

## Metoda Konfrontacji z Sobą – w zastosowaniu do terapii uzależnień od narkotyków

The Self-Confrontation Method  
– as applied to drug addiction therapy

Elwira Brygoła<sup>1</sup>, Janusz Koczberski<sup>2</sup>, Piotr Oleś<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

<sup>2</sup>Centrum Pomocy Psychologicznej i Psychoterapii, Lublin

<sup>3</sup>Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Instytut Psychologii

**Abstract** – The article presents the implementation and results of the Self-Confrontation Method as applied by Hubert Hermans and Els Hermans-Jansen, in work with a person addicted to drugs. It is presented and discussed in the form of a life story case study of an addicted woman. Before its implementation, the Self-Confrontation Method was carefully adapted to the addiction context. The article shows how this method can be a tool to improve work with a person who has long-lasting difficulties with getting out of addiction and successive recovery. Possibilities of making therapy more efficient with the Self-Confrontation Method are presented, as well as constraints to its effective application, especially in clients who do not maintain abstinence from drugs, are not motivated enough or display impaired self-reflection ability.

**Key words:** Self-Confrontation Method, addiction therapy, self-reflection, personal meanings, valuation

**Streszczenie** – Artykuł przedstawia sposób i efekty zastosowania Metody Konfrontacji z Sobą Hermansa i Hermans-Jansen w pracy z osobą uzależnioną od narkotyków. Zarysowano teoretyczne i praktyczne założenia powstania metody. W formule studium przypadku skrótoowo pokazano historię życia kobiety od kilkunastu lat zażywającej narkotyki i podejmującej nieskuteczne próby wyjścia z nałogu. Przedstawiono sposób wykorzystania odpowiednio zaadaptowanej do kontekstu uzależnienia Metody Konfrontacji z Sobą – jako narzędzia wspomagającego pracę z osobą mającą długotrwałe trudności z wyjściem z uzależnienia i z sukcesywnym procesem zdrowienia. Wskazano na możliwości usprawnienia przebiegu terapii, jakie daje ta metoda, a także na ograniczenia skuteczności jej stosowania, zwłaszcza wśród osób, które nie utrzymują abstynencji, nie mają do tego wystarczającej motywacji lub przejawiają osłabioną zdolność autorefleksji.

**Słowa kluczowe:** Metoda Konfrontacji z Sobą, terapia uzależnień, autorefleksja, znaczenia osobiste, wartościowanie

Finansowanie/Financial support: praca nie była finansowana

Konflikt interesów nie występuje/No conflict of interest declared

## 1. System znaczeń osobistych: czym jest i jak można go badać?

Człowiek jako istota świadoma i refleksyjna konstruuje unikatowy system znaczeń osobistych a zarazem dysponuje możliwością wprowadzania zmian kierowanych refleksją. W procesie wartościowania doświadczeń określa znaczenie zdarzeń, wybiera ważne, nadaje im określony sens i porządkuje je w pewną całość (1). W ramach podejścia fenomenologicznego nasze „ja” można określić jako uporządkowany proces wartościowania. Wartościowanie odnosi się do wydobywania z przeszłości, terażniejszości i antycypowanej przyszłości takich znaczeń, które są osobiście ważne, wraz z ich znaczeniem afektywnym, czyli towarzyszącymi im uczuciami: pozytywnymi, negatywnymi albo ambiwalentnymi. Proces oznacza nieustanną interpretację i reinterpretację doświadczenia na poziomie świadomym, a jednocześnie odbywa się na poziomie ukrytym, obejmującym doznania afektywne. Te ostatnie wynikają z funkcjonowania dwóch motywów – motywu umacniania siebie i motywu kontaktu z innymi – wokół których organizowany i w konsekwencji porządkowany jest system znaczeń osobistych (1).

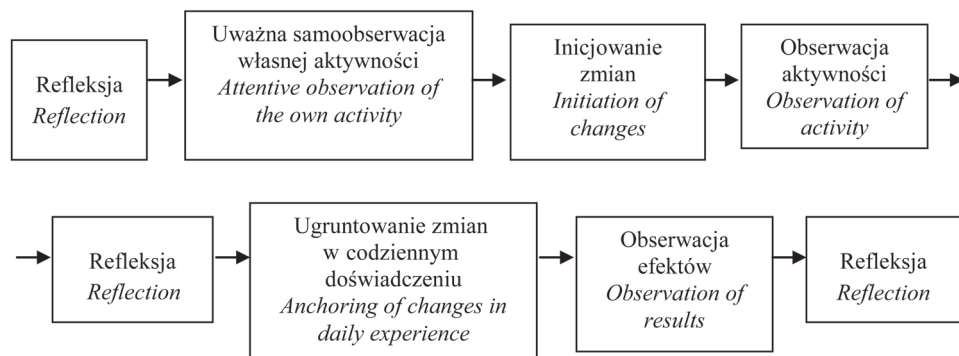
Metoda Konfrontacji z Sobą służy do badania systemu znaczeń osobistych, co ma prowadzić do zainicjowania ukierunkowanego refleksją procesu zmian. Twórcami metody są holenderscy psychologowie: Hubert Hermans – twórca teorii wartościowania i jeden z najwybitniejszych współczesnych przedstawicieli nurtu dialogowego w psychologii, a także Els Hermans-Jansen – wieloletnia psychoterapeutka, z bogatym doświadczeniem klinicznym. Metoda jest zatem efektem współpracy wybitnego naukowca-teoretyka i doświadczzonego praktyka. Zgodnie z orientacją twórców, opiera się na założeniach psychologii fenomenologicznej i dialogowej. Właśnie w dialogu z psychologiem, klient formułuje wartościowania dotyczące osobistej przeszłości, terażniejszości i przyszłości. Są to refleksyjnie ujęte ważne doświadczenia osobiste. Następnie, odnosząc je do uczuć, eksploruje ich afektywne konotacje, a w dalszej dyskusji z psychologiem odkrywa strukturę systemu znaczeń, poszukując powiązań pomiędzy wartościowaniami. Eksploracja systemu znaczeń odbywa się poprzez poszukiwanie podobieństw w klimacie emocjonalnym poszczególnych wartościowań. Istotne znaczenie mają motywy podstawowe określane na podstawie uczuć: umacnianie siebie (S) i pragnienie kontaktu z innymi (O).

Warunki badania Metodą Konfrontacji z Sobą to: (I) motywacja do opowiedzenia własnej historii i wydobycia z niej tego, co subiektywnie ważne; (II) motywacja do dokonania swobodnego przeglądu życia, która ma zmierzać do pogłębionego samopoznania, w tym określenia wątku przewodniego na danym etapie życia czy też w określonej sytuacji psychologicznej, w jakiej znajduje się klient; (III) gotowość do przygotowania i wprowadzania zmian w swoim życiu jako konsekwencja autorefleksji, samoobserwacji i samopoznania. Jest to więc metoda, która może być wykorzystana w poradnictwie rozwoju osobowości, co stanowi jej główne zastosowanie. Może być również użyta jako metoda ewaluacji skuteczności terapii prowadzonej w ramach innego podejścia lub szkoły terapeutycznej (2).

Jednym z zastosowań może być profilaktyka uzależnień lub terapia osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych (3). W drugim przypadku chodzi jed-

nak o ten etap pracy terapeutycznej, gdy pacjent jest już gotowy do świadomego wprowadzania zmian we własnym położeniu życiowym oraz do planowania życia w abstynencji. Stosowanie Metody Konfrontacji z Sobą może wspierać motywowanie do trwania w trzeźwości, wzmacnianie konstruktywnych zmian uzyskiwanych w terapii oraz rozszerzanie i utrwalanie efektów leczenia, prowadzące do takich zmian w stylu życia, których wynikiem ma być odbudowa możliwości rozwojowych pacjenta. Rozwój osobisty – towarzyszące mu źródła i powody do satysfakcji są najskuteczniejszym sposobem zapobiegania powrotowi do uzależnienia. Nowa wersja metody, wydana w roku 2009, zawiera schemat wywiadu oraz listę uczuć dostosowane do pracy z osobami uzależnionymi (2). W wersji Metody Konfrontacji z Sobą przeznaczonej dla osób uzależnionych (wersja U) wprowadzono w wywiadzie sferę „Uzależnienie” oraz zmodyfikowano listę 24 uczuć. W stosunku do listy standardowej najbardziej znaczące wydają się zamiany „poczucia niższości” na „przygnębienie”, „rozbicia wewnętrznego” na „napięcie”, „zadowolenia” na „nadzieję” i „intymności” na „poczucie bliskości”. Jak ustalono, taki dobór uczuć spełnia kryterium trafności dla osób uzależnionych (3). Poczucie niższości wyeliminowano, dlatego że intensywność przeżywania tego rodzaju afektu może być wysoka, a przywołanie go może utrwalac negatywny obraz siebie, potwierdzając obniżoną samoocenę, co w efekcie może osłabiać motywację i wiarę w możliwość zmiany. Przygnębienie jako uczucie wprowadzone w miejsce poczucia niższości wydaje się mniej zagrażające, a jednocześnie dobrze oddaje częsty stan emocjonalny osoby uzależnionej. Podobna sytuacja ma miejsce w odniesieniu do napięcia, zwłaszcza w okresach zespołu abstynencyjnego. Nadzieja pełni z kolei niezwykle ważną rolę w procesie podejmowania decyzji o wychodzeniu z uzależnienia, motywacji do wprowadzania pozytywnych zmian w życiu oraz na dalszych etapach zdrowienia (4, 5, 6). Myśląc o funkcjonowaniu osób uzależnionych, warto także brać pod uwagę dostępne wsparcie. Gdy osoba ma obok siebie kogoś, komu może zaufać i na kogo pomoc może liczyć, doświadcza poczucia bliskości, które często podtrzymuje decyzję i chęć wyjścia z nałogu. W przeciwnym razie narażona jest na przeżywanie samotności, która nierzadko intensyfikuje inne negatywne emocje i utrwała zachowania dysfunkcjonalne (7, 8, 9).

Pełne badanie Metodą Konfrontacji z Sobą obejmuje trzy główne fazy, a w ramach każdej z nich wyróżnić można kilka subfaz (dokładny opis w: 1, 2). Podstawowy etap badania obejmuje tzw. pierwsze samopoznanie, podczas którego ma miejsce opowiadanie historii życia i tworzenie wartościowań, czyli formułowanie osobistych jednostek znaczeniowych, które następnie poddawane są eksploracji afektywnej. Trwa to zwykle około 1–1,5 godziny, choć niekiedy przedłuża się nawet do 3 godzin, jeśli klient opowiada o wielu wydarzeniach ze swojego życia lub potrzebuje stosunkowo dużo czasu na wygenerowanie wartościowań. Drugim etapem badania jest tzw. dyskusja wyników, trwająca około 1–1,5 godziny, dokonywana w odniesieniu do rezultatów pierwszego samopoznania. Klient w dyskusji z psychologiem analizuje własny system wartościowań, formułuje wnioski, między innymi w postaci tematu wiodącego własnej historii życia. Dyskusja wyników kończy się sformułowaniem zadania samoobserwacyjnego, które jest punktem wyjścia do dalszych, bardziej zaawansowanych



Rysunek 1.

Model teoretyczny pracy z klientem z wykorzystaniem Metody Konfrontacji z Sobą  
*Theoretical model of working with client with the use of the Self-Confrontation Method*

faz stosowania metody. Ważne jest, że przez cały okres kontaktu z psychologiem, klient traktowany jest jako podmiot umotywowany do opowiedzenia swojej historii, a zarazem ekspert w dziedzinie swoich doświadczeń. Psycholog ma z kolei za zadanie przyjąć rolę doświadczonego słuchacza, który pomaga wydobyć istotne treści historii pacjenta, dokonać wglądu w jej zawartość i organizację oraz określić cel i kierunek zmiany. Przedmiotem tak rozumianej współpracy jest doświadczeniowy świat osoby badanej (1, 2).

Pracę z klientem z wykorzystaniem Metody Konfrontacji z Sobą ilustruje model teoretyczny (rys. 1), wyprowadzony z założeń twórców metody – Hermansa i Hermans-Jansen (1).

Wszystkie wskazane etapy przebiegu pracy terapeutycznej dotyczą aktywności pacjenta, który podejmując współpracę z psychologiem, jest gotowy podjąć refleksję nad sobą i swoim życiem. W efekcie opowiadania własnej historii i nadawania osobistych znaczeń wydarzeniom i doświadczeniom możliwe jest formułowanie zadań samoobserwacyjnych pod kątem określonego tematu czy motywu, jaki w dyskusji z psychologiem okazuje się ważny i deficytowy. Uważna samoobserwacja własnej aktywności ma prowadzić osobę badaną do wniosków przekładanych na inicjowanie nowych działań (zmian), których konsekwencje poddawane są dalszej samoobserwacji, a znaczenie tych działań i ich następstw poddawane są refleksji. Skutkiem refleksji połączonej z dostępnością odpowiednich zasobów jest ugruntowanie zmian w codziennym doświadczeniu i dalsza obserwacja efektów. Kolejne etapy pracy warunkuje refleksja pacjenta, która jest jednocześnie rezultatem przebiegu procesu terapeutycznego.

## 2. Metoda Konfrontacji z Sobą w badaniu osoby uzależnionej od narkotyków

Poniżej zostanie przedstawiony przykład – analiza przypadku osoby uzależnionej, z którą podjęto pracę Metodą Konfrontacji z Sobą.

Dorota<sup>1</sup>, lat 28, zgłosiła się na terapię do Poradni MONAR pod wpływem męża w 2005 roku. Jako powód zgłoszenia podała lęk o życie córki – pod wpływem myśli samobójczych, często spacerowała z niespełna roczną córką na rękach po torowisku kolejowym, mając silną potrzebę dokonania lub usiłowania samobójstwa. Początkowo praca terapeutyczna koncentrowała się więc na głębokich objawach depresyjnych oraz na poważnych samouszkodzeniach – pacjentka cięła się skalpelem „w głąb”, przecinając w poprzek warstwy skóry i mięśnie do kości. Uzależnienie od narkotyków, przede wszystkim opiatów i opioidów, było w tym kontekście zjawiskiem zdecydowanie mniej zagrażającym.

Historia osobista Doroty jest bardzo złożona. Jest ona trzecim, późnym i – według niej – niechcianym dzieckiem. Jej nieżyjący od kilku lat ojciec był alkoholikiem, matka jest kobietą surową i chłodną emocjonalnie, a z rodzeństwem ma bardzo słaby kontakt. Zawsze czuła się odmienna od otoczenia. Była samowolna, przekorna, mściwa i złośliwa. Wrodzoną umiejętność szybkiego kojarzenia wykorzystywała przeciwko innym. Dorota nigdy i nigdzie nie czuła się akceptowana i bezpieczna. W 12 roku życia podjęła pierwszą próbę samobójczą, później, co jakiś czas podejmowała następne. Mając 13 lat, zaczęła się odurzać – początkowo klejem i lotnymi rozpuszczalnikami, później – około 15 roku życia, gdy spotkała grupę punków, którzy ją zaakceptowali – zaczęła przyjmować opiaty. Zażywała przede wszystkim „kompot” i „zupę”.

Dorota bardzo systematycznie uczestniczy w sesjach terapeutycznych. Aktualnie jest w dość stabilnej sytuacji życiowej. W 2007 roku przeprowadziła rozwód z mężem, który jako hazardzista narażał ją i córkę na utratę domu. Obecnie mąż nieregularnie, ale jednak płaci alimenty, Dorota pracuje, i choć jej pozycja w pracy jest bardzo niestabilna, ma środki na **niezależne** od innych utrzymanie siebie i dziecka. Od dwóch lat nie podjęła żadnej próby samobójczej, nie okaleczyła się, stosunkowo rzadko się odurza (np. kodeiną, dolarganem i innymi opioidami), czasami zamiennie nadużywa alkoholu. Cały czas opiekuje się córką, pracuje, a od połowy września 2010 r. podjęła studia zaoczne. Przy takim nagromadzeniu traumatycznych doświadczeń, tempo terapii, choć powolne, jest jednak stabilne i trwałe. Metoda Konfrontacji z Sobą została zaproponowana Dorocie po 6 latach od momentu jej pierwszego zgłoszenia się na terapię. Dorota nie zachowuje abstynencji, ale jest w stanie podejmować codzienne obowiązki, pracować, uczyć się, a przy tym przejawia stosunkowo dużą zdolność do refleksji, co jest kluczowe w pracy za pomocą prezentowanej metody.

Podczas Konfrontacji z Sobą Dorota niechętnie opowiadała o swoim życiu. Wypowiedź zaczęła od stwierdzenia, że „nie ma o czym mówić”, „nic nie jest ważne”. Zapytana o swoją przeszłość i osoby, które odegrały w życiu duże znaczenie, wskazała na ojca, ale nie chciała mówić, na czym polega jego wpływ na jej życie. Później skorygowała swój sąd, mówiąc że właściwie chodzi o oboje rodziców i ich postawę wobec niej, jednak w dalszym ciągu nie potrafiła lub nie chciała określić, jaką dokładnie rolę odegrali rodzice w jej historii. O terażniejszości klientka mówiła więcej, skupiając się głównie na córce i na tym, że ona sama jest osobą uzależnioną. Wielokrotnie

<sup>1</sup> Imię osoby badanej i imię jej dziecka zostały zmienione.

powtarzała, że nie wyobraża sobie życia bez ucieczki, jaką stanowią narkotyki. Przyznała, że jedynym powodem, dla którego żyje, jest jej córka, Kasia. Jeśli chodzi o przyszłość, niczego nie planuje i często przyjmuje postawę „byle do jutra”. Na podstawie opowiedzianych doświadczeń, pacjentka sformułowała 13 wartościowań, których treść i wskaźniki afektywne przedstawione są w tabeli 1.

System wartościowań Doroty cechuje wyraźna koncentracja na temacie uzależnienia. Większość znaczeń osobistych wprost lub pośrednio nawiązuje do kwestii uzależnienia. Inne wątki historii życia są pomijane, traktowane jako nieważne już na etapie opowiadania, co z kolei rzutuje na zubożenie tematyczne systemu wartościowań. Wydaje się, że zakres postrzeganych zdarzeń i doświadczeń jest silnie ograniczony z kilku możliwych powodów: (a) niechęci klientki do odślaniania bądź ukonkretniania trudnych spraw ze swojego dzieciństwa, (b) eliminacji przykrych doświadczeń (forma dysocjacji w kategoriach Hermansów), (c) poczucia, że wszystko, co się wydarzyło lub dzieje się, a nie ma związku z narkotykami, jest nieistotne i nie ma potrzeby o tym mówić, (d) zachwianej perspektywy temporalnej, zwłaszcza w odniesieniu do przyszłości, co skutkuje brakiem planów i pozytywnych wyobrażeń, jak może lub mogłoby wyglądać życie w przyszłości, przy jednoczesnym akcentowaniu lęków i obaw, (e) silnej koncentracji na „tu i teraz”, przejawiającej się w dostrzeganiu jedynie pilnych, bieżących spraw i sięganiu po narkotyki – jako formie ucieczki od przeciążenia rzeczywistością – gdy tylko okoliczności na to pozwalają. Wraz z zawężeniem spektrum doświadczeń na poziomie treści, występuje ograniczenie różnorodności uczuć i emocji. Na podstawie zestawienia wszystkich utworzonych przez Dorotę wartościowań oraz ich oceny afektywnej dostrzec można wyraźną przewagę uczuć negatywnych, układających się w większości we wzorec doświadczenia bezsilności i izolacji (wartościowania typu LL). System znaczeń osobistych przejawia usztywnienie, widoczne w dominacji negatywnego klimatu emocjonalnego, wyrażającego niezaspokojenie obu motywów podstawowych (S – umacniania siebie, O – więzi i kontaktu z innymi). Jedynie w dwóch wartościowaniach (nr 8 i 9) pojawia się nieznaczna przewaga uczuć pozytywnych nad negatywnymi. Dotyczą one docenienia zasad obowiązujących w grupie osób uzależnionych, do której przez wiele lat należała Dorota i w gruncie rzeczy – chociaż z większym dystansem i bardziej na zasadzie wyznawanego światopoglądu niż konkretnych relacji – nadal należy. Ważnymi zasadami, które – jak twierdzi klientka – pozwoliły jej przetrwać, są między innymi lojalność, szacunek, trzymanie się razem wbrew otaczającemu, wrogiemu światu. Drugie wartościowanie, które zbliża się do wzorca zaspokojenia motywu umacniania siebie, odnosi się do podjęcia pracy przez Dorotę, a zatem wiąże się bezpośrednio z decyzją motywowaną chęcią uzyskania finansowej niezależności. Właśnie na te dwa wartościowania należało zwrócić szczególną uwagę przy planowaniu i przeprowadzaniu dyskusji wyników z pacjentką.

Analizując intensywność przeżywania różnego rodzaju emocji i uczuć przez Dorotę, dostrzec można zdecydowaną przewagę uczuć negatywnych, w tym przede wszystkim lęku (ze średnią 4,23 – na skali od 0 do 5), napięcia (4,00), samotności (3,31) i przygnębienia (3,00). W dalszej kolejności pojawiają się bezsilność, poczucie

Tabela 1.

Wartościowania Doroty i ich wskaźniki afektywne  
*Dorota's valuations and their affective indicators*

Wartościowania <i>Valuation</i>	S	O	P	N	%P	Typ	Og.	Id.
1. Nie wiem kto miał większy wpływ na moje życie, czy moi rodzice, czy to ja sama. <i>I don't know who had greater influence on my life, whether my parents or myself.</i>	3	1	2	32	6	-LL	,77	-,87
2. Myślę, że być może całe błędne koło relacji i zachowań w mojej rodzinie wzajemnie się napędzało w obie strony. <i>I think that maybe the whole vicious circle of relationships and behaviours in my family was mutually driving itself in both directions.</i>	6	1	3	34	8	-LL	,73	-,81
3. Kasia – jedyny powód dla którego żyję. <i>Kasia – the only reason for which I live.</i>	4	15	8	23	26	-O	,51	-,41
4. Czasem były takie momenty, w których narkotyki były ważniejsze od Kasi. <i>Sometimes there were some moments when drugs were more important than Kasia.</i>	1	3	5	36	12	-LL	,71	-,84
5. Nie lubię uczucia kiedy oszukuję siebie i innych, dlatego zrezygnowałam z różnych rzeczy (np. religii) na koszt ćpania. <i>I dislike feeling when I am deceiving myself and others, therefore I resigned from many things (e.g. religion) due to taking drugs.</i>	5	0	2	27	7	-LL	,54	-,81
6. Nigdy nie przestawałam brać narkotyków dlatego że chciałam, ale tylko dlatego, że musiałam. <i>I have never been stopping of taking drugs because I wanted but only because I had to.</i>	3	4	1	28	3	-LL	,74	-,79
7. Każda podjęta próba leczenia zawsze była spowodowana wpływem innych osób, zawsze było to dla kogoś, nie dla mnie. <i>Each undertaken attempt of rehab was always caused by influence of other people, it was always for someone else, not for myself.</i>	0	3	0	30	0	-LL	,83	-,88
8. Pewne zachowania i zasady, które pozwoliły mi przetrwać w przeszłości, są do dziś istotne w relacjach z innymi ludźmi, np. lojalność. <i>Some behaviours and principles that had let me survived in the past, are still significant in relationships with other people, for example loyalty.</i>	12	7	12	4	75	(+S)	-,19	,57
9. Powodem podjęcia przeze mnie pracy była chęć niezależności od innych osób. <i>The reason for my starting work was a desire of independence from other people.</i>	10	0	12	7	63	(+S)	,17	,23

Tabela 1.

c.d. / continued

Wartościowania <i>Valuation</i>	S	O	P	N	%P	Typ	Og.	Id.
10. Nie wyobrażam sobie życia bez narkotyków, bez możliwości ucieczki. <i>I can't imagine life without drugs, without possibility of escape.</i>	1	0	3	23	12	-LL	,70	-,77
11. Jeśli na świecie byłoby coś co byłoby w stanie dać mi to samo co ćpanie, to biorę pod uwagę ewentualną abstynencję. <i>If in the world there was something that could give me the same as taking drugs, I take potential abstinence into account.</i>	1	0	4	17	19	-LL	,66	-,57
12. Chciałabym tylko żeby w przyszłości Kasia nie musiała żyć tak jak ja, żeby była szczęśliwa. <i>I only would like Kasia in the future not to have to live as me, to be happy.</i>	0	17	6	26	19	-O	,48	-,49
13. Niczego nie planuję bo nie znam siebie na tyle i nie wierzę sobie na tyle by myśleć o jutrze. <i>I am not planning anything because I don't know myself enough and I don't trust myself enough to think about tomorrow.</i>	0	1	0	35	0	-LL	,75	-,97
14. Uczucia ogólne: Jak czujesz się w ostatnich dniach? <i>General feeling: How do you generally feel these days?</i>	3	4	5	22	19	-LL	-	-,64
15. Uczucia idealne: Jak chciałabyś się czuć? <i>Ideal feeling: How would you like to feel?</i>	19	17	37	0	100	+HH	-,64	-

**Skróty:** S – motyw umacniania siebie, O – motyw kontaktu, P – nasilenie uczuć pozytywnych, N – nasilenie uczuć negatywnych, %P – procent uczuć pozytywnych, Og. – korelacja profilu afektywnego wartościowania z uczuciami ogólnymi, Id. – korelacja profilu afektywnego wartościowania z uczuciami idealnymi

**Abbreviations:** S – the self-enhancement motive, O – the longing for contact and union with the other motive, P – intensity of positive affect, N – intensity of negative affect, %P – percentage of positive affect, Og. – correlation of affective profile of a valuation with the general feeling, Id. – correlation of affective profile of a valuation with the ideal feeling

winy, złość i wstyd. Widać zatem, że odbiór zdarzeń i świata przez Dorotę naznaczony jest ciągłą obawą i intensywnym konfliktem wewnętrznym, odbierającym poczucie bezpieczeństwa (średnia 0,31), poczucie wolności (0,23) i spokoju (0,08). Nieumiejętność lub brak motywacji do wyjścia z uzależnienia, a jednocześnie obawa przed przyszłością, troska o córkę i świadomość społecznej dezaprobaty, a nawet odrzucenia ze strony otoczenia, prawdopodobnie potęgują odczuwany dyskomfort. Jednocześnie pacjentka nie dostrzega w sobie ani wokół siebie zasobów, które umożliwiłyby jej podjęcie abstynencji. Rozdźwięk między obrazem osoby społecznie akceptowanej i cenionej a obrazem siebie jako osoby uzależnionej od narkotyków, która świadomie niszczy własne życie, jest tak duży, że wywołuje stan nie tyle frustracji motywów podstawowych (brak wartościowań typu S), a więc przeżywania agresji i złości,



mogących wzbudzać energię do działania; zaledwie dwa wartościowania typu O, wyrażające niezaspokojoną tęsknotę), co doświadczenie bezradności i rezygnacji (wyraźna dominacja wartościowań typu LL). O dużej rozbieżności między aktualnym stanem emocjonalnym a stanem pożądanym świadczy ujemny wskaźnik korelacji między uczuciami ogólnymi a idealnymi  $r = -0,64$ . Kontrast między uczuciami przeżywanymi a pożądanymi wydaje się na tyle duży, że raczej zniechęca pacjentkę niż motywuje ją do zmiany, która prawdopodobnie jawi się jako nierealna, będąca poza zasięgiem możliwości.

Trzy główne kryteria zdrowego systemu wartościowań, wskazane przez Hermansa i Hermans-Jansen, obejmują (a) zróżnicowanie wartościowań pod kątem nasycenia pozytywnymi i negatywnymi emocjami oraz obecności motywów podstawowych, (b) giętkość systemu (zmienność wartościowań stosownie do doświadczenia) oraz (c) integrację systemu (obecność tematu przewodniego) (1, 2). Odnosząc te kryteria do analizowanego przypadku, można zauważyć małą różnorodność systemu wartościowań oraz niepełną giętkość w nadawaniu znaczeń osobistych i ich afektywnej ocenie. Można wnioskować, iż zdolność do reagowania odmiennymi rodzajami emocji i uczuć w odniesieniu do różnych wydarzeń, o których pacjentka opowiada, jest dość silnie ograniczona. Sam wybór przywoływanych doświadczeń wskazuje na ich zawężoną percepcję i interpretację.

Ważnym aspektem zdrowego systemu jest też – zdaniem Hermansów – integracja systemu znaczeń osobistych wokół tematu przewodniego oraz dodatkowo dobre samopoczucie. Sposób dotarcia do tematu przewodniego zarysujemy poniżej. W tym miejscu trzeba stwierdzić, że większość wartościowań Doroty jest bardzo nisko wysyciona uczuciami pozytywnymi, które w żadnym razie nie mogą stanowić przeciwwagi dla uczuć negatywnych o znacznym nasileniu. Oznacza to dużą trudność w konfrontacji z sobą, skoro brak punktów wsparcia, czyli przeżyć stanowiących odskocznnię od negatywnie wartościowanych doświadczeń. Dalsza praca powinna zmierzać do odkrycia lub utworzenia takich „przyczółków nadziei” jak relacja matka-córka, praca dająca podstawową samodzielność oraz kontakt terapeutyczny. Są to jak na razie jedyne stabilne elementy rekonstrukcji poczucia własnej wartości. Jednocześnie względny brak pozytywnych doświadczeń może tłumaczyć obserwowaną w momencie wprowadzenia metody niechęć do zagłębienia się w historię życia i pośrednio wskazuje na jedno z ograniczeń zastosowanej metody.

Temat wiodący opowieści pacjenta ustala się w ramach tak zwanej analizy modalności (1, 2, 10). Na podstawie treści wartościowań, ich oceny afektywnej oraz wzajemnych korelacji wytypowano możliwe wartościowania osiowe, wokół których można by przeprowadzić taką analizę. Wybrano dwa wartościowania o treści pozytywnej, które zbliżają się do wzorca afektywnego, zaspokojonego motywu S i korelują wzajemnie umiarkowanie silnie ( $r = 0,59$ ):

Wartościowanie 9. *Powodem podjęcia przeze mnie pracy była chęć niezależności od innych osób.*

Wartościowanie 8. *Pewne zachowania i zasady, które pozwoliły mi przetrwać w przeszłości, są do dziś istotne w relacjach z innymi ludźmi, np. lojalność.*

Pytanie adresowane do Doroty mogłoby brzmieć: „Skoro te dwa wartościowania mają podobny klimat emocjonalny, to na czym polega ich podobieństwo, jakie mogą mieć wspólne znaczenie?”

Analizę modalności można i warto przeprowadzić także wokół wartościowania o negatywnym klimacie afektywnym. Zmierzana ona wówczas do głębszej eksploracji problemu i stanowi pierwszy krok w poszukiwaniu dróg wyjścia (czyli zainicjowania procesu zmian). Istnieje kilka kryteriów wyboru wartościowania osiowego, jednak ostateczną decyzję w tej kwestii podejmuje się w dialogu z pacjentką (2). W tym przypadku można by proponować:

Wartościowanie 11. *Jeśli na świecie byłoby coś co byłoby w stanie dać mi to samo co ćpanie, to biorę pod uwagę ewentualną abstynencję.*

Wartościowanie ma zdecydowanie negatywny klimat emocjonalny i trafnie reprezentuje doświadczenie bezsilności i izolacji, a jednocześnie ma tę zaletę, iż w treści zdaje się zapowiadać możliwy kierunek pozytywnych zmian. Koreluje ono z uczuciami ogólnymi  $r = 0,66$  i idealnymi  $r = -0,57$ , czyli jest dobrze osadzone w systemie znaczeń osobistych. Korelują z nim następujące wartościowania:

Wartościowanie 10. *Nie wyobrażam sobie życia bez narkotyków, bez możliwości ucieczki ( $r = 0,89$ ).*

Wartościowanie 7. *Każda podjęta próba leczenia zawsze była spowodowana wpływem innych osób, zawsze było to dla kogoś, nie dla mnie ( $r = 0,68$ ).*

Wartościowanie 13. *Niczego nie planuję bo nie znam siebie na tyle i nie wierzę sobie na tyle by myśleć o jutrze ( $r = 0,67$ ).*

Wartościowanie 4. *Czasem były takie momenty, w których narkotyki były ważniejsze od Kasi ( $r = 0,63$ ).*

Wartościowanie 1. *Nie wiem kto miał większy wpływ na moje życie, czy moi rodzice, czy to ja sama ( $r = 0,60$ ).*

Pojawia się pytanie, jaki temat wiodący Dorota może wydobyć z tych wszystkich wartościowań? Czy będzie on łączył w jakiś sposób motywację wyjścia z uzależnienia z nieudanymi próbami i powodami dla których trwa w uzależnieniu? Czy też skupi się na jednym z aspektów albo stworzy całkiem nową ich syntezę? To jeden z najbardziej twórczych etapów konfrontacji z sobą, zwłaszcza dla pacjenta, ale również dla psychologa. Treść wartościowania 11. sugeruje, iż zadanie do samoobserwacji mogłoby polegać na próbie rejestrowania takich sytuacji w życiu codziennym, kiedy pacjentka dopuszcza do siebie myśl, że mogłaby żyć bez narkotyków (na przykład ktoś lub coś powoduje, że kwestia uzależnienia traci na znaczeniu, przestaje być ważna). Warto byłoby określić, jakie uczucia jej wówczas towarzyszą. Jednak możliwości wyznaczenia zadania – często wynikające z zestawienia obydwu tematów sformułowanych w rezultacie analiz modalności prowadzonych wokół negatywnego i pozytywnego wartościowania – zależą od myśli wiodącej wyprowadzonej przez pacjentkę.

Powyższy przykład pokazuje jedną z możliwości zastosowania Metody Konfrontacji z Sobą w pracy z osobą uzależnioną i jest o tyle niekompletny, że nie zawiera pełnej analizy modalności a jedynie jej zarys. Powyższą interpretację trzeba uzupełnić następującym komentarzem terapeuty:

Bardzo głębokie urazy z dzieciństwa – brak poczucia przynależności i akceptacji, a co za tym idzie brak podstawowego poczucia bezpieczeństwa, poczucie ciągłego zagrożenia i wyobcowania, ciągła konieczność walki o przetrwanie w grupach rówieśniczych – wszystko to doprowadziło Dorotę do całkowitego braku poczucia własnej indywidualnej wartości i przeświadczenia o bezsensie podejmowania jakichkolwiek indywidualnych wysiłków. Jedynym pozytywnym doświadczeniem była więź z grupą uzależnionych od narkotyków, koczujących na dworcach, ostentacyjnie łamiących normy moralne i prawne, kradnących, agresywnych wobec świata, ale lojalnych wobec siebie punktów. Lojalność wobec tego „stada” zastąpiła Dorocie lojalność rodzinną, która nigdy się nie wykształciła. Sfera najbliższego rozwoju dla wielu funkcji społecznych została zdominowana przez doświadczenia nieadekwatne dla prawidłowej socjalizacji. Dorota wymaga teraz dosłownie rozumianej resocjalizacji. Dopiero powtórna socjalizacja może jej dać poczucie przynależności do społeczeństwa i wynikającą z niego możliwość brania i dawania oparcia, wartości, norm, bycia akceptowaną i akceptowania innych, etc. Tempo pożądanych zmian wyznaczone jest przez tempo procesu budowania zaufania do terapeuty i do procesu terapeutycznego. Dorota złamała jedną z podstawowych zasad obowiązujących w jej grupie odniesienia – zgłosiła się po pomoc do psychologa i to w poradni MONAR. Przełamywanie tego tabu zajęło jej kilkanaście miesięcy, było ogromnym obciążeniem emocjonalnym, a pojawiło się jako efekt urodzenia córki i związanego z tym odkrycia, że jej dotychczasowe identyfikacje z grupami odniesienia nie są już tak jednoznaczne. Równocześnie pojawiła się potrzeba nowych relacji społecznych, która motywowała Dorotę do podejmowania bardzo trudnych i różnorodnych wysiłków związanych z relacją terapeutyczną. Poszukując osoby jednoznacznie lojalnej, testowała lojalność terapeuty i sam proces terapii, wyszukiwała wszelkie możliwe i niemożliwe pułapki (np. chęć przejęcia kontroli nad jej życiem przez terapeutę czy odebrania jej najsukuczniejszego – jej zdaniem – sposobu ucieczki od problemów), koncentrowała się na każdym podejrzanym (dla niej) szczególnie, prowokowała do odrzucenia – robiła wszystko, żeby móc zrezygnować z terapii bez wyrzutów sumienia. Jednocześnie, nadzwyczaj lojalnie, sumiennie i obowiązkowo pojawiała się w ustalonych terminach na sesje terapeutyczne i – na swój sposób – angażowała się w ich przebieg. Ten proces – w zdecydowanie łagodniejszej formie trwa dalej. Jest on warunkiem koniecznym, choć niewystarczającym do skutecznej zmiany. Wiedza o pacjentce, wynikająca z zastosowania Metody Konfrontacji z Sobą, wzmocniła bieżącą ocenę stanu procesu i pomogła lepiej ukierunkować konkretne oddziaływania terapeutyczne. Metoda pozwoliła zwrócić szczególną uwagę na istnienie konfliktu między potrzebą przynależności i akceptacji a potrzebą niezależności i samodzielności (nie tylko materialnej). Napięcie rodzące się między tymi potrzebami niejednokrotnie stanowi w życiu Doroty czynnik wzmacniający mechanizmy ucieczkowe. Można jednak zauważyć, że mechanizmy te ulegają w procesie terapii stopniowemu łagodzeniu. Sam fakt wyrażenia przez Dorotę zgody na badanie psychologiczne był dowodem głębokiej zmiany jej hierarchii wartości, norm i zasad, którymi kieruje się w życiu.

Odczucia niemożności, bezsensu, osamotnienia czy chęci ucieczki prawdopodobnie będą Dorocie towarzyszyć do końca jej życia. Jedno co może zrobić w kontakcie terapeutycznym, to może nauczyć się w miarę konstruktywnie z nimi żyć.

### **3. Konfrontacja z Sobą – implikacje dla terapii uzależnień**

Specyfika pracy Metodą Konfrontacji z Sobą polega na aktywnej eksploracji systemu znaczeń osobistych oraz dążeniu do integracji przekonań, uczuć i aktywności osoby zaangażowanej w proces samopoznania. W badaniu osoby uzależnionej od narkotyków, alkoholu czy innych substancji psychoaktywnych, można zauważyć, że temat uzależnienia jest na tyle ważny i absorbujący, że dominuje w historii życia, stanowiąc nierzadko kontekst dla innych przywoływanych doświadczeń, zarówno z przeszłości, teraźniejszości, jak też przyszłości. Efekt ten jest widoczny w badaniu Doroty. Odniesienie do przyszłości bywa zwykle wyraźnie zawężone u osób, które nie podejmują abstynencji, natomiast jest znacznie szersze u osób, które są na etapie zdrowienia. Dla takich pacjentów zasadne wydaje się używanie czterech zestawów pytań, skłaniających do opowiadania o swoim życiu: (I) pytania dotyczące przeszłości: ważne wydarzenia, osoby, okoliczności; (II) pytania dotyczące teraźniejszości: aktualne sprawy, doświadczenia, osoby; (III) pytania odnoszące się do przyszłości: przewidywania ważnych zdarzeń, oczekiwania obecności ważnych osób, okoliczności, sformułowane cele, marzenia; (IV) pytania dotyczące historii uzależnienia: punkty zwrotne w życiu, w tym i taki, który wiązał się z początkiem sięgania po używki, wpływ uzależnienia na obecne życie, wyobrażenia na temat tego, jak będzie wyglądało/zmieni się własne życie w przypadku utrzymania abstynencji.

Pracując z osobą, która przeżyła podstawowy program leczenia i jest zdolna do szerszej refleksji nad swoim życiem, możemy oczekiwać, że usłyszymy historię o wielu wątkach, z odniesieniem do różnych perspektyw czasowych, choć prawdopodobnie kwestia uzależnienia odegra kluczową rolę w autonarracji i tworzonym systemie znaczeń osobistych. Jednak, w przypadku osoby, która nie rezygnuje z uzależnienia i często sięga po narkotyki (lub inne substancje psychoaktywne), zadawanie pytań odnoszących się do jakiegokolwiek sfery temporalnej będzie na ogół skutkowało silną, a może nawet wyłączną koncentracją na problemie uzależnienia. Nie oznacza to bynajmniej, by w takich przypadkach od razu przechodzić do pytań odnoszących się do uzależnienia. Wręcz przeciwnie, pytając o ważne zdarzenia, osoby, okoliczności z przeszłości, teraźniejszości czy antycypowanej przyszłości, prawdopodobnie usłyszymy wiele z tego, czego dotyczą pytania odnoszące się bezpośrednio do sfery uzależnienia. Wówczas wydaje się zbędne pytanie kolejny raz o rzeczy, o których pacjent powiedział już wcześniej. Istotne natomiast jest zawsze pytanie o możliwą abstynencję: w jaki sposób osoba wyobraża sobie lub mogłaby wyobrazić sobie własne życie bez narkotyków. Może się okazać, że nie posiada gotowej odpowiedzi na tak postawione pytanie. Przyjmując jednak dialogowy, oparty na współpracy pacjenta z psychologiem charakter badań (1, 2, 10, 11), można oczekiwać, że wizja abstynencji

bądź warunków, w jakich mogłoby do niej dojść, zostanie przynajmniej częściowo zarysowana. Tego typu sytuacja miała miejsce w badaniu Doroty.

Kiedy, na jakich etapach pracy, pod jakimi warunkami można stosować opisane powyżej podejście? Zgodnie z założeniami autorów, metoda może być stosowana nawet dwu- lub trzykrotnie w procesie psychoterapii. Podstawowym warunkiem jej skuteczności nie jest stan pacjenta, ale umiejętność wyciągania wniosków z uzyskanych efektów. Umiejętność ta bazuje na zdolności do autorefleksji z jednej strony oraz na wrażliwości i zaangażowaniu z drugiej. Spełnienie obu tych warunków leży u podstaw pogłębionego dialogu pacjenta z samym sobą oraz z terapeutą (12). Jakość i skuteczność dialogu z terapeutą zależą oczywiście także od doświadczeń zawodowych prowadzącego badanie, od rodzaju i głębokości relacji pacjent-terapeuta, od otwartości pacjenta na zmiany i od przejawianej przez niego chęci poprawy jakości życia. Głębokość relacji terapeutycznej i poczucie bezpieczeństwa pacjenta są w tym kontekście czynnikami podstawowymi. Pacjent niezmotywowany do terapii lub z powierzchowną, zewnętrzną motywacją, nie poradzi sobie z całym procesem badania, ale będzie miał szansę zobaczyć siebie jak w lustrze, a tym samym będzie mógł zweryfikować sens samooszukiwania (pozornego zaangażowania w terapię). Metoda może być pewnego rodzaju probierzem nastawienia pacjenta. Jeśli badanie zostanie poprawnie zrealizowane, to uzyskiwana wiedza nie może nie wpłynąć na postawę pacjenta zarówno wobec samego siebie, jak i wobec terapii. W niektórych przypadkach może mieć znaczenie przełomowe, wyzwalając motywację do pogłębionego samopoznania, które – prowadzone w rozumiejącym dialogu z terapeutą – okazuje się znacznie mniej zagrażające od oczekiwań i wyobrażeń na jego temat.

Konfrontacja z sobą może mieć dużą wartość, gdy pacjent aktywnie poszukuje nowych znaczeń, które mogą wspierać lub inicjować proces zmian. Przy bardzo głębokich urazach emocjonalnych opór pacjenta przed zmianą nie wynika z negatywnego nastawienia do terapii, ale z potrzeby podtrzymania znanych, wypróbowanych mechanizmów obronnych. Uzależnienie jest ucieczką, czyli najprostszym i najbardziej pierwotnym mechanizmem obronnym. Terapia uzależnienia to proces pozbywania się tego mechanizmu – rodzi to bardzo silne napięcia i wymaga ogromnego zaufania do terapeuty, terapii i do samego siebie. Metoda jest bardzo przydatna w zastosowaniu do klientów/pacjentów nie aż tak bardzo dysfunkcyjnych. Można ją stosować: (a) w początkowej fazie kontaktu terapeutycznego – do określania, poszerzania i wzmacniania motywacji do zmian, co oznacza bilansowanie dotychczasowych efektów uzależnionego stylu życia w opozycji do poprzednich/następnych doświadczeń i dokonań; (b) w trakcie zaawansowanego procesu terapii może być wykorzystywana do poprawy rozumienia siebie – własnych mechanizmów emocjonalnych, racjonalizacji, popędowości, w celu usystematyzowania wiedzy o sobie, a w efekcie wypracowania lepszej samokontroli; (c) podczas kończenia terapii metoda może być pomocna przy określaniu celów krótko- średnio- i długoterminowych, zasobów, z których pacjent może korzystać, zagrożeń, na które się natknie, sposobów radzenia sobie z tymi zagrożeniami, a także przy generowaniu i wzmacnianiu perspektyw osobistego rozwoju.

## PIŚMIENNICTWO

1. Hermans HJM, Hermans-Jansen E (2000) *Autonarracje: Tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
2. Chmielnicka-Kuter E, Oleś PK, Puchalska-Wasył M (2009) *Metoda Konfrontacji z Sobą Huberta J.M. Hermansa – wersja 2000*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
3. Oleś P, Talik W (2006) *Metoda Konfrontacji z sobą – wersja dla osób uzależnionych*. Warszawa: opracowanie dla Ośrodka Badań i Usług Psychologicznych.
4. Snyder CR (1998) Hope. W: Friedman HS (red.) *Encyclopedia of Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press, 421–431.
5. Snyder CR (red.) (2000) *Handbook of Hope: Theory, measures, and applications*. San Diego, CA: Academic Press.
6. Snyder CR, Rand K, King E, Feldman DB, Woodward JT (2002) “False” hope. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1003–1022.
7. Sęk H (red.) (1991) *Spółeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
8. Trulsson K, Hedin U-C (2004) The role of social support when giving up drug abuse: A female perspective. *International Journal of Social Welfare*, 13, 145–157.
9. Krupa A, Bargiel-Matusiewicz K, Hofman G (2005) Związek wsparcia społecznego ze stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. *Alkoholizm i Narkomania*, 18, 57–69.
10. Oleś P (2000) Odkrywanie znaczeń według metody Konfrontacji z Sobą H.J.M. Hermansa. W: Straś-Romanowska M (red.) *Prace Psychologiczne LIII. Metody jakościowe w psychologii współczesnej*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, 105–113.
11. Lyddon WJ, Yowell DR, Hermans HJM (2006) The Self-Confrontation Method: Theory, research, and practical utility. *Counselling Psychology Quarterly*, 19, 1, 27–43.
12. Chmielnicka-Kuter E (2011) W dialogu z własną historią – metafora (wielogłosowej) powieści w poradnictwie psychologicznym. W: Oleś PK, Puchalska-Wasył M, Brygoła E (red.) *Dialog z samym sobą*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 376–393.

Adres do korespondencji:

Elwira Brygoła  
Instytut Psychologii  
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej  
Ul. Kutrzeby 10  
61-719 Poznań  
tel. 608 471 268  
e-mail: elwira.brygola@gmail.com

Otrzymano: 25.03.2013

Przyjęto do druku: 08.08.2013