wobec nich bezradna. Nikt nigdy nie pomógł jej w regulacji tych emocji. Osoba uzależniona wiąże się z substancją czy z czynnością i w jej stronę kieruje swoje potrzeby. Kiedy analizuję historie życia pacjentów, okazuje się często, że to właśnie substancja jest w nim najbardziej „stałym obiektem”, obiektem najbliższym, do którego mają najwięcej zaufania i do którego kierują się we wszystkich swoich trudnych sytuacjach i problemach.

## WSTYD I WINA

Wokół złości pojawia się zwykle kilka innych uczuć. Podstawowe to poczucie winy i wstydu. Na poziomie neuronalnym, jak postuluje Allan Schore, wstyd to jedna z konsekwencji traumy relacyjnej. Oznacza odcięcie się od relacji, bo wstyd z niej wycofuje. Kiedy siedzę w grupie z pacjentami (od ośmiu do dwunastu osób), to widać, jak bardzo ci ludzie zmagają się z tym, żeby być tutaj w relacji, jak bardzo to jest dla nich trudne. Oto jeden z przykładów.

Pacjenci przyjeżdżają na nią czasem między innymi dlatego, że nie chcą być traktowani jako alkoholicy, nałogowcy, nie chcą pracować tylko wokół swojego objawu. Potem okazuje się, że kiedy siadamy razem na początku, to zaczynają opowiadać o swoim pić, o swoim zażywaniu, chociaż ja ich o to zupełnie nie pytam. Sprawdzam, o co chodzi, dlaczego tak od razu o tym rozmawiają. Oni „biorą pod rękę” swojego przyjaciela, jakim jest substancja, oczywiście wirtualnie czy wyobrazeniowo, żeby łatwiej im być w tej trudnej, lękowej sytuacji, jakim jest spotkanie w tym momencie z innymi ludźmi. Aby trochę „na sucho” skorzystać z tego, z czego najczęściej korzystają w życiu, kiedy się boją, kiedy przeżywają

trudne do zidentyfikowania emocje. To bardzo poruszające patrzeć, jak bardzo się podpierają substancją w tej silnie lękowej sytuacji.

W kolejne dni okazuje się, że wiele godzin rozmawiamy o ich historii, o życiu, o emocjach i przez wiele godzin substancja się nie pojawia, a potem kiedy znowu pojawia się coś bardzo trudnego, to często ktoś znów po nią „sięga”.

Doświadczenie wstydu, które jest podstawowym, fundamentalnym uczuciem w sytuacji traumy, mówi Patrycja de Young, która jest specjalistką od wstydu, mówi, że to doświadczenie uczucia dezintegracji JA w relacji z rozregulującym innym. Dziecko zaczyna czuć, że się rozpada, że nie jest w stanie się regulować, ponieważ z drugiej strony nie ma kogoś, kto by mu pomógł. To jedno z zadań pracy z pacjentem w grupie. Powolna, w warunkach zapewnionego bezpieczeństwa, pomoc w tym, żeby pacjent uczył się regulować swoje emocje poprzez korzystanie ze wsparcia innych. Antoni Kępiński pisze, że wstyd to przewlekła decyzja o oddaleniu – kiedy doświadczamy wstydu, nie zbliżamy się, lecz oddalamy.

Chciałabym zobrazować tę bardzo istotną – z mojego punktu widzenia – zależność. Zaburzona więź prowadzi do traumy rozwojowej, która generuje wstyd, a w konsekwencji pojawia się kłopot z kontrolą impulsów, wysoki poziom agresji i autoagresji. Można powiedzieć, że natychmiast pojawia się złość z przeżycia upokorzenia. Wściekłość z tego powodu jest częścią doświadczenia tego wstydu. Badacze zajmujący się wstydem zwracają uwagę, iż gniew może być tak szybko aktywowany przez wstyd, że osoba przeżywająca gniew nie będzie w stanie nawet zauważyć, że się wstydziła, bo natychmiast jest wściekła. June Tangney mówi o tak zwanym pominiętym wstydzie i w związku z tym pracujemy nad tym, żeby ludzie czuli się w porządku, żeby czuli się przyjęci. To jest najlepszym lekarstwem na wstyd. Nie pracujemy ze wstydem jako takim; sam fakt bycia, akceptacji, przyjęcia jest pracą nad wstydem. Przeżywanie wstydu pociąga za sobą zwiększoną skłonność do przeżywania gniewu, w przeciwieństwie do poczu-

cia winy, ponieważ we wstydzie następuje zerwanie więzi.

Wiele znanych mi programów terapeutycznych pracuje bardzo silnie z poczuciem winy. Cały przekrój tych doświadczeń z pracą nad destrukcją to jest najpierw wzbudzenie poczucia winy, pomoc w tym, żeby pacjent zobaczył to, co źle zrobił. Poczucie winy rozwija się tak mniej więcej neuronalnie między trzecim a szóstym rokiem życia i jest wytworem późniejszych struktur mózgu. Pacjentowi jest się łatwo kontaktować z poczuciem winy. Ale jeżeli pacjent doświadczył traum we wcześniejszym okresie, kiedy wcześniejsze struktury mózgu się tworzyły, czyli kiedy tworzyła się struktura regulacji emocji, a one się tworzą w okresie pierwszych dwóch lat, wtedy praca na poczuciu winy w ogóle nie ma sensu. Dlatego w tym też upatruję wielu niepowodzeń terapii, interwencje nie są kierowane na to, co jest istotne. Pracować z poczuciem winy można wtedy, kiedy pacjent czuje się przyjęty i akceptowany, kiedy nie doświadcza wstydu.

## KIERUNKI

W mojej pracy terapeutycznej z grupami korzystam z TRÓJKĄTA WGLĄDU Manningera, a teraz częściej znanego jako TRÓJKĄTA WGLĄDU Malana.



Pracujemy w przestrzeni aktualnych relacji w grupie, próbując to łączyć z relacjami z ważnymi osobami w życiu pacjenta, i jednocześnie z podstawowymi osobami z historii życia pacjenta. Na przykład pacjent mówi: „pokłóciłem się z żoną dzisiaj i miałem ochotę wyjść i trzasnąć drzwiami, a kiedyś, kiedy piłem, poszedłbym się napić”. Sprawdzamy i próbujemy łączyć jego przeżycie z tym, jak to jest tutaj w grupie. W tej sytuacji mogłabym zapytać pacjenta, czy zdarzyło się, że tutaj w grupie on miał ochotę z niej wyjść. Próbuję też przypomnieć jego doświadczenie np., „wiesz, wydaje mi się, Jacek, że to było tak samo jak kiedyś, kiedy twoja matka tak

bardzo i tak często się na ciebie obrażała, kiedy ty na przykład próbowałeś ją o coś prosić”. Próbowujemy stworzyć taki całościowy kontekst dynamiki jego przeżycia.

Uważam, że najlepszą formą pracy z pacjentami używającymi, uzależnionymi jest grupowa praca, choć oczywiście indywidualna ma swoją niepodważalną wartość. Wartością pracy grupowej jest przede wszystkim to, że w grupie w dużo większym stopniu odtwarza się ilość wczesnych doświadczeń i kłopotów z regulacją emocji, a to otwiera drogę do doświadczeń korekcyjnych. Również dlatego, że jest tam większy stopień wzajemności niż w indywidualnej relacji z terapeutą. Jak pracujemy z samą emocją czy z samą złością, to można powiedzieć, że praca z pacjentem odbywa się na obrzeżach tego pobudzenia, czyli jeżeli mamy do czynienia z pacjentem, którego afekt, złość, czy wściekłość jest bardzo rozregulowana, to próbujemy mu w tym pomagać. Natomiast w sytuacji, w której pacjent jest bardzo wycofany, to próbujemy mu pomoc, bardzo udrozić kanał związany z wyrażaniem danego uczucia.

Jeżeli pacjent przestaje całkowicie albo przynajmniej częściowo czuć taką presję emocjonalną, a emocje stają się dla niego bardziej jasne, zrozumiałe, łatwiejsze w kontroli, łatwiejsze w regulacji, to wtedy presja do zażywania się zmniejsza. Dzieje się tak, ponieważ zmniejszyło się emocjonalne napięcie. Emocja musi być „podłączona” do osoby, do jakiegoś członka grupy, do mnie jako do terapeuty.

Czasem pacjenci wychodzą z perspektywy „tu i teraz” i mówią o złości do osób spoza grupy, czyli historycznie do matek, ojców czy innych osób z przeszłości bądź do osób, z którymi żyją. Najżywsze jest to wtedy, kiedy pacjent przeżywa emocje „tu i teraz”. Próbowujemy do niego dotrzeć poprzez podłączenie go do wszystkich komponentów tej emocji, czyli żeby umiał nazwać tę emocję, określić, co się dzieje w jego ciele, czyli pokazać mu jego pobudzenie fizjologiczne i zwrócić uwagę na komponent behawioralny, czyli sprawdzić, co ma ochotę zrobić. Badamy, czy ma ochotę krzyczeć, bić lub zrobić coś innego.

Zdolność pacjenta do empatii i rozumienia drugiej osoby, co po raz kolejny podkreślam, jest jednym z predyktorów, jednym z powodów, dla których ludzie przestają być agresywni. Bardzo często, kiedy kończę pracę w grupie, pacjenci mówią, że po raz pierwszy zrozumieli, jak to działa u innych albo jak to inni

przeżywają. To rozpoznanie wymaga bycia w konkretnym stanie emocjonalnym.

Zachęcam więc nie do rozmawiania, ale do przeżywania uczuć „tu i teraz”, odkrywania innych towarzyszących złości emocji (lęk, wstyd, smutek), uzyskiwania poczucia przyjęcia i pomieszczenia, czyli tego, czego pacjent jako dziecko nie doświadczył. Pacjent najczęściej był niewidziany bądź krytykowany na skutek swojego przeżywania emocji, w tym złości. W grupie pacjent nieustannie może doświadczać, że jest akceptowany, pomimo różnych swoich uczuć czy razem ze swoimi uczuciami. Uczy się znosić w grupie różne swoje emocje i buduje tak zwaną odporność emocjonalną (A. Schore).

Jeden z pacjentów opowiadał o swojej relacji z ojcem, który go strasznie bił i był wobec niego bardzo agresywny, łącznie z tym, że butami uderzał jego twarz, jak on leżał na podłodze jako dziecko. Opowiadał i chodził po pomieszczeniu z krzesłem, cały się trząsł. Pomagaliśmy mu jakoś z tym być, bo w każdych innych okolicznościach, jak o tym mówił, poszedłby pić. Tutaj doświadczył, że może być z tym uczuciem i może być wściekły. I nie musi rozładować tego za pomocą substancji.

Resilience, czyli odporność emocjonalna, buduje się w pacjencie również w taki sposób, że w grupie nigdy nie doświadczą oni nieustanego przyjęcia. W grupie dzieje się bowiem dużo rzeczy jednocześnie. Terapeuta czy inni uczestnicy grupy nie są w stanie jednocześnie reagować na wszystkich. W związku z tym pacjent też doznaje często frustracji, odtworzenia różnych traum, ale jest szansa na korektę i zmianę. To uczy, z tygodnia na tydzień, że można wytrzymać, czując się odrzuconym, a potem być jednak blisko innych.

## EFEKTY

Nie możemy zmienić żadnej historii. Ten brak zaufania, kłopot w regulacji emocji, w jakiejś części pozostanie na zawsze. Można jednak wypracować pewien poziom zaufania do drugiego człowieka i to się właśnie dzieje w trakcie tych grup.

Trafiają do nich pacjenci często bogaci, z różnymi osiągnięciami zawodowymi, artystycznymi. Jednak kiedy zaczynamy rozmawiać, to maski tych wszystkich super samochodów, twórców firm i medialnych sukcesów zaczynają opadać. Widać, jak bardzo wszyscy są samotni. Samotność jest podstawowym i widocznym doświadczeniem pacjentów. W tej grupie

się uczą, że w jakimś emocjonalnym kryzysie można sięgnąć po pomoc i że to nie oznacza słabości. Do tej pory przeżywanie uczuć oznaczało słabość, a słabość oznaczała zależność od drugiej osoby, która była raniąca i w jakiś sposób niszcząca. Ta zmiana jest możliwa, bo proces odbywa się w atmosferze podstawowej, jednoznacznej, fundamentalnej akceptacji pacjenta z tym wszystkim, co wnosi.

<sup>1</sup> Artykuł ten powstał na bazie wystąpienia na międzynarodowej konferencji w kwietniu bieżącego roku organizowanej przez NTPP w Warszawie.

## Bibliografia

1. Bessel van der Kolk, *Strach ucieleśniony. Wydawnictwo Czarna owca*. 2018
2. Brecklihaus M., *Psychodynamiczny model leczenia uzależnień w Niemczech*. „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” nr 3/2009
3. Coughlin Della Selva, P. *Intensywna Krótkoterminowa Psychoterapia Psychodynamiczna*. Gdańsk: Harmonia Universalis. 2013
4. Cierpialkowska L., Ziarko M., *Psychologia uzależnień – alkoholizm*. Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne. 2010
5. Pod red. Cierpialkowska L., *Oblicza współczesnych uzależnień*. Wydawnictwo Naukowe UAM
6. Enright J.V., *Pomaganie bez oporu*, [w:] Santorski J. *Rezonans i Dialog*. (Antologia) Cz. VIII. ABC psychologicznej pomocy, Warszawa: J. Santorski & Co. 1993
7. Frederickson J., *Współtworzenie zmiany. Skuteczne techniki terapii dynamicznej*. Gdańsk: Harmonia Universalis. 2014
8. Gabbard G. O., *Długoterminowa Psychoterapia Psychodynamiczna*. Wprowadzenie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. 2011
9. Gabbard G. O., *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Krakowskiego. 2009
10. Garland C., *Czym jest trauma*. Warszawa. Oficyna Ingenium. 2009
11. McWilliams N., *Diagnoza Psychoanalityczna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne. 2008
12. McWilliams N., *Diagnoza Psychoanalityczna*. GWP. 2009
13. Mollon, P., *Wstyd i zazdrość ukryty zamęt*. Warszawa. Oficyna Ingenium. 2015
14. *Psychoanalytic conception of trauma in Ferenczi and the question of temporality*. JM J Psychoanal. 2008 Mar; 68 (1): 43–9.
15. *Uzależnienie od narkotyków podręcznik dla terapeutów*. Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii. 2010
16. Wachtel L. P., *Terapia relacyjna w praktyce psychoterapii*. Harmonia Universalis. 2013
17. Wyrzykowska E., *Uzależnienie od alkoholu jako wynik deficytu w zakresie relacji przywiązania*. „Alkoholizm i narkomania” 2012



**Bożena Maciek-Haścilo**

– psycholog, supervisor psychoterapii PTP, supervisor psychoterapii uzależnienia, członek zespołu Laboratorium Psychoedukacji w Warszawie, kierownik Przychodni Leczenia Uzależnienia i Współuzależnienia w Śremie, uczy warsztatu w STU BROK.