

Tomasz Sękowski

KOREKTA DYSFUNKCJONALNYCH SCHEMATÓW ZACHOWANIA (KDSZ) JAKO NARZĘDZIE PRACY PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ Z NIEWIDOMYMI PACJENTAMI

CORRECTION OF DYSFUNCTIONAL BEHAVIOR SCHEMES AS A METHOD OF WORK WITH BLIND PEOPLE

Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS
Zakład Psychologii Rozwojowej i Psychoprophylaktyki
Kierownik zakładu: prof. dr hab. Zbigniew Gaś

**disabled persons
psychological rehabilitation
of blind people**

W artykule przedstawiony jest sposób wykorzystania metody korekty dysfunkcyjnych schematów zachowania (KDSZ) do rehabilitacji i psychoterapii osób niewidomych. Autor zwraca uwagę na to, że niewidomy pacjent w procesie psychoterapii musi odbudować naruszoną strukturę obrazu własnej osoby. Podane przykłady pracy z pacjentami są ilustracją zmiany ich dotychczasowych nastawień i niefunkcyjnych schematów zachowań.

Summary

The author presents his own psychotherapy method which he called Correction of Dysfunctional Behaviour Schemes. Although most experiences with the method have been obtained in his psychotherapeutic practice with blind people and especially patients who lost vision and could not cope with problems they encountered, the method turned out to be efficacious in work with other patients, mainly those affected with neurotic disorders.

The use of the presented method of mental rehabilitation allows for a change in the dysfunctional attitudes and schemes. The patient becomes able to respond more adequately and flexibly to the situations experienced.

The method, owing to the therapist's suggestion, aims at directing the patient's functioning in such a way as to reduce dispensable tension and to enable a satisfying coping with different situations and efficient carrying out of life goals. Further studies on the efficiency of the method are in progress.

Wstęp

Osoby niepełnosprawne, ich rodziny, nauczyciele, a także specjaliści od rehabilitacji zawodowej z wielką nadzieją spoglądają w kierunku środowisk naukowych z dziedziny psychoterapii, że te, opierając się na rzetelnych badaniach i głębokiej wiedzy teoretycznej, pomogą im jak najskuteczniej mierzyć się z trudnościami i problemami napotykanymi w procesie rehabilitacji.

W artykule zostanie przedstawiona metoda, która okazuje się bardzo pomocna w rehabilitacji psychicznej osób niewidomych. Metoda ta, którą opracowuję i doskonalę od kilku lat, jest również skuteczna w pracy z innymi pacjentami, szczególnie z zaburzeniami nerwicowymi. Dalsze badania nad skutecznością KDSZ planowane są w najbliższym czasie.

Artykuł ten jest poszerzeniem i rozwinięciem referatu wygłoszonego na Konferencji Pedagogiki Specjalnej w Lublinie we wrześniu 2004 roku. Wprowadzone uzupełnienia i poprawki, a nade wszystko nowy rozdział poświęcony współczesnym badaniom nad emocjami, będącymi ważną inspiracją przy konstruowaniu metody KDSZ, czynią prezentowany artykuł nową pracą.

Psychologiczne konsekwencje braku wzroku jako specyficznej sytuacji trudnej

Brak wzroku to dla osoby niewidomej, a zwłaszcza ociemniałej, konieczność radzenia sobie z trudnościami, których widzący nie doświadczają, a często nawet nie zdają sobie z nich sprawy. Konsekwencje te obejmują w gruncie rzeczy wszystkie dziedziny życia osoby niewidomej: poznawanie świata i radzenie sobie w najróżniejszych sytuacjach życiowych, uczenie się, działalność praktyczną, w tym zawodową, kontakty społeczne, życie rodzinne i funkcjonowanie osobiste. Zofia Sękowska zwraca również uwagę na ekspresję emocjonalną i funkcjonalną oraz na komunikowanie się [1, s. 95].

Należy uwzględnić różnice pomiędzy niewidzącymi od urodzenia a tymi, którzy utracili wzrok w momencie, gdy ich osobowość była już ukształtowana. Ci pierwsi, nie mając doświadczeń w poznawaniu świata za pomocą zmysłu wzroku, w wielu aspektach mogą go sobie tylko wyobrażać dzięki kompensacji poznawczej i powstałym na jej bazie wyobrażeniom surogatowym. Od początku swojego życia rozwijają się w specyficznych warunkach, które najogólniej można by scharakteryzować jako zmuszające ich do o wiele częstszego, w porównaniu z pełnosprawnymi rówieśnikami, mierzenia się z sytuacjami trudnymi. Także postawa rodziców bądź opiekunów, inna niż „postawa akceptacji człowieka i jego kalectwa” w klasyfikacji Sommers, mogła od najwcześniejszego dzieciństwa stwarzać im trudności i problemy w rozwoju. Niestety, nierzadko niewidome dzieci z różnych powodów, m.in. niedojrzałości rodziców lub nerwicy sytuacyjnej, narażone są na negatywne z punktu widzenia wychowawczego postawy rodziców takie, jak: nieprzyjmowanie do wiadomości skutków ich kalectwa, nadmierna opiekuńczość, odrzucenie, maskowane nadmierną troską i niepokojem, jawne odrzucenie.

W przypadku osób ociemniałych później utrata wzroku jest przyczyną dezorganizacji ukształtowanej już osobowości, zmusza do zasadniczych zmian w sposobie życia, a u tych, które jeszcze nie przeszły rehabilitacji jest źródłem silnych napięć i zaburzeń depresyjnych. Długotrwały stres będący rezultatem inwalidztwa wpływa na wszystkie elementy osobowości. Aby mogła być zachowana homeostaza wewnętrzna i w relacji „ja–świat”, niewidomy pacjent w procesie psychoterapii musi odbudować naruszoną strukturę obrazu własnej osoby. Ten element struktury osobowości odgrywa ogromną rolę w regulacji stosunków „człowiek–otoczenie”, w ocenie własnych możliwości podmiotu, w ogóle w poziomie samooceny.

Carl Rogers [2] twierdzi, że dojrzałe funkcjonowanie jest możliwe jedynie wtedy, gdy istnieje zgodność obrazu własnej osoby z tym, co człowiek aktualnie przeżywa. Człowiek,

u którego ważne miejsce w obrazie własnej osoby zajmuje przeświadczenie, że jest odważny, a widząc bite dziecko ucieka, bo boi się oprawcy, przeżywa wewnętrzny konflikt. Jeżeli potrzeba podmiotu zachowania dotychczasowego obrazu samego siebie bez zmian będzie silniejsza niż możliwość i gotowość podmiotu do zaakceptowania faktu, że przeżywane emocje i zachowanie nie potwierdzają jego przeświadczenia o tym, jaki on jest, dochodzi do ostrego konfliktu wewnętrznego. Może on być rozwiązany tylko poprzez włączenie mechanizmów obronnych. Mamy w takim przypadku do czynienia z zablokowaniem się tendencji rozwojowych w człowieku, co wyraża się brakiem otwartości na przeżycia, brakiem elastyczności i odpowiedzialności za działania.

Człowiek, który utracił wzrok, jest narażony na bardzo wiele podobnych doświadczeń. Silna potrzeba zachowania pozytywnego obrazu własnej osoby będzie mogła być przez niego zrealizowana jedynie wtedy, gdy:

- 1) przyjmie on do wiadomości i świadomie zaakceptuje fakty i konsekwencje wynikające z inwalidztwa;
- 2) potrafi zaakceptować nowy obraz samego siebie, znaleźć w nim właściwości zasługujące na szacunek i uznanie, a nawet mogące być przedmiotem dumy.

Przytoczona niżej wypowiedź mężczyzny, który musiał poradzić sobie ze wszystkimi konsekwencjami utraty wzroku, ukazuje rolę, jaką może odegrać należycie poprowadzona rehabilitacja psychiczna.

Młody człowiek — Krzysztof, który stracił wzrok w ostatniej klasie technikum, przez cały okres nauki cieszył się opinią bardzo solidnego ucznia, posiadającego wiadomości w zakresie nie tylko wymaganego programu, ale zdobywającego wiedzę ze specjalistycznych książek na poziomie uniwersyteckim. W szkole znany był również z tego, że bardzo dużo czytał, nie tylko klasyków, ale również współczesnych pisarzy. Inteligentny i zrównoważony młodzieniec był sam przekonany, że jest szczególnie zdolny i posiada szerszą wiedzę niż jego koledzy. Po utracie wzroku Krzysztof zupełnie nie wierzył, że będzie w stanie, jak koleżanki i koledzy, uczestniczyć w życiu klasy i kontynuować naukę. Nie chciał wychodzić z domu i spotykać znajomych. Nie krępowali go jedynie członkowie rodziny. Po pewnym czasie postanowił jednak nie poddać się i spróbować ukończyć szkołę oraz zdać maturę. Kiedy już odważył się wyjść ze swojej kryjówki, niektóre problemy okazały się „nie takie straszne”, ale pojawiały się nowe, z którymi trudno było sobie poradzić.

Technicznie udało się wszystko rozwiązać, ale teraz, po wielu latach, kiedy Krzysztof wspomina ten okres swojego życia, mówi o problemie, który go przerastał: „Nie byłem w stanie pogodzić się z faktem, a nawet w ogóle przyjąć do wiadomości, że ja ledwie nadążam z opanowaniem wymaganego materiału, a inni, dotychczas o wiele słabsi, uczniowie przygotowując się do matury docierają często do materiału, którego ja nie znajduję w podręcznikach. Tak bardzo chciałem, żeby było tak jak dawniej. Czułem do nich i do siebie złość, dokonywałem najostrzejszej samokrytyki, że nie robię wystarczająco dużo, aby nie zostawać z tyłu za tymi, od których niedawno byłem lepszy. Nieraz po prostu płakałem, kiedy zdawałem sobie sprawę, że nie jestem w stanie przeczytać żadnego czasopisma, a cóż dopiero mówić o książkach, atlasach czy encyklopediach [...] Nie było wtedy jeszcze takich możliwości jak teraz: komputery, książki na dyskietkach czy skanery. To przecież nie załatwiłoby wszystkiego, ale na pewno by mi bardzo pomogło. Praca nad sobą, lepsze

zrozumienie siebie, swoich uczuć i motywacji dopiero później umożliwiły mi znalezienie sposobu radzenia sobie, bez marnowania wszystkich sił i całej uwagi na zaprzeczanie faktom i nieliczenie się z realiami. Bardzo pomógł mi wtedy kontakt z Polskim Związkiem Niewidomych i zaproponowana tam rehabilitacja psychiczna. Dzięki niej zdałem sobie sprawę, że to, co naprawdę wtedy czułem, to ogromny żal, rozpacz, poczucie krzywdy, że ja nie mogę tak jak wcześniej i tak jak teraz oni [koledzy] żyć i przygotowywać się samodzielnie, wybierać najlepsze materiały i uczyć się tak jak kiedyś. Ja im po prostu zazdrościłem, czułem się od nich gorszy. To było dla mnie zbyt trudne [...] To było straszne, okropne. Nie wiem, czy poradziłbym sobie sam, bez pomocy specjalisty. Nawet jeżeli tak, to trwałoby to o wiele dłużej. Musiałem poznać bliżej i polubić Krzyska trochę innego”.

Zaakceptowanie realnego, odmiennego od dotychczasowego, obrazu samego siebie i zachowanie pozytywnej samooceny może napotykać u człowieka niepełnosprawnego zrozumiałe trudności. Tendencja do generalizowania silnie przeżywanego, np. po chorobie czy wypadku, utraty narządu lub funkcji sprawia, że w tym trudnym okresie inwalida może nie zauważać w sobie, a czasem i poza sobą, żadnych plusów i wartości, które jednak obiektywnie istnieją i w przyszłości będą mogły stać się fundamentem obiektywizacji własnego wyobrażenia o sobie. Wtedy dopiero będzie mógł, jak pisze Beatrice Wright „zrozumieć, że nie jest inwalidą, ale osobą z inwalidztwem, że życie ma wiele sensu, pełne jest w tym samym stopniu szans, co frustracji, i że tylko niektóre z jego atrybutów związane są z inwalidztwem” [3, s. 147].

Rehabilitacja psychiczna, w tym zwłaszcza psychoterapia, będzie miała na celu pomoc człowiekowi ociemniałemu lub niewidomemu od urodzenia w eliminowaniu „zaburzeń komunikacji, nieprawidłowych procesów psychicznych lub też dolegliwości somatycznych i uzyskiwania lepszego przystosowania społecznego. Celem dalszym psychoterapii może być także polepszenie struktury osobowości i stymulacja możliwości rozwojowych pacjenta” [4, s. 30].

Niewidomy pacjent, który zgłasza się po pomoc, gdyż nie może sobie poradzić ze swoim życiem, zazwyczaj uskarża się na dolegliwości typowe dla zaburzeń nerwicowych. Za Jerzym Strojnowskim nerwicę będziemy rozumieli jako „względnie trwałe zaburzenie funkcjonowania jednostki ludzkiej w zakresie różnych obszarów życia: procesów narządowych, uczestnictwa w życiu społecznym, obrazu samego siebie, możliwości realizowania swoich celów życiowych” [4, s. 34].

Sytuacja trudna, jaką jest brak wzroku, a szczególnie okres bezpośrednio po jego utracie, może być rozwiązana jedynie poprzez zaakceptowanie własnego obrazu, którego elementem jest niepełnosprawność i skutki z niej wynikające. Osoba niewidoma nie ma wpływu na sam fakt, że nie widzi, ale konsekwencje braku wzroku zależą w ogromnej mierze od niej samej. Pomocą w minimalizowaniu wszelkich negatywnych następstw w różnych dziedzinach życia niewidomej osoby będą fachowcy z wielu dziedzin, a szczególnie: lekarze, pedagodzy specjaliści, specjaliści od psychologii rehabilitacji, psychoterapeuci, pracownicy socjalni, doradcy zawodowi.

Rola współczesnego spojrzenia na problematykę emocji w tworzeniu metody KDSZ

Długoletnie studia i doświadczenia były inspiracją do skonstruowania metody pomocnej w rehabilitacji psychicznej osób niepełnosprawnych i innych pacjentów. Uwzględnia ona

osiągnięcia takich uznanych specjalistów, jak H. Leuner, C. Rogers, S. Kratochvil oraz J. Strojnowski — mój profesor i wieloletni superwizor, umiejący pogodzić i wykorzystać w swojej bogatej praktyce klinicznej i pracy naukowo-dydaktycznej osiągnięcia twórców i zwolenników różnych szkół: od psychoanalizy po podejście humanistyczno-egzystencjalne. Bardzo cenne i inspirujące dla autora KDSZ były szkolenia prowadzone przez Jerzego Strojnowskiego po jego pobycie u prof. Dietricha Langena w Moguncji, w trakcie których m.in. dyskutowaliśmy o możliwościach zastosowania technik relaksacyjnych w pracy z pacjentami z różnymi zaburzeniami.

W pewnym stopniu ojcami chrzestnymi pomysłu i kształtu prezentowanej tu metody są psycholodzy i neurologi, którzy prowadzili badania i studia nad problematyką znaczenia komponentu emocjonalnego w efektywnym funkcjonowaniu człowieka. Dzięki nim lepiej zrozumiemy anatomiczne, fizjologiczne i psychologiczne podłoże wielu problemów, które skłaniają naszych pacjentów do poszukiwania pomocy u psychoterapeuty. Mam tu na myśli między innymi Howarda Gardnera, Jacka Blocka, Petera Saloveya, Roberta J. Sternberga, Daniela Golemana, a spośród neurologów przede wszystkim Josepha Le Douxa.

Niepełnosprawni pacjenci zgłaszający się po pomoc najczęściej uskarżają się na trudności w radzeniu sobie z własnymi emocjami w określonych sytuacjach. Prowadzi to do dezorganizacji zachowania, a w dalszej konsekwencji do tzw. objawu „błędnego koła”, polegającego na takim sposobie reagowania na sytuacje trudne, który jeszcze bardziej zaostrza istniejące trudności. Niejednokrotnie stwierdzamy u nich istnienie także pozostałych osiowych objawów nerwicy, a więc lęku, zaburzeń vegetatywnych i nadmiernego skupiania na sobie. Jest to zrozumiałe, jeżeli zważymy, że zanim osoba niewidoma zaakceptuje siebie wraz ze swoją niepełnosprawnością, często narażona będzie na doświadczanie „sytuacji trudnej”. Te trudności emocjonalne przypominają najczęściej stan, który Daniel Goleman porównuje do „porwania” czy „uprowadzenia” systemu nerwowego [5, s. 39].

Pacjentami są często osoby, które wpadają w panikę, bo nie wiedzą, jak trafić do jakiegoś miejsca, jak znaleźć upuszczony przedmiot, albo wybuchają niepohamowaną złością, bo poczuli się zlekceważeni i urażeni, stracili kontrolę nad sobą, co doprowadziło ich wielokrotnie do przykrych konsekwencji, np. konfliktów z najbliższymi. Goleman, opierając się na wynikach badań Le Douxa, neurologa z Ośrodka Neurologii na Uniwersytecie Nowojorskim, uważa, że w takich sytuacjach pewien ośrodek w mózgu limbicznym ogłasza stan wyjątkowy, podporządkowując swoim pilnym zadaniom pozostałą część mózgu. Porwanie takie przebiega błyskawicznie, uruchamiając reakcję organizmu, zanim nowa kora, czyli mózg myślący, zda sobie w pełni sprawę z tego, co się dzieje. W takiej sytuacji nie ma oczywiście mowy o zastanawianiu się, czy podjęte działania są właściwe” [5, s. 39].

Pacjent będący w stanie „porwania emocjonalnego”, w trakcie trwania określonej czynności, a niekiedy już ją antycypując, przeżywa stany, których doświadczał w podobnych sytuacjach wcześniej. Określenie „podobnych” ma tu oczywiście wymiar ewidentnie subiektywny. Osoby zgłaszające się po pomoc są pełne lęku i pesymizmu. Wydaje się im, że to, co się dzieje, nie może skończyć się dobrze. Funkcjonują one tak, jakby straciły nadzieję i miotają się kierowane jedynie emocjami. Można tu mówić wręcz o ich eksplozji, a dostęp do racjonalnych sposobów działania jest zablokowany.

Le Doux stwierdza, że nawet niezorganizowana, ale błyskawiczna reakcja na nie do końca uświadomiony bodziec, odgrywała bardzo ważną rolę w przetrwaniu osobników

i gatunków w toku ewolucji. Za pomocą nieosiągalnych wcześniej narzędzi i technologii stosowanych w dziedzinie neurochirurgii Le Doux dokonał odkrycia, że droga, którą biegną impulsy nerwowe w okolicznościach „awaryjnych” przebiega od receptora poprzez wzgórze do ciała migdałowatego. Kiedy natychmiastowa reakcja jest niezbędna, ta ekspresowa droga pozwala dwukrotnie skrócić jej czas, czy to w sytuacji zagrożenia, czy w każdej innej, gdy konieczna jest błyskawiczna reakcja. „Jednak proces ten jest byle jaki — komórki działają wprawdzie szybko, ale niezbyt precyzyjnie” [za: 5, s. 53]. W przypadku zwierząt, np. psa czy rysia, zbyt impulsywna (nieadekwatna) reakcja, spowodowana brakiem dokładnego rozpoznania sytuacji, nie pociąga za sobą katastrofalnych konsekwencji. Zwierzę ponosi wówczas dodatkowe koszty wydatkowania energii, ale w ostatecznym rozrachunku ta nadmierna przezorność czy „pilność” zwiększa prawdopodobieństwo jego przeżycia. Z niepomiernie większymi konsekwencjami takich niewłaściwych i niecelnych reakcji emocjonalnych mamy do czynienia w przypadku człowieka. Na przykład wracająca do domu żona czuje zapach perfum takich samych, jakich używała kobieta, o którą była bardzo zazdrosna. Mąż, szczęśliwy z powodu upragnionego powrotu żony biegnie z serdecznym powitaniem. Tymczasem u żony ciało migdałowate, szybciej niż nowa kora, uzyskało informację o zagrażającym, budzącym wściekłość obiekcie. Kobieta uderza męża w twarz, odwraca się i ucieka. Scenariusze, jakie pisze życie, są czasem mniej lub bardziej dramatyczne niż w prezentowanym przykładzie. Przecież po dotarciu wszystkich informacji do ośrodków w mózgu odpowiedzialnych za procesy myślowe i po refleksji nad całą sytuacją zazdrosna małżonka oczekującego na nią męża zachowałaby się zupełnie inaczej. Na pewno w bardziej komfortowej sytuacji byłaby jej siostra, która przychodząc w odwiedziny nieświadomie użyła perfum, których zapach doprowadził do tak niefortunnej sytuacji.

Niewidomi pacjenci, którzy z powodu braku wzroku nie mają dostępu do ponad osiemdziesięciu procent informacji uzyskiwanych za pośrednictwem zmysłów, mają wyjątkowo dużo powodów, aby nie znając szerokiego kontekstu sytuacji odbierać bodźce szczególnie uważnie i czujnie. Jednakże ta szczególna wrażliwość, w przypadku pomyłki w odczytaniu znaczenia bodźca, naraża osobę niewidomą na dotkliwie następstwa.

Odnieśmy tę uwagę do opisaną wcześniej historii. Osoba widząca miałaby szansę zobaczenia odwiedzającej ją siostry jednocześnie z zarejestrowaniem faktu, jakich perfum ona użyła. U osoby niewidomej selekcja materiału musi być dokonana na podstawie mniejszej liczby danych, a więc z większym prawdopodobieństwem pomyłki.

Dojrzałe kierowanie podmiotu własnym życiem, dające satysfakcję w relacjach z innymi ludźmi, a jednocześnie skuteczne funkcjonowanie w różnorodnych, praktycznych sytuacjach możliwe jest dzięki zdolnościom i umiejętnościom, które chociaż w pewnym stopniu zależą od odziedziczonych predyspozycji, to jednak mogą być doskonałe i rozwijane.

Gardner przeciwstawiając się tradycyjnemu rozumieniu inteligencji, które ograniczało się do zdolności językowych i logiczno-matematycznych, zaproponował nowe podejście do tego zagadnienia i stworzył własny model inteligencji zawierający poza dotychczas badanymi zdolnościami pięć innych kategorii. Są to: zdolność orientacji przestrzennej, zdolności kinestetyczne, muzyczne oraz inteligencja interpersonalna i intrapersonalna [6, 7, 8, 5, s. 73]. Inteligencja interpersonalna obejmuje wg niego cztery różne zdolności:

przywódce, pielęgnowania związków z innymi i zawierania przyjaźni, rozwiązywania konfliktów i spostrzegawczość społeczną.

Daniel Goleman zauważa, że „[...] W istocie rzeczy wzorem Gardnerowskiej inteligencji intrapsychicznej jest sam Zygmunt Freud [...]. Jak stwierdził Freud, życie emocjonalne jest w dużej części nieświadome; kłębiące się w nas uczucia nie zawsze przekraczają próg świadomości. Ten psychologiczny aksjomat został empirycznie zweryfikowany” [5, s. 97]. W tym miejscu Goleman powołuje się na badania nad wpływem nieświadomych wrażeń na emocje i reakcje fizjologiczne człowieka [9]. Według niego samoświadomość jest podstawą wglądu we własną psychikę, praca zaś nad polepszeniem kontaktu z własnymi emocjami jest właśnie sposobem doskonalenia inteligencji emocjonalnej. Zauważa, że jednocześnie „jest to zdolność, którą ma w założeniu potęgować większość metod psychoterapeutycznych” [5, s. 97]. Fizjologiczne zwiastuny zapowiedzi emocji wyprzedzają uświadomienie ich sobie przez podmiot. Potwierdzają to liczne badania empiryczne. Na przykład, gdy osobom bojącym się węży prezentowano ilustracje, które je przedstawiały, stwierdzono, że czujniki rejestrowały wydzielanie się potu wówczas, gdy badani wcale nie uświadamiali sobie lęku. Jeszcze bardziej spektakularny dowód wyprzedzającego działania ciała migdałowatego, zanim bodziec zostanie zarejestrowany w korze płatów czołowych, odnajduje Goleman w następujących wynikach badań: osobom bojącym się węży wyświetlano obrazki z nimi tak szybko, że badani nie byli w stanie zarejestrować tego na poziomie świadomości. Mimo tego, czujniki wykazywały wtedy wzmożone wydzielanie potu. Te nieświadome emocje „mogą wywierać potężny wpływ na nasze postrzeganie i reakcje, nawet jeśli nie zdajemy sobie sprawy z ich istnienia” [5, s. 99]. Rehabilitacja psychiczna, a szczególnie psychoterapia — jej ważny element, będzie miała na celu umożliwienie pacjentowi dokonywania takich wyborów, z którymi się identyfikuje, które są jego świadomymi decyzjami.

Badania Tice i Baumeister [10] i Zillmanna [11] nad skutecznymi sposobami radzenia sobie z silnymi negatywnymi emocjami (w terminologii Golemana z „porwaniem emocjonalnym”) prowadzą do następujących wniosków:

1. Konieczne jest uchwycenie myśli wyzwalającej przypyływ złości i przeciwstawienie się jej; bardzo ważnym momentem jest tu zrozumienie sytuacji, nowe spojrzenie na nią. Dzięki temu podmiot jeszcze raz, w inny, nowy sposób może ocenić znaczenie sytuacji.

2. Gdy ta strategia nie jest możliwa z powodu zbyt dużego pobudzenia i tego, co Zillmann nazywa „niezdolnością kognitywną”, czyli niemożnością jasnego myślenia, konieczne jest odzyskanie równowagi fizjologicznej poprzez przeczekanie wzrostu poziomu adrenaliny w warunkach, które pozwalają ochłonąć. Nawet krótkie odizolowanie się od przyczyny niekontrolowanego, obezwładniającego gniewu czy strachu daje szansę przerwania łańcucha potęgowania się wrogich myśli i negatywnych emocji. Spacer, zwłaszcza w przyjemnym otoczeniu, ruch, wysiłek fizyczny, rozrywka, ale także łatwe do zrealizowania w trakcie seansu psychoterapeutycznego w konwencjonalnych warunkach: relaks, głębokie oddychanie, a nade wszystko bezpieczna, życzliwa atmosfera to ważne elementy lecznicze ułatwiające pacjentowi doświadczanie stanu, kiedy już nie jest we władaniu „porwania emocjonalnego”.

Zanim w dalszej części zostaną opisane czynniki lecznicze prezentowanej metody KDSZ, w tym miejscu zwrócę uwagę na pewien specyficzny aspekt relacji pomiędzy pa-

cjentem i terapeutą oraz jego znaczenie dla pacjenta uczącego się radzić sobie w trudnych sytuacjach. A oto jak Jerzy Strojnowski opisuje to zjawisko: „[...] pacjent, który nie powinien szukać niczego innego, jak tylko wyjścia z konfliktów, z powodu których cierpi, wykazuje specjalne zainteresowanie osobą lekarza. Wszystko, co pozostaje w związku z tą osobą, wydaje mu się znacznie ważniejsze niż jego własne sprawy i odwraca jego uwagę od choroby. Obcowanie z nim staje się zatem na pewien czas bardzo przyjemne, jest szczególnie uprzejmy” [4, s. 88].

Nie zamierzam w tym miejscu zajmować się głębiej różnymi możliwymi interpretacjami tego zjawiska. Chcę raczej zwrócić uwagę na korzyści wynikające z eklektycznego ujęcia różnych zjawisk w psychoterapii. Przedstawione przez Strojnowskiego zjawisko „przeniesienia pozytywnego” — poza znanymi walorami terapeutycznymi — umożliwia pacjentowi osiągnięcie stanu, w którym w bardziej wyważony sposób będzie spostrzegał i przeżywał problemowe sytuacje. Chodzi tu o możliwość „uchwycenia” momentu krytycznego, po którym eskalacja emocji będzie już bardzo trudna do opanowania.

Interesujące, chociaż nieobce dla psychoterapeutów spojrzenie na zagadnienia emocjonalno-społeczne funkcjonowania człowieka mają psychologowie amerykańscy, Sternberg i Salovey. Autorzy ci uważają, że warunkiem osiągnięcia harmonii i satysfakcji w życiu osobistym i społecznym jest pewien minimalny poziom tego, co Goleman, Sternberg i Salovey nazywają inteligencją emocjonalną, Gardner personalną, a Thorndike społeczną [12, 13, 14].

Sternberg i Salovey, dwaj profesorowie z Uniwersytetu Yale, wymieniają następujące wymiary inteligencji emocjonalnej: samoświadomość, czyli znajomość własnych emocji, kierowanie emocjami, podporządkowywanie emocji wybranym celom, empatia i zdolność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z innymi.

Wydaje się, że prawdziwe jest stwierdzenie, że podwyższenie poziomu inteligencji emocjonalnej jest nie tylko ubocznym skutkiem psychoterapii, ale także jej ważnym elementem.

Psychoterapia jako integralny element rehabilitacji psychicznej

Spośród różnych klasyfikacji psychoterapii, w tym miejscu wybrałem podział na psychoterapię przyczynową i objawową.

Celem psychoterapii objawowej jest usunięcie objawów chorobowych, psychoterapia zaś przyczynowa dąży do ujawnienia i usunięcia przyczyny. Terapia przyczynowa jest bardziej wartościowa od objawowej ze względu na głębokość i trwałość uzyskanych zmian. Jednak przyczyną zaburzeń nie zawsze jest wadliwa struktura osobowości lub zaburzenie relacji interpersonalnych podmiotu. Określony objaw może być skutkiem jednorazowego przeżycia psychicznego, np. katastrofy, utraty kogoś lub czegoś bardzo ważnego. Może być także nabytym, utrwalonym patologicznym nawykiem. Nie jest wówczas potrzebna długotrwała restrukturyzacja osobowości czy odkrywanie genezy obecnych przeżyć we wczesnym dzieciństwie.

Często z właśnie taką sytuacją mamy do czynienia, gdy zgłasza się po pomoc do specjalisty od rehabilitacji psychicznej człowiek, który utracił wzrok. Terapeuta na podstawie rozpoznania musi podjąć decyzję, czy pacjent kwalifikuje się do głębszej terapii, czy od-

powiedniejsze i korzystniejsze będzie wówczas odreagowywanie i redukcja zbędnych napięć. Celem terapii będzie likwidacja patogenicznego wpływu negatywnych emocji, dzięki wyrażeniu ich przez pacjenta w warunkach terapeutycznych. Terapeuta pomaga otworzyć się pacjentowi na nowe, nie lękowe, lecz realistyczne doświadczanie tej samej sytuacji, z którą ten dotychczas nie radził sobie. Liczymy tu na to, że pacjent przeżywając powtórnie urazowe doświadczenia, nawiązując kontakt ze swoimi emocjami, będzie w stanie funkcjonować jako świadomie korzystający ze swojej woli i wiedzy podmiot.

Dzięki prezentowanej metodzie rehabilitacji psychicznej dotychczasowe nastawienia i niefunkcjonalne schematy działania ulegają zmianie. Pacjent jest w stanie reagować bardziej adekwatnie i elastycznie na doświadczaną sytuację.

Terapeuta, stosując tę metodę, ma za zadanie ukierunkowywać funkcjonowanie pacjenta tak, aby doprowadzić do redukcji zbędnych napięć i umożliwić mu satysfakcjonujące radzenie sobie w różnych sytuacjach oraz osiągnięcie celów życiowych.

Czynnikami leczniczymi w terapii metodą KDSZ są:

- 1) nawiązywanie kontaktu z własnymi przeżyciami i odreagowywanie tłumionych emocji, uzyskiwanie stopniowego wglądu;
- 2) doświadczanie przez pacjenta ciepłej, bezpiecznej, akceptującej relacji z terapeutą, która ułatwia mu zmianę postawy wobec samego siebie i służy jako korekcyjne przeżycie emocjonalne otwierające na nowe doświadczenia;
- 3) pomoc pacjentowi w uświadomieniu sobie możliwości innych niż lękowych, negatywnych nastawień i oczekiwań, „uchwyceniu” i przeciwstawieniu się im w sytuacjach, w których nie potrafił sobie poradzić;
- 4) wspieranie podmiotu w jak najpełniejszym wykorzystywaniu jego doświadczeń, „zasobów” i mądrości w różnych sytuacjach życiowych;
- 5) sugestia terapeuty ukierunkowująca pacjenta na realne, a więc bardziej konstruktywne, spostrzeżenie rzeczywistości;
- 6) wykorzystanie technik pomagających pacjentowi wejść w stan relaksu, transu, ułatwiających poddanie się sugestii, jednocześnie sprzyjających wydostaniu się ze stanu „porwania emocjonalnego”.

Opis metody KDSZ (korekta dysfunkcyjnych schematów zachowania)

Chociaż w nazwie metody mowa jest tylko o zachowaniu, to traktujemy je również jako konsekwencję zmian głębszych, związanych z lepszą integracją osobowości pacjenta i większą akceptacją realnego „ja”.

Opracowane są trzy wersje metody: wersja A, wersja B i wersja C.

Dwie pierwsze stosowane są w pracy z indywidualnym pacjentem, a wersja C w pracy z grupą (z pacjentem na tle grupy). Ponieważ dotychczas najwięcej doświadczeń zebrano podczas zastosowania KDSZ w wersji A, właśnie ona zostanie tu zaprezentowana.

I. Relacja terapeuta — pacjent

Terapeuta spostrzega w pacjencie podmiot, który obecnie nie radzi sobie w określonych sytuacjach, ponieważ ustawicznie przyjmuje postawę uniemożliwiającą funkcjonalne za-

chowanie i osiągnięcie celu. Trudności pacjenta w dużej mierze wynikają z faktu, że nie potrafi zaakceptować on realnego obrazu samego siebie, swoich możliwości i ograniczeń, a konsekwencją tego jest opaczna percepcja innych ludzi, ich zachowań i postaw, a czasem całokształtu sytuacji, w której się znalazł. Określona wrażliwość na daną klasę bodźców — wynikająca zarówno z typu układu nerwowego i w ogóle fizjologicznego podłoża funkcjonowania, jak i cech osobowości — a szczególnie potrzeby i postawy kształtujące się w procesie wychowania sprawiają, że pacjentowi po doznanym szoku trudno jest czerpać satysfakcję ze swojego życia. Znaczna część jego energii spożytkowana jest na redukcję napięcia będącego konsekwencją utraconego poczucia bezpieczeństwa. Relacja terapeuty — pacjent ma sprawić, że pacjent osiągnie spokój, doświadczy bezpiecznej i życzliwej atmosfery, która umożliwi i pomoże mu dzięki stosowanej metodzie realnie spostrzegać świat, odzyskać większą tolerancję, akceptację własnej osoby i zaufanie do siebie. Jest to warunek wstępny, który otwiera drogę do skutecznego oddziaływania prezentowanej metody. Obrazuje to następujący przykład:

Ociemniała Krystyna, lat 20, zgłosiła się z problemem, od lat zamęczającym ją i nie dającym się pokonać, mimo własnych głębokich analiz jego podłoża i ogromnych wysiłków, aby się od niego uwolnić. Właściwie już straciła nadzieję, że można coś z tym zrobić. Dopiero wstrząs spowodowany faktem, że osoba, którą знаła, potrafiła uporać się z podobnym problemem, obudził w niej nadzieję. Po powiedzeniu terapeucie, że w sytuacjach społecznych, gdy się jej coś nie uda, np. wypadnie jej klucz z torebki, wpada w panikę i zaczyna zachowywać się jakby była dzieckiem: płacze, nie potrafi opanować wstydu i skrępowania, wyraziła jeszcze raz zwątpienie, „czy można coś z tym zrobić”. Terapeuta w atmosferze akceptacji podzielił się swoimi odczuciami związanymi z referowaną przez pacjentkę sytuacją i próbując wejść w świat jej przeżyć i doznań powiedział, jakie odczucia i stany zauważył u niej. Krystyna uświadomiła sobie, że ma prawo coś się jej nie udać i ma prawo przeżywać negatywne emocje z tym związane — nawet, jeżeli jest to coś smutnego, to przecież nie jest to „koniec świata”, ale coś, co po prostu się zdarza. Był to pierwszy krok w kierunku dania sobie samej prawa do zrobienia błędu i akceptowania siebie nawet wtedy, gdy nie potwierdzi swojego „ja idealnego”. Doświadczyła, że może być akceptowana, a więc, że może także sama siebie akceptować, mimo że nie jest bezbłędna. Poczula i zrozumiała, że „osoba” to coś innego, ktoś więcej niż jej pomyłki i porażki. W tym też momencie była w pełni gotowa do korekty tych postaw i nastawień, które sprawiały, że nie zauważała innych możliwości reakcji.

Pomoc pacjentowi w uwzględnieniu jego tzw. wewnętrznej ramy odniesienia, tj. całej sfery przeżyć dostępnych świadomości w danym momencie, do której zalicza się cały zakres doznań, percepcji, znaczeń i wspomnień, jest warunkiem uruchomienia procesu zmian w jego funkcjonowaniu [15].

Życzliwa, akceptująca i głęboko rozumiejąca postawa rehabilitanta odgrywa bardzo ważną rolę na każdym etapie terapii.

II. Procedura postępowania

1. Terapeuta w trakcie rozmowy wstępnej porządkuje komunikowane treści w taki sposób, aby na następnym etapie pracy pacjent nie mówił ogólnikowo, lecz mógł swoje

najtrudniejsze problemy referować w odniesieniu do konkretnych sytuacji, w których najboleśniej je przeżywa.

2. Następnie (najczęściej na kolejnym spotkaniu) informujemy pacjenta, że dalsza procedura polega na wyobrażeniu (przypomnieniu) sobie przez niego sytuacji, w której nie potrafi sobie poradzić i — po wprowadzeniu go w stan niezbyt głębokiego relaksu (transu) — możliwie dokładnym zreferowaniu swojego udziału w niej. Pacjent powinien zwracać uwagę na przeżywane przez siebie stany emocjonalne i procesy myślowe, nastawienia, oczekiwania, wyobrażenia, w ogóle postawy wobec siebie i tego, co go otacza.

Terapeuta uważnie obserwuje i słucha pacjenta i gdy odnajduje postawy i nastawienia, z którymi pacjent się nie identyfikuje i uważa je za „obce ciało” przeszkadzające mu normalnie żyć — interweniuje. Interwencja terapeuty jest sugestią, że pacjent może w inny sposób zinterpretować napotkane okoliczności i fakty, że są inne wyjścia z sytuacji niż te, które on zgłasza jako swój problem, a nawet że w referowanym doświadczeniu mogą pojawić się nowe okoliczności wcześniej niezauważone. Okoliczności te modyfikują obraz rzeczywistości w kierunku bardziej przyjaznego (najczęściej także bardziej realnego). W ten sposób pacjent w atmosferze pozwalającej mu dotrzeć do tych pokładów jego osobowości, z którymi się identyfikuje, dokonuje wyboru tej wersji referowanej sytuacji, którą uważa za własną.

Jeżeli terapeuta trafnie odczytał i zdiagnozował problem pacjenta, to ten przyjmie propozycję jego wersji i zmodyfikuje dalszy opis sytuacji. Zdarza się, że pacjent, mimo propozycji terapeuty zmieniającej treść opowiadania, nie dokonuje żadnych modyfikacji, albo zmienia ją w jeszcze inny sposób. Może to oznaczać, że jego obraz samego siebie jest inny niż odczytał to terapeuta, albo, że wciąż zbyt silny opór uniemożliwia kontakt z własnymi przeżyciami lub wyrażenie ich.

Wszystko, co pacjent przeżywa podczas wypowiedzi, zanim terapeuta zaproponuje inną zmodyfikowaną wersję narracji, może być źródłem oczyszczającego odreagowania (katharsis), dzięki nawiązaniu przez pacjenta kontaktu z przeżyciami realnie doświadczanymi w trakcie referowanej sytuacji. Kontakt ten nie ogranicza się do uświadomienia sobie i nazwania tego, co było jego doświadczeniem, ale jest także okazją do wyrażenia negatywnych emocji w warunkach terapeutycznych. Stanisław Kratochvil uważa, że „metodę odreagowania, zwaną w mowie potocznej wentylacją, stosuje się z powodzeniem w szeregu zwykłych rozmów pacjenta z lekarzem” [16, s. 204].

Kiedy terapeuta proponuje inny niż obronny sposób percepcji przedstawianej przez pacjenta sytuacji, owa propozycja dociera na dwóch poziomach: dosłownym, na poziomie świadomym, oraz na poziomie nieświadomym. Na poziomie nieświadomym pacjent może dostrzegać jej znaczenie symboliczne i „na tym właśnie założeniu opiera się kliniczne użycie komunikacji metaforycznej” [17, s. 21]. Na przykład zgłosił się kiedyś pacjent z problemem przejawiającym się odczuwaniem lęku przed pójściem do dyrektora w sprawie dalszego zatrudnienia w zakładzie, w którym pracował przed utratą wzroku. Podał terapeutce następujący powód: „Kiedy pomyślę, że moi dawni koledzy litują się nade mną i uważają, że do niczego się już nie nadaję, to chciałbym już nigdy ich nie spotkać”. Usłyszał wtedy od terapeuty: „Wczoraj podczas przerwy śniadaniowej miała miejsce rozmowa pana współpracowników i jeden z kolegów powiedział, że kiedy Jan [imię pacjenta] przychodził do pracy, przyjemnie było pogadać z nim o różnych sprawach. Ktoś inny powiedział także:

jeżeli człowiek potrafił nie poddawać się różnym trudnościom przez wiele lat, to znaczy, że są w nim takie pokłady woli i miłości do świata, dzięki którym nie podda się i następnym, jeżeli tylko będzie bardzo chciał”.

Pacjent mógł dosłownie zrozumieć pierwsze zdanie o Janie — że konkretny kolega cieszyłby się, gdyby ten był znowu w pracy. Ale zdanie to mogło dla Jana nieść także treść, że są ludzie, którzy czekają na niego i myślą o nim z sympatią. Drugie zdanie, które wypowiedział „ktoś”, odnosiło się do kogoś nieokreślonego, ale dla Jana mogła być to inspiracja do szukania i znajdowania podobnych pokładów w sobie.

Przykład pracy z niewidomym pacjentem z zastosowaniem metody KDSZ

W tej części prezentuję inne spotkanie z ociemniałym pacjentem, który zgłosił się do Polskiego Związku Niewidomych po kilkumiesięcznej kuracji w klinice okulistycznej, niestety, bezowocnej. Pan Janusz ma 42 lata, jest żonaty, nie ma dzieci. Ma średnie wykształcenie, przed chorobą pracował. Przeszedł szkolenie z orientacji przestrzennej i jest w stanie całkiem niezłe przemieszczać się i docierać do celów, które sobie wyznaczy, np. sklep czy mieszkanie przyjaciela mieszkającego na innym osiedlu, itp.

Podczas pierwszego spotkania, na które przyprowadziła go żona, pan Janusz przedstawił się jako człowiek, który powoli adaptuje się do nowych warunków życia i uczy się coraz sprawniej wykonywać czynności samoobsługowe, jednak czuje się okropnie i nie jest w stanie poradzić sobie w sytuacjach społecznych, kiedy znajdzie się wśród ludzi, którzy — jak uważa — na pewno się na niego „gapią i krytycznie oceniają jego nieporadne próby i wysiłki, zastanawiając się i testując, czy jakoś sobie poradzi”. Jest pewny, że „są do niego źle, a niektórzy nawet wrogo nastawieni”. Pacjent opisał kilka takich sytuacji, które są dla niego największą udręką, przyczyną obaw i lęków związanych z opuszczaniem domu.

Wydaje się, że terapeutę udało się w trakcie pierwszej sesji nawiązać dobry kontakt z panem Januszem i umożliwić mu lepsze zrozumienie przeżyć związanych z referowanymi sytuacjami. Spotkanie to dało pacjentowi — po pierwsze — możliwość odreagowania negatywnych, przykrych emocji, po drugie — mógł je sobie bardziej uświadomić, i po trzecie — mógł odczuć akceptację terapeuty i dzięki temu łatwiej przyjąć do wiadomości swoje, nawet dotychczas niezauważane, reakcje i ich uwarunkowania (opis procedury rozmowy terapeutycznej i relacji terapeuta — pacjent można znaleźć w książce T. Sękowskiego [18]).

Na drugim spotkaniu, które odbyło się tydzień później, pan Janusz był gotów zająć się sytuacją, która kosztowała go najwięcej stresów i napięć, i z którą zupełnie nie mógł sobie poradzić.

A oto fragmenty rozmów z tego etapu pracy:

Terapeuta: Proszę, niech Pan referuje tę sytuację w czasie terażniejszym, tak jakby miała ona miejsce teraz.

Pacjent: Już kiedy wychodzę sam z domu, żeby pojechać autobusem do kolegi, denerwuję się, co prowadzi do kłótni z żoną, gubienia białej laski, szukania czapki.

T: Chciałby Pan jak najszybciej być już u kolegi, żeby wspólnie przyjemnie spędzić trochę czasu. Małżonka stara się ułatwić realizację Pana zamiaru i pomóc w poradzeniu sobie przez Pana ze znalezieniem laski i czapki.

P: Najgorsze, to jak sobie poradzę na przystanku. Przecież nie widzę, gdzie podjeżdża autobus, gdzie są drzwi, czy to mój autobus.

T: Droga na przystanek nie przysparza już Panu obaw. Zbliża się Pan do całkiem nie-
źle znanego przystanku. Wie Pan, że tam, gdzie jest początek wężki, do której zajeżdżają
autobusy, znajduje się punkt orientacyjny nieraz odnajdywany i rozpoznawany podczas
kursu orientacji przestrzennej, który Pan przeszedł. Czy może go Pan odnaleźć?

P: Właśnie do niego podchodzę. Poznaję metalowy słupek, do którego przymoco-
wany jest łańcuch odgradzający chodnik od jezdni. Wiem, że mogę sobie poradzić, ale
przecież będę i tak musiał kogoś zapytać, jaki to numer lub czy z tyłu za tym autobusem,
przy którym stoję, nie podjeżdża mój pojazd. Na pewno wszyscy ludzie na przystanku
już zauważyli, że jakiś nieszczęśliwy facet błądzi od pewnego czasu i nie wie, co ze sobą
zrobić, że jest zagubiony i nie potrafi sobie poradzić. Wstydzę się tego i już złość się
na tę całą sytuację. To wszystko jest okropne...

T: Blisko krawężnika słyszy Pan dwie rozmawiające panie. Są zaabsorbowane jakimś
ważnym dla nich tematem. Jedna z nich zaczyna płakać, jest czymś poruszona, chyba bardzo
cierpi. Ona ma swoje życie, swoich bliskich, swoje sprawy i ma do nich prawo.

P: Słucham tych kobiet, ale to przeszkadza mi skupić się na kontrolowaniu sytuacji
i skutecznym poszukiwaniu mojego autobusu. Nie mogę myśleć o wszystkim naraz.

T: Właśnie coś podjeżdża.

P: Przepraszam, że paniom przerywam, ale nie widzę, jaki to numer autobusu?

T: Dziesiątka proszę pana, czy pomóc panu?

P: Nie, dziękuję, ja czekam na osiemnastkę.

T: Jak podjedzie, to powiem panu, ja też czekam na ten autobus, powinien zaraz być.

P: Kobiety rozmawiają dalej, ja staram się nie podsłuchiwać, nie przeszkadzać. Myślę,
z nieco mniejszymi emocjami, że jednak rzeczywiście kobieta widziała, że potrzebuję
pomocy, że jestem ślepy.

T: Kobieta, z którą Pan rozmawiał, mówi, że podjeżdżający właśnie autobus to osiem-
nastka. Pan słyszy otwierane drzwi i pewnie zmierza w ich kierunku. Postępuje Pan zgod-
nie ze strategią poznaną podczas kursu orientacji przestrzennej. Wie Pan, że to autobus
niskopodłogowy, rozpoznał Pan to po pracy silnika. Laską odnajduje Pan schodek i nagle
z tyłu tuż za sobą słyszy głos staruszki wyraźnie skierowany do Pana, bo jednocześnie
jego właścicielka stara się dosięgnąć Pana ramienia:

– Młody człowieku proszę pomóc mi dostać się do tego dylżansu, inaczej nigdy nie
złożę życzeń i nie uściskam swojej wnuczki, która właśnie dzisiaj ma imieniny.

P: Co się dzieje? Ja mam komuś pomóc? Przecież... Ale proszę pani ja nie mogę, ja
jestem niewidomy. Niech pani nie myśli, że nie chcę pani pomóc. Chcę spróbować, tylko,
czy dam radę... Pozwoli pani, proszę się mocno trzymać mojego ramienia. Czy nie zro-
biłem czegoś nie tak?

T: Ta pani znajduje dwa wolne miejsca obok siebie.

– Usiądźmy tu razem, muszę panu opowiedzieć o mojej wnuczce...

Wiedza z dziedziny psychologii emocji, którą posiadamy dzięki takim autorom, jak
Sternberg, Salovey, Zillmann, Gardner czy Goleman, pozwala lepiej rozumieć i skuteczniej
pomagać pacjentom z objawami nerwicy.

Gdy pacjent z lękiem i bezradną złością przeżywa sytuację, w której zupełnie nie może sobie poradzić, terapeuta pomaga mu w nowy, niezgodny z dotychczasowymi schematami sposób jeszcze raz ocenić jej treść i znaczenie. Jednak, aby mogło się to stać, trzeba najpierw pacjenta wesprzeć w uchwyceniu myśli, która daje początek wyzwoleniu emocji, z którymi nie może sobie dać rady. Dopiero wtedy, przy pomocy terapeuty, będzie mógł sprawdzić, czy chce się jej przeciwstawić. Gdy pobudzenie jest zbyt duże, emocje zbyt silne, niezbędne jest odzyskanie przez pacjenta równowagi, a więc odpowiedniego balansu pomiędzy procesami pobudzania i hamowania. Terapeuta pomaga powstrzymać lawinę eskalacji emocji, z którymi pacjent się nie identyfikuje.

Przykładem takiej pracy z pacjentem, który wracając do domu odczuwa paniczny lęk, że tam nikt na niego nie czeka, a wręcz przeciwnie — żona i dzieci cieszyłyby się, gdyby nigdy nie wrócił, ponieważ stracił wzrok, jest następujący dialog: Pacjent: Gdy zbliżam się do domu jestem cały spocony i drżący. Nie chcę ich litości. Dlaczego właśnie mnie musiało to spotkać?

Terapeuta: Mówił Pan, że dom, w którym mieszkacie, znajduje się niedaleko parku, że kiedy dzieci były małe cieszył się Pan z tego otoczenia, szczególnie piękny był śpiew ptaków. Więc zbliża się Pan do domu i stara się znów usłyszeć ulubione trele, ulubione motywy. Jak tyle razy wcześniej, z zachwytem podziwia Pan znajome głosy solistów ptasiego chóru i tworzącego dla nich tło szumu liści. Zwolnił Pan nieco i delektuje się tą „muzyką”.

P: W tym momencie idzie mi się całkiem przyjemnie, ale i tak w końcu znajdę się w domu. Żona i dzieci zobaczą, jaki jestem bezradny i w ogóle do niczego. Zachwycanie się śpiewem ptaków to o wiele za mało jak na mężczyznę.

T: Jeszcze kilkadziesiąt metrów do domu, akurat wystarczy, żeby podumać nad tym, co zawsze oznaczało dla Pana słowo „mężczyzna”. Solidność, odpowiedzialność, wrażliwość, chyba takie cechy uważał Pan za ważne.

Terapeuta, wiedząc, że pacjent powinien się uspokoić, ochłoniąć, proponuje mu, aby znalazł choć na chwilę azyl, schronienie przed zapiekaniem się w niszczących go myślach i emocjach. Po uzyskaniu przez pacjenta minimum spokoju, terapeuta proponuje, aby bazując na wiedzy i mądrości gromadzonej przez całe życie, jeszcze raz przyjrzał się i ocenił, co utracił, czym nadal dysponuje lub może dysponować. Żeby uświadomił sobie i znalazł w sobie nadzieję, że może odpowiedzieć pozytywnie na liczne wyzwania.

Zakończenie

Eklektyczne podejście do psychoterapii pozwala uwzględnić i wykorzystać doświadczenia i osiągnięcia różnych szkół. Choć w prezentowanym artykule zostało przedstawione zastosowanie metody w pracy z pacjentami niewidomymi, to wydaje się, że możliwości jej wykorzystania są szersze, szczególnie w odniesieniu do pacjentów, dla których najodpowiedniejsza będzie terapia objawowa. Planowane są dalsze badania nad zastosowaniem i skutecznością KDSZ w Instytucie Psychologii UMCS w Lublinie.

Piśmiennictwo

1. Sękowska Z. Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej, wyd. 2. Warszawa: Wyd. APS; 2001.
2. Rogers C. On becoming partners: Marriage and its alternatives. New York: Celacourte; 1972.
3. Wright B. Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa. Warszawa: PWN; 1965.

4. Strojnowski J. Psychoterapia. Poradnik dla osób, które chcą się odnaleźć oraz dla ich terapeutów. Wrocław: Wyd. Arboretum; 1998.
5. Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Poznań: Media Rodzina of Poznań; 1997.
6. Gardner H, Krechevsky M. Multiple intelligences: the theory in practice. New York: Basic Books; 1993.
7. Gardner H. Cracking open the IQ box. *The American Prospect*, Winter 1995.
8. Gardner H. Intelligence reframed: multiple intelligences for the 21st century. New York: Basic Books; 1999.
9. Kagan J. Galen's prophecy. New York: Basic Books; 1994.
10. Tice D, Baumeister RF. Controlling anger: self-induced emotion change. W: Wegner D, Pennebaker J, red. *Handbook of mental control*. New York: Prentice-Hall; 1993.
11. Zillmann D. Mental control of angry aggression. W: Wegner D, Pennebaker J, red. *Handbook of mental control*. New York: Prentice-Hall; 1993.
12. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality* 1990; 9.
13. Sternberg RJ. *Beyond IQ*. New York: Cambridge University Press; 1985.
14. Sternberg RJ. *Successful intelligence*. New York: Plume; 1997.
15. Meador BW, Rogers C. Person-centered therapy. W: Corsini RJ, Wedding D, red. *Current Psychoterapies*. Itasca: Peacock Publishers Inc. 1995.
16. Kratochvil S. Psychoterapia. Kierunki i metody badania. Warszawa: PWN; 1984.
17. Barker P. *Metafory w psychoterapii*. Gdańsk: GWP; 1997.
18. Sękowski T. *Pomoc psychologiczna i możliwości adaptacyjne człowieka*. Lublin: PWZN „Print 6”; 1994.

Adres: dr Tomasz Sękowski, 20–552 Lublin, ul. Kawaleryjska 4/36, tel. 08 1–526 00 37