



Warszawski  
Informator  
Psychologiczny

**25**

Biuletyn Warszawskiego Oddziału Terenowego PTP  
Nr 25, sierpień 2009

**Warszawski Oddział Terenowy PTP**  
**siedziba: Wilcza 60/20, Warszawa**  
**telefon: 0 502 835 574**  
**(w czasie dyżurów)**  
**e-mail: warszawa@ptp.org.pl**  
**Dyżury członków Zarządu:**  
**w środy od 17: 00 do 19: 00**

Kolejny numer WIP-u dotrze do Państwa pod koniec sierpnia i to najwyższy czas, bo 30 września odbędzie się Walne Zebranie WOT, na którym wybierzemy delegatów na Walne Zgromadzenie PTP.

Spróbujemy zatem zadać sobie pytanie o stan zarówno Prezydium PTP jak i Zarządu PTP. Warto też rozbudzić wyobraźnię kandydatów na delegatów i skłonić ich do zastanowienia nad motywami zasiadania we władzach PTP, szczególnie osoby, które często 20 czy 30 kolejny raz chcą stanowić o roli PTP, wiekowego już reprezentanta psychologów.

Sierpień jest szczególnym miesiącem w historii naszego kraju i może choćby dlatego warto odpowiedzieć sobie na pytanie: ***co ja mogę zrobić dla innych psychologów, jeśli zamierzam kandydować do władz PTP?***

Tym razem Redakcja proponuje Państwu lekturę przygotowaną przez znanych już autorów.

I tak Piotr Walasek rozważa problem prawdy absolutnej. Katarzyna Petrykiewicz skupia naszą uwagę na metatonie, zaś Paulina Dargiewicz odsłania kulisy złudzeń osób uzależnionych. Natomiast Alina Wójcicka wprowadza nas w świat osób, korzystających z warsztatów zajęciowych. I wreszcie Mateusz Banaszkiwicz przedstawia tekst chyba budzący najwięcej emocji – tekst poświęcony ludziom o osobowości antyspołecznej, nazywanych żargonowo „psychopatami”.

Czekamy na Państwa komentarze, życząc owocnej lektury

**Redakcja WIP**

Piotr Walasek

## PRAWDA ABSOLUTNA I MOŻLIWOŚCI JEJ POZNANIA

Człowiek od zawsze mniej lub bardziej świadomie, wyruszał w wędrówkę ku poznaniu prawdy. Drogi jakie po drodze obierał, były najrozmaitsze. Od myślenia, po poznanie intuicyjne, aż po „radykalną” mistykę włącznie.

Niniejszy artykuł dotyczy prawdy absolutnej (prawdy w ogóle) i możliwości jej poznania. Nicią przewodnią, będzie cytat z książki rumuńskiego myśliciela Emila Ciorana, który jako jeden z nielicznych, miał odwagę poszukiwać prawdy na własne ryzyko i przez całe swoje życie. Czy ją odnalazł..? Nigdy się nie dowiemy. Cioran, Św. Augustyn, Wonicki i ja.

„prawda absolutna, która zgadza się na wszelkie ryzyko, w tym na negację jakiegokolwiek prawdy, a nawet idei prawdy, to **przywilej niedziałającego:**

tego, kto z premedytacją sytuuje się poza sferą czynów i dla kogo liczy się tylko (nagłe lub metodyczne, obojętnie jakie) uchwycenie niesubstancjalności - uchwycenie, któremu nie towarzyszy żadne poczucie niezadowolenia

przeciwnie, albowiem **otwarcie na nie** - rzeczywistość pociąga za sobą tajemnicze wzbogacenie”.

E. Cioran *Ćwiartowanie*, str 6

### W stronę prawdy

Trudno jest sobie wyobrazić życie człowieka bez jakiejś celowości. Być może takim właśnie celem, dla niektórych bywa poszukiwanie prawdy. Istotą takich przedsięwzięć jest niemożność określenia, dokąd to miałyby nas zaprowadzić, nasze wysiłki. W tym znaczeniu, prawda może być wszystkim i niczym jednocześnie.

Idąc za myślą rumuńskiego myśliciela, szukając prawdy musimy godzić się na wszelkie ryzyko- ryzyko par excellence.

Rafał Wonicki trafnie spostrzeżga, iż w tym przypadku poznanie prawdy jest: „przywilejem, a więc nie jest lub nie musi być dostępna dla wszystkich, a warunkiem koniecznym do jej zdobycia jest bycie jedynie niedziałającym”. Następnie dodaje: „zdobycie takiej prawdy czymkolwiek ona jest (np. rodzajem wiedzy czy doznania) pociąga za sobą tajemnicze wzbogacenie”. Tak więc, dostępność prawd bywa ograniczona, być może ze względu na ich „niebezpieczeństwo”.

Bycie z kolei „niedziałającym”, jak radzi Wonicki, charakteryzuje „sytuowanie się poza sferą czynów”. Innymi słowy, warto pamiętać o „uchwyceniu niesubstancjalności”, o której pisze rumuński myśliciel, co może znaczyć, że świat materialny zostaje wykluczony z potencjalności poznania prawdy.

Mówiąc jeszcze inaczej, będąc osobą „z poza czynu”, otwieram się na poznanie innego rodzaju. Poznanie intuicyjne, „mystyczne”, jakiegokolwiek, które nie jest dostępne przy żadnej działalności.

W podobnym duchu pisał o

prawdzie Św. Augustyn. Pisał on: „nie badaj, nie próbuj wiedzieć co to jest prawda. Natychmiast bowiem wyjdą na twoje spotkania mgły i cienie zmysłowych obrazów oraz chmury majaków wyobraźni i zmacną jasność twojego pierwszego spojrzenia, gdyś tobie powiedział prawdę. Tak, w tym pierwszym wejrzeniu jesteś olśniony jak błyskawicą, kiedy się mówi prawdą. Trwaj w nim jeśli możesz. Lecz nie możesz. Znowu opadasz na ziemię w to, do czegoś przywykł”. Widać wyraźnie, iż według Św. Augustyna człowiek nie przywykł do poznania prawdy, a wielość piętrzących się trudności jest niezliczona.

Negacji prawdy w ujęciu E. Ciorana, stanowić może podobieństwo „oślepienia błyskawicą” i swoiste doświadczenie treści prawdy w ujęciu Św. Augustyna. Czym może być owa treść? Nikt nie wie.

Nie sposób się oprzeć pytaniu, o to, czy to człowiek jest odwiecznym „nosicielem” prawd, czy może są one usytuowane w świecie zewnętrznym?

Na tak postawione pytanie, nie można odpowiedzieć w sposób jednoznaczny.

Prawdą jest, iż istnieje wielość rozmaitych prawd. Bywają prawdy psychologiczne, które nie rzadko w pełnej krasie ujawniają się w gabinetach psychoterapeutycznych. Osoba z „zaburzeniami”, poddana różnym technikom terapeutycznym, może wyjść z takich „zabiegów” zupełnie nie zmieniona. Jednakże -i zapewne takich sytuacji jest wiele-, przy pomocy terapeuty, można zostać „olśnionym błyskawicą” i poznać coś, co wcześniej było skrupulatnie ukryte. Trwanie w takim stanie – jak poucza Św. Augustyn- jest niemożliwe.

Jakość takiego doświadczenia, może być trudna do przyjęcia na początku dla psychiki takiej osoby. A jednak, jeśli uda się przyjąć i przyswoić taką prawdę, wszystko może się zmienić. Ten sam człowiek będzie takim samym, ale już zupełnie innym.

Przykładów takich doświadczeń, doznań jest zapewne dużo więcej i zapewne większość z nich nie ujrzysz światła dziennego.

Autor niniejszego artykułu jest zdania, iż wszelkie prawdy, które człowiekowi dane jest poznać, są prawdami, które on sam nosi w sobie. Są to prawdy zindywidualizowane i całkowicie osobiste. Unikatowość i niepowtarzalność to nieodłączne ich właściwości. Dlatego, tak trudno jest przekazać komukolwiek, to co stanowi o ich treści. Dlatego tak trudno jest nierzadko nadać im nazwę.

Jak pisze E. Cioran: „otwarcie na nie –rzeczywistość- pociąga za sobą tajemnicze wzbogacenie”. Słowem, wszystko co nie rzeczywiste może być nosicielem pewnych prawd, lub pewną potencjalnością, która

otwiera drogi poznania. Owa niematerialność, pozwala niekiedy odkryć w nas, te rzeczy, które chowały się w mrokach osobowości. Przez „wzbogacenie” powinniśmy być może rozumieć, „ośnienie błyskawicą, które wyzwala doświadczenia, doznania pewnej integralnej obcości, a jednocześnie stanowi o tym, czego o sobie nie wiedzieliśmy. O sobie i o świecie zewnętrznym. Jeśli już uda się komuś doświadczyć tajemnicy prawdy, to idąc za radą średniowiecznego teologa: „trwaj w niej jeśli możesz”...

#### **Bibliografia**

- Cioran, E., M. (2004).  
Ćwiartowanie. (s.6) Warszawa: KR.  
Św. Augustyn (rok wydania nieznany). O trójcy świętej. (s.265).  
R. Wonicki- wypowiedź prywatna niepublikowana.

**Piotr Walasek**  
student 4. roku filozofii  
na Uniwersytecie Warszawskim  
spinoza3@interia.pl

Katarzyna R. Petrikowska

## METADON – SZANSĄ DLA UZALEŻNIONYCH OD OPIATÓW MATEK

Zjawisko uzależnienia od opioidów istnieje praktycznie we wszystkich krajach europejskich. Skutki jakie niesie ze sobą problematyka uzależnienia obejmują zarówno osoby przyjmujące narkotyki, ich najbliższych, jak i całe społeczeństwo. Leczenie substytucyjne stanowi jedną z wielu dostępnych możliwości leczenia dla uzależnionych od opiatów kobiet spodziewających się dziecka, a nie potrafiących zrezygnować z czynnego przyjmowania heroiny.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2007r.<sup>1</sup>, osoba może zostać przyjęta do leczenia substytucyjnego, jeśli spełni następujące warunki. Po pierwsze jest uzależniona od opioidów, co najmniej 3 lata, ma ukończone 18 lat, a wszystkie dotychczasowe próby leczenia konwencjonalnymi metodami okazały się nieskuteczne. Kolejnym warunkiem jest podjęcie zobowiązania do zachowania abstynencji od środków odurzających i substancji psychotropowych. Po trzecie wyraża pisemną zgodę na podjęcie leczenia w ramach programu.

Istnieje wiele badań naukowych

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego trybu postępowania przy leczeniu substytucyjnym oraz szczegółowych warunków, które powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej prowadzący leczenie substytucyjne. Dziennik Ustaw z 2007r. nr 205 poz.1493

(Stitzer, 1977; Heil i Linares, 2007), potwierdzających fakt, iż leczenie substytucyjne zwiększa utrzymanie abstynencji osób uzależnionych, a także jest w pełni bezpieczne zarówno dla brzemiennej matki, jak i dla płodu. Programy leczenia substytucyjnego funkcjonują na całym świecie od ponad 40 lat.

Jak powszechnie wiadomo, uzależnienie od opioidów jest najniebezpieczniejszym sposobem używania narkotyków, powodującym zmiany na poziomie neurochemicznym w mózgu. Osoby uzależnione zatem mają duże trudności w kontrolowaniu przyjmowanej substancji psychoaktywnej czego przejawem jest kompulsywne używanie jej oraz silny głód psychiczny narkotyku. W efekcie tego, osoba uzależniona funkcjonuje w mechanizmie powtarzającego się schematu – poszukiwania narkotyku i używania go, nawet pomimo negatywnych konsekwencji społecznych i zdrowotnych.

Podstawową zasadą w leczeniu substytucyjnym jest podawanie osobie uzależnionej podobnej lub identycznej substancji o właściwościach i działaniu podobnym do przyjmowanego wcześniej narkotyku. Taką substancję określa się mianem agonisty /w Polsce najczęściej stosowanym środkiem jest metadon/. W ten sposób zapobiega się występowaniu objawów zespołu abstynencyjnego, a także znacznie redukuje głód psychiczny narkotyku. Ma to na celu uzyskanie większej kontroli u przyjmującej nielegalne substancje matki, a tym samym zwiększenie bezpieczeństwa dziecka.

Kolejnym celem jaki stawia sobie leczenie substytucyjne jest uzyskanie poprawy w zakresie stanu psychicznego, somatycznego /w tym również rozprzestrzeniania zakażeń i chorób wszczepiennych/ i społecznego osoby uzależnionej. Dzięki redukcji nielegalnych narkotyków oraz odpowiedniej pomocy i wsparciu, osoba uzależniona ma możliwość rozwiązania problemów, związanych z wcześniejszym używaniem narkotyków, a także posiada większą kontrolę swoich działań i wpływ na swoje życie.

Badania dowodzą, iż u osób znajdujących się w programach substytucyjnych dochodzi do znacznego osłabienia potrzeby uciekania się do zachowań przestępczych, a także poprawy funkcjonowania zarówno w rolach rodzinnych, jak i społecznych.

Niestety mimo wielu pozytywnych przesłanek, takich jak utrzymywanie przez uzależnione kobiety abstynencji, czy samodzielna opieka nad własnym dzieckiem – dla wielu osób, głównie „spoza problemu” temat ten wzbudza wiele kontrowersji i wątpliwości.

Według badań, przeprowadzonych w USA około 5% kobiet przyznaje się do używania substancji psychoaktywnych w okresie ciąży<sup>2</sup> – według badaczy, w rzeczywistości jest ich co najmniej 2 razy więcej. Jako konsekwencję dla dziecka, w przypadku matek uzależnionych od opiatów – czynnie używających narkotyki - podaje się najczęściej różnego rodzaju powikłania położnicze takie jak: poronienia, znaczną niedowagę przy narodzinach dziecka (65% zgonów ma miejsce właśnie z tego powodu!), wcześniactwo czy nieprawidłowe wykształcenie narządów u dzieci.

Ponadto badacze podkreślają, że dzieci matek uzależnionych, nie zachowujących abstynencji charakteryzują się niskimi zdolnościami poznawczymi oraz częstymi zaburzeniami zachowania .

Ważnym wydaje się także aspekt ekonomiczny – zdecydowanie więcej kosztów pochłania radzenie sobie ze skutkami używania przez matkę substancji i ich wpływu na dziecko, niż przeciwdziałanie tym negatywnym konsekwencjom przez 9 miesięcy trwania ciąży.

Mimo, iż leczenie substytucyjne od dłuższego czasu zalecane jest jako potencjalnie najefektywniejsza forma leczenia uzależnionych od opioidów kobiet w ciąży, to jednak praktyka pokazuje, że utrzymywanie abstynencji od substancji psychoaktywnych przez ciężarne kobiety nie jest w pełni zadowolające. W dużej mierze związane jest to z motywacją pacjenta gwarantującą efektywność jakiegokolwiek leczenia. Profesjonaliści, pracujący na

---

<sup>2</sup> Za: Brady J.P., Posner M., Lang C. (1994r.)

co dzień z osobami uzależnionymi zmagają się z problemem motywacji, praktycznie na każdym etapie leczenia osoby uzależnionej. Wiedzą też jak labilna może być gotowość do utrzymywania abstynencji przez pacjenta i jak dużo potrzebuje on pracy i wsparcia aby stworzyć własny program motywacyjny i zacząć osiągać sukces.

Bogatsze kraje europejskie postanowiły zredukować ten problem poprzez zwiększenie opieki nad uzależnionymi matkami z zastosowaniem różnego rodzaju programów behawioralnych, a dokładnie wzmocnień za pomocą vouchers, tzw. polityki żetonowej. Główne założenie tego programu opiera się przede wszystkim na zasadzie gratyfikacji za utrzymanie abstynencji. Pacjenci swoją abstynencją „pracują” na żetony wymieniane na jedną z trzech kategorii: przedmioty dostępne w katalogu, dodatkowe przywileje lub gratyfikacje pieniężne.

Przegląd badań przeprowadzony przez Heil S. i Linares Scott (2007) potwierdza, iż leczenie substytucyjne oraz terapia oparta na wzmocnieniu pozytywnym tzw. polityce żetonowej są jednym z najbardziej efektywnych metod, mających zastosowanie w tej grupie pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem ciężarnych matek.

W Polsce polityka żetonowa nie jest praktykowana w takim wymiarze. Zasady panujące w leczeniu substytucyjnym ograniczają się właściwie do otrzymania przywilejów w postaci dodatkowych dni wolnych (w Polsce można otrzymać dawkę na okres nie dłuższy niż 4 dni<sup>3</sup>, bez konieczności

<sup>3</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia. Dziennik Ustaw z 2007 r. Nr 205 poz. 1493

codziennego przychodzenia do punktu i wypijania metadonu w obecności personelu), w bardziej rozwiniętych programach można wyjechać na turnusy rehabilitacyjne, uczestniczyć w zorganizowanych spotkaniach kulturalnych, grupie wsparcia dla kobiet leczonych substytucyjnie, aż do kontrolowanego nagradzania finansowego za przestrzeganie abstynencji.

Problematyczne zdaje się także być, samo uczestniczenie w zajęciach terapeutycznych dla uzależnionych kobiet, zarówno stricte dotyczących tematyki uzależnienia, jaki i zwiększenia swoich kwalifikacji w zakresie wychowywania dziecka. Niestety w Polsce praktycznie nie ma projektów, które w sposób komplementarny zajmowałyby się uzależnioną matką z wielopłaszczyznowymi problemami wychowawczymi. Nawet jeśli niektóre placówki mają propozycje dla tej grupy kobiet, istnieje wciąż zbyt małe grono specjalistów terapii uzależnień umięjących swobodnie poruszać się w obszarze problemów wychowawczych.

Zdarza się, że również z powodu mało elastycznych zasad ogólnych, jakie przyjmują profesjonalści (leczący na co dzień osoby zdrowe), kobiety uzależnione nawet, jeśli dotrą do właściwego miejsca – odpadają po pierwszym spotkaniu. Najczęściej spowodowane jest to niechęcią względem osób uzależnionych, czy po prostu brakiem właściwej postawy profesjonalisty. Z tego powodu niektóre placówki stają się praktycznie niedostępne dla uzależnionych kobiet, nierzadko samotnie wychowujących swoje dzieci.

Problem pogłębia jeszcze bardziej fakt, iż uzależnione kobiety nie-

stety nie zawsze mają wsparcie ojca dziecka /nierazko również borykającego się z problemem uzależnienia, bądź odbywającego karę w zakładzie karnym/, jak i ze strony najbliższej rodziny. Samotne matki oprócz radzenia sobie z własnymi problemami dotyczącymi uzależnienia, muszą także odnaleźć się w nowej sytuacji związanej z pojawieniem się potomka, a także problemami, jakie będą towarzyszyć im przez kilkanaście lat wychowywania go.

Reasumując, praktyka pokazuje, że oprócz zachęcania do leczenia substytucyjnego w okresie trwania ciąży, jak i później, kiedy utrzymanie abstynencji uzależnionych matek jest nadal zagrożone wciąż brakuje w Polsce kompetentnych psychologów, zarówno w stosownych Ministerstwach, jak i w codziennej praktyce, którzy by nie tylko opracowywali programy oddziaływań terapeutycznych dla uzależnionych matek, ale i z profesjonalną odpowiedzialnością realizowali by je w praktyce.

### Bibliografia

Beck, A. (2007). *Terapia poznawczo uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Brady, J., P., Posner, M., Lang, C. i Rosami, M., J. (2004). *The implica-*

*tions of prenatal exposure to alcohol and other drugs. Risk and reality*. US. Washington: Department of Education.

Chrostek, Maj, J. i Wodowski, G. (2008). *Szczypta naszej nadziei*. Kraków: Stowarzyszenie Życzliwa Dłoń.

Garson, R., Butcher, J. i Mineka, S. (2003). *Psychologia zaburzeń*. (1). Gdańsk: GWP.

Habrata, B., Chmielewska, K. i Baran, H. (2003). *Regulacje prawne i praktyka kliniczna w zakresie wydawania środków substytucyjnych do domu*. *Alkoholizm i Narkomania*, 3-4, 147-154 (praca ukazała się w 2004 roku).

Heil, S. i Linares, S., T. (2007). *Voucher-based reinforcement therapy for drug dependent pregnant women*. *Heroin Addict*, 9 (2), 27-38.

Schmitz, J., M., Rhoades, H., W., Elk, R., Creson, D., Hussein I. i Grabowski, J. (1998). *Medication take home doses and contingency management*. *Exp. Clin. Psychopharmacology*, 6, 162-168.

Stitzer, M., (1977). *Medication take home as a reinforce in a methadone maintenance program*. *Addictive Behaviors*, 2, 9-14.

**Katarzyna Petrikowska**

Katarzyna Petrikowska jest psychologiem, psychoterapeutą poznawczo – behawioralnym. Na co dzień pracuje z osobami uzależnionymi oraz w programie substytucyjnym Instytutu Psychiatrii i Neurologii. W trakcie certyfikacji na

Agnieszka Stein  
Małgorzata Strzelecka

## NATURALNE RODZICIELSTWO

**Naturalne rodzicielstwo - rodzicielstwo oparte na przywiązaniu, znane po angielsku pod fachową nazwą attachment parenting, oznaczającą – w bardzo dużym skrócie – taki sposób opieki nad dzieckiem, który skupia się na rozpoznawaniu i zaspokajaniu jego potrzeb.**

Najsilniejszą, najbardziej pierwotną potrzebą człowieka jest właśnie potrzeba więzi z drugim człowiekiem. Wiele pokoleń rodziców na całym świecie przez lata instynktownie zaspokajało tę potrzebę własnych dzieci. Ale też wielu rodziców dało się zwieść różnym „uczonym” teoriom i w ślad za nimi próbowało kształtować dzieci według własnych pomysłów.

Najsłynniejszym „szkodnikiem” w tej dziedzinie był chyba J. B. Watson, autor słów: „dajcie mi niemowlę, a zrobię z niego kogo zechcecie: lekarza, nauczyciela, inżyniera”. Według jego teorii, wychowywanie to tylko kwestia systematycznego i konsekwentnego wpajania dziecku prawidłowych nawyków. Twórca psychologii behawioralnej, pisał nawet o niebezpieczeństwie, wynikającym z nadmiaru matczynej miłości. Według niego ideałem byłoby, gdyby dzieckiem, co tydzień zajmowała się inna piastunka. Marzył także o możliwości dowolnej zamiany matek. Na szczęście dla współczesnych i przyszłych dzieci rodzicielstwo oparte na przywiązaniu znajduje coraz liczniejsze

uzasadnienia w wiedzy, jaką na temat prawidłowego rozwoju powiększają liczni naukowcy i praktycy.

Pierwszą spójną teorię przywiązania stworzył i w 1969 roku przedstawił w swojej trylogii Attachment and Loss (Przywiązanie i strata) John Bowlby. Sam był wykształconym psychoanalitykiem, ale w swojej teorii zintegrował odkrycia z wielu dziedzin nauki. Odwoływał się nie tylko do psychologii, ale też do etologii, biologii i teorii ewolucji. Uwzględnił aspekty behawioralne, poznawcze i emocjonalne przywiązania. Wśród innych psychoanalityków wywołał skandal twierdzeniem, że dziecko przywiązuje się do matki nie dlatego, że ta karmi go i pielęgnuje. W klasycznym ujęciu przywiązanie było rozumiane jako coś wtórnego do pierwotnych potrzeb dziecka. Natomiast według Bowlby’ego (2007) tworzenie więzi samo w sobie jest najsilniejszą, instynktowną potrzebą każdego człowieka. To właśnie przywiązanie jest wypracowanym przez tysiące lat ewolucji sposobem, by z małego i bezradnego człowieczka wyrósł szczęśliwy i spełniony człowiek dorosły.

Tak jak kwiat nie potrzebuje nakazów i zakazów, by wiedzieć, jak zakwitnąć i jak wydać nasiona, tak samo mały człowiek nosi w sobie całą informację o własnym rozwoju. Potrzebuje tylko sprzyjającego środowiska, aby ta wiedza mogła się urzeczywistnić. Tak jak kwiat potrzebuje odpowiedniej gleby, dostatecznej ilości wody i światła, tak dziecko potrzebuje uwagi, troski i miłości najbliższych. Opieka nad dzieckiem jest o wiele bardziej skomplikowana, a czasem wyczerpująca, niż dogładanie roślinki, ale ta metafora powinna nam uświadomić, że rozwój naszych dzieci nie tylko od nas zależy. Jak pisał inny słynny psychoanalityk, Donald Woods Winnicott (1993): „Każde dziecko rozwija się samoistnie i w każdym drzemie iskierka życia. Ten pęd do życia jest częścią dziecka; czymś, z czym się urodziło i co niesie ze sobą przez resztę życia w sposób, którego nie musimy rozumieć”. Pęd do życia i rozwoju jest u człowieka wrodzony.

My, dorośli, zazwyczaj przeceniamy własną rolę w wychowaniu

dzieci. Mówimy: „nauka samodzielności”, „trening czystości”, podczas gdy naszym najważniejszym zadaniem jest nie przeszkadzać. Z drugiej strony, często zapominamy, jak bardzo bezradne jest ludzkie niemowlę. Bez naszej miłości i troski nie przeżyłoby nawet jednego dnia. Dlatego maleństwo, które płaczem wzywa swoją matkę, naprawdę walczy o życie. Warto też wiedzieć, że każde dziecko kocha swoich rodziców, jacy by oni nie byli. I w głębi serca pragnie spełniać ich pragnienia, a jeżeli tego nie robi, to nie dlatego, że nie chce, ale dlatego, że robi to tak jak potrafi, po swojemu. Dziecko nie jest w stanie zaspokoić wymaganej przez niektórych rodziców potrzeby bycia kochanym. Powinniśmy się uczyć miłości od własnych dzieci.

Zapraszamy więc wszystkich do przygody, jaką może być odkrywanie wewnętrznego świata naszych dzieci. Do tego, jak pisał Carl Rogers, by „zastawić dla nich stół na ucztę życia, ale by nie wpychać im jedzenia do gardeł”.

Rodzicielstwo oparte na przywiąza-

**Agnieszka Stein:** absolwentka Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (1999); psycholog dziecięcy pracujący z dziećmi - ofiarami przemocy i ich rodzicami, psycholog w gimnazjum; sekretarz WOT PTP; lider Forum Wymiany Zawodowej

**Małgorzata Strzelecka:** absolwentka Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (1992); terapeuta integracji sensorycznej Polskiego Stowarzyszenia Terapeutów Integracji Sensorycznej (2008); psycholog pracująca od kilkunastu lat z małymi dziećmi i ich rodzicami, obecnie w jednym z warszawskich żłobków.

Razem prowadzą zajęcia dla profesjonalistów i rodziców w ramach programu profilaktycznego dla żłobków "Mały Słoń" na zlecenie fundacji Mederi, a także stronę dla rodziców [www.dzikiedzieci.pl](http://www.dzikiedzieci.pl)

niu, albo inaczej naturalne rodzicielstwo, to wychowanie bez przemocy. Rodzicielstwo, które polega na rozpoznawaniu i zaspokajaniu potrzeb dziecka oraz wspieraniu go w samodzielnym rozwoju.

**Agnieszka Stein**  
**Małgorzata Strzelecka**

#### **Bibliografia**

Bowlby, J. (2007).  
*Przywiązanie.* Warszawa:

Wydawnictwo Naukowe PWN.

Olechnowicz, H. (1999). *U źródeł rozwoju dziecka.* Warszawa: WSiP

Schaffer, H.,R. (2007). *Psychologia dziecka.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN

Winnicott, D.,W. (1993). *Dziecko, jego rodzina i świat.* Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co

*Alina Wóycicka*

# WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ JAKO FORMA POMOCY CHORYM PSYCHICZNE I UPOŚLEDZONYM UMYSŁOWO ORAZ ICH RODZINOM

Terapia w warsztatach ma dwa zasadnicze cele: 1. udzielenie pomocy osobom niepełnosprawnym w przewycięzeniu, na ile jest to możliwe, spowodowanych niesprawnością ograniczeń w zakresie funkcjonowania osobistego, 2. naukę praktycznych umiejętności takich, których wykonywanie poprawi samodzielność życiową uczestnika, da mu poczucie satysfakcji życiowej, a także poprawi funkcjonowania osoby w interakcjach społecznych.

Warsztaty terapii zajęciowej organizowane przez różne instytucje i stowarzyszenia są zakładami, prowadzącymi zajęcia terapeutyczne dla osób, z różnych przyczyn niezdolnych do samodzielnej egzystencji w tym, do podjęcia pracy zawodowej. Jeśli nie są one pozostawione same sobie to czasem przebywają w domu, pod opieką rodziny. Istniejące bariery, także natury psychologicznej, utrudniają, często wręcz uniemożliwiają im realizowanie siebie w życiu zawodowym, skazując na bierność, wymu-

szoną bezczynność. Wtedy większość czasu tacy ludzie przebywają w domu, pod opieką rodziny często całymi dniami są bezczynni, zepchnięte na margines życia społecznego a nierzadko, także rodzinnego.

W Polsce niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym. Według danych w 2002 roku procent osób, z różnymi rodzajami niepełnosprawności szacowano na 11,6%. Oznacza to że 1000 mieszkańców przypadają ponad 116 osób niepełnosprawnych. W tej liczbie 23,6%

miało niepełnosprawność lekkiego stopnia, 36% było niesprawnych w stopniu umiarkowanym zaś pozostali w stopniu głębokim. Dla osób w wieku produkcyjnym, powyżej 15rż odpowiednie dane wynosiły: 46% w stopniu lekkim, 37,1% w stopniu umiarkowanym i 16,9% znacznym.

W życiu człowieka obarczonego deficytem różnego rodzaju, a także jego rodziny, istnieje wiele momentów trudnych, frustrujących, niedostatecznie znanych i rozumianych w społeczeństwie ludzi zdrowych. Choć różne są bariery i przeszkody jakich ludzie ci doświadczają w codziennym życiu istnieje grupa przeżyć, trudnych i frustrujących jakie są udziałem każdego z nich.

Funkcjonowanie człowieka można przedstawić jako wynik interakcji osobowości i sytuacji:

$$Z=f(O,S)$$

Z-zachowanie, O-osobowość, S- sytuacja

Sytuacje w jakich funkcjonują osoby niepełnosprawne są oczywiście bardzo różnorodne niemniej można wskazać też pewne elementy charakterystyczne i wspólne dla wszystkich osób.

Pierwszym z doznań wspólnych jest szok związany z uświadomieniem samego istnienia czynnika, który wyróżnia mnie w populacji, uświadomieniem sobie, że niepełnosprawność będzie przyczyną wielu dodatkowych trudności i ograniczeń w przebiegu codziennego życia. Niezależnie od tego czy jest to niepełnosprawność nabyta czy wrodzona oraz w jakim wieku nastąpiło „odkrycie faktu”, wywołuje silną, długotrwałą reakcję stresową. Według

opisu podanego przez Lazarusa i Fokmana (1986) przebieg stresu psychologicznego można opisać jako proces fazowy o następującym przebiegu: faza szokowa – częstą z reakcją zaprzeczającą „To nie ja, to nie mnie się przydarzyło”, faza aktywizacji, faza przyjęcia faktu, która może mieć wymiar depresyjny- wszystko stracone i/ lub obronny – zdrowe, bez względu na wszystko staram się funkcjonować czy też neurotyczne, zaprzeczanie kalectwu.

Stres i to długotrwały, występuje zawsze choć z różnym nasileniem. Wbrew stereotypowej opinii głoszącej, że osoby upośledzone umysłowo oraz chore psychicznie nie odczuwają skutków kalectwa wieloletnie doświadczenie wskazuje, że nawet przy bardzo silnym zaburzeniu osoby takie odczuwają swoją inność, wyizolowanie społeczne, niezdolność do pełnienia wielu funkcji życiowych i zawodowych

Obok przeżyć o charakterze wspólnym dla wszystkich, każdy z uczestników, zanim trafił do Warsztatów Terapii zawodowej miał już za sobą wiele doświadczeń, w dużej mierze negatywnych, często lękowych związanych z funkcjonowaniem jako osoba z określonym rodzajem niepełnosprawności. Przykładowo, przy deficycie ruchowym lęki związane są z możliwością przykrych następstw nieprecyzyjnego ruchu, (bolesne upadki, złamanie), szkodami jakie może przynieść nagłe osłabienie siły chwytu, (gdy z ręki wypadnie niesiony półmisek z sałatką dla całej grupy). Osoby chore na epilepsję boją się wystąpienia ataku i następstw upadku (czasami niebezpiecznych także dla życia). Boją się też

przykrych przeżyć psychicznych, wzmożonej drażliwości, nasilonych trudności z koncentracją, pamięcią), występujących u wielu w okresie poprzedzającym napad (tak zwanej aury). Lęki osób upośledzonych umysłowo związane są głównie z trudnościami w zakresie funkcjonowania w kontaktach interpersonalnych-zwłaszcza dotyczy to wymiany słownej- a także brakiem akceptacji społecznej dla ich sytuacji. Z podobnymi trudnościami borykają się uczestnicy chorujący psychicznie, którzy wiedzą też że ujawnienie przez nich, przeżywanego treści psychotycznych może narazić na dezaprobatę i wyśmianie. Niezależnie od rodzaju niepełnosprawności każdy z przychodzących uczestników nosi w sobie wspomnienie uprzednich przeżytych negatywnych doświadczeń, lęku i niepewności. Po kilkunastu, a bywa, że wielu latach egzystowania w opisanej sytuacji, z dużym bagażem negatywnych doświadczeń, niepełnosprawni otrzymują skierowanie do odbycia terapii w Warsztatach Terapii Zajęciowej.

Trudne przeżycia są udziałem nie tylko samych osób obarczonych kalectwem lecz także i to od samego początku członków ich rodzin. W zamkniętej społeczności jaką jest rodzina, trudności przeżywane przez każdego z członków wywierają wpływ na sposób funkcjonowania wszystkich pozostałych osób w tym także tych, którzy uczestniczą w zajęciach.

Pojawienie się w rodzinie osoby niepełnosprawnej stawia wszystkich jej członków w sytuacji nowej, trudnej na którą z reguły nie byli przygotowani. W wielu rodzinach rodzice po urodzeniu dziecka chorego, lub kalekiego boją się o tym fakcie powiadomić

dziadków wiedząc, że zawiedli ich marzenia o ślicznym zdrowym wnuku bądź wnuczce. Także dla innych członków rodziny jest to sytuacja bardzo trudna do przyjęcia i zaakceptowania. Szczególnie zdrowe rodzeństwo nie rzadko wstydzi się posiadania takiego brata lub siostry i stara się ukryć ten fakt w grupie rówieśniczej lub wyjechać z rodzinnego domu.

Rodzicom, osób chorych też nie brakuje sytuacji trudnych, wręcz przykrych. „Litościwe” spojrzenia sąsiadów spotkanych podczas spaceru z dzieckiem, wygłaszanie przez nich „za plecami rodziców” komentarzy, często nieprawdziwych a bywa, że nawet absurdalnych, o „przyczynach nieszczęścia”, stwarzanie wokół takich rodzin atmosfery niezdrowej sensacji to tylko niektóre z przykładów zdarzeń, z jakimi na co dzień spotykają się opiekunowie osób niepełnosprawnych w najbliższym otoczeniu. Jeśli dodać do tego utrudnienia w poruszaniu się (bariery architektoniczne), kłopoty z załatwianiem miejsca w przedszkolu, szkole i tym podobne, to nie należy się dziwić, że po kilku latach takich zmagania nie tylko chory lecz i wszyscy członkowie jego rodziny stanowią grupę osób wymagających z różnych przyczyn pomocy i wsparcia.

Nie pozostaje to bez wpływu na problemy i sposób funkcjonowania uczestników terapii i problemów, z którymi personel warsztatu musi się zmierzyć.

### **Charakterystyka uczestników zajęć**

Do Warsztatu Terapii zajęciowej przyjmowani są ludzie różniący się

między sobą nie tylko rodzajem niepełnosprawności lecz także innymi istotnymi cechami. Według wspomnianego już raportu w okresie 2005-2007r, skład uczestników przedstawiał się następująco:

Wśród 15967 (objętych badaniem) osób (dwie placówki nie przysłały danych), w latach 2002-2005 brało udział w zajęciach w 517 WTZ. Wśród nich było:

upośledzenie umysłowe	61,5%
choroby psychiczne	9,5%
choroby narządu ruchu	5,7%
epilepsja	1,5%
sprzężone rodzaje niepełnosprawności	14,5%

Uczestnicy byli zróżnicowani wiekowo, jak i pod względem posiadanego wykształcenia. W warsztatach pracowały zarówno osoby z wykształceniem wyższym 0,44, średnim, podstawowym, a także absolwenci szkół specjalnych 43,17%, szkół życia 24,88% , oraz osoby bez żadnego wykształcenia. Różnili się też z uwagi na możliwość samodzielnego poruszania się w terenie. 69% musiała być dowożona, bądź doprowadzana do warsztatu przez opiekunów, a tylko 31% dochodziło lub dojeżdżało samodzielnie.

### **Organizacja pracy w warsztacie**

Organizacja pracy w warsztacie łączy elementy występujące w zakładzie pracy z elementami terapeutycznymi. Wszystkich obowiązuje codzienny udział w zajęciach potwierdzony podpisaniem listy obecności. Każdą nieobecność muszą usprawiedliwić przedstawiając zaświadczenie lekarskie lub otrzymane od opiekuna. Obowiązuje ich wykonanie przydzie-

lonych zadań, a efekty każdorazowo ocenia terapeuta. Za wykonaną pracę otrzymują miesięczne wynagrodzenie, którego odbiór potwierdzają osobiście podpisując listę płac. Te procedury wprowadzono by zaznaczyć uczestników z rygorami obowiązującymi w pracy i ułatwić w przyszłości adaptację w przypadku podjęcia zatrudnienia np. w zakładach pracy chronionej.

Terapia w warsztatach ma dwa zasadnicze cele: 1/udzielenie pomocy osobom niepełnosprawnym w przezwyciężeniu, na ile jest to możliwe, spowodowanych niesprawnością ograniczeń w zakresie funkcjonowania osobistego, 2/naukę praktycznych umiejętności takich, których wykonywanie poprawi samodzielność życiową uczestnika, da mu poczucie satysfakcji życiowej, a także poprawi funkcjonowania osoby w interakcjach społecznych.

By zrealizować te cele dla każdego z uczestników opracowuje się indywidualny program terapii uwzględniający możliwości konkretnej osoby. W miarę trwania terapii, w regularnych odstępach czasowych, kwartalnych lub półrocznych, dokonuje się oceny osiągniętych rezultatów. Ponadto prowadzi się systematyczną obserwację zachowania w warsztacie. Następnie, w oparciu o te dane kwalifikuje się go do pracy w odpowiedniej pracowni, a także podejmuje decyzje o ewentualnym skierowaniu na terapię indywidualną lub zajęcia wyrównawcze (np. logopedyczne).

Zasadnicza praca odbywa się w niewielkich 5-7 osobowych grupach w wyspecjalizowanych pracowniach. Przykładowo można tam zdobyć

umiejętność wykonywania prostych prac zdobniczych, (malowanie kart okolicznościowych, modnych ostatnio „witrażyków” na szkle, wykonywania prostych haftów, wyplatania koszyków i w zależności od pracowni wielu innych przydatnych w życiu umiejętności. Można też opanować podstawy obsługi komputera, co jest ważne z uwagi na powstające ostatnio stanowiska pracy, którą można wykonać w domu kontaktując się z zakładem pracy drogą internetową.

Zajęcia w niektórych pracowniach służą rozwijaniu ogólnej sprawności lub nabywaniu umiejętności niezbędnych w codziennym życiu. Przykładem może być pracownia muzyczna. To miejsce w którym połączenie śpiewu, recytacji z ekspresją ruchową wyzwala nowe możliwości ekspresyjne. Pozwala ponadto, zwłaszcza osobom z deficytem ruchowym przełamać opór psychiczny często przekonać się, że potrafią więcej niż pierwotnie myślały. W krawieckiej można poznać tajniki prostego szycia i haftu. Zajęcia zaś kulinarne uczą przygotowania najprostszyc posiłków lecz także przygotowania poczęstunku dla gości, estetycznego ubierania stołu, prawidłowego zmywania naczyń oraz utrzymania porządku w kuchni. W innych pracowniach np. wikliniarskiej czy ceramicznej można zdobyć inne praktyczne umiejętności.

W trakcie zajęć uczestnik przekonuje się, że mimo, iż jest osobą niepełnosprawną potrafi wiele zdziałać. Trzeba pamiętać że niejedyn z nich zanim trafił do warsztatu usłyszał o sobie wiele negatywnych ocen wypowiedzianych choćby z tego powodu, że pracował wolniej, uczył się słabiej, a prace ręczne wykonywał

mniej dokładnie lub nieestetycznie. W naszej kulturze grupa nie toleruje jednostek odmiennych w jakiś sposób, zwłaszcza negatywny, obniżający jej pozycję, np. klasy w społeczności szkolnej. Często uczestnicy nasłuchali się tak wielu negatywnych opinii o sobie, że podejmując terapię początkowo boją się podjąć pracę gdyż, boją się negatywnych ocen i odrzucenia.

Członkowie pracowni tworzą małą grupę pracującą wspólnie przez kilka godzin. Muszą dbać o wspólne dobro, czystość w pracowni. Wspólna praca jest niesłychanie ważna. Stwarza bowiem uczestnikom okazję do nawiązywania bliższych koleżeńskich kontaktów udzielania sobie wzajemnie pomocy. Jest także praktyczną nauką tolerowania siebie nawzajem, przełamywania wyuczonego wcześniej lęku przed innymi i pokonywania barier w kontaktach interpersonalnych.

Od działania w małej grupie przechodzi się do działania w dużej, w której bierze udział cała społeczność warsztatowa. Okazję do tego stwarza organizacja imprez, zwłaszcza z okazji świąt Bożego Narodzenia i Wielkiej Nocy, na które są zapraszani rodzice i goście z zewnątrz. Jak już wcześniej wspomniałam uczestnicy warsztatów tworzą grupę zróżnicowaną pod względem wieku, rodzaju niepełnosprawności, poziomu wykształcenia a także uprzednich doświadczeń życiowych.

Realizacja hasła „zrobmy coś razem” w tak różnorodnej grupie wymaga opracowania zadań, które umożliwią uczestnikom wypełnianie zróżnicowanych ról w zależności od posiadanych różnorodnych umiejęt-

ności, lecz także z uwzględnieniem osobowych ograniczeń. Jako przykład podam organizację świąt Wielkanocnych kiedy odegrano misterium, w którym role siedzące grały osoby poruszające się przy pomocy kul lub wózków inwalidzkich, orędzie o wartości życia głosił człowiek borykający się z myślami depresyjnymi wkładając w to całą energię, zaś role wymagające ekspresji ruchowej nadpobudliwy chłopak. W zespole muzycznym na perkusji grał upośledzony, lecz bardzo uzdolniony chłopak, zaś akordy na keyboard upośledzona umysłowo uzdolniona muzycznie uczestniczka. W przygotowaniu posiłku, ubieraniu stołów i strojeniu sali pomagali wszyscy. Podczas realizacji wspólnego celu ucichły konflikty, urazy i nieporozumienia. Głośne pochwały zgromadzonych licznie gości były dla wszystkich wielką nagrodą. Tworzenie wspólnoty pomaga w przełamywaniu postawy bierności, przekonania, że ja już do niczego się nie nadaję i niczego nie umiem zrobić.

W warsztatach świadczona jest także pomoc rodzicom i opiekunom, przeżywającym, jak już wcześniej wspomniałam, różnorodne trudności. Jedną z często spotykanych jest brak wewnętrznej akceptacji dla niepełnosprawnego dziecka z częstym stosowaniem mechanizmów zaprzeczania i wypierania. Często spotykana postawa izolacji społecznej rodzin z niepełnosprawnym sprzyja przyjmowaniu takich postaw. Oczywiście najlepszą formą pomocy są grupy terapeutyczne dla rodziców. Jednak nie zawsze istnieje możliwość prowadzenia takich zajęć. W takich sytuacjach można próbować integrować rodziców zapraszając ich do udziału we

wspólnych obchodach świątecznych: Andrzejką, Opłatek, Świecenie Wielkanocy, a także w imprezach wyjazdowych. W warsztatach, w których pracowałam rodzice chętnie brali udział w imprezach pomagając też w przygotowaniach. Gdy nie ma możliwości organizowania specjalnych spotkań terapeutycznych jest to często jedyna okazja by mogli się spotkać w środowisku, które rozumie ich problemy oraz gdzie są w pełni akceptowani.

Opiekunowie często nie radzą sobie z agresywnymi zachowaniami podopiecznych w domu, z krzywdzącą postawą członków rodziny, z opóźnieniem własnych emocji, a nawet nierzadko z subiektywnym poczuciem winy za niesprawność dziecka. Często potrzebują pomocy także w sprawach socjalnych, prawnych, pomoc w zorganizowaniu podopiecznemu wizyty u lekarza specjalisty itp. W świadczeniu pomocy rodzicom bierze udział zespół, w skład którego wchodzi najczęściej pielęgniarka, pracownik socjalny, psycholog. Działanie zespołowe ułatwia, a czasami wręcz umożliwia załatwianie spraw trudnych wymagających szerokiej wiedzy i nie małego doświadczenia.

### Bibliografia

Kościelska, M. (1978). *Rodziny dzieci niepełnosprawnych*. Seria „one są wśród nas”. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-pedagogicznej.

Lazarus, R. (1986) *Paradygmat stresu i radzenia sobie*. Nowiny psychologiczne, 3-4, 2-32.

Michałowicz, R. (1992). *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci*.

Warszawa: PZWL.

Raport o Warsztatach Terapii Zawodowej Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych. (1980). Warszawa.

Wojcieszke, B. (2004). Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Seria Wykłady z psychologii. Warszawa: Wydawnictwo

Naukowe Scholar.

Wóycicka, A. (2000). Interpersonalne kontakty w rodzinie z pacjentem długo chorującym psychicznie i długotrwałe hospitalizowanym. Niepublikowana praca doktorska. Lublin.

**Alina Wóycicka** - Dr n. hum. psycholog kliniczny, absolwentka Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Szczególne interesuje się funkcjonowaniem osób niepełnosprawnych, a także neuropsychologią oraz psychologią pracy. Wykładała w Wyższej Szkole Zarządzania i Przedsiębiorczości im B. Jańskiego w Warszawie.

Paulina Dargiewicz

## CZY UZALEŻNIONY UMYSŁ MOŻE OSZUKAĆ SWOJEGO WŁAŚCICIELA?

*Skąd mamy wiedzieć, że to, co myślimy nie jest prawdą? Że to czego nie pamiętamy zdarzyło się naprawdę? Że to, co widzimy nie jest tym czym jest w rzeczywistości? Nasz umysł czasem robi nam „psikusy” na przykład widzimy coś jako większe lub będące bliżej niż jest w rzeczywistości.*

Tego rodzaju pomyłki nazywamy złudzeniami, charakteryzują się one błędnym rozpoznaniem jakiegoś bodźca i zaliczane są do zaburzeń spostrzegania (Strelau i Doliński, 2008). Na szczęście zostaliśmy obdarzeni również możliwością korekty naszych spostrzeżeń, dzięki której wiemy, że „to nam się to tylko wydawało”. Czasami jednak zdarza się tak (najczęściej w różnego rodzaju chorobach), że ludzie nie odróżniają rzeczywistości od wytworów umysłu. Doskonałym przykładem jest uzależnienie od alkoholu, które jest chorobą obfitującą w zaburzenia poznawcze.

Uzależnienie od alkoholu sięje spustoszenie w różnych sferach życia. Rujnuje nasze zdrowie, stosunki z otoczeniem i bliskimi nam ludźmi, zabiera marzenia, karierę, oszczędności i często doprowadza do śmierci. Ludzie, którzy nie znają sposobu w jaki uzależniony człowiek myśli, często nie mogą zrozumieć jak samemu można doprowadzić się do takiego

stanu, zaprzepaścić całe życie - i to wszystko dla „tego alkoholu”. Tak właśnie myślą ludzie nie uzależnieni - jednak ludzie chorzy, bo alkoholizm to choroba, myślą w inny sposób – „myśleniem uzależnionym”. „Pijane” myślenie pozwala alkoholikom wyciągać nielogiczne wnioski. Na przykład osoba uzależniona może uważać, że awantury w domu, których już nie może znieść, powodują jej picie pomimo tego, że żona awanturuje się właśnie z powodu pijaństwa męża.

Wiele badań zostało już przeprowadzonych, aby wyjaśnić **wpływ alkoholu jako substancji chemicznej na układ nerwowy człowieka**. Jednak nie na wszystkie pytania znaleziono odpowiedzi. Stwierdzono, że nawet niewielkie dawki alkoholu wpływają na hipokamp, który jest zaangażowany w procesy zapamiętywania oraz uczenia się. Można zastanawiać się czy upośledzenie uczenia się i zapamiętywania wywołane zażywaniem alkoholu ma związek z nie zauważa-

niem przez osoby pijące destrukcyjnych konsekwencji jakie przynosi im picie alkoholu. Wiadomo jest też, że „ostre” picie zwiększa poziom serotoniny, która wpływa na procesy poznawcze oraz na przetwarzanie informacji. Podczas intoksykacji jej wpływ powoduje skupienie uwagi jedynie na bodźcach i okolicznościach istotnych ze względu na stan w jakim znajduje się osoba pijąca (Mellibruda, i Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Przewlekłe nadużywanie alkoholu powoduje upośledzenie pamięci operacyjnej, myślenia abstrakcyjnego i umiejętności rozwiązywania problemów, kłopoty z planowaniem, przewidywaniem, osłabienie poczucia czasu i oceny odległości oraz trudności z przyswajaniem informacji (Mellibruda, i Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Zniekształcenia pracy umysłu mogą przybierać różną formę. Prof. Jerzy Mellibruda szukając odpowiedź na pytanie, dlaczego ludzie piją pomimo tak wielkich strat, postawił hipotezę, że kluczową rolę w tej sprawie odgrywa jeden z trzech mechanizmów uzależnienia – **mechanizmem iluzji i zaprzeczania** (Mellibruda, 2000). Mechanizm ten można przyrównać do wielkiej płachty, która zakrywa szalenie wszystkie szkody wywołane piciem i pozwala na jego kontynuowanie. Płachta ta, jest bardzo gruba, bo składa się na nią wiele rodzajów zniekształceń poznawczych, dlatego też osobie uzależnionej trudno jest zauważyć negatywne skutki picia.

**Zaprzeczanie** stanowi jedno z takich zniekształceń i polega na negowaniu istnienia problemu i jest ono wg. Jampolskiego (1992) charakterystyczne dla wszystkich uzależnień.

Jego przejawem są takie wypowiedzi osób uzależnionych jak: „Czuję się źle, bo mam grypę, ale nie dlatego, że wczoraj piłem alkohol”, „Nie pije na melinach, więc nie jestem alkoholikiem”, „Trzęsą mi się ręce, bo cukier we krwi mi skacze”.

Często możemy spotkać się z tym, że osoba uzależniona pije, bo „... bez picia nie da się nic załatwić”, „... ma straszną teściową, która gdera codziennie nad uchem, nikt by tego nie wytrzymał”, „... musiał wypić, bo mój szef stawiał”. Jest to przejaw kolejnego mechanizmu obronnego zwanego **racjonalizacją** – czyli podanie dobrej przyczyny zamiast prawdziwej, ten mechanizm zapobiega zmianom swojego zachowania (Twerski, 2001).

Z kolei **projekcja** oznacza rzutowanie winy na innych, za to za co my jesteśmy odpowiedzialni. W najprostszej postaci może wyglądać następująco: „Gdyby moja żona choć trochę mnie rozumiała, na pewno bym nie pił”. Widać jak w takiej wypowiedzi, żona zostaje obciążona odpowiedzialnością za picie osoby uzależnionej. Zrzucenie winy na żonę pozwala nie brać odpowiedzialności za swoje zachowanie i tym samym powoduje brak chęci zmiany (Twerski, 2001).

Kolejnym zniekształceniem często zauważanym u osób uzależnionych jest **manipulowanie czasem**. Podejście człowieka uzależnionego do czasu jest inne niż osoby nieuzależnionej. Osoba w nałogu jest przekonana, że może przestać zażywać substancje kiedy zechce i czasami udaje jej się to na dzień lub dwa. Taką krótkotrwałą abstynencją traktuje jako dowód na to, że ma kontrolę nad zażywaniem

środkiem. **Dla osoby uzależnionej liczy się tylko to, co jest w danej chwili.** Przeszłość i przyszłość są dla niej mniej realnie. Czas mógłby być dla niej odmierzany w sekundach. Prawdopodobnie jest to wynik tego, że każda zażywana przez nią substancja daje efekty po paru minutach, a osoby uzależnione nie są w stanie znieść nawet najmniejszego opóźnienia w tej kwestii. Alkoholik kiedy pije nie myśli o przyszłości, ale tylko o tym, co dzieje się w danej chwili, o uczuciu szczęścia, odprężenia. Lata są dla niego jednostką abstrakcyjną i dlatego pewnie też trudno go skonfrontować ze zdrowotnymi skutkami picia. Dla niego grożąca za rok marskość wątroby oznacza nic w porównaniu z ulgą jaka może przynieść alkohol za dwie minuty (Twerski, 2001).

Często można usłyszeć o **marzeniowych planach**, które snują osoby uzależnione, polegają one na tworzeniu wizji własnych działań i sytuacji, w których rozwiązywany jest problem. Osoby te przeżywają dzięki takim marzeniom przyjemne stany emocjonalne, jednak plany te nie zostają realizowane (Mellibruda, i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Przykładem marzeniowych planów mogą być wypowiedzi: „Jeszcze tylko dzisiaj, a od jutra nie piję”, „Od jutra będzie wszystko inaczej”, „Od jutra biorę nadgodziny i odrobię wszystko, co przepięłem”.

**Koloryzowanie wspomnień** zaliczane jest również do zniekształceń mechanizmu iluzji i zaprzeczania. Jest to zmienianie obrazu przeszłych wydarzeń tak, aby zachęcały i były dobrym powodem do dalszego zażywania alkoholu (Mellibruda, i Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Alkoholik może na przykład opowiadać jakim wspaniałym był wodzirejem na imprezach gdy pił, albo jakim powodzeniem cieszył się wśród pięknych pań.

**Odwracanie uwagi**, którym posługują się osoby uzależnione, polega na zmianie tematu rozmowy w celu uniknięcia dyskusowania na temat zagrażający, związany z zażywaną substancją (Mellibruda, i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Na przykład uzależniona żona zwraca się do męża, który ponownie ma pretensje dotyczące jej notorycznego picia: „A ty nie masz, co ze sobą zrobić? Ciągłe się mnie czepiasz tylko. Lepiej zajmij się naprawą klamki. Proszę cię, żebyś naprawił ją już od dwóch tygodni.” W ten sposób żona zmienia temat tworząc sobie komfort dalszego picia.

**Intelektualizowanie** to zniekształcenie, które powoduje traktowanie problemu w sposób abstrakcyjny, teoretyzowanie na jego temat, stosowanie uogólnień oraz brak świadomości osobistych problemów lub ich unikanie (Mellibruda, i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Na przykład: „Alkoholizm jest problemem w dzisiejszej społeczności”, „Jak się wypięło to było się pijanym”, „Pojawiła się buteleczka to się wypięło”. Charakterystyczne dla intelektualizowania jest używanie formy bezosobowej w wypowiedziach, bądź stwierdzeń z których nic nie wynika.

Alkoholicy **minimalizują** problem z jakim się borykają oraz jego skutki. Przyznają się oni do problemu, ale w taki sposób, że jego skutki nie wydają się takie poważne jak w rzeczywistości, co ma na celu zachowanie status quo (Mellibruda, i

Sobolewska-Mellibruda, 2006). Przykładem minimalizowania jest wypowiedź: „Nie piłem za pieniądze zarobione, tylko za wygrane w karty”, „Piję tylko wino”, „Nie piję tak dużo”.

Alkoholik tworzy swój własny system przekonań, swoją wizję świata, która nie pokrywa się z rzeczywistością. Wizji tej osoba nie weryfikuje, pozwala ona jednak na kontynuowanie picia. Najważniejsze przekonania dotyczą: atrakcyjności i użyteczności alkoholu, konieczności jego spożywania, nadziei na poradzenie sobie z problemem, negowania uzależnienia i powiązania picia z jego negatywnymi konsekwencjami. Zaburzeniu ulega również **rozpoznawanie i regulacja stanów emocjonalnych** przez procesy poznawcze. Często pobudzenie emocjonalne jest odczytywane jako potrzeba napicia się alkoholu, a po wypiciu alkoholu następuje poczucie, że zrobiło się lepiej. Następowanie po sobie tych dwóch odczuć prowadzi do wzmocnienia tego układu myśli, odczuć i zachowań (Mellibruda, i Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Mechanizm iluzji i zaprzeczania, jak już wcześniej zaznaczyłam, zapobiega rejestracji negatywnych skutków picia. Jednak nie zawsze działa on doskonale i osoba doświadcza czasami w mniejszym lub większym stopniu zgubnych konsekwencji picia, co powoduje **przyływ przykrych uczuć** oraz ponowną aktywację mechanizmu utrudniającą racjonalne działanie (Mellibruda, i Sobolewska-Mellibruda, 2006). Na przykład alkoholik budzi się rano i zauważa, że jest w izbie wytrzeźwień, dostaje informacje, że awanturował się pod wpływem alkoholu i teraz ktoś z rodziny musi go odebrać.

W tej samej chwili wraz z informacjami ogarniają go przykre uczucia wstydu, zażenowania, złości itp., które nasilają chęć napicia się. Alkoholik codziennie musi się zmagać z destrukcyjnymi skutkami swojego picia, które wywołują u niego falę przykrych uczuć, te z kolei powodują nasilenie działania mechanizmu i potęgują chęć napicia się. Tak więc jest to swego rodzaju błędne koło, w które wpada osoba uzależniona. Ważne jest, żeby osoba uzależniona od alkoholu nauczyła się w inny sposób rozładowywać napięcie, niepokój czy lęk.

Z powodu nieprawidłowego spostrzegania uzależnieni często czują się traktowani niesprawiedliwie, czują się ofiarami i złością się na wszystkich każąc ich w ten sposób za niewłaściwe ich zdaniem traktowanie. Takie zachowanie jest często spotykane u dzieci - „na złość mamie odmrozę sobie uszy”. Tak samo alkoholik upija się, żeby pokazać do czego doprowadziła go awanturowująca się małżonka. Takie ukaranie małżonki jest bardzo wygodne, ponieważ powoduje komfort picia bez przyjmowania odpowiedzialności za nie. Osoby uzależnione są najczęściej **nadwrażliwe na niesprawiedliwość** i czują się nieszczęśliwe z powodu złego traktowania. Złość tak charakterystyczna dla alkoholików wynika właśnie z ich nadwrażliwości. Okazuje się, osoba w procesie zdrowienia, nie złości się już tak bardzo i z czasem jest coraz mniej drażliwa (Twerski, 2001).

Charakterystyczną dla uzależnionego toku myślenia jest **reguła „albo-albo”**. Jest to pewien rodzaj popadania w skrajności, który powoduje brak dostrzegania alternatywy innej niż przeciwstawne skrajne wyjścia z sytuacji (Twerski, 2001). Osoba

uzależniona na przykład bierze pod uwagę tylko rozwód z żoną lub pozostanie z nią w związku, nie widzi natomiast możliwości czasowej separacji.

**Manipulowanie innymi** jest tak częste w uzależnieniu, że może stać się trwałą cechą osobowości. Przykładem „wyrachowanego” manipulowania jest zachowanie alkoholika, który przepił całą wypłatę i nie wrócił do domu przez trzy dni. Zdaje on sobie sprawę z tego, że partnerka po jego powrocie zrobi mu straszną awanturę i żeby ją uprzędzić, przychodzi do domu i od progu przyznaje się do swojej słabości. Robi on scenę, w której prosi partnerkę o odejście od niego, ponieważ on nie jest jej wart, w głębi duszy jednak wcale tak nie myśli. Partnerka reaguje na takie wyznanie czułością i alkoholik znów nie ponosi żadnych konsekwencji swojego picia. Dramat alkoholików polega na tym, że oprócz innych, oni sami padają ofiarą swojego manipulowania. Na początku celem jest usprawiedliwianie picia, co pomaga zrzucić odpowiedzialność na innych. Kłamstwa i wykręty stają się chlebem powszednim, co powoduje, że osoba uzależniona kłamie i manipuluje nawet, jeśli nie przynosi jej to zysków, robi to dla samego manipulowania. Zachowanie to nie ustaje od razu po przyjęciu abstynencji, dużo czasu i pracy człowiek musi włożyć w to, żeby nad nim zapanować (Twerski, 2001).

Twerski (2001) twierdzi, że alkoholik często sam daje się zwieść swojemu myśleniu i tak naprawdę oszukuje sam siebie. Jego sposób rozumowania przynajmniej na początku uzależnienia wydaje się z pozoru przekonujący i sensowny nawet dla osób z jego otoczenia. Procesy myślowe osoby uzależnionej podążają w kierunku usprawiedliwiania tego, co robi. Co więcej inteligencja nie wpływa na za-

leżnieniu, jednak im bardziej inteligentna osoba tym bardziej jest ona kreatywna w wymyślaniu usprawiedliwień.

Uzależniony umysł jest umysłem niebezpiecznym. Niezwykle ciężko osobie uzależnionej jest przebić się przez „płachtę” wszystkich zniekształceń poznawczych i zauważyć, że to co myśli mija się z rzeczywistością (Twerski, 2001). Musi wyzbyć się pewności, że ona wie lepiej i zaufać rzeczywistości przedstawianej przez innych. Jakże trudna musi być taka decyzja. Dla niektórych staje się ona możliwa dopiero w obliczu śmiertelnej choroby lub tragicznego wydarzenia.

### Bibliografia

Jampolsky, L., (1992). *Leczenie uzależnionego umysłu*. Warszawa: Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.

Mellibruda, J., (2000). *Psychologiczna problematyka uzależnień od alkohol narkotyków*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. (3, s. 700-707). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Mellibruda, J., Sobolewska-Mellibruda, Z., (2006). *Integracyjna Psychoterapia uzależnień*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.

Strelau, J., Doliński, D. (2008). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. (2, s. 551). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne,

Twerski, A., (2001). *Uzależnione myślenie*. Warszawa: IPZ i Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza.

**Paulina Dargiewicz**  
studentka IV roku  
Społecznej Psychologii Klinicznej  
w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej  
paulinadargiewicz@gmail.com

Mateusz Banaszekiewicz

## PSYCHOPATIA

*Etykieta „psychopata” budzi w nas negatywne konotacje. Na myśl może przyjść bezwzględny szef lub były partner. Niektórzy mogą pomyśleć o seryjnym mordercy, którego widzieli w filmie lub o którym słyszeli w wiadomościach. Sądzę jednak, że bez względu na nasze poglądy czy uprzedzenia powinniśmy starać się poznać naturę różnych zjawisk. Zwłaszcza tych, które budzą w nas niepokój. Warto również pamiętać, że „sposób w jaki rozumiemy problem wpływa na to jak sobie z nim radzimy (Kosson, 2006)”.*

Według Hare (2008) psychopatia jest zaburzeniem osobowości, którego główne symptomy są związane z aroganckim stylem komunikacji (powierzchnowość, manipulacyjność, fałszywość), niepełnymi doświadczeniami emocjonalnymi (płytkie emocje, nieczułość, brak lęku i skruchy), impulsywnym stylem behawioralnym (poszukiwanie wrażeń, nieodpowiedzialność, brak poczucia sensu) jak również tendencją do angażowania się w antyspołeczne zachowania.

Pospiszyl (2000) opisuje osobę, u której zdiagnozowano cechy psychopatii jako wykazującą brak zdolności do nawiązywania głębszych emocjonalnych relacji z innymi ludźmi

oraz przejawiającą obniżony poziom lęku. Po dokonaniu nieakceptowanego społecznie czynu nieprzeżywającą poczucia winy. Lekceważącą zobowiązania społeczne i nie liczącą się z uczuciami innych ludzi. Zachowania takiego człowieka nie ulegają łatwym zmianom w wyniku różnych negatywnych doświadczeń czy w rezultacie zastosowania kary. Charakteryzuje się również drażliwością. Cechuje go niska tolerancja na frustrację oraz łatwość w dopuszczaniu się gwałtownych i agresywnych zachowań. Ma on tendencję do obwiniania innych lub racjonalizacji swoich zachowań, które powodują konflikty z otoczeniem

**Robert Hare** jest emerytowanym profesorem psychologii na Uniwersytecie British Columbia, gdzie wykładał i prowadził badania przez 35 lat. Większość swojej akademickiej kariery poświęcił na badania nad psychopatią, jej naturą, oceną i implikacjami dla zdrowia psychicznego oraz prawa kryminalnego. Jest autorem przetłumaczonej na język polski książki „Psychopaci są wśród nas”, a także autorem „Without Conscience” (Bez sumienia) oraz twórcą narzędzia służącego do diagnozy psychopatii „Psychopathy Checklist-Revised” (PCL-R). Jest też konsultantem FBI. Hare i Paul Babiak rozszerzyli teorie i badania nad psychopatią do świata biznesu i korporacji.

(ICD-10, 1994). Niektórzy autorzy dodają również: impulsywność, niekontrolowaną agresję, nieumiejętność przewidywania, niezdolność do „wglądu w siebie”, niezdolność do uczenia się z minionych doświadczeń, nieprawidłowe ocenianie sytuacji społecznych, skłonność do kłamstwa i alkoholu, niezwykle wrażliwość na środki odurzające jak i tendencję do samowyniszczenia (Pospiszyl, 2000).

Cleckley w swojej książce „Maska zdrowia” (za: Pospiszyl, 2000) pisze, że psychopatia związana jest z powierzchownym urokiem osobistym oraz inteligencją przy jednoczesnym braku wyrzutów sumienia i wstydu. Dodaje on również niezdolność do kochania i nieumiejętność wglądu w siebie. Wpłynęło to na pojawiające się później prace z tej dziedziny, gdzie można odnaleźć podział na psychopatów **impulsywnych** (wykazujących niekontrolowane reakcje) i **kalkulatywnych** (traktujących ludzi w sposób instrumentalny i racjonalnie planujących działania). Drugi typ po dokonaniu przestępstwa jest znacznie trudniejszy do doprowadzenia przed wymiar sprawiedliwości.

Zdaniem Eysencka (za: Pospiszyl, 2000) ludzie dorośli powstrzymują się przed nieakceptowanymi społecznie czynami nie w obawie przed karą, której mogą doświadczyć w przyszłości (odpowiedzialność karna, dezaprobata społeczna itp.) oraz której niekiedy można uniknąć, ale w rzeczywistości chcą oni uchylić się od lęku, którego osoby z rozpoznaniem psychopatii po prostu nie doświadczają.

Oprócz rozróżnienia na osoby z

psychopatią impulsywną i kalkulatywną można spotkać w piśmiennictwie również inny podział. Andershed, Johansson, Kerr, Louden i Skeem (2007) dzielą psychopatię na dwa typy - pierwotną i wtórną.

Osoby z rozpoznaniem psychopatii **pierwotnej** cierpią na wrodzony deficyt emocjonalny. Osoby z psychopatią **wtórną** mają nabyte zakłócenia emocjonalne. Badania Andershed i in., (2007). pokazały, że w porównaniu z pierwszą grupą, osoby z rozpoznaniem psychopatii wtórnej w większym stopniu charakteryzują się niepokojem i lękiem, mniejszą liczbą cech psychopatycznych i podobną liczbą zachowań antyspołecznych. Manifestują też więcej cech osobowości z pogranicza<sup>4</sup> (borderline) i gorsze funkcjonowanie społeczne (np. poirytowanie, wycofanie, niska asertywność) oraz więcej symptomów zaburzeń psychicznych w porównaniu z osobami z psychopatią pierwotną. Badacze wskazują również, że osoby z psychopatią pierwotną częściej diagnozowani są jako posiadający cechy osobowości antisocjalnej<sup>5</sup> i/lub narcystycznej<sup>6</sup>. Po porównaniu obu tych grup z 243 niepsychopatycznymi ale używającymi przemocymi mężczyznami, osoby z psychopatią wtórną okazały się być bardziej niestabilne emocjonalnie i wycofane od tych z psychopatią pierwotną, które były

<sup>4</sup> niechęć, impulsywność, autodes-  
tukcja, drażliwość

<sup>5</sup> zachłanność, wrogość, obrona  
własnej reputacji, ryzyko

<sup>6</sup> brak zasad, uwodzicielskość,  
kompensacyjność, elitarność

mniej lękowe i bardziej asertywne lub dominujące w stosunku do grupy porównawczej. Z powyższego wynika, że ludzie, u których rozpoznano psychopatię wtórną mogą być bardziej podatni na oddziaływanie terapeutyczne. W przeciwieństwie do osób z psychopatią pierwotną, czyli posiadających deficyty emocjonalne, którzy mogą wymagać podejścia, które nie koncentrowałoby się na wpajaniu afektu (miłości) i moralności (poczucia winy). Koncentrowałoby się ono na modyfikacji percepcji i zachowania, które bezpośrednio zwiększają antyspołeczne zachowania. W skrócie strategię leczenia mogłyby różnić się w zależności od zdiagnozowanego rodzaju psychopatii. Zdaniem autorów warta uwagi jest również rola przemocy. W przypadku psychopatii pierwotnej (nadrzędną cechą jest dominacja), przemoc może więc być narzędziem do uzyskiwania kontroli. W psychopatii wtórnej (tu dominuje wycofanie), przemoc może być sposobem na uzyskanie dystansu (Andershed i in., 2007).

H. i S. Eysenckowie (za: Pospiszyl, 2000) w sposób następujący podsumowali badania nad psychopatią, przeprowadzone na zlecenie NATO. Z porównań bliźniąt jedno- i dwujajowych dotyczących cech psychopatycznych wynika 55% zgodność występowania zaburzenia u bliźniąt jednojajowych i 13% zgodność u bliźniąt dwujajowych. Wskazuje to na udział czynnika genetycznego w rozwoju choroby. Badania nad dziećmi adoptowanymi wykazały 50% zgodność pomiędzy przestępczymi zachowaniami syna i biologicznego ojca (który popełniał

wcześniej czyny przestępcze) w porównaniu z grupą kontrolną, gdzie 28% biologicznych ojców przejawiało wcześniej cechy przestępcze, a ich synowie nie ujawniali takich zachowań. Podobne proporcje uzyskano w przypadku biologicznych matek.

**Teorie opóźnionego dojrzewania ośrodkowego układu nerwowego** głoszą, że cechy psychopatyczne wynikają z nietypowego rozwoju systemu nerwowego. Na przykład występująca u dzieci obustronna aktywność fal theta, zanika u osób powyżej dwudziestego roku życia. Jest jednak obserwowana u większości dorosłych osób z rozpoznaniem psychopatii. Trwające w niektórych przypadkach nawet 30 lat badania nad 94 dziećmi, zachowującymi się w sposób antyspołeczny wykazały, że większość objawów negatywnych ustępuje po osiągnięciu mniej więcej około 40 roku życia.

**Teorie typologicznych różnic systemu nerwowego** bezpośrednio koncentrują się na tym, że do osiągnięcia optymalnego pobudzenia, osoby ze zdiagnozowaną psychopatią potrzebują o wiele większej ilości bodźców ze świata zewnętrznego niż ogół społeczeństwa.

Eysenck (za: Pospiszyl, 2000) zaproponował koncepcję zgodnie, z którą zapotrzebowanie na stymulację danej jednostki zależy od poziomu ekstrawersji i introwersji. Osoby introwertywne wykazują wysoką wrażliwość na bodźce płynące z otoczenia i do osiągnięcia stanu optymalnego potrzebują mniej stymulacji od jednostek ekstrawertywnych, które

charakteryzuje mniejsza plastyczność systemu nerwowego, a więc i większa potrzeba intensywnych doznań. Można więc przyjąć, że jednostki psychopatyczne prawdopodobnie będą nadmiernie ekstrawertywne, a jednym ze sposobów osiągnięcia wspomnianych intensywnych doznań może być agresja.

**Badania na poziomie neuroprzekazników** wskazują na ich wpływ na zachowania psychopatyczne. Serotonina hamuje impulsy płynące z układu limbicznego (mózgu emocjonalnego). Jej niski poziom może powodować zaburzenia emocjonalne oraz zapotrzebowanie na alkohol. Konsekwencją może być większa skłonnością do zachowań impulsywnych i agresywnych jak i podatność na uzależnienie. Interesujące wydaje się, że poziom serotoniny u mężczyzn jest średnio o 52% niższy niż u kobiet. Być może tłumaczy to częstsze występowanie psychopatii wśród mężczyzn (Pospiszyl, 2000).

Kalat (2006) w swojej książce „Biologiczne podstawy psychologii” podaje, że zgodnie z wynikami badań zmiany w korze przedczołowej prowadzą do nieliczenia się ze skutkami własnego zachowania. Osoby z rozpoznaniem psychopatii mające wysoki iloraz inteligencji potrafią skutecznie maskować swoje nieakceptowane społecznie cechy. Występuje u nich nietypowy obraz czynności bioelektrycznej mózgu, a obniżona aktywność fal mózgowych świadczy o obniżonej reaktywności na bodźce dochodzące ze świata zewnętrznego.

**Robert Hare jest autorem kwestionariusza „Psychopathy Checklist-**

**Revised”**, gdzie psychopatia została opisana jako konstelacja współwystępujących cech osobowości i społecznie nieakceptowanych zachowań zgodnych z opisami klinicznymi. Obecnie **Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)** jest standardowym narzędziem do pomiaru psychopatii. W kwestionariuszu testowane są dwa czynniki. Pierwszy opisuje konstelację afektywnych i interpersonalnych cech uważanych za osiowe symptomy psychopatii. Drugi czynnik zawiera cechy i zachowania, które podkreślają chronicznie niestabilny, impulsywny i społecznie nieakceptowany styl życia (Molto, Montanes, Pastor, Poy i Segarra, 2007).

Hare na swojej stronie internetowej (2009) podkreśla, że indywidualny wynik w kwestionariuszu może mieć silny wpływ na przyszłość osoby badanej oraz że potencjał krzywdy jakiej mogą doznać osoby badane, jest szeroki, jeśli kwestionariusz jest używany nieprawidłowo lub jeśli jego użytkownik nie jest dobrze zaznajomiony z kliniczną i empiryczną literaturą dotyczącą psychopatii. Autor podaje też listę wymagań, które powinny zostać spełnione przy użytkowaniu kwestionariusza. Jednym z nich jest sposób pomiaru, który powinien być wykonywany przez dwóch niezależnych diagnostów, co zwiększa jego rzetelność. W 2005 roku „The Buros Mental Measurements Yearbook” oceniło Psychopathy Checklist-Revised jako rzetelne i trafne narzędzie oraz uznało go za złoty standard do pomiaru psychopatii (Hare, 2009).

W Polsce nie diagnozuje się psychopatii w oparciu o ten wypracow-

any na zachodzie model.

W świetle obecnej wiedzy złudnym wydaje się być pogląd, że istnieje szansa skutecznego terapeutyzowania osób z rozpoznaniem psychopatii za pomocą metod pedagogiczno-resocjalizacyjnych (Kruków, 2005). Skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych zależy bowiem w dużej mierze od gotowości pacjenta do dokonania zmian w sobie oraz aktywnej współpracy z terapeutą w celu poradzenia sobie z psychicznymi i emocjonalnymi trudnościami. Osoby, u których rozpoznano psychopatię charakteryzują się za zwyczaj tzw. „twardą strukturą osobowości”, praktycznie nie poddając się oddziaływaniom zewnętrznym (Hare, 2006).

Wspomniany już Robert Hare oraz Steve Wong są autorami nowatorskiego- w stosunku do poprzednich programów terapii i monitoringu osób z rozpoznaniem psychopatii. W przeciwieństwie do dotychczasowych wersji zakłada się, że osoby z tym zaburzeniem w ogóle nie weszły na żadną z akceptowanych społecznie dróg postępowania, ponieważ w ich odczuciu zawsze kierowali się własnymi zasadami. Program nosi nazwę „Guidelines for a Psychopathy Treatment Program”.

Terapia nie jest tu skoncentrowana na próbach zmiany charakterystyk osobowościowych. Uczy się tu strategii radzenia sobie, która pomaga rozwinąć prospołeczny styl życia, zmniejszając nasilenie przemocy. Uczestnikom uzmysławia się, że posiadana postawa i zachowania nie służą ich interesom i że sami powinni brać odpowiedzialność za swoje działania. Wskazówki zawarte w pro-

gramie są stosowane w naturalnych warunkach. Program pozwala odkryć indywidualne czynniki, które wyzwalają nieakceptowane społecznie zachowania i pomaga jednocześnie zdobyć specyficzne umiejętności do ich zapobiegania. Pod koniec uczestnicy biorą udział w programie zapobiegającym nawrotom by utrwalić nabyte umiejętności, nastawienia i zachowania w nową zintegrowaną całość, łącząc te atrybuty w to, co będzie ich codziennym prospołecznym modelem funkcjonowania (Hare, 2009).

W przyszłości warto również rozważyć możliwość korygowania zachowań antyspołecznych za pomocą farmakoterapii (Kruków, 2005).

W czwartej wersji Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych (DSM IV) można odnaleźć pojęcie antysocjalne zaburzenie osobowości (za: Hare, 2000) . W dziesiątej edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) znajduje się termin osobowość dyssocjalna. Oba pojęcia występują zamiennie z terminem psychopatia popularnym w Polsce czy częściej używanym w Stanach Zjednoczonych terminem socjopatia, który większy nacisk kładzie na społeczny kontekst reakcji psychopatycznych.

### Bibliografia

Andershed, H., Johansson, P., Kerr, M., Louden, J. E. i Skeem, J. (2007). *Two Subtypes of Psychopathic Violent Offenders That Parallel Primary and Secondary Variants*. American Psychological Association. *Journal of Abnormal Psychology* 116 (2), 395-409.

- Davis, R, Escovar, L., Meagher, S., Millon, C. i Millon, T. (2005). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Hare, R. (2006). *Psychopaci są wśród nas*. Kraków: Znak.
- Hare, R. (2009). Strona internetowa: [www.hare.org](http://www.hare.org)
- Kalat, J. W. (2006). *Biologiczne podstawy psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kosson, D. S. i Mayer, A. R. (2006). *Neuropsychological Implications of Selective Attentional Functioning in Psychopathic Offenders*. *Neuropsychology* 20 (5), 614.
- Krukow, P. (2005). *Rozwój teorii psychopatii akcentujących istotę roli czynnika zaburzonego funkcjonowania mózgu*. Materiały konferencyjne XXXII Zjazdu Naukowego PTP, Kraków.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, 1994, 50.
- Molto, J., Montanes, S., Pastor, M. C., Poy, R., Segarra, P. (2007). *Response Perseveration in Psychopaths: Interpersonal/Affective or Social Deviance Traits?* *Journal of Abnormal Psychology* 116 (3), 632–637.
- Pospiszyl, K. (2000). *Psychopatia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.

**Mateusz Banaszekiewicz**  
student czwartego roku Psychologii Klinicznej  
w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej.  
[banaszekiewicz.mateusz@gmail.com](mailto:banaszekiewicz.mateusz@gmail.com)

# AKTUALNOŚCI WOT PTP

Osoby przyjęte  
na członków  
WOT PTP

**Grudzień 2008 - lipiec 2009:**  
Redakcja nie otrzymała danych

# WP 25

**Warszawski Informator Psychologiczny**  
Nr 25, sierpień 2009

Wydawca: **Warszawski Oddział terenowy PTP**

Redakcja: **ul. Wilcza 60, 00-679 Warszawa**

e-mail: **biuletyn\_wot@wp.pl**

**<http://www.ptp.org.pl/warszawa>**

Redaktor naczelny: **Elżbieta Łuczywek**

Sekretarz redakcji: **Mateusz Banaszekiewicz, Paulina Dargiewicz**

Zespół redakcyjny: **Paulina Kurpińska, Katarzyna R. Petrikowska, Piotr Walasek**

Skład i druk: **Andrzej Gzyło**

*Redakcja nie zwraca tekstów niezamówionych.*

*Zastrzega sobie prawo do adjustacji tekstów i zmiany ich tytułów.*