
ANASTASIIA KOLENDO-SMIRNOVA
Magiczna pigułka
to ja
Terapia kognitywno-obrazowa

Wprowadzenie



Gdybym zobaczyła na półce księgarni książkę o takim tytule, prawdopodobnie pomyślałabym, że jej autorka ma o sobie wyjątkowo dobre zdanie. Być może moja pierwsza myśl byłaby nawet znacznie mniej uprzejma. Czy jednak mogę i chcę nazwać tę książkę inaczej? Chyba nie.

Od dawna zastanawia mnie, dlaczego samo wykształcenie, stopnie naukowe, dyplomy i certyfikaty nie zawsze przekładają się na skuteczność pracy psychologa. Można znać dziesiątki specjalistycznych terminów, mieć ogromną wiedzę teoretyczną i mówić bardzo przekonująco, a mimo to nie potrafić pomóc konkretnej osobie w rozwiązaniu problemu, z którym przyszła.

Myślisz, że za chwilę zacznę opowiadać, jaka jestem świetna w porównaniu z niektórymi kolegami po fachu? Albo krytykować specjalistów, do których ludzie chodzą przez lata, wciąż zastanawiając się, kiedy wreszcie poczują się lepiej?

Nie. Chcę porozmawiać o czymś innym.

Wydaje mi się, że dla osoby szukającej pomocy nazwa zastosowanej metody ma znacznie mniejsze znaczenie niż to, czy sposób pracy jest odpowiednio dobrany do jej problemu, potrzeb i możliwości oraz czy rzeczywiście przynosi jej korzyść.

Żyjemy w czasach, w których trudno znaleźć człowieka całkowicie wolnego od problemów i trudnych doświadczeń. Jedni przez lata zmagają się z napadami paniki i boją się wychodzić z domu. Inni bezskutecznie próbują zmienić swoje nawyki, zbudować satysfakcjonującą relację albo odejść od partnera uzależnionego od substancji. Ktoś zmaga się z problemami zdrowotnymi lub trudnościami z zajściem w ciążę. Ktoś inny cierpi z powodu lęku, samotności czy poczucia bezradności.

W takich sytuacjach człowiek może być zmęczony, zdesperowany i stopniowo tracić nadzieję. Sama decyzja o zwróceniu się po pomoc psychologiczną bywa wtedy ważnym i wymagającym krokiem.

Człowiek trafia do specjalisty. Mijają tygodnie lub miesiące, ale nie zauważa oczekiwanej poprawy. Próbuje więc ponownie: kolejny psycholog, kolejne spotkania, kolejne próby znalezienia rozwiązania.

I pojawia się pytanie: gdzie szukać pomocy dalej?

W swojej pracy i życiu miałam okazję poznać wielu psychologów — wspaniałych, serdecznych i zaangażowanych ludzi. Spotkałam również specjalistów, których sposób pracy zrobił na mnie ogromne wrażenie i rzeczywiście pomógł mi spojrzeć na pewne rzeczy inaczej.

Z czasem coraz bardziej interesowało mnie jedno pytanie: **co właściwie sprawia, że określony sposób pracy okazuje się pomocny dla konkretnej osoby?**

I właśnie tutaj pojawia się tytułowa „magiczna pigułka”.

Nie mam jednak na myśli cudownego środka, który w kilka chwil rozwiąże wszystkie problemy. W psychologii nie istnieje metoda gwarantująca każdemu człowiekowi określony rezultat, podobnie jak nie każdy problem można rozwiązać wyłącznie za pomocą pracy psychologicznej. W przypadku chorób i dolegliwości somatycznych niezbędna jest odpowiednia diagnostyka i opieka medyczna, a pomoc psychologiczna może — zależnie od sytuacji — stanowić jej uzupełnienie.

Metafora „magicznej pigułki” oznacza dla mnie coś innego.

Tą pigułką jesteśmy my sami.

Nasza gotowość do przyglądania się własnym reakcjom, myślom i emocjom. Nasza zdolność do uczenia się nowych sposobów reagowania. Nasza wyobraźnia, doświadczenie i możliwość dokonywania zmian — czasem niewielkich, czasem bardzo znaczących.

Książka nie jest więc cudownym lekarstwem. Jest raczej instrukcją korzystania z jednego z narzędzi, które mogą wspierać proces zmiany.

Nie oznacza to również, że wystarczy wykonać jedno ćwiczenie, aby życie natychmiast stało się inne. Zmiana psychologiczna może wymagać czasu, systematyczności, eksperymentowania, a czasami także profesjonalnego wsparcia.

Książka, którą trzymasz w rękach, przedstawia opracowany przeze mnie sposób pracy, który nazywam **terapią kognitywno-obrazową**. Łączy on pracę z przekonaniami, emocjami i

wyobrażeniami. Metodę tę stosuję w swojej praktyce i w kolejnych rozdziałach chcę pokazać, na czym polega, jak ją wykorzystuję oraz jakie są jej możliwości i ograniczenia.

Życzę Ci interesującej lektury, nowych odkryć i zmian, które będą dla Ciebie naprawdę ważne.

Rozdział 1. Czym jest terapia kognitywno-obrazowa?



Chciałabym szczegółowo przedstawić metodę, którą stosuję w swojej praktyce psychologicznej. W skróconej formie wspominałam o niej już w jednej z moich wcześniejszych książek — **„Rzucanie palenia lub dobrowolne samobójstwo”**. Tutaj po raz pierwszy opiszę dokładniej sposób, w jaki z nią pracuję.

W swojej praktyce korzystam z różnych podejść i technik psychologicznych. Nie wszystkie mają jednak taki sam status naukowy ani równie dobrze udokumentowaną skuteczność. Przykładowo EMDR jest uznaną metodą psychoterapeutyczną stosowaną przede wszystkim w pracy z traumą i PTSD, podczas gdy NLP czy niektóre inne popularne podejścia nie mają porównywalnego poziomu potwierdzenia naukowego.

Z czasem zaczęłam rozwijać własny sposób pracy, który nazwałam **terapią kognitywno-obrazową**. Powstał on przede wszystkim z mojego zainteresowania pracą poznawczą oraz wykorzystaniem wyobrażeń i metafor w pracy psychologicznej.

Na czym polega jego podstawowa idea?

Wyobraźmy sobie osobę, która przychodzi do psychologa z konkretnym problemem — na przykład z silnym lękiem przed randkami. To właśnie ten problem chce lepiej zrozumieć i nad nim pracować.

Specjalista może oczywiście zainteresować się historią życia klienta, jego wcześniejszymi doświadczeniami, relacjami czy wydarzeniami, które mogły mieć znaczenie dla obecnych trudności. Nie zawsze jednak konieczne jest szczegółowe analizowanie całej przeszłości. Zakres pracy powinien wynikać przede wszystkim z problemu klienta, przyjętego podejścia terapeutycznego i tego, co rzeczywiście okazuje się istotne w procesie pomocy.

Posłużę się prostą analogią.

Wyobraź sobie, że oddajesz komputer do serwisu, ponieważ z klawiatury wypadł jeden klawisz. Fachowiec może zauważyć przy okazji, że część programów wymaga aktualizacji. Być może rzeczywiście warto się tym kiedyś zająć. Jednak przyszedłeś przede wszystkim dlatego, że chcesz naprawić klawiaturę.

Podobnie patrzę na pracę psychologiczną. Jeżeli człowiek przychodzi z konkretnym problemem, warto najpierw jasno określić, czego potrzebuje i jaki cel chce osiągnąć. Jeżeli w trakcie pracy okaże się, że istotne są również inne doświadczenia lub obszary życia, można się nimi zająć. Nie zakładam jednak z góry, że rozwiązanie każdego aktualnego problemu wymaga szczegółowego „odkopywania" całej przeszłości.

Terapia kognitywno-obrazowa została pomyślana jako **krótkoterminowy, skoncentrowany na określonym celu sposób pracy psychologicznej**. W mojej praktyce zdarzało się, że klienci zauważali zmianę już po kilku spotkaniach lub po kilku dniach samodzielnej pracy między sesjami. Nie oznacza to jednak, że można z góry określić liczbę dni lub spotkań potrzebnych każdej osobie. Tempo i zakres zmian są indywidualne.

Przykład.

Jeden z moich klientów, 24-letni aktor, zgłosił się z powodu jąkania, którego doświadczał od wielu lat. Wcześniej w naszej pracy wykorzystywaliśmy również inne techniki. Z czasem jego mowa stała się płynniejsza, jednak problem nie zniknął całkowicie.

Następnie zaproponowałam mu pracę z wykorzystaniem terapii kognitywno-obrazowej. Po dwóch tygodniach wysłał mi nagranie swojego wystąpienia, podczas którego mówił płynnie. Był to dla niego bardzo ważny rezultat.

Traktuję jednak takie historie jako **opisy indywidualnych doświadczeń klientów, a nie dowód naukowy na skuteczność metody**. W przypadku jąkania wskazana może być również konsultacja z odpowiednio wykwalifikowanym specjalistą, a przyczyny i przebieg tego problemu mogą być różne.

Innym interesującym celem, z którym spotkałam się w praktyce, był „strach przed miłością". W tym przypadku klient zauważył istotną zmianę po około tygodniu samodzielnej pracy.

Nie próbowałam od razu szczegółowo rekonstruować całej historii jego wcześniejszych relacji. Skupiłam się przede wszystkim na tym, jak doświadczał problemu w danym momencie i jaki rezultat chciał osiągnąć.

To właśnie jedna z cech tego sposobu pracy, które są dla mnie szczególnie interesujące: **koncentracja na konkretnym celu i związanych z nim przeżyciach**.

Nie oznacza to jednak prostego schematu: „bierzemy problem i otrzymujemy rozwiązanie". Psychika człowieka jest znacznie bardziej złożona. Niektóre trudności mogą dobrze reagować na krótkoterminową pracę, inne wymagają dłuższego procesu, a jeszcze inne — specjalistycznego leczenia lub współpracy kilku specjalistów.

Elementy pracy z wyobrażeniami można wykorzystywać również samodzielnie jako ćwiczenia służące autorefleksji. Jeżeli jednak podczas wykonywania ćwiczeń pojawia się silny lęk, dezorganizacja, nasilają się objawy albo powracają przytłaczające wspomnienia, należy przerwać ćwiczenie i — jeśli jest taka potrzeba — skonsultować się ze specjalistą.

Szczególnej ostrożności wymaga samodzielna praca w przypadku poważnych zaburzeń psychicznych, myśli samobójczych, silnych objawów pourazowych lub innych stanów wymagających profesjonalnej diagnozy i leczenia.

Prostota ćwiczeń jest dla mnie jednocześnie zaletą i pewnym wyzwaniem. Zauważyłam, że niektórzy klienci właśnie dlatego, że zadania wydawały im się łatwe, wykonywali je nieregularnie albo po prostu o nich zapominali. Zaczęłam więc prosić ich o krótkie zapisywanie przebiegu pracy między spotkaniami. Pomagało to obserwować proces i zauważać zachodzące zmiany.

Przejdźmy teraz do podstaw teoretycznych.

Terapia kognitywno-obrazowa to nazwa, którą nadałam opracowanemu przeze mnie sposobowi pracy wykorzystującemu elementy podejścia poznawczego oraz pracy z wyobrażeniami. Jej celem jest przyglądanie się przekonaniom, emocjom i znaczeniom, które człowiek wiąże z określonym problemem, a następnie eksperymentowanie z ich reprezentacją w wyobraźni.

Nie zakładam przy tym, że obraz jest dosłownym „językiem podświadomości" ani że zmiana wyobrażenia automatycznie zmienia głębokie struktury psychiczne. Obraz traktuję przede wszystkim jako **narzędzie pomagające zauważyć, nazwać i przepracować subiektywne doświadczenie**.

W praktyce praca zazwyczaj zaczyna się od określenia celu. Następnie klient wykonuje ćwiczenia, obserwuje swoje reakcje i zapisuje spostrzeżenia. W zależności od problemu proces może być prowadzony przez psychologa lub część ćwiczeń może być wykonywana samodzielnie.

Metoda nie jest przeznaczona do leczenia chorób somatycznych i nie zastępuje diagnostyki medycznej, farmakoterapii ani innych form leczenia. Jeżeli problem dotyczy zdrowia fizycznego, praca psychologiczna może koncentrować się na emocjach, stresie, sposobach radzenia sobie z chorobą czy zachowaniach zdrowotnych, ale nie na zastępowaniu leczenia.

Podobnie nie można powiedzieć, że metoda pozwala „przepracować dowolny cel". Może być wykorzystywana w pracy z różnymi problemami psychologicznymi, jednak jej przydatność zależy od konkretnej osoby, charakteru trudności oraz sytuacji klinicznej.

W przypadku dzieci i młodzieży nie należy automatycznie przenosić zasad opracowanych na podstawie pracy z dorosłymi. Praca psychologiczna z osobami niepełnoletnimi wymaga odpowiednich kompetencji, dostosowania metod do wieku i etapu rozwoju oraz uwzględnienia zasad dotyczących zgody i bezpieczeństwa.

Kilka słów o źródłach, które wpłynęły na rozwój mojego sposobu pracy.

Jednym z ważnych punktów odniesienia jest **terapia poznawczo-behawioralna (CBT)**. W dużym uproszczeniu zakłada ona, że sposób interpretowania wydarzeń pozostaje w związku z naszymi emocjami i zachowaniem. W terapii można więc między innymi uczyć się zauważać automatyczne myśli, analizować przekonania i sprawdzać, czy sposób interpretowania danej sytuacji jest pomocny i zgodny z rzeczywistością.

Drugim źródłem inspiracji była dla mnie praca z wyobrażeniami, metaforami i emocjami, obecna w różnych podejściach psychoterapeutycznych. Szczególnie zainteresowała mnie terapia emocjonalno-obrazowa rozwijana przez Nikołaja Lindego. Jednocześnie należy pamiętać, że poszczególne podejścia i techniki wykorzystywane w psychoterapii różnią się poziomem potwierdzenia naukowego.

Na styku tych inspiracji zaczął powstawać mój własny sposób pracy.

W terapii kognitywno-obrazowej przekonania i związane z nimi emocje próbujemy przedstawiać za pomocą obrazów, a następnie obserwujemy, co dzieje się z doświadczeniem klienta, gdy poszczególne elementy tych obrazów zostają zmienione.

Obraz nie jest tutaj „kodem", który terapeuta powinien rozszyfrować. Nie zakładam również istnienia uniwersalnego słownika symboli. Ten sam obraz może mieć zupełnie inne znaczenie dla dwóch różnych osób. Najważniejsze jest więc znaczenie, jakie nadaje mu sam klient.

Z tego powodu terapię kognitywno-obrazową przedstawiam przede wszystkim jako **autorski sposób pracy psychologicznej**, a nie jako metodę o skuteczności potwierdzonej na takim samym poziomie jak dobrze przebadane podejścia psychoterapeutyczne.

Nie będę również tworzyć sztywnej listy „przeciwwskazań" obejmującej wiek, temperaturę ciała, antybiotykoterapię, leczenie hormonalne czy choroby somatyczne. Nie ma podstaw, aby właśnie na tej podstawie automatycznie kwalifikować lub dyskwalifikować człowieka do prostych ćwiczeń wyobrażeniowych.

Istnieją natomiast sytuacje, w których samodzielna intensywna praca psychologiczna może być niewskazana. Dotyczy to szczególnie ostrych kryzysów psychicznych, nasilonych myśli lub zamiarów samobójczych, objawów psychotycznych, znacznej dezorganizacji oraz innych stanów wymagających profesjonalnej oceny. W takich przypadkach pierwszeństwo ma odpowiednia pomoc specjalistyczna.

Przejdźmy teraz do kolejnych etapów pracy:

Cel.

Przekonanie.

Stworzenie obrazu roboczego.

Transformacja obrazu.

Utrwalanie i obserwacja zmian.

Przyjrzyjmy się im po kolei.

Etap pierwszy. Cel



Zacznijmy od rozróżnienia dwóch pojęć: problemu, z którym przychodzi klient, oraz celu, który chce osiągnąć.

Klient może powiedzieć:

„Ciągle kłócę się z matką”.

„Boję się psów”.

„Nie potrafię budować relacji”.

„Czuję się winny”.

Tak opisuje swoją trudność. Kolejnym krokiem jest ustalenie, **co konkretnie chciałby zmienić**.

Cel pomaga określić kierunek pracy. Nie musi oznaczać całkowitego „usunięcia problemu”. Może dotyczyć zmniejszenia lęku, nauczenia się innego sposobu reagowania, podjęcia decyzji, lepszego rozumienia własnych emocji albo zwiększenia swobody funkcjonowania w określonej sytuacji.

Przykład.

Mężczyzna został opuszczony przez żonę. Jest smutny, zły, czuje się zagubiony i opowiada o tym, co się wydarzyło.

To opis jego aktualnej sytuacji i przeżyć.

Celem pracy nie powinno być natomiast „odzyskanie żony”, ponieważ decyzja drugiej osoby nie znajduje się pod jego kontrolą. Możemy jednak pracować nad tym, jak poradzić sobie z rozstaniem, czego potrzebuje, jak chce dalej funkcjonować i jakie decyzje dotyczące własnego życia może podjąć.

Inny przykład.

Kobieta opowiada o nieustannych konfliktach z matką, z którą mieszka.

Możliwych celów jest wiele. Może chcieć nauczyć się spokojniej reagować podczas konfliktów. Może potrzebować umiejętności wyrażania własnego zdania i mówienia „nie”. Może chcieć zmniejszyć swoją zależność od opinii matki.

Każdy z tych celów prowadzi pracę w nieco innym kierunku.

Zadaniem specjalisty jest więc pomóc klientowi przejść od ogólnego opisu trudności do możliwie konkretnego celu.

Pomocne mogą być pytania:

„W czym chciałabyś lub chciałbyś, żebym Ci pomogła?”

„Co chciałabyś lub chciałbyś zmienić?”

„Po czym poznasz, że nasza praca była dla Ciebie pomocna?”

„Co w tej sytuacji zależy od Ciebie?”

„Jak chciałabyś lub chciałbyś reagować, gdy podobna sytuacja wydarzy się ponownie?”

Przykład.