

Danuta Ługowska

Analiza założeń antropologicznych leżących u podłoża modeli terapeutycznych

Studia Philosophiae Christianae 40/2, 341-353

2004

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

DANUTA ŁUGOWSKA
Institut Filozofii UKSW, Warszawa

ANALIZA ZAŁOŻEŃ ANTROPOLOGICZNYCH LEŻĄCYCH U PODŁOŻA MODELI TERAPEUTYCZNYCH

1. Analiza znaczenia podstawowych pojęć. 2. Charakterystyka wybranych modeli terapeutycznych. 3. Analiza obrazu osoby konstytuującego wybrane modele terapeutyczne.

Współcześnie obserwuje się duże zapotrzebowanie na pomoc psychologiczną w różnych jej formach: porady psychologicznej, terapii, socjoterapii czy psychoterapii. U podłoża poszukiwania pomocy tego typu leży często chęć odnalezienia własnej filozofii życia. Poszukiwanie sensu egzystencji w ramach wspomnianych oddziaływań wiąże się z aktywną obecnością drugiego człowieka. Zabiegi te to nic innego jak przekaz myśli, odczuć – to dialog toczący się pomiędzy szukającym pomocy i pomagającym. Ten przekaz posiada swoją treść, której aktywnym i chłonnym, w procesie terapeutycznym, odbiorcą jest osoba korzystająca z pomocy. Dlatego też postawa terapeuty nie ma i mieć nie może charakteru neutralnego światopoglądowo, choć kodeksy etyki wspomnianych zawodów przestrzegają przed narzucaniem pacjentowi systemu wartości¹. Już sam wybór takiej a nie innej szkoły terapeutycznej: interpretacji zjawisk, doboru metod oraz charakteru relacji terapeutycznej, wyznacza stanowisko światopoglądowe (antropologiczne), które często w sposób pośredni zostaje zaprezentowane pacjentowi i bywa przez niego zinternalizowane. V. F. Frankl, twórca logoterapii, w swoich analizach wręcz stwierdza, że psychoterapia nie ma racji bytu bez ustalonej koncepcji świata i leżą-

¹ Zob. np. *Projekt Etyczno-Zawodowy terapeuty uzależnień*, *Terapia uzależnienia i współuzależnienia* 16(2001)1, 9.

cej u jej podłoża pewnej hierarchii wartości, choćby uznawanej nieświadomie².

Celem niniejszej pracy będzie wskazanie ram zarówno interpretacji zjawisk, jak i przyjmowanych na bazie tych interpretacji metod, tj. wskazanie obrazu osoby ludzkiej, przyjmowanego w danym modelu terapeutycznym. Aby sprostać wymaganiom tego zadania, zostaną wyróżnione pewne pojęcia, których analiza znaczenia może doprowadzić do wyodrębnienia założeń antropologicznych.

1. ANALIZA ZNACZENIA PODSTAWOWYCH POJĘĆ

Pierwszym z wyróżnionych pojęć jest termin „choroba”. Jednoznaczne określenie zdrowia czy choroby wydaje się być niemożliwe. Są to terminy wieloznaczne³. Według A. Kępińskiego przyczyny tego stanu rzeczy należy poszukiwać w fakcie, że w diagnostykę w stopniu znaczącym uwikłany jest element intuicyjny. Diagnostyka – jego zdaniem – nie jest wolna od elementu wartościującego. Postawienie diagnozy ostatecznie zależy od posiadanej wiedzy, doświadczenia zawodowego itd⁴.

Analizując znaczenie pojęcia „choroba”, można wyodrębnić kilka jego podstawowych określeń. Choroba, w najwęższym sensie, to somatyczny defekt, mający swoją przyczynę biologiczną, uniemożliwiający prawidłowe funkcjonowanie organizmu⁵. W szerszym ujęciu jest to zespół zaburzeń zarówno biologicznych, psychicznych, jak i zachowań społecznych. W najszerszym holistycznym rozumieniu chorobę można określić jako stan charakteryzujący się brakiem stabilności (harmonii), powodującym problemy dostosowawcze na wszystkich płaszczyznach ludzkiej egzystencji. Choroba w tym znaczeniu jest pewną anomalią struktury i funkcji, mającą swe źródło tak w organizmie, jak i w nieumiejętności prawidłowego myślenia, odczuwania, a co za tym idzie reagowania. Może także przejawiać się w braku dostosowania się do norm społecznych⁶. Oprócz opisanych trzech określeń omawianego pojęcia, można wskazać na jesz-

² V. E. Frankl, *Psychotherapy and existentialism. Selected papers on logotherapy*, New York 1967, 125.

³ Por. Z. Zaborowski, *Filozofia postępowania lekarskiego*, Warszawa 1990, 23-26.

⁴ A. Kępiński, *Próba psychiatrycznej prognozy*, *Znak* 22(1970)190, 387-388.

⁵ W. Biegański, *Zagadnienia ogólne z teorii nauk lekarskich*, Warszawa 1897, 233.

⁶ R. H. Wulff, S. A. Pederson, R. Rosenberg, *Filozofia medycyny*, tłum. z ang. Z. Sza-warski, Warszawa 1993, 71.

cze jedno jego rozumienie. Choroba to niemożność osiągnięcia wewnętrznego pokoju, niezależnie od okoliczności zewnętrznych, która to stabilizacja jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia przejrzystości duchowej. Jest to rozumienie choroby w szerokim znaczeniu nierównoznacznym z podejściem holistycznym. W tym rozumieniu choroba to zaburzenie na poziomie przekraczającym płaszczyznę biologiczną i psychiczną – choroba duszy, której przejawem może być ograniczona możliwość podejmowania wolnych decyzji.

Tym, co szczególnie jest interesujące przy analizie modeli psychoterapeutycznych, w aspekcie antropologicznym, jest pojęcie „choroby psychicznej”. Określenie pojęcia „choroba psychiczna” można odnaleźć w książce E. Fromma *O sztuce miłości*. Według wspomnianego autora chorym psychicznie jest ten, kto nie jest produktywny, nie jest zaangażowany, nie wykazuje zainteresowania rzeczywistością⁷. Można powiedzieć, że w pojęcie „zdrowie psychiczne” uwikłany jest element subiektywności. Próbuując je określić, stosuje się następujące pojęcia: „norma”, „adaptacyjność” czy w końcu „rozwój”⁸. Pojawia się pytanie, jakie jest i czy istnieje obiektywne kryterium normy⁹? Jakie są wzorcowe modele przystosowania człowieka? Jaki schemat rozwoju przyjąć za wzorcowy? A co za tym idzie, gdzie wyznaczyć granicę między zdrowiem i chorobą psychiczną?

Tym, co pozwala na odczytanie przyjmowanego obrazu osoby w ramach danego modelu terapeutycznego, jest także rozumienie pojęcia „relacja terapeutyczna”. Sam proces komunikacyjny można opisać na dwa niewspółmierne, choć komplementarne sposoby. Z jednej strony opisuje się go w kategoriach mechanistycznych¹⁰, z drugiej można odnaleźć obraz tego procesu wskazujący na jego istotę¹¹. I tak w ramach pierwszego opisu ukazuje się źródła komunikacji, jakimi są: podstawowe potrzeby ludzkie¹², elementy procesu

⁷ E. Fromm, *O sztuce miłości*, tłum. z ang. A. Bogdański, Warszawa 1973, 131.

⁸ E. Klimowicz, *Zdrowie psychiczne jako pojęcie wartościujące*, Człowiek i światopogląd 284(1989)9, 46-60.

⁹ Zob. J. Rudin, *Psychoterapia i religia*, tłum. z ang. T. Czarnowski, Warszawa 1992, 17-25.

¹⁰ D. W. Johanson, *Podaj dłoń*, tłum. z ang. B. Czarnecka, Warszawa 1992, 77.

¹¹ Jan Paweł II, *Tryptyk Rzymski*, Kraków 2003, 15.

¹² Zob. A. H. Maslow, *Motywacje i osobowość*, tłum. z ang. P. Sawicka, Warszawa 1990, 72-92.

komunikacyjnego¹³ oraz cechy poprawnej komunikacji¹⁴. Z drugiej jest to obraz komunii osób oddający istotę opisywanego procesu. W książce *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich*, odnajdujemy fragment obrazujący ową głębię relacji: „Pojęcie «komunikacji» w naszych konwencjach językowych zostało jakby oderwane od najgłębszego i pierwotnego łożyska znaczeniowego. Wiąże się je nade wszystko ze sferą środków – i to przede wszystkim środków-wytworów, które służą porozumiewaniu, wymianie, zbliżeniu. Natomiast wolno się domyślać, że w swym najgłębszym znaczeniu «komunikacja» wiązała się (i wiąże) bezpośrednio z łożyskiem podmiotów, które «komunikują» na podstawie istniejącej między nimi «komunii», albo też celem osiągnięcia lub wyrażenia tej «komunii», która właściwa i współmierna jest tylko w świecie podmiotów-osób. W ten sposób ciało ludzkie uzyskuje zupełnie nowe znaczenie nieporównywalne z całą «zewnątrzną» widzialnością świata. Wyraża, bowiem osobę w całym jej ontycznym i egzystencjalnym konkrety (ów «konkret» to coś więcej niż «jednostka»); wyraża, więc ludzkie «ja» jako osobę w tym wszystkim, co jej «zewnątrzną» widzialność konstytuuje właśnie od wewnątrz”¹⁵.

Podobnie można wyodrębnić różne rodzaje relacji, które odmienne są od siebie pod względem podstawowych cech je charakteryzujących. Pierwszym typem „relacji”, w jaki wchodzi z sobą ludzkie, to ten, dla którego charakterystycznym jest fakt uprzedmiotowienia drugiej osoby. Przykładem takiej zależności jest kontakt lekarza z pacjentem. Lekarz, z racji pełnionego zawodu, nie ma obowiązku wchodzić z pacjentem w pogłębione więzi na poziomie psychicznym, ani tym bardziej duchowym. Jest on jedynie zobowiązany do niesienia ulgi w cierpieniu fizycznym.

Kolejnym rodzajem relacji są te, które odnoszą się do związku na poziomie psychicznym i duchowym. Na pierwszej z wymienionych płaszczyzn odbywają się spotkania terapeutyczne – sesje. Generalnie ich celem jest rozwój pacjenta w kierunku samorealizacji¹⁶. Kontakt na poziomie duchowym ma miejsce w ramach powszechnych dziś grup samopomocowych¹⁷, jak również w instytucji kierownictwa

¹³ Zob. np. D. W. Johanson, dz. cyt., 77.

¹⁴ Zob. np. Tamże, 47-55.

¹⁵ K. Wojtyła, *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich*, Lublin 1989, 49.

¹⁶ D. W. Johanson, dz. cyt., 18-19.

¹⁷ Zob. B. Hamilton, *12 Kroków ze sponsorem*, tłum. z ang. Zuzanna J., Poznań 1998.

duchowego¹⁸. Relacje te zmierzają do pogłębienia związku z Bogiem zarówno osoby prowadzonej, jak i przewodnika duchowego.

Wśród relacji terapeutycznych (związek terapeutyczny, sprzymierzenie terapeutyczne)¹⁹ wyróżnia się trzy ich rodzaje, różniące się co do podstawowych cech. W psychoanalizie zasadnicze znaczenie ma przeniesienie – tzn. przeniesienie na osobę psychoterapeuty stanów emocjonalnych, nie odreagowanych w kontaktach z osobami znaczącymi. Elementem charakterystycznym jest także metoda konfrontacji, u której podłoża leży nieufność wobec prawdziwości treści wypowiedzianych przez pacjenta²⁰. W kierunkach behawioralnych relacja terapeutyczna ma charakter związków zadaniowych. Zadaniem terapeuty jest ułatwienie przepracowania nieprzystosowanych przekonań i zachowań za pomocą metod awersyjnych czy też modelowania²¹. W ramach nurtów humanistycznych związek terapeutyczny opiera się na: akceptacji, empatycznym rozumieniu, autentyczności²².

Kolejnym i zarazem kluczowym kryterium jest rozumienie pojęcia „duchowość” oraz pojęcia określającego jej przejaw, jakim jest „wolność”. Pojęciu „duchowość” przypisuje się różne znaczenia. Do interpretacji naturalistycznych można zaliczyć dwie propozycje. Duchowość można rozumieć jako jeden z przejawów życia somatycznego. V. Hesselbrock, L. Bauer w pracy *Układ nerwowy a podatność na uzależnienia* interpretuje zjawisko wolności w sposób następujący: „Wolność jest jedną z funkcji ośrodkowego układu nerwowego związaną z przetwarzaniem informacji. W układzie tym fizyczne cechy świata są zakodowane w postaci impulsów elektrycznych. Istnienie takich zjawisk, jak czucie, abstrakcyjne myślenie, uczenie się i wola, interpretuje się jako powstałe w skutek ciągłej, harmonijnej komunikacji neuronalnej”²³.

¹⁸ Zob.: A. Louf, *Towarzystwo duchowe*, tłum. z fran. Z. Rutowska, Kraków 1994. W. A. Barry, W. J. Connoll, *Kierownictwo duchowe w praktyce*, tłum. z ang. P. Sanerek, J. Oniszczyk, Kraków 1992. A. Cencini, *Psychologia spotkania z Bogiem*, tłum. z wł. B. Nuzzo, Kraków 1998.

¹⁹ J. Cz. Czała, *Czynniki leczące w psychoterapii*, Warszawa 1997, 21, 19, 83.

²⁰ Zob. *Psychoterapia, szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*, red. L. Grzesiuk, Warszawa 1998, 52-53, 156-161.

²¹ Zob. Tamże, 41-43.

²² Zob. Tamże, 52-53, 57-58, 156-161.

²³ V. Hesselbrock, L. Bauer, *Układ a podatność na uzależnienia*, tłum. ang. A. Bidzińska, M. Wójcik, w: *Alkohol i mózg*, red. M. Ślusarska, Warszawa 1990, 16.

Innym również naturalistycznym określeniem pojęcia „duchowość” jest jej rozumienie jako przejawu życia emocjonalnego, sprowadzające ją do funkcji psychiki²⁴. V. E. Frankl w książce *Psycholog w obozie koncentracyjnym* jako przeżycie o charakterze duchowym traktuje m.in. odczucia estetyczne – zachwyt nad pięknem przyrody. A zatem tego typu stany psychiczne utożsamia ze stanami duchowymi²⁵.

Wśród interpretacji humanistycznych, antynaturalistycznych – personalistycznych można wyróżnić kolejne dwa określenia pojęcia „duchowość”. Z jednej strony, duchowość wiąże się z przyjmowaną przez osobę hierarchią wartości²⁶, z drugiej – duchowość traktowana jest jako element transcendujący psychofizyczne uwarunkowanie oraz jest miejscem spotkania – dialogu z Bogiem²⁷. Oba te ujęcia mogą występować w ramach jednego stanowiska.

Wolność rozumianą jako przejaw życia duchowego w ramach ujęć antynaturalistycznych traktuje się jako przeciwieństwo: determinizmu, konieczności, finalizmu. Osoba nie jest wolna, gdy jest zdeterminowana, czy to zewnątrz, np. przez przymus, czy też wewnątrz, np. przez dominację życia emocjonalnego nad racjonalnością. Owa racjonalność, rozumność, to nic innego jak trzeźwość rozumiana jako umiejętność rozpoznawania dobra i zła – prawdy, wybór dobra oraz działanie nim podyktowane.

Zatem, osiągnięcie przez osobę stanu wolności, w ramach omawianego wzorca posiada kilka etapów. Pierwszą fazą tego procesu jest podstawowe rozpoznanie rzeczywistości. Nie chodzi tu jedynie o intelektualną dojrzałość na poziomie podstawowym, ale uznanie przygodności własnego istnienia. Natura i źródło nowego spojrzenia na rzeczywistość oraz zdolność do podjęcia decyzji podyktowanych dobrem są niemożliwe do wykazania w toku racjonalnych analiz.

²⁴ Zob. K. Morawskim, *Jaźń i sumienie. Filozoficzne zagadnienia rozwoju duchowego człowieka w pracach Carla Gustawa Junga i Antoniego Kępińskiego*, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź 1987, 12. Rozumienie duchowości jako przejawu życia psychicznego odnaleźć można również m.in. w artykule: P. Socha, *Wiara jako podstawowy proces psychiczny*, *Sztuka Leczenia* 3(1997)2, 53-60, a także w: G. W. Allport, *Osobowość i religia*, tłum. z ang. H. Bartoszewicz, Warszawa 1988, 48-49.

²⁵ V. E. Frankl, *Psycholog w obozie koncentracyjnym*, tłum. z niem. S. Zagórski, Warszawa 1962, 45.

²⁶ V. E. Frankl, *Homo patiens*, tłum. z niem. R. Czarniecki, J. Morawski, Warszawa 1984, 26-27.

²⁷ Tamże, 109.

Momentem przejściowym pomiędzy pierwszym i drugim etapem jest dalsze rozpoznawanie świata w świetle prawdy.

Drugi etap to budowa życia na podstawie rozpoznanej i zaakceptowanej rzeczywistości. Często jednak podejmowane działania nie mają jeszcze charakteru wolnego, moralnego. Są to często działania egocentryczne uwarunkowane czynnikami determinującymi wolę. Takim czynnikiem może być np. lęk.

Trzecim i zarazem ostatnim etapem w procesie stawania się człowieka wolnym jest zmiana motywacji podejmowanych działań w kierunku realizacji dobra. Wówczas nawet działania skierowane na siebie samego nie mają charakteru egocentrycznego, ale są próbą odpowiedzi na własną wartość osobową²⁸.

Aby wskazać na założenia leżące u podłoża modeli terapeutycznych, trzeba uwzględnić kwestie interpretacji zjawiska w ramach danego modelu. Opis objawowy zjawiska ma charakter obiektywny. Natomiast przy opisie niektórych z nich, których etiologia – źródło nie jest dookreślone istnieje wiele interpretacji, których na obecnym etapie rozwoju medycyny w ramach obowiązującego wzorca biopsychospołecznego nie sposób potwierdzić. Z uwagi na to, że istnieje wiele hipotez diagnostycznych mamy do czynienia z wieloma modelami terapeutycznymi.

Przy uwzględnieniu poddanych analizie pojęć: „choroba”, „duchowość”, „wolność”, „relacja” oraz kwestii objawowego bądź etiologicznego stawiania diagnoz, zostaną przeanalizowane konkretne metody leczenia uzależnień. Wybranymi projektami terapeutycznymi są: terapia ucząca umiejętności praktycznych²⁹, przygotowanie do 12 Kroków AA³⁰ oraz terapia zwiększająca motywację³¹. Oprócz

²⁸ Fragment dotyczący etapów wolności jest modyfikacją opisu tego procesu z mojego art.: *Dynamika wolności a wzrastanie w trzeźwości*, w: *Rozwój osób uzależnionych w procesie zdrowienia*, red. M. Tantala, K. Kościelecki, Zakroczym 2002, 121-130.

²⁹ Przedstawienie tego modelu można odnaleźć w: R. Kadden, K. Carroll, D. Donovan, N. Cooney, P. Monti, D. Abrams, M. Litt, R. Hester, *Materiały szkoleniowe dla Terapeutów Uzależnień*, cz. III: *Uczenie umiejętności praktycznych*, tłum. z ang. H. Grzegorzewska-Klarkowska, Warszawa 1995.

³⁰ Przedstawienie tego modelu można odnaleźć w: J. Nowiński, S. Baker, K. Carroll, *Materiały szkoleniowe dla Terapeutów Uzależnień*, cz. I: *Przygotowanie do 12 Kroków*, tłum. z ang. Ł. Święcicki, Warszawa 1995.

³¹ Przedstawienie tego modelu można odnaleźć w: N. Miller, A. Zweben, C. C. DiClemente, R. G. Rychtarik, *Materiały szkoleniowe dla terapeutów uzależnień*, cz. II: *Motywowanie do terapii*, tłum. z ang. H. Grzegorzewska-Klarkowska, Warszawa 1995.

wymienionych zostanie wzięta także pod uwagę propozycja M. H. Ericsona³², z uwagi na oryginalność „metod” i rozumienie choroby alkoholowej. Trzy z wymienionych modeli są pierwszymi na świecie, które w 1989 r. zostały poddane testom w Stanach Zjednoczonych, w ramach wielośrodkowych badań klinicznych. Starano się odpowiedzieć na pytanie, jaka metoda leczenia choroby alkoholowej jest najbardziej skuteczna dla danego pacjenta. Była to próba zbadania zależności pomiędzy określonym rodzajem leczenia, a cechami chorego, np. jego osobowością³³.

2. CHARAKTERYSTYKA WYBRANYCH MODELI TERAPEUTYCZNYCH

Aby wskazać na przyjmowany obraz osoby, wyłaniający się z wybranych modeli, zostaną one na wstępie krótko omówione. Terapia bazująca na nauce umiejętności praktycznych odwołuje się do zasad teorii społecznego uczenia się. Zasadniczym jej celem jest uzupełnienie deficytów umiejętności i poprawa funkcjonowania w sytuacjach podwyższonego poziomu stresu, które to sytuacje często powodują nawroty i reakcje o zabarwieniu agresywnym. Celem oddziaływań jest również zmiana dotychczasowych zachowań pacjenta, aby w sposób skuteczny zapobiegać epizodom picia³⁴. Metodą stosowaną w ramach tego modelu jest trening asertywności³⁵. Trening ten prowadzi nie tylko do zmiany zachowań, te są, można powiedzieć, ostatnim ogniwiem procesu, a poprzedzone zostają zmianą sposobu myślenia, rozpoznaniem, nazywaniem oraz nabyciem dystansu do swoich uczuć. A zatem prowadzi on do poszerzenia pola świadomości³⁶.

Terapia przygotowująca do realizacji 12 Kroków AA powoduje skoncentrowanie uwagi osoby uzależnionej (chorej – zarówno so-

³² Przedstawienie tego modelu można odnaleźć w: I. K. Berg, S. D. Miller, *Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. Pomaganie osobom z problemem alkoholowym*, tłum. z ang. M. Pawlikowska, Łódź 2000.

³³ R. Kadden, K. Carroll, D. Donovan, N. Cooney, P. Monti, D. Abrams, M. Litt, R. Hester, dz. cyt., 7-8; 10.

³⁴ Tamże, 12.

³⁵ Zob. np. M. Król-Fijewska, *Trening asertywności*, Warszawa 1993; S. Phelps, N. Austin, *Kobieta asertywna*, tłum. z ang. A. Jacewicz, Poznań 2002.

³⁶ „Trening asertywności jest czymś więcej niż zbiorem behawioralnych procedur, mających na celu redukcję lęku; jest też filozofią życia, której celem jest osiągnięcie przez człowieka większego szacunku do siebie i poczucia własnej godności”. M. Król-Fijewska, dz. cyt., 12.

matycznie, psychicznie, jak i duchowo) na poznaniu i zaakceptowaniu programu anonimowych alkoholików. Poza nakłonieniem pacjenta do podjęcia abstynencji, celem terapii w ramach tego modelu jest zmobilizowanie go do uczestnictwa w spotkaniach wspólnoty AA, jak również akceptacja własnego alkoholizmu jako choroby, a także pogodzenie się z faktem utraty kontroli³⁷ nad ilością spożywanej substancji psychoaktywnej. Pacjent dowiaduje się także w trakcie terapii, że całkowita abstynencja jest jedyną, możliwą drogą do zatrzymania postępującej śmiertelnej choroby. Metodą chętnie stosowaną w ramach tego modelu jest konfrontacja ze względu na mechanizm zaprzeczania przyjmowany jako podstawowy rys choroby alkoholowej³⁸.

Dwoma charakterystycznymi elementami tego wzorca terapeutycznego jest uwzględnienie płaszczyzny duchowej w człowieku, na którą także nakierowane są oddziaływania lecznicze. Drugą charakterystyczną cechą tego programu jest pragmatyzm. Oznacza on wiarę we wszelkie działania przynoszące skutek w postaci zachowania abstynencji³⁹. Terapeuta wchodzi w rolę osoby dyrektywnie kierującej – sterującej pacjentem i kontrolującej realizację programu⁴⁰. Model ten można określić jako konfrontacyjno-dyrektywny.

U podłoża powyżej opisanych wzorców wyraźnie rysuje się sposób myślenia zaczerpnięty z tzw. Modelu Minesota⁴¹. W myśl tej koncepcji osoba uzależniona jest osobą chorą. Alkoholizm traktowany jest jako choroba pierwotna, chroniczna, postępująca, dotykająca rodzinę osoby uzależnionej. Leczenie alkoholizmu ma tu charakter wielopłaszczyznowy, ze szczególnym uwzględnieniem oddziaływań psychologicznych⁴².

³⁷ M. Keller, *Wybrane poglądy na naturę nałogu*, Nowiny Psychologiczne 50(1987)3, 26. Utrata kontroli zdaniem tego autora, to fakt, że „osoba uzależniona od danego środka nie może dokonać logicznego wyboru, czy zacząć brać czy nie, a kiedy bierze, nie może podjąć konsekwencji decyzji żeby przestać.”

³⁸ J. Nowiński, S. Baker, K. Carrol, dz. cyt., 14-15; 18; 4.

³⁹ Tamże, 15.

⁴⁰ Tamże, 28-29.

⁴¹ „Dużą popularność zyskało sobie w Polsce podejście do alkoholizmu i jego leczenia według tzw. Modelu Minesota, którego idea narodziła się na przełomie 40 i 50 w stanowym szpitalu w Minesocie (USA)”. B. T. Woronowicz, *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Warszawa 2001, 93.

⁴² S. Bukowski, B. Bukowska, S. Ilnicki, *Ocena efektywności ambulatoryjnej terapii alkoholików wzorowanej na modelu Minesota*, Alkoholizm i Narkomania 35(1999)2, 237-245.

Kolejnym przykładem jest terapia, której zadaniem jest zwiększenie mobilizacji pacjenta do zmiany. Czerpie ona swe zasady z psychologii motywacji, a celem jej jest uzyskanie szybkiej, pod wpływem decyzji wewnętrznej, zmiany. Leczenie nie polega na kierowaniu zachowaniem osoby uzależnionej, lecz na wzbudzeniu chęci do zmiany w celu odwołania się do własnych zasobów chorego. Pacjent nie jest etykietowany diagnostycznie, w tym rozumieniu, że w procesie terapeutycznym nie ma znaczenia nabycie przez niego tożsamości alkoholika. Metodami stosowanymi w ramach tego wzorca są podążanie za oporem w miejsce konfrontacji i wspieranie poczucia własnej skuteczności. Relację terapeutyczną charakteryzuje stosunek empatyczny do pacjenta. Model ten można określić jako motywująco-odzwierciedlający⁴³.

Propozycję M. H. Ericsona określa się jako „nową terapię harmonizującą z jednostką”⁴⁴. W tym podejściu nie przyjmuje się, że alkoholizm jest jednostką nozologiczną. Nie istnieje zatem jeden rodzaj danego uzależnienia, lecz tyle rodzajów zaburzeń, ilu jest pacjentów⁴⁵. Jest to skrajnie indywidualistyczne podejście w terapii. Według H. Ericsona ta metoda jest dobra, która pomaga w danej sytuacji. Jej autor uważał, że lojalność terapeutów wobec teoretycznych dogmatów, stosowanego przez nich modelu, przeszkadza stać się dostatecznie elastycznymi, by sprostać potrzebom klienta. Zatem ateoretyczne, nienormatywne podejście zorientowane na klienta i położenie nacisku na rozwiązanie sytuacji problemowej miało zwiększać efektywność oddziaływań. Podejście, w którym nie stwierdza się, że alkoholizm jest chorobą, wiąże się z przyjęciem możliwości kontrolowania picia⁴⁶.

3. ANALIZA OBRAZU OSOBY KONSTYTUUJĄCEGO WYBRANE MODELE TERAPEUTYCZNE

Zmiana sposobu myślenia, którą proponuje się w ramach modelu skierowanego na nabycie umiejętności praktycznych, ma służyć, oprócz koniecznej dla osoby uzależnionej sztuki odmawiania spożywania napojów alkoholowych, także samorealizacji pacjenta

⁴³ N. Miller, A. Zweben, C. C. DiClemente, R. G. Rychtarik, dz. cyt., 26-29; 44-47.

⁴⁴ K. Berg, S. D. Miller, dz. cyt., 31.

⁴⁵ Tamże.

⁴⁶ Tamże, 32.

ograniczonej przez prawa innych ludzi. Tego typu podejście niesie ze sobą naturalistyczny obraz osoby ludzkiej. W ramach kierunków personalistycznych (antynaturalistycznych) biorących pod uwagę, element duchowy w osobie ludzkiej, samorealizacja jest „skutkiem ubocznym” aktualizacji wartości, takich jak np. miłość (aktu woli nakierowanego na dobro drugiego). W ujęciach naturalistycznych samorealizacja jest celem samym w sobie. Stosunek terapeuty do pacjenta nie ma charakteru osobowego, a jedynie instruktażowy. Alkoholizm jest traktowany jako choroba (w szerokim znaczeniu), związana z występowaniem zachowań niekontrolowanych⁴⁷. Opis, leżący u podłoża tego wzorca terapeutycznego, zjawiska alkoholizmu ma w swej istocie charakter objawowy, nie określa się jednoznacznie etiologii uzależnienia.

Celem kolejnego modelu jest wprowadzenie pacjenta w realizację programu 12 Kroków AA. Od osoby uzależnionej oczekuje się zmiany sposobu myślenia w określonym kierunku. Stosowane są przy tym metody w swym charakterze inwazyjne, oparte na nieufności i podejrzliwości. Przyjmuje się także ograniczenie wolnej woli pacjenta w obszarze uzależnienia. Wolę w ramach tego modelu interpretuje się jako jedną z funkcji życia psychosomatycznego człowieka. Cechą charakterystyczną programu jest wyróżnienie elementu duchowego i praca nad duchowością w ramach terapii. Jednakże wydaje się, że pojęcie „duchowość” rozumiane jest w sposób naturalistyczny. Program J. Skrobot poświęcony jest pracy terapeutycznej na poziomie „duchowym”. W kwestionariuszu do „badań życia duchowego pacjenta”⁴⁸ znajduje się m.in. następujące pytanie: „czym chciałbym się zachwycić?” oraz zalecenie „zaplanuj z terapeutą konkretne zadania służące osiągnięciu konkretnego etapu w swoim rozwoju duchowym”. Zatem duchowość bazująca na przeżyciach estetycznych oraz możliwa do zaplanowania przez osobę zainteresowaną ma wyraźne rysy rozumienia jej w sensie naturalistycznym – kulturowym.

Tak też przedstawiony w aspekcie metody oraz rozumienia pojęcia „duchowość” model należy zakwalifikować jako przyjmujący

⁴⁷ W. Kosowski, *Trwały i nawrotowy charakter uzależnień; poszukiwanie podłoża neuronalnego i molekularnego mechanizmu powstawania uzależnień*, Alkoholizm i Narkomania 37(1999)4, 503-504.

⁴⁸ J. Skrobot, *Przewodnik rozwoju duchowego*, Warszawa 1998, 16; 18.

naturalistyczną koncepcję osoby. Również w ramach tego wzorca nie przyjmuje się konkretnej przyczyny alkoholizmu, bazuje się na opisie objawowym.

Następny projekt to program zwiększania motywacji pacjenta do leczenia. Na głęboko humanistyczny i personalistyczny charakter tego projektu z jednej strony wskazuje brak etykietowania uzależnionego oraz założenie, że posiada on wolną wolę – jest zdolny do podejmowania decyzji. Z drugiej terapeuta unika komunikatów sugerujących, że jest kimś lepszym, a klient kimś gorszym, pełniąc jednocześnie rolę doświadczonego towarzysza drogi. Jest osobą szanującą decyzje pacjenta, osobą, której rolą w kontakcie terapeutycznym jest w znacznej części empatyczne słuchanie. Także u podłoża tego modelu nie można odnaleźć etiologicznego opisu choroby.

Podobną w aspekcie założeń antropologicznych jest metoda terapii krótkoterminowej według koncepcji H. Ericsona. Przyjęcie, że każdy jest niepowtarzalną jednostką, nie etykietowanie pacjenta oraz wchodzenie z nim w relacje bez odwoływania się do określonych metod, wskazuje na głęboko osobową relację, której przypisane jest znaczenie leczące. Można porównać to podejście np. z koncepcją D. W. Johanson, który twierdzi, że: „osoba uzależniona od substancji chemicznych, nie uzyskując pomocy umrze przedwcześnie. (...) Uzależnienie chemiczne jest (...) postępujące [a] to oznacza, że nie poddane terapii zawsze ulegnie pogorszeniu (...), gdy ktoś raz uzależni się od substancji chemicznych, już nigdy nie uwolni się od tego”⁴⁹. Podejście ericsonowskie jest skrajnie odmienne. Zakłada się w nim, iż alkoholizm, to nic innego jak pewne kryzysowe momenty w życiu jednostki. Terapeuta, zatem, jest jedynie osobą „obecną” w życiu klienta zwłaszcza w sytuacjach trudnych. A zatem, w ramach tej metody przede wszystkim „relacja” klient-terapeuta wyznacza jej humanistyczny-personalistyczny charakter. Również u podłoża tego modelu nie odnajdujemy konkretnego opisu źródła problemowego spożywania alkoholu.

Przeprowadzona analiza miała na celu ukazanie podłoża antropologicznego modeli terapeutycznych pod kątem przyjmowanych w nich koncepcji osoby ludzkiej. Jako kryteria wyznaczające te koncepcje przyjęto znaczenie pojęć: „choroba”, „relacja”, „ducho-

⁴⁹ D. W. Johanson, *Intervention: How to help someone who doesn't want help*, Minneapolis 1986, 6-7.

wość”, „wola” oraz kwestię patofizjologicznego bądź etiologicznego stawiania diagnoz. Ciekawym wnioskiem z przeprowadzonego badania jest fakt, że nawet w przypadku modeli, które można zaliczyć do humanistycznych a wręcz personalistycznych (ze względu na charakter relacji terapeutycznej, nieetykietowane diagnostyczne oraz przyjęcie braku zdeterminowania woli ludzkiej), nie sposób wskazać jednoznacznie genezę patologicznego picia.

Natomiast w pełnej perspektywie personalistycznej można określić źródło zjawiska uzależnień. Jest nim niemożność podejmowania wolnych decyzji wynikająca z nieprzestrzegania prawa naturalnego. Alkoholizm jest wówczas traktowany jako choroba w szerokim znaczeniu, tj. choroba ducha ludzkiego.

Wybrane projekty odnosiły się do terapii osób uzależnionych od alkoholu, ale wydaje się kwestią bezsporną, że tego typu analizy oparte na podanych kategoriach można prowadzić także na modelach psychoterapeutycznych, odnoszących się do innych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza o niedookreślonej etiologii, jak np. schizofrenia. W przypadku tych chorób zagadnienie założeń antropologicznych w psychoterapii jest, jak się wydaje, szczególnie interesujące.

AN ANALYSIS OF ANTHROPOLOGICAL PRESUMPTIONS OF THERAPEUTIC MODELS

Summary

In this work an analysis of certain therapeutic models in dependencies therapy was presented, from the point of view of the accepted concept of a human person. A research method of pointing at interpretations arising from specific paradigms was used. In the four chosen models these concepts have been found to be different. Non of them, however, is relevant because they do not include all dimensions of a human person. In the paper, the idea of holistic understanding of a human, with his body, psyche and spirituality, has been proposed. Such an approach is characteristic for the existential psychology.