

Rozdział 3

Znaczenie samoregulacji w radzeniu sobie ze złością i agresją u osób uzależnionych

Damian Zdrada

Abstract

Addicted people use many improper anger management strategies. This article presents these strategies from the viewpoint of self-regulation theory. The author refers to improper and insufficient self-regulation methods. Some part of the article concerns the addicts' concentration disorders, presenting connection between them and self-regulation processes as well as their effect on the anger issues. In this context it is vital to assume that the addiction is mainly a developmental problem and biological etiology is not very significant. It is experiencing difficulties which afflict also not addicted people. The author emphasizes the number of these problems, not their uniqueness. The anger is described according to the following model: frustration-cognitive process-wrath-aggression. The article contains examples from author's clinical practice and reports from Polish and foreign research.

Key words: addiction, alcohol dependence, anger, aggression, self-regulation.

3.1 Wprowadzenie

Tematyka samoregulacji jako funkcji własnego *Ja* ma już długą tradycję. Istnieje wiele hipotez i koncepcji związanych z działaniem tej funkcji. Odkrycia w tej dziedzinie wydają się bardzo istotne dla praktyki klinicznej, gdyż załamanie procesów samoregulacji stanowi podstawę istnienia wielu, jeśli nie wszystkich, zaburzeń. Z teorii samoregulacji korzystają zarówno koncepcje psychologii zdrowia, jak i załamaniem samoregulacji tłumaczy się występowanie wielu zjawisk z zakresu psychopatologii. Nic dziwnego, że w obszarze nadużywania substancji i uzależnień, wiedza ta stała się dość szybko jednym z podstawowych zagadnień.

Problemy z samoregulacją wśród osób nadużywających substancji psychoaktywnych czy uzależnionych znajdują natomiast wdzięczny materiał do naukowej refleksji w zakresie radzenia sobie ze złością. Nauczyli się bowiem korzystać z alkoholu jako podstawowej

strategii radzenia sobie, więc używają całej gamy niewłaściwych i niewystarczających form samoregulacji w zakresie radzenia sobie z emocjami. W opracowaniu tym postaram się opisać podstawowe zjawiska załamania procesów samoregulacji w odniesieniu do opisanego powyżej problemu. Od razu chcę nadmienić, że doniesienia z badań polskich w tym temacie nie są specjalnie bogate. Publikacje z pracy polskich naukowców w ostatnich 10-ciu latach w populacji osób uzależnionych ukazują raczej, że sporym zainteresowaniem cieszą się takie tematy, jak znaczenie wsparcia społecznego w wychodzeniu z nałogu czy zjawiska związanych z używaniem alkoholu i narkotyków wśród młodzieży. Możliwe, że popularyzacja problematyki złości w uzależnieniach w kontekście samoregulacji będzie przyczynkiem do zainteresowania się badaczy tym tematem.

Temat niniejszej pracy zobrazuję w głównej mierze przykładami z własnej praktyki klinicznej, oraz będę posiłkował się doniesieniami naukowców z innych krajów lub próbował dostosować wyniki wybranych polskich badań do tej tematyki.

3.2 Kilka słów o uzależnieniu

Zanim przejdę do tematu rozdziału, chwilę zatrzymam się na określeniu istoty alkoholizmu. Jest oczywiście wiele publikacji w tym zakresie, ponadto objawy uzależnienia od alkoholu zostały jasno sformułowane w kryteriach diagnostycznych DSM i ICD (patrz: Tabela 1).

Tabela 1. Porównanie uzależnienia od substancji wg DSM–IV TR (Wciórka, 2008, s. 86 - 87) a zespołem uzależnienia wg ICD–10 (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006, s. 38-39)

uzależnienie od substancji wg DSM–IV TR	zespół uzależnienia wg ICD–10
Dezadaptacyjny wzorzec przyjmowania substancji prowadzący do klinicznie istotnego ograniczenia lub cierpienia przejawianego trzema lub więcej z następujących, występuje przez cały czas tego samego, 12-miesięcznego okresu	W ciągu minionego roku ujawniła się obecność co najmniej trzech z poniżej wymienionych zjawisk
Tolerancja, definiowana jednym z następujących: (a) potrzeba znacznego zwiększania ilości substancji w celu osiągnięcia zatrucia lub pożądanego efektu; (b) znacznie pomniejszony efekt, w warunkach kontynuowania tej samej ilości substancji.	Stwierdzenie tolerancji – potrzeby zażywania zwiększonej dawki substancji w celu uzyskania efektów poprzednio osiągniętych za pomocą mniejszych dawek
Stan odstawienia, przejawiany jednym z następujących: (a) charakterystyczny zespół odstawienia substancji	Fizjologiczne objawy stanu odstawienia - występujące gdy zażywanie substancji zostało przerwane lub zmniejszone – przejawiające się specyficznym dla

(b) ta sama (lub blisko pokrewna) jest przyjmowana w celu uwolnienia się od objawów odstawienia lub ich uniknięcia	danej substancji zespołem abstynencyjnym, lub zażywanie tej samej albo podobnej substancji w celu złagodzenia czy zniesienia objawów abstynencyjnych
Substancja często jest przyjmowana w dużych ilościach lub przez dłuższy okres niż zamierzony.	Trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z zażywaniem substancji, w zakresie jego rozpoczęcia, zakończenia i poziomu zażywania.
Występują trwałe pragnienie lub bezskuteczne próby przerwania lub kontrolowania używania substancji.	Silne pragnienie lub poczucie przymusu przyjmowania.
Duża ilości czasu spędzanego na działaniach niezbędnych dla uzyskania substancji, używania substancji albo do odwrócenia jej efektów	Postępujące zaniedbywanie alternatywnych przyjemności i zainteresowań, zwiększenie ilości czasu koniecznego do jej zdobycia albo na usuwanie skutków jej działania.
Ważne aktywności społeczne, zawodowe lub związane z odpoczynkiem są porzucane lub redukowane z powodu używania substancji.	
Używanie substancji jest kontynuowane pomimo świadomości utrwalonych lub nawracających problemów fizycznych i psychicznych, najprawdopodobniej zaostrzonych lub spowodowanych przez substancję	Zażywanie substancji, mimo wyraźnych dowodów szkodliwych następstw, takich jak: uszkodzenie wątroby powodowane nadmiernym pićciem, stany depresyjne występujące po okresach intensywnego używania substancji, uszkodzenia funkcjonowania poznawczego związane z substancjami – w tych przypadkach potrzebne jest rozpoznanie, czy zażywający był lub mógł być świadomy natury i zakresu tych szkód.

Samo porównanie objawów w tych kategoriach diagnostycznych wydaje się interesującym tematem dla klinicysty, jednak nie będzie stanowić refleksji w tej publikacji, a umieszczone jest jedynie poglądowo, aby nie odsyłać Czytelników do innych źródeł, co czasem bywa kłopotliwe w realizacji. Tutaj skoncentruję się tylko na zagadnieniu podstawowym w zakresie określenia uzależnienia od alkoholu. Czy uzależnienie od alkoholu jest chorobą? To pytanie wydaje się pozbawione sensu. Przecież już w 1957 roku Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne uznało alkoholizm za chorobę i taki stan rzeczy trwa po dziś dzień (Maisto, Galizio i Connors, 2000). Dziś mało kto będzie twierdził, że jest inaczej, fakt jest uznany społecznie.

Jednak możliwe są dwa odmienne punkty spojrzenia na istotę zaburzeń: model biologiczny *contra* model rozwojowy. W modelu biologicznym nacisk kładzie się na to, że od chwili

zapadnięcia na chorobę osoba nią dotknięta nie ma kontroli nad dalszym jej przebiegiem. Odnosząc to założenie do alkoholizmu tworzy się biologiczne rozumienie choroby. Dominuje w nim koncepcja głodu alkoholowego („dojmująca potrzeba napicia się alkoholu, odczuwana przez osobę uzależnioną w okresie abstynencji” Isbell, 1955, Mardones 1955 w: Allsop, Saunders 1997, s. 15) i utraty kontroli („fizyczna potrzeba alkoholu, po której następuje wypicie pierwszego kieliszka - powoduje to załamania się możliwości kontrolowania ilości i częstości picia alkoholu” Jellinek 1952, w: Allsop, Saunders 1997, s. 16). Te wewnętrzne czynniki powodują, że alkoholizm jest zaburzeniem nieodwracalnym (Allsop i Saunders, 1997). Nie da się go wyleczyć, można tylko zatrzymać, uznawana jest zasada: one drink-one drunk (napijesz się – upijesz się). Niektórzy z krytyków biologicznych koncepcji uzależnienia (Pattison i wsp, 1977) twierdzą jednak, że Jellinek (uznawany za twórcę medycznego rozumienia alkoholizmu), po prostu przepisał koncepcję uzależnień ruchu AA (podobnie mówi o alkoholizmie ruch Anonimowych Alkoholików, który powstał przecież w latach 30-tych XX wieku). Gdy w ten sposób spojrzymy na genezę biologicznych koncepcji uzależnienia możemy zobaczyć, jak bardzo kruche ma podstawy. To smutne, że w warunkach polskich koncepcja ta nadal ma ogromną rzeszę zwolenników, szczególnie wśród osób, zajmujących się profesjonalnie leczeniem uzależnień.

Przyczyny zwrócenia się badaczy alkoholizmu w kierunku biologicznym, koncentrującym uwagę na specyficznym działaniu biochemicznym alkoholu doskonale opisują Coben i Levy (1998 s. 181), cytując Mescavage (1989): „Każdy bez wyjątku autor (który dokonywał przeglądu piśmiennictwa) dochodzi chcąc nie chcąc do tych samych wniosków, że nie ma dających się zaakceptować dowodów na to, że alkoholizm może mieć podłoże psychologiczne lub, że osoba o określonej charakterystyce psychologicznej może być bardziej skłonna do uzależnienia się od alkoholu, niż osoba z inną charakterystyką psychologiczną”. Tymczasem, cytując dalej podaną powyżej pozycję, autorzy zwracają uwagę na fakt, że istnieje inne, bardziej zintegrowane spojrzenie na alkoholizm, jednak wymaga ono znacznie wyższych umiejętności osoby leczącej uzależnienie. Cytują (1998 s. 182) wypowiedź Gottheila i Waxmana (1982): „ Głównym terapeutą powinna być osoba, która umie używać różnych technik terapeutycznych pomocnych w leczeniu wielu zaburzeń. Umie ocenić i zbadać specyficzne potrzeby określonego pacjenta, a także jest przygotowana na żądania, dyskusję oraz uwzględnienie zaleceń konsultantów w celu stworzenia odpowiedniego planu terapeutycznego”. Możliwe więc, że dotychczasowe próby stworzenia spójnej, psychologicznej koncepcji uzależnień zawiodły, gdyż nie uwzględniały one całej gamy czynników związanych z etiologią alkoholizmu i złożoności problemu.

Jako przeciwwagę do biologicznego podejścia do uzależnień, proponuje się podejście rozwojowe¹ lub podejście biopsychospołeczne (por. Zdrada, 2005 lub Ludewig, 1995). Przyjęcie modelu rozwojowego stawia przed praktykami, badaczami i teoretykami alkoholizmu dużo bardziej skomplikowane wyzwanie, niż poszukiwanie jednego rozwiązania, jednego wyjaśnienia i sprowadzenia wszystkiego do prostej sekwencji przyczyna – skutek. Wymaga spojrzenia holistycznego, uwzględniającego biopsychospołeczne podłoże alkoholizmu.

Przykładem podejścia rozwojowego jest np. koncepcja rozwoju uzależnienia Stantona Peele’a (Peele, 1987), która istotny nacisk kładzie nie na chemiczną specyfikę używanego środka, lecz na efekt, jaki niesie ten środek u danej osoby w określonych okolicznościach. Osoba używa alkoholu bądź innego środka po to, aby łagodzić doświadczanie trudności w życiu, co powoduje, że poziom kompetencji radzenia sobie zmniejsza się, co z kolei sprawia, że ktoś sięga po alkohol coraz częściej i więcej. Można by rzec, że picie alkoholu wypiera z czasem inne sposoby radzenia sobie, stając się głównym sposobem rozwiązywania problemów (patrz: przykład w Tabeli 2).

Tabela 2. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – używanie alkoholu jako główny sposób radzenia sobie

Mężczyzna, lat 45, uzależniony od alkoholu, remisja od roku, związał się z dwoma kobietami, co z biegiem czasu sprawiało mu coraz większy problem. Nie mógł się jednak zdecydować, z którą z nich pozostać. W krytycznym momencie zaczął pić w ciągu trwającym około tygodnia. W tym czasie jedna z kobiet odeszła, a druga się nim zajmowała. Z tą właśnie kontynuował związek. W ten sposób uniknął podejmowania trudnej dla niego decyzji.

Koncepcja ta zmniejsza znaczenie biologii w uzależnieniu, kładzie nacisk na podłoże psychiczne i społeczne. Ukazuje uzależnienie nie jako czarno-biały wybór, lecz jako kontinuum, gdzie po jednej stronie mieści się picie kontrolowane, po drugiej zaś utrata kontroli. W miejsce powrotu do zdrowia rozumianego jako powrót do stanu homeostazy (sprzed choroby), proponuje się leczenie oparte na zdobywaniu nowego potencjału do radzenia sobie z zaburzeniem. W koncepcjach rozwojowych większą uwagę zwraca się na

¹ Określenie takie używam za K. Ludewigiem (1995) nie w pełni dokładnie. Posługuje się on bowiem określeniami „być” dla tradycyjnego, medycznego modelu choroby i „stawać się” dla podejścia, które traktuje leczenie jako wspomaganie rozwoju. Określenia te umieszcza na kontinuum, jako jego dwa skrajne punkty.

problematykę nawrotów (choć nie brak krytyków tego określenia, zwracających uwagę na jego medyczne konotacje). Nawrót zaś rozumie się jako „załamanie decyzji o zmianie jakiegoś zachowania” (Allsop i Saunders, 1997, s.15) (podobieństwo słownictwa z używanym w koncepcjach samoregulacji jasno wskazuje, jakie podłoże teoretyczne ma to pojęcie).

W tej publikacji uzależnienie traktuję nie jako problem biologiczny, lecz rozwojowy. W podejściu biologicznym musiałbym uznać, że procesy psychiczne osób uzależnionych są inne, niż u osób zdrowych, obarczone zmianami wynikającymi z biologicznego procesu chorobowego i mają nieodwracalny charakter. Tego typu podejście rozwija w swojej koncepcji mechanizmów uzależnienia J. Mellibruda (1999, 2006), tworząc opis mechanizmów uzależnienia specyficznych tylko dla osób uzależnionych, powstających w wyniku złożonych interakcji biochemicznych i psychologicznych między osobą używającą alkoholu a alkoholem. W pracy z 2006 roku pisze on: „Najważniejszą rolę w powstawaniu tych mechanizmów (uzależnienia – przyp. aut.) odegrały ślady doświadczeń osobistych spowodowanych konsumpcją alkoholu oraz konsekwencjami nietrzeźwego zachowania” (s.71). Dalej zaś: „Struktura tych mechanizmów oraz sposób ich funkcjonowania odróżnia je zdecydowanie od patologicznych mechanizmów występujących w innych zaburzeniach emocjonalnych, na przykład w nerwicy” (s.72).

Podjęcie rozwojowe pozwala mi na przyjęcie założenia, że procesy psychiczne osób uzależnionych są takie same, jak u ludzi zdrowych, lecz mechanizmy samoregulacji uległy załamaniu, na skutek częstego używania alkoholu w dużych ilościach. Jako dodatkowy argument za takim podejściem, przytoczę zdanie Orforda (1985), w: Allsop i Saunders, 1997, s. 18): „Tym, co odróżnia „izmy” lub „manie” czy silny, będący przyczyną problemów apetyt od względnie bezproblemowego, umiarkowanego lub normalnego zachowania apetytywnego², jest przejście od stanu równowagi w stan konfliktu”. Oznacza to, że osoba uzależniona przeżywa ambiwalencję: z jednej strony doświadcza podniecy wynikającej z przyjmowania substancji psychoaktywnej i jednocześnie wzmaga się w niej poczucie rosnących kosztów takiego zachowania i niechęć do niego. Oczywiście jest, że taki konflikt doskonale tłumaczy teoria samoregulacji.

Wydaje się, że polski „rynek wiedzy” wciąż potrzebuje nowych publikacji stanowiących alternatywę dla biologicznego rozumienia uzależnień. Może sprzyjać to

² Zachowanie apetytywne – zachcianka, impuls, głód; może być traktowane równoważnie z określeniem „zachowanie impulsywne”, choć niektórzy badacze (Orford, 1985, w: Baumeister, Heatherton i Tice 2000) czynią rozróżnienia pomiędzy impulsem (pojęcie ogólne), głodem (pojęcie szczegółowe) a apetytem (pośrednie między głodem a impulsem) (co myślę na temat takich podziałów wypowiadam się przy okazji określenia różnic między złością a gniewem).

tworzeniu nowoczesnych form leczenia oraz wzbudzać zainteresowanie badaczy tym obszarem.

3.3 O złości i metodach oddziaływań terapeutycznych w zakresie złości

W opracowaniu tym koncentruję się zarówno na złości, jak i na zachowaniu z nią związanym – agresji. Wynika to z prostego faktu – trudno mówić o emocjach bez opisywania wyrazów jej ekspresji. Oczywiście – agresja nie jest jedynym sposobem ekspresji złości (pod wpływem złości można np. płakać). Również inne emocje mogą być źródłem zachowań agresywnych (np. strach). Ponadto, w pewnych podejściach złość (gniew) jest wtórna wobec pierwotnych popędów agresywności. Na przykład w ujęciu neoasocjacionistycznym jest formą pośrednictwa między frustracją a zachowaniem mającym na celu likwidację frustrującej bariery. Można by przytoczyć jeszcze wiele dowodów na istnienie ścisłego związku między agresją a złością. Lecz na razie na tym poprzestanę, gdyż zagadnienie to nie stanowi głównego wątku rozważań. W ten sposób poczułem się uprawniony, aby w opracowaniu na temat złości poświęcić dużo miejsca agresywności.

Ponadto, aby łatwiej zrozumieć tekst nadmieniam, że nie czynię podziału na gniew i złość, traktując jedno i drugie słowo zamiennie. To dziwne, jak niektórzy dzielą włos na czworo próbując wprowadzać rozróżnienia np. między emocją a uczuciem. Nie dostrzegają, że różnica jest tylko taka, że jedno słowo to wyraz polski, a drugi to spolszczona forma słowa z obcego języka. Podobnie bezcelowe wydaje mi się rozróżnianie złości od gniewu.

Złość jest w centrum zainteresowania psychiatrów, psychoanalityków, psychologów od bardzo dawna. Przykładem jest tu wprowadzenie przez Z. Freuda koncepcji dwóch antagonistycznych wobec siebie popędów: życia i śmierci (*eros* i *tanatos*). Ten pierwszy, służy zachowaniu życia, łączeniu energii psychicznej w coraz większe wiązki, ten drugi z kolei dąży do tego, aby życie powróciło do formy nieorganicznej, gdzie napięcia zostaną zredukowane do poziomu zerowego. Energia popędu śmierci nazywana jest energią agresywną, energia popędu życia to libido. Energia agresywna może obsadzać inne obiekty – jest kierowana w stronę podmiotu lub innych obiektów w świecie. Są to agresywne kateksje³, które możemy odczuć w naszej świadomości jako nienawiść, gniew itd. Kateksje te wyrażają się w działaniu w formie chęci wyrządzenia innym obiektom szkody. Freud podkreślał, że impulsy agresywne nigdy nie działają samotnie. Zawsze towarzyszą im popędy życia, które łagodzą niszczycielskie efekty (Fhanér, 1996). Teorię wrodzonych impulsów agresywnych

³ Kateksja – obsadzenie, oznacza zainteresowanie, uwagę lub zaangażowanie emocjonalne (LaPlanche i Pontalis, 1996).

rozwinęła w bardzo przekonujący sposób Melanie Klein, gdzie ich działanie stało się podstawą do tworzenia faz rozwojowych charakteru (Segal, 2005).

Wspaniale wykorzystała tę koncepcję Cloe Madanes, opisując w książce „Przemoc w rodzinie. Psychoterapia sprawców i ofiar”⁴ (2002) podejście psychodynamiczne w leczeniu sprawców i ofiar przemocy. Wychodzi ona z założenia, że podstawowym ludzkim dylematem jest relacja pomiędzy miłością i przemocą, pomiędzy ochroną innego człowieka a wdzieraniem się w jego terytorium, pomaganiem sobie nawzajem a dominowaniem i kontrolą. W ten sposób ukazuje, że teorie psychoanalityczne można praktycznie wykorzystać, zamykając usta tym, którzy twierdzą, że psychoanaliza jest niepraktyczna, nieskuteczna i niepotwierdzona empirycznie.

Podejściu psychodynamicznemu często przypisuje się technikę terapii tzw. *katharsis* (odreagowanie). Na ogół jest to metoda zaciekle krytykowana, gdyż rozumiana jest jako rozładowanie napięcia, często związanego ze złością. Krytycy (Tavris, 1989, w: Baumeister, Heatherton i Tice 2000) podają, że w ten sposób zachęca się osoby do częstszego wyrażania złości (jak wiadomo, przemoc napędza przemoc – jeśli ktoś raz zastosował agresję wobec bliskiej osoby, jest spora szansa, że zrobi to po raz kolejny, a z czasem częstotliwość tych zachowań będzie rosła). Ponadto doświadczanie emocji powoduje jej nasilenie. Wie to każdy, kto choć przez chwilę był pacjentem psychoterapeuty. Każde działanie psychoterapeuty jest nastawione na wzmocnienie doznań emocjonalnych, szczególnie tych, które pozostają ukryte przed świadomością pacjenta.

Katharsis to jednak nie tylko przysłowiowe „walenie w materac”, „wentylowanie do granic możliwości”, lecz szereg innych, niezwykle subtelnych i wyrafinowanych technik np. z obszaru psychosomatoterapii lub złożone metody odreagowywania bolesnych traum, np. tzw. terapia pierwotnego krzyku (por. Aleksandrowicz, 2000). Ponadto, nawet te prymitywne, poddawane krytyce formy odreagowania mogą być pomocne w terapii dla osób tłumiących złość (takie osoby też mogą nadużywać alkoholu właśnie z uwagi na możliwość doświadczenia tej emocji pod jego wpływem). Odreagowanie jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania (czy nie jest dobrze po stresującym dniu odreagować poprzez jakiś fizyczny wysiłek?). Czy twórczość, sztuka nie jest czasem formą odreagowania? Faktem jest jednak, że osoby nadużywające alkoholu niekoniecznie potrzebują tej formy pracy od razu na początku swojej terapii (na ogół pod wpływem alkoholu często dochodziło u nich do

⁴ W oryginale tytuł brzmi: „Sex, love and violence. Strategies for transformation”. Jednak specyfika polskiego rynku księgarskiego wymogła od wydawcy zmianę tytułu książki.

gwałtownego rozhamowania). W późniejszych fazach leczenia metoda ta jest bardzo pomocna (patrz: Tabela 3).

Tabela 3. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – lecznicze działanie odreagowania

Pacjent uzależniony od alkoholu, lat 42, ma ograniczone prawa rodzicielskie w stosunku do 12-letniego syna oraz wyrok w zawieszeniu w sprawie o znęcanie się nad żoną. Był niezwykle agresywny pod wpływem alkoholu. Od roku uczestniczy w terapii uzależnień i utrzymuje abstynencję. Bardzo często zdarzało się, że na grupach terapeutycznych mówił o tym, że nic ciekawego go nie spotkało ostatnio i niczego w danym dniu od grupy i terapeuty nie potrzebuje. Taką postawę większość terapeutów zaczęła interpretować jako niską motywację do leczenia, pojawiły się przypuszczenia, że potajemnie pije. W końcu jednak prawda okazała się zupełnie inna: na podstawie swoich doświadczeń z własną agresywnością pacjent doszedł do wniosku, że powinien tłumić w sobie wszelkie przejawy złości i agresji. Gdy doświadczał złości, nie mówił o tym na zajęciach grupowych z obawy, że może nie powstrzymać się przy mówieniu o tym od wybuchu złości. W codziennym życiu także zamykał się w sobie i wolał milczeć, niż reagować złością. Przypominał wysokociśnieniowego szybkar, który ledwo wytrzymuje poziom ciśnienia. Stąd jego lakoniczne wypowiedzi. Metodą pracy z tym pacjentem było stopniowe pozwalanie mu na coraz większą ekspresję złości i naukę kontrolowania tych zachowań po ich ujawnieniu. Należało jednak odrzucić wcześniej hipotezę o psychoorganicznym podłożu tych zaburzeń – wówczas postępowanie byłoby inne.

Powróćmy obecnie do głównego wątku rozważań, choć tematyka *katharsis* jest interesująca i z całą pewnością wymaga głębszej analizy niż tutaj zaprezentowana (powrócę jeszcze do tego tematu w dalszej części).

Już od czasów Freuda pojawiły się spory na temat wrodzonej natury popędu śmierci i energii agresywności. Część badaczy obstawała na stanowisku, że agresywność jest wynikiem frustracji wywołanej przez jakiś inny obiekt (tzw. teorie frustracja-agresja). Z czasem wprowadzono pomiędzy frustrację a agresję nowy czynnik – gniew (tzw. teorie neoasocjacionistyczne), podając, że tylko wtedy frustracja doprowadzi do agresji, jeśli towarzyszy temu uczucie gniewu (Krahé, 2006). Koncepcje te mocno akcentowały rozładowanie napięcia jako najważniejszą funkcję agresji. Uznawały, że frustracja wzbudza negatywne stany afektywne, a one z kolei prowadzą do dalszych działań (nie tylko agresji). Dodatkowo, w tym ujęciu ważny jest jeszcze inny czynnik w postaci określenia i wyjaśnienia

źródeł gniewu (inaczej zareagujemy, jeśli ktoś przypadkowo w ciasnym autobusie nadeprnie nam na odcisk, a inaczej, jeśli ktoś to zrobi z pełną premedytacją, szukając zaczepki). Przydatne tutaj są koncepcje atrybucji – nadawania znaczenia poszczególnym faktom. Z punktu widzenia praktyki klinicznej doskonale obrazuje to sytuacja, gdy człowiek z osobowością paranoidalną zareaguje złością na pytanie psychoterapeuty – „Co Pana do mnie sprowadza?” – gdyż zinterpretuje to (nada temu znaczenie) jako atak na siebie. Mamy tutaj do czynienia z czteroetapowym procesem: frustracja – opracowanie poznawcze – gniew – agresja.

To podejście stało się inspiracją dla treningów radzenia sobie ze złością, opartych o metody psychoterapii poznawczej. Próbuje się uczyć nadawania nowych znaczeń sytuacjom, które do tej pory stanowiły czynnik spustowy złości i zachowań agresywnych (tzw. trening zmiany przekonań). Często wystarczy ukazać zdarzenia z ostatniego okresu w innym kontekście, aby wrogie, agresywne zachowania znacznie złagodniały.

Tabela 4. Obserwacja z praktyki własnej autora – nadawanie znaczenia problemom

<p>Pacjenci uzależnieni w początku swojej terapii mają często nieufne, wręcz paranoidalne nastawienie do otoczenia. Wynika to z tego, że w związku ze swoim piciem zachowywali się w sposób, prowadzący do licznych negatywnych konsekwencji (pobyty na izbie wytrzeźwień, mandaty, wyroki sądowe, naciski pracowników socjalnych, problemy rodzinne i zawodowe itp.). Często nie potrafią zrozumieć skąd tyle trudności pojawia się w krótkim czasie. Jeśli słabo wiążą nadużywanie alkoholu z takimi zachowaniami, pojawiają się krótkotrwałe epizody urojeniowe (będące efektem używania alkoholu), tłumaczące taką sytuację. Na przykład: „Mój syn chce mnie pozbawić mieszkania i dlatego to wszystko”, „Moja żona chce się dobrać do moich pieniędzy” itp. Na ogół, jeśli pacjent odkryje związek swojej sytuacji z intensywnym piciem i zauważy, że gdy zmienił sposób prowadzenia się problemy zmalały, inne wyjaśnienia zanikają.</p>
--

To podejście jest stosunkowo mało krytykowane. Jest skutecznym oddziaływaniem terapeutycznym. W stosowaniu tego podejścia pomocne są takie techniki jak praca metaforą, hipnoza, psychoedukacja i wiele innych. Jednak trzeba wziąć pod uwagę, że nie każdy pacjent będzie gotów do przyjęcia takiej formy oddziaływań. Wymagana jest ze strony pacjenta duża motywacja do pracy terapeutycznej i przynajmniej przeciętna sprawność intelektualna. Od terapeuty wymaga się z kolei umiejętności stworzenia właściwej relacji terapeutycznej.

Próbuje się także metod bezpośredniego oddziaływania na emocje – proponując zamiast złości wprowadzanie w to miejsce nauczonych uprzednio stanów relaksacji. Jest to dość popularna metoda realizowana w obszarze terapii uzależnień. Tutaj także mieszczą się wszelkiego rodzaju treningi sterowania złością i agresją (np. trening asertywności).

Tabela 5. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – przykład zastosowania treningu asertywności w terapii uzależnień

Mężczyzna, lat 50, przebywał na leczeniu w całodobowym ośrodku leczenia uzależnień. W trakcie zajęć grupowych otrzymał trudne dla niego informacje zwrotne. W pewnym momencie wstał i głośno przeklinając wyszedł trzaskając drzwiami. Za takie zachowanie groziło dyscyplinarne wypisanie z placówki. Został jednak pod warunkiem, że codziennie będzie ćwiczył wyrażanie złości w sposób asertywny i uczył się technik relaksowania. Decyzja zespołu wynikała z tego, że do tej pory jedynym sposobem zachowania tego pacjenta pod wpływem złości, były gwałtowne wybuchy.

Krytycy wskazują jednak, że asertywność w rękach osoby głęboko zaburzonej, może przynieść więcej szkód niż korzyści. Autor spotkał kiedyś terapeutę uzależnień, który nauczony do perfekcji asertywności kontaktował się z innymi za pomocą wyuczonych regulek – zarówno prowadząc terapię, jak i w prywatnym życiu. Przypominał raczej zdalnie sterowanego robota niż żywego człowieka.

Kolejne podejście do natury agresji podaje jako źródło jej powstawania mechanizmy uczenia się. Jednostka uczy się zachowań agresywnych pod wpływem związanych z nimi otrzymywanych nagród albo na skutek obserwowania, jeśli ktoś inny za takie zachowania jest nagradzany. Tu zwraca się uwagę na fakt, że człowiek wcale nie musi odczuwać złości, żeby doszło do zachowań agresywnych (Krahé, 2006). To podejście stanowi inspirację dla wielu treningów radzenia sobie z zachowaniami agresywnymi, gdzie istotną rolę pełni modelowanie. Na ogół treningi takie prowadzone są przez parę trenerów, którzy najpierw prezentują określone zachowanie, a później proponują ćwiczenie tych umiejętności. Niekiedy modelowanie odbywa się tylko dzięki samemu uczestnictwu w niejednorodnej grupie terapeutycznej.

Tabela 6. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – przykład znaczenia modelowania w terapii uzależnień

Jeden z pacjentów, na zakończenie terapii uzależnień stwierdził, że najistotniejszym efektem leczenia było dla niego odkrycie, że można w różnych sytuacjach zachowywać się w różny sposób. Mówił: „Gdy jestem zły zastanawiam się, jak w takiej sytuacji zachowaliby się koledzy i koleżanki z terapii: jak postąpiłby Staszek, jak Józek, a jak Zofia. Dopiero później wybieram najbardziej odpowiednie zachowanie”.

Krytycy tego podejścia używają podobnych argumentów, jakie przytoczyłem przy okazji omawiania treningów sterowania złością. Może się zdarzyć, że osoba np. o społecznych cechach osobowości zacznie instrumentalnie wykorzystywać swoje umiejętności w celu uzyskiwania własnych korzyści. Potwierdzają to spostrzeżenia autora zebrane na podstawie rozmów z rodzinami osób, które przeszły terapię uzależnień. Mówią oni czasem, że zachowanie osoby po terapii zmieniło się tylko tyle, że obecnie stosuje więcej technik manipulacji bliskimi.

Przyjmując, zgodnie z rozwojową koncepcją natury uzależnień, że jest ono załamaniem procesów samoregulacji uznałem, że najbliższa temu jest koncepcja wyjaśniająca złość w kategoriach frustracja – opracowanie poznawcze – gniew – agresja. Mamy tutaj nie automatyczne działanie, lecz pojawia się szereg czynników, mających regulacyjny charakter. Nie ukrywam jednak, że interesującym zagadnieniem byłaby próba pogodzenia koncepcji wrodzonej natury agresywności z teorią samoregulacji. Wydaje się to możliwe, gdyż jak podkreślał Freud (Fhanér, 1996), popęd agresji za każdym razem występuje razem z popędem życia i wpływają one na siebie, tworząc specyficzny obszar wzajemnej regulacji. Problem jest jednak w tym, że koncepcje psychoanalityczne i teorie samoregulacji operują tak odmiennym aparatem językowym, że jakakolwiek próba zbudowania wspólnej płaszczyzny, na której można by zestawić obie teorie, wydaje się działaniem piekielnie trudnym. Dokonano jednak próby zestawienia teorii mechanizmów obronnych z teorią samoregulacji i operacjonalizacji mechanizmów obronnych (Banicki, 2008). Wydaje się to jednak wciąż za mało, aby stworzyć wspólną przestrzeń dla tych koncepcji.

3.4 O samoregulacji

Wszystkie istoty żywe posiadają wspólną cechę: zdolność do kontrolowania samych siebie (por. popęd życia u Freuda). Właściwość tę określa się jako samoregulacja. W większości przypadków jej działanie koncentruje się na zachowaniu homeostazy, jednak – szczególnie u człowieka – zauważalne jest znacznie więcej jej funkcji. Jak zauważył J. Koziński w swojej książce „Koncepcja transgresyjna człowieka” (1987)– człowiek nie tylko dąży do zjawiska

homeostazy (przywracania wewnętrznej równowagi organizmu) czy heterostazy (działania nastawione na osiągnięcie nowych wartości, np. zdobycie władzy) ile do przekraczania własnych możliwości. To ostatnie wynika z posiadania przez człowieka motywacji hubrystycznej (dążenie do potwierdzania i wzrostu własnej ważności) i poznawczej (dążenie do zrozumienia świata naturalnego i społecznego). Dlatego w wypadku człowieka, pod pojęciem „samoregulacja” należy rozumieć nie tylko dążenie do utrzymania homeostazy, ale „wszelkie działania w kierunku zmiany własnych reakcji” (Baumeister, Heatherton i Tice, 2000, s. 17). Gdyby nie procesy samoregulacji, zachowywalibyśmy się ciągle w jeden, wyuczony sposób lub zgodnie z impulsem, który dyktują nam wewnętrzne tendencje. W organizmie człowieka zachodzi bez przerwy wiele procesów. Oglądamy film, słuchamy, co mówi do nas dziecko, nerwowo bębnimy palcami o stół i trawimy kolację. Samoregulacja zaczyna się od współzawodnictwa między tymi procesami. Wynik samoregulacji jest efektem ich nakładania się. Z kolei procesy, które współwystępują nie są sobie równe. Są procesy wyższego rzędu, wymagające dłuższego czasu, nastawione na bardziej odległe lub abstrakcyjne cele i procesy niższego rzędu, pierwotne i instynktowne. Z samoregulacją mamy do czynienia wówczas, gdy procesy wyższego rzędu nakładają się na procesy niższego rzędu. Jeśli sytuacja jest odwrotna – mamy do czynienia z załamaniem samoregulacji (patrz: popęd śmierci u Freuda). Przykładowo: student oszczędza pieniądze na zakup podręcznika, który pomoże mu zdać trudny egzamin. Jednak w pewnym momencie napięcie przed egzaminem jest tak duże, że wydaje zaoszczędzone pieniądze na udział w imprezie, gdzie się świetnie bawił. Mamy tu do czynienia z załamaniem samoregulacji. Potrzeba niższego rzędu nałożyła się na potrzebę wyższego rzędu.

Innym ważnym mechanizmem samoregulacji jest układ sprzężenia zwrotnego (tzw. pętla TOTE, ang. *test – operate – test – exit*). Samo określenie zapożyczone jest z terminologii wojskowej (autosterowność balistyczna) i wykorzystywane było w budowie mechanizmów samonaprowadzania się w rakietach balistycznych (w czasie II wojny światowej rakiety V1 i V2 nie były wyposażone w ten mechanizm, stąd ich celność była znikoma). Oznacza sekwencję opisanych poniżej czterech czynności. Na początku porównuje się istniejące warunki ze standardem (ang. *test*). Jeśli warunki te nie pokrywają się następuje działanie (ang. *operate*), które ma doprowadzić do zgodności tych warunków, następnie wykonywana jest kolejna weryfikacja (ang. *test*), aby sprawdzić, czy warunki osiągnęły wartość docelową i jeśli wynik będzie pozytywny, cykl się kończy (ang. *exit*) (Baumeister, Heatherton i Tice, 2000). Na przykład: chcę napisać zdanie na temat samoregulacji. Określoną myśl porównuję z zamierzonym celem (standardem). Jeśli porównanie wypada korzystnie, piszę zdanie.

Następnie analizuję to, co napisałem. Wynik nie jest korzystny, dokonuję poprawek. Ponownie analizuję, stwierdzam zgodność zdania ze standardem. Mogę zakończyć i przejść do kolejnego.

Jak widać – istotnym elementem całej operacji jest posiadanie standardów. Im bardziej standardy są precyzyjnie określone, tym samoregulacja będzie bardziej skuteczna. Drugi czynnik – to możliwość oceny obecnych warunków (ang. *reality testing*). Psychologowie *ego* od lat zwracają uwagę na znaczenie tego zjawiska w ocenie siły *ego*. Im słabsze *ego*, tym większe prawdopodobieństwo występowania poważnych zaburzeń (największe zaburzenia w obszarze testowania rzeczywistości posiadają psychotycy). Wreszcie trzeci czynnik – należy wiedzieć, jak pracować nad sobą, aby uzyskać pożądany efekt, zgodny z określonymi standardami. Na ogół pojawiać się tu będą zachowania wykraczające poza reakcje, które wystąpiłyby w sposób naturalny czy wyuczony. Jeśli ktoś nie będzie zdolny do takich zachowań, samoregulacja okaże się nieskuteczna.

Znaczenie samoregulacji potwierdziło szereg badań. Jednym z najbardziej znanych jest przeprowadzone w 1988 roku przez Mischela, Shodę i Peak'a (Baumeister, Heatherton i Tice 2000), polegające na zbadaniu dzieci w wieku przedszkolnym pod kątem umiejętności opierania się pokusie i wybierania opóźnionej gratyfikacji a ich późniejszymi losami. Okazało się, że w okresie dojrzewania te dzieci, które potrafiły rezygnować z krótkoterminowych korzyści były bardziej dostosowane społecznie i lepiej umiały sobie radzić z przeciwnościami.

Wyróżniane są dwa rodzaje zaburzeń samoregulacji (Baumeister, Heatherton i Tice, 2000):
 (1) niewystarczająca regulacja – jednostka nie kontroluje samą siebie;
 (2) niewłaściwa regulacja – kontrola jest sprawowana, ale nie daje pożądanych wyników.
 Istnieje szereg przyczyn załamania się procesów samoregulacji. Część z nich prezentuje Tabela 7. Z kolei charakterystykę tych procesów oraz ich efekty opisuję w kolejnym podrozdziale.

Tabela 7. Elementy samoregulacji oraz odpowiadające im problemy (opr. własne na podstawie Baumeister, Heatherton i Tice, 2000)

Elementy samoregulacji	Problemy z samoregulacją	
Standardy samoregulacji	Niewystarczająca samoregulacja	Sprzeczne standardy
Monitorowanie		Niewystarczające monitorowanie
		Niewystarczająca siła wpływu na procesy regulacji

Wiedza nt. sposobu osiągnięcia zamierzonych celów	Niewłaściwa samoregulacja	Niewłaściwe przekonania na temat regulacji
		Nadmierna generalizacja (to, co pomaga w jednym przypadku, niekoniecznie pomoże w innym)
		Przekonanie, że można kontrolować coś, co nie podlega takim wpływom
		Kontrolowanie emocji, nie czynników które były głównym źródłem problemu
Sterowanie uwagą (czynnik dodatkowy)	Niewłaściwe kierowanie procesem uwagi	

3.5 Złość a załamanie samoregulacji u osób uzależnionych

Jak napisałem powyżej, aby samoregulacja przebiegała bez zakłóceń, potrzebne są trzy elementy: standardy, monitoring (w tym siła wpływu na własne procesy samoregulacji) oraz wiedza, jak to zrobić, aby osiągnąć planowany efekt. Poniżej przyjrzę się działaniu tych trzech elementów u osób uzależnionych, doświadczających problemów ze złością. Wykażę, że problemy w tych trzech obszarach stanowią główne źródło ich nieumiejętności radzenia sobie ze złością.

Zajmę się także problemami w zakresie procesów uwagi, które są istotne dla wszelkich procesów myślowych. Są także źródłem problemów z samoregulacją w zakresie złości u osób uzależnionych.

3.5.1 Niewystarczająca samoregulacja - sprzeczne standardy

Standardy regulacji to w pewnym sensie – wzorce i normy postępowania. W psychologii społecznej często jest to określane jako postawa. Aby zobrazować wpływ używania alkoholu na problemy ze złością posłużę się opisem przypadku (patrz: Tabela 8).

Tabela 8. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – sprzeczne standardy samoregulacji

Mężczyzna, lat 32, żonaty od dwóch lat. Zgłosił się na terapię, gdyż od kilku miesięcy zaczął pod wpływem alkoholu zachowywać się agresywnie w stosunku do swojej żony. Sytuację komplikował fakt, że żona jest w ciąży. W tym czasie kilkakrotnie doszło do gwałtownych wybuchów, występowała agresja fizyczna i słowna.

W wywiadzie ujawnił, że wychował się w rodzinie, gdzie ojciec nadużywał alkoholu i zachowywał się agresywnie w stosunku do członków rodziny. Gdy dorastał postanowił, że on nigdy nie będzie agresywny. Tłumił wszelkie oznaki złości. Można powiedzieć, że

jednym ze standardów postępowania było założenie, że aby być dobrym mężem i ojcem powinien unikać wszelkiego pobudzenia niosącego oznaki złości. Jednak istniał jeszcze drugi standard, choć mniej świadomy. Zachowania agresywne były wg niego jedynym sposobem na uzyskanie swoich celów, wypracowanie oczekiwanej pozycji w rodzinie, obrony swoich praw. Tymczasem jego żona ujawniała liczne zachowania polegające na wkraczaniu w jego prywatność (przeglądała jego korespondencję elektroniczną, dzwoniła pod numery zapisane w jego telefonie komórkowym itp.). On – rezygnując z agresji i złości – nie znał sposobu na takie rozwiązanie problemu z żoną, aby przestała robić te trudne i frustrujące go zachowania. Wybrał rozwiązanie kompromisowe: po użyciu alkoholu zachowywał się agresywnie i wyrzucał żonie jej nadkontrolujące zachowania, po czym odpowiedzialność za ten fakt zrzucał na użycie alkoholu. Mówił, że gdyby nie alkohol, to by się tak nie zachował. W ten sposób decydując się na leczenie uzależnienia dowodził, że robi wszystko, aby rozwiązać problem, gdy – oczywiście – zasadniczy problem nadal nie był rozwiązany.

Występowanie sprzecznych standardów regulacji jest trudnym do stwierdzenia faktem. Z podanego w Tabeli 8 opisu wynika, że jeden ze standardów jest ukryty, niedostępny dla świadomości. Poszukiwanie tych wzorców jest zbliżone do tego, jakie proponuje psychoterapia poznawcza, badając przekonania pośredniczące i kluczowe z tą jednak różnicą, że jeden ze standardów jest nieświadomy i pozostaje w konflikcie z tym uświadomionym. Sytuacja osoby posiadającej sprzeczne standardy przypomina sytuację sługi, który ma pracować na rzecz dwóch, zwaśnionych panów lub szpiega, realizującego zlecenia dwóch przeciwstawnych obozów. Choć badacze samoregulacji często podkreślają jej świadomy charakter, to jednak nie brak głosów mówiących o istnieniu nieświadomych intencji w procesie samoregulacji (por. Banicki, 2008) co potwierdza postawione tutaj tezy.

Mamy w podanym powyżej przykładzie także do czynienia z innym zjawiskiem opisanym przez R. Potter-Efron'a i P. Porter-Efron (1994) polegającym na tym, że osoba, która uważa, że alkohol może być źródłem zachowań agresywnych, sama zaś jest osobą, która unika złości, celowo go używa, aby dać sobie prawo do przeżywania złości. Swoje zachowanie agresywne tłumaczy słowami: „To nie ja, to alkohol”. W aspekcie samoregulacji działanie takie uznać też można jako niewłaściwą samoregulację – występuje świadomość celu, osoba kontroluje się, jednak sposób realizacji jest niewłaściwy. Proces ten, psychodynamicznie zorientowany diagnosta określiłby jako brak spójności *Ja* – a więc zaburzenie regulacyjnych funkcji *ego* (Bilikiewicz, Landowski, Radziwiłłowicz, 1999), z kolei zwolennik teorii psychologicznych

mechanizmów uzależnień (por. Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006) nazwałby jako występowanie mechanizmu rozpraszania *Ja*.

Warto przy okazji wspomnieć, że załamanie się samoregulacji rzadko ma przyczynę w jednym zjawisku, co widać właśnie na powyższym przykładzie.

3.5.2 Niewystarczająca samoregulacja – niewystarczające monitorowanie

Alkohol zmniejsza możliwości poznawcze w odniesieniu do samego siebie. Powoduje obniżenie samoświadomości. Od dawna wiadomo, że pod wpływem alkoholu ludzie robią rzeczy, których normalnie by nie zrobili (patrz: obserwacja w Tabeli 9).

Tabela 9. Obserwacja autora – ograniczenie procesów monitorowania po użyciu alkoholu

Autor tego rozdziału widział takie zdarzenie: mężczyzna, lat ok. 30, dobrze ubrany, zadbany, jechał pod wpływem alkoholu w autobusie. W tym czasie podchodził do pasażerów wyciągając w ich kierunku niedopitą butelkę wódki i proponując, aby się napili. Na ogół kończyło się to agresywną odmową ze strony pasażerów. Pomyślałem wówczas, że normalnie jest to nieśmiały mężczyzna (świadczył o tym sposób ubierania się), który po wytrzeźwieniu (o ile zapamiętał to zdarzenie) będzie się niezmiernie wstydził swojego zachowania oraz oceniał je, jako zupełnie nie pasujące do jego charakteru.

Nie oznacza to jednak, że alkohol wywołuje zachowania agresywne. Przez długi czas popularna była teoria dysinhibicji (Maisto, Galizio i Connors, 2000) (nadal ma wielu zwolenników). Mówi ona, że alkohol poprzez swoje działanie depresyjne na mózg wyzwala zachowania, które normalnie są tłumione przez społeczeństwo, takie jak agresja i seks. Obawy przed agresywnym zachowaniem znikają pod wpływem alkoholu. Mogłoby to oznaczać, że każdy, kto użyje alkoholu będzie bardziej agresywny pod jego wpływem. Część badaczy przyjmuje, że badania eksperymentalne (niezwykle złożone, z uwzględnieniem efektu placebo i antyplacebo, grupą kontrolną) potwierdziły tę tezę, inni zaś twierdzą, że badania te jej nie potwierdziły. Jak to bywa w skomplikowanych eksperymentach, możliwa jest mnogość interpretacji (por. Krahe 2006, Maisto, Galizio i Connors, 2000). Wszyscy są jednak zgodni w tym, że związek taki pojawia się na podstawie obserwacji lub badań epidemiologicznych (np. pseudokibice na meczu są bardziej agresywni pod wpływem alkoholu). Agresja – jak widać - jest złożonym zjawiskiem społecznym zachodzącym pod wpływem charakterystyki agresora i czynników sytuacyjnych, jednym z których jest konsumpcja alkoholu. Istnieje jednak możliwość pogodzenia zwolenników teorii dysinhibicji

oraz tych, którzy dowodzą braku związku pomiędzy używaniem alkoholu a występowaniem agresji. Wydaje się, że właściwe będzie przyjęcie tezy, że wzrost agresywności nie wynika z prostego działania chemicznego alkoholu. Najpierw znosi on zdolność samoświadomości, powodując tym samym zakłócenia w zakresie samoregulacji, a dopiero później – jednym z efektów może być wystąpienie zachowań agresywnych, jeśli w danym miejscu pojawiają się takie oczekiwania (np. agresja na meczu piłkarskim). Przy zmniejszonej samoświadomości nie występują wewnętrzne standardy samoregulacji, lecz te, które pochodzą z oczekiwań społecznych danej sytuacji (lub wewnętrzne standardy regulacji przegrywają w procesie nakładania się z tymi pochodzącymi z zewnątrz). W pewnym sensie koncepcja taka znajduje odzwierciedlenie wśród badaczy w grupie teorii o nazwie hipotezy uwagi (Krahe, 2006) Mówią one, że alkohol utrudnia zrozumienie sygnałów sytuacyjnych. W rezultacie – tylko najbardziej wyraziste sygnały mogą dotrzeć do świadomości podmiotu. Stąd te, które sygnalizują agresję działają silniej niż te, które wskazywałyby na zachowania nieagresywne i stają się podstawą do reagowania na daną sytuację. Niekoniecznie trzeba zgodzić się więc z propozycją Baumaister, Heatherton i Tice (2000), którzy twierdzą, że w grupie, w której następuje utrata odrębności, ludzie tracą zdolność monitorowania i zachowują się zgodnie ze skrywanymi dotąd popędami i impulsami (*contra*: proces i normy grupy są silniejsze niż standardy pojedynczego człowieka). Z punktu widzenia teorii z grupy hipotez uwagi, bliższe byłoby zakwalifikowanie problemów z samoregulacją w zakresie złości pod wpływem alkoholu do zjawisk związanych z zakłóceniami uwagi (por. podrozdział 3.5.4. Brak wystarczającej uwagi). Jest to temat wielce interesujący z pewnością wymagający dalszych badań⁵.

Typowym przykładem niewystarczającego monitorowania jest odrzucanie tych elementów własnego charakteru, które nie pasują do obrazu siebie.

Tabela 10. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – przykład niewystarczającego monitorowania

<p>Mężczyzna, lat 35, uzależniony od alkoholu, stwierdził na zajęciach grupowych, że nigdy nie był agresywny. Ponieważ terapeuta znał jego historię (był w przeszłości karany za udział w bójce) spytał, czy na pewno jest to możliwe. Na to pacjent wyciągnął z kieszeni nóż, mówiąc: „Ja jestem spokojny, ale jak mnie ktoś sprowokuje, to mam to”.</p>

⁵ należałoby bazować na koncepcjach procesu grupowego stworzonych przez W. Biona („człowiek jest przede wszystkim zależny” – cyt. za: Golec, 2009, s. 53)

Przykład ten pokazuje, w jaki sposób mogą być zakłócone procesy monitorowania. To, co nie jest spójne z obrazem siebie jest po prostu odrzucane i nie wchodzi w skład wiedzy na swój temat, za to cecha ta jest przypisana czynnikom zewnętrznym (por. refleksje nt. prowokacji w podrozdziale 3.5.5 Niewłaściwa samoregulacja).

3.5.3 Niewystarczająca samoregulacja – nieodpowiednia siła

Alkoholicy często powtarzają, że ich problem wynika ze słabej woli. Jeśli odzyskają siłę woli, z pewnością poradzą sobie z nadużywaniem. Jest to poniekąd słuszne założenie. Jednak nie uwzględnia faktu, że niekiedy impuls, któremu trzeba przeciwstawić siłę woli jest zbyt silny, aby mu się oprzeć. A pamiętając założenia koncepcji rozwojowej uzależnienia bezsprzecznie stwierdzimy, że jeśli ktoś używa alkoholu jako podstawowego sposobu radzenia sobie, siła impulsu będzie bardzo duża. Konieczne będzie najpierw wprowadzenie różnorodnych sposobów radzenia sobie, a dopiero później możliwe będzie użycie siły woli w celu powstrzymania się przed użyciem alkoholu. Na marginesie tego wątku warto zwrócić uwagę, że przyjęcie zasady pełnej abstynencji od początku leczenia uzależnienia wydaje się w niektórych sytuacjach pozbawione sensu (bo jak ma radzić sobie ze stresem ktoś, kto przestaje pić, jeśli używa alkoholu jako podstawowego sposobu radzenia sobie ze stresem?).

Ponadto należy pamiętać, że długotrwałe używanie alkoholu osłabia, a wówczas siła niezbędna do hamowania impulsów może okazać się zbyt mała. Wielu alkoholików jest wybuchowych pod wpływem alkoholu, jednak również tak samo wielu jest rozdrażnionych, napiętych i wybuchowych po odstawieniu alkoholu. Są wówczas na tyle osłabieni, że nawet drobny impuls doprowadzi do gwałtownej reakcji, gdyż nie zostanie w porę zahamowany (patrz: Tabela 11).

Tabela 11. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – niewystarczająca siła wpływu na procesy samoregulacji

<p>Mężczyzna, lat 50, podjął leczenie za namową dzielnicowego, który zagroził mu złożeniem sprawy w prokuraturze, gdyż pod wpływem alkoholu zachowywał się agresywnie wobec domowników. Przez pierwsze trzy miesiące terapii dobrze sobie radził. Jednak w czwartym miesiącu podjął się remontu w domu, który wykonywał po pracy. W efekcie czuł coraz większe zmęczenie. Pomimo uwag terapeuty o jego przepracowywaniu się i coraz większym osłabieniu nie zmieniał sposobu funkcjonowania. Po kilku tygodniach doszło do awantury z żoną, która skończyła się dla niego powrotem do picia.</p>
--

Ten aspekt problemów z samokontrolą mocno podkreślają psychodynamiczne koncepcje uzależnień. Zwracają uwagę na słabe *ego* (Donovan 1986, w: Gabbard, 2009) osób uzależnionych, które nie pozwala im na właściwe kontrolowanie impulsów. W tym podejściu w ramach terapii mocno podkreśla się znaczenie wzrostu siły *ego* w celu zwiększenia kontroli nad impulsami.

Istotnym czynnikiem wpływającym na ten aspekt samoregulacji jest występowanie zaburzeń, których typowym przejawem jest obniżenie siły kontroli procesów psychicznych. Mam tu na myśli głównie zaburzenia osobowości *borderline* (chwiejna emocjonalnie). Jest to częsty rodzaj zaburzeń wśród osób uzależnionych. Przejawy słabości *ego* u osób z takim zaburzeniem – według Kernberga (1967) za: Gabbard, (2009) - to trudności z sublimacją silnych popędów oraz nieumiejętność kierowania się tym, co podpowiada sumienie. Tematyka związku kontroli złości, uzależnień i zaburzeń osobowości jest niezwykle obszerna i pełna niedopowiedzeń. Z pewnością mogłaby stanowić temat na osobne opracowanie. Toteż tutaj tylko sygnalizuję ten problem podając przykład osobowości, która najczęściej wiązana jest z zaburzeniami kontroli emocji (patrz: Tabela 12).

Tabela 12. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora: osoba z zaburzeniami osobowości *borderline*, uzależniona od alkoholu, z problemem gwałtownych wybuchów złości. Niewystarczająca siła wpływu na procesy samoregulacji

Kobieta, lat 26, dwójka dzieci w rodzinach zastępczych, kilka związków w przeszłości o charakterze konkubinatu, mieszka w dwóch miejscach, natomiast tam, gdzie jest zameldowana, nie przebywa w ogóle. Wykształcenie podstawowe, kilkakrotnie podejmowała naukę w różnych szkołach, jednak żadnej nie ukończyła. Ofiara przemocy w związku, uzależniona od alkoholu i narkotyków, dwie próby samobójcze – raz za pomocą leków, raz poprzez cięcie ostrym narzędziem. Dochodzi do awantur z matką, związane z tym postępowanie przygotowawcze w prokuraturze było bezpośrednim motywem zgłoszenia się na terapię. Nieporozumienia rozpoczynają się głównie od tego, że matka nalega, aby się ustatkowała i zaczęła prowadzić normalne życie. Ona natomiast twierdzi, że matka nie powinna wtrącać się w jej życie. Uwagi te wzbudzają w pacjentce napięcie i gwałtowną reakcję emocjonalną. Aby się uspokoić wychodzi od matki i idzie do przyjaciela, z którym pije. Uważa, że jedynym sposobem, aby przestać pić jest całkowite odseparowanie się od matki, jednak dodaje, że nie jest to w tej chwili możliwe, gdyż jest od niej zależna finansowo.

Z opisywanego przypadku wynika, że osoby z takimi zaburzeniami osobowości niekoniecznie są agresywne i przeżywają intensywną złość pod wpływem alkoholu. Na ogół do incydentów złości dochodzi zanim użyją alkoholu (choć oczywiście mogą też zachowywać się tak pod jego wpływem). Świadczy to o słabości siły używanej do regulacji procesów psychicznych. Pacjentka woli unikać bodźców, które ją frustrują, niż zwiększyć swoje umiejętności radzenia sobie z napięciem poprzez zwiększenie siły potrzebnej do hamowania destrukcyjnych impulsów. O problemach z regulacją afektu u osób z zaburzeniami *borderline* obszernie pisze E. Goldstein (2003), wyjaśniając genezę tych problemów brakiem umiejętności samospokojenia.

Również inne zaburzenia mogą przyczynić się do osłabienia siły samokontroli (patrz: Tabela 13).

Tabela 13. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – osoba uzależniona od alkoholu, z zaburzeniami lękowymi (fobia społeczna). Niewystarczająca siła wpływu na procesy samoregulacji

Mężczyzna, lat 30, uzależniony od alkoholu, mieszka z rodzicami, nie pracuje, własne dochody w postaci renty socjalnej, ze względu na niepełnosprawność, mocno ograniczone kontakty społeczne, czas spędza głównie grając na komputerze. Jego kontakty z rówieśnikami ograniczają się do sytuacji, gdy wychodzi z domu i pije alkohol z kolegami z bloku (korzysta ze znoszącego napięcie lękowe efektu działania alkoholu). Ze względu na jego nadużywanie, rodzice odebrali mu dowód osobisty i kartę płatniczą. Podczas sesji rodzinnej ustalono, że rodzice oddadzą mu dowód i kartę, w zamian on podejmie leczenie odwykowe. Jednak następnego dnia po otrzymaniu dokumentów pacjent spił się do nieprzytomności wydając wszystkie pieniądze z konta i gubiąc dowód osobisty.

W tej sytuacji mamy do czynienia z występowaniem agresji biernej. Jako osoba z zaburzeniami lękowymi, miał on trudności z okazywaniem złości wprost. Tymczasem nadkontrolująca postawa rodziców wzbudzała w nim dużo napięcia. Tłumił to w sobie, jednak sposobem na wyrażenie złości było używanie alkoholu. Ponieważ bardzo drażniło to jego rodziców, było swoistym sposobem zemsty, za ich nadmierną opiekuńczość. Mamy tutaj także do czynienia z innym zjawiskiem opisanym przez R. Porter-Efron'a i P. Porter-Efron (1994) polegającym na tym, że osoba unikająca złości może używać substancji chemicznych jako formy biernej agresji. W zakresie procesów regulacji mamy tu do czynienia z opisanym przez Baumaistera, Heatherton, Tice (2000) zjawiskiem, które nazwali „cichym wrzeniem”.

Polega to na tym, że osoba taka stale pozostaje pod wpływem złości, używając do tego celu ruminacji – nawracających myśli o przyczynie problemów (tutaj: „Rodzice mnie ograniczają”). Jest to przykład, kiedy odreagowanie, wyrażenie złości mogłoby przynieść korzystny efekt, gdyż ujawniłoby tłumioną złość. Dzięki temu pojawiłaby się podstawa do dalszej pracy terapeutycznej. Natomiast pozostawanie wciąż pod wpływem złości, jest tutaj dowodem na niewystarczającą siłę samoregulacji – brakuje sił do przerwania tego zakłętego kręgu. Może, tak jak w opisanym przykładzie, prowadzić do wystąpienia destrukcyjnych, bierno-agresywnych zachowań.

Jest to o tyle nietypowy przykład, że na ogół takie emocje jak lęk, poczucie winy czy wstyd w naturalny sposób wzmacniają hamowanie i procesy samoregulacji. Jednak należy pamiętać, że nadużywanie alkoholu w znaczący sposób zmienia obraz kliniczny zaburzeń. Według DSM–IV TR⁶ większość zaburzeń emocjonalnych występujących przez miesiąc od zaprzestania picia można traktować jako spowodowane nadużywaniem alkoholu. Jeśli jednak utrzymują się dłużej niż miesiąc, dopiero wówczas można kodować je jako oddzielne od efektów nadużywania, zaburzenia.

3.5.4 Brak wystarczającej uwagi

Kiedy człowiek traci kontrolę nad uwagą, samoregulacja staje się trudniejsza. Zwrócenie na coś uwagi jest pierwszym etapem w procesie poznawczym. To, na co zwracamy uwagę ma szansę być łatwiej poddane procesom samoregulacji. Jednak problem pojawia się, gdy bodźców jest wiele: jedne przykuwają uwagę kosztem innych. Gdy mężczyzna idzie przez plażę w turystycznym kurorcie, jego uwagę może przyciągać widok wielu atrakcyjnych kobiet w skąpych strojach. Jednak, jeśli mężczyzna ten jest wierny jednej kobiecie, niekoniecznie dojdzie do głębszej znajomości z którąś z tych pięknych pań. Kluczem do takiej postawy jest umiejętność wyjścia poza środowisko bezpośrednich bodźców. Wyjście poza teraźniejszość w kierunku celów odległych, niekiedy abstrakcyjnych i wymagających długotrwałego wysiłku.

Pomocne w tym względzie wydają się badania polskie, przeprowadzone przez pracowników Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach (Krupa, Bargiel-Matuszewicz i Hofman, 2005). Otóż badali oni związek wsparcia społecznego ze stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. Ponieważ interesowały ich sposoby radzenia sobie ze stresem, a więc reakcji na frustrację,

⁶ TR – Text Revision, poprawiony tekst czwartego wydania

wyniki ich badań mogą pokazywać, jak osoby, które utrzymują abstynencję postępują, gdy doświadczają frustracji. Używano kwestionariusza *The ways of coping questionnaire* (WCQ, Folkmana i Lazarusa w polskiej adaptacji Heszen-Niejodek 1989), badającego sposoby radzenia sobie ze stresem (niestety, kwestionariusz nie posiadał skali, która mogłaby odpowiadać odreagowaniu, wybuchowi złości). Wyniki badań wskazały, że najczęstszym sposobem radzenia sobie (zarówno wśród osób z wysokim i niskim wsparciem społecznym), było pozytywne przewartościowanie (rozumiane jako przemiana wewnętrzna, odkrycie nowych wartości, rozwój osobowości, dojrzewanie psychiczne). Jak się to ma w odniesieniu do tematu opracowania? Wydaje się, że największe znaczenie ma powrót przewagi lub rozwój standardów regulacji wyższego rzędu. Przy nakładaniu się procesów, częściej wygrywają te, które wymagają bardziej długotrwałego działania, dążą do abstrakcyjnych i odległych celów. Możliwe, że w takiej sytuacji zmniejsza się impulsywność, wzrasta siła *ego*.

W takim kontekście radzenie sobie ze złością wymaga postawienia na cele długofalowe, w miejsce poszukiwania celów niosących natychmiastową ulgę. Problem ten nazywany jest niekiedy u osób uzależnionych jako mechanizm nałogowej regulacji uczuć. W literaturze opisywany jest jako dążenie do szybkiego złagodzenia lub uśmierzenia przykrych stanów emocjonalnych za pomocą alkoholu oraz pokusa ponownego doświadczenia przyjemności (Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Generalnie – polega na tym, że strategia radzenia sobie z napięciem u osób uzależnionych nastawiona jest na szybki efekt emocjonalny (obniżenie napięcia), nie na wykonanie zadania, które efekt przyniesie dopiero po dłuższym czasie. Podobny mechanizm zauważyli Norman S. Endler i James D.A. Parker (1990) - twórcy kwestionariusza CISS (ang. *Coping Inventory for Stressful Situations*), którego polska wersję opracowali J. Strelau, A. Jaworowska, K. Wrześniewski, P. Szczepaniak (2005). W kwestionariuszu tym obecne są trzy skale dotyczące stylu radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na unikaniu. Nas oczywiście najbardziej interesuje styl drugi – skoncentrowany na emocjach. Osoby reprezentujące ten styl w sytuacjach stresowych skoncentrowane są na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te mają tendencję do myślenia życzeniowego, fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski i Szczepaniak, 2005). W opracowaniu powyżej cytowanym znajdują się interesujące wyniki badań (Szczepaniak i in., 1996) które wskazują, że najwyższe wyniki w tej skali spośród wszystkich badanych grup miały osoby uzależnione od alkoholu.

Można przyjąć założenie, że w sytuacji stresowej osoby uzależnione od alkoholu tak silnie doświadczają emocji (np. złości) lub tak bardzo nie potrafią sobie radzić z napięciem (odczuwany jako złość) że to, jak przeżywają daną sytuację stresową staje się ważniejsze od tego, aby zmienić sytuację lub opracować ją poznawczo w bardziej przystępny i konstruktywny sposób. Powoduje to w pierwszej kolejności dążenie do uwolnienia się od napięcia poprzez użycie alkoholu lub odreagowanie napięcia lub jedno i drugie jednocześnie (patrz: Tabela 14).

Tabela 14. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – koncentracja na emocjach i dążenie do ulgi

Pacjent, lat 32, od 10 miesięcy nie pije, opowiadał o sytuacji, kiedy był bliski przerwania abstynencji: lekarz medycyny pracy odmówił mu wydania zdolności do pracy. Pierwszy impuls zachęcał go do wejścia do baru i wypicia piwa. Chciał natychmiast uspokoić się, a wiedział, że to przyniesie mu ulgę. Jednak kolejna myśl dotyczyła tego, że musi podjąć działania, które doprowadzą do uzyskania tej zdolności. Czyli – jak napisać odwołanie, do kogo. Uznał to za ważniejsze od chwilowej ulgi i dalej kontynuował swoje sprawy pomimo utrzymującego się napięcia.

Właśnie w ten sposób można tłumaczyć częste przerywanie terapii przez osoby uzależnione. Leczenie jest procesem długotrwałym, przynoszącym pierwsze efekty po wielu miesiącach. Wytrwaniu w leczeniu sprzyjać będzie bardziej styl skoncentrowany na zadaniu, co jak widać na powyższym przykładzie, jest możliwe do wypracowania w trakcie terapii. To, jak bardzo osoby uzależnione cechuje niechęć do długotrwałych wysiłków może obrazować spostrzeżenie autora. Wśród anonimowych alkoholików znany jest program pomagający utrzymywać abstynencję, zwany programem na 24 godziny. Jest krótki i prosty: dziś nie piję (postanowienie to należy składać codziennie). Jednak często jest on w znaczący sposób rozbudowywany przez osoby, które go stosują: interpretują go w ten sposób, że lepiej niczego nie planować na dłużej niż jeden dzień, bo nic z tego nie wyjdzie.

Tu obecna była tematyka poszukiwania ulgi, tym razem w kontekście poszukiwania celów dających natychmiastowy efekt w opozycji do celów długoterminowych. Dalej chcę zwrócić uwagę na jeszcze inne aspekty problemów z uwagą.

Istotnym problemem są również pourazowe uszkodzenia mózgu, częste wśród osób chronicznie nadużywających alkoholu. Często dotyczą one płatów czołowych, uszkodzenia te mogą w znacznym stopniu zakłócać procesy uwagi. Na ogół osoby z takimi zaburzeniami są

niezwykle agresywne, nie kontrolują swoich zachowań, nie panują nad emocjami. Osoby takie wymagają stałego przyjmowania leków oraz bezwzględnego utrzymywania abstynencji (por. Potter-Efron i Potter-Efron, 1994).

Niezwykle ważną cechą używania alkoholu w kontekście złości ma tzw. krótkowzroczność alkoholowa – jest to opisany przez Steele'a i Josephsa (1990) (por. Baumeister, Heatherton i Tice, 2000) efekt intoksykacji alkoholowej polegający na tym, że pod wpływem alkoholu osoba może skupić się na jednej lub dwóch rzeczach (por. hipotezy uwagi). Jeśli ktoś jest poirytowany i używa alkoholu w nadziei, że się uspokoi, efekt będzie zgoła inny. Nie odwróci swojej uwagi od bodźców o charakterze prowokacji – złość się nasili. Po incydencie złości wytłumaczy w magiczny sposób swoje zachowanie, typu „to nie byłem ja”, „to nie ja, to alkohol”. Ma przecież także takie doświadczenia, gdy alkohol go uspokajał. To jest oczywiście możliwe, jeśli podczas działania alkoholu obecne były bodźce relaksujące – wówczas uwaga czyjaś mogła skupić się na tych doznaniach, nie na sygnałach zapraszających do złości.

3.5.5 Niewłaściwa samoregulacja

Głównym powodem niewłaściwej samoregulacji jest brak wiedzy, szczególnie na własny temat (Baumeister, Heatherton i Tice, 2000). W zakresie niewłaściwej samoregulacji mamy do czynienia z sytuacją, gdy dana osoba stara się regulować swoje zachowanie. Wie, do jakich efektów dąży, jednak sposób, w jaki to robi nie jest odpowiedni. Czasem może wydawać się, że sposób, który był pomocny w jednej sytuacji okaże się również skuteczny w innej. Powiedzmy, że osoba uczestnicząca w terapii grupowej odkrywa, że mówienie o smutku na forum grupy jej pomaga. W związku z tym, gdy jest w domu, a współmałżonek złości ją, mówi mu o tym w nadziei, że napięcie minie. Tymczasem prowadzi to do eskalacji konfliktu. Okazuje się bowiem, że mówienie o emocjach pomaga np. gdy przeżywamy smutek, natomiast w wypadku złości możliwe, że pomagać w uspokojeniu się będzie raczej izolacja i samotność niż kontakt z innymi.

Podobnie może być w sytuacji, gdy ktoś odkrywa, że alkohol go uspokaja i rozpręża np. po męczącym dniu w pracy. Może to prowadzić do wniosku, że w innej sytuacji również przyniesie taki efekt. Po kłótni z żoną, mąż postanawia się napić w nadziei, że uspokoi go to i odpręży. Tymczasem w tej sytuacji prowadzi to jeszcze większego konfliktu, gdyż po użyciu alkoholu kontakt z żoną nadal trwa, problem jest nadal obecny i nierozwiązany, a jego możliwości monitorowania własnego zachowania ograniczone. Jest to wzorzec niewłaściwej samoregulacji opierający się na mechanizmie zbytnej generalizacji.

Jednym z mechanizmów niewłaściwej samoregulacji może być opisywane już wcześniej dążenie do natychmiastowej ulgi. Rozumiane jest tutaj jako przekonanie o tym, że jedynym (bądź najlepszym) sposobem radzenia sobie z napięciem jest odreagowanie. Bardzo często słyszę z ust pacjentów wypowiedź: „No i co z tego, że piję po pracy? Przecież muszę się jakoś odreagować”. Świadczy to o istnieniu u tych osób wiedzy, która mówi, że odreagowanie jest niezbędne, aby pozbyć się napięcia związanego z wykonywaniem stresującej pracy zawodowej.

W tym miejscu przypominam, że u osób uzależnionych dominuje schemat postępowania: napięcie – ulga, zamiast różnorodnych form kontrolowania emocji. Słyszałem kiedyś wywiad ze znanym psychoterapeutą. Padło pytanie: „Czy często złościsz się na swoją żonę?” Odpowiedź brzmiała: „A po co?”. Świadczy to o tym, że osoba ta używa wielu form kontroli emocji, nie tylko prostego dążenia do ulgi. Sytuacje odreagowania w obszarze niewłaściwej samoregulacji pojawiają się wówczas, gdy odreagowanie pojawia się, chociaż należałoby wybrać inną strategię postępowania. Bardzo często obserwuję, jak moi pacjenci uzależnieni od alkoholu, nawet wiele miesięcy po tym, jak przestali pić, wpadają w dziki szał odreagowania (zakupy, seks, wybuchy złości, wycieńczające ćwiczenia fizyczne), gdy doświadczają trudnych i stresujących sytuacji życiowych. Tłumaczą to następnie tym, że w ten sposób radzą sobie ze stresem. Nie widzą tego, że po kolejnych kolosalnych zakupach w supermarkecie ich stres wzrósł w związku ze sporym wydatkiem.

Poniżej (Tabela 15) podaję przykład, kiedy odreagowanie jest niewłaściwym sposobem samoregulacji.

Tabela 15. Opis przypadku z praktyki klinicznej autora – niewłaściwe użycie odreagowania

<p>Pacjent, lat 50, uczestniczył w terapii w trybie oddziału dziennego (zajęcia odbywały się codziennie do południa). Ponieważ jego motywacja do leczenia była ściśle zewnętrzna, codziennie przechodził straszną mękę, musząc uczestniczyć w czymś, czego sensu dla siebie nie widział. Wobec zespołu terapeutycznego deklarował jednak chęć leczenia i realizował zadania terapeutyczne. W końcu, gdy nadszedł jego ostatni dzień terapii, przyszedł pijany w sztok. Musiał przecież jakoś odreagować te sześć tygodni codziennego tłumienia złości na te przekłete instytucje, zmuszające go do robienia rzeczy, na które nie miał ochoty.</p>

Warto zwrócić uwagę na to, że gdyby pacjent z opisu zdecydował się na szczerą wypowiedź o swoim stanie i nastawieniu do terapii, z pewnością jego leczenie potoczyłoby się inaczej.

Musiałby wtedy spojrzeć realnie na swoją sytuację, doświadczając prawdziwych emocji, a nie szukając jedynie odreagowania i natychmiastowej ulgi.

Przy okazji analizy tego zdarzenia, koniecznie trzeba spojrzeć na jeden czynnik, który umknął z pola widzenia wielu badaczom, krytycznie nastawionym do używania odreagowania w procesie terapii: co innego nieświadome odreagowanie, co innego głębokie doświadczenie emocjonalne, prowadzące do autorefleksji. Takim nieświadomym odreagowaniem może być *acting-out* (rozebranie w działaniu). Wokół tego pojęcia narosło szereg nieдомówień, gdyż *acting-out* to nie każde impulsywne zachowanie. Jest to mechanizm obronny odnoszący się „do każdego działania mającego być wyrazem postaw przeniesieniowych, które pacjent obawia się zwerbalizować podczas terapii. Jest to także proces, w którym postawa z terapii lub spoza niej może być wyrażona w działaniu z nieświadomym celem zapanowania nad powiązaniem z nią lękiem. Acting out Może być zasadniczo autodestrukcyjne, może też sprzyjać rozwojowi osoby lub łączyć oba te skutki. Procesu tego nie rozpoznaje się po dobrych lub złych konsekwencjach, ale po nieświadomej i opartej na lęku naturze impulsów napędzających osobę oraz po kompulsywnym, automatycznym charakterze działania” (McWilliams, 2008, s.154). Krótko mówiąc, *acting-out* jest działaniem nieświadomym.

Tabela 16. Przykład z praktyki własnej autora – działanie *acting-out*

<p>Kobieta, lat 40, w trakcie terapii przeprowadziła się do miejscowości, gdzie spędziła dzieciństwo, jednak tłumaczyła to zmianami w sytuacji osobistej. W trakcie analizy tego zdarzenia w dalszej części terapii odkryła, że było to działanie impulsywne i w zasadzie nie uzasadnione żadnymi istotnymi czynnikami zewnętrznymi. Zauważyła natomiast, że to miejsce kojarzyło się jej z błogim spokojem i uzyskiwaniem opieki, co miało najważniejszy wpływ na taką decyzję.</p>
--

Przypuszczam, że wiele procesów impulsywnego odreagowania jest właśnie procesami nieświadomymi, automatycznymi. Nie wnoszą one wiele w obszar wiedzy o sobie samym. Ich wykonawca nie zadaje sobie pytania – czemu to robi, gdyż zachowanie ma charakter automatyczny. Jeśli nawet impulsy te są świadome, nie występują w kontekście, który taką refleksję na swój temat mógłby sprowadzić. Służą jedynie uwolnieniu się od napięcia. Możesz, drogi Czytelniku, przeprowadzić prosty eksperyment, który naprowadzi Cię na to, jaka jest różnica między nieświadomym odreagowaniem a refleksyjnym przetrwaniem jakiejś sytuacji: wybierz jakieś stresujące dla siebie, przykre doświadczenie i opowiedz je komuś. Zobacz, jaki efekt to przyniosło dla Ciebie. Z kolei to samo zdarzenie tylko

przypomnij sobie, dokładnie analizując je krok po kroku (np. poprzez wizualizację), a następnie zapisz to, co przeżywałeś w trakcie przypominania sobie: jak się czuleś, jaką postawę miałeś w tym czasie, co się działo w Twoim ciele, jak oddychałeś? Porównaj oba te doświadczenia i zobacz, które Cię więcej nauczyło o sobie samym. Które zbliża Cię do rozwiązania problemu?

To, co z punktu widzenia psychodynamicznie zorientowanego terapeuty będzie nieświadomym procesem, z punktu widzenia teorii samoregulacji może być tłumaczone albo jako automatyczne, pozbawione monitorowania działanie albo jako realizowanie niewłaściwych przekonań (brak wiedzy o sobie samym). Zarówno w jednym, jak i drugim podejściu istotne jest jednak zatrzymanie się na takim zdarzeniu i stworzenie własnej refleksji na ten temat. W inny sposób dokona tego jednak terapeuta nastawiony na poruszenie emocji pacjenta, a w inny – poznawczo nastawiony terapeuta. Ten pierwszy osiągnie swój cel poprzez stworzenie okazji do emocjonalnego doświadczenia (doświadczenie korygujące) (Aleksandrowicz, 2000), a ten drugi za pomocą intelektualnej analizy zdarzenia. Należy jednak pamiętać, że inne znaczenie ma wgląd emocjonalny, a inne intelektualny. Nie stanowi to jednak wątku tego opracowania. Zainteresowanych odsyłam do lektury (Mander, 2004). Po tej nieco psychoanalitycznej refleksji wróćmy jednak do wątku samoregulacji.

Poniżej (Tabela 17) prezentuję inny, typowy sposób używania niewłaściwych sposobów regulacji.

Tabela 17. Opis przypadku – osoba z depresją, uzależniona od alkoholu, sprawca przemocy, niewłaściwa samoregulacja

<p>Na zajęcia terapii grupowej wkracza kobieta pytając, czy może prosić na zewnątrz swojego ojca. Oczywiście terapeuta odmawia, dbając o prawidłowy, przebiegający bez zakłóceń, proces terapii. Podczas wyjaśniania tej sytuacji okazuje się, że do pacjenta (56 lat, uzależniony od alkoholu, sprawca przemocy domowej z wyrokiem w sprawie o znęcanie się) przysła córka przynosząc mu papierosy. Jest on całkowicie pozbawiony dostępu do pieniędzy, żona i córka wykonują wszystkie czynności domowe, całkowicie odsunęły go od wykonywania prac w domu. Córka kupuje mu papierosy w określonej ilości, aby nie przekroczył limitu. W trakcie terapii, przy kilkumiesięcznym utrzymywaniu abstynencji ujawniły się klasyczne objawy depresji, wcześniej maskowane przez objawy uzależnienia. Z relacji pacjenta wynika, że bezpośrednim powodem jego gwałtownych wybuchów złości i agresywnych zachowań wobec żony i córki było całkowite odsunięcie go przez żonę i</p>

dorosłą córkę od uczestniczenia w życiu rodziny (oczywiście sam to sobie „wypracował” za pomocą objawów depresji wcześniejszej, niż rozwój uzależnienia). Jednak gdy przestał uczestniczyć w życiu rodziny, zaczął nadużywać alkoholu, a jego agresja pod wpływem alkoholu była próbą zaistnienia w rodzinie i wywalczenia sobie w niej znaczącej pozycji.

Jak widać, w tym przypadku mężczyzna ten stosował niewłaściwe sposoby regulacji: wiedział, jaki cel chce osiągnąć (uzyskanie w rodzinie pozycji zgodnej z jego oczekiwaniami), jednak sposób, jaki przyjął do uzyskania tego celu był wysoce nieodpowiedni (ale adekwatny do jego możliwości, biorąc pod uwagę fakt, że ma depresję). W efekcie pogłębił się jeszcze bardziej jego proces izolacji od rodziny. Mamy tutaj do czynienia z przekonaniem, że coś można kontrolować, podczas gdy jest to raczej niemożliwe (pacjent nie był w stanie odzyskać właściwej pozycji w rodzinie, gdyż nie leczył depresji).

Tłumienie poznawcze jest także formą niewłaściwego radzenia sobie z emocjami. Polega na tłumieniu myśli, które mogą wzmacniać dany efekt. Leży za tym przekonanie, że jeśli bardzo będę starał się o coś nie myśleć, to tego nie będzie. Opis z Tabeli 3 (patrz podrozdział 3.3) wskazuje także na to zjawisko. R. Potter-Efron i P. Potter-Efron (1994) opisali interesujące spostrzeżenia dotyczące unikania złości w okresie abstynencji. Taki proces może wynikać z głębokiego poczucia winy u osób, które w okresie picia były agresywne. Dzielą one swoją historię na okres picia („byłem zły”) i abstynencji („jestem dobry”). Powoduje to powstrzymywanie się od złości, gdyż przeżywanie jej nie mieści się w kategorii bycia dobrym człowiekiem. Proces ten, psychodynamicznie zorientowany diagnosta określiłby jako brak ciągłości *Ja* – a więc zaburzenie funkcji *ego* (Bilikiewicz i In., 1999), z kolei zwolennik teorii psychologicznych mechanizmów uzależnień (por. Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda, 2006) nazwałby jako występowanie mechanizmu rozpraszania *Ja*.

Aby sprawdzić, czy jest to skuteczna metoda, proponuję proste ćwiczenie. Pomyśl o swoim ulubionym drinku. Przez najbliższą minutę, nie myśl, drogi Czytelniku o tym, że po przeczytaniu tego zdania możesz napić się ulubionego drinka. (minęła minuta). Teraz, po tym doświadczeniu (o ile udało ci się uniknąć wypicia alkoholu) możesz pomyśleć, co się dzieje w głowie uzależnionego od alkoholu mężczyzny, który idąc z pracy do domu myśli „Tylko nie zdenerwować się na żonę, tylko nie zdenerwować się ...”. Zaraz po wejściu do domu mówi: „Tak bardzo się starałem, ale jak tylko zobaczyłem, że w domu znowu nieposprzątane, a ty sobie z najlepsze leżysz, to od razu mi się wszystkiego odechciewa”. Po czym wychodzi z domu i idzie pić. Jak widać – tłumienie myśli powoduje wzrost ruminacji, które z kolei zwiększają siłę niechcianych emocji. Dużo lepsze wydaje się podążanie za

swoimi emocjami, przyjmowanie ich i korzystanie z ich siły. Czy kiedykolwiek poczułeś się, drogi Czytelniku lepiej, jeśli ktoś powiedział Ci, gdy byłeś zmartwiony: „Nie martw się?” Może bardziej pomogłoby Ci zaakceptowanie tego stanu przez tą osobę i bycie z Tobą w tym właśnie momencie? Czy spotkałeś się kiedykolwiek z zezłoszczoną osobą, która mówiła: „Nie jestem zły”, po czym gwałtownie wybuchała? Świadomość własnych stanów emocjonalnych sprzyja ich kontrolowaniu, tak samo pomocna w ich kontroli jest zgoda na ich występowanie. Po prostu – aby coś kontrolować, najpierw musimy uznać, że to istnieje. Coś, czego nie chcemy, czemu zaprzeczamy nie podda się naszej kontroli. Pomocne tutaj są techniki terapii znane jako *mindfulness*. Typowym przykładem jest relaksacja wg Bensona (Curwen, Palmer i Ruddel, 2006), które uczą pełnego doświadczania własnych stanów emocjonalnych. Doskonale zasadę ruminacji oddaje poniższa przypowieść.

Tabela 18. Cytat z A. De Mello „Śpiew ptaka” (s. 124)

Mnich i kobieta

Dwaj mnisi, jeden stary a drugi bardzo młody, wracali błotnistą leśną ścieżką do swego klasztoru w Japonii. Podeszli do ślicznej kobiety, która stała bezradnie na brzegu mulistego, szybko płynącego strumienia.

Widząc, że jest w potrzebie, starszy mnich wziął ją na ręce i przeniósł przez wodę. Ona uśmiechała się do niego, oplatając ramionami jego szyję, aż on delikatnie postawił ją na drugim brzegu. Kobieta podziękowała, skłoniła się, a mnisi w ciszy podążyli w dalszą drogę.

Kiedy zbliżali się do bram klasztoru, młody mnich nie mógł już dłużej wytrzymać.

– Jak mogłeś brać w ramiona piękną kobietę? – wybuchnął – Takie zachowanie nie przystoi mnichowi!

Stary mnich popatrzył na towarzysza podróży i odparł:

– Ja zostawiłem ją na brzegu. A ty nadal ją niesiesz.

Uwolnij przeszłość, pozwól jej odejść. Bierz życie takim jakim jest, nie potępiaj się ani nie obwiniaj.

Zachowaj umiar we wszystkim, spokój i świadomość w działaniu. Bądź wolny.

Jak widać, ruminacje mogą wynikać zarówno ze słabości procesów samoregulacji (patrz: podrozdział 3.5.3), jak również z niewłaściwych strategii samoregulacji.

Kolejny przepis na długotrwały gniew to odwracanie swojej uwagi od bodźca wywołującego złość, innym bodźcem wywołującym złość (Baumeister, Heatherton i Tice, 2000). Autor tego rozdziału był pewnego dnia na nartach. Złościły go długie kolejki na wyciąg. W efekcie zaczął rozmawiać z przypadkowym współpasażerem wyciągu o beznadziejnie przygotowanych trasach. Tego sposobu używa wielu uzależnionych. Na zmianę

użalają się nad sobą i krytykują otoczenie lub innych. W efekcie napięcie tak rośnie, że jedyny sposób powstrzymania tej eskalacji to „upicie się w trupa”. Jednak już samo uzmysłowienie sobie tej strategii jako niewłaściwej, może być pomocne w jej ograniczaniu.

Warto przy tym zwrócić uwagę, na specyficzny sposób funkcjonowania osób uzależnionych: albo występują w roli ofiary, albo w roli sprawcy. Przejście od jednej postawy do drugiej dokonuje się błyskawicznie. Jest to bardzo ciekawy obszar funkcjonowania osób uzależnionych (ofiar nałogu!). Często opiniuję jako biegły w sprawach o zobowiązanie do leczenia. Na ogół, moim pierwszym pytaniem w stosunku do osób, które zgłosiły się na badanie jest: „Co Pan myśli o tym, że toczy się takie postępowanie?” W sześciu przypadkach na dziesięć słyszę: „Ja jestem spokojny, nie piję, ale jak żona mnie sprowokuje, to idę pić”. To, co na ogół znajduję w dokumentacji sądowej tych osób wystarczy natomiast do tego, aby prokurator postawił im zarzut w sprawie o znęcanie się nad rodziną. Z kolei ta rzekoma prowokacja sprowadza się do uwag bliskich, dotyczących tego, aby powstrzymał się od używania alkoholu. Taki stan rzeczy łatwo wyjaśnić posługując się teoriami psychodynamicznymi (występowanie prymitywnych, rozszczepionych mechanizmów obronnych). Jednak wydaje się, że w zakresie teorii samoregulacji wyjaśnienie poprzez używanie niewłaściwych sposobów samoregulacji jest też możliwe.

Pomocna w tym względzie może być koncepcja stworzona przez Ito i zespół, 1996, (za: Krahe, 2006) mówiąca o tym, że prowokacja może z większym prawdopodobieństwem wywołać pobudzenie prowadzące do agresji afektywnej, z kolei frustracja może z większym prawdopodobieństwem wywołać agresję instrumentalną. Jeśli dodamy do tego inne spostrzeżenie tego zespołu badaczy, że prowokacja wyzwala agresję w większym stopniu u osób trzeźwych niż będących pod wpływem alkoholu, uzasadnia nieprzestrzeganie norm społecznych – mamy pewien obraz, mogący tłumaczyć takie zachowanie z punktu widzenia samoregulacji. Bycie sprowokowanym daje uzasadnienie dla agresji, dlatego jest dobrym alibi dla swoich zachowań. Jednak to, czego doświadczają te osoby to nie prowokacja, lecz frustracja (ograniczanie przez bliskich dostępu do alkoholu). W rzeczywistości – agresja jest traktowana instrumentalnie jako sposób na zdobycie alkoholu, komponent emocjonalny jest znacznie mniejszy. Jest to istotne rozróżnienie, gdyż co innego tłumaczyć swoje impulsywne zachowanie trudnością w zaspokojeniu potrzeby użycia alkoholu (frustracja potrzeb), a co innego – złośliwością innej osoby (prowokacją). Dalszy akapit stanowi właśnie wyjaśnienie tych mechanizmów z punktu widzenia niewłaściwej samoregulacji (lepiej zezłościć się na innych niż zaniepokoić się swoim zachowaniem).

Złość może również wynikać z niewłaściwych procesów regulacji w stosunku do takich stanów emocjonalnych jak lęk, wstyd czy poczucie winy (Potter-Efron i Potter-Efron, 1994). Stanowiąc będzie sposób odwracania swojej uwagi od tych emocji. Jest to również bardzo istotna kwestia, gdyż osoby uzależnione pełne są negatywnych stanów emocjonalnych. Mają niekiedy przeogromne poczucie winy, silnie doświadczają wstydu. Nie raz obserwowałem osoby, które zanim pierwszy raz weszły do poradni leczenia uzależnień, kilkakrotnie okrążyły budynek, wypalając w tym czasie mnóstwo papierosów. Często kilka razy umawiają się telefonicznie na pierwszy termin wizyty, zanim rzeczywiście rozpoczną leczenie. Z kolei, gdy już leczą się, silne poczucie winy sprawia, że chętniej przyjęliby ciężką pokutę, niż dali sobie szansę na lepsze życie. Te negatywne stany emocjonalne sprawiają, że osoba uzależniona w początkowym okresie abstynencji bardziej przypomina gotową do wybuchu minę, niż chętnego do pracy nad sobą pacjenta (patrz: Tabela 19).

Tabela 19. Przykład z praktyki klinicznej autora – niewłaściwe procesy samoregulacji

Mężczyzna, lat 38, opisał swój problem w ten sposób: „Gdy po kilkudniowym picciu wracałem do domu, byłem pełen wstydu, poczucia winy i złości na siebie. Jedyne, czego pragnąłem to ciszy i spokoju. Tymczasem moja żona już przy wejściu wygłaszała długą tyradę na cześć mojego picia. Doprowadzało mnie to do szału. Poczucie wstydu i złości na siebie jeszcze bardziej bolało. Nie mogłem postąpić inaczej jak tylko wrzasnąć na nią, trzasnąć drzwiami i iść pić dalej”.

4. Podsumowanie

Celem tego opracowania było ukazanie problemów ze złością u osób uzależnionych w kontekście teorii samoregulacji. Przyglądając się temu zestawieniu, nasza (!) mnie refleksja: osoby uzależnione nie różnią się zbytnio od innych ludzi pod kątem jakości problemów ze złością. Różnica tkwi natomiast w ilości tych problemów. Mając pod nosem sposób na wszelkiego rodzaju dolegliwości – znieczulające działanie alkoholu – można popełniać mnóstwo gaf i błędów, a kiedy przekroczą one punkt krytyczny, po prostu zapomnieć o wszystkim za pomocą alkoholu. Pozwala to na zupełną beztroskę w zakresie dobierania metod i strategii radzenia sobie ze złością. Nie ma znaczenia czy przyniosą efekt zamierzony czy odwrotny od zamierzonego. Przecież wystarczy się napić i problemu nie będzie, przynajmniej przez jakiś czas... Funkcjonowanie osób uzależnionych porównuję niekiedy do termometru, w którym podziałkę co jeden stopień, zamieniono na mniej dokładną. Trudno jest

stwierdzić, jaka jest temperatura, a kiedy staje się to jasne, wtedy jest już za późno (por. rozdz. 3.5.2 Niewystarczająca samoregulacja – niewystarczające monitorowanie).

Mam również nadzieję, że ukazałem problemy osób uzależnionych nie jako specyficzne tylko dla nich, lecz jako obecne w życiu każdego człowieka. Różnią się tylko skalą nasilenia tych problemów. Specyfiką osób uzależnionych nie jest wyjątkowość ich problemów, lecz ich ilość.

Napisanie tego opracowania stanowiło dla mnie świetną okazję do uporządkowania własnych doświadczeń klinicznych w opisywanym temacie. Dlatego przeczytanie tego tekstu po jego napisaniu było dla mnie niezwykle ciekawe. Zauważyłem, że:

- po pierwsze – osoby uzależnione najczęściej stosują niewłaściwe sposoby radzenia sobie ze złością – głównie jest to dążenie do uwolnienia się od nieprzyjemnego stanu emocjonalnego za pomocą niewłaściwych strategii;
- po drugie – częstym problemem jest słabość wpływu na procesy samoregulacji (niewystarczająca samoregulacja w obszarze siły samoregulacji);
- po trzecie – często pojawiają się problemy z właściwym sterowaniem uwagą (cele krótkoterminowe przeważają nad długoterminowymi).

Te wnioski są zgodne z obecnymi w literaturze. Przytaczałem badania ujawniające tendencję osób uzależnionych do koncentrowania się na swoich emocjach, podawałem sytuacje, gdy występuje słabość *ego*, wskazywałem na znaczenie uszkodzeń mózgu na zakłócenia procesów uwagi. Te problemy występują bardzo często wśród osób uzależnionych. Z pewnością stanowią główną przyczynę problemów w zakresie radzenia sobie ze złością w tej grupie.

Niezwykle zaciekawił mnie problem sprzecznych standardów samoregulacji. Wydaje się, że badania w tym zakresie mogą sporo wnieść dla głębszego zrozumienia problemów z samoregulacją. Jednak obszar ten może stanowić trudne wyzwanie dla badaczy, gdyż mamy tu do czynienia z procesami – przynajmniej częściowo – nieświadomymi.

Również proces monitorowania procesów samoregulacji u osób uzależnionych może być ciekawym tematem do dalszych analiz. Może dzięki tym badaniom dowiemy się w końcu, dlaczego ludzie tak często nie zwracają uwagi na własne działania.

W ten oto sposób docieramy do końca rozdziału. Przebrnęliśmy wspólnie przez morze nieszczęść i zawirowań ludzkiego życia. Wielu opisywanym tu osobom udało się wyjść z nałogu, zacząć normalnie funkcjonować. Mam nadzieję, że lektura tego tekstu pomoże innym osobom zajmującym się psychoterapią uzależnień we własnej pracy zawodowej. Ja niejednokrotnie doświadczyłem pozytywnego wpływu czytanych opracowań na wykonywaną

przeze mnie pracę. Spis literatury w bibliografii stanowią pozycje, które w znacznym stopniu pomagają mi w mojej pracy.

Piśmiennictwo

- Aleksandrowicz, J. (2000). *Psychoterapia. Podręcznik dla studentów, lekarzy i psychologów*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
- Allsop, S., Saunders, B. (1997). Nawroty i problemy związane z nadużywaniem alkoholu. W: M. Gossop. *Nawroty w uzależnieniach* (s. 15-38). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Baumeister, R., Heatherton, T., Tice, D. (2000). *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność samoregulacji*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Banicki, K. (2008). Współczesne ujęcie mechanizmów obronnych. W: A. Niedźwieńska (red.). *Samoregulacja w poznaniu i działaniu* (s. 201-228). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Bilikiewicz, A., Landowski, J., Radziwiłłowicz, P. (1999). *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Coben, J., Levy, S. (1998). *Chory psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
- Curwen, B., Palmer, S., Ruddel, P. (2006). *Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa*. Sopot: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne
- De Mello, A. (2006). *Śpiew ptaka*. Poznań: Zysk i s-ka
- Donovan, J.M., and Chaney, E.F. (1985) „Alcoholic relapse prevention and intervention: models and methods, in G.A. Marlatt and J.R. Gordon (eds), *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in teh Treatment on addictive behavior*, New York: Guilford Press
- Donovan, J.M., (1986). An etiologic model of alcoholism. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 1-11.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1990). *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Fhanér, S. (1996). *Słownik Psychoanalizy*. Sopot: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). Coping as mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Gabbard, G. (2009). *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Goldstein, E. (2003). *Zaburzenia z pogranicza. Modele i techniki terapeutyczne*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Golec D. (2009). Jakim człowiekiem i jakim analitykiem był Wilfred Ruprecht Bion? *Styl analityczny Biona*. *Nowiny Psychologiczne*, 1, s. 43 – 54.
- Gottheil, E., and Waxman, A.M. (1982). Alcoholism and schizophrenia, in: *Encyclopedic handbook of alcoholism*, eds. E.M. Pattison and E. Kaufman. New York: Gardner Press: 636 – 46.
- Heszen-Niejodek, I. (1989). Polska adaptacja kwestionariusza S. Folkman i R.S. Lazarusa do badania sposobów radzenia sobie ze stresem WCQ. Katowice: Uniwersytet Śląski.

- Ito T.A., Miller N., Pollock V.E. (1996). Alcohol and aggression: A meta-analysis of the moderating effects of inhibitory cues, triggering cues, and self-focused attention. *Psychological Bulletin*, 120, 60-82.
- Isbell, H. (1955) Craving for alcohol, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 16:38-42
- Jellinek, E.M. (1952) Phases of alcohol addiction, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 13: 673-684
- Kernberg O.F., (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 641-685
- Kozielecki J. (1987). *Koncepcja transgresyjna człowieka*. Warszawa: PWN
- Krahé, B. (2006). *Agresja*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- 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 (1-2), 57-69
- LaPlanche, J., Pontalis, J. B. (1996). *Słownik psychoanalizy*. Warszawa: WSiP
- Ludewig, K. (1995). *Terapia systemowa*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Maisto, S., Galizio, M., Connors, G. (2000). *Narkotyki: zażywanie i nadużywanie*. Warszawa: Fundacja KARAN
- Madanes, C. (2002). *Przemoc w rodzinie. Psychoterapia sprawców i ofiar*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Mardones, J. (1955) Craving for alcohol, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 16: 51-53.
- Mander, G. (2004). *Psychodynamiczna terapia krótkoterminowa*. Sopot: Gdańskie Towarzystwo Psychologiczne
- McWilliams, N. (2008). *Diagnoza psychoanalityczna*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z. (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia – Polskie Towarzystwo Psychologiczne
- Mellibruda J (1999). *Psychologiczna analiza funkcjonowania alkoholików i członków ich rodzin*. Warszawa: IPZ
- Mescavage, A. (1989) Co-existing not secondary: Alcoholism In the mentally ill. *New York Federation of Alcoholism Counselors Newsletter* . Albany, N.Y.: April/May
- Orford, J (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. New York: John Willey and Sons.
- Pattison, W.M., Sobell, M.B., and Sobell, L.C. (1977) *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer
- Potter-Efron, R., Potter-Efron, P. (1994). *Złość, alkoholizm i inne uzależnienia. Teoria i praktyka terapii*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Polskie Towarzystwo Psychologiczne
- Peele, S. (1987). Doświadczenie uzależnienia. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 61-87
- Segal, H. (2005). *Wprowadzenie do teorii Melanie Klein*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Steele, C.M., & Josephs, R.A. (1990). Alcohol myopia: Its prized and dangerous effect. *American Psychologist*, 45, 921-933.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2005). *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
- Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Lendlera i Markera. *Przeгляд Psychologiczny*, 39, 187-210.
- Tavris, C. (1989). *Anger: The misunderstood emotion*. New York: Simon & Shuster (Touchstone)

- Wciórka, J. (red. wydania I polskiego). (2008). *Kryteria diagnostyczne wg DSM-IV TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner
- Zdrada, D. (2005). Mechanizmy uzależnienia czy kryzys rozwojowy? *Świat Problemów*, 6-7, 16-18