

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 zmagają 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.

Szczegółnej 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:

„Ciagle 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.

Anton mówi o poczuciu winy wobec żony, którą zdradził. Opowiada również o częstych konfliktach w małżeństwie i o tym, że coraz mniej chce wracać do domu.

Pytam go, w czym konkretnie chciałby otrzymać pomoc.

Po rozmowie okazuje się, że jego najważniejsze pytanie brzmi: **czy chce nadal pozostawać w tym związku i czy jest gotowy zaangażować się w próbę jego odbudowania?**

To staje się punktem wyjścia do dalszej pracy.

W terapii kognitywno-obrazowej kolejnym krokiem jest przedstawienie celu w postaci **obrazu pożądanej przyszłości**.

Założmy, że człowiek odczuwa silny lęk przed psami. Nie musimy formułować celu jako: „Nigdy więcej nie będę się bać żadnego psa”. Taki cel byłby nie tylko mało realistyczny, ale również niepotrzebny — ostrożność wobec potencjalnie niebezpiecznego zwierzęcia może być uzasadniona.

Możemy natomiast powiedzieć:

„Chcę móc spokojnie przejść obok psa prowadzonego na smyczy”.

„Chcę, aby widok psa nie wywoływał automatycznie bardzo silnego lęku”.

„Chcę czuć się swobodnie w miejscach, w których mogę spotkać psy”.

Następnie proszę:

„Wyobraź sobie, że osiągnęłaś lub osiągnąłś ten cel. Jak wyglądałaby konkretna sytuacja z Twojego życia? Spróbuj zobaczyć ją jak pojedynczy kadr filmu. Gdzie jesteś? Co robisz? Co znajduje się wokół Ciebie?”

Nie jest to test psychologiczny ani sposób diagnozowania człowieka. Trudność z wyobrażeniem sobie przyszłości również **nie oznacza automatycznie depresji**. Może wynikać z wielu przyczyn — zmęczenia, stresu, indywidualnego sposobu myślenia albo po prostu z tego, że nie każdy łatwo tworzy obrazy mentalne.

W tym ćwiczeniu interesuje nas przede wszystkim stworzenie możliwie konkretnego wyobrażenia sytuacji, do której dana osoba chciałaby dążyć.

Jeżeli kobieta chce zmienić swoje nawyki związane z jedzeniem, aktywnością lub masą ciała, nie musi wyobrażać sobie siebie takiej, jaką była w wieku siedemnastu lat. Może zobaczyć siebie w przyszłości — w swoim aktualnym wieku — wykonującą czynności związane z celem, który jest dla niej ważny.

Jeżeli mężczyzna zмага się z dolegliwościami ze strony przewodu pokarmowego, obraz przyszłości nie powinien być traktowany jako sposób leczenia choroby. Może natomiast przedstawiać życie, które chciałby prowadzić przy odpowiedniej opiece medycznej i lepszym radzeniu sobie ze stresem czy ograniczeniami wynikającymi ze stanu zdrowia.

W obrazie dobrze jest umieścić siebie lub inną żywą postać w konkretnej sytuacji. Nie jest to jednak „warunek skuteczności”, lecz sposób ułatwiający ćwiczenie.

Przykład.

Mężczyzna odczuwa lęk przed prowadzeniem samochodu. Wyobraża sobie siebie za kierownicą, spokojnie jadącego znaną miejską trasą.

Kobieta starająca się o dziecko może — jeżeli jest to dla niej emocjonalnie bezpieczne — wyobrazić sobie przyszłość związaną z macierzyństwem. Takiego ćwiczenia nie należy jednak traktować jako sposobu leczenia niepłodności ani jako dowodu, że trudności z zajściem w ciążę mają przyczynę psychologiczną. Diagnostyka i leczenie niepłodności należą do medycyny.

Kobieta, która chce lepiej zaakceptować zmiany związane z wyglądem i starzeniem się, może wyobrazić sobie swoje odbicie w lustrze — zadbane, spokojne i zgodne z tym, jak chciałaby się czuć we własnym ciele.

Mężczyzna, który chciałby rozwijać się zawodowo, może zobaczyć siebie w sytuacji symbolizującej dla niego osiągnięcie kolejnego etapu kariery — na przykład podczas wykonywania nowych obowiązków albo wchodzenia po schodach.

Nie chodzi o to, aby sam obraz „zaprogramował” przyszłość. Jego zadaniem jest pomóc nam **zobaczyć cel bardziej konkretnie i zauważyć, jakie myśli oraz emocje pojawiają się, gdy wyobrażamy sobie możliwość jego osiągnięcia**.

I właśnie od tego zaczyna się dalsza praca.

Kolejnym elementem jest określenie **szczegółowych warunków, okoliczności i działań**. Warto możliwie konkretnie wyobrazić sobie, gdzie znajduje się osoba, co robi, co znajduje się wokół niej i jak wygląda cała sytuacja.

Przykład.

Kobieta, która stara się o dziecko, może wyobrazić sobie pożądaną przyszłość w sposób, który jest dla niej ważny i emocjonalnie bezpieczny — na przykład siebie trzymającą pozytywny test ciążowy, przygotowującą pokój dla dziecka albo wykonującą inną czynność kojarzącą się jej z macierzyństwem.

Jeszcze raz podkreślę: **wizualizacja nie jest metodą leczenia niepłodności i nie zwiększa sama w sobie szansy na zajście w ciążę**. Trudności z płodnością wymagają odpowiedniej diagnostyki medycznej. W pracy psychologicznej taki obraz może natomiast pomóc zauważyć emocje, obawy, nadzieje i przekonania związane z macierzyństwem.

W tym ćwiczeniu dobrze jest stworzyć możliwie konkretną scenę — coś w rodzaju pojedynczego kadru filmu. Nie trzeba jednak dążyć do fotograficznej dokładności. Ludzie różnią się zdolnością tworzenia obrazów mentalnych: jedni widzą je bardzo wyraźnie, inni bardziej je „czują”, opisują słowami albo koncentrują się na poszczególnych elementach sytuacji. Każda z tych form może być użyteczna.

A teraz proponuję Ci pierwsze zadanie praktyczne.

Spróbuj stworzyć obraz związany z własnym celem — pojedynczy kadr przedstawiający pożądaną przyszłość. Zastanów się:

Gdzie jesteś?

Co robisz?

Kto lub co znajduje się wokół Ciebie?

Po czym poznajesz, że zaszła zmiana, której pragniesz?

Co czujesz w tej sytuacji?

Zanim przejdiesz dalej, poświęć temu ćwiczeniu trochę czasu. Nie dlatego, że pominiecie go automatycznie zmniejszy „skuteczność metody”, ale dlatego, że w kolejnych etapach będziemy korzystać właśnie z tego obrazu.

Na tym kończymy pierwszy etap. Nauczyliśmy się określać cel i przedstawiać go w postaci konkretnego obrazu pożądanej przyszłości.

Przejdźmy do następnego kroku.

Rozdział 2. Przekonania i ich zmiana

Drugim etapem naszej pracy są **przekonania**.

Zanim przejdziemy do ćwiczeń, warto wyjaśnić, czym właściwie są przekonania i jak mogą wiązać się z naszymi emocjami oraz zachowaniem.

Posłużmy się uproszczonym modelem poznawczym.

Wyobraź sobie następującą sytuację.

Starsza kobieta spaceruje ulicą z psem. Dla większości przechodniów jest to zupełnie zwyczajna scena. Jednak osoba, która bardzo boi się psów, może zareagować inaczej.

Widząc zwierzę, może pomyśleć:

„Ten pies może mnie zaatakować”.

„A jeśli się zerwie?”

„Może mnie ugryźć”.

Wraz z tymi myślami pojawia się lęk. Serce zaczyna bić szybciej, ciało się napina, a człowiek przechodzi na drugą stronę ulicy albo zawraca.

W podejściu poznawczo-behawioralnym zwraca się uwagę na związki między **sytuacją, sposobem jej interpretowania, emocjami, reakcjami fizjologicznymi i zachowaniem**. Elementy te wzajemnie na siebie wpływają.

Za automatycznymi myślami mogą znajdować się bardziej ogólne założenia i przekonania, na przykład:

„Psy są niebezpieczne”.

„Nie poradzę sobie, jeśli coś się wydarzy”.

„Nie jestem bezpieczny, kiedy nie kontroluję sytuacji”.

Nie każda automatyczna myśl wynika jednak z jednego „głębokiego przekonania”. Reakcje człowieka są bardziej złożone i mogą zależeć również od wcześniejszych doświadczeń, aktualnego poziomu stresu, kontekstu oraz wielu innych czynników.

Inny przykład.

Student przychodzi na ważny egzamin. Jest zdenerwowany. Ma nudności, drżą mu ręce, poci się, trudno mu się skoncentrować.

W jego głowie mogą pojawiać się automatyczne myśli:

„Nie dam rady”.

„Za mało się nauczyłem”.

„Na pewno dostanę najtrudniejsze pytania”.

„Ten egzaminator mnie obleje”.

Za niektórymi z tych myśli mogą znajdować się bardziej ogólne przekonania, na przykład:

„Nie jestem wystarczająco zdolny”.

„Jeżeli popełnię błąd, oznacza to, że jestem beznadziejny”.

„Muszę wszystko zrobić idealnie”.

Terapia poznawczo-behawioralna pomaga zauważać takie myśli i przekonania, analizować je, sprawdzać ich trafność oraz poszukiwać bardziej realistycznych sposobów interpretowania sytuacji. Jednym z wykorzystywanych narzędzi mogą być zapisy myśli i emocji.

Taka praca wymaga zaangażowania i ćwiczenia nowych umiejętności. Nie oznacza to jednak, że podejście poznawcze jest „zbyt racjonalne” albo mniej skuteczne niż praca z wyobraźnią. CBT obejmuje również techniki behawioralne, emocjonalne i wyobrazeniowe.

W mojej metodzie szczególnie interesuje mnie właśnie **praca z obrazem**.

Nie zakładam, że obrazy są dosłownym „językiem nieświadomości” ani że dzięki nim możemy wielokrotnie szybciej zmieniać przekonania. Traktuję je jako jeden ze sposobów uzyskiwania dostępu do emocjonalnego znaczenia sytuacji, które czasami trudno uchwycić wyłącznie za pomocą słów.

Czym więc jest przekonanie?

Najprościej mówiąc, jest to względnie utrwalony sposób postrzegania siebie, innych ludzi albo świata.

Przekonania mogą powstawać pod wpływem wielu doświadczeń. Nie istnieją tylko dwa uniwersalne mechanizmy ich tworzenia, jednak dla uproszczenia przyjrzymy się dwóm sytuacjom, które dobrze pokazują ten proces.

Pierwsza to **wielokrotnie powtarzające się doświadczenie**.

Wyobraźmy sobie dziecko, które przez lata często słyszy:

„Zostaw, i tak ci się nie uda”.

„Nie potrafisz tego”.

„Daj, zrobię to za ciebie”.

Takie komunikaty nie muszą automatycznie prowadzić do powstania określonego przekonania. Mogą jednak — w połączeniu z innymi doświadczeniami — sprzyjać rozwijaniu przekonań takich jak:

„Nie jestem wystarczająco zdolny”.

„Nie poradzę sobie”.

„Nie warto próbować”.

W dorosłym życiu człowiek może później szybciej rezygnować w obliczu trudności. Każde kolejne niepowodzenie może być interpretowane jako potwierdzenie wcześniejszego przekonania.

Może jednak wydarzyć się również coś odwrotnego. Nowe doświadczenia mogą stopniowo podważać stare przekonanie.

Druą sytuacja wiąże się z **silnym doświadczeniem emocjonalnym**.

Jeżeli człowiek zostanie zaatakowany przez psa, może później reagować silnym lękiem na psy, a czasem nawet na sytuacje przypominające wcześniejsze wydarzenie.

Nie oznacza to, że każde traumatyczne lub stresujące doświadczenie automatycznie tworzy „głęboką instalację”, która następnie przenosi się na wszystkie podobne sytuacje. Reakcje ludzi są bardzo różne. Jednak wcześniejsze doświadczenia mogą wpływać na to, jak później oceniamy zagrożenie.

Podobnie dziecko, które wielokrotnie słyszy od ważnych dorosłych, że wszystkie psy są niebezpieczne, może nauczyć się reagować na nie większym lękiem.

Zmiana przekonań również może następować na różne sposoby.

Czasami odbywa się stopniowo — poprzez zdobywanie nowych doświadczeń, sprawdzanie wcześniejszych założeń, zmianę zachowania i wielokrotne obserwowanie, że rzeczywistość wygląda inaczej, niż zakładaliśmy.

Innym razem ważne okazuje się pojedyncze doświadczenie, które zmienia sposób patrzenia na daną sytuację.

W różnych nurtach psychoterapii wykorzystuje się pracę poznawczą, behawioralną, emocjonalną, wyobrażeniową czy interpersonalną. Poszczególne metody różnią się jednak zarówno założeniami, jak i poziomem potwierdzenia naukowego. Nie należy więc stawiać na jednej płaszczyźnie CBT, afirmacji, NLP, hipnozy czy innych technik i zakładać, że wszystkie działają według tego samego mechanizmu.

Silne przeżycie emocjonalne również nie jest samo w sobie gwarancją terapeutycznej zmiany. Człowiek może podczas sesji bardzo intensywnie coś przeżyć, ale to nie oznacza automatycznie, że jego problem został rozwiązany.

Emocje mogą jednak dostarczać ważnych informacji.

I właśnie z tego założenia skorzystamy w następnym ćwiczeniu.

Wróć do obrazu pożądaney przyszłości, który stworzyłaś lub stworzyłeś wcześniej.

Przyjrzyj mu się spokojnie.

Co się w nim dzieje?

Jak reaguje Twoje ciało?

Jakie emocje pojawiają się, gdy wyobrażasz sobie tę sytuację?

Czy oprócz przyjemnych uczuć pojawia się napięcie, niepewność, lęk, smutek albo dyskomfort?

Jeżeli tak, nie próbuj natychmiast tego uczucia usuwać. Najpierw je zauważ.

Może się okazać, że obraz, który na pierwszy rzut oka wydaje się całkowicie pozytywny, wywołuje również pewne trudniejsze emocje.

Przykład.

Osoba, która boi się psów, wyobraża sobie pożądaną przyszłość. Ma własnego psa. Siedzą razem nad rzeką i łowią ryby. Jest piękna pogoda, wokół panuje spokój, a pies leży obok.

Na pierwszy rzut oka wszystko jest w porządku.

Jednak kiedy osoba uważniej obserwuje swoją reakcję, zauważa niewielkie napięcie.

„A jeśli pies nagle mnie zaatakuje?”

„Czy naprawdę mogę mu zaufać?”

To ważna informacja. Nie oznacza ona, że odnaleźliśmy ukryte przekonanie znajdujące się gdzieś w „podświadomości”. Pokazuje natomiast, że nawet w wyobrażeniu pożądaney sytuacji nadal pojawia się element lęku.

Możemy się więc zastanowić, jakie znaczenie ma ten lęk i z jakimi myślami się wiąże.

Nie zawsze musimy od razu formułować jedno konkretne przekonanie. Czasami człowiek najpierw zauważa emocję, napięcie w ciele albo właśnie obraz.

I to wystarczy, aby kontynuować pracę.

Nie zakładamy również, że **w każdym obrazie pożądaney przyszłości musi znajdować się ukryta przeszkoda.**

Czasami jej po prostu nie ma.

Brak nieprzyjemnego uczucia nie oznacza też, że człowiek powinien już dawno osiągnąć wszystko, czego pragnie. Na realizację naszych celów wpływają nie tylko przekonania, lecz także warunki życiowe, zdrowie, możliwości finansowe, zachowania innych ludzi, przypadek oraz wiele czynników pozostających poza naszą kontrolą.

Szczególnie ważne jest to w przypadku problemów medycznych.

Jeżeli kobieta mająca trudności z zajściem w ciążę zauważa w wyobrażeniu macierzyństwa lęk przed ciążą lub porodem, możemy pracować psychologicznie z tym lękiem.

Nie oznacza to jednak, że lęk jest przyczyną niepłodności ani że jego usunięcie doprowadzi do ciąży.

Niepłodność jest problemem medycznym o wielu możliwych przyczynach i wymaga odpowiedniej diagnostyki oraz leczenia. Praca psychologiczna może natomiast pomagać w radzeniu sobie ze stresem, lękiem i emocjonalnym obciążeniem związanym ze staraniami o dziecko.

Jeżeli w obrazie udało Ci się zauważyć uczucie, któremu chcesz przyjrzeć się dokładniej, możemy przejść do trzeciego etapu.

Rozdział 3. Tworzenie obrazu roboczego

Jak wspomniałam wcześniej, nie zawsze trzeba od razu opisywać zauważone doświadczenie za pomocą jednego zdania czy konkretnego przekonania.

Możemy spróbować przedstawić je w formie obrazu.

Wyobraź sobie osobną scenę, która najlepiej oddaje zauważone wcześniej uczucie.

Nie musi być realistyczna.

Może przypominać kadr z filmu, baśni, snu albo zupełnie wymyśloną scenę. Może pojawić się w niej człowiek, zwierzę, przedmiot, miejsce albo symbol.

Najważniejsze jest to, aby **dla Ciebie** obraz dobrze oddawał dane uczucie.

Nie musi być fotograficznie dokładny. Nie szukamy również uniwersalnego znaczenia symboli.

Przykład.