

PSYCHOLOGIA
— W FORMIE GRY —

ZBIÓR NR 6

GRY PSYCHOLOGICZNE

Praktyczne gry i techniki
do pracy psychologicznej
i rozwojowej

ZBIÓR
NR 6



Nowe
obrazy
Nowe pytania
Więcej
odpowiedzi



Gry,
które
zmieniają
życie



Anastasiia Kolendo-Smirnova



Przedmowa

Przed Państwem **szósty zbiór z serii poświęconej praktycznym narzędziom wykorzystywanym w pracy psychologa**. Podobnie jak w poprzednich książkach, będziemy nadal poznawać produkty marki „**Psychologia w formie gry**”. Tym razem jednak główną bohaterką książki będzie **gra**.

W poprzednich zbiorach pracowaliśmy z kartami metaforyczno-asocjacyjnymi, pytaniami, zadaniami, praktykami pisemnymi oraz gotowymi sekwencjami pracy psychologicznej. Teraz zrobimy kolejny krok i przyjrzymy się temu, co dzieje się, gdy poszczególne pytania, zadania, obrazy i ćwiczenia zostają połączone za pomocą **zasad i mechaniki gry**.

Nie istnieje jeden uniwersalny format gry psychologicznej. Pod tym określeniem kryją się bardzo różne narzędzia: gry planszowe z planszą i pionkami, gry karciane, gry oparte na odgrywaniu ról, gry dla par i grup, gry służące poznawaniu się i komunikacji, a także narzędzia do badania emocji, relacji, zasobów, celów i życiowych wyborów.

Niektóre przypominają tradycyjne gry planszowe. Mają planszę, określoną trasę, kostkę, pionki, karty i konkretny cel.

Inne są z pozoru znacznie prostsze: uczestnicy losują zadania, odpowiadają na pytania, dokonują wyborów albo wchodzi z sobą w interakcje według określonych zasad.

O ile zwykła gra planszowa służy przede wszystkim rozrywce i osiągnięciu celu gry, o tyle gra psychologiczna jest tworzona lub wykorzystywana po to, aby człowiek mógł przyjrzeć się własnym doświadczeniom: relacjom, emocjom, utrwalonym sposobom zachowania, potrzebom, zasobom, wartościom, wewnętrznym sprzecznościom czy życiowym decyzjom.

Gra była obecna w praktyce psychologicznej i psychoterapeutycznej na długo przed pojawieniem się współczesnych psychologicznych gier planszowych.

Szczególnie naturalne miejsce znalazła w pracy z dziećmi. Dziecku znacznie łatwiej wyrazić wiele przeżyć poprzez zabawki, tworzenie historii, rysunek, ruch czy odgrywanie sytuacji niż szczegółowo wyjaśniać dorosłemu, co czuje i dlaczego. Na tej podstawie w XX wieku intensywnie rozwijała się **terapia zabawą**, a zabawę zaczęto traktować jako szczególny sposób wyrażania i poznawania dziecięcych doświadczeń.

Równolegle rozwijały się podejścia, w których istotne było przejście od opowiadania do działania. Jednym z najbardziej znanych przykładów stała się **psychodrama Jacoba Levy’ego Moreno**, która ukształtowała się w pierwszej połowie XX wieku. Człowiek nie tylko opowiadał o danej sytuacji, lecz także ją odgrywał, zamieniał się rolami, patrzył na wydarzenia z innej perspektywy i wchodził w interakcje z pozostałymi uczestnikami.

Z czasem metody oparte na grze, odgrywaniu ról i modelowaniu sytuacji zaczęto stosować znacznie szerzej: w psychoterapii, poradnictwie psychologicznym, pracy z rodzinami i grupami, edukacji, treningach oraz psychologii organizacji.

Stopniowo zaczęły powstawać również specjalnie opracowane **psychologiczne gry planszowe dla dorosłych**. Łączyły one znane elementy gry planszowej — planszę, karty,

zasady, możliwość wyboru, element losowości i dążenie do określonego celu — z pytaniami i zadaniami ukierunkowanymi na samopoznanie.

Dziś świat takich gier jest niezwykle różnorodny. Istnieją gry poświęcone uczuciom i relacjom, komunikacji i konfliktom, zasobom i poczuciu własnej wartości, rozwojowi zawodowemu, celom, wartościom, finansom, rodzinie oraz podejmowaniu decyzji. Osobną kategorię stanowią tak zwane gry transformacyjne.

Jedną z najbardziej znanych gier tego typu jest „**Leela**” — tradycyjna indyjska gra samopoznania, współcześnie interpretowana na nowo i oparta na poruszaniu się po symbolicznym polu gry. W praktyce międzynarodowej szeroko znana jest również **The Transformation Game**, stworzona w społeczności Findhorn pod koniec lat 70. i na początku lat 80. XX wieku, której istotą jest badanie osobistej intencji i doświadczeń życiowych. Istnieją także liczne współczesne gry coachingowe, terapeutyczne i rozwojowe wykorzystujące karty, historie, odgrywanie ról oraz różnego rodzaju ścieżki gry.

Nie byłoby jednak właściwe określanie wszystkich takich produktów mianem „terapeutycznych”. Gra psychologiczna, coachingowa, transformacyjna i psychoterapeutyczna nie muszą oznaczać tego samego. Poszczególne produkty mają różne cele, opierają się na różnych założeniach i różnią się stopniem profesjonalnego opracowania. Samo słowo „psychologiczna” umieszczone na pudełku nie czyni jeszcze z gry metody psychoterapii.

Gra tworzy warunki. Psycholog pracuje z tym, co w tych warunkach się wydarza.

„Z powodu choroby odeszłam z pracy, której nienawidziłam”.

„Dopiero kiedy mam atak, mąż naprawdę zwraca na mnie uwagę”.

„Cały czas myślę o objawie i dopiero teraz zrozumiałem, że dzięki temu prawie nie myślę o tym, co dzieje się w mojej rodzinie”.

Nie oznacza to, że człowiek świadomie wywołuje u siebie chorobę.

Tym bardziej nie oznacza, że każdy objaw fizyczny musi mieć przyczynę psychologiczną.

Wokół objawu rzeczywiście może jednak powstać cały system: uczucia, lęki, relacje, ograniczenia, sposoby uzyskiwania wsparcia, konflikty wewnętrzne, utrwalone myśli oraz zmiany stylu życia.

Właśnie ten system proponuje badać gra psychologiczna **„Psychosomatyka”**.

Gra została zbudowana jako sekwencyjne przejście przez dziesięć etapów. Człowiek wybiera jeden objaw i stopniowo przygląda mu się z różnych perspektyw: temu, co działo się w jego życiu w okresie pojawienia się objawu, jaki był przed jego wystąpieniem i jaki stał się później, jakich uczuć doświadcza lub jakich unika, jaki ma stosunek do swojego stanu, co poprawia, a co pogarsza jego samopoczucie, jakie myśli pojawiają się wokół choroby, czy istnieją wtórne korzyści oraz jakie realne działania mogą wspierać zmianę.

W pracy wykorzystuje się planszę, karty metaforyczne, specjalne karty wtórnych korzyści oraz karty zasobów.

Jest przy tym jedna zasada, której zachowanie jest szczególnie ważne.

Gra nie ustala medycznej przyczyny objawu i nie zastępuje diagnozy ani leczenia prowadzonego przez lekarza.

Pozwala badać psychologiczny kontekst istniejący wokół stanu człowieka.

Dlatego zadaniem psychologa nie jest powiedzenie:

„Boli Pana/Panią kręgosłup, ponieważ wziął/wzięła Pan/Pani na siebie zbyt wiele”.

Ani rozstrzygnięcie za klienta:

„Pana/Pani nadwaga to mechanizm obronny”.

Zadanie jest zupełnie inne.

Pomóc człowiekowi samemu zauważyć:

„Co działo się ze mną i z moim życiem przed pojawieniem się objawu, po jego pojawieniu się i co dzieje się teraz?”

A następnie przyjrzeć się temu, jakie tematy ujawnią się w trakcie pracy.

Kolejna ważna zasada dotyczy kart metaforycznych.

Psycholog nie interpretuje obrazu.

Jeśli na karcie widnieje samotna kobieta, specjalista nie mówi:

„Najwyraźniej brakuje Pani bliskości”.

Pyta:

„Co Pan/Pani widzi?”

„Co dzieje się z tą osobą?”

„Co ona czuje?”

„Czego pragnie?”

„Co ta karta oznacza właśnie dla Pana/Pani w kontekście naszego pytania?”

Ta sama karta dla jednej osoby może bowiem przedstawiać samotność, dla innej — wolność, a dla jeszcze innej — długo wyczekiwany odpoczynek.

I to właśnie osobista interpretacja klienta staje się materiałem do pracy.

Gra „**Psychosomatyka**” jest sprzedawana w różnych krajach i wersjach językowych od dziesięciu lat — i przez cały ten czas zainteresowanie nią nie zniknęło. **Według wyników ankiet przeprowadzanych wśród psychologów zajmowała pierwsze miejsca, zdobywała wysokie pozycje w rankingach oraz nagrody na festiwalach i konkursach psychologicznych.**

Wiąże się to z aktualnością tematyki zdrowia oraz z tym, że podstawą gry stały się **najpopularniejsze teorie psychosomatyczne w okresie jej powstawania.**

Technika 1. „Ja przed objawem — ja z objawem”

Jedną z głównych idei gry jest przyjrzenie się nie tylko samemu objawowi, lecz także zmianom, które zachodziły wokół niego.

Człowiek zazwyczaj dobrze zna historię swojej choroby:

kiedy pojawiły się dolegliwości;

jak często się powtarzają;

jakie leki przyjmuje;

jakie badania przeszedł.

Znacznie rzadziej zadaje sobie jednak inne pytanie:

„Co zmieniło się we mnie i w moim życiu wraz z pojawieniem się tego objawu?”

Właśnie to można zbadać za pomocą dwóch kart metaforycznych.

Cel techniki

Pomóc człowiekowi porównać swój stan przed pojawieniem się objawu i po jego wystąpieniu, zauważyć zmiany w uczuciach, zachowaniu, relacjach i stylu życia oraz zbadać, jakie miejsce zajmuje objaw w tych zmianach.

Jak przeprowadzić technikę

Najpierw określcie jeden objaw, który będzie przedmiotem pracy.

Ważne, aby nie próbować badać wszystkiego jednocześnie.

Jeśli człowiek mówi:

„Mam migreny, bezsenność, problemy żołądkowe, a do tego ciągle boli mnie kręgosłup”,
zaproponujcie wybór jednego objawu.

Zapytajcie:

„Z którym objawem chciałby/chciałaby Pan/Pani dzisiaj pracować?”

„Kiedy po raz pierwszy go Pan/Pani zauważył/zauważyła?”

„Co działo się w Pana/Pani życiu mniej więcej w tym okresie?”

„W czym ten objaw Panu/Pani przeszkadza?”

„Z czego musiał/musiała Pan/Pani zrezygnować?”

„Co zmieniło się w Pana/Pani życiu po jego pojawieniu się?”

Po wstępnej rozmowie zaproponujcie klientowi wylosowanie w ciemno dwóch portretowych kart metaforycznych.

Pierwsza będzie odpowiadała na pytanie:

„Jaki/jaka byłem/byłam przed pojawieniem się objawu?”

Druga:

„Jaki/jaka stałem/stałam się wraz z pojawieniem się objawu?”

Nie odkrywajcie obu kart jednocześnie.

Najpierw zadajcie pierwsze pytanie.

Następnie odkryjcie pierwszą kartę.

Poproście klienta, aby opisał osobę przedstawioną na obrazie.

„Jak wygląda?”

„Jak się czuje?”

„Jak żyje?”

„Co sprawia jej radość?”

„Co ją niepokoi?”

„Czego pragnie?”

„Co pokazuje innym ludziom?”

„A czego być może stara się nie pokazywać?”

Dopiero później wróćcie do wyjściowego pytania:

„Co z tego przypomina Pana/Panią przed pojawieniem się objawu?”

Po zakończeniu pracy z pierwszą kartą przejdźcie do drugiej.

Ponownie najpierw wypowiedzcie pytanie:

„Jaki/jaka stałem/stałam się wraz z pojawieniem się objawu?”

I dopiero potem odwróćcie kartę.

Zbadajcie ją w taki sam sposób.

Nie spieszcie się od razu z porównywaniem obrazów.

Niech najpierw każda z historii powstanie osobno.

Następnie połóżcie obie karty obok siebie.

Teraz można zapytać:

„Jaka jest najważniejsza różnica między tymi osobami?”

„Co zniknęło?”

„Co się pojawiło?”

„Co stało się silniejsze?”

„Czego jest mniej?”

„Na co pozwalała sobie pierwsza osoba, a na co druga już sobie nie pozwala?”

„Co druga osoba może robić dzięki swojemu stanowi, czego nie mogła robić pierwsza?”

I na koniec:

„Jakie miejsce zajmuje objaw w tej zmianie?”

W tym miejscu szczególnie ważne jest, aby nie nakłaniać człowieka do szukania obowiązkowej „psychosomatycznej przyczyny”.

Odpowiedź:

„Żadnego. Widzę zmiany, ale nie wiem, czy są związane z objawem”

— również jest odpowiedzią.

Badamy, a nie udowadniamy z góry przyjętej teorii.

Przykład pracy

Wyobraźmy sobie mężczyznę, który od kilku lat doświadcza okresowych napadów bólu głowy.

Mówi:

„Najbardziej denerwuje mnie to, że w takie dni nie jestem w stanie nic robić. Po prostu wypadam z życia”.

Psycholog pyta:

— Co działo się w Pana życiu mniej więcej w okresie, kiedy bóle głowy zaczęły pojawiać się regularnie?

— Dostałem wtedy awans.

— Co się zmieniło?

— Miałem znacznie więcej pracy. Odpowiedzialności również.

Klient losuje dwie karty.

Pierwsza — „ja przed objawem”.

Odwraca ją.

— Co Pan widzi?

— Mężczyzna dokądś idzie. Bardzo pewny siebie.

— Jaki jest?

— Energiczny. Wszystko go interesuje. Wygląda, jakby w ogóle nie potrafił usiedzieć w miejscu.

— Co lubi?

— Wygrywać. Osiągać cele.

Psycholog pyta:

— Co z tego przypomina Pana z tamtego okresu?

Mężczyzna się uśmiecha:

— Prawie wszystko. Mogłem wtedy pracować do późnej nocy, później spotkać się ze znajomymi, a rano iść na siłownię. Wydawało mi się, że mam nieskończone pokłady energii.

Przechodzą do drugiej karty.

Pytanie:

— Jaki stał się Pan wraz z pojawieniem się objawu?

Klient odkrywa kartę.

Długo na nią patrzy.

— Tutaj ktoś leży.

— Jak się czuje?

— Jest zmęczony.

— Czego chce?

— Żeby nikt mu nie przeszkadzał.

— Na co może sobie teraz pozwolić?

Mężczyzna niespodziewanie odpowiada:

— Na nicnierobienie.

Zapada cisza.

Psycholog nie spieszy się z interpretacją.

— A czy osoba z pierwszej karty może sobie pozwolić na nicnierobienie?

— Nie.

— Dlaczego?

— Bo wtedy jest leniwa.

— A osoba z drugiej?

— Ona może. Jest chora.

Teraz karty leżą obok siebie.

Psycholog pyta:

— Jaka jest dla Pana najważniejsza różnica między tymi dwiema osobami?

— Pierwsza w ogóle nie potrafi się zatrzymać. Druga musi się zatrzymać.

— Jakie miejsce zajmuje w tym ból głowy?

Mężczyzna przez chwilę milczy.

— Wygląda na to, że czasami jest to jedyny powód, który uznaję za wystarczająco poważny, żeby wszystko odwołać.

Nie oznacza to jeszcze:

„ból głowy pojawił się po to, aby zmusić go do odpoczynku”.

Na podstawie tego ćwiczenia nie można wyciągnąć takiego wniosku.

Pojawił się jednak ważny temat psychologiczny:

dlaczego prawo do odpoczynku pojawia się dopiero wtedy, gdy człowiek fizycznie nie jest już w stanie dalej pracować?

Teraz można kontynuować pracę.

Na przykład:

„Po czym poznaje Pan, że jest zmęczony, zanim jeszcze zaczniesz boleć Pana głowa?”

„Co przeszkadza Panu zatrzymać się wcześniej?”

„Co oznacza dla Pana odpoczynek bez wystarczająco ważnego powodu?”

„Jak mógłby Pan pozwalać sobie na regenerację, nie czekając, aż organizm sam wymusi zatrzymanie?”

Wtedy objaw nie staje się gotową „odповідzią”, lecz punktem wyjścia do znacznie bardziej pogłębionej rozmowy.

Dlaczego to działa

Kiedy człowiek koncentruje się na chorobie, jego historia często zaczyna brzmieć tak:

„Wcześniej wszystko było w porządku. Potem pojawił się objaw. Teraz objaw niszczy mi życie”.

Dwie karty sprawiają, że ten schemat staje się bardziej złożony.

Przed człowiekiem pojawiają się dwa stany.

Tak widzi siebie wcześniej.

Tak — teraz.

I pomiędzy nimi można zacząć dostrzegać zmiany, które trudno zauważyć, gdy rozmowa dotyczy wyłącznie fizycznego samopoczucia.

Na przykład:

wcześniej byłem stale aktywny → teraz częściej się zatrzymuję;

wcześniej ukrywałem irytację → teraz zacząłem o niej mówić;

wcześniej wszystko robiłem sam → teraz proszę o pomoc;

wcześniej dużo kontaktowałem się z ludźmi → teraz ich unikam;

wcześniej żyłem pracą → po chorobie zacząłem zastanawiać się, czego właściwie chcę.

Nie wszystkie te zmiany zostały wywołane przez objaw.

Nie wszystkie go podtrzymują.

Pomagają jednak zobaczyć kontekst, w którym człowiek żyje ze swoim stanem.

Czasami z dwóch obrazów wyłania się pytanie, które staje się znacznie ważniejsze od początkowego:

„Co zmieniło się w moim życiu wraz z pojawieniem się objawu — i którą część tych zmian naprawdę chcę zachować, a którą zmienić?”

Technika 2. „Wtórna korzyść: jak uzyskać to bez objawu”

Samo określenie „wtórna korzyść” często wywołuje opór.

Zwłaszcza jeśli powiemy człowiekowi:

„Z jakiegoś powodu opłaca się Panu/Pani chorować”.

Może usłyszeć coś zupełnie innego:

„Sam/sama jest Pan/Pani sobie winny/winna”.

„Wymyślił/wymyśliła Pan/Pani swoją chorobę”.

„Tak naprawdę lubi Pan/Pani chorować”.

Nie tego dotyczy ta technika.

Wtórna korzyść nie oznacza czerpania przyjemności z choroby.

Chodzi o to, że wokół objawu mogą czasami pojawiać się określone konsekwencje, które pozwalają zaspokoić ważną potrzebę człowieka.

Na przykład możliwość zrezygnowania z nadmiernego obciążenia.

Otrzymania troski.

Zatrzymania się.

Uniknięcia nieprzyjemnej sytuacji.

Poproszenia o pomoc.

Niepodejmowania decyzji.

Uzyskania większej przestrzeni dla siebie.

Jeśli taka funkcja zostaje zauważona, najciekawsze pytanie nie brzmi:

„Jak pozbyć się tej korzyści?”

Lecz:

„Jak mogę uzyskać to, czego potrzebuję, w inny sposób?”

Cel techniki

Zbadać, czy istnieją potrzeby, które człowiekowi łatwiej zaspokajać w stanie choroby, oraz znaleźć alternatywne sposoby uzyskiwania tego, czego potrzebuje, bez opierania się na objawie.

Jak przeprowadzić technikę

Zacznijcie od bezpośredniego, ale neutralnego pytania:

„Czy wraz z objawem pojawiło się coś, co w pewnym sensie ułatwia Panu/Pani życie albo pozwala na coś, na co wcześniej trudno było sobie pozwolić?”

Jeśli człowiek odpowie „tak”, zbadajcie konkretną odpowiedź.

Jeżeli odpowie „nie”, nie jest to powód, aby przekonywać go, że jest inaczej.

W grze służą do tego specjalne karty przedstawiające różne warianty wtórnych korzyści. Człowiek może im się przyjrzeć i wybrać te, które rzeczywiście do niego przemawiają.

Ważne jest właśnie to, aby **wybrał je sam**, a nie otrzymał od psychologa diagnozę:

„Ta karta na pewno dotyczy Pana/Pani”.

Założmy, że klient zauważa:

„Kiedy źle się czuję, bliscy zaczynają się mną opiekować”.

Teraz pojawia się pierwsza część pracy.

Zapytajcie:

„Co dokładnie Pan/Pani otrzymuje?”

Nie poprzestawajcie na ogólnym słowie „troska”.

Dopytujcie.

Uwagę?

Obecność?

Pomoc fizyczną?

Możliwość rozmowy?

Prawo do bycia słabym?

Poczucie, że jest się komuś potrzebnym?

Ochronę przed wymaganiami?

Kiedy potrzeba stanie się bardziej zrozumiała, przejdźcie do drugiej części.

Zaproponujcie wylosowanie jednej lub kilku uniwersalnych kart metaforycznych z pytaniem:

„Jak mogę otrzymywać to bez udziału objawu?”

Po odkryciu karty zapytajcie:

„Co Pan/Pani tutaj widzi?”

„Jaki pomysł pojawia się jako pierwszy?”

„W jaki sposób obraz odpowiada na nasze pytanie?”

„Co osoba na karcie robi inaczej?”

„Na co sobie pozwala?”

„Do kogo się zwraca?”

„Jak można przenieść to do Pana/Pani życia?”

Następnie stopniowo przełóżcie metaforę na konkretne działanie.

Przykład pracy

Kobieta zgłasza okresowe zaostrzenia przewlekłej dolegliwości.

W trakcie gry pojawia się temat wtórnej korzyści.

Psycholog pyta:

— Czy coś zmienia się w relacjach z bliskimi, kiedy czuje się Pani gorzej?

— Mąż zaczyna robić wszystko sam.

— Co dokładnie?

— Odbiera dziecko, gotuje, potrafi odwołać swoje plany. W ogóle staje się bardzo uważny.

— Co jest w tym dla Pani szczególnie ważne?

— To, że nie muszę o wszystko prosić.

— Trudno jest Pani prosić?

Kobieta się śmieje:

— Bardzo. Prędzej zrobię wszystko sama.

— Dlaczego?

— Nie lubię być ciężarem.

Psycholog wraca do tematu.

— Czyli kiedy źle się Pani czuje, przyjmowanie pomocy staje się dopuszczalne?

Kobieta się zastanawia.

— Tak. Bo wtedy wiadomo, dlaczego ktoś mi pomaga.

— A kiedy jest Pani zdrowa?

— Wtedy powinnam radzić sobie sama.

To ważny moment.

Nie dlatego, że znaleziono wyjaśnienie choroby.

Lecz dlatego, że ujawniła się pewna zasada:

„Żeby mieć prawo do pomocy, muszę mieć wystarczająco poważny powód”.

Teraz psycholog proponuje wylosowanie karty z pytaniem:

„Jak mogę otrzymywać pomoc bez konieczności bycia w złym stanie?”

Kobieta odkrywa kartę.

— Co Pani widzi?

— Dwie osoby coś razem niosą.

— Co jest tutaj dla Pani ważne?

— Nikt nikogo nie ratuje. Po prostu robią to razem.

— Czym różni się to od Pani zwykłego sposobu działania?

— Zazwyczaj najpierw wszystko ciągnę sama. A potem, kiedy już naprawdę nie daję rady, ktoś mi pomaga.

— Co można byłoby zmienić?

— Prosić wcześniej.

— O ile wcześniej?

— Na przykład nie czekać, aż będę kompletnie wyczerpana.

— O co konkretnie mogłaby Pani poprosić w tym tygodniu?

Po krótkiej chwili kobieta odpowiada:

— Żeby mąż dwa razy odebrał dziecko, nawet jeśli będę się dobrze czuła.

W tym miejscu praca z metaforą przekształca się w eksperyment behawioralny.

Nie:

„Teraz znam psychologiczną przyczynę swojej choroby”.

Lecz:

„Zauważyłam potrzebę, którą przywykłam zaspokajać tylko w określonych okolicznościach, i spróbuję zrobić to w inny sposób”.

Dlaczego to działa

Jeżeli po prostu zapytamy:

„Jaką korzyść daje Panu/Pani choroba?”,

człowiek może poczuć się oskarżony.

I całkiem naturalnie odpowiedzieć:

„Żadną. Chcę być zdrowy/zdrowa”.

Można jednak postawić pytanie inaczej:

„Co staje się możliwe, kiedy pojawia się objaw?”

Wtedy zamiast „zalet choroby” zaczynamy dostrzegać ludzkie potrzeby.

Potrzebuję odpoczynku.

Potrzebuję pomocy.

Potrzebuję uwagi.

Potrzebuję prawa do odmowy.

Potrzebuję przestrzeni.

Potrzebuję przestać spełniać oczekiwania innych.

Potrzebuję, żeby ktoś się mną zaopiekował.

Problemem nie jest sama potrzeba.

Problemem może okazać się zbyt wąski sposób jej zaspokajania.

Jeżeli odpoczynek jest dozwolony tylko przy złym samopoczuciu, można zbadać prawo do odpoczynku bez choroby.

Jeżeli pomoc można przyjmować tylko w stanie bezradności — można pracować nad umiejętnością proszenia o nią wcześniej.

Jeżeli uwaga pojawia się wyłącznie podczas zaostrzenia objawów — można szukać sposobów bezpośredniego komunikowania potrzeby bliskości.

Dlatego główne pytanie tej techniki brzmi:

„Jeżeli objaw w jakiś sposób pomaga mi teraz uzyskiwać coś ważnego — jak jeszcze mogę to otrzymać?”

Z czym jeszcze można pracować za pomocą gry „Psychosomatyka”

Główną cechą „Psychosomatyki” jest możliwość **wszechstronnego zbadania jednego objawu**, bez sprowadzania pracy do jednej teorii czy jednej domniemanej przyczyny.

Za pomocą gry można przyjrzeć się okolicznościom pojawienia się objawu oraz wydarzeniom, które miały miejsce w życiu człowieka w tym okresie; zbadać stres, konflikty wewnętrzne i zewnętrzne oraz doświadczenie straty.

Można zobaczyć, **jak zmienił się sam człowiek i jego życie po pojawieniu się objawu**, jakie uczucia towarzyszą temu stanowi oraz jaki ma stosunek do tego, co się z nim dzieje.

Gra pozwala badać **wtórne korzyści** związane z objawem, utrwalone myśli i przekonania dotyczące choroby, a także to, co poprawia lub przeciwnie — pogarsza samopoczucie.

Osobną uwagę poświęca się **zasobom człowieka, jego motywacji do zmiany, metaforze objawu oraz poszukiwaniu kolejnych kroków**.

Jeden objaw jest więc rozpatrywany jednocześnie z różnych stron: poprzez wydarzenia, emocje, relacje, konflikty wewnętrzne, potrzeby, przekonania, zasoby oraz zmiany, które zaszły w życiu człowieka.

Przez lata istnienia gry ujawniła się jednak jeszcze jedna interesująca możliwość.

Niektórzy prowadzący zaczęli wykorzystywać **sam algorytm „Psychosomatyki” do pracy z problemami, które w ogóle nie są związane z objawami fizycznymi**.

Na przykład z prokrastynacją.

Z powtarzającymi się trudnościami finansowymi.

Z niemożnością znalezienia pracy lub zwiększenia dochodów.

Z sytuacją: „Wszystko rozumiem, ale nic nie robię”.

Z trudnościami w podejmowaniu decyzji.

Z powtarzającymi się scenariuszami życiowymi.

W takim przypadku w centrum gry zamiast objawu umieszcza się **inny problem**, a następnie bada się go według tego samego algorytmu — z różnych perspektyw.

Znacząco poszerza to możliwości „**Psychosomatyki**”: jedna gra może stać się narzędziem nie tylko do pracy z tematyką psychosomatyczną, lecz także do badania bardzo różnych problemów, w których człowiek raz po raz znajduje się w tym samym punkcie.



Rozdział „Zgadnij mnie”: zobaczyć nastolatka jego oczami i oczami innych

„Wszystko mi jedno, co oni o mnie myślą”.

Chyba jedno z najbardziej charakterystycznych zdań okresu dorastania.

A jednocześnie jest to wiek, w którym opinia innych może mieć niewiarygodnie duże znaczenie.

Kim jestem?

Jaki/jaka jestem?

Czy inni mnie lubią?

Czy mnie akceptują?

Czy uważają mnie za interesującą osobę?

Czy chcą się ze mną przyjaźnić?

Czy nie wyglądam głupio?

Co mówią o mnie, kiedy mnie przy nich nie ma?

Dlaczego mnie nie rozumieją?

Dlaczego jestem inny/inna niż pozostali?

I najbardziej bolesne pytanie, które rzadko pada na głos:

„Czy ze mną w ogóle wszystko jest w porządku?”

Nastolatek może godzinami rozmawiać o muzyce, grach, kolegach z klasy czy mediach społecznościowych — i zamilknąć, gdy tylko dorosły zapyta:

„A co teraz czujesz?”

Można zapytać:

„Masz jakieś problemy z rówieśnikami?”

— Nie.

„Lubisz swoją paczkę?”

— W porządku.

„Co o sobie myślisz?”

— W porządku.

„Coś cię martwi?”

— Nie.

I spróbujcie po pięciu takich „w porządku” przeprowadzić pogłębioną rozmowę psychologiczną.

Właśnie dlatego praca z nastolatkami często wymaga zupełnie innego punktu wejścia.

Nie:

„Opowiedz mi o sobie”.