

Dominika Dudek, Bartosz Grabski, Marcin Siwek

**TRENING POZYTYWNYCH DOZNAŃ — NOWA PROPOZYCJA TERAPEUTYCZNA W KOMPLEKSOWYM LECZENIU DEPRESJI — CZĘŚĆ II (DOŚWIADCZENIA WŁASNE).**

**POSITIVE EXPERIENCE TRAINING — THE NEW THERAPEUTIC PROPOSAL IN THE COMPLEX DEPRESSION TREATMENT — PART II**

Oddział Leczenia Depresji Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Zięba

*Trening Pozytywnych Doznań jest koncepcją terapeutyczną, której podstawowym założeniem jest rozwój umiejętności odbioru przyjemnych doznań zmysłowych, istotnych w terapii i prewencji zaburzeń psychicznych. Artykuł w szczególności opisuje przebieg spotkań poświęconych poszczególnym zmysłom z uwzględnieniem rodzaju używanych „rekwizytów” stanowiących źródło przyjemnych bodźców, sposobu ich prezentacji, aktywności i zachowania się terapeutów. Przedstawiono także obserwacje i wnioski dotyczące przebiegu terapii oraz jej oddziaływania na zachowanie i stan psychiczny pacjentów. Praca omawia również korzystny wpływ, jaki Trening Pozytywnych Doznań wywiera na prowadzących zajęcia terapeutów poprzez wzmacnianie zachowań, uwzględniających istotną rolę pozytywnych doznań i przyjemności w codziennym życiu.*

**depression**  
**positive experience training**  
**group therapy**  
**Genustraining**

**Summary:** Positive Experiences Training is the therapeutic concept, in which the basic principle is the development of all abilities to perceive pleasant sensual experiences, which are important in therapy and prevention of psychiatric disorders. It is a fixed element of the complex treatment of depression in the Depression Treatment Ward of Psychiatry Department of Collegium Medicum Jagiellonian University in Kraków. In- and out-patients participate in the therapeutic meetings. The meetings take place once a week and last 45-90 minutes. The therapeutic cycle consists of 10 meetings. Two meetings are devoted to each sense. The senses are discussed in specific order- smell, touch, taste, eyesight, and hearing- taking into account their accessibility for the depressive patients. The article gives a detailed description of the therapeutic meetings devoted to each sense with the inclusion of stimuli being used as the source of pleasant experiences, the way of presenting them and the activities and behaviour of therapists. The observations and conclusions concerning the course of therapy and its influence on behaviours and psychiatric status of patients were presented. The article also presents the positive influence that the Positive Experience Training exerts on therapists by strengthening behaviours, which take into account the positive role of pleasant experiences and pleasure in everyday life.

Motto: *Nie uczty i pochody świąteczne, rozkosze miłości i rozkosze podniebienia przy zastawnych stołach czynią życie słodszy, lecz trzeźwy rozum, który [...] odrzuca błędne mniemania, najwięcej niepokoju sprawiające duszy.*

(Epikur w: W. Tatarkiewicz, Historia filozofii. Tom 1, Filozofia starożytna i średniowieczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2003, s. 140)

Trening Pozytywnych Doznań stanowi stały element kompleksowego leczenia depresji w Oddziale Leczenia Depresji Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum UJ. Spotkania odbywają się regularnie, raz w tygodniu, trwają od 45 do 90 min, w zależności od potrzeb grupy. Zajęcia przeprowadzane są w pokoju do terapii grupowej. Uczestnikami są pacjenci naszego oddziału, zarówno leczeni w trybie stacjonarnym, jak i dziennym, głównie z powodu chorób afektywnych. Wykluczeni z grupy, tak jak i z innych zajęć, są pacjenci silnie pobudzeni, w dużym lęku lub z bardzo silnym zahamowaniem psychoruchowym. Zajęcia prowadzi trójka terapeutów (dwóch lekarzy, jeden psycholog). Grupa TPD ze względu na jej osadzenie w programie terapeutycznym oddziału jest grupą otwartą, liczącą średnio 10—15 osób. W zależności od tematyki spotkań, pacjenci siedzą w kręgu, podobnie jak w trakcie psychoterapii grupowej, lub na materacach.

Cykl TPD stanowi ok. 10 spotkań, poświęconych po kolei wszystkim zmysłom. Kolejno omawiane są: węch, dotyk, smak, wzrok i słuch. Każdemu ze zmysłów poświęca się zwykle 2 spotkania; dodatkowo organizowane jest spotkanie, na którym wykorzystuje się zdobyte umiejętności w rozkoszowaniu się przedmiotami z uwzględnieniem wszystkich aspektów zmysłowych. Po zakończeniu cyklu omawiamy z pacjentami ich doświadczenia z uczestnictwa w grupach TPD, nowe umiejętności, ulubione zapachy, obrazy etc., zmiany, jakie zaszły w ich życiu w aspekcie doznawania przyjemności, korzystania z nich, oraz obchodzenia się z ulubionymi doznaniem i przedmiotami. Po raz kolejny nawiązuje się do wspomnianych „reguł hedonistycznych” dodatkowo pytając pacjentów o własne doświadczenia i zachęcając do ich wymiany („jak odbierać przyjemne doznania, co wydaje się ważne, jak organizować dzień” etc.?).

W trakcie omawiania zasad odbioru przyjemnych doznań i rozkoszowania się, jak i przed każdym spotkaniem, wykorzystujemy sporządzone na kartce papieru A4 i zalaminowane krótkie wprowadzenie do tematu. Jest to zwięzłe zapoznanie z metodą zawierającą podstawową myśl TPD o ważnej roli, jaką odgrywa uwzględnianie przyjemności i rozkoszowania się w rozkładzie dnia w dbaniu o higienę psychiczną, oraz wyszczególnienie i omówienie reguł TPD („reguł hedonistycznych”).

### **Przebieg spotkań**

#### **Zmysł powonienia**

Jako materiał „pobudzający” wykorzystujemy: olejki zapachowe, zioła, przyprawy, owoce, kwiaty, różne gatunki kawy i herbaty, tytonie, kosmetyki i perfumy. Dbamy z jednej strony o bogactwo „oferty” zapachowej, z drugiej staramy się o unikanie przesytu; ważne, by umożliwić pacjentom „poeksperymentowanie” i znalezienie najbardziej podobającego się i indywidualnego zapachu, przy równoczesnym zachowaniu limitów czasowych i uniknięciu chaosu związanego z „zalaniem” przez bodźce i przedmioty. Z reguły wykorzystujemy ok. 15—20 różnych zapachów. W celu uzmysłowienia pacjentom

istotności „poszukiwań i eksperymentowania” oraz rozróżniania niuansów, co *de facto* stanowi o istocie rozkoszowania się, staramy się, by niektóre zapachy dostępne były w różnej „postaci”, np. zachęcamy pacjentów do zdecydowania, który z niuansów zapachu cytrynowego sprawia im największą przyjemność, czy ten pochodzący ze świeżej cytryny, czy ten z olejku cytrynowego lub soku, a może zawarty w kosmetykach.

Po krótkim wprowadzeniu, instruujemy pacjentów, by przestrzegając reguł TPD zapoznali się z każdym z zapachów, zwracając przy tym uwagę na wyłaniające się uczucia, myśli i wspomnienia. W mniej licznych grupach może być użyta za każdym razem jedna próbka zapachowa podawana sobie przez pacjentów z ręki do ręki. W większych grupach, powyżej 8—10 osób, można użyć 2—3 zapachów równocześnie. W postępowaniu tym z jednej strony chodzi o umożliwienie uczestnikom grupy wchodzenia we wzajemne interakcje już na wczesnym etapie spotkania (wymiana doświadczeń, wrażeń, wspomnień, spostrzeżeń etc.), z drugiej o uniknięcie beczynności w oczekiwaniu na próbkę zapachu.

Już w trakcie pierwszych „zajęć” znaczna część pacjentów — zaskakująco nawet ci dotychczas wycofani, zahamowani — zaczyna być aktywna; wachają próbki, pojawia się dyskretny uśmiech na ich twarzach, zagadują siedzącego obok współuczestnika. Po poznaniu wszystkich dostępnych próbek prosimy pacjentów, by każdy wybrał jeden jedyny zapach, a mianowicie ten, który sprawił mu największą przyjemność, obudził najmiłsze uczucia i wspomnienia. Następnie każdy z pacjentów omawia ten zapach, opowiada o swoich doznaniach, o swoich doświadczeniach z nim związanych, często dzieli się swoim sposobem na miłe spędzanie czasu, na sprawianie sobie przyjemności, na chandrę. Np. pod wpływem zaproponowanego zapachu kawy, mogą nastąpić opowieści o jej ulubionym gatunku, o sposobie jej przyrządzania i podawania, o miejscu, w którym najchętniej się ją pije, o przyjaciółkach i znajomych, lub — nawiązanie do konkretnych wspomnień. Dla wielu jest to chwila „odbarczenia” od problematyki depresyjnej, chwila, gdy znów czują się zdrowi i potrafią korzystać z pozytywnych aspektów swojej przeszłości i swoich doświadczeń. Znaczące wydaje się czasami poczucie, że ich doświadczenia mogą być pomocne dla innych, że sami mogą zaproponować innym członkom grupy, także terapeutę, coś wartościowego i miłego. Niezależnie od tego, służą innym pacjentom jako bezpośredni model zachowania, czasami łatwiejszy do przyjęcia, niż model terapeuty ze względu na wspólnotę doświadczeń chorobowych. Z naszych doświadczeń wynika, że najczęściej pacjenci nawiązują do wspomnień z domu rodzinnego, z okresu dzieciństwa; przywołana zostaje pamięć zapachów, uroczystości, wakacji, znaczących osób. Czasami wyłaniają się przyjemne wspomnienia nawiązujące do okresu narzeczeństwa czy początków małżeństwa, jak spacerować lasem w atmosferze zapachu drzew czy rozcieranej w dłoniach mięty. Bywa też tak, że przyjemne doświadczenia znajdują się „niedaleko”, np. we wspomnieniach z ostatnich wakacji czy w codziennym życiu w udanym związku, czy grupie dobrych przyjaciół.

Pojawiające się, choć zaskakująco rzadko, niemiłe doznania czy wspomnienia nie zostają przez nas zignorowane czy zbagatelizowane, raczej zaakceptowane jako takie i szerzej w trakcie trwania grupy nie omawiane. Okazują się jednak niekiedy przydatne w pracy indywidualnej. Pożądane wzorce zachowania, np. rytuał picia kawy, kupowania kwiatów czy inne czynności robione dla przyjemności są wzmocnione poprzez podkreślenie ich znaczenia dla dobrego samopoczucia i higieny psychicznej. Także wyłaniające się wspomnienia służą jako pretekst do powrotu do takich form zachowań, które w przeszłości

okazały się skuteczne w dostarczaniu przyjemności.

Początkowo terapeuci pełnią rolę aktywną, instruując i informując; wraz z czasem trwania spotkania inicjatywę przejmują pacjenci, podają sobie materiały, wymieniają doświadczenia etc. Wówczas główna nasza rola sprowadza się do umożliwienia każdemu z pacjentów zabrania głosu i do interwencji wzmacniających pożądane zachowanie.

Ze względów czasowych i liczebności naszej grupy terapeuci z reguły nie wymieniają się swoimi wrażeniami, choć w tej sprawie zachowujemy daleko idącą elastyczność i dość luźna w późniejszym okresie struktura spotkania powoduje, że takie dzielenie się swoimi doznaniem następuje niejako *per se* lub pacjenci sami po prostu pytają nas o nasze wrażenia. Pozytywnym tego aspektem jest możliwość pełnienia dodatkowej funkcji modelowej.

Na zakończenie spotkania proponujemy pacjentom „zadanie domowe” — każdy ma znaleźć w swoim otoczeniu, lub ew. odwołać się do swoich doświadczeń, taki zapach, który w chwili ekspozycji na niego sprawił mu największą przyjemność. Na następne spotkanie pacjenci przynoszą „swoje” zapachy, prezentują je grupie i omawiają. Pacjentów, którzy z różnych względów nie mogą lub nie są w stanie przynieść na spotkanie takiego zapachu, zachęca się do odwołania się do swoich wspomnień lub pamięci, ew. znalezienia miłego zapachu w najbliższym otoczeniu klinicznym (kosmetyk, kwiat etc.).

### Zmysł dotyku

W celu przeprowadzenia ćwiczeń dotykowych używamy wielu bardzo różnych przedmiotów, zapewniających pełną gamę doznań. Są to m.in. różnego rodzaju kamienie o zróżnicowanej powierzchni, muszle, materiały i tkaniny o różnej fakturze, gąbki, wata, pędzelki, kora drzew, piasek itp.

Przebieg ćwiczeń jest analogiczny do tych poświęconych węchowi. Zachęcamy pacjentów zarówno do poznania wszystkiego, jak i do wyboru takiego przedmiotu, który w dotyku dostarczył najwięcej przyjemności, wzbudził najmiłsze wspomnienia i uczucia. Dodatkowo zachęcamy do określenia, jaki sposób trzymania przedmiotu daje najmiłsze odczucia lub dotykanie którego miejsca ciała, np. za pomocą pędzelka, jest najprzyjemniejsze. Na zakończenie spotkania następuje prezentacja swoich wyborów i dzielenie się swoimi emocjami, wspomnieniami, doświadczeniami związanymi z przyjemnym dotykiem.

Jedno spotkanie urządzić można używając kilku, przyjemnych w dotyku, zróżnicowanych materiałów, np. pluszu, flaneli, satyny, jedwabiu, futerka, polaru etc., polecając pacjentom pracę w parach, co prowokuje ich do współpracy i wspólnego odbioru wrażeń. Na zakończenie jednak prosimy ich o całkiem indywidualny wybór.

Podczas pierwszego spotkania, tak samo z resztą jak w trakcie wszystkich następnych, nawiązujemy do reguł TPD, wzmacniamy pożądane wzorce zachowań, zachęcamy do udziału w zajęciach i do wprowadzania zdobywanych doświadczeń w życie.

Na zakończenie obowiązuje zadanie domowe, polegające na znalezieniu i zaprezentowaniu takiego przedmiotu, który w dotyku sprawił największą przyjemność, przy czym może być to przedmiot z najbliższego otoczenia.

Na następnym spotkaniu omawiamy zadanie domowe, które z reguły wypełnia cały czas na nie przeznaczony. To spotkanie, podobnie jak każde następne często stanowi też pretekst do nawiązania do wrażeń dostarczanych przez wcześniej omawiane zmysły.

Lutz i Koppenhöfer proponują, by ćwiczenia poświęcone dotykowi przeprowadzać

pod kątem dwóch głównych aspektów. Pierwszy z nich to odbieranie i różnicowanie struktury i powierzchni przedmiotów: (np. szorstki-gładki, miękki-twardy, lekki-ciężki). Wszystkie te właściwości przedmiotów powinny zostać sprecyzowane i nazwane. Drugi aspekt dotyczy określenia, jaki sposób obchodzenia się z danym rekwizytem sprawia największą przyjemność. W związku z tym powinno zostać dokładnie ustalone, jak doznania dotykowe zmieniają się przy różnym sposobie trzymania danego przedmiotu (np. orzech laskowy wywołuje różne, specyficzne wrażenia, kiedy się go obraca opuszkami palców albo kładzie na otwartej dłoni lub porusza między powierzchniami dłoni; pomarańcza lub brzoskwinia mogą być najmiłsze w dotyku, gdy spoczywają na otwartej dłoni, winogrono pomiędzy kciukiem a palcem wskazującym, a ziarno ryżu uchwycone opuszkami palców etc.). Podkreślają, że „obchodzenie się” z dotykiem (podobnie jak w przypadku ćwiczenia pozostałych zmysłów) powinno następować z uwzględnieniem 7 reguł Małej Szkoły Rozkoszowania się [1].

Podczas zajęć każdy powinien dokładnie wymacać najbardziej odpowiadający przedmiot dłońmi. Wskazane jest dobieranie pacjentów do pary, żeby mogli opowiadać sobie o tym, co odbierają. Konieczne jest zachowanie spokoju oraz percypowanie przedmiotu z zamkniętymi oczami. Pacjent powinien skoncentrować się na każdym drobnym odczuciu powierzchni i kształtu oraz zwrócić uwagę, jak długo chce mieć dany przedmiot w rękach, by go w pełni poczuć.

Po wypróbowaniu wszystkich propozycji, pacjenci powinni wybrać przedmiot, który im najbardziej odpowiada. Pojawiające się obrazy powinno się „dopuszczać do głosu”. Pacjenci powinni pójść w ślady odczuć, które powstały za pośrednictwem obrazu.

### Zmysł smaku

Zajęcia poświęcone temu zmysłowi przeprowadzamy na dwóch oddzielnych spotkaniach.

Na pierwszym prezentujemy pacjentom zróżnicowaną ofertę smakową; używamy smaków ciekawych, budzących specyficzne konotacje, ale także tych obecnych dokoła. Mogą to być: owoce, cukierki, „żelki”, soki owocowe, ciasto, desery, kremy, paluszki, herbatniki, marchew etc. Staramy się zapewnić różnorodne doznania (słodkie, kwaśne, gorzkie, słone, ostre, miękkie, plastyczne, elastyczne, chrupiące, kruche, twarde itp.). Zachęcamy pacjentów do degustacji i wyboru takiego „dania”, które pod względem zarówno smaku, jak i konsystencji sprawia największą przyjemność.

Niekiedy jedno ze spotkań, zgodnie z propozycją Lutza i Koppenhöfer, przeznaczone jest na odbiór konsystencji, kiedy tylko ten aspekt brany jest pod uwagę. Celem jest wytworzenie umiejętności odczuwania różnej struktury i konsystencji pożywienia. Wiedza na ten temat jest w naszej kulturze mało rozwinięta; z reguły jesteśmy przyzwyczajeni do świadomego rejestrowania takich cech pożywienia, jak: temperatura, kompozycja smakowa [1].

Podczas zajęć zachęca się pacjentów do smakowania próbek pokarmu i rejestrowania zmian ich konsystencji i smaku w trakcie trzymania w ustach, przeżuwania oraz połykania. Instruuje się, by określili, jaki rodzaj pokarmu, o jakiej konsystencji i temperaturze, na jakim etapie spożywania sprawił im największą przyjemność. Zachęca się ich także, żeby już przed rozpoczęciem jedzenia uchwycili wzrokowo różną konsystencję potraw i następnie całkiem świadomie odczuli ją w ustach.

Drugie spotkanie proponuje się poświęcić odbiorowi smaku. Dodatkowo, by wspomóc gotowość do zróżnicowanego, nastawionego na smak odbioru wrażeń, wyjaśnia się pacjentom rozmieszczenie różnych receptorów smakowych na języku (na końcu języka odbiór słodkiego, na bokach kwaśne, u nasady gorzkie, na całej powierzchni słone) [1]. Z reguły jednak w ramach drugiego spotkania organizujemy wspólne przyrządzanie posiłku. Zadaniem domowym pacjentów jest wymyślenie prostej potrawy, którą można przyrządzić w kuchni oddziałowej (np. sałatka owocowa, racuchy, naleśniki z różnorodnym nadzieniem itp.). Pacjenci dokonują zakupu odpowiednich produktów, decydują o podziale ról podczas pracy, do czego zachęceni są przez terapeutów. Na zakończenie siadamy przy stole konsumując efekt wspólnej pracy i dyskutując przede wszystkim o jego walorach smakowych, nie zapominając o walorach zapachowych i wizualnych oraz ich wzajemnym współgraniu. Bardzo często przy tej okazji dochodzi spontanicznie do rozmów na temat ulubionych potraw i smaków, w zupełnym oderwaniu od tematyki depresyjnej.

### Zmysł wzroku

Poświęcamy mu z reguły dwa spotkania. Na pierwszym koncentrujemy się na poszukiwaniu ulubionych barw i ich kompozycji, na drugim kontemplujemy bardziej złożone obrazy. Do pracy z barwami używamy kolorowych kredek, kolorowych kartek papieru, kwiatów. Użycie kwiatów otwiera wiele dodatkowych możliwości, takich jak równoczesne delektowanie się zapachem, kształtem, wspólne lub indywidualne komponowanie bukietów. Wykorzystujemy kwiaty cięte (róże, frezje, żonkile) i doniczkowe (fiołki, krokusy); w sezonie wykorzystać można kwiaty polne. Zachęcamy pacjentów do prób i wyboru najbardziej podobającego się koloru, a w odniesieniu do kwiatów prosimy także o zwrócenie uwagi na kształt i zapach. Na koniec pacjenci tworzą kompozycje kwiatowe; powstałe w ten sposób bukiety zabierają ze sobą do swoich sal. W trakcie tego spotkania dochodzi zarówno do uruchomienia wspomnień i skojarzeń, jak i do nawiązywania do ulubionych barw czy kwiatów. Często wymieniane są informacje na temat różnorodności kolorystyki, co w odniesieniu do kwiatów bywa ciekawe (np. nie wszyscy wiedzą, że tulipany mogą być czarne lub granatowe). Pacjenci zauważają też różne ciekawe detale kolorystyczne, czasami bardzo subtelne (np. małe, punkcikowate, żółte wnętrza przebiśniegu). Te informacje mogą stać się inspiracją do własnych poszukiwań. Po pierwszym spotkaniu można zadać zadanie domowe.

Lutz i Koppenhöfer proponują, by polecić pacjentom stworzenie kompozycji kolorów i przedmiotów, która sprawia im przyjemność estetyczną — może to być: zestawienie kolorowych kredek lub kartek, kosz pełen liści [1].

Na następnym spotkaniu omawia się zadanie wg wcześniejszych reguł.

Na kolejnym spotkaniu wykorzystujemy różne obrazy: reprodukcje malarskie prac (Juana Miro, Paula Klee, Pieta Mondriana, Wassilego Kandinskiego etc.), kartki z kalendarza — z pejzażami, widokami ogrodów, a także zdjęcia potraw. Pacjenci „kontemplują” każdy z obrazów. Następnie terapeuta prezentuje obrazy pytając, kto z pacjentów wybrał dany obraz i jakie on wzbudza emocje; analogicznie jak w wypadku innych zmysłów. Szczególnie ciekawa wydaje się praca ze zdjęciami potraw lub dań — nawiązuje prawie do wszystkich zmysłów, staje się pretekstem do rozmów o jedzeniu, często też „zaostrza” apetyt, co w wypadku pacjentów depresyjnych może mieć dodatkowe korzystne działanie. TPD

na naszym oddziale odbywa się w porze przedobiadowej, więc praca ze zdjęciami potraw jest niezłym i rozsądnym zakończeniem spotkania. Tu też obowiązuje zadanie domowe. Polecamy, by pacjenci przynieśli na następne zajęcia ulubione widokówki, reprodukcje obrazów, zdjęcia. Twórcy metody zachęcają także do fotografowania i wykorzystywania prac wykonanych na zajęciach z psychorysunku.

### Zmysł słuchu

W pracy ze słuchem wykorzystujemy fragmenty znanych utworów muzycznych, ale także nagrania dźwięków przyrody, częste w muzyce relaksacyjnej, np. odgłosy lasu o różnej porze dnia, śpiew ptaków, szum strumienia, rzeki, morza etc. Zachęcamy do wyboru najprzyjemniejszego z dźwięków. Reszta spotkania przebiega analogicznie jak wcześniej.

W zamiarze mamy pracę z instrumentarium muzycznym, co dałoby możliwość uzyskania nowych dźwięków, eksperymentowania i delektowania się nimi. W literaturze przedmiotu spotkać można także inne propozycje. Można użyć przyjemnych lub neutralnych dźwięków dnia codziennego (pukanie, dmuchanie, szeleszczenie, drapanie). Ważne, by terapeuta demonstrował dźwięki znane każdemu pacjentowi. Innym ciekawym pomysłem jest zorganizowanie „symfonii nadzwyczajnych dźwięków” (np. odgłosy włączania i wyłączania światła, upadania kamienia, odkręcania kranu, klaskanie dłońmi, brzęczenie kluczami etc.) – dźwięki te można zarejestrować na magnetofonie i wspólnie odsłuchać. Podkreśla się rolę doboru odpowiedniej intensywności dźwięków. Umiarkowane natężenie danego dźwięku może być przyjemne, podczas gdy jego crescendo może być wyjątkowo uciążliwe. Rolą terapeuty jest pomoc w doborze takiej intensywności, która jest przyjemna. Tu także wskazane jest zaproponowanie zadania domowego, polegającego na wyszukaniu dźwięków, które sprawiają przyjemność [1].

### Obserwacje i wnioski

TPD spotyka się w przeważającej większości z ciepłym przyjęciem przez naszych pacjentów. Do kazuistycznych wyjątków należą chorzy odbierający je jako „infantylnie”, „niepoważne”. Rzadko też, w przeciwieństwie do innych zajęć, zdarza się, że pacjent przerywa swój udział z powodu nasilenia się niepokoju czy natrętnych depresyjnych myśli. Nawet pacjenci cierpiący na akatyżję pozostają z reguły do końca zajęć. Warto podkreślić, że pacjenci z reguły bardzo chętnie wypełniają zadane na zajęciach z TPD „zadania domowe”.

Zgodnie z obserwacjami poczynionymi przez innych terapeutów, pacjenci stają się zaskakująco aktywni; dotyczy to nawet tych, których nie udało się dotychczas pobudzić do aktywności w żaden inny sposób, a więc głęboko depresyjnych i izolujących się. Poza tym pacjenci często sami zauważają u siebie zmiany w zachowaniu oraz w emocjach i chętnie informują o nich swoich lekarzy oraz terapeutów. Zaskakujące bywa, że nawet u pacjentów głęboko depresyjnych mających silnie obniżony nastrój i napęd psychoruchowy, pojawia się dyskretny uśmiech, gdy kontemplują oni np. swój ulubiony zapach. Bardzo często po zakończeniu zajęć pacjenci sprawiają wrażenie pogodniejszych oraz odprężonych, spontanicznie kontynuują rozmowy dotyczące przyjemnych doznań i związanych z nimi

doświadczeń. Prowadzi to do wydłużenia wspólnie spędzanego czasu i wyraźnego ożywienia społeczności pacjentów.

Pojedyncze doświadczenia z pacjentami z innym obrazem psychopatologicznym są również zachęcające. I tak, osoby chorujące na zaburzenia schizoafektywne, z dużą tendencją do izolowania się i wycofania, biorą aktywny udział w zajęciach i z reguły udaje się ich nakłonić do dzielenia się doświadczeniami z innymi. Z kolei pewną rolę moderującą, stawiającą granicę i pozwalającą rozeznaczyć się w „morzu” bodźców, może odgrywać TPD w odniesieniu do pacjentów maniakalnych, którym z reguły „podooba się wszystko” i „wszystko sprawia największą przyjemność”, w związku z czym mają znaczny problem zarówno z jednym najprzyjemniejszym bodźcem, jak i z ograniczeniem wypowiedzi na temat uczuć, skojarzeń i wspomnień wywołanych przygotowanym materiałem.

Zdaniem Reinera Lutz Trening Pozytywnych Doznań wywiera niezamierzony, pozytywny wpływ na prowadzących zajęcia terapeutów. Nasze doświadczenia wydają się to potwierdzać. Zaobserwowaliśmy u siebie większą otwartość na przyjemne doznania oraz zwiększoną gotowość do dostrzegania ich źródeł w otoczeniu, wzrastającą umiejętność poświęcania większej ilości czasu drobnym przyjemnościom. Zaczęliśmy przypisywać większą wagę do niuansów i szczegółów. Pojawiły się również pytania o miejsce i rolę oraz udział przyjemności w naszym życiu. Dojrzeliliśmy możliwość wprowadzenia drobnych, potencjalnie korzystnych zmian we własnym funkcjonowaniu w aspekcie sprawiania sobie przyjemności.

Trening Pozytywnych Doznań — znana i doceniona w Niemczech metoda terapeutyczna — wydaje się nową, ciekawą, wartą szerszego poznania, zbadania oraz spopularyzowania propozycją. Może ona stanowić istotny element nowoczesnego kompleksowego leczenia depresji.

### **Piśmiennictwo**

1. Koppenhöfer E, Lutz R. Therapieprogramm zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns bei depressiven