

Psychodynamika i psychoterapia

W poprzednim rozdziale skupiłem się głównie na dylematach diagnozy nozologicznej seksuoholizmu. Zobaczyliśmy, w jak różny sposób można widzieć cierpienie. Obecnie przedstawię zagadnienie psychodynamiki, tj. przyczyny zaburzeń i ich mechanizmy, co też czasem określane jest jako psychopatologia (rozumiana w szerszym znaczeniu niż samo rozpoznawanie objawów). Do realizacji tego celu posłużę się wypracowanymi tezami, które postawiłem na końcu poprzedniego rozdziału.

Bierzmy się zatem do roboty, tym bardziej że zniecierpliwienie narasta.

W pracy klinicznej spotykamy się zarówno z osobami, które nie funkcjonują w związkach, a ich problemy to głównie pornografia, masturbacja, przypadkowy i płatny seks, jak i z takimi pacjentami, gdzie zachowania seksuoholiczne wpisane są w funkcjonowanie pary i jednocześnie indywidualną psychopatologię. Czasem wystarczy przeanalizować indywidualną dysfunkcję, jednak niezbędne jest też czasem zobaczenie problemu w szerszej perspektywie. Dlatego już na wstępie rysują się dwa podejścia:

- indywidualna konstrukcja psychiczna osób z tym zaburzeniem,
- psychodynamika pary z problemem seksuoholizmu.

To właśnie założenie o pewnej dychotomii i niejednorodności problemu jest punktem wyjścia do dalszych rozważań. W pewnych typach dominującym wariantem będzie „samotny seks”, zaś w innych problem dotyczy dwojga osób (lub więcej). Z kolei opis psychodynamiki oparłem na wnioskach z poprzedniego rozdziału. Dla każdego typu seksuoholizmu opracowałem inne wyjaśnienia. Przyjrzymy się czterem typom tego zaburzenia (model uzależnieniowy, kontroli impulsu, narcystyczny i obsesyjno-kompulsywny). Gdzieś tam wprowadzam ćwiczenia, które pozwolą na doświadczenie stanu opisanego na kolejnych stronach. Każdy podrozdział kończę zestawieniem pojęć przydatnych do conceptualizacji problemu w danym paradygmacie oraz opisem przebiegu fragmentu sesji psychoterapii grupowej wraz z komentarzem. Decyzja o opisaniu sesji z pacjentami, jest dla mnie ryzykowna. Wyrywane z kontekstu treści nie pokażą oczywiście pełni relacji, nie ukążą szerszego

pola, dającego jaśniejszy obraz. Pokazują jednak to, co wydaje mi się ważne: życie, jakkolwiek brudne by nie było, zawsze niesie w sobie potężną dawkę energii. Nie uczę tu metody pracy. Umieszczam je jako tło spójne z głównym wątkiem książki.

1. Seksoholizm jako uzależnienie (TYP I)

Doświadczenie uzależnienia opisałem na podstawie filmu, który kiedyś zobaczyłem w internecie. Pokrótkę przedstawię jego treść, adaptując ją do potrzeb tego ćwiczenia. To doświadczenie pozwoli zrozumieć, z jakim zjawiskiem mamy tutaj do czynienia, a treści opisane dalej będą łatwiej przyswajalne.

Kurczak i tajemniczy kwiatek

Wyobraź sobie, że jesteś małym kurczątkiem, które bardzo pragnie, aby latać. Nie możesz przestać wpatrywać się w niebo, gdzie wysoko latają zwinne ptaki. Pewnego dnia, dziobiąc sobie spokojnie ziarna, znajdujesz jakiś pięknie pachnący kwiatek. Oj, jaki jest cudny! Ale gdy go wąchasz, staje się coś niezwykłego. Możesz latać! Unosisz się w przestworzach, fruwasz niczym orzeł ponad chmurami. Moc zapachu kwiatka mija i lądujesz na ziemi. Jesteś trochę zmęczony, potrzebujesz odpocząć. Rozglądasz się wokół siebie, ale nie bawi cię już zwykle dziobanie ziaren i zabawy z innymi kurczakami. Marzysz jedynie o tym, aby znowu wzbic się w przestworza. Wracasz następnego dnia do miejsca, gdzie rośnie kwiatek. Jest! Wąchasz... i znowu szybujesz. Jednak zmęczenie z wczorajszego dnia nie pozwala ci już tak wysoko unieść się w przestworza. Mimo wszystko nadal jest pięknie. Trochę bardziej twardo lądujesz na ziemi, ale warto było! Znowu wyczekujesz kolejnego dnia, aby powtórzyć wyczyn. I chociaż latasz jeszcze niżej, a przy lądowaniu zwichnąłeś sobie łapkę, marzysz o powtórce. Jednak kolejna próba kończy się tylko krótkim lotem. No cóż, jest to i tak lepiej, niż nie latać w ogóle! Pamiętasz przecież, jak można było latać wysoko! To na pewno się jeszcze powtórzy! Już dawno nie bawisz się z innymi kurczakami, nie jesz, tylko patrzysz w górę, mając nadzieję, że znowu powtórzysz swój wyczyn. Po kolejnym spotkaniu z kwiatkiem stać cię już tylko na lekki podskok. Wycieńczony, nie masz już siły i tylko leżysz. Może jednak spróbować ten ostatni raz? Tak, koniecznie! Wąchasz, twoje oczy się zamykają i zapada mrok...

Ćwiczenie 3. Doświadczenie uzależnienia (opracowane na podstawie A. Hykkade¹)

Istnieje wiele koncepcji próbujących wyjaśnić zjawisko uzależnień. R. Shaub i G. Shaub wymieniają następujące modele²:

¹ *Nuggets*, reż. A. Hykkade, Niemcy 2014, <https://www.youtube.com/watch?v=HUnGLgGRJpo> [dostęp: 1.12.2015].

² R. Shaub, G. Shaub, *Psychosynthesis and the Recovery from Addictions*, „International Journal of Psychotherapy” 2012, t. 16, nr 2, s. 37–47.

- **medyczny:** przy odpowiednio długim używaniu substancji pojawia się zespół odstawienia, który powoduje ponowne przyjmowanie substancji;
- **genetyczny:** istnieje predyspozycja do uzależnienia się. Ta predyspozycja jest aktywowana przez używanie substancji;
- **samoleczenia:** alkohol jest używany jako lek na depresję czy zaburzenia lękowe;
- **rodziny dysfunkcyjnej:** osoba uczy się w swojej rodzinie, że sposobem na radzenie sobie z problemami jest alkohol;
- **rozwoju psychoseksualnego:** fiksacja na określonej fazie rozwoju powoduje określone zaburzenia. Fiksacja oralna może spowodować rozwój uzależnień;
- **psychologii ego:** deprywacja pielęgnacji czy odzwierciedlenia dziecka mogą spowodować słabość ego i wówczas trudno jest sobie radzić w dorosłym wieku z presją życia. Alkohol pomaga zlikwidować ten stan egocentrycznego lęku;
- **natychmiastowej gratyfikacji:** osoby uzależnione mają niski próg frustracji i potrzebują szybko zaspokajać swoje impulsy i łagodzić tę presję;
- **defektu charakteru:** rozwijany w grupach samopomocowych – uzależnienie jest defektem moralności. Pośpieszne tempo współczesnego świata wzmacnia ich impulsywność;
- **transowy:** oparty na zasadzie przyjemności – jeśli umysł raz doświadczył przyjemności podczas użycia narkotyku, będzie dążył do powtórzenia tego, co jest jak sugestia hipnotyczna;
- **transpersonalny – związany z intoksykacją:** stoi za nim naprawdę duchowe pragnienie rozszerzenia swojej świadomości przez użycie substancji;
- **transpersonalno-egzystencjalny:** ludzka natura pełna jest defektów i lęku. Uzależnieni doświadczają przeraźliwie tych stanów i łagodzą je przez użycie substancji.

Twórcy zestawienia zwracają uwagę na to, że jest coś, co łączy te wszystkie koncepcje. Jest to najgłębsze uczucie zranienia, słabości, czułego punktu, które powoduje rozwój uzależnienia. Każdy z nas tego doświadcza. Jednak dla osób, które popadają w nałóg, jest to nie do zniesienia i szukają ukojenia w substancji psychoaktywnej. W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że uzależnienie jest wtórne wobec tego problemu. W leczeniu potrzebny jest rozwój emocjonalny, prowadzący do wypracowania zdrowszych reakcji na doświadczenie tej słabości. Jest to nieco podobny sposób myślenia do tego, który przedstawia S. Peele.

Czy można wykorzystać ten wniosek do zrozumienia seksoholizmu? Czy jest to na tyle elastyczna koncepcja, że może być zastosowana do leczenia tego nałogu? Wydaje się, że u początku myślenia o uzależnieniach behawioralnych leżało właśnie takie założenie: bolesne doświadczenie braku, które przez rozwój duchowy i emocjonalny prowadzi do uzyskania równowagi i wewnętrznej harmonii.

Gdy spojrzymy czterdzieści lat wstecz, do koncepcji S. Peele'a, właśnie taki wymiar odnajdujemy. Wówczas, w swojej kluczowej pracy *Love and Addiction* ostro przeciwstawił się medycznej koncepcji uzależnień, zwracając uwagę na kulturowy i społeczny aspekt problemu. Należy przy tym pamiętać, że właśnie to dzieło zainspirowało P. Carnesa do stworzenia koncepcji uzależnienia od seksu. Temat ten przywołuje A. Kwee w artykule z roku 2007³. Autor mówi o sobie, że jest terapeutą mocno zakorzenionym w modelu medycznym. Próbuje jednak zobaczyć, co dla niego wynika z tej antybiologicznej koncepcji. Tak jak kiedyś K. Horney napisała książkę *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, tak wtedy, w latach 70., S. Peele zapoczątkował nowy rozdział myślenia o nałogowej osobowości naszych czasów.

S. Peele i A. Brodsky stwierdzili, że uzależnienie to duchowe i emocjonalne zużycie, które prowadzi do inwestowania w rzeczy lub osoby, w celu poszukiwania bezpieczeństwa i poczucia własnej wartości. Przynosi to chwilową ucieczkę od pustki, ale ponieważ nie daje trwałego spełnienia, spirala uzależnienia nakręca się, a cykl jest powtarzany. Taki rodzaj przywiązania do czegoś dla S. Peele'a jest właśnie antytezą miłości, czyli nałogiem. Tęsknota za biskością zamienia się tutaj w swoje przeciwieństwo. W miejsce doświadczenia zależności pojawia się przeżycie „bycia pod wpływem”. Autorzy zaznaczają: „W tym stanie bytu, cokolwiek to jest, leży klucz do zrozumienia uzależnienia. Alienacja ludzi w technologicznym świecie sprzyja rozwojowi nałogów. Znika zdolność do autentycznej miłości, zastępuje ją przywiązanie do rzeczy”⁴. Ale czy jest coś, co może zapełnić tę pustkę?

Jego myśl, że do powstania uzależnienia nie jest potrzebna substancja, ale kluczowym zjawiskiem jest doświadczenie jej efektu, doprowadziła szybko do rozwoju pomysłu na nowe nałogi. Pojawiła się furtka, która z pozoru – wydawało się – prowadziła ku czemuś lepszemu: skoro nie jest ważna substancja, ale wynik jej działania, to można uzależnić się od wszystkiego! W ten sposób koncepcja ta została wypaczona. W książce *Uzależnienie i Łaska*, G. May wymienia 178 uzależnień od czynności i poczuć⁵. Zaczęto tworzyć wokół tych wynaturzonych tworów kolejne teorie i w efekcie znaleźliśmy się w sytuacji, gdzie trzeba sięgnąć do źródeł, aby zrozumieć, w jakim jesteśmy teraz miejscu i jak bardzo zagubiliśmy tę przewodnią myśl. Zapomniano, że S. Peele nie zachęcał do tworzenia nowych uzależnień. Chodziło mu o zwrócenie się ku człowiekowi, a nie ku temu, co powoduje

³ A. Kwee, *Constructing Addiction from Experience and Context: Peele and Brodsky's Love and Addiction Revisited*, „Sexual Addiction & Compulsivity”, nr 14 (3), s. 221–237, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10720160701480535?journalCode=usac20> [dostęp: 22.01.2016].

⁴ S. Peele, A. Brodsky, *Love and Addiction*, New York: Taplinger 1975, <https://lifeprocessprogram.com/love-and-addiction-2-what-addiction-is-and-what-it-has-to-do-with-drugs> [dostęp: 20.02.2016].

⁵ G. May, *Uzależnienie i Łaska*, Poznań: Media Rodzina 1988.

zależność. Pozbawiona humanizmu ideologia znowu wygrała. Zapomnieliśmy o tym, że S. Peele mówił, iż uzależnienie to stan umysłu. Nie ma znaczenia, co ktoś bierze czy robi. Problem jest po stronie człowieka. Uzależnienie definiuje on nie ze względu na zażywanie jakiegoś narkotyku czy robienie czegoś, ale ze względu na posiadanie odruchu zależności – czyli bierności: przyjęcia czegoś z zewnątrz, by kontrolowało nasze życie. Dotyczy to także sposobów wychodzenia z nałogu.

S. Peele zauważa, że większość grup (nawet samopomocowych) nie skupia swojej uwagi na samym nawyku, ale na wyeliminowaniu stosowania takiego czy innego narkotyku. Twierdzi jednak, że lepiej być uzależnionym od wspólnoty niż od jakiegoś środka. Nie jest to jednak leczeniem. Uważa, że badanie symptomatologii czy chemii, ograniczanie dostępności do substancji, to odwracanie uwagi od zasadniczego problemu, którym jest społeczeństwo. Gdyby tyle energii, co w walkę z narkotykami, zużyć na poprawianie relacji pomiędzy jednostką a grupą społeczną (zwiększenie poczucia wpływu jednostki na otoczenie), wówczas faktycznie zajęlibyśmy się rozwiązywaniem problemów stanowiących przyczynę rozwoju uzależnień.

Jak prawdziwy punk z końca lat 70. S. Peele jest bezkompromisowy i ujawnia zakłamanie w całej pełni⁶. Jednak wszyscy wiemy, jak skończył ten anarchistyczny ruch: zostali wmieleni w miątką kulturę pop, wyczuci ze swojej butności, aż w końcu musieli ulec wszechobecnej komercjalizacji. Sam pamiętam z młodości wizyty na Festiwalu Rockowym w Jarocinie w latach 80. Jeśli na scenie pojawiał się zespół, który „splamił się” obecnością w telewizji, od razu był wygwizdany. W tej chwili jest dokładnie na odwrót... Tak właśnie czas potraktował słowa S. Peele’a i A. Brodsky’ego. Czy w ogóle jest obecnie możliwe, abyśmy na nowo odczytali ich sens? Być może tak, powoli zauważamy, że dotychczasowe działania w obszarze ograniczania dostępności do narkotyków nie przyniosły spodziewanych efektów, programy terapii wciąż nie są tak skuteczne, jak się tego od nich oczekuje... Może potrzebujemy przyznać, tak jak członkowie ruchu Anonimowych Alkoholików, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu i że warto zweryfikować wszystko to, co zostało zrobione i zacząć coś nowego? Jeśli jesteśmy w ślepej uliczce, lepiej zawrócić, niż udawać, że gdzieś jeszcze można dojść... Spróbuję jeszcze powrócić do tej refleksji w kilku miejscach, gdyż wydaje się ważna.

Zostawmy rewoltę punkową gdzieś na boku, patrząc na nią zyczliwie i mając nadzieję, że ten punkt widzenia pozwoli nam nabrać więcej dystansu do tego, co dzieje się w zakresie budowania kategorii seksoholizmu. Konkluzja jest zatem taka, że co prawda przyjęcie tradycyjnych modeli leczenia uzależnień, o którym pisałem w rozdziale I, daje pewną elastyczność, jednak ciągle mam

⁶ Ciekawe, czy zgodziłby się z takim zakwalifikowaniem jego działalności naukowej?

wątpliwość, czy to na pewno wystarczy, aby skutecznie radzić sobie z problemami takimi jak seksoholizm.

Koncepcja S. Peele'a jest niewątpliwie intrygująca, niesie jednak ze sobą pewne ryzyko: bardzo trudno jest zbudować wokół niej jakiś model teoretyczny oparty na klinicznej wiedzy. Czym jest to „doświadczenie braku”? Czy jest znane z opisu innych zaburzeń? Czy jest to szczególny rodzaj przeżycia, typowy wyłącznie dla osób posiadających skłonność do uzależnienia? Dlaczego jedni potrzebują użyć czegoś, a inni nie? Dlaczego dla jednych ta „wewnętrzna rysa” to doświadczenie niezwykle bolesne, a inni jakoś je znoszą?

Warto zauważyć, że temat „bolesnej zadry w człowieku” nie jest obcy i nieznanym. Człowiek o niezwykle otwartym umyśle, ks. K. Michalski pisał: „Zarówno Adler, jak i Alers uznają, że ludzie usiłują częstokroć znaleźć się u góry przez to, że innych spychają w niziny, ulegając podszeptom głęboko ukrywanej siły zawiści. Co się znajduje na dnie zazdrości, zawiści i nienawiści? Tomistyczna teza powie, że na dnie czai się smutek jak niezabliźniona rana, z której idą jady na cały ustrój psychiczny”⁷. W innym miejscu z kolei ów autor nazywa to w ten sposób: „Mimo tożsamości natury różnią się ludzie między sobą nie tylko przez rysy indywidualne, lecz także przez to, że jedni w swej naturze posiadają jakąś skazę, a inni jej nie posiadają”⁸. Za każdym razem ks. K. Michalski odwołuje się do tomizmu, jednak tak konkluduje swoje rozważania: „Św. Tomasz nie miał być może zmysłu dla psychopatologii”⁹. I tak właśnie jest również z S. Peelem – ma tę wadę co św. Tomasz!

Wydaje mi się, że można jednak przenieść tomistyczną myśl S. Peele'a na grunt kliniczny, chociaż nie jest to łatwe do przedstawienia. Sądzę, że psychopatologia umie opracować w swoim aparacie pojęciowym problem „wewnętrznej rysy”. Użyję trzech możliwości (ale może być ich więcej), o których napiszę w dalszej części książki. Poniekąd każde wyjaśnienie problemów psychicznych jest opisem takiej „skazy charakteru”. Oznacza to jednak, że przestajemy się zastanawiać nad kwestią: „pić czy nie pić?”, „brać czy nie brać?”, „robić czy nie robić?”, a zaczynamy poszukiwać tej tajemniczej zadry, boleści, która za tym wszystkim stoi.

Jak widać, potrzebujemy diagnozy psychologicznej w takim ujęciu. Warto też wyjaśnić, co z nią zrobimy, jeśli już będziemy wiedzieć, co to jest. Wszystko, co zostanie napisane dalej, jest właśnie rozwinięciem myśli tego humanisty

⁷ K. Michalski, *Między heroizmem a bestialstwem*, Częstochowa: Częstochowskie Wydawnictwo Diecezjalne 1984, s. 239.

⁸ Tamże, s. 167.

⁹ Tamże, s. 169.

– poszukiwacza. Jest postawieniem „na głowie” tego, co myślimy o uzależnieniach. Rezygnuję z patrzenia na problemy człowieka z punktu widzenia tego, co on robi. Spoglądam na wszystko, zastanawiając się, kim jesteśmy. To całkowite odrzucenie nie tylko modelu medycznego, który jednoznacznie koncentruje się na zmianach związanych z przyjmowaniem substancji czy wykonywaniem jakiejś czynności. To także odrzucenie modelu samokontroli, który wprawdzie zakłada jakąś podmiotowość osób uzależnionych, ale wciąż jednak odwraca uwagę od tych najważniejszych pytań o naturę człowieka. Widzimy wyraźnie szczególną sytuację dotyczącą rozumienia uzależnień: zbytnia medykalizacja tematu powoduje, że rezygnuje się wówczas nie tylko z diagnozy psychologicznej, ale nawet z psychoterapeutycznej. Próbę rozwiązania tego dylematu podjął J. Mellibruda¹⁰, który z jednej strony uwzględnił założenia modelu medycznego (to substancja zmienia człowieka), z drugiej natomiast stworzył psychologiczną koncepcję mechanizmów uzależnienia, które powstały w wyniku działania tej substancji. Teoria ta spotyka się z krytyką tych, którzy przyczyn uzależnienia upatrują jednak w wewnętrznych procesach psychicznych (czyli owej „bolesnej zadry”), akcentując, że na rozwój tego zaburzenia ma wpływ nie tylko specyficzne działanie substancji, ale przede wszystkim struktura psychiki danego człowieka (o czym już pisałem).

Czy S. Peele miał rację? Czy należy czym prędzej uciekać z miejsca, które nie daje perspektyw na przyszłość, gdyż niezbyt fortunnie rozkłada akcenty w zajmowaniu się problemem? To bardzo prawdopodobne. Jak to dobrze, że seksoholizm nie jest na tyle mocno ugruntowanym zaburzeniem, że możemy szukać różnych wariantów jego rozumienia! Co by się stało, gdybym próbował w ten sposób pisać o alkoholizmie? A może jednak piszę? Może wystarczy zamienić słowo „seksoholizm” na „alkoholizm” i wszystko będzie tak samo uzasadnione? A to sztukmistrz z tego S. Peele’a! Może jednak *Punk’s Not Dead*?

Pojęcia przydatne do konceptualizacji problemu w paradygmacie uzależnieniowym: potencjał uzależniający, zmiana tolerancji, utrata kontroli, objawy odstawienia, pragnienie wykonania czynności, samoregulacja, negatywne konsekwencje zachowania, rozwój duchowy, abstynencja, ograniczenie zachowania, mechanizmy uzależnienia, próby ograniczania

Rysunek 12. Pojęcia przydatne do konceptualizacji problemu w paradygmacie uzależnieniowym

¹⁰ J. Mellibruda, Z. Sobolewska-Mellibruda, *Integracyjna psychoterapia uzależnień*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP 2006.

Analiza kliniczna – przebieg psychoterapii grupowej

Pacjent: Mam taki problem... chodzę na terapię indywidualną do Joanny, ona jest megaskuteczna, zauważy wszystko, czuję się przy niej jak dziecko, czasem jestem taki wkurwiony na nią, wchodzę w rywalizację, ale ona ma rację, jakby to powiedzieć... ona jest wrogiem mojego narcyzmu, wszystko wie... (1)

Terapeuta: Czujesz się przy niej zawstydzony? (2)

Pacjent: Tak, po każdej sesji muszę się masturbować, to wstyd napędza tą masturbację... (3)

Terapeuta: Kobieta cię zawstydzła... (4)

Pacjent: Tak, a mężczyzna powinien być silny, nie wolno mu okazywać słabości, szczególnie przy kobiecie... a ona pokazuje mi wszystkie moje słabości... (5)

Głos z grupy: A jak myślisz, jakie ona ma intencje wobec ciebie? (6)

Pacjent: No właśnie, czasem myślę, że ona mnie chce na czymś przyłapać: „A ty chuju, mam cię” (7)

Głos z grupy: Ja też tak miałem, wychodziłem wkurwiony z sesji z moją terapeutką, dopiero ostatnio zrozumiałem, że powinienem przyjmować, to się dopiero ostatnio zmieniło, gdy zacząłem o tym mówić, dużo jest mi lepiej, od kiedy potrafię rozmawiać ze swoją terapeutką i przyjmować to, co mi mówi... (8)

Terapeuta: No widzisz, trochę to wygląda tak, jakby dziecko przyszło do swojego taty i powiedziało: „Tata, a mama mnie wyzywa...” A tata na to: „Tak? A co ci mówi?” „A że jestem niegrzeczny...” (9)

Grupa: (śmiech) (10)

Terapeuta: Ważne, żebyś pamiętał, co grupa ci powiedziała. Bo trochę to jest tak, jakbyś chciał nas przeciągnąć na swoją stronę, zamiast załatwić problem na sesji... jak myślisz, dlaczego? (11)

Pacjent: No dobrze, rozumiem, skończmy ten temat... (12)

Terapeuta: To powiedz jeszcze, co rozumiałeś (13)

Pacjent: Że zamiast się tak wkurwiać na nią, lepiej będzie, jak nauczę się przyjmować (14)

Terapeuta: Tyle na razie ci wystarczy w tej sprawie?

Pacjent: Tak

Komentarz

(1) Pozwalam pacjentom mówić tak, jak chcą, stąd jeszcze wiele razy pojawią się w ich wypowiedziach niecenzuralne słowa. Nie ma w grupie dzieci, sami dorośli. To dosyć ciekawy temat, na ile można nie cenzurować słów pacjentów, a kiedy zwracać na to uwagę, ale nie będę się nim zajmował w tej publikacji. Toteż proszę jedynie przyjąć, że taki mam sposób prowadzenia zajęć, że tego typu wypowiedzi są możliwe.

- (2) Może mniej widać to w treści, ale w sposobie przekazu było to bardzo wyraźne.
- (3) Pojawia się wyraźny mechanizm: napięcie – ulga, bardzo zbliżony do doświadczenia głodu substancji w uzależnieniach chemicznych.
- (4) Ta interwencja miała na celu uruchomienie refleksyjności, niezbędnej do głębszego zbadania tego schematu.
- (5) Pojawiła się oczekiwana refleksja.
- (6) Bardzo czujna uwaga uczestnika grupy, tu się pojawia siła grupy i jej moc terapeutyczna.
- (7) Pacjent dzieli się otwarcie swoim doświadczeniem wewnętrznym.
- (8) Ponownie bardzo celne spostrzeżenie innego uczestnika.
- (9) Ta metafora stanowi próbę zinterpretowania celu wypowiedzi pacjenta, oczekiwanie, że zostanie potwierdzona jego teoria o złej terapeutce i dobrym pacjencie. Gdyby tak się stało, mechanizm zostałby wzmocniony.
- (10) Naturalna reakcja, pojawiło się więcej dystansu do tych jednak trudnych treści.
- (11) Stworzyła się przestrzeń na interpretację wyrażoną bardziej wprost.
- (12) Obecny jest wgląd, ale i zmieszanie, nie można w takim stanie zostawić pacjenta.
- (13) Zachęta do wypowiedzi.
- (14) Bardzo trafna refleksja, pomocna w zatrzymaniu mechanizmu.

Analiza

Pacjent dość wyraźnie opisuje schemat zachowania typu: napięcie (przebieg sesji terapii indywidualnej) – ulga (masturbacja). Przyjmując model uzależnieniowy, nie staram się interpretować tego w jakiś głęboki sposób. Po prostu zależy mi na tym, aby osłabić siłę dążenia do ulgi. Pomocna jest w tym refleksyjność pacjenta, prowadząca do korekty postawy. Oczywiście jeśli w dalszej terapii problem będzie nadal obecny, wówczas konieczne będzie sięgnąć po inne metody. Na razie korzystam z zasady minimalizmu terapeutycznego: najpierw prosto, później bardziej skomplikowanie.

Ten fragment jest też przykładem łączenia sesji indywidualnych z grupową, gdzie grupa staje się kontenerem tego, co w jakiś sposób nie zostało ujawnione w terapii indywidualnej. Można sądzić, że gdyby nie grupa, pacjent mógłby przerwać psychoterapię, nie radząc sobie z masywnym przeniesieniem na terapeutkę. Gdyby zrezygnować z myślenia o uzależnieniowym charakterze problemu i przyjąć, że utrata kontroli wynika z załamania procesów samoregulacji, można by tu mówić o niewystarczającej samoregulacji w aspekcie niewystarczającego monitorowania (z jednej strony – chęć dokonania zmian, ale zachowanie obrazu siebie jako silnego, niezależnego mężczyzny, z drugiej – psychoterapia wymaga, aby ujawnił swoje słabości i wszedł w zależnościową relację z terapeutką).