

Aneta Karaś

**„COŚ BYŁO PUSTE I SIĘ WYPEŁNIŁO” — PSYCHOTERAPIA  
INDYWIDUALNA PACJENTA UZALEŻNIONEGO  
OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PROWADZONA  
W UJĘCIU EGZYSTENCJALNYM W WARUNKACH  
IZOLACJI WIĘZIENNEJ**

**„SOMETHING EMPTY HAS BEEN FILLED” — INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY  
OF A PATIENT ADDICTED TO PSYCHOACTIVE SUBSTANCES, CONDUCTED  
IN THE PRISON AND BASED ON THE EXISTENTIAL ANALYSIS PARADIGM**

Gabinet Psychoterapii Egzystencjalnej w Suwałkach

**Streszczenie**

*Celem niniejszego artykułu jest prezentacja przebiegu oraz efektów indywidualnej psychoterapii pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych przeprowadzonej w zakładzie karnym. Leczenie opierało się na założeniach analizy egzystencjalnej (Frankl, Längle) i jest pierwszym w Polsce przypadkiem zastosowania tej metody w warunkach izolacji więziennej. Skupiała się wokół problematyki uzależnienia oraz czterech fundamentalnych motywacji egzystencjalnych. Ważnym czynnikiem warunkującym efektywność leczenia była pełna akceptacji, docenienia i empatii relacja terapeutyczna. Uzyskane wyniki okazały się trwałe: po siedmiu latach od zakończenia terapii były pacjent utrzymuje abstynencję od substancji psychoaktywnych i nie wchodzi w konflikty z prawem. Żyje w zgodzie z autentycznymi dla niego wartościami i doświadcza życiowego spełnienia. Analiza prezentowanego przypadku wskazuje, że z uwagi na możliwość kompleksowej pracy nad całokształtem psychologicznych i duchowych problemów pacjenta oraz centralną rolę relacji terapeutycznej i zachodzącego w niej spotkania, analiza egzystencjalna jest adekwatną metodą w stosunku do specyficznych potrzeb więźniów ze zdiagnozowanym uzależnieniem.*

**Summary**

This article presents the process and the effects of individual psychotherapy conducted in the prison, on a patient addicted to alcohol and drugs. The psychotherapy was based on the ideas of existential analysis (Frankl, Längle). This is the first case of applying this method in prison isolation conditions in Poland. The therapy was focused on symptoms of addiction and fundamental existential motivations. Building a good therapeutic relationship in the difficult prison background was an essential part of the healing process. As a result, the ex-patient has kept abstinence from psychoactive substances and has not committed any crime to the present day (since seven years from the end of therapy). He has lived according to his newfound authentic values and has experienced fulfilment. The presented case illustrates that existential analysis creates a possibility of comprehensive work on the whole addicted person's psychological and spiritual problems and can be applied as an effective tool in the process of resocialisation.

**addiction, existential analysis, prison**

## Wstęp

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że ze względu na penitencjarny kontekst leczenia uzależnionych więźniów oraz swoistość ich problemów, dotychczas stosowane w tym obszarze rozwiązania są wciąż niewystarczające. Wśród specyficznych dla więzienia okoliczności można wymienić między innymi: podwójność roli (więzień — pacjent, funkcjonariusz służby więziennej — terapeuta), instytucjonalny przymus do odbycia oraz przeprowadzenia terapii (niezależnie od postawy skazanego), wysoce manipulacyjne traktowanie terapii przez skazanych (jako instrumentu do wcześniejszego warunkowego zwolnienia) oraz wysoki poziom ich nieufności wobec personelu terapeutycznego [1, 2]. Uzależnionych więźniów charakteryzują: zaburzenia osobowości, skłonność do chronicznej złości i zachowań agresywnych, zubożenie duchowe, system wartości uprawomocniający popełnianie przestępstw i uzależnienie od ich popełniania, a także doświadczenie wzrastania w dysfunkcyjnym środowisku [3–5]. Z powyższego wynika potrzeba szerokiego spojrzenia na pacjenta uwzględniającego wszystkie jego problemy oraz wzięcie pod uwagę jego potrzeb resocjalizacyjnych, konieczność pracy nad prokryminalnymi postawami i wzorami myślenia. Sugeruje się, że celem terapii powinno być utrzymanie abstynencji przez pacjenta oraz zaprzestanie popełniania przez niego przestępstw [1, 2, 6]. Zwraca się również uwagę na potrzebę wieloaspektowego i długoterminowego leczenia [4] oraz istotną rolę relacji terapeutycznej [6]. Jednocześnie zauważa się deficyty w literaturze przedmiotu oraz ofercie szkoleniowej skierowanej do osób niosących terapeutyczną pomoc więźniom [1, 2], wskazując na potrzebę ciągłego urozmaicenia i udoskonalania oferty terapeutycznej, poszukiwania „nowych źródeł inspiracji teoretycznej” oraz szerszego otwarcia „na współczesne trendy, które w wielu krajach mają już status uznanych podejść terapeutycznych i klinicznych, natomiast w Polsce są wciąż mało znane i nadal spostrzegane jako »terapię alternatywne« lub »nowinki«” [2, s. 321].

W tym kontekście prezentowany poniżej, oparty na założeniach analizy egzystencjalnej, dwuletni proces psychoterapii pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych może stać się źródłem inspiracji. Z informacji dostępnych autorce wynika, że jest to pierwszy w Polsce przypadek zastosowania tej metody w warunkach izolacji więziennej.

### Sylwetka pacjenta i początek leczenia

Pacjent od około 16. roku życia prowadził tryb życia skoncentrowany wokół zażywania substancji psychoaktywnych, na początku — alkoholu, później także marihuany, amfetaminy, kokainy oraz środków halucynogennych (LSD, Extazy). Po ukończeniu technikum nie przystąpił do matury, po czym, jak podawał, podejmował dorywcze prace, także poza granicami kraju. W tym czasie popełniał liczne przestępstwa, często będąc pod wpływem alkoholu i narkotyków. Były to głównie, nieraz bardzo brutalne, pobicia (na początku „ktoś [go] zaczepiał”, później „sam zaczepiałem ludzi”; „nie mogłem odpuścić w czasie bójk”). Zdarzało się mu również niszczenie mienia oraz znieważanie funkcjonariusza na służbie. Mieszkał z rodzicami. Tuż przed narodzinami córki wraz z partnerką przeprowadził się do odrębnego mieszkania. Miał wtedy 25 lat. Planowali zawarcie związku małżeńskiego, ale mężczyzna został aresztowany i skazany na 7 lat kary pozbawienia wolności. Po osadzeniu w więzieniu przystąpił do subkultury przestępczej, tzw. grypsujących, co implikuje wrogi

i pogardliwy stosunek do ludzi spoza tej grupy, a w szczególności do pracowników więzienia i współosadzonych. Według niepisanego kodeksu „grypsery” należy przeciwstawiać się zasadom systemu więziennego, demonstrować spryt i siłę, utożsamianą z nieokazywaniem uczuć i zachowaniami agresywnymi oraz być posłusznym przestępcom zajmującym w tej hierarchii wyższe miejsce [7].

Warto dodać, iż z przepisów obowiązujących w zakładzie karnym wynika, że skazany z rozpoznaniem uzależnienia ma obowiązek podjęcia leczenia we wskazanym oddziale terapeutycznym, do którego zostaje odtransportowany. Wprawdzie ma prawo do odmówienia uczestnictwa w terapii, ale musi liczyć się z konsekwencjami w postaci zmniejszenia swoich szans na przedterminowe warunkowe zwolnienie. W wypadku odmowy istnieje także możliwość wszczęcia wobec niego procedury o wydanie sądowego nakazu na leczenie. Zatem w praktyce każdy uzależniony skazany powinien trafić do oddziału terapeutycznego, a personel tegoż oddziału powinien terapię przeprowadzić, niezależnie od postawy skazanego [2]. I tak pierwszy kontakt więźniów z terapią odbywa się w atmosferze przymusu, choć z reguły rzadko mówią oni o tym otwarcie, decydując się raczej na nieszczerze deklaracje o osobistej potrzebie leczenia z obawy przed negatywnymi konsekwencjami. Dodatkowym czynnikiem utrwalającym czy nasilającym nieufność i niechęć skazanego jest fakt, że z reguły terapeuta zatrudniony w systemie więziennym jest również jego funkcjonariuszem (ma stopień mundurowy) i jest z nim identyfikowany.

W trakcie odbywania kary pozbawienia wolności psycholog penitencjarny zdiagnozował u omawianego pacjenta uzależnienie od alkoholu. Mężczyzna podpisał „zgodę na leczenie” i po dwóch latach od aresztowania, w wieku 27 lat, został skierowany do oddziału terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od alkoholu mieszczonego się w zakładzie karnym typu półotwartego. Po przybyciu do oddziału jego motywacja do podjęcia terapii najprawdopodobniej miała charakter głównie zewnętrzny — pacjent prawdopodobnie zgodził się na nią w celu poprawy własnej sytuacji penitencjarnej.

Z dokumentacji zawartej w aktach skazanego wynikało, że jest uzależniony od alkoholu oraz charakteryzuje się osobowością dyssocjalną (badanie biegłych sądowych). W czasie pobytu pacjenta w oddziale terapeutycznym, wraz z uzyskiwaniem kolejnych informacji o jego dotychczasowym funkcjonowaniu, diagnozę uzależnienia rozszerzono także na narkotyki, zrodziły się też pytania, czy pacjent faktycznie charakteryzuje się osobowością dyssocjalną. Wprawdzie jego funkcjonowanie przed i po osadzeniu w więzieniu dawało obraz spełniający kryteria tego zaburzenia, ale z drugiej strony niektóre zmiany, które zaszły w nim w procesie psychoterapii, zwłaszcza wzbudzenie uczuciowości i zdolności do empatii, temu rozpoznaniu przeczą. Możliwe, że „antysocjalne” funkcjonowanie pacjenta w większej mierze było uwarunkowane uzależnieniem od substancji psychoaktywnych oraz adaptacją do otaczającego środowiska niż pierwotną strukturą osobowości. W tym kontekście można by raczej mówić o „przejściowej swoistości funkcjonowania osobowości” w przebiegu uzależnienia niż o zaburzeniach osobowości [za: 8, s. 64].

### **Metoda**

Psychoterapię pacjenta oparłam na założeniach analizy egzystencjalnej stworzonej przez Victora Frankla i rozwijanej współcześnie przez Längle i współpracowników [9].

Zakłada ona trójwymiarowy charakter natury człowieka, uwzględniający jego cielesność, psychikę oraz duchowość (wymiar osobowy czy noetyczny) [10]. Jest fenomenologiczno-personalną psychoterapią wspierającą pacjenta w dążeniu do egzystencjalnego spełnienia w obszarze czterech fundamentalnych motywacji oscylujących wokół tematów, takich jak: możliwość bycia, życie, bycie sobą oraz sens [11]. Strukturalny model fundamentalnych motywacji jest wykorzystywany w diagnostyce, rozumieniu symptomów pacjenta oraz w prowadzeniu interwencji terapeutycznych [9].

Z perspektywy analizy egzystencjalnej uzależnienie rozwija się na bazie osobistych deficytów w obszarze poszczególnych fundamentalnych motywacji. Ich rozkład ma charakter indywidualny, ale wspólna dla wszystkich osób uzależnionych jest niemożność osiągnięcia egzystencjalnego spełnienia. W głębi ich doświadczenia moglibyśmy odnaleźć poczucie wewnętrznej pustki i swoisty głód życia, które pacjenci próbują wypełnić kompulsywnymi zachowaniami czy substancjami psychoaktywnymi, przy jednoczesnym postępującym oddalaniu się od własnego duchowego rdzenia i autentycznych wartości [12–14]. Uzależniona osoba za pomocą substancji psychoaktywnych próbuje stworzyć alternatywny świat, w którym doświadcza iluzji poczucia bezpieczeństwa, radości życia, poczucia własnej wartości oraz sensu [12].

Analiza egzystencjalna wytworzyła własne specyficzne metody i jest otwarta na techniki pochodzące z innych szkół terapeutycznych, ale najistotniejszą rolę pełni w niej osobista relacja psychoterapeuty i pacjenta oraz ich indywidualne egzystencjalne doświadczenia [10]. Postawa terapeuty powinna być fenomenologiczna, czyli otwarta i pozbawiona uprzedzeń, dążąca do uchwycenia fenomenów samych w sobie. Psychoterapeuta w pierwszym i podstawowym kroku dąży do zaakceptowania i zrozumienia pacjenta takim, jaki on jest. Dopiero w kolejnym — odnosi się do swojej wiedzy teoretycznej i klinicznego doświadczenia [9]. W procesie leczenia psychoterapeuta aktywnie, poprzez inicjowanie i podtrzymywanie dialogu, dąży do „spotkania” pacjenta, w którym będzie mógł nawiązać kontakt z jego autentyczną głębią [12].

### Ramy psychoterapii

W prezentowanym procesie leczenia uzależnionego pacjenta można wyodrębnić dwa etapy. Pierwszy wynikał z obowiązującej w zakładzie karnym procedury: trwał trzy miesiące i był prowadzony równoległe z terapią grupową [1]. W tym czasie zbudowaliśmy z pacjentem załóżki relacji terapeutycznej, dostrzegłam też pierwsze efekty wspólnej pracy. To doświadczenie było na tyle inspirujące, że postanowiłam sprawdzić, czy w ramach obowiązujących w systemie zasad uda się stworzyć możliwość kontynuowania systematycznych sesji psychoterapeutycznych. Po uzyskaniu przyzwolenia ówczesnych przełożonych, podzieliłam się tą propozycją z pacjentem. Chciał on kontynuować leczenie, choć wiązało się to z przedłużeniem czasu oddalenia od miejsca zamieszkania i rzadszymi odwiedzinami rodziny. W tym drugim etapie pacjent przebywał w zwykłym oddziale mieszkalnym, pracował i raz w tygodniu przychodził na indywidualną sesję do oddziału terapeutycznego. W ostatnich miesiącach pobytu w więzieniu sesje odbywały się raz na dwa tygodnie i często oscylowały wokół tematu przepustek pacjenta, na które miał wyjść lub z których wracał. Spotkania terapeutyczne trwały 50–60 minut.

### Problematyka i przebieg psychoterapii

Problematyka kolejnych sesji była skupiona głównie wokół rozumienia i rozpoznawania, w jaki sposób dynamika uzależnienia wpływa na codzienne funkcjonowanie pacjenta oraz rozwiązywanie jego problemów osobistych ulokowanych w obszarze poszczególnych fundamentalnych motywacji. Pracowaliśmy systematycznie m.in. nad rozpoznawaniem i radzeniem sobie z głodem substancji psychoaktywnych, radzeniem w sytuacjach ryzykownych dla utrzymania abstynencji, wzmacnianiem akceptacji utraty kontroli oraz budowaniem motywacji do trzeźwości. Wraz ze wzrostem zaufania w relacji terapeutycznej oraz poziomu zaangażowania pacjenta, w czasie spotkań pojawiały się kolejne, coraz głębsze i bardziej osobiste problemy pacjenta.

#### Pierwsza fundamentalna motywacja (I FM)

Na gruncie pierwszej fundamentalnej motywacji były to lęk, niepewność i brak podstawowego zaufania uaktywniające się w różnych obszarach życia, szczególnie w sferze interpersonalnej. Pacjent utożsamiał lęk ze słabością, wstydził się i nie podejmował prób poradzenia sobie z nim z osobowego poziomu, co z kolei uruchamiało reakcje obronne w postaci agresji. Zachowania agresywne były próbą odzyskania poczucia mocy i sprawczości, stanowiły również próbę zapanowania nad zagrażającą, w jego osobistym doświadczeniu, rzeczywistością. Już w okresie jego dzieciństwa agresja była modelowana i wzmacniana przez bliskie mu osoby. Z czasem agresywne zachowania stały się stałym elementem jego stylu życia: „Myślę, że inni coś knują i robię sobie plan, jak ich załatwić”. Zazywanie substancji psychoaktywnych, przyłączenie się do grupy przestępczej i kolejne akty agresji dawały mu iluzję bezpieczeństwa i siły: „Kiedy szliśmy w trzydziestu na dyskotekę, to czułem się bezpiecznie”. Deficyty w obszarze pierwszej fundamentalnej motywacji bez wątpienia przyczyniły się także do decyzji pacjenta o przystąpieniu do subkultury przestępczej. Dzięki przynależności do grupy „grypsujących”, czuł się w zakładzie karnym na swój sposób chroniony.

Na początku pracowaliśmy nad wdrożeniem technik umożliwiających radzenie sobie z reakcjami agresywnymi, m.in. przez oddech i dialog wewnętrzny, ale to okazało się niewystarczające. Dopiero po wykonaniu pracy nad akceptacją własnej emocjonalności (II FM) i zbudowaniem podwalin poczucia wartości (III FM), otwarta rozmowa o lęku i potencjalnej rezygnacji z zachowań agresywnych stała się możliwa. Wcześniej zdolność „odpuszczania” odbierana była jako osobiście upokarzająca, a doświadczenie lęku stanowiło temat tabu. Niezbędne okazały się także elementy pracy biograficznej. W dzieciństwie pacjent nie czuł się akceptowany, chroniony i bezpieczny. Był ofiarą przemocy fizycznej ze strony ojca, z czym zmagał się w samotności: „tak się bałem... pamiętam tylko wielki strach... bałem się mu sprzeciwić... myślałem, że jest nieśmiertelny... myślałem, że kiedyś dorosnę i się na nim zemszczę... wstydziłem się, że się boję, że jestem słaby”. Te doświadczenia zniszczyły lub nie pozwoliły na wykształcenie się w pacjencie podstawowego poczucia bezpieczeństwa i istotnie upośledziły jego zdolność do ufania. Przestał wtedy wierzyć w Boga jako źródło oparcia.

Przeprowadzona w atmosferze szacunku, akceptacji i empatii rozmowa o dzieciństwie okazała się przełomowa i pacjent zaczął pozwalać sobie na przeżywanie i wyrażanie

(w czasie sesji terapeutycznych) lęku, niepewności i bezradności. Możliwe stało się rozpoczęcie pracy nad budowaniem wewnętrznego oparcia. Pacjent, z moim wsparciem, starał się zajmować się sobą jak „przestraszonym dzieckiem” (jak siebie określił), co dawało powolne, ale dobre rezultaty. Zaczął także odbudowywać podstawowe zaufanie do siły wyższej: „Przeczytałem w jakiejś książce o Bogu, że on tak nas chroni, jak matka swoje dziecko, niemowlę. I codziennie wieczorem wyobrażam sobie, że jestem niemowlęciem w ramionach matki. Zapominam o wszystkich problemach”. Stopniowo zmieniał swoje zachowanie wobec otoczenia, jego wrogie nastawienie do pracowników więzienia oraz współosadzonych znacznie osłabło. Zaczął stawiać sobie pytanie: „może to ja zagrażam innym?”. Kiedy zręby wewnętrznego poczucia bezpieczeństwa zostały zbudowane, zdecydował o wystąpieniu z subkultury więziennej. Poczul się wtedy „mniej bezpiecznie”, ale był gotów zmierzyć się z konsekwencjami tej decyzji.

Pierwsza fundamentalna motywacja jest tożsama z konfrontacją z pytaniem: „Czy mogę tu być?”. Z jednej strony jest to pytanie o warunki życia — o życiową przestrzeń, ochronę oraz doświadczanie akceptacji. Z drugiej — o ludzkie możliwości: „Czy dam radę? Czy potrafię?”. Im bardziej przepracowywaliśmy nieautentyczne postawy pacjenta, tym wyraźniej odsłaniała się jego niepewność i lęk, że nie potrafi poradzić sobie z własnym życiem. Doświadczał obaw w różnych podstawowych sytuacjach życiowych, a w szczególności tych interpersonalnych. W okresie, gdy ludzie w naturalny sposób nabywają kompetencji życiowych, on „przebywał” w alternatywnym świecie wykreowanym za pomocą substancji psychoaktywnych oraz w świecie przestępczym, gdzie ważnymi kompetencjami są m.in.: siła fizyczna, umiejętność maskowania uczuć i demonstrowania bezwzględności, przemoc i zastraszanie, zdolność do oszukiwania czy sprytnego wykorzystywania innych do własnych celów, pozyskiwanie „dużych” pieniędzy jak najmniejszym wysiłkiem. Te umiejętności okazały się bezużyteczne w próbach przystosowania się do nowego etapu życia. W związku z powyższym pacjent rozpoczął naukę podstawowych umiejętności w codziennych sytuacjach, takich jak np.: rozmowa z wychowawcą, uczestnictwo w mityngu, praca na budowie i w hospicjum, wychodzenie na przepustki. Wspólnie konfrontowaliśmy się z jego kolejnymi obawami i poszukiwaliśmy nowych sposobów poradzenia sobie. Pracowaliśmy nad uaktywnieniem i wzmocnieniem osobistych zasobów pacjenta. W tym procesie rozwijania nowych kompetencji, pacjent niejednokrotnie doświadczał bezradności i zagubienia, ale z czasem nauczył się akceptować te uczucia, a nawet podchodzić do nich z humorem. Często też formułował pytania, które zachowania, moim zdaniem, są normalne i jak ja zachowałabym się w określonych sytuacjach.

#### Druga fundamentalna motywacja (II FM)

Druga fundamentalna motywacja wiąże się ze zdolnością człowieka do bycia emocjonalnie poruszonym, do wchodzenia w bliskość ze sobą samym i otaczającym światem. Bez nich niemożliwa byłaby empatia, budowanie bliskich relacji oraz doświadczanie różnorodnych wartości, w tym wartości podstawowej — życia. Na początku terapii dostęp do własnej emocjonalności był u pacjenta w znacznym stopniu zawężony. W jego emocjonalnym nastawieniu dominowały wrogość i obojętność. Pracę w tym obszarze rozpoczęłam od przekazania pacjentowi podstawowych informacji o uczuciach i ich roli

w ludzkim życiu, po czym zaczął on systematycznie monitorować i zapisywać przeżywane stany emocjonalne i próbować zrozumieć, co je wywołuje. Na początku efekty tej samodzielnej pracy analizowaliśmy na każdej sesji, z czasem tematyka uczuć stała się naturalną częścią kolejnych spotkań. Na drodze pacjenta do pełnej akceptacji własnej emocjonalności musieliśmy zmierzyć się z pewnymi blokadami. Pierwsza była związana z przekonaniem pacjenta dotyczącymi męskości, według których mężczyzna nie powinien okazywać uczuć („Kiedyś na pogrzebie kolegi tylko ja nie płakałem i byłem z tego dumny”) oraz z regułami wynikającymi z przynależności do subkultury („Nie wolno płakać”). Dyskutowaliśmy o zasadności tych przekonań, dzieliłam się z pacjentem profesjonalną wiedzą na temat emocjonalności, co spotkało się z jego zainteresowaniem. Włączyłam też elementy biblioterapii, zalecając lekturę książek Antoine de Saint-Exupéry’ego. Sam autor stał się punktem odniesienia jako silny mężczyzna, pilot walczący podczas wojny, jednocześnie odsłaniający wrażliwość emocjonalną w książkach takich jak „Mały Książę” [15].

Z czasem demonstracyjna postawa: „na niczym mi nie zależy, nic mi nie możecie zrobić i mogę tu siedzieć do »dzwona«” (do końca wyroku), zaczęła się załamywać. Po około roku i dwóch miesiącach od rozpoczęcia terapii, podczas jednej z sesji odbywającej się ciepłego letniego dnia, pacjent spojrzął przez kraty na słońce i zaczął płakać. Pozwolił dojść do głosu swoim autentycznym uczuciom związanym z sytuacją pozbawienia wolności. Później się wstydił i próbował im zaprzeczać, a ja starałam się towarzyszyć mu w akceptujący i empatyczny sposób.

Kolejna przełomowa sytuacja nastąpiła miesiąc później. Pacjent zgłosił, że czuje smutek związany z pobytym w więzieniu, ale nie jest w stanie go uzewnętrznic: „Nie mogę płakać, czuję się tu [okolice przepony] zablokowany. Chciałbym okazywać uczucia, ale na przeszkodzie stoi ból, ale nie taki jak boli noga, tylko psychiczny. Wstydzę się”. Rozmowa o trudnych doświadczeniach z dzieciństwa, w tym trzech próbach samobójczych, które podjął w siódmym roku życia, okazała się dla pacjenta uwalniająca („ulga i oczyszczenie”). We wczesnym etapie życia często doświadczał cierpienia związanego, m.in. z przemocą i chorobami somatycznymi, a później jego głównym źródłem przyjemności stały się substancje psychoaktywne. W wyniku uzależnienia zobojętniał na obecne w jego życiu wartościowe możliwości. Miał wrażenie, że jest „robotem”, który nigdy nie umrze. Dzięki odblokowaniu uczuć pacjent powoli zaczął wchodzić w emocjonalny kontakt z otoczeniem i stopniowo odkrywać, co porusza go w pozytywny sposób i sprawia mu przyjemność. Poczul, że „życie jest wartościowe” i boi się umierać: „przestałem być obojętny dla siebie i dla życia”.

W ramach drugiej fundamentalnej motywacji można też umiejscowić tematykę relacji interpersonalnych. W nastawieniu pacjenta do innych ludzi dominowała nieufność, czujność i gotowość do ataku przez reakcje agresywne. Brakowało mu empatii oraz elementarnego szacunku do innych, którzy nie byli postrzegani jako indywidualne i czujące istoty, ale raczej jako narzędzie do zaspokajania własnych potrzeb czy realizacji prywatnych celów, np. korzyści materialnych. Wyrządzanie krzywdy poprzez bicie czy kradzieże wzbudzało poczucie iluzorycznej wyższości, dumy i siły. To dążenie do demonstrowania własnej wyższości było obecne w jego funkcjonowaniu cały czas — przed i po osadzeniu w więzieniu. Zdarzało się, zwłaszcza na początkowym etapie leczenia, że w czasie rozmów mówił, że

inni są tylko „istotami żyjącymi” w przeciwieństwie do jego osoby i innych członków subkultury przestępczej, którzy są „ludźmi”. Hołdował również różnym przekonaniom na temat niższości kobiet, które wydawały się nie do końca uwewnętrznionymi sądami powtarzanymi za członkami grupy odniesienia.

Słuchanie, bez interweniowania, tych odhumanizowanych treści wymagało ode mnie pewnego wysiłku i powściągliwości, ale jako psychoterapeuta nie mogłam podejmować prób bezpośredniego wpływu na przekonania, które według mnie są szkodliwe czy niosące zagrożenie. Zaczęłam natomiast poszukiwać sposobów na ewentualne uwrażliwienie pacjenta w relacjach interpersonalnych. W toku kolejnych spotkań, kiedy w naturalny sposób pojawiała się tematyka związana z innymi ludźmi z otoczenia pacjenta, inicjowałam dialog na temat ich uczuć. Na przykład, jak czują się współosadzeni z jego celii? Co może przeżywać jego partnerka w określonych sytuacjach albo w wyniku jego zachowań? Na początku temat wydawał mu się obcy i trudny, ale powoli zaczął robić niewielkie postępy. W pewnym momencie zaaranżowałam sytuację, w której pacjent miał możliwość udzielenia wsparcia osadzonemu, który ukończył program podstawowej terapii i został przeniesiony do jego oddziału. Był zaskoczony, że mogłam pomyśleć, iż byłby w stanie komukolwiek pomóc, ale odebrał mój gest pozytywnie — jako przejaw zaufania. W czasie sesji pracowaliśmy nad zrozumieniem, jak czuje się ten chłopak i jak z nim rozmawiać, by poczuł się wspierany. Pacjent postanowił pominąć swoją przynależność do subkultury i nie traktować go z pozycji wyższości, zauważył również, że by móc się w niego wczuć, „nie może mieć złych intencji”. W celu rozwijania w pacjencie zdolności współodczuwania, do procesu leczenia włączałam także elementy biblioterapii. Analizowaliśmy m.in. „Małego Księcia” [15] pod kątem odczuć i motywów bohaterów oraz miłości i odpowiedzialności. Z czasem pacjent z własnej inicjatywy zaczął wypożyczać powieści oraz książki historyczne i „wczuwać się w bohaterów”, choć na początku było to okupione wysiłkiem wynikającym z trudności z koncentracją uwagi.

Pacjent twierdził, że „nie wie, co to bliskość”. Przeanalizowaliśmy historię jego relacji w ciągu całego życia. Szukaliśmy pozytywnych doświadczeń z innymi ludźmi. Odkryliśmy, że we wczesnym dzieciństwie lubił swoich pradziadków i babcię, co wzbudziło w nim uczucie „nieprzyjemnego dotknięcia”, a później „ciepła i dobrej siły”. Zaczęła też docierać do niego iluzoryczność relacji z „kolegami” ze środowiska przestępczego. Po osadzeniu w więzieniu, nikt nie okazywał zainteresowania jego osobą ani nie szukał z nim kontaktu. Odwiedzały go natomiast matka (czasem z ojcem) i narzeczona. Jego stosunek do partnerki był nasycony potrzebą dominacji i kontroli, co było przedmiotem wielu sesji. Pacjent skarżył się na problemy z zazdrością. Z czasem w jego postawie pojawiła się ambiwalencja — wahał się między próbami kontroli i „odpuszczaniem”, które przychodziło mu z trudem, ale wiedział już, że to jest słuszny kierunek. Stwierdził wtedy: „traktowałem ją jak rzecz. Nawet nie wiem, jaka ona jest. Chciałbym ją poznać. Jestem jej ciekawy”. Zauważył, że jego kontakty z ludźmi się poprawiły i „że jak się słucha ludzi, to oni gadają, gadają i potem mnie lubią”. Poczuł się pewniej w kontaktach interpersonalnych, zaczął zabierać głos na mityngach. Po około roku i siedmiu miesiącach był zdolny do rozpoznawania, jakie uczucia swoimi zachowaniami wzbudzał w innych osobach: „Noszę w sobie ból wszystkich ludzi, których skrzywdziłem i chciałbym go wypłakać. Myślę, jak to zadośćuczynić”.



### Trzecia fundamentalna motywacja (III FM)

W obszarze trzeciej fundamentalnej motywacji pacjent miał trudności z odnalezieniem tego, co jego własne i indywidualne. Nie miał kontaktu z osobistymi odczuciami oraz z sumieniem, a w konsekwencji nie żył autentycznie. Swoją tożsamość budował na fałszywych przesłankach, na iluzorycznym przekonaniu o własnej wyższości, sile i niezniszczalności. Miał fasadowy i niezgodny z rzeczywistością obraz siebie. W sytuacjach, kiedy czuł się zagrożony, np. z powodu krytyki, reagował złością lub agresją. To fałszywe mniemanie o sobie było wzmacniane poprzez doświadczanie siły, np. po zażyciu amfetaminy, przez akty agresji oraz przynależność do subkultury przestępczej. Środowisko skupione wokół alkoholu, narkotyków i przestępstw stało się jego punktem odniesienia i stamtąd przyjął normy postępowania, nie bacząc, czy i w jaki sposób korespondują z jego osobą. Z powodu zawstydenia sobą, próbował ukryć się za stworzonym wizerunkiem. Na początku leczenia zaczął przejawiać chęć zrozumienia swojego dotychczasowego postępowania i to otworzyło możliwość zapoczątkowania procesu poznawania siebie. Na początku okazało się to bardzo trudne, ponieważ, jak z perspektywy czasu sam ocenił: „tak naprawdę to ja siebie za dużo nie znałem. Wiedziałem, jak się nazywam, gdzie mieszkam, ile mam lat i nic poza tym”. Kiedy podjęliśmy refleksję nad obrazem siebie pacjenta, pierwszy pojawił się silny wstyd, który prawie uniemożliwiał rozmowę. Okazało się, że w gruncie rzeczy pacjent wstydzi się siebie w wielu aspektach, zaczynając od najdrobniejszych detali wyglądu, poprzez charakter i brak, w jego ocenie, życiowych osiągnięć. Wewnętrzna prawda była odległa od fasady, którą prezentował światu i w którą sam próbował uwierzyć.

Spostrzegał siebie m.in. jako człowieka „brzydkiego”, „głupiego”, „nieśmiałego”, „nieporadnego”, „złego” i „trochę pracowitego”. Analizowaliśmy, skąd pochodzą te przekonania oraz czy i jakie mają powiązania z rzeczywistymi doświadczeniami pacjenta. Dyskutowaliśmy nad stałością cech i możliwością zmiany, która okazała się szczególnie istotna przy identyfikowaniu siebie jako „złego”, ponieważ blokowała podejmowanie działań, które byłyby z jego punktu widzenia „dobre”, zwłaszcza że odnaleźliśmy w jego biografii dziecięce pragnienie, aby stać się „żołnierzem, patriotą, walczyć ze złem, cierpieć dla innych”. Podjęliśmy także dyskusję nad rozumieniem odwagi, w której dzieliłam się też własną wiedzą i rozumieniem tego pojęcia. Pacjent zauważył, że jest do niej zdolny, „bo odważył się mówić o sobie”. Z perspektywy budowania poczucia wartości pacjenta istotne znaczenie miało udzielanie informacji zwrotnych. Za każdym razem, kiedy dostrzegałam jakieś jego zasoby albo osiągnięcia, mówiłam o tym. Pacjent doszedł do przeświadczenia, że „w niego wierzę”, co było pomocne. Kiedy efekty pracy terapeutycznej stały się widoczne, spotykał się z docenieniem partnerki oraz wychowawcy, który wyraził pozytywną opinię o nim wobec jego matki. To były budujące doświadczenia. Ale musiały też zmierzyć się z krytyką niektórych współosadzonych, którzy twierdzili, że „jest nienormalny” i ma „wyprany mózg”. Pacjent niejednokrotnie wyrażał wątpliwość, czy jest „normalny” i chciał poznać moją opinię w tej kwestii. Starłam się mu przekazać, że różni ludzie i różne środowiska mogą mieć różne normy, co owocuje odmiennym sposobem życia i że on ma prawo decydować o sobie, niezależnie od opinii innych. Zastanawiał się również, czy po zmianach, jakie w nim zaszły, jest naprawdę sobą. Relacja terapeutyczna stała się

przestrzenią, w której mógł siebie odkrywać i określać na nowo, tym razem w zgodzie ze swoją istotą („tylko pani zna mnie tego prawdziwego”).

Ważnym zagadnieniem w procesie poszukiwania własnej autentyczności było zmierzenie się z tematem przynależności do subkultury więziennej. Mając świadomość, że jest to wysoce wrażliwy temat na linii pracownik więzienia — osadzony, otworzyłam go jedynie, pytając o wartość „grypsowania” z punktu widzenia osobistego dobra pacjenta oraz o zgodność z jego autentycznymi potrzebami i odczuciami i pozostawiłam pacjentowi wolną przestrzeń. Po kilku kolejnych sesjach dał do zrozumienia, że stara się patrzeć na to „z różnych punktów widzenia, nie tylko zbója” (zwyczajowa nazwa osadzonego). Zachęcałam go do szukania własnego, osobistego ustosunkowania, niezależnego od jakichkolwiek zewnętrznych oczekiwań. Po ośmiu miesiącach dowiedziałam się od wychowawcy, że pacjent wystąpił z subkultury i prosił o przekazanie mi tej informacji. Mówił później, że pytania o subkulturę „tykały w nim jak bomba” i że zdecydował „nie poświęcać się” dla grupy. Zaczął rozumieć, że rola „grypsującego” więźnia nie do końca z nim koresponduje: „w zeszłym roku myślałem, że to nic takiego być parę lat w więzieniu, że to normalne. Teraz widzę, że to złe miejsce. Czuję złość. To do mnie nie pasuje”. W ostatnich tygodniach leczenia podjął także decyzję o zaprzestaniu kradzieży, o czym mówił z wyraźnym wzruszeniem: „Kiedyś okradłem starszego człowieka. Pani w sądzie napisała, że jestem zdemoralizowany i ja się obraziłem. A teraz widzę, że ona miała rację. [...] Ostatnio była taka starsza pani i skarżyła się, że ją okradli i że nie ma teraz pieniędzy na bilet. I poczułem, że już tak nie chcę. Nie chcę kraść”.

#### Czwarta fundamentalna motywacja (IV FM)

Czwarta fundamentalna motywacja jest ściśle związana z problematyką sensu, który może być spełniony poprzez przeżycie lub stworzenie czegoś wartościowego, a jeśli taka możliwość nie występuje, przez zachowanie wartościowej postawy [10]. Terapeutyczna praca na tym gruncie oscyluje wokół tematów, takich jak: wzbudzanie poczucia odpowiedzialności za własne życie, poszukiwanie wartościowych możliwości w aktualnej sytuacji czy określanie ważnych celów i kierunków życiowych.

W drugim roku leczenia pacjent skarżył się, że „czuje się pusty, jakby nie miał duszy”. Poszukiwania rozpoczęliśmy od dostrzeżenia wartościowych możliwości w jego aktualnym życiu i okazało się, że nawet w tak ograniczającej sytuacji, jak izolacja więzienna, można przeżyć i zaangażować się w coś sensownego. Dla pacjenta takimi nowo odkrytymi wartościami były: on sam i jego życie, trzeźwość oraz córka. W związku z powyższym uczestniczył w terapii i w mityngach AA oraz podjął starania o przedterminowe warunkowe zwolnienie. W telefonicznych rozmowach z partnerką i córką, zamiast koncentrować się na utrzymaniu kontroli, zaczął interesować się ich życiem i włączać się w nie na tyle, na ile to było możliwe. W poszukiwaniu wartościowych inspiracji sięgaliśmy także do literatury. Tym razem były to „Bajki filozoficzne” [16]. Do pacjenta najbardziej przemówiła opowieść o największym skarbie ulokowanym w ludzkim sercu. Przedefiniowywanie systemu wartości nie było zadaniem prostym. Pacjent niejednokrotnie doświadczał zagubienia i stawiał pytanie, „czy ma prawo” do nowego spojrzenia na świat, będąc „więźniem, alkoholikiem i narkomanem” oraz czy to normalne, że odczuwa spełnienie w rozmowach

terapeutycznych, kontaktując się ze swoją partnerką, pracując na budowie czy po prostu patrząc w niebo. Odkrył, że życie stanowi wartość samą w sobie, niezależnie od np. statusu materialnego, który w jego dotychczasowym systemie wartości zajmował bardzo wysoką pozycję. Zaczął formułować opinie, że „inni mają pieniądze, a ja mam uczucia” oraz cenić „wewnętrzny spokój”. Swoje doświadczenie poszukiwania wartości podsumował, że „coś było puste i się wypełniło”. W pacjencie zaszedł swoisty „przewrót egzystencjalny”. Z przekonania o byciu ofiarą losu i okoliczności oraz skłonności do obwiniania innych przeszedł do postawy odpowiedzialności za własne życie. W miejscu obojętnej pustki zrodziło się poczucie, że życie stanowi wartościową możliwość, którą można konstruktywnie zagospodarować: „Zastanawiałem się, dlaczego Bóg mnie stworzył. Na pewno nie po to, żebym grzeszył, nie po to, żebym kradł, pił, bił... Ale życie jest krótkie i coś trzeba z nim zrobić. Dusza jest wieczna. Po coś została włożona w tą skórę. Trzeba życie wykorzystać. Jeszcze nie wiem, jak”.

### Relacja terapeutyczna

Na początku leczenia nie podejmowaliśmy tematu samopoczucia pacjenta w relacji terapeutycznej. Byłoby to niemożliwe ze względu na jego niski poziom zaufania, a także na deficyt umiejętności świadomego rozpoznawania i nazywania własnych uczuć. Nie spotkałam się nigdy z otwartą wrogością, agresją ani z jakimkolwiek zachowaniem pacjenta, które naruszałoby moje granice osobiste, dostrzegałam natomiast jego dbałość o zachowanie odpowiedniego dla niego dystansu. Po wejściu do gabinetu odsuwał zawsze nieco fotel i zwiększał fizyczną odległość podczas rozmowy na korytarzu, nie odpowiadał też na uśmiech. Przez pewien czas, nawet gdy już możliwe było rozpoczęcie pracy nad osobistymi problemami, miałam odczucie, że jest całkowicie skupiony na sobie i chociaż mówi do mnie, to tak, jakby mnie nie widział. W późniejszym czasie inicjowałam otwarty dialog na temat relacji terapeutycznej i pacjent był już gotowy do podjęcia rozmowy. Twierdził wtedy, że częściowo mi ufa, ale nie do końca, ponieważ jestem pracownikiem zakładu karnego. Na kolejnym etapie leczenia jego zachowanie powoli ulegało zmianie — żywiej reagował na kontakt, uśmiechał się, czasem żartował. Często zadawał pytania i interesował się moim punktem widzenia na poruszane kwestie. W późniejszym czasie zaczął także rozumieć wartość i specyfikę pracy terapeuty w zakładzie karnym oraz wyrażać docenienie i wdzięczność. Po ponad roku zauważył: „lubię tu przychodzić. Ja nie przychodzę do pani jak do pracownika więzienia. Bardziej jak do koleżanki... nie, jak do przyjaciółki. To pierwszy raz w życiu”.

W analizie egzystencjalnej używa się sformułowania, że „lampa jest zapalana z zewnątrz” [12], co oznacza, że bez konstruktywnych interakcji z innymi ludźmi, bez doświadczenia „spotkania”, człowiek nie jest w stanie rozwinąć się w obszarze poszczególnych fundamentalnych motywacji. W przypadku tak rozległych deficytów, jakie miał pacjent, techniki terapeutyczne, bez dialogowej, pełnej akceptacji i szacunku relacji, nie byłyby wystarczające. Na wielu płaszczyznach pacjent nie miał zbudowanych własnych struktur i trzeba je było dopiero wykształcić. Relacja terapeutyczna była tą pierwszą w jego życiu chronioną przestrzenią, gdzie mogło to mieć miejsce. Staralam się nasycić tę przestrzeń akceptującą, wytrzymującą i autentyczną obecnością. Byłam uważna na psychologiczne

i duchowe potrzeby pacjenta, ale też na sytuacje, w których ulegał dynamice uzależnienia, co przejawiało się np. w formie nierozpoznanych przez niego symptomów głodu substancji psychoaktywnych czy w myśleniu i wypowiedziach ukształtowanych przez mechanizm iluzji i zaprzeczeń. Dzieliłam się wtedy otwarcie swoimi spostrzeżeniami, co nie zawsze spotykało się z otwartym przyjęciem z jego strony („na początku czułem złość, a później zauważałem, że pani widzi więcej”). Dzięki relacji terapeutycznej pacjent mógł doświadczyć akceptacji, empatii, uwagi, szacunku oraz docenienia i z tych „cegiełek” budować struktury w zakresie poszczególnych fundamentalnych motywacji. Dopiero tak podbudowany stał się zdolny do wchodzenia w kolejne relacje interpersonalne oraz do odpowiedzialnego kształtowania swojego życia, bez iluzorycznego wsparcia substancji psychoaktywnych.

### **Wyniki**

Pozytywne efekty leczenia stopniowo uwidaczniały się w codziennym funkcjonowaniu pacjenta w warunkach izolacji więziennej, a później w sposobie opuszczania zakładu karnego. W przeszłości, wychodząc z aresztu, czuł silną euforię prowadzącą do błyskawicznego powrotu do zażywania substancji psychoaktywnych, a w konsekwencji — do kolejnych przestępstw i utraty wolności. Tym razem w centrum jego doświadczenia była radość i pragnienie spotkania się z partnerką i córką. Z informacji uzyskanych od byłego już pacjenta po siedmiu latach od zakończenia terapii wynika, że w tym czasie utrzymywał abstynencję od substancji psychoaktywnych. Zawarł związek małżeński z dotychczasową partnerką, prowadził życie rodzinne oraz zawodowe i ocenił, że „czuje się szczęśliwy”. Zaangażował się także w życie wspólnoty AA i niejednokrotnie dzielił się świadectwem swojego życia, także w zakładzie karnym. Nie stwierdzono, aby w tym czasie popełnił jakieś przestępstwo.

### **Wnioski**

Informacje uzyskane w toku i po zakończeniu procesu psychoterapii wskazują na trwałość uzyskanych efektów. Leczenie zaowocowało w życiu pacjenta uwolnieniem od substancji psychoaktywnych i zaprzestaniem czynów przestępczych oraz wzbogaceniem o wewnętrzne spełnienie wynikające z zaangażowania w realizację autentycznych wartości. Wyniki terapii stanowią bezsprzeczną wartość z perspektywy jednostkowego życia pacjenta oraz jego rodziny, rozpatrywane zaś w szerszym kontekście mogą stać się źródłem inspiracji w rozwijaniu i doskonaleniu form pomocy kierowanej do wchodzących w konflikt z prawem, uzależnionych osób. Z uwagi na całościową wizję człowieka umożliwiającą kompleksową pracę nad całokształtem psychologicznych i duchowych problemów pacjenta oraz centralną rolę relacji terapeutycznej i zachodzącego w niej „spotkania”, analiza egzystencjalna adekwatnie wpisuje się w omawiane na wstępie specyficzne potrzeby uzależnionych skazanych. Pełna akceptacji, docenienia i empatii, mieszcząca się we właściwych granicach relacja terapeutyczna może stanowić furtkę, przez którą skazany powraca do społeczeństwa, a niejednokrotnie pojawia się w nim po raz pierwszy. Powyższe wnioski warto byłoby poddawać dalszej weryfikacji na podstawie analizy kolejnych przypadków oraz badań empirycznych.

### Piśmiennictwo

1. Fudała J, Głowik T, Witek S. Więźniowie się leczą. Ter. Uzal. Współuzal. 2000; 5.
2. Majcherczyk A. Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych. Alkohol. Nark. 2007; 20(3): 321–342.
3. Zajęcka B. Terapia osób uzależnionych od alkoholu w jednostkach penitencjarnych. Prace naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Seria: Pedagogika. 2008; t. XVII, 125-140.
4. Fudała J, Głowik T, Witek S. Specyfika leczenia odwykowego w zakładzie penitencjarnym. Alkohol a zdrowie, 1997; 18: 22–25.
5. Witkiewicz B. Psychologiczna charakterystyka pacjentów więźniów oddziału odwykowego. Alkohol a zdrowie. 1997; 18: 28–30.
6. Głowik T. System terapeutyczny w jednostkach penitencjarnych. Świat Prob. 2002; 5.
7. Szaszkiwicz M. Tajemnice grypskerki. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych, 1997.
8. Jakubik A. Zaburzenia osobowości. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1999.
9. von Kirchbach G. Existential analysis. Europ. Psychother. 2003, 4(1): 33-46.
10. Frankl V. Wola sensu. Założenia i zastosowanie logoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca, 2010
11. Längle A. Analiza egzystencjalna — poszukiwanie zgody na życie. Psychoter. 2003; 2 (125): 33–46.
12. Längle A. Niepublikowane materiały ze szkolenia w nurcie analizy egzystencjalnej i logoterapii prowadzonego pod patronatem Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse — Wien (GLE-International). Warszawa, 2014 (archiwum własne autorki)
13. Evstigneeva E. Opioid drug addiction and the fundamental existential motivations. Existenzanal. 2015; 32 (2): 107–110.
14. Muir B. Addiction and meaning. Existenzanal. 2015; 32(2): 111–115.
15. Saint-Exupéry A. Mały Książe. Białystok: Krajowa Agencja Wydawnicza, 1993.
16. Piquemal M. Bajki filozoficzne. Warszawa: POLITYKA Spółdzielnia Pracy, 2002.

Adres: aneta\_karas@wp.pl