

UNIwersytet Śląski
Wydział Pedagogiki i Psychologii
Instytut Psychologii

Karolina Husáková
Nr albumu: 219784

**ROLA HAGIOTERAPII W PROCESIE ZMIANY
SYSTEMU WARTOŚCI I POCZUCIA
KOHERENCJI
OSÓB UZALEŻNIONYCH**

Praca napisana pod kierunkiem
dr Danuty Rode

KATOWICE 2010

Imię i nazwisko autora pracy	Karolina Husáková
Imię i nazwisko promotora pracy	dr Danuta Rode
Wydział	Wydział Pedagogiki i Psychologii UŚ
Kierunek studiów	psychologia
Specjalność	I: psychologia zdrowia i choroby II: psychologia kliniczna człowieka dorosłego
Tytuł pracy	Rola hagioterapii w procesie zmiany systemu wartości i poczucia koherencji osób uzależnionych
Słowa kluczowe	Hagioterapia, system wartości, poczucie koherencji

Wyrażam zgodę na udostępnianie mojej pracy magisterskiej dla celów naukowo-badawczych.

Niniejsza zgoda obejmuje:

- rozpowszechnianie pracy poprzez publiczne udostępnianie w wersji drukowanej i elektronicznej w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niej dostęp w miejscu, w którym praca jest przechowywana, tj. w Archiwum Uniwersytetu Śląskiego,
- rozpowszechnianie pracy poprzez publiczne udostępnienie pracy w wersji elektronicznej w sieci Internet w domenie us.edu.pl oraz w innych serwisach internetowych, tworzonych z udziałem Uniwersytetu Śląskiego.

DATA:

PODPIS:

OŚWIADCZENIE AUTORA PRACY

Świadom odpowiedzialności prawnej oświadczam, że niniejsza praca dyplomowa została napisana przeze mnie samodzielnie i nie zawiera treści uzyskanych w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami.

Oświadczam również, że przedstawiona praca nie była wcześniej przedmiotem procedur związanych z uzyskaniem tytułu zawodowego wyższej uczelni.

Oświadczam ponadto, że niniejsza praca jest identyczna z załączoną wersją elektroniczną.

Data

Podpis autora pracy

.....

.....

Spis treści

Spis treści.....	3
Wstęp	6
1. Hagioterapia jako metoda psychoterapeutyczna	8
1.1. Definicja hagioterapii	9
1.1.1. Etymologia pojęcia.....	9
1.1.2. Definicja pojęcia poprzez cel	10
1.2. Podstawowe źródła teoretyczne hagioterapii.....	10
1.2.1. Kulturowe tło pojęcia	10
1.2.2. Hagioterapia w teoriach psychologicznych.....	12
1.2.2.1. Psychologia głębi	12
1.2.2.2. Hagioterapia a psychologia wartości.....	13
1.2.2.3. Hagioterapia w nurcie egzystencjalnym	16
1.3. Sposoby rozumienia hagioterapii.....	18
1.3.1. Hagioterapia, jako forma biblioterapii.....	18
1.3.2. Hagioterapia, jako forma terapii grupowej.....	20
1.4. Cele i techniki hagioterapeutyczne	22
1.4.1. Cele hagioterapii.....	22
1.4.2. Techniki hagioterapeutyczne	24
1.5. Hagioterapia w praktyce	28
2. Uzależnienie – charakterystyka zjawiska	33
2.1. Definicja uzależnienia.....	34
2.1.1. Zespół uzależnienia w ICD-10	36
2.1.2. Uzależnienie według DSM-IV-TR.....	37
2.2. Teorie uzależnienia – przyczyny powstawania i utrzymywania się	39
2.2.1. Model biologiczny	39
2.2.2. Koncepcje społeczno-kulturowe	40
2.2.3. Teorie psychologiczne	41
2.2.4. Integrujący model uzależniania	44
2.3. Charakterystyka osób uzależnionych.....	47
2.4. Metody leczenia uzależnień.....	49
3. System wartości i poczucie koherencji	53

3.1.	System wartości.....	53
3.1.1.	Pojęcie wartości i jego definicje	54
3.1.2.	Wybrane koncepcje i klasyfikacje wartości.....	55
3.1.2.1.	Teoria wartości M. Schelera	55
3.1.2.2.	System wartości według J. Tischnera.....	56
3.1.2.3.	Koncepcja C. Kluckhohna	57
3.1.2.4.	Teoria wartości M. Rokeacha	58
3.1.3.	Wartości a funkcjonowanie człowieka	60
3.2.	Poczucie koherencji.....	62
3.2.1.	Definicja pojęcia	62
3.2.2.	Struktura i funkcje poczucia koherencji.....	63
3.2.3.	Rozwój poczucia koherencji	65
3.2.4.	Rola poczucia koherencji	67
4.	Metodologia badań własnych.....	69
4.1.	Przedmiot i cel badania	69
4.2.	Pytania badawcze i hipotezy	70
4.3.	Model badawczy i statystyczny.....	73
4.3.1.	Model quasi-eksperymentalny	73
4.3.2.	Test istotności różnic t-Studenta	73
4.3.	Zmienne - sposób ich rozumienia oraz badania	75
4.3.1.	Zmienna niezależna.....	75
4.3.2.	Zmienne zależne	75
4.3.2.1.	Poczucie koherencji	75
4.3.2.2.	System wartości	76
4.4.	Charakterystyka próby	77
4.5.	Miejsce badania.....	79
5.	Wyniki badań własnych	80
5.1.	Analiza uzyskanych wyników	80
5.1.1.	Poczucie koherencji przed i po hagioterapii	80
5.1.1.1.	Poczucie zrozumiałości przed i po hagioterapii	82
5.1.1.2.	Poczucie zaradności przed i po hagioterapii.....	84
5.1.1.3.	Poczucie sensowności przed i po hagioterapii.....	85
5.1.1.4.	Wielkość zmiany poziomu poczucia koherencji a wyznaczenie	86

5.1.2.	System wartości przed i po hagioterapii.....	87
5.1.2.4.	Wartości hedonistyczne.....	88
5.1.2.5.	Wartości witalne.....	90
5.1.2.6.	Wartości estetyczne.....	91
5.1.2.7.	Wartości prawdy	92
5.1.2.8.	Wartości moralne	92
5.1.2.9.	Wartości świętości świeckie.....	94
5.1.2.7.	Wartości świętości religijne	96
5.1.3.	Poczucie koherencji pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii.....	97
5.1.3.1.	Poczucie zrozumiałości	98
5.1.3.2.	Poczucie zaradności	99
5.1.3.3.	Poczucie sensowności	100
5.1.4.	System wartości pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii	101
	Podsumowanie	104
	Wnioski.....	105
	Bibliografia.....	108
	Spis tabel, wykresów i rycin	113
	Aneks	114
1.	Czeskie wersje kwestionariuszy wykorzystane do badań.....	114
1.1.	Ankieta własna.....	114
1.2.	Kwestionariusz Orientacji Życiowej dla Dorosłych (SOC-29)	114
1.3.	Skala Wartości Schelerowskich (SWS).....	117

Wstęp

Współczesny świat od początków XX wieku koncentruje się przede wszystkim na badaniu skuteczności wszelkich podejmowanych przez ludzkość działań. Nowe leki, metody nauczania, systemy szkoleń, jeśli nie okażą się wystarczająco skuteczne, nie mają racji bytu. Obecnie miarą wartości człowieka nie jest błyskotliwy umysł, uczciwość, honor czy odwaga, lecz efektywność jego funkcjonowania zarówno na płaszczyźnie zawodowej, jak i prywatnej. Trend ten znajduje swoje odzwierciedlenie również w dziedzinie psychoterapii, bowiem metody, których skuteczność nie jest sprawdzona, i które nie podlegają ciągłej ewaluacji, są deprecjonowane i poddawane surowej krytyce.

Niniejsza praca, choć zdawać by się mogło, że idealnie pasuje do współczesnego świata, gdyż zajmuje się problematyką skuteczności psychoterapii, kładzie sobie za cel przede wszystkim praktyczną implementację płynących z niej wniosków. Z tego względu, że psychoterapia służy człowiekowi, pomagając mu we własnym rozwoju, odkrywaniu swojego prawdziwego oblicza oraz niwelacji mechanizmów leżących u źródeł trapiących go problemów, należy zajmować się naukową weryfikacją jej zasadności. Zagadnienie skuteczności nie jest kwestią pierwszorzędą, gdyż tak, jak prawdziwą miarą człowieka nie może być efektywność jego działań, tak samo wartości psychoterapii nie sposób sprowadzić wyłącznie do wskaźnika jej skuteczności. Praca ta ma na celu analizę wybranej metody psychoterapeutycznej, noszącej miano hagioterapii oraz określenie jej roli w procesie zmiany poczucia koherencji oraz systemu wartości pacjentów w niej uczestniczących. W imię zasady, mówiącej o tym, że naturą człowieka jest poszukiwanie i badanie prawdy, warto zweryfikować założenia teoretyczne leżące u podstaw hagioterapii, sprawdzając tym samym czy znajdują swoje odzwierciedlenie w rzeczywistości. Nadrzędnym bowiem celem hagioterapii jest reorganizacja systemu wartości pacjentów, służąca eliminacji mechanizmów leżących u podstaw uzależnienia, a tym samym warunkująca lepsze i bardziej adekwatne funkcjonowanie w życiu codziennym.

Część teoretyczna niniejszej pracy składa się z trzech rozdziałów. Pierwszy koncentruje się na charakterystyce hagioterapii, z uwzględnieniem jej teoretycznych źródeł, sięgając zarówno do teorii psychologicznych, jak i aspektów kulturowych pojęcia. Opisuje ją również w kategoriach biblioterapii i terapii grupowej, przedstawiając szczegółowo stawiane przez nią cele, wykorzystywane techniki oraz sposób jej przeprowadzania. Kolejny rozdział przybliży problematykę uzależnienia, podając różne modele i koncepcje wyjaśniające oraz podstawowe metody jego leczenia. Jednocześnie oprócz definicji i teorii uzależniania skupia

się także na charakterystyce osób uzależnionych, kładąc szczególny nacisk na opis nałogowych mechanizmów podtrzymujących. Ostatni rozdział traktuje o poczuciu koherencji i systemie wartości, jako zmiennych kluczowych w procesie zdrowienia uzależnionych pacjentów. Opisuje wybrane teorie wyjaśniające ich genezę oraz strukturę, koncentrując się przede wszystkim na roli systemu wartości i poczucia koherencji w funkcjonowaniu człowieka oraz ich potencjalną modyfikację pod wpływem oddziaływań terapeutycznych.

Część empiryczna ma na celu wykazanie rzeczywistych relacji pomiędzy hagioterapią, a zmianami poziomu poczucia koherencji i systemu wartości, podkreślając przy tym konieczność implementacji uzyskanych wyników na grunt praktyczny, celem udoskonalenia opisywanej metody. Zawiera ona dwa rozdziały, z których pierwszy skupia się na zagadnieniach metodologicznych związanych z przeprowadzonymi badaniami, przybliżając wybrany model badawczy i analizowane zmienne. Drugi rozdział natomiast przedstawia uzyskane wyniki wraz z ich szczegółowym opisem i interpretacją.

*Powstanie Biblii jako księgi dla ludu
jest największym dobrodziejstwem w dziejach rodu ludzkiego.
Wszelkie próby jej zdyskredytowania [...] są zbrodnią przeciwko ludzkości.*

Immanuel Kant

1. Hagioterapia jako metoda psychoterapeutyczna

Złożoność oraz bogactwo znaczeniowe, jakim charakteryzuje się termin psychoterapia, daje możliwość jej twórcy do interpretacyjnego chaosu zależnego od jego orientacji naukowej czy posiadanej wiedzy, a przejawiającego się w różnych sposobach definiowania tego pojęcia. Psychoterapia bowiem może być rozumiana jako czynność ukierunkowana na poprawę funkcjonowania jednostki, a także w szerszym sensie, jako dziedzina kultury koncentrująca się na człowieku. Psychoterapia bywa określana również jako dziedzina naukowa o charakterze interdyscyplinarnym u podstaw, której leży zarówno psychologia, jak i medycyna. Współcześnie nie posiada ona jednolitej, ogólnie akceptowanej teorii, lecz w jej obrębie możemy wyróżnić około dziesięć orientacji, z których każda posiada swoją odrębną teorię dotyczącą osobowości i etiopatogenezy zaburzeń oraz własne metody terapeutyczne. W niniejszej pracy psychoterapię traktujemy jako czynność leczenia, charakteryzującą się celowym wywieraniem wpływu za pomocą środków psychologicznych. Jej oddziaływanie jest ukierunkowane na zaburzenie i ma na celu usunięcie lub zmniejszenie problemów chorego oraz w miarę możliwości zlikwidowanie ich przyczyn. W trakcie jej przebiegu dochodzi do zmian w sferze emocjonalnej, poznawczej i behawioralnej pacjenta, a warunkiem koniecznym jej prawidłowego przeprowadzenia są odpowiednie kwalifikacje i kompetencje prowadzącego ją psychoterapeuty (Kratochvíl, 2002).

Pojęcie *hagioterapia* w kontekście psychoterapii zostało wprowadzone przez Prokopa Remeše (1998a) jako określenie stworzonej przez niego metody terapeutycznej, mającej swoje korzenie głównie w nurcie psychologii egzystencjalnej, logoterapii Viktora Frankla, pracach R. L. Selmana, Lawrence'a Kohlberga, James'a W. Fowlera oraz od strony teologicznej w tradycji tzw. *Ojców pustyni*, czyli chrześcijańskich mnichów zamieszkujących Egipt i Syrię od IV do VI wieku naszej ery. Głównym narzędzie terapeutycznym są specjalnie dobrane przypowieści z Biblii, które poprzez swój uniwersalny charakter mogą służyć jako zwierciadło, w którym pacjenci odnajdują swoje własne problemy, z którymi muszą się zmierzyć.

1.1. Definicja hagioterapii

1.1.1. Etymologia pojęcia

Według Remeše (1998a), etymologia terminu *hagioterapia* związana jest z greckim przymiotnikiem *hagios*, odnoszącym się do człowieka świętego, pobożnego, starającego się czynić dobro. Natomiast słowo *terapia* najbliższe jest greckiemu *therapeuein*- opiekować się, leczyć. W wielu witrynach internetowych można napotkać definicję słowa *hagioterapia*, jako „uzdrawianie świętością”, co niestety przywodzi na myśl metody niekonwencjonalne i spirytystyczne o niejasnym zapleczu teoretycznym. Termin *hagioterapia* w rozumieniu Remeše (1998a) nie może być tłumaczony bezpośrednio, dlatego, iż to znacząco spłyca znaczenie tego słowa i może prowadzić do nieadekwatnych oczekiwań względem tej metody terapeutycznej. Przedrostek *hagio* odnosi się w sposób pośredni do wykorzystywanego narzędzia terapeutycznego, jakim jest Pismo Święte, a sama nazwa została wybrana w sposób celowy ze względu na jej zwięzłość, łatwość zapadania w pamięć i możliwość jej powiązania z rdzeniem teoretycznym tej metody.

Na gruncie psychologii pojęcie hagioterapii zostało po raz pierwszy użyte przez profesora T. Ivančića w 1994 roku i odnosiło się do metody terapeutycznej, której nadrzędnym zadaniem było oddziaływanie na duchową sferę człowieka. W podejściu tym akcentuje się holistyczne spojrzenie na jednostkę, która jest połączeniem sfery fizycznej, psychicznej i duchowej, podkreślając jednocześnie fakt, że wiele zaburzeń ma swoje źródło w tzw. „duchowej duszy” (*spiritual soul*) i dopiero jej uzdrowienie przynosi oczekiwaną ulgę i wzrost jakości życia (Marinović, Mihaljević, Murgić, 2010). Hagioterapia w ujęciu Ivančića (2008) jest w pełni profesjonalną metodą, która korzysta z długoletniego dorobku teologów, filozofów i psychologów, badając strukturę duchową człowieka w poszukiwaniu występujących w niej dysfunkcji, celem ich zdiagnozowania i wyleczenia. Koncentruje się głównie na sferze egzystencjalnej jednostki, szukając odpowiedzi na najbardziej fundamentalne pytania dotyczące sensu ludzkiego życia, wiary, miłości, nadziei oraz moralności i samoświadomości.

Hagioterapia może być również rozumiana jako forma chrześcijańskiego poradnictwa, która w oparciu o Pismo Święte i zawarte w nim zasady, porady czy przypowieści, próbuje pomóc jednostce w uporaniu się z trapiącymi ją problemami. Takie ujęcie hagioterapii ma swoje korzenie w średniowiecznych praktykach chrześcijańskich mnichów, którzy używając świętych relikwii, modlitw czy słów zaczerpniętych z Biblii uzdrawiali chorych (Stedman,

2006). Podejście to charakteryzuje się jednak małą rzetelnością, brakiem spójnych podstaw teoretycznych oraz raczej mało profesjonalnym podejściem do terapii.

Hagioterapia prowadzona przez Remeše (1998a) wykorzystuje Pismo Święte, jednak niejako w oderwaniu od jego religijnego wymiaru, bazującego na Objawieniu. Korzysta ze słów Biblii ze względu na ich ponadczasową wartość i uniwersalność, nie narzucając przy tym jedyne go słusznego sposobu interpretacji. Jest metodą rzetelną, prowadzoną przez wyszkolonych psychoterapeutów, która czerpie z dorobku wielu dziedzin, próbując je łączyć w spójną całość.

1.1.2. Definicja pojęcia poprzez cel

Hagioterapia jest definiowana poprzez jej nadrzędny cel (Remeš, 1998a), jakim jest zmiana struktur moralnych i aksjologicznych konkretnego pacjenta. Zatem metoda hagioterapeutyczna nastawiona jest na poznanie wyznawanych wartości i w przypadku ich nieadekwatności na taką ich zmianę, aby tworzyły spójny wewnętrznie, ustrukturalizowany i świadomie przez pacjenta zasymilowany system wartości. Warunkiem prawidłowego funkcjonowania tak zrekonstruowanej hierarchii wartości jest umiejętność uzasadnienia wyboru i przyjęcia konkretnej wartości oraz obrony tegoż wyboru w sytuacji próby jego negacji lub podważenia jego słuszności, a w konsekwencji całego systemu poszczególnych wartości. Hagioterapia w swojej definicji nie tylko uwzględnia możliwość wolicjonalnego wyboru spośród proponowanych wartości, lecz daje również prawo pacjentowi do podjęcia decyzji o przyjęciu bądź odrzuceniu owych wartości. Istotnym faktem jest również to, że hagioterapię można zaliczyć do metod psychoterapeutycznych, a co za tym idzie, można jej przypisać wszystkie cechy należne każdej formie psychoterapii.

1.2. Podstawowe źródła teoretyczne hagioterapii

1.2.1. Kulturowe tło pojęcia

Kultura środkowoeuropejska w jej świeckim wymiarze przesiąknięta jest wpływami religijnymi, a dokładnie nurtem chrześcijańskim, który to pojawił się jako następca politeistycznej wiary pogańskiej i od czasów średniowiecznych, trwa aż do dzisiaj. Przez ten czas wytworzyły się pewne schematy myślenia i sieci skojarzeń, które w momencie artykułowania słowa *hagios* przywołują ad hoc najprostsze skojarzenia. Przywołują one, poza samym znaczeniem tego słowa, również system wartości, norm i zasad nabytych w naszej kulturze w procesie socjalizacji. Co w konsekwencji generuje poszukiwanie „człowiek

świętego” w świętej księdze chrześcijan, jaką jest Biblia. Ten ciąg skojarzeń wzmocniony jest tym, iż synonimem Biblii jest Pismo Święte. Skojarzenie jest tak mocne, iż nawet w sytuacji zupełnej nieznajomości Pisma Świętego, decydujące okazuje się być słowo występujące w samej nazwie. Kolejną rzeczą, która podsyca ten ciąg skojarzeń są przysłowia ludowe, takie jak: „święty spokój”, „święta cierpliwość”, „święty człowiek”, mające pozytywne zabarwienie i będące czymś, do czego się dąży i czego się pragnie. Sam przymiotnik „święty” odnosi się do pojęcia cnoty, dobroci, prawości, sprawiedliwości, czyli okazuje się być wieloznaczny i wielopłaszczyznowy, różny dla każdego.

Powyższa argumentacja daje podstawy do stwierdzenia, iż *świętość*, rozumiana indywidualnie przez każdego człowieka z naszego kręgu kulturowego, jest głęboko zakorzeniona w psychice człowieka, co bezpośrednio przekłada się na jakość zachowań i istnienie sumienia. Ta obecność wielu skojarzeń i głębokość zakorzenienia świętości - jakkolwiek rozumianej - daje możliwość wykorzystania przypowieści biblijnych w terapii, co bezpośrednio implikuje możliwość zmian wartości, jakie implicite tworzą naszą kulturę świętość, a które przez różne wydarzenia losowe uległy zmianie czy też zatraceniu. Trudno byłoby zmieniać coś, co w ogóle nie istnieje, ani też nigdy nie istniało. Zmiana danej struktury jest możliwa poprzez zmianę elementu, który ją tworzy. Warunkiem koniecznym i niezbędnym jest jego istnienie. Hagioterapia wykorzystuje fragmenty Pisma Świętego nie dlatego, że traktują one o wyidealizowanych postaciach, do których przeciętny człowiek nigdy się nie zbliży, lecz dlatego, że zawarte w nich są historie ludzi, którzy popełniają błędy, czynią zło i mają przyzwolenie na bycie po prostu człowiekiem, a więc posiadanie apanażu dobrych i złych cech. Możliwość identyfikacji współczesnego człowieka, na przykład uzależnionego z którąś z postaci biblijnych, jest bardzo duża, jednak nie musi być świadoma, tak samo jak te wartości, które są w nim zakorzenione i o których można powiedzieć, że zostały wyssane z mlekiem pokoleń.

Słowo *hagios* w hagioterapii nie odnosi się bezpośrednio do świętości, lecz do całego szeregu konotacji tego pojęcia i wywołanych skojarzeń. Zatem hagioterapia to nie uzdrawianie świętością, a bazowanie na naszej apriorycznej świętości i zespole cech tworzących tą świętość, której bezpośrednim zwierciadłem są wybrane fragmenty Pisma Świętego. Pojęcie świętości wykorzystywane w niniejszej pracy nie jest pojęciem strukturalizowanym i dającym przedstawić się w konkretnym kształcie, gdyż najtrafniejsze rozumienie tego stwierdzenia możliwe jest tylko intuicyjnie. Każda próba naukowego zoperacjonalizowania tego pojęcia prowadzi do jego spłaszczenia i znaczeniowej degradacji.

Jest to spowodowane choćby tym prostym faktem, że duchowość jako składnik świętości, jest rozumiana indywidualnie i właśnie w sposób intuicyjny, właściwy każdemu człowiekowi.

1.2.2. Hagioterapia w teoriach psychologicznych

U podłoża hagioterapii odnajdujemy wiele znanych teorii i podejść psychologicznych (nurt egzystencjalny, psychologia głębi, teorie dotyczące rozwoju moralności), które na pierwszy rzut oka mogą wydawać się ze sobą niepowiązane, jednak przyglądając się im bliżej, łatwo odnaleźć liczne punkty styczne.

Biblia była wykorzystywana w celach terapeutycznych już na przełomie IV i V wieku naszej ery przez tzw. *Ojców Pustyni*. Korzystali oni ze specjalnie wybranych fragmentów Pisma Świętego, które pomagały im, poprzez ich pozytywny charakter, radzić sobie z nieokiełznanymi emocjami, przywracając im psychiczną równowagę. Współcześnie psychoterapeutyczny potencjał Biblii wykorzystywany jest nieco inaczej. Pierwszą metodą, znaną głównie w Stanach Zjednoczonych, jest korzystanie z Pisma Świętego niczym z podręcznika, wskazującego jak należy postępować w konkretnych sytuacjach tak, aby być szczęśliwym. Druga metoda, znajdująca swoje odbicie w hagioterapii odwołuje się do mechanizmów projekcyjnych, które pozwalają traktować Biblię jako „lustro”, w którym czytelnik odnajduje samego siebie (Halamová, Remeš, 2004).

1.2.2.1. Psychologia głębi

Pismo Święte w hagioterapii nie jest traktowane jako zbiór nakazów, zasad i praw, lecz ujmowane jest jako tekst literacki, mający ogromny alegoryczny potencjał (Grün, 1994). Podejście to wywodzi się z psychologii głębi i zostało stworzone przez niemieckiego psychologa i teologa E. Drewermanna. Zakłada ono, że Biblia zawiera pewne archetypalne obrazy, które mogą zostać odnalezione przez każdego czytelnika, niezależnie od jego doświadczenia czy wieku. Analiza tekstów biblijnych powinna odbywać się zgodnie z zasadami dotyczącymi analizy snów, czyli jednocześnie na płaszczyźnie obiektywnej (odnoszącej się do aktualnego doświadczenia czytelnika), jak i w sferze czysto subiektywnej, intrapsychicznej. Kompleksowa, głęboka analiza, przy odpowiednim oddziaływaniu terapeutycznym, daje w efekcie potencjalną możliwość zmiany własnej osobowości, a w szczególności eliminację uciążliwych dysfunkcji (Halamová, Remeš, 2004).

Wywodząca się z psychologii głębi, analityczna hermeneutika Pisma Świętego, zamiast mówić o dochodzeniu do Boga czy zbawienia, kładzie akcent na odnajdywanie samego siebie, urzeczywistniające się w kontakcie ze słowami Biblii. Pismo Święte, jako

narzędzie, przekazuje pewne dane, które dopiero w osobistym, indywidualnym spotkaniu nabierają znaczenia. Jest ono, tak samo jak inne wytwory kultury, silnie działającym na wyobraźnię nośnikiem archetypów i może być analizowane w taki sam sposób jak sny (Grün, 1994). Jung (1933) twierdził, że niezależnie od tego, czy człowiek jest wierzący czy nie, znajduje się pod wpływem szeroko rozumianej religijności. Na podstawie swojej długoletniej praktyki doszedł do wniosku, że wiele problemów, z którymi zgłaszają się do niego pacjenci, bierze swoje źródło w nieprawidłowościach związanych z ich sferą duchową. Brakuje im tego, co swoim wyznawcom oferują religie, a mianowicie odnalezienia sensu swojego życia. Dogłębna analiza bajek, legend i między innymi Pisma Świętego, otwiera przed nami dwa wymiary ludzkiej egzystencji. Jeden, obiektywny, odnoszący się do rzeczywistości interpersonalnej oraz drugi intrapsychiczny, odzwierciedlający nasz wewnętrzny świat. Czytając daną przypowieść, nabiera ona dla nas indywidualnego znaczenia, stając się historią opisującą nasze własne życie. Niezależnie od tego, czy dana przypowieść jest dla nas prawdziwa czy nie, staje się ona prawdą o nas samych. Na poziomie obiektywnym, utożsamiamy się z konkretnym elementem przypowieści, a występujący bohaterowie przemieniają się w rzeczywiste osoby, które spotykamy w swoim życiu. W wymiarze subiektywnym, w momencie, gdy analiza obiektywna staje się niemożliwa, elementy czytanej historii stają się fragmentami naszej własnej psychiki. Mężczyźni stają się reprezentacją *animusa*, czyli męskiej części naszej duszy, natomiast kobiety odzwierciedlają jej kobiecy element, czyli *animę*. De facto każda część czytanej przypowieści biblijnej może natrafić na swój odpowiednik w naszym wnętrzu i to tylko od nas zależy czy będziemy umieli go dostrzec (Grün, 1994). Odnalezienie go, uświadomienie sobie jego roli oraz próba modyfikacji potencjalnie występujących i związanych z nim dysharmonii może być kluczem, gwarantującym sukces terapii.

1.2.2.2. Hagioterapia a psychologia wartości

W psychoterapii kwestia systemu wartości pacjenta i jego ewentualnej zmiany jest tematem bardzo delikatnym i szeroko dyskutowanym, gdyż część terapeutów nie uznaje żadnej ingerencji w jego strukturę (Cakirpaloglu, 2009). Gdy dochodzi do momentu, w którym pacjent manifestuje swoje wartości i wynikające z nich postawy, niektórzy terapeuci stają się poniekąd bezradni i starają się jak mogą uniknąć kontynuowania tego tematu. Istnieją jednak również takie podejścia, które akcentują ważność rozmowy dotyczącej systemu wartości pacjenta i podkreślają jej znaczenie w procesie terapeutycznym (Šebek,

1973). Są to głównie podejścia: egzystencjalne i humanistyczne oraz wyrastająca na ich podłożu hagioterapia.

System wartości jest pojęciem kluczowym dla rozumienia hagioterapii, ponieważ z nim jest powiązany jej główny cel, jakim jest przebudowa jego struktury. Jednak, aby móc mówić o systemie wartości, należy najpierw zdefiniować samo pojęcie wartości, które wciąż budzi wiele kontrowersji i może być rozumiane na wiele sposobów. Na potrzeby tej pracy przyjmujemy za Schwartzem (Brzozowski, 2007 za: Schwartz, Bilsky, 1987; Schwartz, 1992; Schwartz, 2001), iż wartość jest przekonaniem, które spełnia funkcję kryterium, zasady czy standardu, służącego jednostce do wybierania i oceniania zachowań, zdarzeń, innych ludzi oraz samego siebie. Co za tym idzie, odzwierciedlenie systemu wartości znajdujemy w codziennym funkcjonowaniu człowieka, gdyż to właśnie wartości pełnią rolę swoistych drogowskazów, które ukierunkowują dążenia i cele danej osoby. Ważnym aspektem wartości jest ich hierarchiczne uporządkowanie (tworzące system), które pozwala na oznaczenie stopnia preferencji danej wartości, a w konsekwencji określenie stopnia pożądania pewnych celów i zachowań. Wartości wywierają decydujący wpływ na selekcję zachowania zawsze w momencie, gdy mamy do czynienia z pewną sprzecznością. Jednostka wybiera wtedy jedną wartość bądź konkretne zachowanie, rezygnując z innych, które w danej chwili stoją niżej w hierarchii (Brzozowski, 2007).

Hierarchia wartości kształtuje się w wyniku procesu socjalizacji, a decydujące znaczenie w tym procesie odgrywa rodzina, jako najbliższy system odniesień. Mimo tego, że system wartości jest względnie stały i niezmienny oraz stanowi element osobowości człowieka, może podlegać pewnym istotnym, zarówno ilościowym, jak i jakościowym, zmianom. Zmiany te implikują rekonstrukcję osobowości danej jednostki i z reguły są wynikiem interakcji z osobami znaczącymi (Cakirpaloglu, 2009).

Tworzenie systemu wartości możemy powiązać z rozwojem moralnym człowieka, który przebiega w pewnych bardziej, lub mniej charakterystycznych etapach. Wszystkie główne teorie rozwoju moralnego stawiają na jego początku silne uzależnienie i uległość wobec zewnętrznych wpływów, przechodzące na drodze nieustannej walki z samym sobą, do moralnej autonomii (Buksik, 1997). Hagioterapia opiera się na modelu rozwoju moralności zaproponowanym przez amerykańskiego psychiatrę M. Scott Pecka. Model ten powstał na kanwie teorii Lawrence'a Kohlberga oraz Jamesa Fowlera, wykorzystując wyniki ich badań (Remeš, 1998a) i składa się z czterech następujących etapów: (1) Poziom egoistyczno-aspoleczny („właściwe jest to, co ja chcę!”) - można go sprowadzić do dążenia za wszelką

cenę do zaspokojenia własnych potrzeb. Dla osoby, będącej na tym etapie, najważniejsze są jej własne pragnienia i cały otaczający świat powinien robić wszystko, aby je zaspokoić w jak najkrótszym czasie; (2) Poziom dogmatyczno-normatywny – najważniejsze na tym etapie jest odwoływanie się do wyznawanych zasad (jakiejś grupy społecznej) czy obowiązujących konwencji, które są bezkrytycznie przyjmowane i przestrzegane w sposób bezwarunkowy; (3) Poziom pragmatyczny – odnosi się do jednostkowego postrzegania sensowności własnych zachowań. Osoba na tym etapie, postrzega świat w sposób racjonalny, starając elastycznie i krytycznie wykorzystać ogólnie przyjęte normy w konkretnych sytuacjach (wybierając dobro lub w przypadku jego braku, mniejsze zło). (4) Poziom mistyczny – charakterystyczną cechą człowieka na tym etapie jest wysoki poziom samoświadomości. Jednostka na tym etapie dąży przede wszystkim do czynienia dobra, rezygnując z własnych egoistycznych przyjemności (Halamová, Remeš, 2004).

Peck (2002) twierdzi, iż rozwój duchowy jest niemożliwy, gdy jednostka trwa przy bezkrytycznej akceptacji ogólnie przyjętych norm, bez uprzedniego ich przepracowania i zinternalizowania. Widzimy wyraźnie, że „ważnymi czynnikami pozwalającymi określić poziom rozwoju moralnego danej jednostki są: jej poziom logicznego rozumowania, społeczna perspektywa oraz kryterium, według którego przedstawia ona swoje sądy moralne” (Buksik, 1997, s. 272). Współczesne poznawczo-behawioralne teorie moralności mówią o tym, iż internalizacja norm moralnych obejmuje przyjmowanie perspektywy innych jednostek oraz aktywną integrację nowych idei z już istniejącym systemem (Hoffman, 2006). Zatem, aby jednostka osiągnęła moralną dojrzałość, musi opanować umiejętność krytycznej analizy doświadczenia, opartej nie tylko na własnym punkcie widzenia, lecz również na szerszej perspektywie społecznej. Im wyżej w rozwoju moralnym, znajduje się dana jednostka, tym wyższy jest poziom samodzielności jej decyzji i sądów, a jej zachowanie staje się bardziej zgodne z jej systemem wartości. Nie chodzi tu jednak o hierarchię wartości, na której szczycie znajduje się dana jednostka i jej przyjemność, gdyż „dojrzała moralność charakteryzuje się hierarchicznym systemem norm, który pozwala na stosowanie zasad ogólnych w sytuacjach szczegółowych oraz na prawidłowe rozwiązywanie konfliktów moralnych, poprzez rezygnację z niższych wartości na rzecz wyższych” (Buksik, 1997, s. 274). Hagioterapia, poprzez szereg rozmaitych technik, stara się pokazać pacjentowi możliwość wyboru z wachlarza dostępnych wartości i działań oraz zachęcić go do ich aktywnego i krytycznego przepracowania. W konsekwencji jednostka jest ukierunkowana

na przebudowę swojej hierarchii wartości w kierunku takiej, która jest bliższa autonomii moralnej.

1.2.2.3. Hagioterapia w nurcie egzystencjalnym

Hagioterapia sporo czerpie z nurtu egzystencjalnego stworzonego przez Viktora Frankla i kontynuowanego współcześnie przez Alfrieda Längle (Remeš, 1998a). W centrum zainteresowań twórcy logoterapii znalazł się, dotąd pomijany lub lekceważony przez inne szkoły psychoterapeutyczne, wymiar duchowy człowieczeństwa, który jest źródłem poszukiwania sensu życia każdej jednostki. Logoterapia powstała w odpowiedzi na pojawiające się, zdaniem jej twórcy, braki i niedoskonałości w istniejących już podejściach terapeutycznych oraz w celu zwalczania ogarniającego psychoterapię psychologizmu (Längle, 2003a). Pierwotnie miała być tylko metodą wspierającą psychoterapię, redukującą obecny w niej psychologizm i podkreślającą w życiu człowieka rolę wolności, odpowiedzialności oraz poszukiwania znaczenia życia. Na przestrzeni lat jednak rozwinęła się, przeobrażając się w składowy element analizy egzystencjalnej, który odpowiedzialny jest za wyjaśnianie, zapobieganie i leczenie problemów dotyczących sensu życia lub wynikających z jego braku. Analiza egzystencjalna jest zatem pojęciem szerszym, charakteryzującym podejście psychoterapeutyczne, obejmujące zarówno dopracowaną teorię, jak i praktyczne implikacje z niej wynikające. Jest podejściem, które akcentuje przede wszystkim sensowne ukierunkowanie na przyszłość jako podstawę prawidłowego funkcjonowania człowieka w społeczeństwie.

Frankl widział człowieka jako jednostkę trójwymiarową, składającą się nie tylko z ciała i psychiki, jak dotąd twierdzili Adler i Freud, lecz zbudowaną także ze sfery duchowej. W sferze cielesnej najważniejsze jest zaspokojenie podstawowych potrzeb, takich jak głód, pragnienie czy deprivacja seksualna. Wymiar psychiczny obejmuje popędy i emocje, które znajdują się poza wolicjonalną kontrolą jednostki. Dwa wyżej wymienione obszary odgrywają niebagatelną rolę w życiu każdej osoby, lecz to właśnie duchowy, noetyczny wymiar człowieka i wynikające z niego poszukiwanie sensu życia, stał się kluczem do zrozumienia jego codziennego funkcjonowania. Owo poszukiwanie sensu jest, zdaniem Frankla, najważniejszą motywacją człowieka, organizującą wszelkie jego działania i zachowania (Kirchbach, 2003). „Ten wymiar jest zaangażowany w odpowiedź na pytanie czy coś jest prawdą czy fałszem, jest wartościowe czy bezwartościowe, wolne czy zniewolone, sprawiedliwe czy niesprawiedliwe, odpowiedzialne czy nieodpowiedzialne.

W odpowiedzi na te pytania zawiera się nasza wrażliwość i sumienie, w odpowiedziach na takie pytania ukazujemy siebie jako osoby, którymi jesteśmy. Ten wymiar dotyka najgłębszego rdzenia człowieka” (Kirchbach, 2003, s. 36). Znajdziemy w nim zatem nasze wartości, sens życia oraz moralne wyznaczniki naszych dążeń.

W analizie egzystencjalnej człowiek jest rozumiany jako całość, w której wszystkie elementy są ze sobą powiązane i mogą na siebie wzajemnie oddziaływać. Jego części jednak nie są sobie równe, gdyż rolę dominującą przypisuje się wymiarowi noetycznemu, ponieważ to właśnie on ustanawia relacje pomiędzy jednostką a światem zewnętrznym. Jednak należy podkreślić, że każdy wymiar posiada własną, odrębną dynamikę, co implikuje możliwością pojawienia się konfliktów pomiędzy poszczególnymi obszarami. To, co jest przyjemne dla jednego wymiaru, nie musi być wcale właściwe dla drugiego. Chory psychicznie, zdaniem Frankla, stoi raczej po stronie przyjemności, ignorując wymiar sensowności i właściwości swojego postępowania (Frankl, 1997 za: Längle, 2003a). Do czynników patogennych według analizy egzystencjalnej zaliczamy życie pozbawione wewnętrznej zgody oraz brak dialogu ze sobą i ze światem zewnętrznym. Na tym podłożu mogą rozwinąć się różnorakie czynniki etiologiczne poszczególnych zaburzeń. „Zaburzenia lękowe mają związek z „przytrzymującymi” strukturami egzystencji, bazującymi na doświadczeniach ze światem. Regularność, odnoszące się do życia prawa i jego warunki, doświadczenie zaufania i temu podobne pozwalają podmiotowi na solidne bytowanie w świecie. Zaburzenia depresyjne są skoncentrowane na stosunku do własnego życia doświadczanego poprzez emocje, afekty i nastroje. Tutaj psychodynamika wiąże się ze sferą wartości i relacji. Zaburzenia histrioniczne wiążą się z utratą wewnętrznego self i poczucia własnej tożsamości. Ocena, docenienie, spotkanie z innymi i świadomość moralna otwierają świat samooceny i autentyczności. Niektóre formy zależności, fanatyzmu i egzystencjalnej pustki są problemami związanymi ze znaczeniem, sensem. Ludzie cierpią z powodu braku spójności w relacji do wartości wyższych, dającej zrozumienie dla własnych działań i bycia w świecie” (Längle, 2003b, s. 42).

To, co najbardziej interesuje hagioterapię, to patomechanizmy dotyczące uzależniania i możliwość ich eliminacji. W świetle analizy egzystencjalnej u podłoża uzależnień znajduje się niedostatek doświadczeń, które potwierdzałyby istnienia indywidualnego sensu życia, możliwego do zrealizowania. Frankl (1979, za Längle, 2003b) twierdził, że źródłem takich doświadczeń mogą być wykonywane zadania i realizowane wartości w kontekście przynależności do pewnych większych struktur (np. religijnych). Autor logoterapii dotarł

do religii, z którą jego koncepcja filozoficzna ma wiele bliskich odniesień, poprzez poszukiwanie sensu cierpienia, które ostatecznie jest możliwe do znalezienia tylko w odniesieniu do kategorii wartości absolutnych. Hagioterapia, mimo tego, że korzysta z Biblii, nie narzuca wypływającego z niej światopoglądu, lecz daje możliwość osobistego kontaktu z historiami w niej zawartymi, a w konsekwencji możliwość kontaktu z całym systemem religijnym i wynikającymi z niego wartościami. Sens życia, system wartości, wolność i odpowiedzialność są pojęciami niezwykle istotnymi w procesie leczenia każdego uzależnionego. Dla osób, które dotknęły już dna (a tak często uzależnieni określają samych siebie) potrzebny jest cel, do którego mogłyby dążyć, a także świadomość, że cel ten jest osiągalny. Niezwykle ważne jest dla nich dostrzeżenie sensowności ich własnego działania (terapii), podejmowanego przez nich trudu oraz powtórne, pełnowartościowe odnalezienie się w społeczeństwie. Człowiek uzależniony jest nastawiony na zaspokojenie swojego „głodu”, czyli funkcjonuje głównie na poziomie cielesnym, będącym w danym momencie w sprzeczności z jego duchowym wymiarem. Wymiar noetyczny jest jakby „zagłuszony” i niezdolny do kierowania zachowaniem jednostki, dlatego też nie dąży ona do samorealizacji, tylko popada w głąb uzależnienia. W trakcie hagioterapii, praca terapeutyczna nastawiona jest na odnalezienie indywidualnego sensu terapii i życia pacjenta, na przykład poprzez urzeczywistnianie na nowo przez niego odkrytych wartości. Zarówno analiza egzystencjalna, jak i hagioterapia mają za zadanie rozszerzanie horyzontów wartości pacjenta, zmieniając jego orientację z heterotelicznej na autoteliczną. Jednak jednocześnie akcentują wolność wyboru pacjenta, gdyż niczego mu nie narzucają, tylko proponują, podkreślając przy tym dysfunkcjonalność jego poprzednich postaw. Punktem zwrotnym w terapii uzależnień staje się moment przyjęcia, przez każdego pacjenta, odpowiedzialności za własne życie i powodzenie terapii. Oczywiście wtedy staje się, że wszystkie wyżej wymienione elementy, są konieczne i niezbędne do powodzenia terapii.

1.3. Sposoby rozumienia hagioterapii

1.3.1. Hagioterapia jako forma biblioterapii

Chcąc zdefiniować biblioterapię, najłatwiej jest odwołać się do etymologii samego pojęcia, które można rozumieć, jako leczące działania terapeutyczne, wykorzystujące teksty literackie. Biblioterapia, zatem może być traktowana, jako jedna z form psychoterapii, w której głównym narzędziem jest słowo pisane. Odwołując się do historii biblioterapii, stwierdzamy, że książki były wykorzystywane w celach psychoterapeutycznych już

pod koniec XIX wieku, lecz opowiadania były elementem ludowej terapii, zajmującej się problemami ludzi na przestrzeni ich życia, długo przed tym, nim psychoterapia stała się dziedziną nauki (Vášová, 1995). Książka, jako taka może być nośnikiem wielu wartości, jednak oczywistym jest, że nie każda może być narzędziem pracy terapeutycznej. Istotne jest, aby wybrana książka lub jej fragment potrafiły „przemówić” do czytelnika, wywołując u niego reakcję emocjonalną. Książka powinna być także odpowiednim materiałem projekcyjnym, pełniącym rolę lustra, w którym pacjent, może się przejrzeć i dostrzec coś więcej, niż tylko płaszczyznę literacką. Tekst literacki staje się neutralnym miejscem spotkania terapeuty i pacjenta, dając temu drugiemu poczucie bezpieczeństwa, osłabiając tym samym możliwość powstawania oporu (Uholjeva, 2001). Poza tym czytany tekst winien odwoływać się do „tu i teraz” czytelnika, oferując jednocześnie cały szereg alternatywnych zachowań i budząc w pacjencie nadzieję na możliwą zmianę. „Terapeutyczne walory tekstów literackich są w bardzo dużym stopniu uzależnione od stopnia konkretyzacji utworu. Zgodnie z Ingardenowską koncepcją odbioru, każde dzieło zostaje przez czytelnika dopełnione w akcie recepcji” (Borecka, Ippoldt, 2006, s.18). Możemy zatem wywnioskować, że w biblioterapii nie jest najważniejsze rzeczywiste słowo znajdujące się na kartkach książki, lecz sposób rozumienia i interpretowania owego słowa przez samego czytelnika. To właśnie aspekt subiektywny danego tekstu wysuwa się na plan pierwszy, ponieważ może rodzić głębszą refleksję, wywołującą zmiany. Za każdym razem, to czytelnik dopełnia tekst swoim osobistym doświadczeniem i wynikającymi z niego, licznymi skojarzeniami. Jednak warunkiem koniecznym jest, aby ów tekst nie był zbyt sztywny i ściśle określony, a dawał możliwość odczytania go na tyle sposobów, ilu istnieje czytelników.

Generalnie biblioterapię można podzielić na kliniczną, instytucjonalną i wychowawczą. W psychoterapii zastosowanie znajduje głównie biblioterapia kliniczna, ponieważ jej grupą docelową są osoby zaburzone, przejawiające problemy w codziennym funkcjonowaniu, a jej najważniejszym celem jest uzyskanie „wglądu”, który w konsekwencji ma doprowadzić do istotnej zmiany funkcjonowania danej jednostki. Biblioterapia ma szerokie zastosowanie, gdyż z założenia, wpływa na wszystkie sfery życia człowieka. Może stymulować dążenia czytelnika do podnoszenia jakości jego życia, do odkrycia swojego realnego „Ja” i odrzucenia fałszywego obrazu samego siebie. Wzbudza często silne emocje i głębszą refleksję, będące podstawą potencjalnej zmiany. Oferuje choremu cały wachlarz alternatywnych sposobów działania, dostarcza wiedzę i umiejętności praktyczne (Borecka, Ippoldt, 2006). Biblioterapia może być metodą wspierającą proces leczenia zarówno

u chorych somatycznie, jak i psychicznie, jednak jej szczególne zastosowanie znajdziemy w terapii osób uzależnionych (Křivohlavý, 1987).

Hagioterapia jest specyficzną formą biblioterapii klinicznej, wykorzystującą przypowieści biblijne. Na przestrzeni lat autor hagioterapii wybrał czterdzieści przypowieści biblijnych, które sprawdziły się w prowadzeniu spotkań. Wszystkie one charakteryzują się trzema konkretnymi cechami – odpowiednią długością, nieprzekraczającą półtorej strony formatu A5, spójnością tekstu i wartkością akcji. Mają one, pomimo swych silnych konotacji religijnych i pewnych utartych sposobów interpretacji, charakter uniwersalny i symboliczny, przez co stają się lustrem, w którym pacjent może dostrzec samego siebie. Teksty biblijne są narzędziem przywołującym przeszłe wydarzenia z życia pacjenta, które nierzadko doprowadziły czy były źródłem problemu, z którym się aktualnie boryka. Przypowieści wybierane są nieprzypadkowo ze względu na konieczność posiadania przez nie konkretnych cech, takich jak odpowiednia długość, wielopłaszczyznowość treści, umetaforycznienie, a także związek przyczynowo-skutkowy następujących po sobie zdarzeń z widocznym zakończeniem. Istotą tych przypowieści jest fakt utożsamiania się uczestników spotkania z bohaterami tych historii, jednak identyfikacja ta często bywa nieświadoma. Szukanie związku z bohaterami niekoniecznie musi dotyczyć tylko i wyłącznie danego pacjenta, lecz także może odnosić się do ludzi z jego otoczenia. Łatwo w Biblii odnaleźć wiele analogii nawiązujących do życia każdego z nas, ponieważ jej bohaterowie to osoby omylne, popełniające rozliczne błędy i znajdujące się w trudnych sytuacjach życiowych. W pracy terapeutycznej wychodzi się poza teologiczną płaszczyznę Biblii, odnoszącą się do prawd wiary, wchodząc w wymiar symboliczny, mający różne znaczenie dla każdego pacjenta. Prowadzi to w konsekwencji do procesu identyfikacji z bohaterami, do dostrzeżenia innej perspektywy społecznej i spostrzeżenia alternatywnych możliwości odczuwania, myślenia i działania.

1.3.2. Hagioterapia jako forma terapii grupowej

Leczenie kilku pacjentów jednocześnie pojawiło się po raz pierwszy w środowisku wojskowym w czasie trwania II wojny światowej z powodu niewystarczającej liczby psychoterapeutów. Terapia grupowa jednak okazała się być efektywna w rozwiązywaniu różnorodnych problemów, zatem w niedługim czasie stała się cennym, szeroko stosowanym, podejściem terapeutycznym (Butcher, Carson, Mineka, 2003). „Psychoterapia grupowa jest metodą wykorzystującą w celach leczniczych dynamikę grupową, czyli relacje oraz interakcje

między członkami grupy” (Kratochvíl, 2002, s. 254). Hagioterapia jest zaliczana do grona tematycznych terapii grupowych, mających charakter ciągły, gdyż każde spotkanie nawiązuje do poprzedniego zarówno motywem przewodnim, jak i zadaniem domowym, omawianym na początku każdego spotkania (Kratochvíl, 1995). Jest ukierunkowana na problemy wspólne wszystkim uczestnikom terapii, lecz możliwe jest także podejmowanie tematów zaproponowanych przez konkretne jednostki, jeżeli są one istotne z punktu widzenia terapii. Narzucony grupie temat ma pomóc pacjentom zmierzyć się z własnymi problemami, przepracować je i skonfrontować swoje opinie czy postawy z prezentowanymi przez innych uczestników grupy. Kluczową rolę odgrywa tu kilkuminutowa, wyciszająca przerwa na refleksję nad danym tematem (tak jak to ma miejsce w hagioterapii), by wypowiedzi innych nie wpływały tak bardzo na pozostałych (Bouchal, 1973). Istnieje wiele klasyfikacji terapii grupowych, uwzględniających różne kryteria podziału. Corsini na przykład opiera swoją klasyfikację na 3 kryteriach: postawie terapeuty, sposobach komunikacji i aktywności uczestników oraz celach terapii (Leder, Karwasarski, 1983). Hagioterapia jednak nie mieści się w tym podziale, ponieważ jest metodą zarówno działającą poprzez słowo, jak i poprzez działanie (np. psychodrama). Biorąc pod uwagę podział Libicha, dokonany na podstawie treści i celów metod psychoterapeutycznych oraz wyodrębniający psychoterapię przyczynową oraz objawową, hagioterapię należałoby umieścić w grupie pierwszej, gdyż nie jest nastawiona tylko na likwidację objawów zaburzenia. Grupa hagioterapeutyczna jest zaliczana do grup otwartych, charakteryzujących się dużą zmiennością uczestników, dlatego nie można w jej wypadku liczyć na naturalny rozwój procesu grupowego, co poniekąd umniejsza jej wartość. Często terapeuta ma tylko jednorazową możliwość pracy z konkretnym pacjentem, dlatego nie może jej zmarnować i powinien dać z siebie wszystko (Yalom, 1999).

Do czynników leczących w grupie psychoterapeutycznej zaliczamy: (1) wzbudzenie nadziei na wyleczenie się i poprawę swojej sytuacji życiowej (skoro innym się udało); (2) doświadczenie faktu, że nie jest się jedyną osobą borykającą z danym problemem; (3) informacje zwrotne, pochodzące zarówno od terapeuty, jak i innych członków grupy; (4) demonstrowanie zachowań przez innych uczestników spotkania, które mogą stać się odpowiednim wzorem do naśladowania; (5) wsparcie otrzymywane od pozostałych członków grupy; (6) odreagowanie w bezpiecznej atmosferze (a także współprzeżywanie tego, co wyraża pacjent i okazywanie mu zrozumienia); (7) relacje i interakcje pomiędzy członkami grupy (Tryjarska, 1994). Z obserwacji autora niniejszej pracy wynika, że wszystkie wyżej wymienione czynniki są dość łatwo zauważalnym elementem hagioterapii. Niektóre z nich

odgrywają większą rolę (np. modelowanie i odreagowanie emocji), niż pozostałe, jednak znaczenie wszystkich jest niepodważalne.

Yalom (1999) wychodzi z założenia, że w grupach otwartych o dużej niestałości uczestników, czyli takich, do których zaliczamy hagioterapię, cele terapeutyczne powinny być skromniejsze i ściśle określone. Nie należy zakładać, że główny problem, z jakim boryka się dany pacjent (np. jego uzależnienie) zostanie rozwiązany pod wpływem tego typu oddziaływań. Oczywiście nie oznacza to, że grupy otwarte nie mają racji bytu i nie przynoszą żadnych efektów terapeutycznych. Gdyby tak było, to by przecież nie istniały. Hagioterapia jest metodą ukierunkowaną na pracę z osobami uzależnionymi (głównie alkoholikami), dzięki czemu charakteryzuje się pewnymi specyficznymi cechami i jej oddziaływanie jest zamierzone na konkretne cele, wiążące się bezpośrednio z mechanizmami uzależniania. Wielu autorów podkreśla, że psychoterapia grupowa w alkoholizmie cechuje się dużym udziałem składnika psychoterapii racjonalnej. Współdziałaniem pacjentów w grupie steruje terapeuta, co prowadzi do polepszenia ich wzajemnych relacji, a co za tym idzie stworzenia korzystniejszych warunków, sprzyjających otwartości. Do podstawowych celów psychoterapii grupowej w kontekście choroby alkoholowej zaliczamy między innymi oddziaływanie na niechęć pacjenta do uznania się za chorego, nieadekwatne wyobrażenie o sobie, dysfunkcjonalne relacje społeczne oraz brak krytycyzmu w odniesieniu do negatywnego wpływu alkoholu na jego życie (Leder, Karwasarski, 1983). Powyższe cele pokrywają się z dążeniami i metodami hagioterapii i aby to uwidocznić właśnie ta tematyka zostanie podjęta w następnym podrozdziale.

1.4. Cele i techniki hagioterapeutyczne

1.4.1. Cele hagioterapii

Remeš (1998a) twierdzi, iż ludzie z reguły doskonale zdają sobie sprawę z tego, co jest słuszne i dobre, a najlepszym sposobem zmotywowania ich do prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie nie jest pouczanie ich w kwestiach moralności, lecz wzmocnienie ich zdolności do samodzielnego decydowania i działania. Cele hagioterapii wynikają w sposób pośredni z powyższych słów i można je podzielić, ze względu na stopień ich ogólności, na uniwersalne i specyficzne.

Do celów uniwersalnych zaliczono zmianę, a co za tym idzie, niwelację wyidealizowanego (a zarazem fałszywego) obrazu siebie, przy jednoczesnym wzmocnianiu jego realnego, nie-narcystycznego odpowiednika. „Ja realne” bywa często negowane, gdyż

zakłada, iż jednostka jest omylna i niedoskonała (Remeš, 1998a). U pacjentów uzależnionych jest to powiązane w sposób bezpośredni z tak trudnym, uznaniem się za osobę chorą, która potrzebuje pomocy z zewnątrz. Twórca terapii Gestalt Frederick Perls wychodził z założenia, że już samo uświadomienie sobie istoty własnego „Ja”, wraz z całą gamą, przypisywanych mu cech, może okazać się uzdrawiające (Perls, 1996). Idealizacja samego siebie często hamuje proces samorealizacji jednostki, ponieważ uniemożliwia jej spojrzenie na samą siebie w sposób realny. Karen Horney twierdzi, iż każda jednostka przejawia tendencję do rozwoju swych ludzkich potencji, jeśli tylko da się jej ku temu sposobność i szansę (Horney, 1978). Kolejnym ogólnym celem hagioterapii jest przebudowa struktury własnej osobowości, zakładająca zmianę systemu wartości tak, aby był spójny ze sferą emocjonalną jednostki, możliwy do utrzymania przy próbach jego negacji oraz możliwy do zastosowania w codziennym życiu (Remeš, 1998a). Czasami cele globalne można dostrzec w wypowiedziach terapeuty w trakcie spotkania grupy, gdyż zdarza się, że prowadzący w sposób jawny próbuje negować i podważać poglądy uczestników, wytykając im niespójność ich wypowiedzi. W mniemaniu terapeuty może doprowadzić to do refleksji dotyczącej własnych postaw, a w konsekwencji do ich zmiany.

Cele specyficzne, w odróżnieniu od tych ogólnych, implikują standardową strukturę każdego spotkania terapeutycznego, z racji tego, że odnoszą się do jego przebiegu. Wyróżniamy dwa cele specjalne, z których pierwszy polega na tym, aby uczestnik przećwiczył lub nabył zdolność do przyjmowania odmiennej perspektywy społecznej (Remeš, 1998a). Nie chodzi tu tylko o możliwość przejścia sposobu patrzenia innego uczestnika terapii, lecz także o zdolność identyfikacji z postaciami występującymi w czytanych fragmentach Pisma Świętego. Przebieg każdego spotkania jest tak zaplanowany, aby dany fragmenty Biblii został przeczytany trzykrotnie, za każdym razem, kładąc nacisk na inny aspekt jego poznania, czy to wykorzystujący emocje, wyobrażenia i skojarzenia czy procesy poznawcze, odpowiedzialne za racjonalną analizę wybranego tekstu. Taki sposób kontaktu z tekstem ułatwia dokonanie identyfikacji i przyspiesza proces utożsamiania się z wybraną postacią. Pośrednią konsekwencją zdobycia umiejętności przyjmowania odmiennej perspektywy społecznej, jest wzrost empatii w stosunku do innych, a także znacząca poprawa funkcjonowania w sferze interpersonalnej. Cel drugi ma za zadanie nauczenie pacjentów, aby w sposób świadomy potrafili przyjąć pewne postawy dotyczące istotnych kwestii moralnych (Remeš, 1998a). To nie znajomość norm moralnych jest kluczem do sukcesu, lecz umiejętność samodzielnego podejmowania decyzji zgodnych z własnym systemem wartości

i zdolność do działania zgodnego z dokonanym wcześniej wyborem, a także umiejętność wzięcia odpowiedzialności za swoje zachowania.

Należy zatem przypuszczać, że hagioterapia implikuje głębszy rozwój struktury, nazwanej przez Fromm'a duchową świadomością, która charakteryzuje się przede wszystkim takim podejściem do życia, które stara się odpowiedzieć na pytanie dotyczące prawdziwego systemu wartości danego człowieka, w którym to najwyżej w hierarchii znajdują się nie wartości egoistyczne czy jednostkowe, lecz te ogólnoludzkie i altruistyczne (Pitlachová, 2006 za: Fromm, 1993). Fromm (1997) twierdzi, iż przemiana człowieka jest możliwa tylko wtedy, jeśli pojawią się jednocześnie: świadomość własnego problemu, wola jego przezwyciężenia, praktyka nowych umiejętności i nowego sposobu myślenia oraz tolerancja dla pojawiającego się lęku.

Aby móc zrealizować wyżej wymienione cele, hagioterapia korzysta z wielu technik, po części zapożyczonych z innych nurtów terapeutycznych, a po części wytworzonych specjalnie na potrzeby tej konkretnej metody. Wszystkie techniki zostaną opisane w następnym podrozdziale.

1.4.2. Techniki hagioterapeutyczne

Techniki psychoterapeutyczne mogą być rozumiane, jako forma eksperymentalnych poszukiwań, które przekształcają rozmowę w stuprocentowy kontakt z samym sobą, swoją energią, fantazją i pobudzeniem. Stają się one metodą aktywnego badania siebie, zachęcającą pacjenta, aby wyraził poprzez zachowanie to, co do tej pory doświadczał tylko wewnętrznie (Grzesiuk, 2005). Kluczowym dla hagioterapii, jako formy grupowej terapii skoncentrowanej na konkretnym temacie, jest utrzymanie rozmowy na odpowiednim poziomie, angażującym wszystkich uczestników, oraz takie jej prowadzenie, aby trzymać się omawianego fragmentu Pisma Świętego. Istnieje, bowiem niebezpieczeństwo, iż grupa pozostanie tylko na powierzchni danej historii, nie zagłębiając się w tekst, a tym samym pozostając na bezpiecznym, czyli nieangażującym ją, poziomie, który nie wymaga od niej ani otwartości ani autentyczności wypowiedzianych poglądów. Aby uniknąć tego typu sytuacji, terapeuta stosuje następujące techniki, nazywane przez niego „urzeczywistniającymi” (Remeš, 1998b): (1) **Wzajemne „tłumaczenie języków”**. Istnieje wiele możliwości postrzegania, jak i wyrażania czy przedstawiania rzeczywistości. Każdy z nas ma swój własny „język” przy pomocy, którego komunikuje się z innymi i który pomaga mu chronić samego siebie przed światem zewnętrznym. Część z nas używa „języka faktów”, pozostali korzystają z emocji,

a jeszcze inni mogą czuć się dobrze w świecie metafor i symboli. Koniecznym jest, aby uczestnicy grupy terapeutycznej korzystali z tego samego „języka”, gdyż to w sposób istotny ogranicza możliwość błędnej interpretacji wypowiedzi danej jednostki. Pacjenci często, aby nie zagłębiać się w problematykę poruszaną w trakcie spotkania, wolą pozostać w sferze racjonalnej i rozumowej, czyli takiej, która nie angażuje ich emocjonalnie i nie dotyka ich własnych przeżyć. Mówią „językiem” rozumu, zamiast własnymi emocjami. Z kolei z racji tego, że przypowieści biblijne odnoszą się do dawnych dziejów ważne jest przetłumaczenie języka „tam i wtedy”, na język „tu i teraz”, odnoszący się do aktualnej sytuacji życiowej pacjentów (Remeš, 1998b); (2) **Podwójne transakcje**. Korzystając z pojęć zaczerpniętych z Analizy Transakcyjnej można wyjaśnić podwójne transakcje, jako komunikaty oddziałujące jednocześnie na *Dorosłego*, jak i na narcystyczne *Dziecko* pacjenta. Na płaszczyźnie społecznej rozmawiamy z racjonalnym stanem ego, jednak równocześnie daną wypowiedzią ranimy *Dziecko*, które swoje niezadowolenie kieruje nie na nas, lecz na swojego *Dorosłego*, obwiniając go, że nie jest w stanie obronić go przed naszym okrutnym atakiem. Właśnie owo niezadowolenie może być czynnikiem wywołującym głębszą refleksję nad własnym „Ja”, a co za tym idzie, zmianę postaw, przekonań i wartości w kierunku bardziej dojrzałych i funkcjonalnych.

W hagioterapii wykorzystywany jest także cały szereg technik, zaczerpniętych z innych nurtów terapeutycznych. Większość z nich opiera się lub wykorzystuje zdolności wyobrazeniowe pacjentów oraz ich fantazję (np. „wcielanie” się w postacie biblijne, psychodrama, „puste krzesło”), zatem warto zatrzymać się na chwilę przy tym temacie. Fantazja jest definiowana, jako „zdolność do wyobrażania sobie czegoś; wyobraźnia twórcza” (Szymczak, 1992, t. I, s. 572) i pozwala człowiekowi „uwolnić się” od konieczności realnego odzwierciedlenia czegokolwiek (Maruszewski, Zdankiewicz-Ścigała, 2006). Pomimo tego, że w trakcie fantazjowania pojawiają się w naszym umyśle obrazy, słowa czy wyobrażenia, często niemające nic wspólnego z rzeczywistością, to jednak towarzyszące temu emocje są jak najbardziej realne. I właśnie na tym fakcie opiera się praca terapeutyczna, pozwalająca w bezpiecznych warunkach zmierzyć się z napływającymi emocjami i ewentualnymi konfliktami. Nasza fantazja posiada w sobie taki potencjał, iż czasami może wydawać się bardziej przekonująca niż otaczająca nas rzeczywistość (Polster, Polster, 2000). W hagioterapii jednak fantazjowanie nie ma być namiastką rzeczywistości, lecz techniką, która umożliwi pacjentowi uświadomienie sobie własnych emocji, rozwinięcie zdolności ich werbalizacji, a także wypróbowanie funkcjonalności swoich poglądów. Praca

z wyobrażeniami pozwala również postawić granicę pomiędzy światem realnym, a tym wyimaginowanym, co jest tak istotne w pracy z osobami uzależnionymi, gdyż właśnie u tej grupy osób ta granica jest zbyt często rozmyta i niejasna. Według Anselma Grüna (1994) wraz z coraz głębszym wczuwaniem się w omawianą przypowieść i wraz z „puszczaniem wodzy” swojej fantazji, pojawia się szereg skojarzeń dotyczących naszego życia i aktualnej sytuacji, co może stać się bazą do dalszej pracy terapeutycznej. Zatem zasadniczą funkcją wyobraźni jest poznawanie i badanie nieznanego (Polster, Polster, 2000).

Techniką, bardzo często wykorzystywaną w hagioterapii, jest werbalizacja własnych emocji, która jednak większości pacjentów przysparza wiele problemów. Remeš (1998a) tłumaczy ten fakt tym, że osoby uzależnione są odseparowane od swoich prawdziwych uczuć, za co za tym idzie, oddzielone od własnego, realnego „Ja”. Wypieranie własnych emocji, a zwłaszcza tych nieakceptowanych, staje się ucieczką od problemu i pomaga tylko na chwilę, ponieważ w momentach osłabienia kontroli uderza ze zdwojoną siłą, przekształcając się w niepohamowany impuls. Horney (1994) twierdzi, że naturalną cechą człowieka jest zdolność odczuwania własnych, niesfałszowanych emocji i znajomość swoich pragnień oraz myśli. U osób uzależnionych te predyspozycje są zaburzone i dlatego ćwiczenia, pozwalające im skontaktować się z swoimi emocjami i kładące nacisk na ich adekwatne nazywanie, są kluczowym elementem terapii.

W hagioterapii wielokrotnie mamy do czynienia z „wczuwaniem się” w postaci występujące w Biblii. Ta technika oddziałuje na dwóch płaszczyznach jednocześnie: społecznej, czyli takiej, która pozwala nam lepiej zrozumieć drugiego człowieka, przyjąć jego punkt widzenia oraz zrozumieć, co tak naprawdę chce nam przekazać; i psychologicznej, która odnosi się do tych części naszego „Ja”, których nie akceptujemy i odrzucamy je jako będące w sprzeczności z naszym obrazem siebie. Zatem, jeśli pacjent nie potrafi „wczuć się” w jakąś konkretną postać biblijną, może nam to wskazywać, na te fragmenty jego osobowości, których nie toleruje i od których chce się odciąć. Przypowieści są tak dobrane, że dość łatwo, poprzez analogie do charakterystycznych cech czy zachowań danego bohatera biblijnego, można wychwycić te właściwości, których w sobie uzależnieni nie akceptują i wymazują je z obrazu siebie. Frederick Perls (1996) twierdzi, że owe „odcięte” fragmenty są czynnikiem hamującym rozwój jednostki i ich odkrywanie może wywołać znaczący efekt terapeutyczny.

Twórca hagioterapii wychodzi z założenia, że życiową strategią człowieka uzależnionego, jest ucieczka od świata i od życia. Elementem tej ucieczki jest strach, a co za

tym idzie, unikanie podejmowania decyzji, wszelkich jawnych deklaracji oraz tworzenia stabilnych życiowych postaw, które zobowiązują do dotrzymania obietnicy. Często w trakcie spotkania, terapeuta pyta o to, jak by pacjent postąpił, będąc na miejscu bohatera, jak powinien postąpić i jakie zachowanie byłoby wyrazem jego siły, a jakie jego słabości. Najczęstszymi odpowiedziami są: „Nie wiem”, „Przecież to nie moja sprawa”, „Nie mam prawa tego oceniać”, będące perfekcyjną ilustracją zależnościowego unikania konfrontacji. Warto, zatem poprzez tą technikę, przeciwzyć umiejętność wyrażania własnej opinii, a w konsekwencji umiejętność angażowania się w życie własne i innych, a nie tylko trwanie w bezpiecznym „staniu obok”.

„Lustro” jest jedną z najczęściej stosowanych technik, ponieważ w niej realizuje się bezpośrednio jeden z głównych celów hagioterapii, jakim jest niszczenie sfalszowanego obrazu własnego „Ja”. „Lustrem” stają się bohaterowie poszczególnych przypowieści, swoją postawą daleko odbiegający od ideału. Pacjenci jednak stosują całą gamę sposobów, która ma im zapewnić trwanie w swoim idealnym obrazie siebie. Pomimo to, jego immamentną cechą pozostaje niemożność jego całkowitego utrzymania, zatem ta technika nawet, jeśli nie zburzy tego obrazu od razu to, chociaż pozostawi na nimi rysy, które być może w przyszłości staną się podstawą jego rekonstrukcji. Uświadomienie sobie własnej niedoskonałości, pozwala nam się z nią zmierzyć i docelowo ją zaakceptować, jako jedyną realną opcję. Trwanie w „ślepcie” uniemożliwia jakikolwiek postęp na drodze do samorealizacji, bo w końcu, jeśli coś nie istnieje (np. problem uzależniania), nie można tego ani kontrolować ani zmieniać.

„Psychodrama jest metodą dramatyczną (...) służącą do prowokowania i przepracowania uczuć, doświadczeń pacjenta (...) oraz zwiększającą możliwość prezentowania nieuświadomionych przeżyć, osiągnięcia w nie wglądu, trenowania nowych zachowań i nowych sposobów rozwiązywania konfliktów” (Grzesiuk, 2006, s. 783). W kontekście hagioterapii psychodrama dotyczy odgrywania poszczególnych fragmentów przypowieści i umożliwia ona pacjentom zauważyć inne możliwe sposoby reagowania na określone sytuacje, które wcześniej znajdowały się poza zasięgiem wyobraźni lub były dla nich po prostu zbyt trudne.

Kolejną, bardzo ciekawą i dość specyficzną, techniką wykorzystywaną w hagioterapii są „urzeczywistniające” opowieści. Są metodą ukierunkowania rozmowy na ważne kwestie i często wywołują na tyle silne emocje, że trudno pozostać wobec nich obojętnym. Przykładowym opowiadaniem może być: *„Zameźna kobieta, mająca już jedno dziecko, zachodzi w ciążę. Jej małżeństwo jest szczęśliwe i mąż wspiera ją we wszystkim, więc do*

poradni ginekologicznej przychodzą razem. W czasie badania okazuje się, że dziecko, znajdujące się w łonie matki, ma poważną i nieuleczalną wadę rozwojową, która prawdopodobnie zaraz po porodzie spowoduje jego zgon. Kobieta jest katoliczką, więc aborcja nie jest dla niej oczywistością. Jakie rozwiązanie poradzilibyście tej kobiecie? Co powinna zrobić?” Dużo łatwiej jest się „wczuć” w rolę rodzica, niż w postać Łazarza, zatem te opowieści pozwalają maksymalnie wykorzystać dany czas w terapii, nie marnując go na intelektualne i „puste” dywagacje dotyczące postaci. Opowiadania te są zawsze tematycznie powiązane z omawianymi przypowieściami, więc stają się ich kontynuacją na płaszczyźnie „tu i teraz”, mającą na celu zintensyfikowanie odczuwanych emocji. Działają one na zasadzie lupy, pozwalając dostrzec najważniejsze dylematy i poruszane kwestie, znajdujące się w omawianej historii biblijnej.

Oczywistym jest, że nie wszystkie metody są wykorzystywane na każdym spotkaniu. Terapeuta elastycznie dobiera konkretne techniki, podążając za oczekiwaniami i preferencjami pacjentów, by jak najlepiej wykorzystać dany mu czas. Niektóre metody stały się jednak nieodłącznym elementem, bez którego hagioterapia nie byłaby tym, czym jest. Należy do nich między innymi technika podsumowująca, występująca zawsze na końcu każdego spotkania. Każdy uczestnik, czy to terapeuta, stażysta czy pacjent ma za zadanie „wyłowić” swoją perłę, czyli powiedzieć, co dla niego, było najcenniejsze w trakcie tego spotkania, co go wzbogaciło i co zyskał. Technika ta pozwala uświadomić sobie konsekwencje każdego mityngu i je zwerbalizować. Bywa to bardzo trudne, lecz zgodnie z zasadą świeżości odnoszącą się do procesu zapamiętywania, wypowiedziane wtedy słowa długo pozostają w głowie, pozwalając wracać myślami do terapii i omawianych tam problemów.

Hagioterapia, ma dość charakterystyczny przebieg i strukturę, zawsze odbywa się w tym samym, „magicznym” miejscu i prowadzi ją tylko jeden główny terapeuta, będący zarazem jej twórcą (na niektórych spotkaniach są inni terapeuci, jednak obecność Prokopa Remeše jest warunkiem koniecznym odbycia się terapii). Dlatego też w następnym podrozdziale podjęta zostanie kwestia praktycznej strony hagioterapii.

1.5. Hagioterapia w praktyce

Spotkania hagioterapeutyczne odbywają się trzy razy w tygodniu i trwają mniej więcej dwie godziny zegarowe. Miejscem spotkania jest przestronna sala, znajdująca się na pierwszym piętrze wieży kościoła katolickiego, mieszczącej się na terenie szpitala

psychiatrycznego w Pradze-Bohnicach. Specyfika miejsca, w którym odbywa się terapia i atmosfera, panująca w owym miejscu, jest dodatkowym „wyzwalaczem”, to znaczy fizycznym bodźcem, który służy, a może nawet umożliwia szybszą reakcję poznawczą i emocjonalną każdego uczestnika. Hagioterapia nie jest obowiązkowa, ponieważ nie jest uwzględniona w ścisłym programie leczenia, co niestety implikuje dużą fluktuację liczby uczestników, która z reguły oscyluje wokół 6-8 osób, nie wliczając w to terapeutów i praktykantów. Uczestnikami są osoby przebywające na zamkniętym oddziale leczenia uzależnień i doprowadzane są za każdym razem przez opiekuna, który również czeka na nich po zakończeniu spotkania. Substancja uzależniająca nie ma najmniejszego znaczenia w doborze osób do grup, ponieważ pacjenci podzieleni są ze względu na płeć. Grupy w poniedziałki i wtorki przeznaczone są wyłącznie dla kobiet, a grupa czwartkowa tylko dla mężczyzn. Podział ten dotyczy tylko pacjentów, ponieważ stażyści czy pozostali terapeuci mogą uczęszczać na dowolne spotkania. Remeš (1998b) zresztą wychodzi z założenia, że obecność na spotkaniach praktykantów i terapeutów odmiennej płci daje możliwość poznania innego, często na pierwszy rzut oka nieosiągalnego, punktu widzenia.

Przed każdym spotkaniem terapeuta wybiera odpowiedni fragment Biblii, który stanie się w danym dniu tematem przewodnim, skupiając się bądź na kontynuacji wątku z poprzedniego spotkania bądź na jego zmianie. Wybiera także szereg „ureczywistniających” opowiadań, które będzie mógł wykorzystać, jeśli dyskusja zatrzyma się w martwym punkcie. W momencie, gdy wszyscy uczestnicy znajdują się przed kościołem, terapeuta otwiera, z reguły zamknięte na klucz, drzwi i wpuszcza wszystkich do środka. Ze względu na dużą zmienność liczby członków, przed rozpoczęciem grupy ustawiana jest odpowiednia ilość krzeseł w okręgu i przygotowywany dla każdego jeden egzemplarz Biblii. Dla wielu pacjentów ma to dodatkowe znaczenie, gdyż często jest to ich pierwszy kontakt z Pismem Świętym. Początkiem terapii jest moment, w którym wszyscy uczestnicy zajmą miejsca w okręgu.

Pierwszym stałym elementem właściwej już terapii jest przedstawienie się wszystkich uczestników i propozycja głównego terapeuty, aby wszyscy mówili do siebie po imieniu. Następnie „sprawdzone” jest zadanie domowe z poprzedniego tygodnia. Zadanie bywa z reguły dość łatwe i niezbyt angażujące czasowo, a jego temat może, choć nie musi, być powiązany z kwestiami omawianymi na terapii. Oto przykładowe zadania domowe: „Zastanów się, co masz za złe swoim rodzicom.”, „Wyobraź sobie, że stajesz u wrót nieba, pukasz i otwiera Ci święty Piotr. Jaki mu podasz powód, aby Cię wpuścił do nieba?”. Omówienie zadań nie zajmuje zwykle więcej niż 15 minut, ponieważ głównym ich celem jest

„rozgrzanie” pacjentów i stworzenie bezpiecznej atmosfery wolnej od niepotrzebnego lęku. Następnie terapeuta kieruje uwagę członków grupy na taboret znajdujący się w środku okręgu, na którym znajduje się mały flakon z wodą z rzeki Jordan oraz szklane kuleczki, będące symbolem pereł. Jednocześnie prosi ich, aby w czasie spotkania wcielili się w łowców pereł, którzy poszukują „skarbów” w głębinach wody, pozostawiając na brzegu wszystko, co może im utrudniać lub uniemożliwiać owe poszukiwania. Perły stanowią metaforę elementów, które umożliwiają, uprzednio „złowione”, szybsze i skuteczniejsze dotarcie do celu terapii. Jednak, aby je odnaleźć potrzebna jest chęć i odwaga do zanurzenia się w „otchłań” własnej psychiki.

Później następuje pierwsze głośne czytanie przypowieści (z reguły przez jednego z pacjentów). Ma ono na celu wstępne zapoznanie się z opowiadaniem i jego bohaterami. Po przeczytaniu terapeuta dopowiada tło historyczne przypowieści i wyjaśnia wszelkie, pojawiające się w trakcie czytania, niejasności. Drugi raz ponownie czyta któryś z pacjentów, jednak tym razem, nasza uwaga skoncentrowana jest wokół wyłaniających się szczegółów, konkretnych zachowań czy postaci. Po raz ostatni na głos czyta zawsze terapeuta, ponieważ uczestnicy spotkania są proszeni o zamknięcie oczu i przeniesienie się w głąb czytanej historii. Celem trzeciego czytania jest aktywna imaginacja, w której staramy się na czytaną przypowieść spojrzeć jak na film, przeżyć jak wspomnienie, sen lub wyobrazić sobie, że jesteśmy świadkami opisywanych wydarzeń.

Po przeczytaniu przypowieści następuje pięciominutowa cisza, która ma na celu powtórne, osobiste przeanalizowanie całej przypowieści pod kątem tych fragmentów, które były źródłem najsilniejszych emocji lub przywołały pewne skojarzenia czy wspomnienia. Następnie terapeuta pyta po kolei wszystkich uczestników o to, jakie emocje w nich wywołał czytany fragment Biblii. Pytanie z reguły pojawia się pod dwoma postaciami, albo w formie bezpośredniej, albo w formie odwołującej się do sfery wyobraźni – *Gdyby się Wam przyśniły wydarzenia opisywane w tej przypowieści, co czulibyście, budząc się rano ze snu?*. Już w tym momencie spotkania wyraźnie widać, że pacjenci mają spore problemy z werbalizowaniem swoich uczuć. Aby pokonać tę trudność i mimo wszystko, „dotknąć” emocji uczestników prowadzący pyta o to, co ich denerwuje, złości w omawianej przypowieści. Jeżeli odwołanie się do emocji złości nie spełnia swojego zadania, terapeuta prosi o zastanowienie się nad tym, co mogą czuć konkretni bohaterowie opowiadania. W tym momencie z reguły dyskusja staje się bardziej ożywiona, a atmosfera mniej napięta, ponieważ tematem rozmowy stają się bohaterowie, a nie konkretni pacjenci. Uczestnicy nie czują się wtedy tak bardzo zagrożeni,

więc dużo łatwiej i z większym entuzjazmem wyrażają swoje opinie. Następnie wszyscy po kolei proszeni są o powiedzenie, co najbardziej przykuło ich uwagę oraz co ich zainteresowało czy zaintrygowało w omawianej przypowieści. Wraz z instrukcją, dostają do ręki drewniany miecz, który symbolizuje prawo głosu. Przebieg spotkania w następnym minutach bywa bardzo zmienny, gdyż zależy w dużym stopniu od obecności konkretnych pacjentów, ich wypowiedzi, od panującej atmosfery i wybieranych przez terapeutę technik. Często słowa jednego uczestnika wywołują w pozostałych ogromne emocje, co powoduje zwiększenie dynamiki grupy oraz pozwala na bardziej autentyczny i osobisty kontakt z własnym „Ja”. W tym momencie następuje również tzw. „tłumaczenie języków”, które pozwala zrozumieć poszczególnym pacjentom, co inni uczestnicy mają na myśli, używając takich, a nie innych słów. Jeśli pojawi się taka możliwość, terapeuta pokazuje uczestnikom spotkania „lustro”, pytając ich o to, który bohater jest im najbliższy i z którym mogliby się zidentyfikować. Dość często, na drodze analogii, pacjenci sami odnajdują się w poszczególnych postaciach. Etap ten kończy się wraz z wypowiedzią ostatniego pacjenta odnośnie omawianej przypowieści i jego refleksji na jej temat.

Na sam koniec spotkania, terapeuta prosi wszystkich o zastanowienie się nad tym, co dla nich było najcenniejsze w trakcie minionych dwóch godzin. Korzystając z pojawiającej się już wcześniej metafory - „wyłowiona” przez każdego „perła” staje się osobistym streszczeniem najważniejszych doświadczeń z całego spotkania.

Hagioterapię opisywana w niniejszej pracy, jest metodą stosunkowo młodą, która nie była do tej pory poddawana naukowej weryfikacji, jednak możemy domniemywać, że ten fakt nie umniejsza jej wartości, gdyż wiele uznawanych współcześnie odłamów psychoterapii w swoich początkach opierało się tylko na intuicji jej twórców, a dopiero z biegiem czasu potwierdzało swoją skuteczność. Psychoterapia bowiem jest wyjątkową dziedziną, którą trudno zoperacjonalizować tak, aby nie umknął żaden istotny szczegół, przez co niemożliwym jest zredukowanie jej tylko do mierzalnych wskaźników. Specyficzność hagioterapii opiera się nie tylko na wyjątkowym narzędziu terapeutycznym, jakim jest Biblia, lecz także na osobliwym podejściu do pacjenta. W tej terapii, każdy z pacjentów ma swój własny cel terapii, który nie jest narzucony dyrektywnie przez terapeutę, lecz wynika z jego indywidualnych potrzeb. Pomimo tego faktu, głównym celem hagioterapii pozostaje eliminacja fałszywego obrazu siebie i rekonstrukcja systemu wartości pacjenta. Grupą docelową hagioterapii są pacjenci zmagający się z problemem uzależnienia. Zakłada ona

bowiem, że poprzez reorganizację systemu wartości umożliwi pacjentowi odkrycie, leżących u podstaw uzależnienia, destrukcyjnych mechanizmów oraz docelowo pozwoli na ich likwidację. Zjawisko uzależnień obejmuje swoim zakresem wiele zagadnień, które mogą być wielorako rozumiane i tłumaczone na wiele sposobów. Dlatego w następnym rozdziale zostanie pokrótce przedstawiona charakterystyka zjawiska, aktualne modele kliniczne i najczęściej wykorzystywane sposoby leczenia.

*Gdyby pytać o to przeciętnego człowieka,
bliższe prawdy niż pytanie: „Czy jesteś uzależniony?”
byłoby: „Od czego jesteś uzależniony?”*

Jac Jakubowski

2. Uzależnienie – charakterystyka zjawiska

Zachowania i czynności nałogowe są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia psychicznego nękających współczesne społeczeństwa (Butcher, Carson, Mineka, 2003). Wysoce prawdopodobnym jest, że XXI wiek będzie określany mianem „Stulecia uzależnień”, gdyż coraz częściej zarówno analizy statystyczne jak i obserwacje specjalistów wskazują na wzrastającą dominację zaburzeń związanych z uzależnieniami. Pojęcia typu: seksoholizm, nałogowy hazard, alkoholizm czy pracoholizm stały się pojęciami rozpowszechnionymi, używanymi nie tylko w środowisku terapeutycznym. Uzależnienia, biorąc pod uwagę czynnik uzależniający, mogą mieć różny charakter, lecz do najbardziej znanych i rozpowszechnionych zaliczamy te związane z pewnymi specyficznymi substancjami chemicznymi (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Od najdawniejszych bowiem czasów człowiek dążył do realizacji swoich iluzorycznych pragnień poprzez zmianę wizji świata wykorzystując przy tym rozmaite substancje psychoaktywne, począwszy od alkoholu a na narkotykach kończąc (Zajączkowski, 2003).

Wielu ludzi na przestrzeni swojego życia ma do czynienia z różnorodnymi substancjami psychoaktywnymi, jednak tylko niektórzy z nich borykają się z problemami wynikającymi z ich nadużywania. Substancjami psychoaktywnymi są środki wpływające na pracę mózgu, zmieniając uczucia, myśli i docelowo, zachowania jednostki. Mogą być pochodzenia roślinnego bądź chemicznego i zaliczamy do nich: alkohol, fencyklidynę (PCP), heroinę oraz inne opiaty, kofeinę, konopie, nikotynę, substancje halucynogenne, stymulujące (np. kokaina), uspokajające i wziewne (Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Łatwo zauważyć, że nie wszystkie substancje znajdujące się na powyższej liście są zakazane, a co za tym idzie, część z nich jest legalna i bardzo łatwo dostępna, czy to bezpośrednio w osiedlowym sklepie czy na podstawie lekarskiej recepty. Problem dostępności i legalności czynnika uzależniającego dotyczy również „nowszych” uzależnień, takich jak: pracoholizm, zakupoholizm czy uzależnienie od internetu, powodując przy tym ich szybkie rozpowszechnianie zarówno wśród młodzieży, jak i wśród dorosłych.

Wyróżniamy wiele rodzajów uzależnień, jednak de facto skutki, przyczyny i mechanizmy dotyczącego jednego rodzaju, możemy do pewnego stopnia, uogólnić na wszystkie pozostałe (Butcher, Carson, Mineka, 2003). Warto również zwrócić uwagę na fakt, że najlepiej opisane w literaturze przedmiotu są uzależnienia dotyczące substancji psychoaktywnych, gdyż ich historia sięga czasów antycznych (Lindenmeyer, 2007). W świetle najnowszych doniesień naukowych przypuszczać możemy, że zastępując określenie „substancja psychoaktywna” pojęciami typu: internet czy zakupy, uzyskamy niewielkie tylko różnice w opisie samego zjawiska. W następującym podrozdziale zatem spróbujemy zdefiniować pojęcie uzależnienia, kładąc nacisk na cechy wspólne, łączące wszystkie jego rodzaje.

2.1. Definicja uzależnienia

Najważniejszym i podstawowym krokiem do zrozumienia uzależnienia jest odpowiednie zdefiniowanie samego pojęcia, gdyż bez stworzenia teoretycznych podstaw niemożliwa jest jakakolwiek głębsza analiza problemu i wynikających z niego konsekwencji. Znaczenie większości pojęć z obszaru psychopatologii na przestrzeni lat było wielokrotnie zmieniane, modyfikowane i udoskonalane w celu jak najtrafniejszego oddania sedna definiowanego zjawiska. Powszechnie jednak wiadomo, że pojęcie zmienia swoje znaczenie również w zależności od przyjmowanego paradygmatu czy podejścia teoretycznego. W tym podrozdziale spróbujemy podać szereg możliwych definicji uzależniania, wybierając jednak taką, która w sposób najpełniejszy przedstawi zasadnicze kwestie opisywanego zjawiska, uwzględniając przy tym jego różnorodność i wieloaspektowość.

W celu uzyskania jednoznacznej definicji uzależnienia konieczne jest podanie klasyfikacji sposobów przyjmowania substancji psychoaktywnych, gdyż często pojawia się pewien językowy problem związany z zamiennym stosowaniem terminów: uzależnienie, nadużywanie czy używanie kompulsywne. Chcąc uniknąć nieporozumień terminologicznych, skorzystamy z pięcioelementowej klasyfikacji utworzonej przez Krajowy Komitet Badań nad Nadużywaniem Marihuany i Innych Środków, która jest wykorzystywana zarówno do opisu, prognozy rozmiarów zjawiska, jak i w celach terapeutycznych (Baran-Furga, Steinbartch-Chmielewska, 1999). Zgodnie z tą klasyfikacją wyróżniamy następujące sposoby stosowania środków uzależniających:

1. Używanie eksperymentalne – dotyczy przede wszystkim młodzieży, która eksperymentuje z wieloma substancjami kilkakrotnie (w nielicznych przypadkach

kilkunastokrotnie) celem doznania nowych wrażeń i stymulacji. Motywowane jest to silnym wpływem grupy rówieśniczej i chęcią podporządkowania się panującym w niej regułom. Rzadko prowadzi do poważnych konsekwencji medycznych, psychologicznych i społecznych;

2. Używanie rekreacyjne – odnosi się do stosowania substancji przeważnie w towarzystwie znajomych w celu wspólnego przeżycia przyjemnych doznań. Częstotliwość nie jest większa niż raz w tygodniu, a co za tym idzie nie zaburza prawidłowego funkcjonowania jednostki;
3. Używanie okolicznościowo-sytuacyjne – nie jest związane z grupą odniesienia, lecz raczej motywowane jest czynnikami indywidualnymi i służyć ma poprawie samopoczucia oraz rozładowaniu napięcia. Substancje stosowane są kilka razy w tygodniu, choć osoba dąży raczej do jego ograniczenia. Osoby będące w tej grupie narażone są na uzależnienie, gdyż używanie substancji związane jest z pozornie efektywnym radzeniem sobie ze stresem i ma tendencję przerodzić się w zgubny nawyk;
4. Używanie intensywne – oznacza przyjmowanie substancji codziennie celem redukcji napięcia i poprawy samopoczucia, przy czym brak substancji wiąże się z niemożliwością podjęcia jakichkolwiek działań;
5. Używanie kompulsywne – charakteryzujące się znacząco intensywnością stosowanie substancji, często celem uniknięcia zespołu abstynencyjnego i prowadząc do poważnych konsekwencji medycznych (Baran-Furga, Steinbartch-Chmielewska, 1999).

Oczywistym jest, że powyższa klasyfikacja pokazuje pewien stadialny model, którego końcowym etapem jest uzależnienie. Kiedy jednak mamy absolutną pewność, że wystąpiło uzależnienie (etap czwarty czy piąty)? Czy konieczne jest „dotknięcie dna”, aby zdiagnozować problem? Ze względów praktycznych niezwykle cenny okazał się podział dychotomiczny, opublikowany przez Światową Organizację Zdrowia i obejmujący następujące kategorie: (1) zaburzenia związane z uzależnieniem, (2) zaburzenia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (Butcher, Carson, Mineka, 2003). Klasyfikacja ta jest dość prosta i pozwala na jasne rozróżnienie obu zjawisk, przy czym należy pamiętać, że obydwie jej kategorie dotyczą patologicznego przyjmowania substancji, które każdorazowo prowadzi do poważnych konsekwencji. Najważniejsza różnica dotyczy obecności w uzależnieniu psychofizjologicznych objawów odstawiennych, które towarzyszą

braku substancji. Dokładne różnice zostały opisane w międzynarodowych klasyfikacjach chorób psychicznych (ICD-10 oraz DSM-IV-TR) i przedstawione zostaną w poniższych podrozdziałach.

2.1.1. Zespół uzależnienia w ICD-10

W 10 wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych zaburzenia psychiczne i zaburzeniach zachowania związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych umieszczone zostały w kategoriach oznaczonych kodem od F10 do F19, obejmując następujące środki psychoaktywne: (F10) alkohol, (F11) opiaty, (F12) kanabinoles, (F13) leki nasenne i uspokajające, (F14) kokainę, (F15) inne środki psychostymulujące, (F16) substancje halucynogenne, (F17) tytoń, (F18) lotne rozpuszczalniki oraz (F19) połączenie kilku wyżej wymienionych substancji lub innych środków psychoaktywnych. ICD-10 rozróżnia **używanie szkodliwe** od **zespołu uzależnienia**, definiując pierwsze zjawisko jako sposób stosowania środków psychoaktywnych, który wywołuje konsekwencje somatyczne i psychiczne, pozostające z nim w bezpośrednim związku. Zespół uzależnienia natomiast to grupa zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, w której sfera zachowań powiązanych z używaniem substancji psychoaktywnych zdominowała życie jednostki, zajmując miejsce tych zachowań, które we wcześniejszym okresie życia miały dla niej większe znaczenie. Głównym symptomem zespołu uzależnienia jest silne pragnienie („głód”) przyjmowania substancji psychoaktywnej. W celu rozpoznania uzależnienia powinny wystąpić przez pewien okres w ciągu ostatniego roku łącznie trzy z następujących cech/objawów:

- a. „silne pragnienie przyjmowanie substancji albo poczucie przymusu jej przyjmowania,
- b. trudności kontrolowania zachowania związanego z przyjmowaniem substancji, jego rozpoczęcie, zakończenia lub ilości,
- c. objawy zespołu abstynencyjnego charakterystyczne dla danej substancji, występujące po przerwaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji,
- d. stwierdzenie tolerancji (poprzednio stosowane dawki są niewystarczające),
- e. narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań, zwiększona ilość czasu poświęcanego na zdobywanie lub przyjmowanie substancji, albo na odwracanie następstw jej działania,
- f. przyjmowanie substancji mimo wiedzy o jej szkodliwych następstwach somatycznych, psychicznych i społecznych,

g. ograniczenie różnorodności wzorów zachowań związanych z przyjmowaniem substancji (Pużyński, Wciórka, 2000).

2.1.2. Uzależnienie według DSM-IV-TR

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w czwartej poprawionej wersji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* również podaje dwie odrębne kategorie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, którymi są: **uzależnienie** (*dependence*) i **nadużywanie** (*abuse*). W celu zdiagnozowania uzależnienia, które definiowane jest jako patologiczny wzorec używania substancji, który wynika z nieprawidłowego przystosowania i prowadzi do poważnych konsekwencji zarówno psychologicznych, jak i somatycznych, konieczne jest wystąpienie w przeciągu roku co najmniej trzech spośród poniższych symptomów: (1) Tolerancja, rozumiana na dwa sposoby: (a) konieczność znaczącego podwyższania ilości substancji w celu uzyskania pożądanego efektu, (b) zmniejszenie oczekiwanego efektu przy stałym poziomie przyjmowanej substancji; (2) Objawy abstynencyjne występujące w dwóch formach: (a) typowy dla danej substancji zespół odstawienny, (b) przyjmowanie tej samej lub podobnej substancji celem wyeliminowania już występujących objawów abstynencyjnych lub zapobieżenia ich pojawieniu się; (3) Wzrost ilości przyjmowanej substancji (osoba przyjmuje środki częściej lub dłużej niż zamierzała); (4) Uporczywa i silna potrzeba używania substancji bądź nieefektywne działania celem kontrolowania lub zlikwidowania nałogu; (5) Poświęcanie większości czasu na zachowania mające na celu zdobycie pożądanego substancji, przyjmowanie jej i uwalnianie się od konsekwencji jej zażycia; (6) Ograniczenie lub porzucenie dotychczasowej aktywności zawodowej, społecznej i rekreacyjnej; (7) Kontynuacja zażywania substancji pomimo świadomości występowania nieustannych lub powracających negatywnych skutków jej stosowania.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych jest natomiast określane jako wzorec przyjmowania substancji, który prowadzi do znacznego cierpienia i poważnych uszkodzeń oraz wynika ze złego przystosowania jednostki do otaczających ją warunków. Aby jednoznacznie określić wystąpienie zaburzeń związanych z nadużywaniem należy stwierdzić wystąpienie w przeciągu ostatnich dwunastu miesięcy jednego z następujących objawów:

1. Powracające używanie substancji skutkuje niepowodzeniami w realizacji niektórych ważnych ról i zobowiązań (w pracy, w szkole lub w domu);

2. Przyjmowanie substancji w warunkach, w których powoduje to fizyczne zagrożenie;
3. Wielokrotne konflikty z prawem, będące w ścisłym związku z używaniem substancji;
4. Ciągłe stosowanie substancji w sytuacji występowania nawracających problemów społecznych lub interpersonalnych (Wciórka, 2008)

Pomimo występujących w obu klasyfikacjach różnic w rozumieniu uzależnienia, możemy jednoznacznie stwierdzić, że „obsesyjne myśli, nieumiejętność odmówienia czy też nieumiejętność skończenia, a także towarzyszące temu poczucie bezsilności to elementy każdej historii o uzależnieniu, niezależnie od tego, jakiej substancji lub czynności dotyczą” (Byalick, Ruden, 2003, s. 15). Mellibruda (1997) twierdzi, że wszystkie odmiany nałogowych zaburzeń mają trzy wspólne elementy. Pierwszym z nich jest permanentne dążenie do przyjmowania danej substancji lub wykonywania konkretnej czynności, które scharakteryzować można poprzez odczucie przemożnego wewnętrznego przymusu. Drugi element to uporcezywe powtarzanie owych zachowań, pomimo ich oczywistej szkodliwości lub w sytuacji próby kontrolowania tych czynności, doznawanie niepowodzeń i ponoszenie klęsk. Ostatni komponent odnosi się do pojawiających się przykrych stanów psychicznych i dolegliwości somatycznych (zespół abstynencyjny) w chwili odstawienia substancji lub powstrzymywania się od wykonywania czynności oraz uczucie ulgi pojawiające się przy powrocie do dawnych nawyków.

W niniejszej pracy przyjmiemy za Mellibrudą (1997), że uzależnienie jest psychofizjo-społecznym syndromem spowodowanym interakcją jednostki z określoną substancją chemiczną (bądź będący efektem wykonywania konkretnej czynności), charakteryzujący się specyficznymi zachowaniami, które każdorazowo obejmują subiektywny wewnętrzny przymus (stały bądź nawracający) i mają na celu osiągnięcie określonego stanu psychicznego.

Mellibruda i Sobolewska-Mellibruda (2006) twierdzą, że największym brakiem istniejących systemów diagnostycznych i obowiązujących definicji uzależnienia jest nadmierna koncentracja na sferze symptomatycznej przy niewielkim uwzględnieniu wpływu mechanizmów determinujących przebieg choroby. Dlatego właśnie w następnym podrozdziale spróbujemy przedstawić kliniczne modele wyjaśniające, które pozwalają zobrazować całokształt czynników determinujących funkcjonowanie uzależnionej jednostki.

2.2. Teorie uzależnienia – przyczyny powstawania i utrzymywania się

Istnieje wiele modeli i podejść teoretycznych tłumaczących genezę uzależnienia oraz jego podstawowe mechanizmy. W gąszczu paradygmatów możemy jednak wyróżnić trzy zasadnicze grupy, z których każda akcentuje decydującą rolę innych czynników tj. biologicznych, psychologicznych bądź społeczno-kulturowych. Wszystkie trzy wymienione podejścia zostaną opisane w podrozdziałach poniżej.

2.2.1. Model biologiczny

U człowieka uzależnionego stężenie hormonów odpowiedzialnych za podtrzymywanie organizmu w ciągłej gotowości jest nieprawidłowe, a co za tym idzie mózg reaguje na bodźce dużo intensywniej, niż człowiek myśli. Działa tak, jakby był w nieustannym zagrożeniu. W jaki jednak sposób mózgowo systemy przetrwania motywują nas do określonych zachowań? Odpowiedź jest prosta - potrafią sprawiać ból (głodu, tęsknoty, lęku), który koncentruje naszą uwagę i zaburza homeostazę organizmu. Strukturą odpowiedzialną za motywację do działania jest jądro półleżące przegrody, które pozostaje w ścisłym związku między innymi z: ciałem migdałowatym, korą limbiczną i korą węchową. Odbiera bodźce z wyżej wymienionych struktur, uwalniając dopaminę, która z kolei pobudza inne ośrodki mózgowo do działania. Im większy stres, tym wyższe stężenie dopaminy, które warunkuje siłę reakcji (Byalick, Ruden, 2003). To właśnie dopaminowy układ nagrody oraz endogenny układ opioidowy jest wspólny dla większości substancji psychoaktywnych, warunkując przy tym nagradzający charakter przyjmowanych środków (Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Niektórzy naukowcy twierdzą, że układ dopaminergiczny odpowiada za popędowy aspekt nagrody, który subiektywnie odczuwany jest jako podekscytowanie, uciążliwa potrzeba lub „głód”. Układ opioidowy natomiast powiązany jest z nasyceniem i uczuciami odprężenia, błogostanu oraz uspokojenia (Di Chiara, North, 1992 za: Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Nie ważne jednak czy pijemy alkohol, zapalamy papierosa czy wstrzykujemy sobie heroinę, za każdym razem nasz mózg doprowadza nas do stanu przyjemności. Skoro coś sprawia nam przyjemność, stanowi tym samym zachętę do dalszego stosowania i prowadzi do systematycznego używania danej substancji, warunkując przy tym neuroadaptację lub wzrost tolerancji, a w efekcie powstanie uzależnienia (Butcher, Carson, Mineka, 2003).

W ramach teorii biologicznych zajmowano się również badaniem podatności genetycznej dotyczącej predyspozycji do nadużywania określonych substancji psychoaktywnych. Wyniki licznych badań wskazują na to, że czynniki genetyczne częściowo

warunkują rozwój skłonności alkoholowych, zwiększenie podatności oraz wrażliwości na różne narkotyki (Butcher, Carson, Mineka, 2003). Wydaje się być zatem dość prawdopodobne, że czynniki genetyczne wpływają na indywidualne reakcje dotyczące przyjmowania określonych substancji psychoaktywnych, jednak należy zachować dużą ostrożność przy określaniu stopnia owej zależności, gdyż w normalnym życiu niemożliwe jest całkowite oddzielenie roli cech wrodzonych od roli czynników związanych z uczeniem się.

2.2.2. Koncepcje społeczno-kulturowe

Kultura w której się rodzimy, dorastamy i umieramy, chcąc nie chcąc, determinuje nasz sposób postrzegania świata i nasze zachowania. W sferze uzależnień dobrze ilustruje to rozdźwięk, który jest wyraźnie widoczny pomiędzy społeczeństwami nieakceptującymi alkohol (np. kraje arabskie), a społecznościami, w których jest on dozwolony i nawet wychwalany jako środek umożliwiający lepsze kontakty społeczne (np. Francja, Stany Zjednoczone). Zasięg alkoholizmu w pierwszej grupie jest zdecydowanie niższy niż w drugiej, co potwierdzają niezmiennie liczne dane statystyczne (Butcher, Carson, Mineka, 2003).

Zatrważające jednak jest, że czasy, w których żyjemy, niezależnie od szerokości geograficznej, stały się epoką nałogów. Ze wszystkich stron jesteśmy bombardowani komunikatami typu: „Weź pigułkę, a poczujesz się lepiej”, „Osoby pijące, lepiej się bawią”, „Bez tego (tu można wpisać cokolwiek) jesteś niczym”, które nieustannie wywierają na nas wpływ, pociągając nas do wciąż rosnącej konsumpcji. Pod wpływem reklam i wszechogarniających sygnałów, całkowicie nieświadomie jesteśmy uczeni szybkiego redukcji napięcia, nie będąc jednocześnie edukowani, co do skutków takiego działania. Na takiej samej zasadzie działa uzależnienie, dając nam krótkotrwałą przyjemność i wpędzając nas w morze poważnych konsekwencji. Współczesne społeczeństwo zatem daje nam model, który w łatwy sposób może nas doprowadzić do jakiegokolwiek uzależnienia (Dodziuk, Kapler, 1999).

Spółczesne społeczeństwo w swoim wymiarze kulturowym jest niezwykle ważne, jednak decydującą rolę odgrywa podstawowa grupa odniesienia, którą jest rodzina, a w późniejszym wieku również grupa rówieśnicza czy znajomi. Środowisko rodzinne kształtuje nie tylko postawy, lecz również modeluje konkretne zachowania, czego przykładem może być zwiększone prawdopodobieństwo uzależnienia u osób, których rodzice lub starsze rodzeństwo nadużywało substancji psychoaktywnych (Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Równie

znaczącą rolę odgrywa przyzwalająca postawa rodzicielska wobec wszelkiego rodzaju używek, a także złe stosunki rodzinne, zaburzona komunikacja, niespójne zasady wychowawcze i niski stopień więzi (Hawkins i in., 1992 za: Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Nastolatek, którego rodzina nie zaspokaja jego podstawowych potrzeb (tak jak ta opisana powyżej), zaczyna szukać ich realizacji na zewnątrz, często trafiając do grupy rówieśników, którzy nie tylko akceptują substancje psychoaktywne, lecz także namawiają go do ich spróbowania, a potem dalszego przyjmowania. Na taką sytuację mogą nałożyć się jeszcze dodatkowe stresory, typu niepowodzenia w szkole i młody człowiek, niemający jeszcze wykształconego i w pełni autonomicznego Ja, może łatwo popaść w pułapkę uzależnienia (Zajączkowski, 2003).

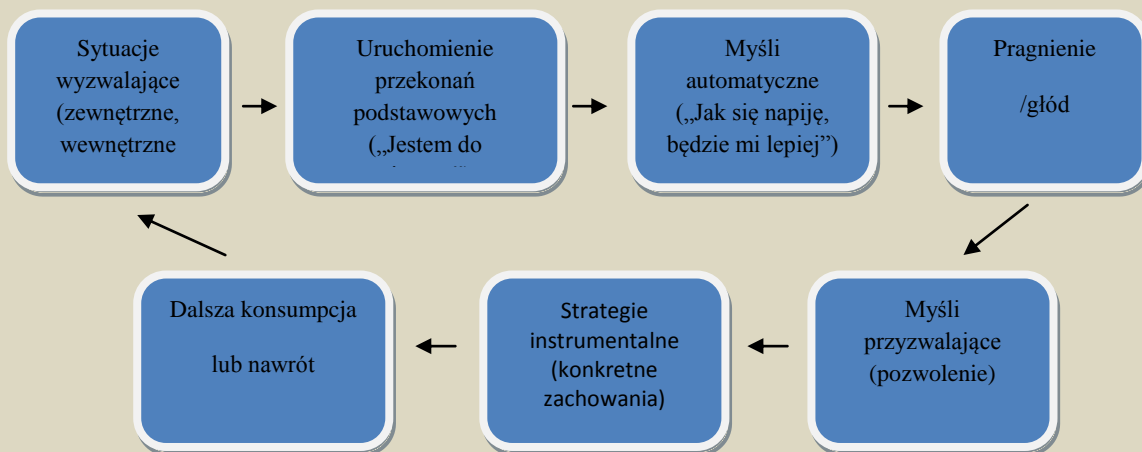
Powyższe argumenty pozwalają stwierdzić, że środowisko, zarówno w swoim szerszym, jak i węższym wymiarze, odgrywa znaczącą rolę w genezie i utrzymywaniu uzależnienia, czego dodatkowe potwierdzenie możemy odnaleźć również w rozlicznych badaniach nad jednojajowymi bliźniętami wychowanymi oddzielnie (Degenhardt, Hall, Teesson, 2005).

2.2.3. Teorie psychologiczne

Psychologiczne koncepcje wyjaśniające zjawiska uzależnienia często wykorzystują pojęcia stosowane również w odniesieniu do opisu zachowań przymusowych lub impulsywnych, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych czy patologicznego hazardu (Miller, 1980 za: Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Widzimy zatem, że zjawisko uzależnień nie jest całkowicie odseparowane od innych zaburzeń z obszaru psychopatologii i może z nimi pozostawać w bliższym bądź dalszym związku. W psychologii istnieje wiele paradygmatów teoretycznych, z których każdy w odrębny sposób tłumaczy powstawanie i rozwój uzależnienia.

Najbardziej rozpowszechnionym i najczęściej stosowanym w praktyce podejściem jest ujęcie poznawczo-behawioralne, które akcentuje decydującą rolę zarówno społecznego uczenia się, procesów warunkowania, jak i zbioru głębokich przekonań, wpływających bezpośrednio na sferę emocjonalną, a pośrednio na behawioralną, człowieka (Beck, Liese, Newman, Wright, 2007). Behawiorysty koncentrują swoją uwagę na zachowaniach obserwowalnych, podkreślając fakt ich podtrzymywania (lub wzrostu prawdopodobieństwa ich wystąpienia) będący konsekwencją wystąpienia wzmacniających owe zachowanie bodźców (West, 1980 za: Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Traktują oni uzależnienie jako

wzór zachowania nawykowego oraz błędne koło zachowań autodestrukcyjnych, będące w obu przypadkach wynikiem połączenia warunkowania klasycznego i warunkowania instrumentalnego. Kluczową rolę ogrywa tu nabyta tolerancja, która spowodowana jest po części uwarunkowanymi reakcjami, mającymi na celu eliminację szkodliwych skutków substancji oraz system pozytywnych i negatywnych wzmocnień związany ze spożywaniem danej substancji bądź wykonywaniem określonej czynności (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). W koncepcjach poznawczych natomiast uzależnienie bywa traktowane jako wynik nadmiernego zaufania do struktur zewnętrznych (bądź do przyjmowania substancji czy określonego zachowania) jako sposobu podtrzymywania psycho-fizycznej homeostazy jednostki (Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Obydwie definicje jednak nie pozostają ze sobą w sprzeczności, lecz de facto uzupełniają się i pogodzone zostały w przedstawionym poniżej modelu uzależnienia.



Rycina 2.2.3. Kompletny model uzależnienia (Beck, Liese, Newman, Wright, 2007, s. 59).

Całościowy model uzależnienia (rycina 2.2.3.) pokazuje jego mechanizm i składa się z siedmiu następujących po sobie etapów. Jego pierwszym elementem są sytuacje wyzwalające (np. spotkanie z przyjaciółmi bądź lęk czy gniew), które powodują uruchomienie podstawowych przekonań jednostki i myśli automatycznych, które w efekcie wywołują pragnienie. Odczuwanie „głodu” prowadzi do powstania myśli przyzwalających, które wywołują konkretne zachowania (np. „Dopóki terminowo wywiązuję się ze swoich obowiązków, mogę pić”). Systematycznie wykonywanie określonych czynności prowadzi do dalszej konsumpcji bądź nawrotu, co w sytuacji trudnej i stresującej (choć nie zawsze taka musi być) prowadzi ponownie do uruchomienia mechanizmu samonapędzającego się „błędne koła” (Beck, Liese, Newman, Wright, 2007). Proces ten odbywa się bardzo szybko, co powoduje, że bywa często postrzegany w kategoriach odruchu warunkowego.

Jednostka jednak nie jest świadoma swoich głębokich przekonań, które przy odpowiednim „wyposażeniu” osobowościowym i sytuacyjnym wpędzają ją w nałogowe i jakże destrukcyjne błędne koło. Model ten wyzwała praktyczne implikacje terapeutyczne, które pozwalają leczącemu się według tego podejścia pacjentowi nie tylko kontrolować zachowania ryzykowne i przyswajać sposoby radzenia sobie z nimi, lecz także umożliwiają rekonstrukcję pierwotnych schematów poznawczych, zastępując je bardziej adaptacyjnymi (Beck, Liese, Newman, Wright, 2007).

Obok modelu poznawczo-behawioralnego istnieją również koncepcje psychoanalityczne oraz wliczane do nurtu humanistyczno-egzystencjalnego, podejścia psychologii Gestalt. Koncepcje te jednak bywają rzadko stosowane przez praktyków, gdyż nie dają zadowalających efektów terapeutycznych (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Właśnie z tego względu w niniejszej pracy zostaną przedstawione jedynie w zarysie, który pozwoli na poznanie wyłącznie podstawowych i najbardziej pierwotnych założeń teoretycznych.

Psychoanaliza w kwestii uzależnień odwołuje się, tak jak w stosunku do wszystkich innych zaburzeń nerwicowych, do wczesno dziecięcego doświadczenia dysfunkcyjnych relacji z rodzicami (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Zdaniem Freuda (1985) pierwotnym nałogiem jest dziecięca masturbacja, która nie dość, że była zakazywana przez rodziców to jeszcze wzbudzała silne poczucie winy, stanowiąc przy tym model dla rozwoju każdego innego uzależnienia. Zadaniem dziecięcej masturbacji jest ucieczka od społecznej kontroli, która odgrywa kluczową rolę w procesie indywiduacji i separacji. Dziecko stara się w ten sposób określić swoją autonomię i potwierdzić spójność swojego Ja. Według Freuda (1985.) wszystkie uzależnienia spełniają podobne funkcje, będąc jednocześnie formą samokarania się za popełnianie czynów społecznie nieakceptowanych. Nurt psychoanalityczny jednak wielokrotnie na przestrzeni lat ewoluował, tworząc liczne odmiany, różniące się między sobą w najrozmaitszych kwestiach. Na gruncie psychologii uzależnień najbardziej cenne wydaje się być podejście psychologii Ja, będącej współczesną formą psychoanalizy, które poszukuje źródeł uzależnień w wadliwym rozwoju osobowości. Nałóg w tym nurcie jest rozpatrywany jako forma autodestrukcji, powiązana z narcystycznym zaburzeniem osobowości. Substancja psychoaktywna staje się szczególnym obiektem miłości, który ujmowany jest jako element własnej osobowości. Osoba uzależniona posiada mało spójne Ja, które łatwo podlega dezintegracji i jest przyczyną deficytów w obszarze adekwatnych i prawidłowych sposobów radzenia sobie z napięciem. Spożywanie substancji

(alkoholu, narkotyków itp.) ma na celu wypełnienie pustki w Ja, powodując przy tym redukcję napięcia i utrzymanie poczucia wartości (Levin, 1995). Psychoterapia analityczna wywodząca się z tego podejścia, ze względu na swoją długotrwałość i specyfikę, wymagającą między innymi zaistnienia procesu przeniesieniowego, przynosi małe efekty terapeutyczne (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

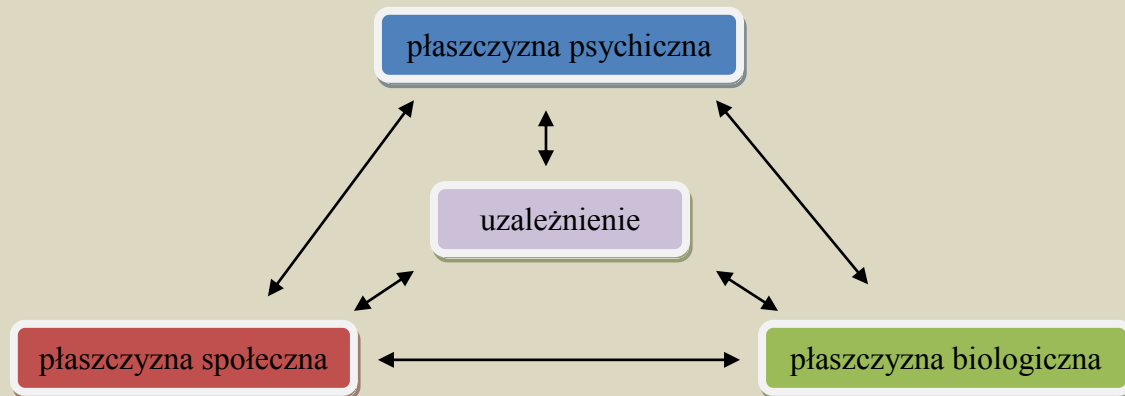
Na gruncie terapii Gestalt kluczem do zrozumienia powstawania uzależnienia jest proces samoregulacji, który gdy przebiega prawidłowo składa się z następujących etapów: (1) wrazenie (2) powstawanie tła, (3) świadomość i tworzenie figury, (4) mobilizacja energii, (5) działanie, (6) kontakt, (7) wycofanie (Mellibruda, 1984). Etapy te tworzą krąg, który każdorazowo aktywowany jest przez pojawiającą się potrzebę i domykany w chwili jej spełnienia (Zinker, 1991). U osób zdrowych cykl ten przebiega w sposób ciągły i realizowany jest w sposób prawidłowy, gwarantując jednostce adekwatne funkcjonowanie w społeczeństwie i względną satysfakcję. U jednostki uzależnionej natomiast, dochodzi do uszkodzenia całego procesu samoregulacji, przy czym najbardziej zaburzone są fazy kontaktu i wycofania. Wrażenia i tło ulegają uszkodzeniu w momencie nadmiernego picia czy spożywania innej substancji psychoaktywnej, gdyż stają się bardziej zubożone i monotematyczne, dostarczając wciąż tych samych bodźców. Co za tym idzie, figura wyłaniająca się z tła, reprezentuje niezdrowe potrzeby, stając się de facto sztuczną figurą zastępczą. W wyniku powstania i utrwalenia się takiej potrzeby, dochodzi do pseudokontaktu i niemożności wycofania się spod ciągłego wpływu spożywanej substancji. Nie dochodzi do naturalnego procesu zaspokojenia potrzeby, gdyż sztywna figura związana z uzależnieniem domaga się ciągłej realizacji, ograniczając przy tym inne pragnienia. W efekcie samoregulacja się rozpada i zastępowana jest nałogową regulacją, na przykład alkoholową (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

2.2.4. Integrujący model uzależnienia

Niestety widzimy, że opisane wyżej paradygmaty psychologiczne, biologiczne i społeczno-kulturowe nie dają spójnego obrazu problemu uzależnień, a co za tym idzie uniemożliwiają jednolite spójne działania praktyczne. Mellibruda (1997a) kierując się potrzebą odnalezienia wspólnej płaszczyzny, integrującej wszystkie wymienione koncepcje, stworzył bio-psycho-społeczny model uzależnienia od alkoholu. Co prawda model ten, w swym założeniu i podstawach badawczych opisuje wyłącznie problem nałogu

alkoholowego, możemy go jednak, z pewną dozą ostrożności, zaaplikować na inne rodzaje uzależnień, uwzględniając oczywiście przy tym ich specyfikę.

Dominującą rolę w tym modelu teoretycznym odgrywa płaszczyzna psychologiczna, jednak wynika to ze względów czysto praktycznych, umożliwiających późniejsze skuteczne oddziaływania terapeutyczne. W szerszym kontekście bowiem niemożliwe i nierealne jest zmienianie konstytucjonalnych biologicznych cech danej jednostki i całkowite wyizolowanie jej z określonego środowiska. Model ten jednocześnie podkreśla rolę integracji wszystkich pozostałych płaszczyzn i konieczność rozpoznania oraz zanalizowania kluczowych czynników, które stanowią pośrednie lub bezpośrednie korelaty analizowanych zjawisk psychologicznych. Nie opisuje on dokładnie najnowszych wyników badań biochemicznych czy analiz społecznych, lecz akcentuje potrzebę tworzenia „pomostów” poznawczych pomiędzy wszystkimi trzema płaszczyznami, gdyż tylko holistyczne spojrzenie na człowieka gwarantuje pełny sukces (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Opisany powyżej model możemy przedstawić w formie schematu, który ilustruje przenikanie się wszystkich trzech sfer: psychicznej, społecznej i biologicznej oraz występujące pomiędzy nimi współzależności, które są de facto kluczem do zrozumienia zjawiska uzależnienia (rycina 2.2.4).



Rycina 2.2.4. Bio-psycho-społeczny model uzależnienia (opracowanie własne).

Najistotniejszym elementem tego modelu są specyficzne mechanizmy, które leżą u podstaw bezsilności uzależnionego wobec postępującego i subiektywnie niedającego się zatrzymać procesu samozniszczenia i dezintegracji całego jego życia. Mechanizmy te są wynikiem kontaktu jednostki z alkoholem i skutkiem jej nietrzeźwego zachowania, przy czym istotne jest tu zarówno oddziaływanie psychofarmakologicznego samego alkoholu, jak i psychospołeczne konsekwencje jego spożywania. Proces uzależnieniowy aktywizowany jest przez negatywne stany emocjonalne, będące wynikiem stresujących wydarzeń

i specyficznych okoliczności zewnętrznych. Do owych czynników inicjujących możemy zaliczyć między innymi: choroby somatyczne i psychiczne, braki w umiejętnościach radzenia sobie, liczne problemy osobiste oraz destrukcyjną postawę życiową. Widzimy, że mnogość możliwych czynników spustowych jest ogromna, jednak za każdym razem powstanie uzależnienia musi być poprzedzone dłuższym bądź krótszym okresem przyjmowania danej substancji, którego wynikiem jest utrata kontroli nad własnym zachowaniem (Mellibruda, 1997a). Właśnie na gruncie, opisaną powyżej, bio-psycho-społecznej podatności u określonej jednostki wykształcają się specyficzne mechanizmy uzależnienia, które zniekształcają zarówno jej procesy emocjonalne, jak i jej systemy poznawcze i procesy związane z funkcjonowaniem systemu Ja. „Do podstawowych mechanizmów zaliczamy:

- **mechanizm nałogowego regulowania emocji**, który tworzy silne pragnienie alkoholowe i emocjonalną izolację pacjenta od zewnętrznego świata i realiów życia;
- **mechanizm iluzji i zaprzeczania**, który podporządkowuje pracę umysłu pacjenta jego pragnieniom alkoholowym o powoduje dezintegrację uniemożliwiającą poszukiwanie konstruktywnych rozwiązań;
- **mechanizm dezintegracji Ja**, który uniemożliwia pacjentowi powstrzymanie picia i konstruktywne kierowanie własnym postępowaniem” (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006, s. 115).

Człowiek uzależniony kieruje się owymi sztywnymi mechanizmami, które pozostając we wzajemnych zależnościach, uniemożliwiają mu prawidłowe funkcjonowanie, zamykając go w więzieniu swojego nałogu. Uzależniona jednostka zmuszona jest do eliminowania przykrych stanów emocjonalnych, których de facto w miarę pogłębiania się uzależnienia przybywa, za pomocą alkoholu, ponieważ w jej subiektywnym odczuciu inny sposób nie istnieje lub jej po prostu nierealny. Mechanizm nałogowego regulowania uczuć wyjaśnia powstawanie pragnienia alkoholowego, jego siłę i częstość oraz subiektywne poczucie przymusu jego zaspokajania. Drugi mechanizm, iluzji i zaprzeczania, pozwala zrozumieć poznawcze funkcjonowanie jednostki, która korzystając z myślenia magiczno-życzeniowego żyje w złudnym świecie pozytywnych konsekwencji alkoholu. Osoba taka nie dostrzega przykrych i poważnych skutków nadużywania określonej substancji, przeceniając przy tym jej atrakcyjność i użyteczność (Johnson, 1992). Nie wierzy w możliwość rozstania się z alkoholem i wiąże z nim irracjonalne nadzieje, mające na celu rozwiązanie jej dotychczasowych problemów („Jak się napiję, to będę czarujący i ona się na pewno we mnie

zakocha”). Ostatni mechanizm związany jest z organizacją funkcjonowania Ja i z jego strukturą treściową. Powoduje rozproszenie, rozszczepienie i wydrążanie Ja, które tworzy biegunowo skrajne wizje samego siebie. Mechanizm ten przyczynia się również do dysfunkcji w obszarze wartościowania, standardów moralnych, poczucia tożsamości i sprawczości, powstrzymując przy tym jednostkę od racjonalnego kierowania własnym życiem i przyjmowania odpowiedzialności za własne czyny (Dodziuk, Kapler, 1999).

Model ten, nie tłumaczy co prawda wszystkich mechanizmów uzależnienia, lecz mimo tego ma ogromną wartość praktyczną, gdyż umożliwia budowanie skutecznych planów terapii (Mellibruda, 1997b). Efektywna terapia, bowiem nie polega jedynie na zaprzestaniu picia czy uwolnieniu się od substancji psychoaktywnej, lecz koncentruje się głównie na eliminacji patologicznych mechanizmów, utrwalających nałogowe funkcjonowanie danej jednostki. W poniższym podrozdziale zostanie przedstawione, zmienione pod wpływem nałogu, funkcjonowanie osób uzależnionych oraz ich charakterystyczne cechy.

2.3. Charakterystyka osób uzależnionych

„[...] uzależnienie występuje u osób o bardzo różnej historii życia, o różnych cechach osobowości i stylu temperamentalnym, a także towarzyszy różnym zaburzeniom psychopatologicznym i schorzeniom somatycznym” (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006, s.124). Z tego właśnie powodu w niniejszym podrozdziale spróbujemy przedstawić cechy wspólne, pomijając indywidualne różnice, gdyż mogłyby wprowadzić niepotrzebny chaos.

Pierwszą grupą czynników, wspólną dla prawie wszystkich uzależnionych, jest występowanie specyficznych chorób somatycznych i zaburzeń psychicznych. Są one niejednokrotnie konsekwencją uzależnienia, lecz w rzeczywistości trudno stwierdzić czy mają charakter wtórny czy pierwotny w stosunku do nałogu (Mellibruda, 1997a). Mogą to być przeróżne schorzenia, często typowe lub występujące prawie wyłącznie u uzależnionych, takie jak: marskość wątroby, psychoza poalkoholowa czy zespół amnestyczny, jednak de facto ich liczba i rodzaj są nieograniczone. W sferze zdrowia fizycznego wszelkie uzależnienia związane z substancjami psychoaktywnymi siłą rzeczy zmuszone są do oddziaływania na każdy układ, co często prowadzi do upośledzenia układu: odpornościowego, nerwowego, oddechowego, krążenia, wydzielania wewnętrznego oraz mięsno-szkieletowego (Baran-Furga, Steinbartch-Chmielewska, 1999). W kontekście zdrowia psychicznego występuje dość silna korelacja pomiędzy uzależnieniem

a zaburzeniami nastroju (głównie depresją), zaburzeniami osobowości i zaburzeniami lękowymi, a w szczególności fobiami i stanami lękowymi (Butcher, Carson, Mineka, 2003). Widzimy zatem, że nałóg powoduje szkody w każdym zakamarku ludzkiego ciała, nie oszczędzając ani psychiki ani organizmu. Nie rzadko jednak odbywa się to poza świadomością danej jednostki i wychodzi na jaw dopiero w fazie zaawansowanej, kiedy trudno już cokolwiek z tym zrobić. W fazach początkowych bowiem problemy występujące w sferze zdrowia somatycznego i psychicznego często bywają przez samych uzależnionych bagatelizowane i pomijane, jednak czy tego pacjent chce czy nie pełnią one specyficzną rolę w jego życiu. Niejednokrotnie są źródłem negatywnych stanów emocjonalnych i nawarstwiającego się stresu, a w efekcie, uruchamiając patologiczne mechanizmy, stają się kolejnymi czynnikami utrwalającym nawyk (Mellibruda, 1997b).

Drugą charakterystyczną cechą osób uzależnionych jest destrukcyjna orientacja życiowa, która stanowi kompleks wielu połączony ze sobą czynników, których wspólnym mianownikiem jest to, że są źródłem stresu i trudności osobistych. Wśród tych czynników możemy wyróżnić trzy główne grupy: (1) nastawienie autodestrukcyjne, czyli między innymi myśli samobójcze lub niskie poczucie własnej wartości, (2) destrukcyjne schematy relacji interpersonalnych, które obejmują postawy obronne, podejrzliwość, brak zaufania i nastawienie antyspołeczne oraz (3) rozpad systemu wartości i brak konstruktywnej wizji świata (nihilizm, brak wiary w pozytywne wartości, zwątpienie). Taka orientacja życiowa nie jest specyficzna tylko dla osób uzależnionych, gdyż odnaleźć ją możemy wśród wielu innych zaburzeń. Różnica polega na tym, że u osób borykających się z nałogiem aktywizuje ona i napędza mechanizmy, które przyczyniają się do pogłębiania uzależnienia (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006).

Kolejne cechy oscylują wokół deficytów w zakresie umiejętności życiowych, takich jak komunikacja interpersonalna (np. przyjmowanie informacji, wywieranie wpływu, wyrażanie własnej opinii i potrzeb), umiejętności intrapersonalne (samoświadomość, kontakt w własnymi prawdziwymi emocjami i potrzebami itp.) oraz rozwiązywanie zadań, dotyczących nie tylko sfery zawodowej, ale również czynności wykonywanych w domu, jak i zwykłej, codziennej samoobsługi. Braki w zakresie podstawowych umiejętności życiowych są bezpośrednio powiązane z często pojawiającymi się problemami emocjonalnymi, które przeważnie koncentrują się wokół czterech następujących obszarów: (1) subiektywne poczucie krzywdy, połączone z poczuciem winy i wstydu, (2) lęk, smutek oraz poczucie osamotnienia, (3) agresja i złość oraz (4) problemy związane z relacjami partnerskimi, często

dotyczące również życia seksualnego (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Owe deficyty i trudności sprawiają, że obiektywnie proste zadanie staje się dla osoby uzależnionej niemożliwe do wykonania, czego konsekwencją jest pojawiający się stres i napięcie, które uruchamiają mechanizmy nasilające zachowania nałogowe (Mellibruda, 1997a).

Gdybyśmy wzięli pojedynczo każdego uzależnionego to z pewnością moglibyśmy odnaleźć jeszcze wiele innych cech, ale byłyby one wypadkową jego indywidualnych skłonności, wpływu środowiska oraz kontaktu z czynnikiem uzależniającym i być może byłyby reprezentatywne tylko dla niego, a nie dla ogółu uzależnionych.

2.4. Metody leczenia uzależnień

Wielość możliwych oddziaływań terapeutycznych wobec uzależnionych jest ogromna, jednak współcześnie dominują trzy zasadnicze nurty: terapia poznawczo-behawioralna, program Dwunastu Kroków oraz motywacyjna terapia wzmacniająca. Wszystkie trzy, mimo swojej odrębności charakteryzują się podobną, dość wysoką skutecznością, co zostało potwierdzone między innymi w podłużnych badaniach w ramach projektu MATCH (Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Na uwagę zasługuje również terapia strategiczno-strukturalna, która stara się łączyć najskuteczniejsze elementy powyższych podejść, koncentrując się głównie na eliminacji mechanizmów warunkujących powstanie i utrzymywanie się uzależnienia (Mellibruda, 1997b)

Koncepcja poznawczo-behawioralna została opisana powyżej, dlatego w tym podrozdziale terapią wyrastającą z tego nurtu zajmiemy się tylko pobieżnie. Terapia ta skoncentrowana jest na rozwiązaniu problemu, którym jest patologiczny nawyk i ze względu na ściśle określone cele, jest raczej krótkoterminowa (Grzesiuk, 2005). Głównymi celami są: likwidacja nieprawidłowych przekonań leżących u podstaw procesu uzależnieniowego, eliminacja nałogowych zachowań oraz nauka bardziej adaptacyjnych metod radzenia sobie z codziennymi problemami. Wśród stosowanych technik wyróżnić możemy metody skoncentrowane na zachowaniach i służące między innymi nauce nowych umiejętności (trening asertywności, relaksacyjny) oraz techniki poznawcze, zajmujące się nałogowymi przekonaniami i myślami, takie jak dialog sokratejski czy technika „opadającej strzały” (Beck, Liese, Newman, Wright, 2007). Oprócz konkretnych i sprawdzonych metod w tym podejściu niezwykle cenne jest systematyczne ocenianie wyników terapii oraz stosowanie strategii podnoszących samoskuteczność pacjentów. Terapia poznawczo-behawioralna łączy

w sobie trening samoregulacji ze zmianą destrukcyjnych przekonań i postaw, często wykorzystując zarówno formę spotkań grupowych, jak i sesji indywidualnych (Grzebiuk, 2005).

Program Dwunastu Kroków jest formą „samo wzajemnej psychoterapii” i ma swój rodowód w stowarzyszeniu Anonimowych Alkoholików (Finski, 2000). Mimo, że pierwotnie był stosowany tylko w odniesieniu do alkoholizmu, może być z powodzeniem stosowany w leczeniu innych uzależnień, czego dowodem są powstające na wzór AA coraz to nowsze grupy samopomocowe zorientowane na inne środki czy czynności prowadzące do nałogu (Degenhardt, Hall, Teesson, 2005). Po raz pierwszy został sformułowany przez samych alkoholików na podstawie ich własnych doświadczeń, zarówno dotyczących historii picia, jak i przebiegu zdrowienia. Kluczowe w tym programie jest uznanie, że uzależnienie jest chorobą jednocześnie duszy, ciała oraz umysłu i w celu wyzdrowienia potrzebny jest kompleksowy program działający na wszystkie te sfery. Z tego właśnie względu w owych dwunastu krokach znajdujemy odwołanie do sfery duchowej, które na pierwszy rzut oka może przywoływać skojarzenia z organizacjami i sektami religijnymi, niemającymi nic wspólnego z rzetelną terapią. Terapia realizowana jest systematycznie, w ściśle określony sposób, w ramach cotygodniowych mityngów zgodnie z kolejno wytyczonymi krokami, mając przy tym strukturę analogiczną do wielu innych psychoterapii (Finski, 2000). Każdy leczący się uzależniony przechodzi przez poszczególne etapy, przyjmując po kolei następujące stwierdzenia: „(1) przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu, że przestaliśmy kierować własnym życiem, (2) uwierzyliśmy, że Siła Większa od nas samych może przywrócić nam zdrowie, (3) postanowiliśmy powierzyć naszą wolę i nasze życie opiece Boga (jakkolwiek Go pojmujemy), (4) zrobiliśmy gruntowny i odważny obrachunek moralny, (5) wyznaliśmy Bogu, sobie i drugiemu człowiekowi istotę naszych błędów, (6) staliśmy się całkowicie gotowi, aby Bóg uwolnił nas od wszystkich wad charakteru, (7) zwróciliśmy się do Niego w pokorze, aby usunął nasze braki, (8) zrobiliśmy listę osób, które skrzywdziliśmy i staliśmy się gotowi zadośćuczynić im wszystkim, (9) zadośćuczyniliśmy osobiście wszystkim, wobec których było to możliwe, za wyjątkiem tych przypadków, gdy zraniłoby to ich lub innych, (10) prowadziliśmy nadal obrachunek osobisty, z miejsca przyznając się do popełnionych błędów, (11) dążyliśmy poprzez modlitwę i medytację do coraz doskonalszej więzi z Bogiem, jakkolwiek Go pojmujemy, prosząc jedynie o poznanie Jego woli wobec nas oraz o siłę do jej spełniania, (12) przebudzeni duchowo w rezultacie tych Kroków, staraliśmy się nieść posłanie innym alkoholikom i stosować te zasady we wszystkich naszych

poczynaniach” (Johnson, 1992, s.237). Program Dwunastu Kroków, pomimo swojej skuteczności, niesie ze sobą pewne zagrożenia, z których na pierwszy plan wysuwa się brak profesjonalnej opieki przy jednoczesnym przecenianiu roli indywidualnych doświadczeń. Ruchy samopomocowe są łatwo dostępne, darmowe i nie wymagają dużego nakładu czasu, ale z drugiej strony nie są poddawane żadnej ewaluacji, która wykazywałaby, które ich elementy faktycznie pomagają, a które mogą potencjalnie szkodzić (Ilnicka, 2003). Warto zatem połączyć Program Dwunastu Kroków z fachową psychoterapią, odbywającą się pod okiem wyszkolonych profesjonalistów.

Motywacyjna terapia wzmacniająca jest stosunkowo nowym podejściem, stworzonym przez Millera i Rollnicka, której nadrzędnym celem, niezależnie od leczonego zaburzenia, jest wzrost wewnętrznej motywacji do zmiany. Czerpie z wielu nurtów, odwołując się przede wszystkim do podejścia humanistycznego, terapii systemowej, terapii poznawczo-behawioralnej oraz teorii wywodzących się z psychologii inspiracji i motywacji. Terapia ta nie koncentruje się na mechanizmach, lecz poprzez niekonfrontacyjny sposób prowadzenia rozmowy, zmienia motywację zewnętrzną (czyli często tą, z którą pacjent zgłosił się na leczenie) na wewnętrzną. Terapeuta skupia swoją uwagę na zasobach i mocnych stronach każdego pacjenta, pomagając mu je odnaleźć oraz wskazując, że wyleczenie jest możliwe i dojść do niego można wieloma drogami. W leczeniu uzależnienia terapia motywująca jest szczególnie skuteczna w zmniejszaniu oporu pacjentów, podnoszeniu ich aktywności w trakcie leczenia oraz tworzeniu i realizowaniu celów po zakończeniu terapii (Jaraczewska, 2008).

Strategiczno-strukturalna terapia opiera się na bio-psycho-społecznym modelu uzależnienia i jej głównymi celami są: (1) wzrost umiejętności stałego utrzymywania abstynencji, (2) zwiększenie zdolności jednostki w obszarze rozwiązywania problemów, (3) nauka zdrowego i konstruktywnego sposobu życia oraz (4) eliminacja zaburzeń somatycznych i psychicznych. Realizowane są poprzez identyfikację mechanizmów uzależnienia (iluzji i zaprzeczenia, nałogowego regulowania uczuć oraz dezintegracji Ja), ich modyfikację oraz likwidację na rzecz bardziej adekwatnych, sprzyjających zdrowemu stylowi życia. W tym celu konieczne jest określenie celu i zadań strategii terapeutycznych, formy oraz struktury terapii, a także roli zarówno pacjenta, jak i terapeuty. Zwykle odbywa się w pięciu następujących po sobie etapach, z których każdy ma swoją specyfikę, wyrastającą z realizacji określonych zadań, gdyż w skutecznej terapii niezbędne jest stopniowe postępowanie, zorientowane po kolei na najważniejsze w danej chwili aspekty: rozpoczęcie procesu

zdrowienia oparte na budowaniu motywacji do leczenia, uznanie własnego uzależnienia i próba abstynencji, zmiana mechanizmów uzależnienia oraz walka z nawrotami, modyfikacja zachowań nałogowych, i w końcu rozwiązanie problemów osobistych, powstałych między innymi na gruncie uzależnienia (Mellibruda, 1997b).

Leczenie uzależnień może odbywać się wielotorowo, zarówno w formie profesjonalnej, jak i nieprofesjonalnej, koncentrując się na różnych jego sferach (behawioralnej, poznawczej, emocjonalnej) lub ujmując problem całościowo. Może być krótkoterminowe bądź długoterminowe, odbywające się w formie ambulatoryjnej lub na zamkniętym oddziale. Każdorazowo jednak cel terapii, a jest nim eliminacja zaburzenia wraz z całą gamą towarzyszących mu powikłań, pozostaje ten sam, co umożliwia zamienne stosowanie różnych rodzajów pomocy psychologicznej.

Zjawisko uzależnień jest niezwykle skomplikowane i właśnie z tego względu, w niniejszej, wyłącznie przeglądowej pracy, nie sposób przedstawić w sposób dogłębny wszystkich jego aspektów, uwzględniając całą ich różnorodność i złożoność. Kluczowe znaczenie dla tej pracy stanowi opis mechanizmów uzależnienia oraz charakterystyka osób uzależnionych, gdyż stanowią one podstawę do zrozumienia badanych zmiennych, opisanych w następnych rozdziałach.

*Tragedią współczesnego człowieka jest nie to,
że wie on coraz więcej o sensie swego życia,
lecz że coraz mniej zajmuje się tym pytaniem.*

Vaclav Havel

3. System wartości i poczucie koherencji

Na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że umieszczanie w jednym rozdziale dwóch tak odmiennych pojęć nie ma żadnego, najmniejszego nawet, uzasadnienia. Jednak, analizując dogłębnie obydwa konstrukty dochodzimy do wniosku, że mają one wiele cech wspólnych. Obydwa ujmowane są przeważnie na gruncie psychologii poznawczej, stanowią rodzaj subiektywnych przekonań, odgrywających istotną rolę w życiu jednostki. Po drugie akcentują rolę człowieka jako podmiotu kształtującego swoje życie, dokonującego wyborów oraz stanowiącego sobie cele, a nie – będącego jedynie zewnętrznym zdeterminowanym przedmiotem, podlegającym dominującym wpływom otoczenia (Cieciuch, 2009).

3.1. System wartości

Zajmowanie się wartościami dawno przestało być domeną filozofów, psychologów czy teologów, gdyż we współczesnym świecie jest to temat na tyle atrakcyjny i budzący tyle emocji, że wykorzystują go zarówno politycy, jak i specjaliści od reklamy czy marketingu. Niewielu jednak z nich, zdaje sobie sprawę, że jest to pojęcie wieloznaczne, które budzi wiele kontrowersji terminologicznych i metodologicznych (Rohan, 2000). Czy jednak możemy się obejść bez wartości? Odwołując się do własnego doświadczenia widzimy wyraźnie, że każdy z nas w swoim życiu kieruje się jakimiś wartościami, które tworzą mniej lub bardziej poukładaną hierarchicznie strukturę, wyznaczającą nasze codzienne zachowania. Allport (1961) twierdzi, że wartości są podstawową siłą ukierunkowującą nasze działania i określającą nasz punkt widzenia. Odgrywają one kluczową rolę w naszym życiu, niezależnie od tego czy są one uświadamiane czy pozostają w sferze nieświadomej. To właśnie one decydują o tym, co jest dla nas ważne, ustalają nasze priorytety, kierują naszymi wyborami i pragnieniami. Właśnie z tego powodu problematyka wartości od wieków była tematem, który pasjonował naukowców, którzy tworzyli liczne definicje wartości, układali teorie, modele i klasyfikacje, jednak częstokroć wybierając tylko jeden, właściwy dla ich dziedziny nauki, punkt widzenia i redukując przy tym złożoność zagadnienia. W tym nieuporządkowanym chaosie Kamiński (1986) wyróżnił cztery podstawowe perspektywy dotyczące rozumienia wartości: ontologiczną, epistemologiczną, semiotyczną oraz

humanistyczną. W niniejszej pracy zostanie wykorzystane podejście psychologiczne, będące węższym zakresem perspektywy humanistycznej i akcentujące badanie postaw, przekonań wobec wartości, proces ich uświadamiania oraz stopień przeżywania. Istotnym elementem tej perspektywy jest także odkrywanie możliwych związków wartości z osobowością oraz sferą behawioralną człowieka (Brzozowski, 2007).

3.1.1. Pojęcie wartości i jego definicje

Na gruncie psychologii wartości rozumiane mogą być jako: (1) obiekt pożądania, (2) postawa, selekcyjująca, czyli spełniająca funkcję kryterium wyboru motywów działania, (3) czynnik, decydujący o wyborze celów oraz możliwych dróg ich realizacji, przy czym akcent kładziony jest na emocje, które towarzyszą pożądanemu przedmiotowi, (4) kryterium wyboru celów, przy uwzględnieniu racjonalnego uzasadnienia owego wyboru. Takie rozumienie wartości jest ściśle powiązane z dokonywaniem wyboru i jego uzasadnianiem. Uwzględniając jednak całą różnorodność kryjącą się w tym pojęciu, widzimy, że podejście to nie wyczerpuje całkowicie problematyki omawianego zjawiska (Matuszewicz, 1975). Należy zatem odwołać się do innego podziału, który uwzględnia nie tylko aspekt wolicjonalny wartości, lecz również poznawczy i afektywny. Misztal (1975) biorąc za punkt wyjścia rolę wartości w życiu społecznym człowieka, proponuje czteroelementową klasyfikację definicji, które traktują wartość kolejno jako:

- element systemu przekonań jednostki, mający charakter normatywny bądź nie;
- przekonanie jednostek dotyczące działań, stanów bądź przedmiotów godnych pożądania;
- przedmiot, zaspokajający potrzeby danej osoby;
- zachowanie jednostki.

W pierwszej grupie wartości rozumiane są jako zjawiska psychiczne o charakterze poznawczym (bądź poznawczo-afektywnym), zajmujące centralne miejsce w systemie przekonań jednostki i decydujące o kierunku jej dążeń. Druga grupa odnosi się do koncepcji m.in. Masłowa, Dąbrowskiego czy Fromma i odnosi się do zdolności człowieka do realizacji własnego potencjału, rozwijania swoich umiejętności i zasobów w oparciu o wartościujące decyzje określające najlepszą drogę jednostkowego rozwoju. Następną grupą koncentruje się wokół indywidualnych potrzeb, które zaspokajane są w kontakcie z danym przedmiotem, przez co on staje się wartością, do której należy dążyć (Misztal, 1975). Definicje umieszczone w ostatniej grupie, utożsamiają wartości ze sferą behawioralną, gdyż tylko i wyłącznie

poprzez konkretne działanie możliwe jest odkrycie aksjologicznej sfery jednostki (Adler, 1956 za: Kloska, 1982).

Powyższe podziały próbują wprowadzić pewien porządek w morzu definicji wartości, jednak wciąż nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie: czym jest wartość? Z tego względu w niniejszej pracy opierać się będziemy na koncepcji Schelera (za: Węgrzecki, 1975), która wyróżnia dwa rodzaje wartości: (1) idealne i (2) materialne (wartościowe dobra, rzeczy), w których te pierwsze się realizują i ukonkretniają. Takie rozumienie wartości pozwala nie tylko na pogodzenie różnych definicji, ale również na badanie subiektywnie odczuwanych wartości w ich hierarchicznym porządku w oparciu o wykorzystanie Skali Wartości Schelerowskich (SWS).

3.1.2. Wybrane koncepcje i klasyfikacje wartości

Opisane poniżej koncepcje zostały wybrane z całego szeregu teorii dotyczących wartości ze względu na ich nieocenione znaczenie i ważność na gruncie filozofii oraz psychologii. Stanowią one również podwaliny do badań empirycznych wykorzystanych w niniejszej pracy.

3.1.2.1. Teoria wartości M. Schelera

Punktem wyjścia dla niniejszej pracy jest koncepcja Schelera, która wskazuje na dwojaki rozumienie wartości, jako idei oraz jako rzeczy, w których owe idee się urzeczywistniają (Brzozowski, 2007). Wartości jako idee istnieją realnie i obiektywnie, czyli w pełni niezależnie od podmiotu. Mogą zostać odkryte przez człowieka, pomimo tego, że nie są ani cechami ani obiektami fizycznymi, lecz poznawane są nie na drodze zmysłowego doświadczenia czy rozumowania, lecz poprzez intuicję i emocje. To właśnie akty emocjonalne, a zwłaszcza miłość i nienawiść, pozwalają stwierdzić obecność wartości oraz ocenić ich jakość. Miłość rozszerza horyzont poznawczy świata wartości, pozwalając dostrzec, a następnie dotrzeć do różnych wartości. Zdaniem Schelera (1966, za Węgrzecki, 1975) każdej wartości możemy przyporządkować cztery cechy i na podstawie ich natężenia uporządkować opisywane wartości w sposób hierarchiczny. Zasadę podziału stanowią: czas trwania, zasięg, niezależność i głębokość zadowolenia, których odpowiednia konfiguracja stawia pewne grupy (modalności) wartości ponad innymi. Możemy wyróżnić pięć grup wartości od najwyższej:

1. **religijne (absolutne)**, dotyczącego tego, co jest i nie jest święte.
2. **duchowe (kulturowe)** w obrębie których wyróżniamy trzy podgrupy:

- a. estetyczne (wymiar brzydkie-piękne)
 - b. wartości porządku prawnego (słuszne kontra niesłuszne)
 - c. poznawcze (prawda w opozycji do fałszu);
3. **witalne (życia)** związane z zachowaniem zdrowia (zarówno fizycznego, jak i psychicznego) oraz życia;
 4. **użytkowe (cywilizacyjne)**, które są pochodne i dotyczą tego, co użyteczne i nieużyteczne
 5. **hedonistyczne (przyjemnościowe)**, które koncentrują się wokół doznawania stanów przyjemności i przykrości, zarówno w aspekcie czysto zmysłowym, jak i emocjonalnym;

Powyższy porządek zdaniem Schelera (1966, za: Węgrzecki, 1975) jest niezmienny i w pełni niezależny w odniesieniu do aktualnego kontekstu sytuacyjnego, perspektywy czasowej czy szerokości geograficznej. Nadużyciem z jego strony byłoby twierdzenie, że udało mu się opisać wszystkie istniejące w rzeczywistości grupy wartości, dlatego nie wyklucza on, że jest w miarę postępu badań uda się odkryć nowe modalności wartości lub przetasować powyższą hierarchię. Do określenia wysokości i rangi wartości wykorzystywane są akty preferowania, jednak z racji tego, że są one czysto subiektywne mogą ulegać pewnym złudzeniom i błędom, pojawiającym się w wyniku resentymentów (czyli pretensji prowadzących do chęci rewanżu, zemsty czy wywołujących złość i nienawiść). Należy również podkreślić fakt, że świat wartości nie jest tożsamy z ludzką świadomością wartości, która dla danej grupy społecznej w określonym przedziale czasowym nosi nazwę etosu. Hierarchia wartości istnieje niezależnie od postrzegających ją ludzi, natomiast treść świadomości na przestrzeni lat się zmienia, co w efekcie powoduje zmianę moralności, czyli systemu reguł rządzących preferowaniem konkretnych wartości. Właśnie z tego względu w różnych epokach możemy zaobserwować dominującą rolę innych wartości.

3.1.2.2. System wartości według J. Tischnera

Podobnie do kwestii wartości podszedł Tischner (1982) twierdząc, iż realnie istnieje hierarchia wartości, mająca obiektywny charakter. Przyrównał ją do partytury utworu muzycznego, którego wykonanie może być gorsze lub lepsze. Stosując tę analogię twierdził, że hierarchia wartości poprzez to, że jest idealna musi zostać zrealizowana i odbywa się to zarówno przez człowieka, jak i w nim samym. Człowiek urzeczywistniając wartości, kształtuje samego siebie i pośrednio otaczający go świat.

Ułożył on wartości w sposób hierarchiczny, najniżej stawiając wartości hedonistyczne (przyjemne-nieprzyjemne), następnie witalne (życia i śmierci, zdrowia i choroby), poprzez duchowe (m.in. prawda, piękno, dobro, życzliwość), a na świętych kończąc. Ostatnia grupa wartości, której przeciwstawił demoniczność, nadaje sens wszystkim pozostałym i dzieli się na dwie podgrupy: (1) wartości absolutnie święte i (2) wartości „po ludzku święte”, czyli ojczyzna, naród, historia itp. O tym, jakie wartości znajdują się najwyżej w hierarchii decyduje ich trwałość, głębokość szczęścia, jaką dają oraz ich zdolność do nadawania sensu innym wartościom. Istnieją jednak pewne błędy w odczuwaniu i realizowaniu wartości, które w głównej mierze polegają na nadmiernej koncentracji na jednej grupie przy jednoczesnym pomijaniu pozostałych, co każdorazowo rodzi pewne komplikacje. Oprócz „jednostronności” wśród błędów dotyczących wartości Tischner (1982) wymienia również zakłamanie, podłość i niekonsekwencję moralną, które wprowadzają niespójność w sferze moralnej człowieka, przekładającą się na jego zachowanie. Jednak pomimo tego, iż wartości mogą przysparzać wiele problemów, to usunięcie ich z ludzkiego życia jest niemożliwe, gdyż są one nieodłącznym atrybutem każdej ludzkiej egzystencji.

3.1.2.3. Koncepcja C. Kluckhohna

Wartości w rozumieniu Kluckhohna (1962, za: Brzeziński, 2007) wpływają na dokonywanie wyboru sposobów, środków i celów działań, określając co jest, a co nie jest godne pożądania. Zawierają elementy afektywne, poznawcze i wolicjonalne, jednak nie mogą zostać uznane za zwykłe preferencje, gdyż dają się każdorazowo uzasadnić racjonalnie bądź moralnie i sprowadzają do tego, czego dana jednostka pragnie i wierzy, że powinna pragnąć. Są to przede wszystkim zjawiska o charakterze społecznym, będące efektem interakcji społecznych i mające na celu regulowanie ludzkich zachowań. Wszędzie tam, gdzie istnieją wartości, mamy do czynienia z pewnymi kodeksami i standardami określającymi limity dopuszczalnych kosztów konkretnych zachowań. Spontaniczne pragnienie po wnikliwej analizie w kontekście wyznawanych wartości nie musi zostać zrealizowane, gdyż dana jednostka może wyżej cenić aprobatę społeczną niż „chwilowe zachcianki”. Wartości są co prawda produktem szeroko rozumianej kultury, jednak każda jednostka interpretuje je po swojemu, nadając im niepowtarzalne znaczenie. Niektóre z tych wartości stają się przez to elementem struktury „Ja”, warunkując osobiste poczucie tożsamości. W momencie, gdy wartości zostaną naruszone, pojawia się poczucie winy, wstydu lub obniża się samoocena. Wartości pozwalają na dopasowanie zachowań do hierarchii celów danej jednostki, tak aby były spójne z osobowością lub społeczeństwem. Gdy człowiek zachowuje się niespójnie,

przecząc swojemu systemowi wartości, staje się tratwą dryfującą po nieznanym i nieprzewidywalnym wodach. Zachowania niezgodne z wartościami z punktu widzenia społeczności są egoistyczne, a w odniesieniu do osobowości – autystyczne. Lekceważenie wartości bowiem pociąga za sobą karę czy to wymierzoną przez otoczenie czy będącą po prostu konsekwencją własnych działań. Dobrą ilustracją ignorowania wartości może być życie alkoholika, który prędzej czy później spotyka się z nieuniknioną karą (skutki zdrowotne, ostracyzm społeczny itp.)

Kluckhohn (1962, za: Brzeziński, 2007) wskazuje również na istnienie pewnych kryteriów, które pozwalają klasyfikować wartości. Modalność wartości pozwala przeciwstawić sobie wartości pozytywne i negatywne, charakter treściowy wyróżnia wartości estetyczne, poznawcze i moralne, natomiast rola intencji dychotomizuje je na wartości instrumentalne i ostateczne. Wyróżniamy również, biorąc pod uwagę wymiar ogólności, wartości specyficzne i ogólne oraz odwołując się do ich intensywności czy siły – wartości: kategoryczne, preferencyjne i hipotetyczne; centralne i peryferyczne; dominujące, fakultatywne i dewiacyjne. Następnym kryterium odnosi się do wyrazistości, która pozwala określić czy daną wartość można zwerbalizować lub czy pozostaje ona ukryta i należy o niej wnioskować na podstawie obserwacji zachowań danej jednostki czy grupy. Przedostatnim wymiarem jest zasięg, który umieszcza wartości na osi pomiędzy dwoma biegunami wartości: uniwersalnych i indywidualnych. Wartości uniwersalne nazywane są również transcendentnymi, ponieważ przekraczają różnice indywidualne oraz kulturowe, skupiając w sobie to, co wspólne na całej ludzkości, czyli np. piękno, zdrowie lub prawdę. Ostatni wymiar tworzy hierarchiczną strukturę wartości, „ustawiając” poszczególne grupy wartości pod względem ważności. Wymiar ten odgrywa szczególnie ważną rolę, gdyż zdaniem Kluckhohna, życie bez hierarchii wartości byłoby jedynie ciągiem następujących po sobie reakcji na bodźce.

3.1.2.4. Teoria wartości M. Rokeacha

Koncepcja Rokeacha (1973) jest elementem bardziej ogólnej teorii osobowości, która mówi o tym, że system przekonań stanowi pewien konglomerat składający się z dziesięciu ułożonych hierarchicznie podsystemów. Najbardziej centralne miejsce w tym systemie zajmują przekonania dotyczące własnego „Ja”, poniżej których znajdują się wartości ostateczne i wartości instrumentalne. Wartości ostateczne, dzielące się na: (1) indywidualne i (2) społeczne stoją ponad systemem wartości instrumentalnych, składającym się z wartości moralnych oraz kompetencyjnych i stanowią cele ludzkiego życia. Owe cele stają się możliwe

do zrealizowania dopiero przy wykorzystaniu wartości instrumentalnych, które warunkują i określają sposób zachowania jednostki (Bartelds, Debats, 1992). Rokeach stworzył narzędzie badające system wartości, składające się z dwóch 18-elementowych podskal, z których jedna obejmowała przedstawione w formie przymiotników wartości instrumentalne, a druga wartości ostateczne w postaci rzeczownikowej, które nazwał Skalą Wartości Rokeacha (RVS). Firsh i inni (1975 za: Brzozowski, 2007) zaproponowali modyfikację powyższej klasyfikacji, w oparciu o model Trista i jednocześnie, wspólne ujęcie wartości instrumentalnych i ostatecznych. Podział ten obejmuje osiem następujących grup: „(1) **dążenie do osiągnięć**: dostatnie życie, uznanie społeczne, ambitny, uzdolniony; (2) **samorealizacja**: poczucie dokonania, poczucie własnej godności, mądrość, odważny i uczciwy; (3) **samokontrola**: czysty, intelektualista, logiczny, posłuszny, uprzejmy, odpowiedzialny, opanowany; (4) **wyobrażenie samego siebie**: życie pełne wrażeń, świat piękna, obdarzony wyobraźnią; (5) **niezależność**: wolność, niezależny; (6) **współzależność**: pokój na świecie, równość, bezpieczeństwo rodziny, dojrzała miłość, prawdziwa przyjaźń, o szerokich horyzontach, pomocny, kochający, wybaczący; (7) **wytrwałość w obliczu przeciwności**: bezpieczeństwo narodowe, zbawienie oraz (8) **umiejętność przeżywania radości**: równowaga wewnętrzna, szczęście, przyjemność, pogodny (Brzozowski, 2007, s. 52-53).

Widzimy, że wartości stanowią odrębne podgrupy położone bardzo centralnie w systemie przekonań, co świadczy o ich dużym znaczeniu i szczególnej funkcji regulacyjnej. Wartości bowiem zdaniem Rokeacha (1973) stanowią rodzaj przekonań preskryptywnych bądź proskryptywnych tj. nakazujących lub zakazujących. Mają one zatem charakter normatywny, warunkujący czy dany obiekt jest godny pożądania. Tworzą względnie trwałą organizację przekonań, ułożoną na osi subiektywnej ważności, decydującą o wyborze określonych sposobów postępowania lub ostatecznych stanów egzystencji, a co za tym idzie - przedkładaniu pewnych wartości, zachowań, postaw nad innymi. Pozycja danej wartości w systemie przekonań decyduje o jej podatności na modyfikacje, a zatem im dana wartość znajduje się bardziej centralnie, tym jest bardziej odporna na zmiany. Jeśli jednak uda się ją zmienić, a dzieje się to przeważnie wtedy, kiedy w obrębie swojego systemu przekonań jednostka dostrzeże niespójność, niesie to ze sobą przeobrażenie całego systemu poznawczego. Jednak w grę nie wchodzi jakiegokolwiek przekonania, lecz jedynie te dotyczące własnego „Ja”, gdyż jedynym motorem napędzającym modyfikacje organizacji przekonań jest dążenie do zachowania i polepszenia wyobrażeń na własny temat. Zmiany tego typu mają

charakter konfrontacyjny i odbywają się poprzez zwiększenie samoświadomości, która wzrasta dzięki dopływowi informacji zwrotnych dotyczących własnych i cudzych wartości, postaw oraz zachowań. Rokeach (1973) wraz ze współpracownikami stworzył technikę eksperymentalną, którą nazwał Procedurą Zmiany Wartości, która pozwoliła wykazać, że kontrolowane wzbudzenie i indukowanie stanu niespójności (w obrębie wyznawanych wartości lub dotyczących wartości i przekonań na własny temat) prowadzi do trwałych modyfikacji osobowości, mających niejednokrotnie charakter rozwojowy lub doskonalący.

3.1.3. Wartości a funkcjonowanie człowieka

System wartości jest jednym z najważniejszych elementów osobowości, gdyż warunkuje zachowanie jednostki, jej postawy, zamierzenia i dążenia. Matuszewicz (1975) akcentuje szczególną rolę organizacji wartości w strukturze osobowości, podając jej następujące funkcje:

- reguluje wybór osobistej drogi życiowej;
- określa dążenia indywidualne i społeczne;
- stanowi standard, warunkujący stopień integracji jednostki ze społeczeństwem.

Osoby zaburzone psychicznie często wybierają wartości destrukcyjne i dezorganizujące ich osobowość, co powoduje nie tylko stan zachwiania równowagi psychicznej, lecz również prowadzi w skrajnym przypadku do dezintegracji „Ja”. Jednak relacja między systemem wartości a zdrowiem psychicznym może mieć także pozytywny, prorozwojowy charakter (Hołyst, 1990). Wielu autorów podkreśla wyjątkową rolę systemu wartości, a zwłaszcza jego wewnętrznej zgodności w poprawie funkcjonowania i zdrowia psychicznego jednostki (Bronowski, 2001). Zgodność „Ja realnego” z „Ja idealnym” (czyli obrazu samego siebie z własnymi standardami i wartościami) jest zdaniem Rogersa (1976, za: Gasiul, 1987) warunkiem prawidłowego rozwoju osobowości i powiązana jest z możliwością wytworzenia jednostkowego systemu wartości, który byłby w znacznej części wspólny na wszystkich dobrze przystosowanych ludzi. Osoba zdrowa, żyjąca w stale zmieniającym się świecie, na bieżąco wartościuje własne doświadczenia i umie w sposób elastyczny zmieniać wybrane elementy struktury osobowości, tak aby były zgodne z pojęciem „Ja” (*self-concept*). Rokeach i McLellan (1972, za: Bronowski, 2001) podkreślali, że zachowanie jednostki zmienia się wraz z modyfikacjami w obrębie systemu wartości, które dokonują się między innymi pod wpływem psychoterapii, uświadamiającej jednostce niezgodności w jej hierarchii wartości i doprowadzającej do ich usunięcia. Uświadomienie niespójności i sprzeczności inicjuje

proces zmiany, a także wzrostu i rozwoju osobowości. Badania Kościucha (1984) wykazały, że u pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi i zaburzeniami osobowości istnieją znaczne różnice w strukturze ich systemu wartości przed i po terapii, co prawdopodobnie można powiązać z korygującą rolą leczenia. Szczególnie przydatne mogłoby się to okazać w odniesieniu do osób uzależnionych, których hierarchia wartości bywa często zaburzona i u których proces leczniczy nastawiony na reorganizację struktury wartości i jej stabilizację gwarantowałyby kompleksowy sukces terapeutyczny. Należy jednak pamiętać, że ze względu na centralne położenie wartości w systemie przekonań, zmiany mogą nastąpić jedynie w sytuacji zgody jednostki na taką modyfikację (Cakirpaloglu, 2009).

„Niemał każde działanie służy pewnym wartościom i łączy się z ich wyborem” (Hołyst, 1990, s.59). Zatem czy tego chcemy czy nie, nie możemy żyć w oderwaniu od wartości, chcąc adekwatnie funkcjonować w społeczeństwie. Liczne badania psychologiczne koncentrują się na roli wartości w sferze behawioralnej człowieka, pokazując między innymi, jak silnymi determinantami zachowań są wartości. Rokeach (1973) stwierdził, analizując wyniki 21 badań, obejmujących różnorakie zachowania (np. uczęszczanie do kościoła, członkostwo w ruchu działającym na rzecz awansu ludzi kolorowych), że najmocniej oddziałują wartości socjoekonomiczne (np. dostatnie życie), polityczne (np. równość) i religijne. Należy jednak podkreślić, że wpływ wartości na zachowania może mieć zarówno charakter bezpośredni, jak i pośredni (poprzez postawy). Modyfikując system wartości, wpływamy na zmianę postaw, która bezpośrednio wyznacza konkretne zachowanie. Wykazano również, że informacje o wartościach są przechowywane w pamięci uporządkowane hierarchicznie, w taki sposób, że to właśnie one określają postawy, a nie odwrotnie. Im ważniejsza jest dana wartość, tym szybciej następuje jej aktualizacja, przy czym wartości pozytywne łatwiej przywołać z pamięci (Brzozowski, 2007).

Interesującą koncepcją tłumaczącą wpływ wartości na zachowanie jest teoria oczekiwania – walencji (wartościowości) Feathera (1988, za: Brzozowski, 2007), która pozwala na oddzielenie wartości danej osoby od wartościowości działań i ich efektów. O tym czy dana jednostka będzie się zachowywać w określony sposób decyduje jej przekonanie (oczekiwanie) czy jest w stanie wykonać daną czynność, nie naruszając akceptowanych standardów, jej oczekiwania odnośnie konsekwencji tego zachowania oraz skojarzone z nimi walencje. Wartości bowiem warunkują walencję przedmiotów, zachowań czy sytuacji, a tym samym wpływają na powstanie odpowiedniego afektu względem planowanej czynności. W tym miejscu należy podkreślić różnice pomiędzy potrzebami (motywami) a wartościami,

bowiem tylko te drugie stanowią element obrazu własnej osoby, mający charakter normatywny i będący w związku z wymiarem dobra-zła. Bowiem, często w naszym życiu obserwujemy, że to, czego pragniemy wcale nie jest godne pożądania, gdyż nie zawsze dobro jest tożsame z przyjemnością.

System wartości jest niezwykle silnie powiązany z dążeniami i potrzebami jednostki, gdyż je modyfikuje i zmienia ich konfiguracje. Jednak wyłącznie wartości idące w parze z potrzebami, mają charakter ukierunkowujący zachowania, bowiem wartości nie należy traktować jako statycznej cechy kierunkowej osobowości (Matuszewicz, 1975). Wiemy, że wartości mogą się zmieniać, a wraz z nimi cały nasz system poznawczy, który określa co jest pożądane, sensowne, zrozumiałe i możliwe do osiągnięcia. Tym sposobem dochodzimy do teorii Antonovsky'ego (1995), która opisuje poczucie koherencji, będące pewną dyspozycyjną orientacją, warunkującą jednostkowe poczucie zrozumiałość, zaradności i sensowności własnych działań i otaczającego ją świata. Bliżej tym pojęciem zajmiemy się w następnej części rozdziału, próbując je zdefiniować oraz określić jego wpływ i rolę w życiu człowieka.

3.2. Poczucie koherencji

Poczucie koherencji jest konstruktem stworzonym przez wybitnego profesora socjologii medycyny A. Antonovsky'ego, będącym elementem szerszej koncepcji salutogenetycznej, u podstaw której leży założenie, że pomiędzy zdrowiem i chorobą znajduje się łańcuch stanów, które należy rozumieć jako ciągle zmieniający się proces równoważenia obciążeń i zasobów w obliczu konfrontacji ze stresem. Model salutogenezy jest odpowiedzią na dominację koncepcji patogenetycznej, która całą swoją uwagę koncentruje na czynnikach chorobotwórczych, pomijając istotną rolę faktorów sprzyjających zachowaniu zdrowia. Jednym z czynników prozdrowotnych jest właśnie poczucie koherencji, które przyczynia się do tego, że uruchamiamy adekwatne do danych okoliczności zasoby i umiemy je odpowiednio wykorzystać (Antonovsky, 1995).

3.2.1. Definicja pojęcia

Definicja poczucia koherencji ewoluowała na przestrzeni lat, mając w pierwotnym kształcie charakter ściśle poznawczy i odnosząc się głównie do „stylu widzenia świata jako czegoś przewidywalnego i zrozumiałego”. Została jednak poddana analizie przez samego jej autora, gdyż okazała się być zbyt ogólna i nie wyznaczającą jasnych terminologicznych granic. Współcześnie operujemy tym pojęciem, definiując poczucie koherencji (*sense of*

coherence – *SOC*) jako: „globalną orientacją człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

1. Bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny.
2. Dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce.
3. Wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky, 1995, s. 34).

Poczucie koherencji składa się z trzech skorelowanych ze sobą składników: **poczucia zrozumiałości** (*comprehensibility*), **poczucia zaradności** (*manageability*) oraz **poczucia sensowności** (*meaningfulness*), które wspólnie warunkują stosowanie skuteczniejszych strategii radzenia sobie z trudnościami, zachowania sprzyjające zdrowiu oraz utrzymywanie takich relacji z otoczeniem, które pozwalają otrzymywać odpowiednie wsparcie (Jelonkiewicz, 1996).

Terelak (1999) ujmuje poczucie koherencji jako określony sposób widzenia świata, na który wpływają zasoby odpornościowe, do których zaliczyć możemy rezerwy odpornościowe, materialne, poznawcze, emocjonalne, związane z wartościami, relacjami i postawami oraz odnoszące się do szerszego kontekstu socjo-kulturowego. Pasikowski i Sęk (2001, s. 29) zaproponowali, na podstawie dogłębnej analizy literatury przedmiotu, definicję poczucia koherencji, będącą niejako kwintesencją wszystkich określeń podawanych powyżej. Ich zdaniem poczucie koherencji to: „ogólne nastawienie orientacyjne, wyrażające trwałe i dynamiczne przekonanie o przewidywalności i racjonalności świata i własnego położenia życiowego”.

3.2.2. Struktura i funkcje poczucia koherencji

Wyodrębnienie trzech komponentów poczucia koherencji wymaga ich dokładnej analizy oraz opisu, gdyż każdy z nich odnosi się do całego spektrum możliwych zachowań i działań. Poczucie zrozumiałości dotyczy stopnia, w jakim jednostka odbiera napływające do niej bodźce, jako sensowne poznawczo informacje, które stanowią uporządkowany, koherentny i jasny przekaz, w odróżnieniu od chaotycznego szumu. Osoba, charakteryzująca się wysokim poczuciem zrozumiałości oczekuje, że bodźce, z którymi będzie miała do czynienia w przyszłości, będą przewidywalne lub jeśli jednak jakaś sytuacja ją zaskoczy, będzie w stanie ją przyporządkować w określony sposób, a tym samym również wyjaśnić.

Ważnym aspektem tutaj jest, że bodziec może być zarówno pożądanym, jak i mieć charakter czysto negatywny, co wskazuje nam na to, że człowiek o silnym poczuciu zrozumiałości dostrzega sens we wszystkich napływających do niego bodźcach. Poczucie zaradności określa stopień odnoszący się do oceny własnych zasobów, jako wystarczających i umożliwiających jednostce sprostanie wymaganiom. Nie chodzi tu jednak tylko o zasoby, leżące po stronie jednostki, lecz o całokształt dostępnych sposobów i środków, do których konkretna osoba zalicza np. Boga, dysponowanie odpowiednimi funduszami, pomoc małżonka itp. Osoba o wysokim wskaźniku poczucia zaradności w obliczu trudności stosuje strategie zadaniowe, koncentrując się na rozwiązaniu problemu oraz wierząc, że wszystko ułoży się pomyślnie, zgodnie z wcześniejszymi, racjonalnymi przypuszczeniami. Poczucie sensowności wyraża motywacyjną stronę poczucia koherencji, odnosząc się zarówno do sfery poznawczej, jak i emocjonalnej. Odnosi się do stopnia warunkującego odczuwanie sensu życia z punktu widzenia emocjonalno-motywacyjnego (Pasikowski, Sęk, 2001). Jednostki, mające wysoki poziom poczucia sensowności poszukują sensu, podejmując wyzwania i próbując rozwiązywać spotykające ich problemy oraz trudności. Widzimy zatem, że ważną charakterystyką tego składnika jest odczucie, że „przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania” (Antonovsky, 1995, s. 34). Uważa się, że właśnie poczucie sensowności jest najważniejszym elementem, gdyż tylko ono, będąc wysokie lub niskie ma tendencję do odpowiednio podwyższania bądź obniżania poziomu dwóch pozostałych komponentów (Pasikowski, Sęk, 2001). Warto jednak pamiętać, że skuteczne radzenie sobie zależy nie od pojedynczych składników, lecz od poczucia koherencji jako całości.

Ujmując poczucie koherencji z perspektywy psychologicznej, możemy dojść do wniosku, że jest to zmienna osobowościowa, której elementem są przekonania o świecie, o sobie i swoich relacjach ze światem. Ważnym jej aspektem funkcjonalnym jest jej motywacyjny charakter, umożliwiający jednostce podejmowanie aktywności zorientowanych na radzenie sobie z wymaganiami poprzez odpowiedni dobór dostępnych zasobów. W ramach tej aktywności człowiek aktywizuje np. schematy poznawcze i kompetencje, które pozwalają mu zmniejszyć działanie stresorów lub ocenić je w kategoriach wyzwania. To pociąga za sobą bardziej skuteczny sposób radzenia sobie z wymaganiami czy trudnościami, który zwrótnie wpływa na umocnienie poczucia koherencji i rozwój zasobów (Pasikowski, Sęk, 2001).

3.2.3. Rozwój poczucia koherencji

Zdaniem Antonovsky'ego (1995) istnieje wiele kulturowych dróg, prowadzących do rozwoju poczucia koherencji, bowiem konstrukt ten jest w znacznym stopniu uniwersalny dla całej ludzkości. Autor nie neguje roli kontekstu społeczno-kulturowo-historycznego, gdyż to właśnie on decyduje o dostępie do uogólnionych zasobów odpornościowych i pewnych prototypowych wzorców doświadczeń. Poczucie koherencji kształtuje się w toku socjalizacji, w wyniku której powstają osobiste doświadczenia czyli tzw. zasoby jednostkowe (Pasikowski, Sęk, 2001). Wzorzec doświadczeń życiowych pozwala nadać sens bodźcom, które go bombardują, przy czym bardziej szczegółowo: spójność doświadczeń pozwala rozwinąć poczucie zrozumiałości, odpowiednia równowaga pomiędzy niedociążeniami i przeciążeniami – poczucie zaradności oraz rola jednostki w decydowaniu o rezultacie – poczucie sensowności. Rozwój poczucia koherencji przebiega już w okresie wczesnego dzieciństwa, kiedy to niemowlę uczy się, że otaczający go świat pomimo nieustannych zmian, składa się z powtarzalnych i znanych fragmentów. Ważnym elementem tego procesu jest także odkrywanie swojej roli w kształtowaniu reakcji otoczenia oraz doświadczenia związane z niedociążeniami (np. brak stymulacji) lub przeciążeniami (np. nadmierne oczekiwania). Najważniejszą rolę w tym procesie odgrywają rodzice, którzy w zależności od własnego poziomu poczucia koherencji odpowiednio kształtują doświadczenia dziecka (prawdopodobne jest, że rodzice o wysokim poczuciu koherencji przyczynią się do rozwinięcia równie silnego SOC u swojego dziecka) (Antonovsky, 1995). W okresie dorastania może dojść do odwrócenia dotychczasowej tendencji rozwojowej lub jej ustabilizowania bądź nasilenia, bowiem jest to czas, w którym kształtuje się tożsamość jednostki i ustala indywidualny styl radzenia sobie. Szczególne zmiany mogą mieć miejsce pod wpływem przechodzenia do nowej fazy rozwojowej, co często jest źródłem przewlekłego stresu (Mroziak, 1996). Proces ten nie kończy się w czasie dojrzewania, gdyż do stabilizacji poczucia koherencji konieczne jest związanie się z pewnymi rolami przez dłuższy okres czasu, co mam miejsce z reguły dopiero w dorosłym wieku i powiązane jest najczęściej z podjęciem pracy lub innej głównej aktywności życiowej. Wysokie poczucie sensowności wykształci się prawdopodobnie u osób, które w swojej pracy będą miały swobodę w podejmowaniu decyzji oraz będą miały wpływ na to, co się dzieje w otoczeniu. Silne poczucie zaradności będzie warunkowane m.in. poprzez wielokrotne doświadczenie zawodowe, które nie będzie przekraczać zdolności pracownika i w którym będzie mógł odnaleźć równowagę pomiędzy nadmiernymi obowiązkami, a ich niedoborem. Do większego poczucia zrozumiałości przyczynią się

natomiast doświadczenia świadczące o dopasowaniu do siebie zjawisk, pokazujące uporządkowane schematy, czyli świadczące o klimacie spójności otaczającej jednostkę rzeczywistości. Wszystkie opisane powyżej doświadczenia mają jednak charakter wyłącznie probabilistyczny, gdyż ilość czynników, które mogą okazać się ważne w rozwoju poczucia koherencji zdaje się być nieograniczona (Antonovsky, 1995).

Poczucie koherencji stabilizuje się mniej więcej pod koniec pierwszej dekady dorosłości, czyli około 30 roku życia, bowiem dopiero w tym momencie jednostka jest w stanie uporać się z niespójnościami w różnych sferach swojego życia. Autor koncepcji twierdził, że w miarę upływu czasu poziom SOC jednak ulega zmianom, które przeważnie mają negatywny charakter. Osoby o umiarkowanym poczuciu koherencji będą z biegiem czasu obniżały jego poziom, natomiast te, które u progu dorosłości charakteryzowały się niskim stopniem jego natężenia nie będą w stanie go podwyższyć, a wręcz będą zmagaly się z jego ciągłym spadkiem. Jedynie u osób o względnie silnym poczuciu koherencji sytuacja nie ulegnie zmianie (Antonovsky, 1995).

Autor koncepcji salutogenetycznej oferuje nam raczej negatywną wizję przyszłości osób, które nie zdążyły wykształcić wysokiego poczucia koherencji, co potęguje jeszcze twierdząc, że możliwości zmiany intencjonalnej są raczej niewielkie. Wychodzi on z założenia, że nastawienie, które kształtowało się przez dziesięciolecia niezwykle trudno zmienić działając jedynie fragmentarycznie, jak to ma czasami miejsce w psychoterapii. Jednak nie zamyka nam całkowicie drogi do zmiany SOC, bowiem twierdzi, że psychoterapia daje człowiekowi szansę nie tylko na reinterpretowanie doświadczeń, lecz również uczy go, jak zmieniać swoją sytuację, tak, aby stawała się ona bardziej spójna i zrozumiała (Pasikowski, Sęk, 2001). Badania prowadzone na osobach uzależnionych, które poddały się terapii wykazały jednak, że u wszystkich osób nastąpił istotny statystycznie wzrost SOC, który utrzymywał się w czasie. Podwyższeniu uległy również poziomy wszystkich jego komponentów, a ich stabilność, z wyjątkiem spadku poczucia zaradności, po roku czasu nie zmieniła się. Ma to istotne znaczenie w szacowaniu skuteczności terapii, bowiem u osób, charakteryzujących się wysokim wyjściowym poziomem SOC, u których nastąpił wzrost jego natężenia po terapii, wystąpi prawdopodobnie trwała poprawa (Mroziak, 2001). Podobne wyniki uzyskał również Kurza (2000) w stosunku do kobiet poddawanych terapii współzależnienia, u których wzrost SOC okazał się trwały również pół roku do zakończeniu leczenia.

3.2.4. Rola poczucia koherencji

Rola poczucia koherencji, już od momentu jego stworzenia, była jasno określona, ponieważ Antonovsky (1995) twierdził, że to właśnie dzięki niemu ludzie lepiej radzą sobie ze stresem, rzadziej chorują i szybciej powracają do zdrowia. Liczne badania empiryczne potwierdziły to założenie, wskazując na faktyczną pozytywną rolę poczucie koherencji w odniesieniu do zdrowia i mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Wykazano, że poczucie koherencji pozytywnie koreluje zarówno z poziomem zdrowia ocenianego subiektywnie, jak i obiektywnie jednocześnie w odniesieniu do zdrowia psychicznego i somatycznego (Sęk, 2001). Przeprowadzono również badania dotyczące relacji poczucia koherencji z poziomem satysfakcji z życia (u młodzieży) i pozytywnym nastrojem (u dorosłych), które wykazały silny dodatni związek, wskazując na istotną rolę SOC w kształtowaniu się tych zmiennych. Potwierdziły się również założenia Antonovsky'ego co, do częstszej oceny stresorów w kategoriach wyzwania u osób o wysokim wskaźniku poczucia koherencji. W odniesieniu do strategii radzenia sobie ze stresem wyniki badań jednak nie są jednoznaczne, ponieważ o ile nie ma wątpliwości odnośnie negatywnej relacji SOC i strategii skoncentrowanych na emocjach (osoby o wysokim poczuciu koherencji rzadziej stosują unikanie, rozładowywanie napięcia i akceptację z rezygnacją), o tyle związek SOC i strategii nastawionych na zadanie wymaga dalszych analiz (Pasikowski, Sęk, 2001). Badaniom poddane zostały również pewne charakterystyki dotyczące funkcjonowania rodziny, które wykazały, że rodzice chorych dzieci (w porównaniu z rodzicami zdrowych) mają niższy poziom poczucia koherencji, stosując raczej strategię nastawioną na unikanie oraz mniejszą rolę przywiązującą do osobistego rozwoju i interakcji wewnątrz rodziny. Potwierdzono również, że unikowe strategie rodzicielskie są nie tylko negatywnie skorelowane z poczuciem koherencji, ale także z wykształceniem rodziców (Jelonkiewicz, 1996). Podsumowując zagadnienie skoncentrowane wokół stresu, zdrowia i choroby, możemy stwierdzić, że poczucie koherencji jako jeden z ważniejszych mechanizmów adaptacyjnych, odgrywa istotną rolę pomiędzy czynnikami stresowymi a stanem zdrowia, samopoczuciem oraz nasileniem objawów chorobowych. W obrębie tych relacji, wysoki poziom SOC może gwarantować dobre przystosowanie, choć głównie w odniesieniu do zwykłych, a nie trudnych, sytuacji. Może stanowić czynnik ochronny wobec stosowania nieakceptowanych i antyzdrowotnych sposobów radzenia sobie, wliczając w to używanie substancji psychoaktywnych (Kosińska-Dec, 1996).

Poczucie koherencji, mimo, że jest konstruktem stosunkowo dobrze opisanym i przebadanym pozostawia jeszcze wiele miejsca na wnikliwą analizę i weryfikację pewnych

jego zależności z innymi psychologicznymi zmiennymi (np. zadaniowymi strategiami radzenia sobie). To jednak nie umniejsza jego znaczenia i nie podważa roli silnego poczucia koherencji, pozwalającego na ciągłe przeciwstawianie się czynnikom zewnętrznym i wewnętrznym, popychającym jednostkę w stronę dezintegracji. Silne poczucie koherencji gwarantuje lepsze i bardziej adekwatne funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie, zapewniając jej tym samym lepsze zdrowie psychiczne i fizyczne. Możemy powiedzieć, że silne poczucie koherencji jest jak odkurzacz, który wysysa z otoczenia brud, chaos i zamieszanie, pozostawiając je czyste, spójne i zrozumiałe.

W następnych rozdziałach przedstawimy szczegółowy opis metodologii niniejszych badań, koncentrując się przede wszystkim na analizie problemów badawczych i hipotez oraz ich psychologicznej interpretacji.

4. Metodologia badań własnych

4.1. Przedmiot i cel badania

W części teoretycznej niniejszej pracy przedstawiono szczegółowy opis metody psychoterapeutycznej noszącej nazwę hagioterapii i sięgającej swoimi korzeniami do klasycznych teorii z zakresu psychologii egzystencjalnej, psychologii wartości oraz psychologii głębi. Jej głównym narzędziem terapeutycznym jest Pismo Święte, jednak w oderwaniu od jego objawieniowego i religijnego charakteru. Hagioterapia jest to specjalistyczna metoda terapeutyczna, kładąca sobie za cel zmianę systemu wartości uzależnionych pacjentów, a tym samym poprawę ich funkcjonowania poprzez eliminację mechanizmów leżących u podstaw każdego uzależnienia oraz podwyższenie wartości czynników salutogenetycznych. Do takich czynników możemy zaliczyć m.in. poczucie koherencji, które jest specyficznym konstruktem psychologicznym, odpowiadającym za lepszą adaptację zarówno osób chorych, jak i zdrowych. Na podstawie analizy literatury przedmiotu można przypuszczać, że poczucie koherencji, zarówno w swoim globalnym wymiarze, jak i pod względem swoich trzech komponentów tj. poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności zmieni się pod wpływem terapii, ulegając stałemu podwyższeniu (Mroziak, 2001). W świetle przedstawionej powyżej teorii należy przypuszczać, że zmianie ulega również system wartości, będący hierarchicznie ułożoną strukturą, zajmującą centralne miejsce w systemie przekonań jednostki oraz warunkującą jej zachowania i dążenia (Rokeach, 1974).

Przedmiotem badań własnych jest analiza skuteczności hagioterapii pod kątem zmiany wyżej wymienionych własności. Celem jest sprawdzenie czy wśród pacjentów uczęszczających na hagioterapię wystąpiły istotne zmiany pod względem poziomu poczucia koherencji oraz przywiązywanej wagi do określonych wartości (systemu wartości). Badanie dodatkowo ma na celu weryfikację istotności różnic pomiędzy pacjentami przed i po hagioterapii, jak i pacjentami uczestniczącymi oraz nieuczestniczącymi w hagioterapii. Uzyskane wyniki mają dostarczyć nie tylko wiedzy na temat skuteczności opisywanej metody psychoterapeutycznej odnośnie zmiany wyżej wymienionych cech, lecz również umożliwić jej implementację na grunt praktyczny celem udoskonalenia hagioterapii. Psychoterapia bowiem jest przede wszystkim dziedziną działań praktycznych, która korzystając z dorobku teoretyków stara się ciągle podążać za potrzebami swoich beneficjentów, dbając przy tym o jak najlepsze rezultaty terapeutyczne.

4.2. Pytania badawcze i hipotezy

Z przedstawionego powyżej celu badania można wysnuć następujące szczegółowe pytania badawcze:

- 1. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy poziomem poczucia koherencji pacjentów przed i po hagioterapii?**
- 2. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy systemem wartości pacjentów przed i po hagioterapii?**
- 3. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii pod względem poziomu poczucia koherencji?**
- 4. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii pod względem ich systemu wartości?**

Z tego względu, iż poczucie koherencji składa się z trzech komponentów tj. poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności, należy postawić również następujące pytania:

5. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy poziomem poczuciem zrozumiałości pacjentów przed i po hagioterapii?
6. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy poziomem poczuciem zaradności pacjentów przed i po hagioterapii?
7. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy poziomem poczuciem sensowności pacjentów przed i po hagioterapii?
8. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy poziomem poczuciem zrozumiałości pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii?
9. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy poziomem poczuciem zaradności pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii?
10. Czy nie ma istotnych różnic pomiędzy poziomem poczuciem sensowności pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii?

Z postawionych w ten sposób pytań badawczych, na podstawie teorii przedstawionej w poprzednich 3 rozdziałach, można wysunąć następujące hipotezy:

H1: Poziom poczucia koherencji pacjentów po hagioterapii nie jest istotnie wyższy od poziomu poczucia koherencji pacjentów przed terapią.

H2: Nie ma istotnych różnic pomiędzy systemem wartości pacjentów przed i po hagioterapii.

Ze względu na brak możliwości globalnej analizy statystycznej systemu wartości osób badanych, należy przetestować hipotezy dotyczące poszczególnych podskal (i na tej podstawie należy wnioskować o istotności różnic pomiędzy całościową hierarchią wartości).

H2a: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości hedonistycznych pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią.

H2b: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości witalnych pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią.

H2c: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości estetycznych pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią.

H2d: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości prawdy pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią.

H2e: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości moralnych pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią.

H2f: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości świętości (świeckich) pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią.

H2g: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości świętości (religijnych) pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią.

H3: Nie ma istotnych różnic pod względem poczucia koherencji pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii.

H4: Nie ma istotnych różnic pod względem systemu wartości pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii.

H4a: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości hedonistycznych pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii.

H4b: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości witalnych pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii.

H4c: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości estetycznych pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii.

H4d: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości prawdy pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii.

H4e: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości moralnych pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii.

H4f: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości świętości (świeckich) pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii.

H4g: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości świętości (religijnych) pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii.

H5: Poziom poczucia zrozumiałości pacjentów po hagioterapii nie jest istotnie wyższy od poziomu poczucia zrozumiałości przed terapią.

H6: Poziom poczucia zaradności pacjentów po hagioterapii nie jest istotnie wyższy od poziomu poczucia zaradności przed terapią.

H7: Poziom poczucia sensowności pacjentów po hagioterapii nie jest istotnie wyższy od poziomu poczucia sensowności przed terapią.

H8: Nie ma istotnych różnic pomiędzy poczuciem zrozumiałości pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii.

H9: Nie ma istotnych różnic pomiędzy poczuciem zaradności pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii.

H10: Nie ma istotnych różnic pomiędzy poczuciem sensowności pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii.

4.3. Model badawczy i statystyczny

4.3.1. Model quasi-eksperymentalny

Tak sformułowane hipotezy nasuwają jako odpowiedni do ich weryfikacji model quasi-eksperymentalny (z nieekwiwalentną grupą kontrolną), który charakteryzuje się tym, że zarówno zmienne główne, jak i poboczne są uwzględnione w planie badawczym, a zmienne poboczne są poddawane kontroli (tzn. wszystkie osoby badane są leczone w tym samym szpitalu psychiatrycznym). W tym modelu dokonywany jest pomiar zmiennych zależnych, lecz jednocześnie nie przypisuje się osobom badanym wartości zmiennej niezależnej. Model quasi-eksperymentalny nie wymaga doboru losowego osób badanych do porównywanych grup, co pozwala na badanie specyficznej populacji, jaką stanowią pacjenci szpitali psychiatrycznych. Badaniu podlegają grupy istniejące naturalnie, jednak poprzez dobór grupy kontrolnej możliwe jest eliminowanie skutków braku randomizacji tj. czynników zakłócających trafność wewnętrzną związaną z historią, dojrzewaniem, testowaniem, instrumentarium oraz regresją od średniej. Dodatkowo brak doboru losowego jest koniecznym warunkiem przeprowadzenia badania grup osób różniących się wartością zmiennej niezależnej, tak jak to ma miejsce w niniejszym badaniu (Brzeziński, 1996). W tym modelu dokonuje się pomiaru interesujących nas zmiennych przed i po wprowadzeniu czynnika interwencyjnego (w tym przypadku jest nim hagioterapia), a następnie analizuje się jego efekt w grupie badawczej na tle wyników grupy porównawczej, co przy dobrym zrównoważeniu grup, pozwala na wyciąganie wniosków na temat przyczyn i skutków oraz skuteczności danego oddziaływania (Shaughnessy, Zechmeister, Zechmeister, 2002). W niniejszym badaniu będziemy jednak ze szczególną ostrożnością podchodzić do analiz przyczynowo-skutkowych ze względu na fakt, że badania te mają charakter eksploracyjny i obciążone są wieloma ograniczeniami, wynikającymi choćby z doboru próby.

4.3.2. Test istotności różnic t-Studenta

Powyższemu modelowi odpowiada model statystyczny testu t-Studenta, który został wykorzystany w niniejszej pracy do wykonania odpowiednich obliczeń (przy wykorzystaniu polskiej wersji pakietu statystycznego *Statistica 9*). Każdorazowo, niezależnie od przyjętej wersji tj. badania grup zależnych bądź niezależnych, celem tego modelu jest weryfikacja czy wystąpiły lub nie istotne różnice pomiędzy badanymi parametrami (np. wartościami średniej), cechującymi różne grupy. Punktem wyjścia testów istotności różnic jest przyjęcie hipotezy zerowej (H_0), która zakłada, że badana różnica nie jest istotna tzn. spowodowana jest

wystąpieniem błędów losowych. W celu określenia czy różnice wystąpiły w próbie przypadkowo czy też są ogólną prawidłowością oznacza się na podstawie testu statystycznego poziom istotności p , który w wypadku gdy przyjmuje wartość $p=0,05$ stanowi granicę odrzucenia hipotezy zerowej (aczkolwiek wyniki z istotnością zbliżoną do 0,05 należy traktować ze szczególną ostrożnością). Poniżej tej wartości znajduje się obszar odrzucenia, przy którym przyjmuje się z odpowiednim prawdopodobieństwem, przy $p=0,05$ wynoszącym 95%, hipotezę alternatywną, stanowiącą przeciwieństwo hipotezy zerowej (Stanisz, 1999b). Chcąc uogólniać wyniki z próby na populację, musimy przestrzegać dwóch zasad randomizacji, którymi są dobór losowy do badanej próby oraz losowy przydział do grupy badawczej i kontrolnej. W niniejszym badaniu jednak jest to niemożliwe, gdyż mamy do czynienia z grupami występującymi naturalnie i ich losowy dobór osób do grup byłby niezgodny z zasadami etyki. Z tego względu generalizacja wyników uzyskanych w próbie na całą populację jest niemożliwa. Dodatkowym warunkiem przeprowadzenia testu t Studenta jest założenie o zgodności z rozkładem normalnym, które sprawdza się poprzez przeprowadzenie tzw. testów normalności, do których zaliczamy test Kołomogorowa i Smirnowa oraz test χ^2 Pearsona. Ostatnim kryterium koniecznym do zastosowania omawianego testu jest założenie jednorodności wariancji (wyłącznie przy grupach niepowiązanych), które weryfikujemy przy pomocy testu F , testu Levene'a bądź testu Bartletta (Stanisz, 1999a).

Test istotności różnic t -Studenta występuje w dwóch wariantach: dla prób zależnych i niezależnych. Obydwie wersje tego testu zostały wykorzystane w niniejszej pracy, gdyż dokonano zarówno pomiaru przed i po wprowadzeniu czynnika interwencyjnego (próby zależne), jak i porównywano wyniki uzyskane w grupie badawczej i kontrolnej (grupy niezależne). Wariant dla prób powiązanych charakteryzuje się tym, że tę samą grupę rozpatrujemy dwukrotnie, najczęściej przed i po wprowadzeniu interwencji, przy czym drugi pomiar może być jednym z serii pomiarów, nie będąc pomiarem końcowym (Stanisz, 1999c). W wersji dla grup niepowiązanych test porównuje średnie badanych zmiennych w dwóch grupach o równych lub różnych liczebnościach, przy czym należy pamiętać, że test ten wskazany jest dla małych grup, najczęściej liczących do 30 osób. Istotnym również jest fakt, iż test nie dowodzi prawdziwości lub fałszywości danej hipotezy zerowej, lecz jedynie ocenia prawdopodobieństwo jej prawdziwości przy dobrze sformułowanej hipotezie alternatywnej. Dokonując analizy statystycznej możemy odrzucić hipotezę zerową bądź stwierdzić, że uzyskane wyniki nie zaprzeczają tej hipotezie, co jednak nie jest równoznaczne z jej

przyjęciem. Bardziej zasadnym bowiem jest w takim przypadku traktowanie różnicy „nieistotnej”, jako „nieudowodnionej”, gdyż odpowiednia zmiana warunków np. poprzez zwiększenie liczebności grupy mogłabym wykazać, że różnica jest jednak istotna (Stanisz, 1999b). To samo dotyczy również ewentualnego przyjęcia hipotezy alternatywnej, bowiem nim nastąpi stwierdzenie jej prawdziwości, należy wykluczyć hipotezy konkurencyjne. Należy zatem pamiętać, że statystyczne określanie istotności różnic, a w tym wypadku określanie skuteczności konkretnej metody psychoterapeutycznej, odnosi się tylko i wyłącznie do określonych w modelu granic prawdopodobieństwa.

Dotatkowo, mając na uwadze ograniczenia testów istotności różnic wykorzystano przy analizie niektórych hipotez pomiar wielkości efektu, który pozwala określić relatywną wielkość obserwowanych zmian po wprowadzeniu czynnika interwencyjnego (Brzeziński, Siuta, 2006).

4.3. Zmienne - sposób ich rozumienia oraz badania

4.3.1. Zmienna niezależna

Ponieważ przedmiotem niniejszego badania jest rola hagioterapii w procesie zmiany systemu wartości i poczucia koherencji osób uzależnionych, stanowi ona zmienną niezależną. Rozumiana jest ona tutaj, jako specjalistyczne oddziaływanie terapeutyczne, mające charakter terapii grupowej i wykorzystujące, jako główne narzędzie Pismo Święte. Warunkiem koniecznym, określającym przynależność do grupy pacjentów uczęszczających na hagioterapię, jest, co najmniej jednokrotne aktywne uczestnictwo w spotkaniu terapeutycznym. Ilość spotkań kontrolowana jest w ankiecie własnej i dla całej grupy badawczej mieści się w przedziale od 1 do 8 spotkań.

4.3.2. Zmienne zależne

Zgodnie z przyjętymi założeniami teoretycznymi udział w hagioterapii odgrywa istotną rolę w procesie zmiany poziomu poczucia koherencji oraz systemu wartości i z tego względu wymienione powyżej zmienne stanowią w przedstawionym planie badawczym zmienne zależne.

4.3.2.1. Poczucie koherencji

Pierwszą zmienną zależną badaną w tej pracy jest *Sense of Coherence* (SOC) – poczucie koherencji rozumiane jako: „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że:

(1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce oraz (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky, 1995, s. 34). Zmienna ta mierzona jest przy wykorzystaniu Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) stworzonego przez A. Antonovsky’ego i przeznaczonego do badania osób dorosłych. Kwestionariusz SOC-29 składa się z 29 pytań, z których każde zostało zaopatrzone w 7 punktową skalę szacunkową z opisanymi końcami, umożliwiającą udzielenie odpowiedzi poprzez wybór liczby od 1 do 7. W pytaniach numer: 1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27 odwrócono punktację. Po wykonanej procedurze odwracania wyników w powyższych pytaniach, uzyskujemy wynik globalny poprzez zsumowanie punktów otrzymanych we wszystkich pytaniach. Można również uzyskać wartość poszczególnych komponentów poprzez zsumowanie punktów uzyskanych w wyszczególnionych pytaniach tj. dla poczucia zrozumiałości (PZR) w pytaniach: 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 26, dla poczucia zaradności (PZ): 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27, 29 oraz dla poczucia sensowności (PS): 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22, 28. Podając za Antonovsky’em (1993) wskaźnik rzetelność kwestionariusza SOC-29, mieszczący się w granicach od 0,82 do 0,95, można stwierdzić, że kwestionariusz ten może być bezpiecznie wykorzystywany w badaniach. Jego trafność zewnętrzna, czyli korelacja wyników SOC-29 z wynikami innego narzędzia do badania poczucia koherencji mieści się w granicach od 0,64 do 0,72, co dodatkowo potwierdza jego wartość badawczą.

Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29 nie został obłożony prawami autorskimi, dlatego nie jest wymagana zgoda autora do jego wykorzystywania w jakichkolwiek badaniach. W niniejszym badaniu wykorzystano jego czeską adaptację, udostępnioną autorowi tej pracy przez pracowników Katedry Psychologii Uniwersytetu Jana Palackého w Olomouci. Została ona załączona w aneksie.

4.3.2.2. System wartości

Drugą zmienną zależną badaną w niniejszej pracy jest system wartości, definiowany jako hierarchicznie ułożona struktura zajmująca centralne miejsce w jednostkowym systemie przekonań, mająca normatywny charakter i decydująca o kierunku dążeń danej osoby, jej przekonaniach i postawach. Do pomiaru tej zmiennej wykorzystano skróconą wersję Skali Wartości Schelerowskich (SWS) stworzoną przez P. Brzozowskiego i składającą się z listy 37 wartości ocenianych na skali szacunkowej od 0 do 100. Poszczególnym wartościom przypisuje się każdorazowo ocenę od 0 do 100, przyjmując, że 0 oznacza: „najmniej ważna”

a 100: „bardzo ważna”. Kwestionariusz składa się z 7 podskal: wartości hedonistycznych (H), witalnych (W), estetycznych (E), prawdy (P), moralnych (M), świętości świeckich (ŚŚ) oraz świętości religijnych (ŚR), na których wyodrębnienie pozwoliła przeprowadzona analiza czynnikowa i które nawiązują do opisanych w części teoretycznej koncepcji Schelera i Tischnera. Do podskali wartości hedonistycznych zaliczamy 5 itemów: dostanie życie, posiadanie, przyjemność, wygodę i życie pełne wrażeń; do wartości witalnych 6: odporność na zmęczenie, siłę fizyczną, sprawność, sprężystość ciała, umiejętność znoszenia chłodu i głodu; do wartości estetycznych 5: elegancję, gustowność, harmonię, proporcjonalność kształtów, regularność rysów; do wartości prawdy 3: logiczność, otwarty umysł i szerokie horyzonty umysłowe; do wartości moralnych 7: dobroć, miłość bliźniego, pomaganie innym, prawdomówność, szczerłość, uczciwość i życzliwość; do świętości świeckich również 7: honor, kraj, naród, niepodległość, ojczyzna, państwo i patriotyzm oraz do świętości religijnych 4: Boga, wiarę, zbawienie i życie wieczne. Analiza czynnikowa przeprowadzona na skróconej wersji SWS wyodrębniła dwie najogólniejsze podskale tj. wartości niższe i wyższe. Do pierwszej grupy ze względów czysto empirycznych zaliczono wartości hedonistyczne, witalne i estetyczne, natomiast do grupy drugiej, biorąc również pod uwagę aspekt teoretyczny, wliczono wartości: prawdy, świętości religijne, moralne i świętości świeckie. Wartości psychometryczne SWS są satysfakcjonujące, gdyż trafność czynnikowa jest wysoka, a rzetelność mierzona współczynnikiem α Cronbacha waha się w granicach od 0,80 do 0,93 (Brzozowski, 2007). Ze względu na brak czeskiej adaptacji kwestionariusza SWS przetłumaczono wersję polskojęzyczną na język czeski, wykorzystując metodę tłumaczenia zwrotnego. Tłumaczami były 3 niezależnie od siebie pracujące osoby dwujęzyczne, posługujące się w stopniu biegłym zarówno językiem polskim, jak i czeskim. Spośród 3 wersji tłumaczonych zwrotnie zostały wybrane itemy pokrywające się w największym stopniu z pierwotną wersją polskojęzyczną. Dodatkowo zostały one poddane analizie dotyczącej semantycznej odpowiedniości. Czeska wersja kwestionariusza SWS została załączona w aneksie.

4.4. Charakterystyka próby

Badania prowadzone były od września 2009 roku do kwietnia 2010 roku. Łącznie grupa badawcza liczy 60 osób. Z próby zostały wyodrębnione dwie grupy: badawcza i kontrolna, różniące się w stopniu istotnym jedynie pod względem udziału w hagioterapii. Liczebność grupy kontrolnej wyniosła N=28, natomiast grupy badawczej N=32, w tym 40

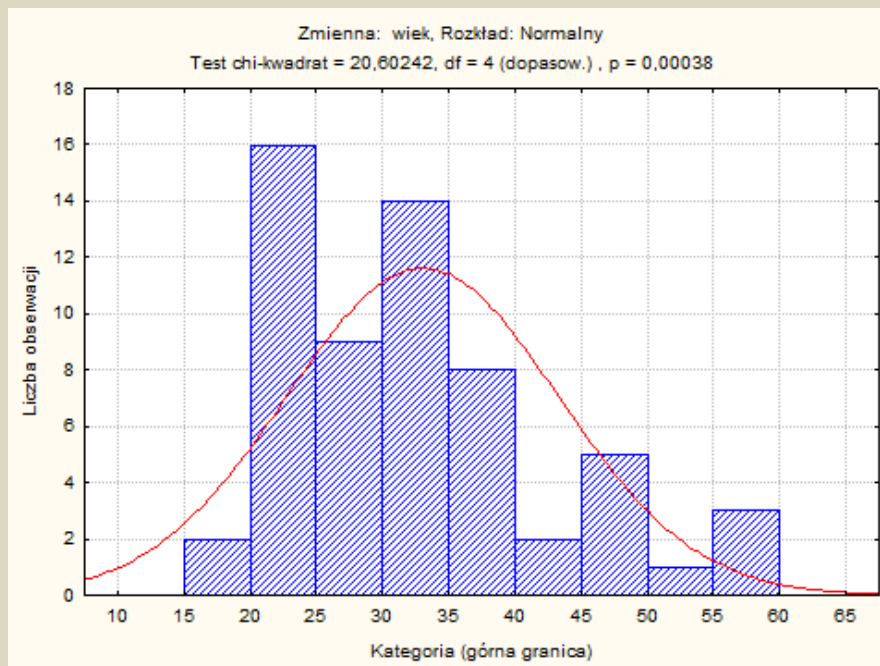
mężczyzn i 20 kobiet. Najstarsza osoba miała 60 lat, najmłodsza 19. Średnia wieku w całej próbie wyniosła $M=33,03$, natomiast odchylenie standardowe wieku $s=10,31$, w grupie kontrolnej $M=31,50$ a w grupie badawczej $M=34,37$. Rozkład wieku w próbie przedstawia wykres 4.4. Wyższe wykształcenie w grupie kontrolnej posiada 5 osób, 18 średnie, 5 niższe, zaś w grupie badawczej ukończyło studia 11 osób, średnie wykształcenie zdobyło 18 osób, a niższe tylko 3. W grupie badawczej 20 osób jest stanu wolnego, 8 jest zamężnych lub żonatych a 4 są rozwiedzione. W grupie kontrolnej 17 osób nie pozostaje w żadnym związku, 8 jest zamężnych lub żonatych a 3 są rozwiedzione. W grupie badawczej 11 osób zadeklarowało, iż są wierzące, natomiast w grupie kontrolnej takiego wyboru dokonało 8 osób. Pozostałe 41 osób określiło się mianem ateistów. Wśród osób uczęszczających na hagioterapię (grupa badawcza) 15 osób jest uzależnionych od alkoholu, 11 od narkotyków, 4 patologicznie uprawiały hazard, a 2 cierpiały na mieszane uzależnienie (hazard i narkomania). Natomiast w grupie kontrolnej 8 pacjentów hospitalizowanych było ze względu na uzależnienie od alkoholu, 8 od narkotyków, 7 od patologicznego hazardu, 1 od leków, 1 od hipnozy, a 3 z powodu mieszanego uzależnienia.

Wszyscy badani są pacjentami szpitala psychiatrycznego i objęci są obowiązkowym leczeniem odwykowym, które polega głównie na codziennych spotkaniach grupowych prowadzonych przez psychologa bądź psychiatrę i terapii indywidualnej.

Tabela 4.4. Charakterystyka próby pod względem wybranych zmiennych socjo-demograficznych.

	Wykształcenie			Stan cywilny		Rodzaj uzależnienia					Wyznanie	
	Wyższe	Średnie	Niższe	Po ślubie	Wolny	A	N	H	L	M	Wierzący	Ateista
Grupa badawcza	11	18	3	8	20	15	11	4	0	2	11	21
Grupa kontrolna	5	18	5	8	17	8	8	7	1	3	8	20

Wykres 4.4. - rozkład wieku w próbie.



4.5. Miejsce badania

Badanie odbyło się w Szpitalu Psychiatrycznym w Pradze-Bohnicach (Republika Czeska) na pięciu oddziałach leczenia uzależnień. Oddziały nie są zróżnicowane ze względu na rodzaj uzależnienia, lecz na płeć i dlatego dwa z pięciu skierowane są wyłącznie do kobiet (oddziały nr 7 i 8), natomiast trzy pozostałe wyłącznie dla mężczyzn (oddziały nr 18, 31 i 35). Każdorazowo w celu przeprowadzenia badania uzyskano zgodę ordynatorów oddziałów, którym są: Václav Dvořák i Karel Nešpor. Badania odbywały się zawsze indywidualnie w cichym i spokojnym gabinecie psychologa. Pomiar pierwszy miał miejsce po przyjęciu na oddział, natomiast pomiar końcowy w chwili opuszczania szpitala, średnio w odstępie 2-3 miesięcy.

5. Wyniki badań własnych

5.1. Analiza uzyskanych wyników

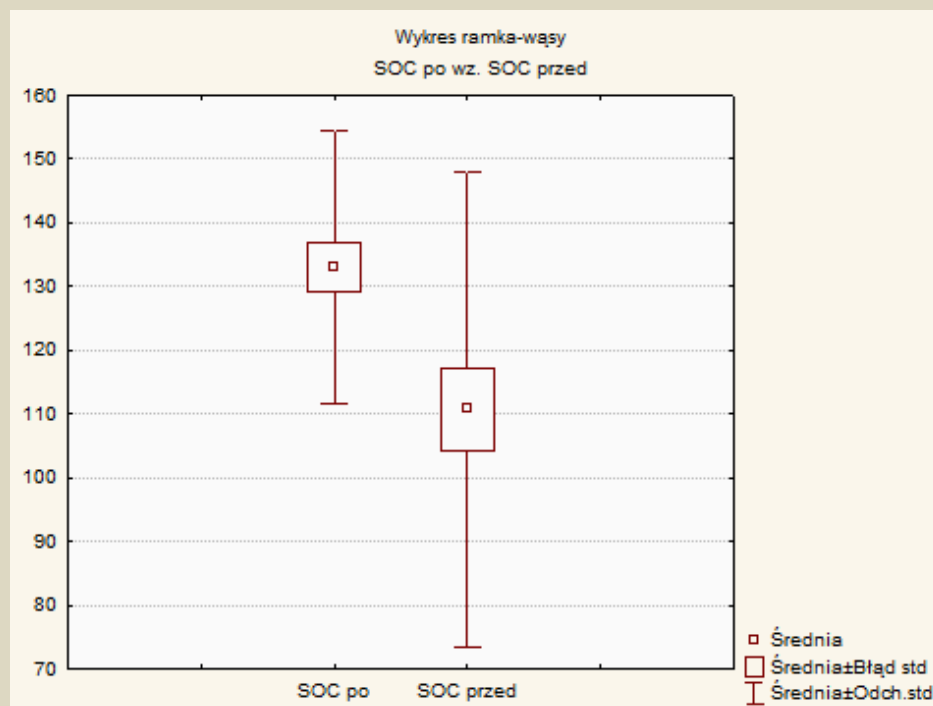
W celu zweryfikowania hipotez 1, 2, 5, 6 i 7 został przeprowadzony test istotności różnic t Studenta dla grup (danych) zależnych, natomiast w odniesieniu do hipotez 3, 4, 8, 9 i 10 wykorzystano ten sam test, lecz przeznaczony dla grup niezależnych. Względem każdej hipotezy sprawdzano czy są spełnione warunki umożliwiające przeprowadzenie testu tj. zgodność z rozkładem normalnym bądź jednorodność wariancji i każdorazowo uzyskiwano wynik pozytywny, zezwalający na jego wykorzystanie. Poziom istotności, określający obszar odrzucenia hipotezy zerowej, został wyznaczony na $p=0,05$, co wskazuje na 95% prawdopodobieństwo przyjęcia hipotezy alternatywnej.

5.1.1. Poczucie koherencji przed i po hagioterapii

W procesie weryfikacji pierwszej hipotezy odnoszącej się do zmiany poczucia koherencji po hagioterapii, wartość t dla stopni swobody $df=31$ wynosi $t= -3,007$, a istotność $p=0,0025$. Zgodnie z oczekiwaniami średnie poczucie koherencji po terapii jest istotnie wyższe i wynosi $SOC= 132,96$ (w porównaniu z wynikiem $SOC=110,72$ przed terapią). Wyniki te podważają hipotezę 1, że poziom poczucia koherencji pacjentów po hagioterapii nie jest istotnie wyższy od poziomu poczucia koherencji pacjentów przed tą terapią. Ilustruje to wykres 5.1.1., w którym punkt w środku małego prostokąta stanowi wynik średni dla danej grupy, prostokąt określa zakres wyników do jednego odchylenia od średniej, natomiast wąsy pokazują cały rozrzut wyników.

Zgodnie z wybranym modelem statystycznym przy odrzuceniu hipotezy zerowej, możemy z odpowiednim prawdopodobieństwem (tu: 99,75%) przyjąć hipotezę alternatywną, a co za tym idzie stwierdzić, że obserwowana zmiana nie jest wynikiem przypadku (Jaworska, 2006). Nawiązując do literatury przedmiotu możemy przypuszczać, że to właśnie hagioterapia odegrała istotną rolę w procesie zmiany globalnego poziomu poczucia koherencji pacjentów leczących się na oddziałach uzależnień, przyczyniając się do jego wzrostu. Różnica pomiędzy wynikiem początkowym, uzyskanym przed przystąpieniem do terapii, a wynikiem końcowym, po jej zakończeniu, wynosi $\Delta=22,24$, wskazując na duży wzrost w obrębie całej badanej grupy.

Wykres 5.1.1. Porównanie globalnego poziomu poczucia koherencji przed i po hagioterapii.



Nie chcąc ograniczać się wyłącznie do opisu otrzymanych wyników, należy podjąć próbę ich możliwej interpretacji. Poczucie koherencji, które odnosi się do przekonania jednostki o zrozumiałości i sensowności otaczającego ją świata oraz do jej oceny własnych zasobów zaradczych, umożliwiających jej skuteczne funkcjonowanie w społeczeństwie, bywa z reguły niskie u osób uzależnionych (Mroziak, 2001). Człowiek uzależniony spostrzega świat jako zagrażający, natomiast samego siebie jako bezradnego i bezsilnego. Często ucieka od problemów i natłoku nieprzyjemnych emocji w środki psychoaktywne, które stwarzają mu iluzję „oazy szczęśliwości”. Wymagania otoczenia „na trzeźwo” są zbyt wysokie i często nieprzewidywalne, więc jednostka woli się od nich odizolować, uciekając w swój iluzoryczny, lecz jej zdaniem zapewniający jej bezpieczeństwo, świat (Mellibruda, 1997a). Do celów hagioterapii należą między innymi zmiana perspektywy widzenia świata osoby uzależnionej, a także stworzenie bardziej realistycznego obrazu własnego „ja”. Dokonuje się to na drodze spotkań grupowych, w czasie których jednostka „ścierając” się z rzeczywistością, a także z poglądami innych osób, analizuje swój własny punkt widzenia i towarzyszący mu światopogląd. Często w toku terapii dostrzega jego niespójność, a co za tym idzie tworzy się u niej motywacja do jego zmiany. W wyniku takich spotkań jednostka zaczyna spostrzegać otoczenia jako bardziej zrozumiałe i przewidywalne, gdyż jej fałszywy obraz świata ulega stopniowej destrukcji i jest zastępowany obrazem bardziej realistycznym

i adekwatnym. W czasie terapii uzależniony pacjent, oprócz rozbicia nieautentycznej wizji świata i własnego „ja”, nabywa umiejętności radzenia sobie z trudnościami. Uczy się rozpoznawać swoje emocje, nazywać je, a także radzić sobie w sytuacji ich nadmiernej kumulacji. Nabiera pewności siebie, odnajdując przy tym tak potrzebne poczucie sensu własnego życia i świata w ogóle. To wszystko może przyczyniać się do podwyższenia poczucia koherencji, sprawiając, że jednostka staje się bardziej efektywna w codziennym funkcjonowaniu.

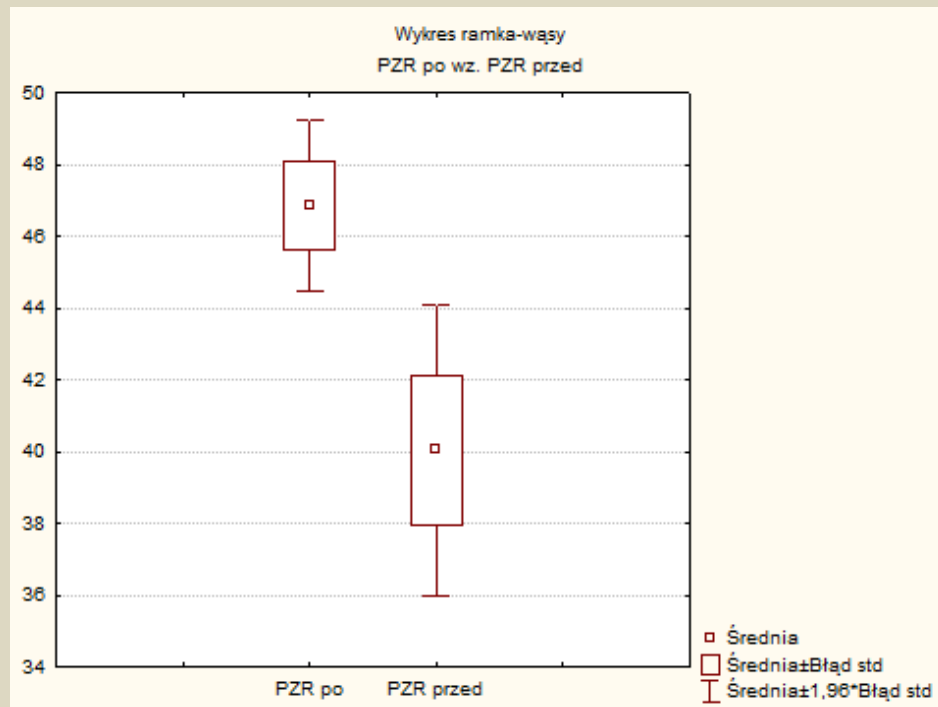
Można zatem stwierdzić, że hagioterapia w odniesieniu do poczucia koherencji charakteryzuje się dużym potencjałem zmianotwórczym. Warto również zauważyć, że zmiana poczucia koherencji implikować może także zmiany w obrębie jednostkowych strategii radzenia sobie ze stresem. Jednostka borykająca się z problemem uzależnienia przed przystąpieniem do terapii z reguły interpretuje każdy występujący u niej stan napięcia jako stan stresu. W czasie terapii uczy się odpowiednio analizować sygnały płynące z jej ciała, nie poddając ich, dotychczas występującej, automatycznej analizie. Konsekwencją może być zmiana strategii zaradczych na bardziej adekwatne (Mroziak, 2001).

5.1.1.1. Poczucie zrozumiałości przed i po hagioterapii

Poczucie zrozumiałości jako jeden z komponentów poczucia koherencji odpowiada za przekonanie jednostki, że napływające do niej z otoczenia zewnętrznego i wewnętrznego bodźce są w miarę czytelne i odpowiednio wytłumaczalne. Decyduje o tym czy percypowany świat, wraz z całym szeregiem płynących informacji, jawi się człowiekowi jako ustrukturalizowany, zrozumiały i w miarę spójny. Poziom poczucia zrozumiałości u osób uzależnionych przed terapią jest stosunkowo niski, natomiast po terapii ulega podwyższeniu, które może charakteryzować się wysoką stałością (Mroziak, 2001).

Wyniki obliczeń dla hipotezy 5: Poziom poczucia zrozumiałości pacjentów po hagioterapii nie jest istotnie wyższy od poziomu poczucia zrozumiałości przed terapią, wykazały istotność badanych różnic. Na poziomie istotności $p=0,0014$, uzyskano wynik statystyki t wynoszący $t=3,2432$, średni poziom poczucia zaradności przed hagioterapią wynoszący $PZR=40,03$, natomiast po terapii $PZR=46,84$. Otrzymano zatem wzrost w wysokości $\Delta=6,81$ punktów, który wskazuje na znaczne podwyższenie poziomu poczucia zrozumiałości u pacjentów po hagioterapii. Badana hipoteza została zatem odrzucona. Opisane rezultaty ilustruje wykres 5.1.1.1.

Wykres 5.1.1.1. Poziom poczucia zrozumiałości przed i po hagioterapii - porównanie



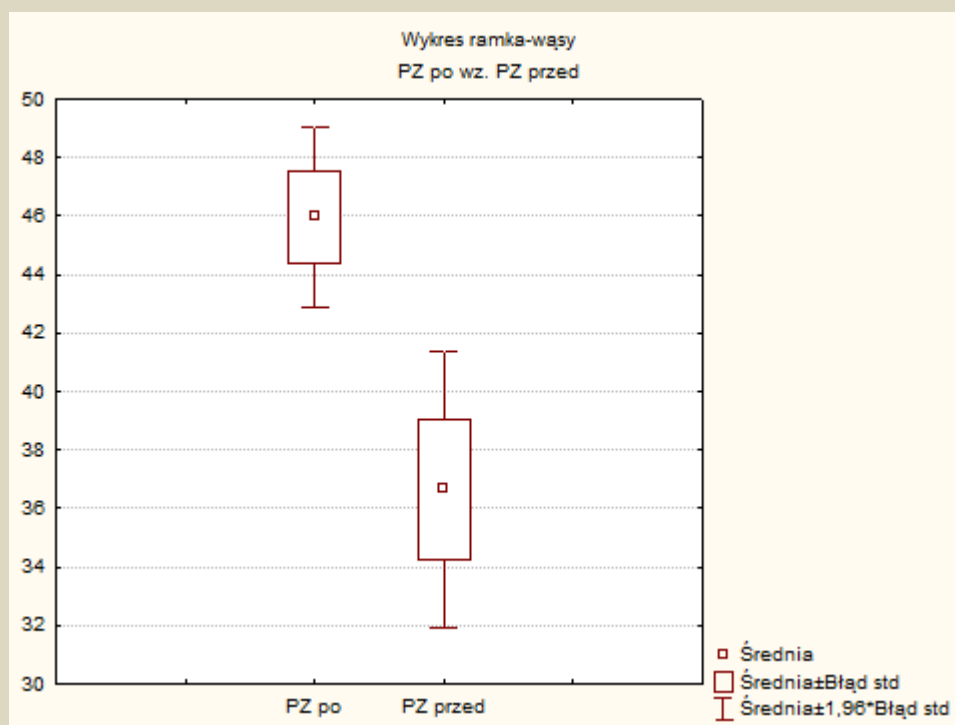
Poczucie zrozumiałości jako zmienna warunkująca percepcję napływających bodźców jako spójnych, czytelnych i klarownych u osób uzależnionych podlega pewnym zmianom w wyniku przebytej terapii (Mroziak, 2001). Biorąc pod uwagę koncepcje dotyczące charakterystyki osób uzależnionych możemy stwierdzić, że jednostki nie uczestniczące w terapii wyróżniają się bardziej zaburzonym schematem funkcjonowania. Zaburzenia występują w wielu sferach, jednak koncentrują się wokół powtarzalnych sytuacji, i tak osoba uzależniona ma problemy z kontaktami interpersonalnymi, gdyż inni ludzie jawią się jej jako zagrażający i często niezrozumiali. Osoba uzależniona spotyka się z biegunowo różnymi reakcjami na własną osobę, które mimo, że są uwarunkowane przez jej chorobę, jawią się jej jako nieklarowane, mało czytelne i niezrozumiałe (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Dopiero w toku terapii jednostka ma szansę lepiej zrozumieć otoczenie, ich reakcje i uczucia. To samo dotyczy także jej samej, bowiem w procesie terapeutycznym uczy się prawidłowo odczytywać sygnały płynące z jej ciała, nazywać je i adekwatnie wobec nich postępować. Hagioterapia, jako metoda psychoterapii, ukierunkowana na rekonstrukcję obrazu własnego „ja” pacjenta umożliwia mu wytworzenie spójnej i ustrukturalizowanej wizji świata. Podwyższając poczucie zrozumiałości u pacjentów hagioterapia przyczynia się do tego, że jednostka w przyszłości, napotykając na swojej drodze różne sygnały będzie je umiała łatwiej i szybciej przyporządkować do odpowiedniej kategorii, odnajdując w nich sens, ład i swoistą harmonię.

5.1.1.2. Poczucie zaradności przed i po hagioterapii

Obliczenia dla hipotezy 6 wykazały istotne różnice pomiędzy poziomem poczucia zaradności pacjentów przed i po hagioterapii. Statystyka t wynosi $t = 3,1749$ (przy poziomie istotności $p = 0,0016$), natomiast średni poziom poczucia zaradności przed hagioterapią równy jest $PZ = 36,65$, a po terapii $PZ = 45,96$. Uzyskane wyniki podważają hipotezę: Poziom poczucia zaradności pacjentów po hagioterapii nie jest istotnie wyższy od poziomu poczucia zaradności przed terapią i pozwalają ją odrzucić. Wyniki ilustruje wykres 5.1.1.2.

Poczucie zaradności odnosi się przede wszystkim do spostrzeganych przez jednostkę własnych kompetencji, służących sprostaniu stawianym jej wymaganiom i zaradzeniu pojawiającym się problemom. Silne poczucie zaradności nie daje gwarancji, że przykre sytuacje nie będą miały miejsca, lecz jedynie pozwala lepiej sobie z nimi poradzić, nabywając tym samym umiejętności potrzebnych na przyszłość (Antonovsky, 1995).

Wykres 5.1.1.2. Porównanie poziomu poczucia zaradności pacjentów przed i po hagioterapii.



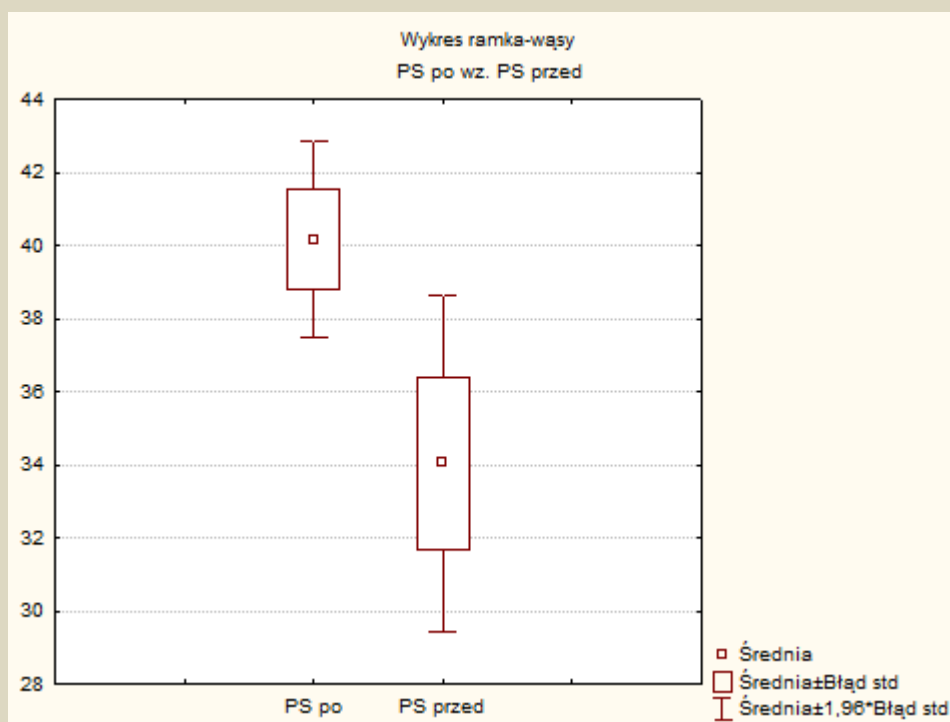
Osoby uzależnione mają znaczne deficyty w obrębie strategii radzenia sobie zarówno ze stresem, jak i z trudnościami, które niejako nie wynikają wyłącznie z rzeczywistych braków, lecz raczej z niskiego poczucia własnej skuteczności i kompetencji. Jednostka czuje się przytłoczona swoimi emocjami, napływającymi informacjami, piętrzącymi się trudnościami, a dodatkowo nakłada na to niskie poczucie samoskuteczności, stając się przez to całkowicie bezradna. W trakcie hagioterapii pacjent uczy się nie tylko bardziej

realistycznie patrzeć na świat, co dzieje się poprzez rozbicie mechanizmu iluzji i zaprzeczania, lecz również nabywa potrzebnych umiejętności zaradczych. Hagioterapia koncentruje się również na podwyższeniu poczucia własnej wartości pacjentów, kładąc nacisk na rozwój realistycznego optymizmu, który umożliwia patrzenie z nadzieją w przyszłość. W toku terapii zatem podwyższeniu ulega poczucie zaradności pacjentów, co daje w efekcie bardziej adekwatne wyobrażenie o świecie i swoich kompetencjach oraz lepsze radzenie sobie z problemami.

5.1.1.3. Poczucie sensowności przed i po hagioterapii

Obliczenia dla hipotezy odnoszącej się do zmian poczucia sensowności przed i po hagioterapii wykazały istotne różnice ($p=0,0106$), otrzymując wynik statystyki $t=2,4240$. Średni poziom poczucia zaradności przed hagioterapią wynosi $PZ= 34,03$, a po terapii $PZ= 40,15$, co daje podwyższenie wielkości $\Delta=6,12$ punktów. Uzyskane wyniki pozwalają odrzucić hipotezę 7: Poziom poczucia sensowności pacjentów po hagioterapii nie jest istotnie wyższy od poziomu poczucia sensowności przed terapią. Rezultaty pokazuje wykres 5.1.1.3.

Wykres 5.1.1.3. Porównanie poziomu poczucia sensowności pacjentów przed i po hagioterapii.



Poczucie sensowności stanowi kluczowy dla uzależnionych pacjentów komponent poczucia koherencji, gdyż zapewnia subiektywnie odczuwane wrażenie, że podejmowane przez nich działania mają sens. Jest to esencjalne dla powodzenia terapii i utrzymania

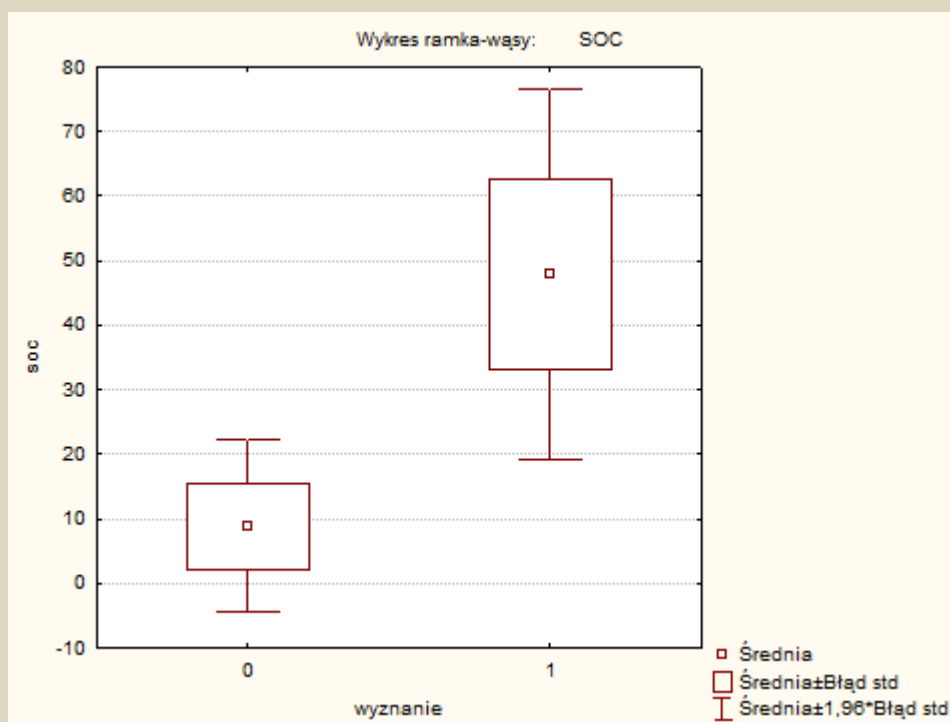
abstynencji, gdyż bez poczucia sensu wszelkie podejmowane przez pacjentów działania wydają się bezcelowe i niczemu niesłużące, a co za tym idzie, nie warte zaangażowania.

Wśród osób uzależnionych przed terapią możemy zaobserwować stosunkowo niskie poczucie sensowności, co przekłada się prawdopodobnie na ambiwalentny stosunek do samej terapii i podejmowanych przez pacjentów wysiłków ukierunkowanych na stałą abstynencję. Hagioterapia nastawiona jest na wzmocnienie poczucia sensowności i realizuje to założenie na drodze demaskowania i rozbijania poszczególnych mechanizmów uzależnienia. Niszcząc mechanizm nałogowego regulowania emocji, iluzji i zaprzeczania oraz dezintegracji Ja zapewnia pacjentowi otwarcie się na świat zewnętrzny i wewnętrzny, który przestaje jawić się jako zatrważający i niebezpieczny. Świat staje się bardziej zrozumiały, jednostka daje sobie szansę realnie ocenić swoje umiejętności i patrząc na pojawiające się trudności w kategoriach wyzwania, a nie zagrożenia, zaczyna się w nie angażować, dostrzegając, że jej działania przynoszą oczekiwane efekty. Widząc, że otaczające ją trudności nie są koniecznością, którą musi bezwzględnie zaakceptować, zaczyna kierować swoim życiem, odkrywając krok po kroku sens swoich działań, myśli, emocji, a wreszcie – całego życia. Hagioterapia przyczyniając się do wzrostu poczucia sensowności u pacjentów daje im szansę na dłuższe utrzymanie abstynencji, a co za tym idzie lepsze funkcjonowanie i wzrost jakości ich życia.

5.1.1.4. Wielkość zmiany poziomu poczucia koherencji a wyznanie

Uzyskane wyniki wykazały, że wystąpiły istotne różnice pod względem zaobserwowanej zmiany poziomu poczucia koherencji w zależności od wyznania badanych pacjentów. Przy poziomie istotności $p=0,0096$, uzyskano wynik statystyki $t=-2,7666$, oraz średnią wielkość zmiany u osób deklarujących się jako wierzące $\Delta=47,91$ i u ateistów $\Delta=8,81$, co wskazuje na zdecydowanie większy wzrost poziomu poczucia koherencji u osób wierzących w porównaniu z ateistami. Rezultaty ilustruje wykres 5.1.1.3, w którym numerem jeden oznaczona jest grupa osób wierzących, natomiast numerem zero – grupa ateistów.

Wykres 5.1.1.4. Porównanie wielkości zmiany poziomu poczucia koherencji u osób wierzących (1) i ateistów (0).



Co prawda badana zależność nie stanowiła przedmiotu niniejszych badań, jednak ze względu na wysoki poziom istotności statystycznej warto ją opisać. Wyniki pokazują jednoznacznie, że u osób deklarujących się jako wierzące wystąpił większy wzrost poziomu poczucia koherencji niż i zdeklarowanych ateistów. Większość osób wierzących deklarowała bądź wyznanie katolickie bądź protestanckie, wskazując tym samym na tę samą religię tj. chrześcijaństwo. W hagioterapii Biblia jest wykorzystywana jako główne narzędzie terapeutyczne, co prawdopodobnie odgrywa szczególną rolę w procesie terapeutycznym osób, które deklarują, iż są chrześcijanami. Chrześcijaństwo akcentuje boskie pochodzenie Pisma Świętego, obdarzając je szczególnym szacunkiem i traktując je jako wybitne źródło prawd moralnych. Właśnie z tego względu, że Biblia jest dla chrześcijan wyjątkowym autorytetem, jej terapeutyczna rola może się zwielokrotnić, przyczyniając się tym samym do większego wzrostu poziomu poczucia koherencji właśnie u tej grupy badanych.

5.1.2. System wartości przed i po hagioterapii

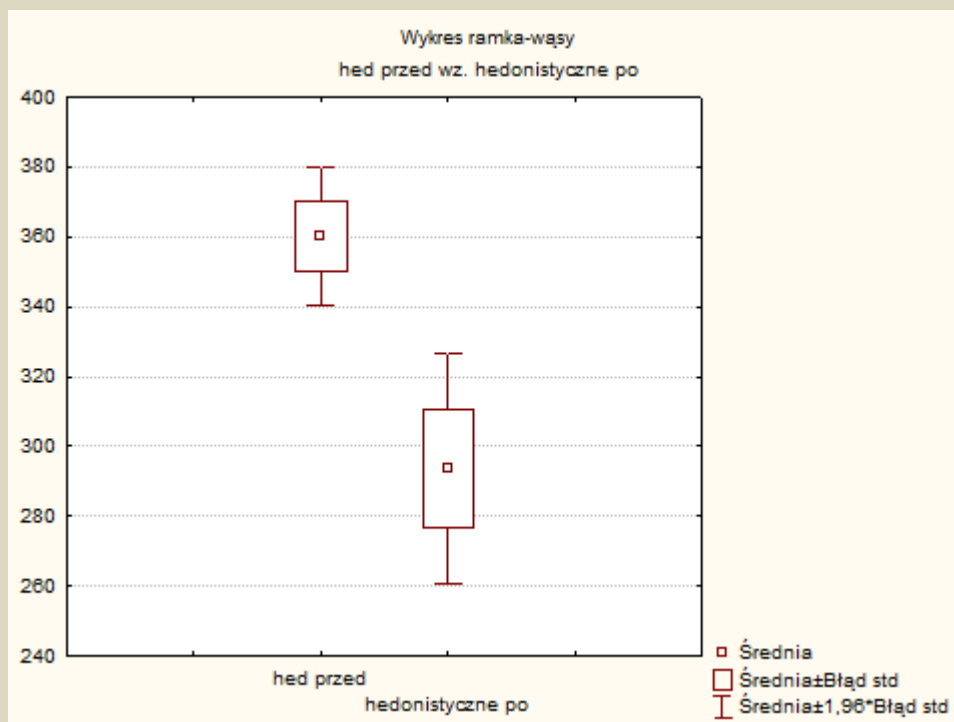
Ze względu na brak możliwości globalnej analizy całego systemu wartości badanych weryfikacji poddane zostały hipotezy szczegółowe dotyczące siedmiu podskal wchodzących w skład kwestionariusza tj. wartości hedonistycznych, estetycznych, witalnych, prawdy, moralnych, świętości świeckich i świętości religijnych. Uzyskane wyniki wykazały, że istotna

zmiana wystąpiła wyłącznie w obrębie wartości hedonistycznych, pokazując znaczny spadek przywiązywanej wagi do tej podgrupy wartości. W obrębie pozostałych podskal otrzymane zmiany nie były istotne, co pozwala sądzić, że całościowa hierarchia wartości uległa jedynie niewielkiej reorganizacji. Warto jednak zauważyć, że analizując zmianę miejsca w systemie wartości, to przed terapią hierarchia układała się w następujący sposób (od najbardziej cenionych): wartości moralne, hedonistyczne, prawdy, estetyczne, witalne, świętości świeckie oraz świętości religijne. Po terapii nastąpiła pewna reorganizacja, która jednak objęła swoim zasięgiem wyłącznie miejsca od 2 do 7, układając się w następującą hierarchię: wartości moralne, prawdy, świętości świeckie, estetyczne, hedonistyczne, witalne, świętości religijne.

5.1.2.4. Wartości hedonistyczne

Analiza hipotezy 2a wykazała istotne różnice pomiędzy przywiązywaną wagą do wartości hedonistycznych przed i po hagioterapii. Uzyskano na poziomie istotności $p=0,0026$, wynik statystyki $t=3,2684$, średnią przed hagioterapią równą $H=360,21$ oraz po hagioterapii $H=293,53$. Otrzymano tym samym spadek średniej przywiązywanej wagi do wartości hedonistycznych równy $\Delta=66,68$, co pozwala na odrzucenie hipotezy 2a: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości hedonistycznych pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią. Rezultaty obrazuje wykres 5.1.2.1.

Wykres 5.1.2.1. Przywiązywana waga do wartości hedonistycznych przed i po hagioterapii – porównanie.



Poddając analizie wartości hedonistyczne uwzględnione w kwestionariuszu SWS otrzymujemy następującą listę: dostatnie życie, posiadanie, przyjemność, wygodę oraz życie pełne wrażeń, która reprezentuje wartości tego, co przyjemne (Brzozowski, 2007). Zgodnie z oczekiwaniami przedstawionymi w części teoretycznej niniejszej pracy należy przypuszczać, że istotną rolę w procesie zmiany przywiązywanej wagi do wartości hedonistycznych odegrała właśnie hagioterapia. Jej nadrzędnym celem jest rekonstrukcja uzależnieniowego systemu wartości, który bywa ukierunkowany głównie na chwilowe przyjemności, związane z reguły z konkretną substancją psychoaktywną bądź nałogową czynnością.

U człowieka uzależnionego w toku rozwoju jego choroby dochodzi do stopniowej destrukcji dotychczasowej hierarchii wartości, bowiem rzeczy, które były do tej pory cenione i szanowane (np. praca, rodzina, hobby) schodzą na drugi plan, ustępując miejsca nałogowemu regulowaniu emocji. U większości pacjentów zaobserwować można zubożenie bądź też destrukcję systemu wartości, przejawiającą się często w postaci nadmiernego pesymizmu, nihilizmu, zwątpienia oraz życiowej pustki. Rozpad hierarchii wartości przybierać może postać niepokoju, lęku, przygnębienia, związanego z subiektywnym odczuciem straty czegoś cennego, dającego nadzieję. Szczególnie widoczne to bywa w chwilach abstinencji, kiedy następuje uświadomienie sobie realnego obrazu własnego życia, poniesionych strat i wyrządzonych krzywd (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Warto podkreślić również fakt, że sprzeczność dotycząca hierarchii wartości dotyczy przede wszystkim poszczególnych podsystemów, a nie konkretnych wartości. Niektóre systemy mogą się silnie zautonomizować, zagłuszając pozostałe i w efekcie uniemożliwiać realizację prawdziwych pragnień i potrzeb jednostki. Dotyczyć to może przewagi wartości instrumentalnych nad autotelicznymi, hedonistycznych nad moralnymi bądź też jakichkolwiek innych (Ustrzycki, 2001). Jednostka uzależniona w trakcie terapii dokonuje rekonstrukcji swojego systemu wartości, zaczynając bardziej cenić wartości wyższe od niższych (np. mniej cenione staje się dostatnie życie i przyjemność na korzyść miłości i życzliwości), choć zgodnie z wynikami niniejszych badań istotna zmiana dotyczy wyłącznie spadku przywiązywanej wagi do wartości hedonistycznych. Należy przypuszczać, że hagioterapia poprzez tzw. technikę podwójnych transakcji rozbija narcystyczne „Ja” pacjenta, jednocześnie pozwalając mu dostrzec możliwość wyboru innych wartości, które obiektywnie stoją wyżej w hierarchii. W trakcie spotkań grupowych pacjenci uczą się, że dotychczasowe nałogowe życie nie przynosi długotrwałych korzyści, lecz straty, a co za tym idzie warto go

zmienić. Analizując przypowieści biblijne pacjenci utożsamiają się często z postaciami, które początkowo należały raczej do złych bohaterów danej historii, lecz w ostatecznym rozrachunku zmieniały się na lepsze, ratując tym samym swoje życie. Uzależnieni nierzadko widzą w takich przypowieściach historię własnego życia, które do czasu rozpoczęcia abstynencji było złe, jałowe i nastawione na natychmiastową przyjemność, lecz w trakcie terapii staje się bardziej cenne, wartościowe i sensowne (Halamová, Remeš, 2004). Wielu autorów (Maslow, 1964, Dąbrowski 1979, May, 1973 za: Bronowski, 2001) podkreśla szczególną rolę wartości w poprawie zdrowia psychicznego i funkcjonowania jednostki. Kluczowa wydaje się tu być zgodność w obrębie hierarchii wartości, do której dochodzi się w procesie terapeutycznym najpierw poprzez wyłapanie istniejących niespójności, a następnie poprzez ich zmianę. Uzyskane wyniki pokazują, że na najwyższej w hierarchii wartości badanych przed hagioterapią stoją wartości moralne, a tuż za nimi wartości hedonistyczne. Uwzględniając charakterystykę osób uzależnionych możemy przypuszczać, że w ich życiu realizacja wartości z tych dwóch klas może się wzajemnie wykluczać, będąc ze sobą niejako w sprzeczności. Trudno jest bowiem urzeczywistniać w swoim życiu miłość do bliźnich, raniąc ich swoim nałogiem. Proces rekonstrukcji systemu wartości zaczyna się już na samym początku terapii w chwili, w której uzależniony pacjent uznaje, że jest chory, demaskując w ten sposób determinujący jego zachowanie mechanizm iluzji i zaprzeczania. Hagioterapia, niwelując mechanizmy uzależnienia, przyczynia się do zmiany w obrębie hierarchii wartości, sprawiając, że wartości hedonistyczne stają się mniej cenione.

5.1.2.5. Wartości witalne

Analiza hipotezy 2b wykazała brak istotnych różnic względem przywiązywanej wagi do wartości witalnych u pacjentów przed i po hagioterapii. Poziom istotności wynosi $p=0,9135$, a wartość $t=0,1093$, co nie pozwala odrzucić hipotezę: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości witalnych pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią i wskazuje na konieczność uznania jej za nieudowodnioną. Różnica pomiędzy wartościami średnimi, wskazującymi na wagę przykładaną do wartości witalnych, pacjentów przed i po terapii jest niewielka i wynosi zaledwie $\Delta=-3,03$ (średnia przed terapią jest równa $M=353,71$, a po terapii $M=350,68$).

W badaniach wykazano, że nie ma istotnej różnicy względem przywiązywanej wagi do wartości witalnych u pacjentów przed i po hagioterapii, co może być spowodowane ograniczeniami statystycznymi i metodologicznymi niniejszego badania. Istnieje pewne prawdopodobieństwo, że w sytuacji powiększenia grupy badawczej lub też zmiany innych

warunków badania uzyska się odmienne wyniki. Zgodnie z tymi założeniami należy raczej uznać badaną hipotezę za nieudowodnioną (Stanisz, 1999b).

Jednak z racji tego, że testy statystyczne mówią jedynie o prawdopodobieństwie można spróbować wyjaśnić uzyskane wyniki w odmienny sposób, nieodwołując się jedynie do ograniczeń wybranego modelu badawczego. Do wartości witalnych zaliczamy: odporność na zmęczenie, siłę fizyczną, sprawność, sprężystość ciała, umiejętność znoszenia chłodu oraz umiejętność znoszenia głodu, które również bywają nazywane wartościami życia, gdyż odpowiadają temu, co szlachetne i pospolite (Brzozowski, 2007). Uwzględniając tę charakterystykę możemy przypuszczać, że spadek przywiązywanej wagi do tych wartości u osób uzależnionych nie jest do końca wskazany. Człowiek uzależniony, będący pod wpływem mechanizmów uzależnienia i borykając się z różnymi problemami zdrowotnymi często deprecjonuje swoje życie i zdrowie. Nie chodzi na regularne badania lekarskie, nierzadko całkowicie unikając jakiegokolwiek kontaktu ze służbą zdrowia. Zapomina o jedzeniu, aktywności fizycznej i odpowiednim ubraniu, podporządkowując się nałogowi. Tym samym nie tylko nie szanuje swojego zdrowia, lecz niszczy je. Wskazane być może byłoby uzyskanie wzrostu przywiązywanej wagi do wartości witalnych, jednak ze względu na specyfikę terapii jest to raczej niemożliwe, gdyż hagioterapia nastawiona jest raczej na zmianę w obrębie wartości hedonistycznych i tzw. wartości wyższych.

5.1.2.6. Wartości estetyczne

Wyniki obliczeń dla hipotezy 2c wskazują na brak istotnych różnic ($p= 0,8993$) pod względem przywiązywanej wagi do wartości estetycznych w grupie pacjentów przed i po hagioterapii. Statystyka t wynosi $t= -0,1275$, średnia dla grupy przed terapią $M= 296,37$, natomiast po terapii $M= 298,96$, wskazując tym samym jedynie na niewielki i nieistotny statystycznie wzrost. Uzyskane wyniki wskazują na brak możliwości odrzucenia hipotezy: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości estetycznych pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią bądź uznanie jej za nieudowodnioną (Stanisz, 1999b).

Do wartości estetycznych zaliczamy: elegancję, gustowność, harmonię, proporcjonalność kształtów oraz regularność rysów, które koncentrują się wokół tego, co piękne i co brzydkie (Brzozowski, 2007). Otrzymane rezultaty wskazują na brak istotnych zmian przywiązywanej wagi do wartości estetycznych przed i po hagioterapii, jednocześnie pokazując, że wartości te generalnie nie są zbyt wysoko cenione przez pacjentów. Z analizy

literatury przedmiotu możemy wnioskować, że osoby uzależnione nie przykładają zbyt wielkiej wagi do pięknego wyglądu, harmonii swoich rysów czy proporcjonalności kształtów, bowiem ich życie koncentruje się wokół nałogu. Uzależnione jednostki niszczą swoje zdrowie, psują jednocześnie swój wygląd (Zajączkowski, 2003). Patrząc na uzyskane wyniki widzimy, że osoby uzależnione przed i po hagioterapii prawie jednakowo cenią tę grupę wartości. Nie należy się temu dziwić, gdyż ta forma psychoterapia nie jest nastawiona na wywoływanie zmiany w odniesieniu do wartości estetycznych i w toku terapii nie tworzy zbyt wiele przestrzeni na ich analizę i kontemplację. Tym samym, skoro brakuje miejsca na zajmowanie się wartościami estetycznymi, przywiązywana do nich waga pozostaje bez zmian.

5.1.2.7. Wartości prawdy

Uzyskane wyniki obliczeń dla hipotezy 2d wskazują na brak istotności ($p= 0,1232$) - statystyka t wynosi $t= 1,5841$, średnia przed terapią wynosi $M= 194,87$, natomiast po terapii $M= 219,03$, co oznacza zmianę jedynie w wartości $\Delta=24,73$. Powyższe wyniki wskazują na brak możliwości odrzucenia bądź konieczność uznania za nieudowodnioną hipotezę: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości prawdy pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią.

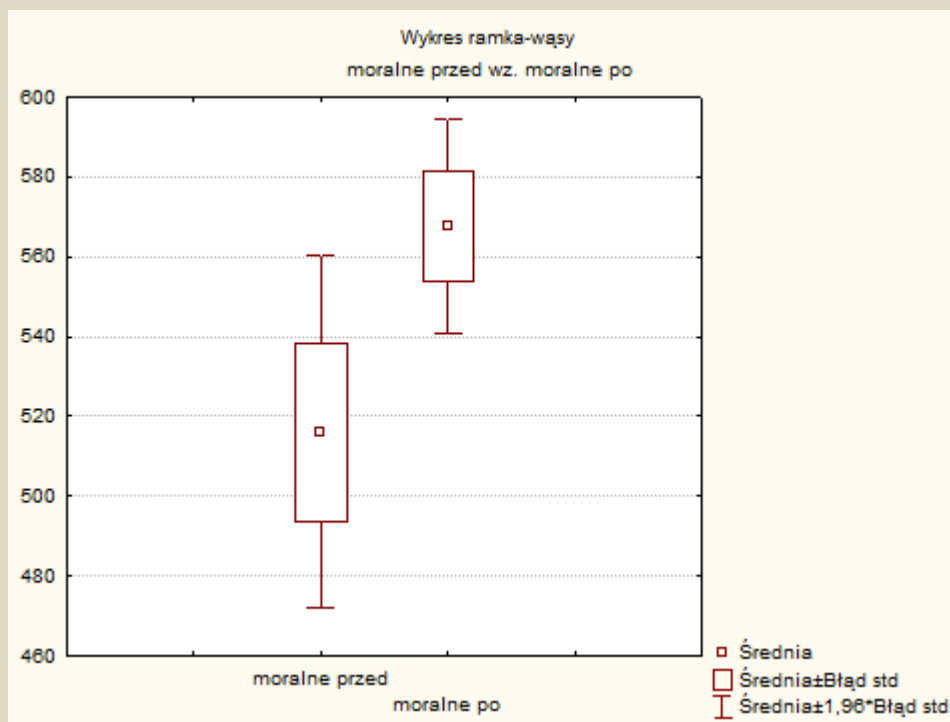
Wartości prawdy obejmują: logiczność, otwarty umysł i szerokie horyzonty umysłowe, obrazując szeroko rozumiane wartości poznawcze (Brzozowski, 2007). Niewielki i nieistotny statystycznie wzrost w obrębie tej klasy wartości wskazuje prawdopodobnie na ich stałość i brak zależności z uczestnictwem w hagioterapii bądź też na niedoskonałość wybranego modelu badawczego (patrz: mała grupa pacjentów). Pomijając metodologiczne niedoskonałości badań, możemy przypuszczać, że w toku terapii niewielki akcent kładziono na zmianę przywiązywanej wagi do wartości poznawczych. Co prawda u osób uzależnionych logiczność odgrywa ważną rolę przy demaskowaniu niespójności w obrębie hierarchii wartości, obrazu własnego Ja i światopoglądu, to jednak dwie pozostałe wartości wydają się nie być tak istotne. Dodatkowo warto zauważyć, że hagioterapia, koncentruje się przeważnie na wartościach hedonistycznych i moralnych, zajmując się w niewielkim stopniu wartościami poznawczymi.

5.1.2.8. Wartości moralne

Wyniki obliczeń dla hipotezy 2e wskazują na brak istotności ($p= 0,0642$) przy statystyce t wynoszącej $t= -1,9187$. Średnia przed terapią wynosi $M= 516,03$, natomiast

średnia po terapii $M=567,78$, co oznacza zmianę o $\Delta=51,75$ punktów. Uzyskane rezultaty wskazują na brak możliwości odrzucenia bądź konieczność uznania za nieudowodnioną hipotezę: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości moralnych pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią. Wyniki ilustruje wykres 5.1.2.5.

Wykres 5.1.2.5. Przywiązywana waga do wartości moralnych przed i po hagioterapii – porównanie.



Do wartości moralnych zaliczamy: dobroć, miłość bliźniego, pomaganie innym, prawdomówność, szczerłość, uczciwość i życzliwość (Brzozowski, 2007). Uzyskane wyniki wskazują jednoznacznie, że wartości moralne zarówno przed, jak i po terapii stoją najwyżej w hierarchii badanych pacjentów, przy czym należy przypuszczać, że istnieje spory rozdźwięk pomiędzy deklaracją, a realizacją owych wartości. Osoby uzależnione bowiem charakteryzują się dużą rozbieżnością pomiędzy wartościami deklarowanymi i realizowanymi, co znajduje każdorazowo swoje odzwierciedlenie w ich codziennym funkcjonowaniu (Bronowski, 2001). Człowiek uzależniony mimo tego, że twierdzi, iż wysoko ceni sobie miłość bliźniego czy uczciwość, będąc w pułapce nałogu, zapomina o bliskich, rani ich i okłamuje, czym de facto przeczy wyznawanym przez siebie wartościom. Mając wyćwiczony mechanizm dezintegracji Ja, widzi siebie z jednej strony jako człowieka cudownego, zabawnego i odnoszącego sukcesy, a z drugiej strony w chwilach przytłaczającej abstynencji, jako kogoś zepsutego, złego i zhańbionego. Dodatkowo będąc w pułapce mechanizmu iluzji i zaprzeczania nie widzi prawdziwych konsekwencji własnego

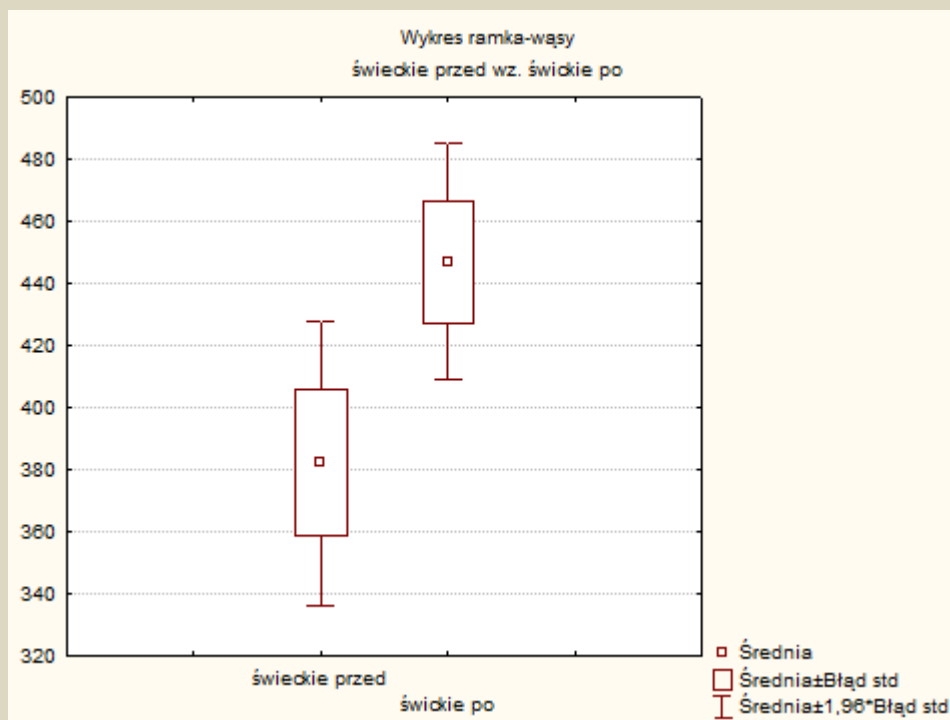
zachowania, co pozwala mu twierdzić, że na szczycie jego hierarchii znajduje się np. miłość, życzliwość i dobroć (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Mimo, iż w badaniu uzyskano wysokie wyniki przypisywane wartościom moralnym zarówno przed, jak i po hagioterapii, to możemy przypuszczać, że przed terapią rzadko były realizowane, przez co pozostawały jedynie w sferze deklaracji.

Po terapii uzyskano wzrost o 51,75 punktu, który co prawda nie jest istotny statystycznie, lecz prawdopodobnie przekłada się na o wiele większą zmianę, niż to wynika z otrzymanych rezultatów. Zmiana ta obejmuje prawdopodobnie nie tylko deklarację odnośnie cenionych wartości, ale przede wszystkim ich realizację. Przypuszczalnie przyczynia się do tego hagioterapia, która wykorzystując Pismo Święte jako główne narzędzie pracy, modeluje odpowiednie postawy uzależnionych pacjentów, przyzwalając na zmianę ich dotychczasowego sposobu funkcjonowania. Terapeuta dopiero w taki sposób konkretne przypowieści, aby pokazać, że to właśnie za realizacją wartości moralnych idzie wzrost jakości życia i satysfakcjonujące relacje interpersonalne. Wykazując jednocześnie niespójność dotychczasowego światopoglądu pacjentów, umożliwia im dokonanie zmiany, mającej rzeczywisty i autentyczny charakter.

5.1.2.9. Wartości świętości świeckie

Uzyskane wyniki obliczeń dla hipotezy 2f wykazały brak istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do tzw. świętości świeckich u osób przed i po hagioterapii. Poziom istotności wynosi $p= 0,0710$, statystyka $t= -1,8690$ przy średniej przed terapią $M=382,18$ i po terapii $M= 446,84$. Rezultaty testu statystycznego nie pozwalają odrzucić hipotezę: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości świętości świeckich pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią. Wyniki obrazuje wykres 5.1.2.6. Uzyskane wyniki wskazują na wzrost przywiązywanej wagi do tej klasy wartości o $\Delta=64,66$. Wzrost ten okazał się być nieistotny statystycznie, choć poziom istotności bliski jest wartości granicznej, co raczej wskazuje na konieczność zmiany warunków badania i uznanie badanej hipotezy za nieudowodnioną.

Wykres 5.1.2.6. Przywiązywana waga do „świeckich świętości” przed i po hagioterapii – porównanie.



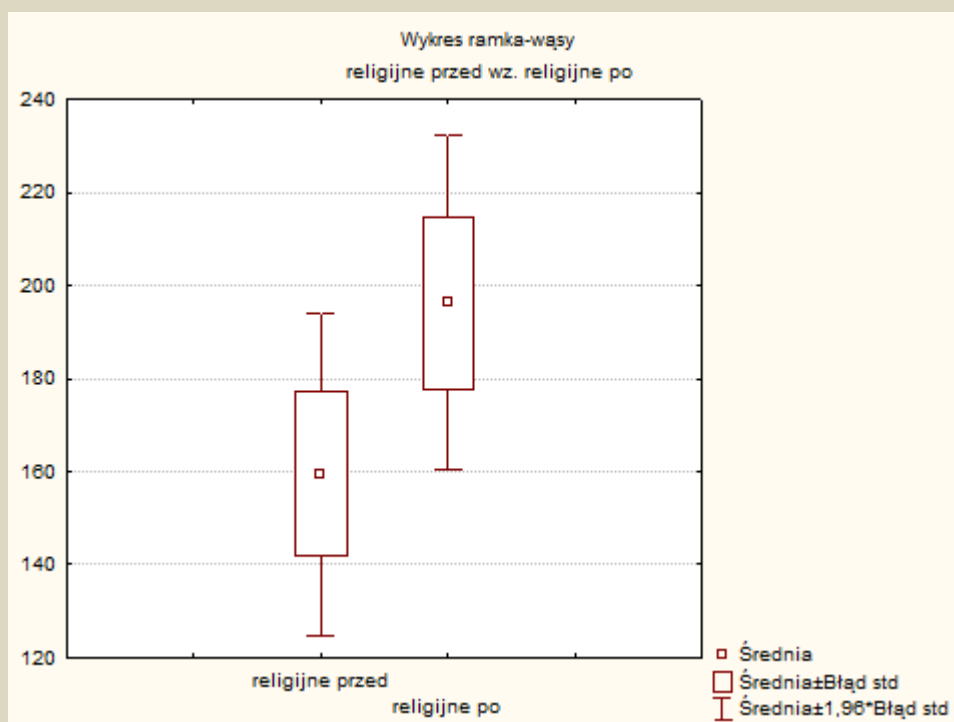
Do podskali świeckich świętości należą: honor, kraj, naród, niepodległość, ojczyzna, państwo i patriotyzm, które zdaniem Tischnera (1982) są „po ludzku święte“ w odróżnieniu od tych związanych z Bogiem i religią. U osób uzależnionych wartości świętości świeckich bywają rzadko wysoko cenione, co znalazło swoje odzwierciedlenie w niniejszym badaniu. Uzależnienie, jako choroba ograniczająca prawidłowe funkcjonowanie człowieka, kontroluje każdą sferę jego życia. Nałóg podporządkowuje zachowanie człowieka, jego postawy i pragnienia, jedynie poszukiwaniu, zdobywaniu i używaniu substancji psychoaktywnej. Dodatkowo nakłada się na to pesymizm, brak wiary i nadziei na lepszą przyszłość, przygnębienie, autoagresja i przepowiadanie katastroficznych wydarzeń, które w ostatecznym rozrachunku nie pozwalają cenić sobie świętości. Jeśli życie człowieka polega na ciągłym zaspokajaniu pragnienia, które służy redukowaniu napięcia, brakuje w nim miejsca na jakiegokolwiek świętości (Mellibruda, Sobolewska-Mellibruda, 2006). Zgodnie z piramidą potrzeb Maslowa (2006), w sytuacji niezaspokojenia podstawowych, fizjologicznych potrzeb, niemożliwe jest realizowanie pragnień wyższego rzędu. U człowieka uzależnionego głód alkoholowy bądź narkotykowy jest jedną z najbardziej podstawowych potrzeb, która musi być zaspokojona w pierwszej kolejności. Dopiero po jej zaspokojeniu realizowane mogą być dalsze pragnienia czy wartości, takie jak samorealizacja, szacunek i honor. Uzyskane wyniki wskazują na wzrost w wysokości $\Delta=64,66$, który jest co prawda nieistotny statystycznie, ale

dzięki niemu ta klasa wartości z miejsca przedostatniego w hierarchii przed terapią przesunęła się na miejsce trzecie (po terapii). Tak duża zmiana miejsca w systemie wartości pokazuje, że być może oddziaływanie hagioterapeutyczne przyczyniło się do zniwelowania głodu uzależnienia i stworzyło tym samym miejsce na dostrzeżenie i realizację wyższych wartości.

5.1.2.7. Wartości świętości religijne

Analiza statystyczna dla hipotezy 2g wykazała brak istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do tzw. świętości religijnych u pacjentów przed i po hagioterapii. Poziom istotności wynosi $p=0,1096$, statystyka $t=-1,6468$, natomiast średnia przed terapią $M=159,40$, a po terapii $M=196,18$. Wielkość zmiany wynosi zaledwie $\Delta=37,22$, co nie pozwala na odrzucenie hipotezy: Nie ma istotnych różnic pod względem przywiązywanej wagi do wartości świętości religijnych pacjentów po hagioterapii i przed hagioterapią. Rezultaty ilustruje wykres 5.1.2.7.

Wykres 5.1.2.7. Przywiązywana waga do „religijnych świętości” przed i po hagioterapii – porównanie.



Do „świętości religijnych“ zaliczamy: Boga, wiarę, zbawienie i życie wieczne (Brzozowski, 2007). Z analizy otrzymanych rezultatów wynika, że świętości religijne są najmniej cenioną grupą wartości zarówno przed, jak i po hagioterapii, co prawdopodobnie związane jest z tym, że większość badanych pacjentów (65,63%) to zadeklarowani ateści. Ateści odrzucający wiarę w Boga, często również wątpią w życie wieczne i zbawienie, przez

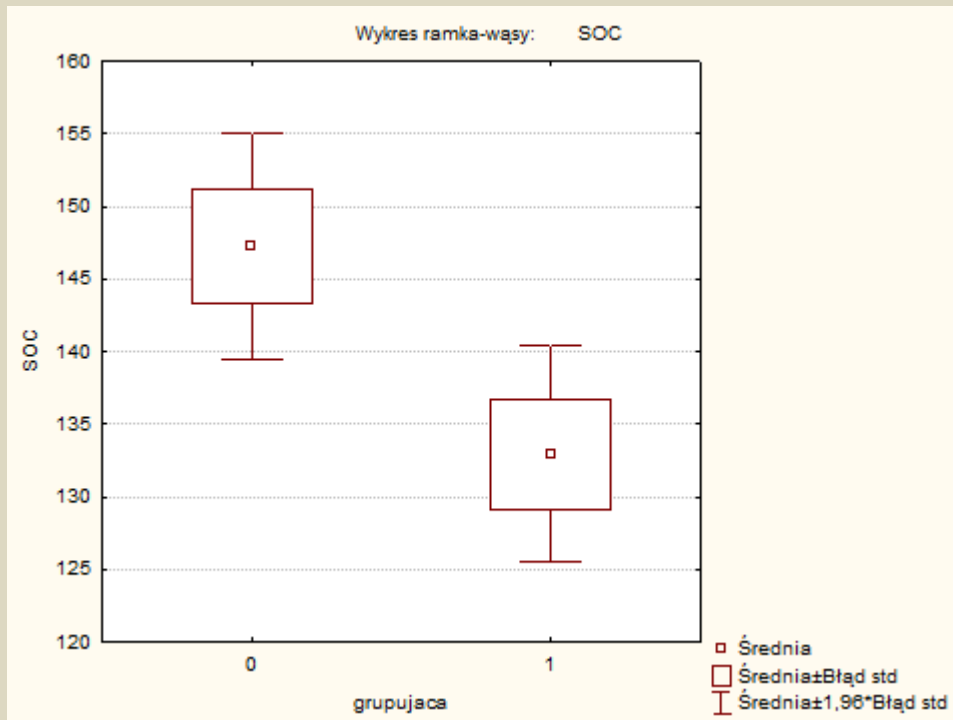
co nie przywiązują do tych nich zbyt wielkiej wagi. Warto również zauważyć, że hagioterapia mimo faktu wykorzystywania jako głównego narzędzia Pisma Świętego, odcina się od jakiegokolwiek ewangelizacji czy nawracania. Jest metodą terapeutyczną, która stosuje podejście hermeneutyczne, pomijające objawieniowy i religijny charakter Biblii. Tym samym nie jest ukierunkowana na wywoływanie zmian przywiązywanej wagi do wartości świętości religijnych, co znalazło swoje odzwierciedlenie w uzyskanych wynikach.

5.1.3. Poczucie koherencji pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii

Wyniki obliczeń dla hipotezy 3 wykazały istotne różnice globalnego poziomu poczucia koherencji u pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii - wartość t wynosi $t = 2,6033$ dla stopni swobody $df = 58$, a istotność $p = 0,0117$. Średni poziom globalnego poczucia koherencji u pacjentów nieuczestniczących w hagioterapii wynosi $SOC = 147,25$, natomiast u osób, biorących w niej udział średnie poczucie koherencji wynosi $SOC = 137,97$. Zatem hipoteza 3: Nie ma istotnych różnic pod względem poczucia koherencji pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii, została odrzucona. Wyniki ilustruje wykres 5.1.3.

Obliczenia wykazały, że grupa osób uczestniczących w hagioterapii charakteryzuje się istotnie niższym poziomem poczucia koherencji w porównaniu z grupą osób, która nie brała w niej udziału. Na pierwszy rzut oka wydawać by się mogło, że hagioterapia jest w takiej sytuacji niepotrzebna, jednak analizując uzyskane wyniki w sposób dogłębny, przy użyciu pomiaru wielkości efektu, dochodzimy do innych wniosków. Otóż grupa kontrolna w pierwszym pomiarze charakteryzowała się ogólnie wyższym poziomem poczucia koherencji ($SOC = 136,03$) niż grupa badawcza przed hagioterapią ($SOC = 110,72$). Porównując wielkość zmiany w obu grupach, dochodzimy do wniosku, że w grupie badawczej zmiana jest większa ($\Delta = 22,25$) niż w grupie kontrolnej ($\Delta = 11,22$), co tym samym wskazuje na większą skuteczność oddziaływania hagioterapeutycznego (nałożonego na obowiązkową terapię). Dodatkowo Mroziak (2001) wskazuje, że wyjściowy poziom SOC ma istotne znaczenie w odniesieniu do wielkości jego zmiany po terapii: większy wzrost zaobserwować można u osób, które charakteryzują się niższym poziomem poczucia koherencji przed rozpoczęciem terapii, natomiast u osób z dość wysokim SOC wystąpić może tzw. efekt pułapu. Z tego względu należy ostrożnie interpretować skuteczność hagioterapii i wskazane jest powtórzenie badań, celem zweryfikowania uzyskanych rezultatów.

Wykres 5.1.3. Porównanie poziomu poczucia koherencji u osób uczestniczących (1) i nieuczestniczących (2) w hagioterapii



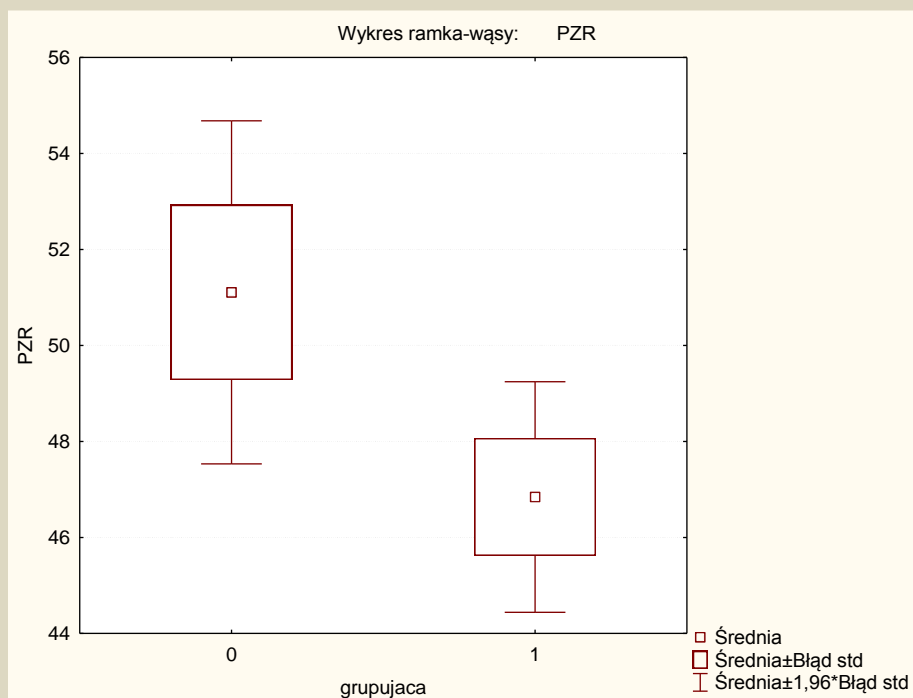
5.1.3.1. Poczucie zrozumiałości

Analiza statystyczna hipotezy 8 wykazała brak istotności różnic na poziomie $p=0,0521$, dla $t=1,9826$ (przy stopniach swobody $df=58$) pomiędzy poziomem poczucia zrozumiałości badanych pacjentów. Ze względu na uzyskany poziom istotności należy odrzucić hipotezę numer 8: Nie ma istotnych różnic pomiędzy poczuciem zrozumiałości pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii. Rezultaty obrazuje wykres 5.1.3.1. Warto jednak zauważyć, że poziom istotności jest bardzo bliski wartości granicznej i z tego względu w interpretacji należy uwzględnić dwie możliwe drogi analizy.

Uzyskane wyniki wskazują, że porównywane grupy różnią się w sposób istotny poziomem poczucia zrozumiałości na korzyść osób nieuczestniczących w hagioterapii, co jednak spowodowane jest tym, że grupa badawcza charakteryzowała się jego wyższym poziomem już w pierwszym pomiarze. Średni poziom poczucia zrozumiałości w grupie kontrolnej w pierwszym pomiarze to $PZR=46,75$, natomiast w drugim - $PZR=51,11$, co ilustruje wzrost w wysokości $\Delta=4,36$. Dla porównania w grupie badawczej przed przystąpieniem do hagioterapii uzyskano wynik $PZR=40,03$ i po jej zakończeniu $PZR=46,84$, co przedstawia większy wzrost ($\Delta=6,81$) niż w grupie kontrolnej. Rozpatrując zatem pomiar wielkości efektu możemy dojść do wniosku, że hagioterapia przyczynia się do większego

wzrostu średniego poziomu poczucia zrozumiałości w badanej grupie. Próba interpretacji skuteczności hagioterapii względem poczucia zrozumiałości została przedstawiona w niniejszej pracy w punkcie 5.1.1.1.

Wykres 5.1.3.1. Porównanie poziomu poczucia zrozumiałości u osób uczestniczących (1) i nieuczestniczących (2) w hagioterapii

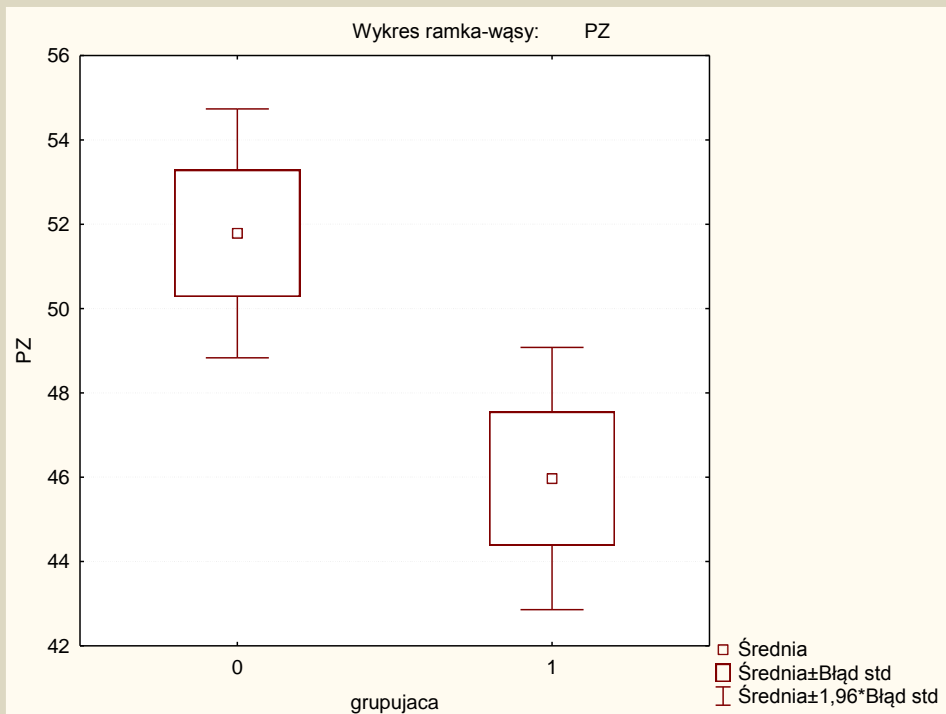


Biorąc za punkt wyjścia graniczny poziom istotności ($p=0,0521$) możemy również dojść do wniosku, że nie wystąpiła istotna różnica w obrębie badanych grup, co pozwala przypuszczać, że rola hagioterapii w procesie zmiany poziomu poczucia zaradności jest znikoma. Z tego też względu konieczne jest powtórzenie badań, celem weryfikacji otrzymanych wyników.

5.1.3.2. Poczucie zaradności

Obliczenia dla hipotezy 9 wykazały istotne różnice - wartość t dla stopni swobody $df=58$ wynosi $t= 2,6379$, a istotność $p= 0,0106$. Średni poziom poczucia zaradności u pacjentów uczestniczących w hagioterapii wynosi $PZ=45,87$, a u pacjentów, którzy nie brali w niej udziału $PZ=51,78$. Wyniki te podważają hipotezę 8: Nie ma istotnych różnic pomiędzy poczuciem zaradności pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii i pozwalają na jej odrzucenie. Wyniki obrazuje wykres 5.1.3.2.

Wykres 5.1.3.2. Porównanie poczucia zaradności u osób uczestniczących (1) i nieuczestniczących w hagioterapii (0).

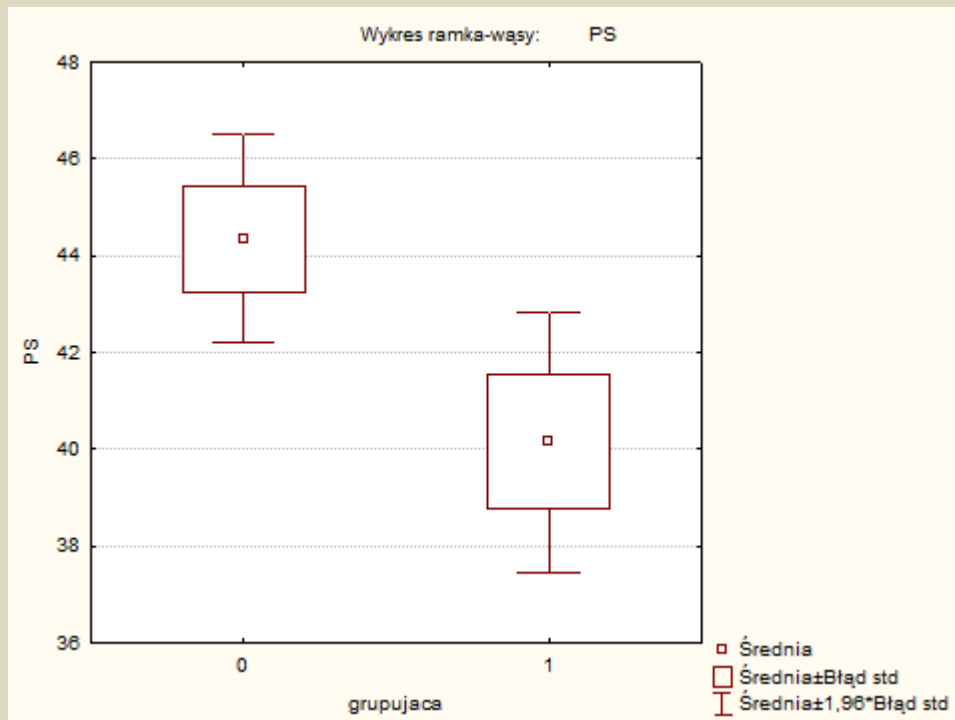


Otrzymane rezultaty wskazują, że w grupie osób nieuczestniczących na hagioterapię poziom poczucia zaradności jest istotnie wyższy w porównaniu z grupą badanych, biorących w niej udział. Analizując jednak wielkość efektu zmiany, koniecznym jest stwierdzenie, że większa zmiana wystąpiła w grupie badawczej ($\Delta=9,31$ w porównaniu z $\Delta=3,61$), a co za tym idzie niewskazane jest negowanie skuteczności hagioterapii. Możemy zatem przypuszczać, że hagioterapia przyczynia się do wzrostu subiektywnie postrzeganych umiejętności zaradczych, przyczyniających się do lepszego i bardziej efektywnego funkcjonowania w społeczeństwie.

5.1.3.3. Poczucie sensowności

Wyniki obliczeń dla hipotezy 10 wykazały istotne różnice względem poziomu poczucia sensowności u pacjentów uczęszczających i nieuczęszczających na hagioterapię - wartość t dla stopni swobody $df=58$ wynosi $t= 2,3411$, a istotność $p= 0,0226$. Średni poziom poczucia sensowności osób uczestniczących w hagioterapii wynosi $PS=40,16$, natomiast wśród osób, które nie brały w niej udziału $PS= 44,35$. Wyniki te pozwalają odrzucić hipotezę 10: Nie ma istotnych różnic pomiędzy poczuciem zaradności pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii. Uzyskane wyniki ilustruje wykres 5.1.3.3.

Wykres 5.1.3.3. Poczucie sensowności osób uczestniczących (1) i nieuczestniczących w hagioterapii (0) - porównanie.



Analogicznie jak to miało miejsce względem pozostałych komponentów poczucia koherencji widzimy, że w grupie kontrolnej jest istotnie wyższy poziom poczucia sensowności w porównaniu z grupą badawczą. Spowodowane jest to jednak wysokim wyjściowym poziomem poczucia sensowności, które w grupie kontrolnej wynosiło $PS=41,107$ przy $PS=34,03$ w grupie badawczej. Rozpatrując pomiar wielkości efektu, uzyskujemy jednak wyniki świadczące na korzyść hagioterapii, gdyż większa zmiana wystąpiła właśnie w grupie badawczej ($\Delta=6,14$ w stosunku do $\Delta=3,25$). Interpretacja roli hagioterapii w procesie zmiany poczucia sensowności przedstawiona została w punkcie 5.1.1.3.

5.1.4. System wartości pacjentów uczestniczących i nieuczestniczących w hagioterapii

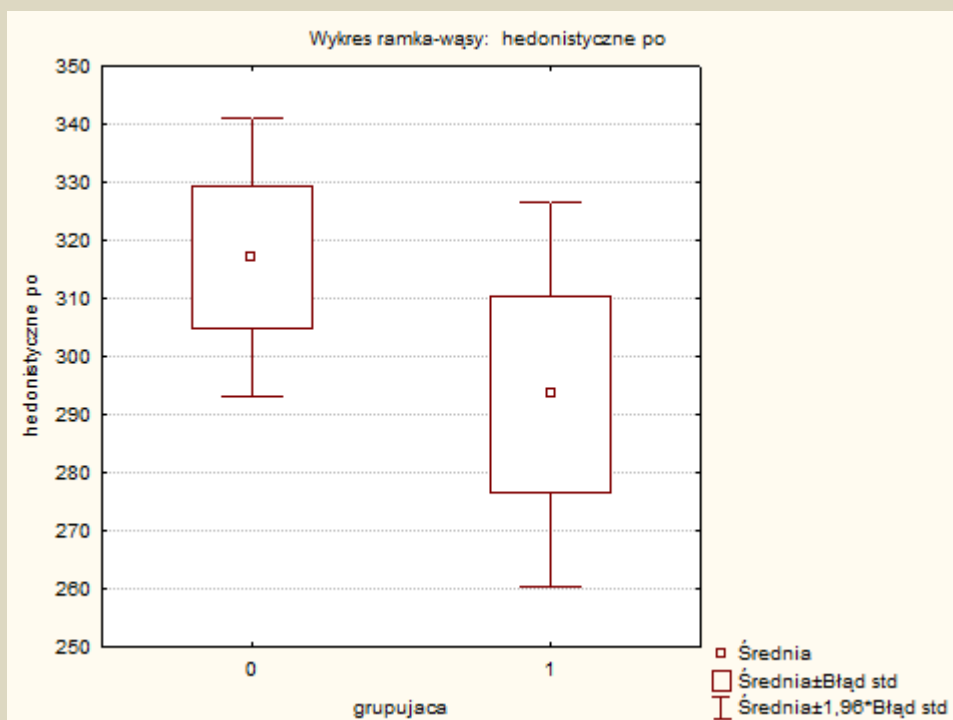
Wyniki obliczeń dla hipotezy 4: Nie ma istotnych różnic pod względem systemu wartości pomiędzy osobami uczestniczącymi i nieuczestniczącymi w hagioterapii, wykazały brak istotności różnic. Ze względu na brak możliwości obliczenia globalnego wyniku w odniesieniu do subiektywnego systemu wartości, analizowane są wyłącznie wyniki odnoszące się do poszczególnych podskal. To właśnie ich analiza wskazuje na brak możliwości odrzucenia hipotezy 4 na średnim poziomie istotności $p=0,2850$ oraz statystyce $t=0,0415$, dla 58 stopni swobody. Rozpatrując uzyskane wyniki w odniesieniu do całego systemu wartości należy stwierdzić, że poszczególne klasy wartości są cenione w podobnym

stopniu w obu badanych grupach, choć występują znaczne różnice w obrębie wielkości efektu zmiany.

Analiza szczegółowa pokazuje, że w grupie osób uczestniczących w hagioterapii hierarchia wartości układa się w następujący system (od najbardziej cenionych): wartości moralne, prawdy, świętości świeckie, estetyczne, hedonistyczne, witalne, świętości religijne. W grupie kontrolnej natomiast przy drugim pomiarze uzyskano nieco odmienne wyniki ukazujące następującą hierarchię (od cenionych najwyżej): wartości moralne, świętości świeckie, wartości witalne, hedonistyczne, estetyczne, prawdy i świętości religijne. Widzimy zatem, że różnice pomiędzy badanymi grupami obejmują pięć klas wartości: hedonistyczne, estetyczne, witalne, prawdy i świętości świeckie.

Rozpatrując dogłębnie wyniki odnoszące się do wartości hedonistycznych, otrzymujemy dużą różnicę pomiędzy wielkością zmiany przywiązywanej wagi do tej grupy wartości. W grupie kontrolnej zmiana wynosi zaledwie $\Delta=-1,82$, w porównaniu z $\Delta=-66,69$, co wskazuje na fakt, iż w grupie badawczej wystąpił zdecydowanie większy spadek przywiązywanej wagi do wartości hedonistycznych. Uzyskane wyniki ilustruje wykres 5.1.4.

Wykres 5.1.4. Przywiązywana waga do wartości hedonistycznych w grupie osób uczestniczących (1) i nieuczestniczących (0) w hagioterapii – porównanie.



Otrzymane wyniki wskazują również na fakt, że pomiar końcowy nie różni się w sposób istotny w obu grupach ($p= 0,2780$). Jednakże należy przypuszczać, iż w określaniu

roli hagioterapii decydujące znaczenie ma wielkość zmiany, a nie istotność różnic. Dodatkowo otrzymane rezultaty są zgodne z założeniami teoretycznymi, które zakładają, że reorganizacja systemu wartości pacjentów jest naczelnym celem tej metody terapeutycznej. Hagioterapia, korzystając z Pisma Świętego, pokazuje, że jednostronność systemu wartości zorientowanego na przyjemności nie przynosi długotrwałych korzyści, lecz straty, a co za tym idzie, warto ją zmienić na korzyść większej równowagi pomiędzy poszczególnymi grupami wartości (Remeš, 1998a).

Ciekawym również z punktu widzenia analizy jakościowej jest zdecydowany wzrost ($\Delta=51,75$) przywiązywanej wagi do wartości moralnych, który wystąpił w grupie badawczej w porównaniu do niewielkiego spadku ($\Delta=-1,14$), który miał miejsce w grupie kontrolnej. Ponownie założenia teoretyczne, leżące u podstaw hagioterapii znajdują swoje odbicie w rzeczywistości, pokazując, że wystąpiła realna i znacząca zmiana dotycząca tej klasy wartości. Możemy również przypuszczać, że leczenie odwykowe, któremu poddawani są wszyscy badani nie akcentuje roli wartości w procesie zdrowienia uzależnionych, a tym samym w niewielkim stopniu przyczynia się do ich zmiany czy reorganizacji.

Podobną tendencję możemy zauważyć względem wartości prawdy. W grupie kontrolnej wystąpił spadek ($\Delta=-18,68$) przywiązywanej wagi do tej grupy wartości w odróżnieniu do wzrostu ($\Delta=24,16$), który miał miejsce w grupie badawczej. W grupie kontrolnej może to być nieco niepokojące, gdyż uzależnieni pacjenci mają tendencję do czarno-białego postrzegania świata, w którym logicznie powiązane relacje i otwarty umysł nie odgrywają znaczącej roli. Należy przypuszczać, że obserwowany spadek przywiązywanej wagi do wartości prawdy w grupie kontrolnej może przyczynić się do nadmiernej sztywności poznawczej pacjentów, powodując tym samym pewien brak elastyczności w dokonywaniu wyborów i ich uzasadnianiu.

Względem pozostałych grup wartości nie zauważono istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami, co należy jednak tłumaczyć różnymi wartościami pomiarów początkowych. Podsumowując można stwierdzić, że hagioterapia odegrała istotną rolę zmianotwórczą w odniesieniu do systemu wartości pacjentów w niej uczestniczących, przeobrażając ich hierarchię na bardziej altruistyczną, prospołeczną i mniej hedonistyczną (w porównaniu ze zmianami, które miały miejsce w grupie kontrolnej).

Podsumowanie

Żyjemy obecnie w czasach zdominowanych przez nieustanne badania skuteczności wszelkiego rodzaju działań. Badamy metody nauczania i skuteczność leczenia, poddajemy ciągłej ewaluacji każdy etap swojej pracy zawodowej oraz osiągnięcia naszych dzieci. Z jednej strony, niniejsza praca, podążając za wyżej opisanym nurtem, ma na celu weryfikację skuteczności metody psychoterapeutycznej, jaką jest hagioterapia, w odniesieniu do wzrostu poziomu poczucia koherencji i reorganizacji systemu wartości, sprawdzając tym samym czy metoda ta realizuje swoje teoretyczne założenia. Jednak z drugiej strony, jej pierwszorzędym celem jest praktyczna implementacja uzyskanych wyników, zmierzająca do udoskonalenia opisywanej metody i wykorzystywanych przez nią technik.

Analiza wyników ujawniła oczekiwany, istotny statystycznie, wzrost poziomu globalnego poczucia koherencji i wszystkich jego składowych tj. poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności po hagioterapii. Należy przypuszczać, że znaczącą rolę w procesie zmiany poczucia koherencji odegrała właśnie hagioterapia, potwierdzając tym samym swoją skuteczność i wcielanie w życie założonych celów. W trakcie porównań z grupą kontrolą wykazano, że grupa pacjentów uczestniczących w hagioterapii ma istotnie niższy poziom poczucia koherencji, co wskazywałoby na brak efektywności badanej metody psychoterapeutycznej. Dokonując jednak szczegółowej analizy uzyskanych wyników, ów niższy poziom poczucia koherencji, otrzymany po terapii, należy tłumaczyć niskim poziomem wyjściowym. Potwierdza to także pomiar wielkości efektu, który wskazał na istotnie większą zmianę w grupie badawczej, podkreślając tym samym istotną rolę hagioterapii.

Interpretując uzyskane wyniki możemy stwierdzić, że pacjenci po hagioterapii postrzegają świat jako bardziej zrozumiały, przewidywalny i sensowny, a własne życie jako warte zaangażowania. Jednocześnie widzą świat i samego siebie bardziej realistycznie, częściej percypując napotykające je trudności w kategoriach wyzwania, któremu są w stanie podołać. Dodatkowo opierając się na literaturze przedmiotu (Sęk, Pasikowski, 2001) możemy przypuszczać, że hagioterapia poprzez podwyższenie poziomu poczucia koherencji przyczynia się do zmiany w obrębie strategii radzenia sobie ze stresem na korzyść rzadszego stosowania strategii skoncentrowanych na emocjach. Tego typu zmiana pozwala przypuszczać, że pacjenci po hagioterapii będą bardziej efektywni w swoim codziennym funkcjonowaniu zarówno w sferze prywatnej, jak i zawodowej, co przekłada się na mniejsze prawdopodobieństwo powrotu do nałogu.

Równie interesujące wyniki przyniosła pomocnicza eksploracja dotycząca zależności wielkości zmiany poczucia koherencji i deklarowanego wyznania. Ujawniła ona, że u osób wierzących wzrost poziomu poczucia koherencji jest istotnie wyższy niż u zdeklarowanych ateistów, co można tłumaczyć pełnym szacunku i nabożności podejściem chrześcijan do Pisma Świętego.

W toku analizy wyników dotyczących systemu wartości wykryto istotny spadek przywiązywanej wagi do wartości hedonistycznych zaobserwowany u pacjentów po hagioterapii. Jest to zgodne z przedstawionymi założeniami teoretycznymi, które akcentują rolę hagioterapii w reorganizacji hierarchii wartości pacjentów na rzecz bardziej altruistycznej. Uzyskane rezultaty w obrębie pozostałych sześciu podskal nie ujawniły żadnych istotnych statystycznie zmian. Jednocześnie jednak reorganizacji uległa cała hierarchia wartości, zmieniając swoją konfigurację na rzecz wartości wyższego rzędu (tj. moralnych, prawdy i świętości świeckich). Porównując hierarchię wartości pacjentów z grupy kontrolnej i badawczej nie uzyskano istotnych różnic, jednak analizując wielkość efektu zmiany potwierdzono, iż hagioterapia odgrywa znaczącą rolę zmianotwórczą w odniesieniu do wartości moralnych, hedonistycznych i wartości prawdy.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż zgodnie z przypuszczeniami, system wartości pacjentów po hagioterapii uległ istotnej i daleko idącej zmianie. Ukierunkowany jest w mniejszym stopniu, niż to miało miejsce przed terapią, na wartości hedonistyczne, witalne i estetyczne, stając się tym samym bardziej zorientowany na wartości wyższego rzędu. Efektem tego typu reorganizacji jest zmiana dotycząca dążeń oraz zachowań pacjentów, które po terapii stają się mniej egoistyczne i ukierunkowane w mniejszym stopniu na chwilowe przyjemności, w wypadku osób uzależnionych ma decydujące znaczenie w zwalczaniu problemu nawrotów.

Wnioski

Walorem niniejszej pracy jest jej eksploracyjny charakter, który pozwala sięgać do sfer, które nie były nigdy wcześniej opisywane i badane. Równocześnie warto podkreślić, że badania te z uwagi na swoją nowatorskość nie dają rozstrzygających odpowiedzi i wymagają dalszej dogłębnej analizy eksplanacyjnej, przynoszącej odpowiedzi na pytania dotyczące przyczyn. Jednak pomimo pewnych ograniczeń i trudności metodologicznych niosą ze sobą duży potencjał i umożliwiają praktyczne zastosowanie otrzymanych wyników w celu rewalidacji omawianej metody terapeutycznej.

Warto zauważyć, że ze względu na wybraną próbę, którą stanowią pacjenci szpitala psychiatrycznego niemożliwy jest dobór losowy do porównywanych grup. W ten sposób niemożliwa staje się również generalizacja uzyskanych wyników. Dodatkowo badana próba niesie ze sobą wiele ograniczeń, do których należą między innymi brak możliwości stworzenia przyczynowego modelu pomiaru końcowego i wstępnego, które należą do jednych z podstawowych strategii statystycznego wyrównywania grup. Ze względu na brak tego typu pomiarów uzyskane wyniki mogą charakteryzować się niską trafnością wewnętrzną, a co za tym idzie mogą nie odzwierciedlać rzeczywistości i cechować się dużą dozą niepewności. Trafność wewnętrzną zagrożoną jest interakcją różnych zmiennych z selekcją, z których największe niebezpieczeństwo niosą ze sobą: dojrzewanie, historia, regresja i narzędzia. Możliwe jest zatem błędne przypisywanie efektów badanej interwencji, które w rzeczywistości są wynikiem innych, niekontrolowanych czynników (Brzeziński, 2006). Rozwiązaniem wydaje się być powtórzenie badań w zmienionych warunkach (zwiększenie grupy badawczej, wyrównanie próby i dodanie grup kontrolnych), które umożliwiłyby wykazanie rzetelności uzyskanych wyników. Analizując literaturę przedmiotu (Brzeziński, Siuta, 2006, Stanisław 1999b) możemy przypuszczać, że zwiększając grupę, uzyskamy pożądaną istotność statystyczną.

Jednak, aby mieć pewność, że rezultaty są rzetelne i nie opierają się jedynie na statystycznej istotności, wykorzystano w niniejszym badaniu pomiar wielkości efektu, który jest niezależny od wielkości próby i pozwala na ilościowe porównywanie różnych badań, dając tym samym szansę wykonania w późniejszym czasie metaanalizy. Jednak aby mieć pewność, iż rzeczywiście rola hagioterapii jest tak duża, warto zbadać jej interakcję z innymi zmiennymi, takimi jak: style radzenia sobie ze stresem, samoskuteczność i umiejscowienie kontroli. Zaleca się również replikację badań celem weryfikacji czy nadzieja nie pełni roli moderatora związku poczucia koherencji z preferencjami wartości, tak jak to miało miejsce w badaniach dr J. Ciecucha (2009). Warto również, rozszerzając baterię testów dokonać pomiaru skuteczności hagioterapii, uwzględniając różne punkty odniesienia (otoczenie pacjenta, lekarze itp.) i zwiększone interwały czasowe, pokazujące stałość oraz zasięg uzyskanych efektów.

Reasumując, rola hagioterapii w procesie zmiany systemu wartości i poczucia koherencji jest znacząca i daleko idąca. Przyczyniając się do wzrostu poziomu poczucia koherencji i reorganizacji hierarchii wartości sprawia, iż funkcjonowanie pacjentów w niej uczestniczących jest bardziej skuteczne, pełniejsze i bardziej adekwatne. Uzależnieni

pacjenci, powracając do zdrowia, cieszą się prawdopodobnie istotnie wyższą jakością życia, mając mniejszą szansę na powtórne popadnięcie w nałóg.

Autor niniejszej pracy, nawiązując stałą współpracę ze Szpitalem Psychiatrycznym w Pradze-Bohnicach, zadeklarował chęć kontynuowania i rozszerzenia omawianych badań, dążąc jednocześnie do zaszczepienia opisywanej metody na polski grunt. Przeniesienie hagioterapii do Polski pozwoli na zmianę populacji pacjentów i być może przyczyni się do sprawdzenia skuteczności hagioterapii w kontekście innych zaburzeń psychicznych. Równocześnie nieustający kontakt z twórcą i prowadzącym hagioterapię umożliwia dokonanie zmian w sposobie przeprowadzanie terapii oraz w ewentualnej rewalidacji wykorzystywanych technik zgodnie z uzyskanymi rezultatami. Współpraca z czeskim zespołem hagioterapeutów oraz otrzymane wyniki pozwalają na rzeczywiste udoskonalenie opisywanej metody i jej implementację na polski grunt, przyczyniając się tym samym do jej rozpowszechnienia.

Bibliografia

- Allport, G. W.** (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Antonovsky A.** (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN
- Baran-Furga H., Steinbartch-Chmielewska K.** (1999). *Uzależnienia. Obraz kliniczny i leczenie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
- Bartelds, B.F., Debats, D.L.** (1992). *A principal components analysis of the Rokeach Value Survey (RVS)* w: Structure of human values, 47-55
- Borecka I., Ippoldt L.** (2006). *Lecznicza moc słów*. Źródło: <http://www.eduskrypt.pl/>
- Bouchal M.** (1973). *Tematická psychoterapeutická skupina*, w: *Československá psychiatrie*, 3, 163-169
- Bronowski P.** (2001). *Hierarchia wartości u członków wspólnoty anonimowych alkoholików*. W: *Alkoholizm i Narkomania*, 4 (14)
- Brzeziński J.** (1996). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Brzeziński J.** (2006). *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Brzeziński J., Siuta J.** (2006) *Metodologiczne i statystyczne problemy psychologii*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka
- Brzozowski P.** (2007). *Wzorcowe hierarchie wartości. Polska, Europejska czy uniwersalna?* Lublin: UMCS
- Buksik D.** (1997). *Wybrane psychologiczne teorie rozwoju moralnego człowieka*, W: *Seminare- Poszukiwania Naukowo-Pastrolne*, 15, 267-274
- Butcher J. N., Carson R. C., Mineka S.** (2003) *Psychologia zaburzeń t.1 i 2*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Byalick M., Ruden R. A.** (2003). *Żarłoczny mózg. Pułapki uzależnień*. Warszawa: Wydawnictwo G+J
- Cakirpaloglu P.** (2009) *Psychologie hodnot*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Cieciuch J.** (2009). *Nadzieja jako moderator związku poczucia koherencji z preferencjami wartości*. Źródło: <http://www.fidesetratio.org.pl/files/plikipdf/cieciuch6.pdf>

- Degenhardt L., Hall W., Teesson M.** (2005). *Uzależnienia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Dodziuk A., Kapler L.** (1999). *Nalógowy człowiek*. Warszawa: Wydawnictwo „Toret“
- Finski A. M.** (2000). *Program dwunastu kroków Anonimowych Alkoholików a psychoterapia*. W: *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 1
- Freud Z.** (1985). *The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887-1904*. London: Belknap/Harvard University Press.
- Fromm E.** (1997). *O sztuce istnienia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Gasiul H.** (1987). *Formalne cechy systemu wartości jako wskaźniki rozwoju osobowości*. Toruń: Uniwersytet Mikołaja Kopernika
- Grün A.** (1994). *Hlubinně psychologický výklad písma*. Praga: Česká Křesťanská Akademie
- Grzesiuk L.** (2005). *Psychoterapia. Teoria*. Warszawa: ENETEIA
- Grzesiuk L.** (2006). *Psychoterapia (767-776)*, w: Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik Akademicki.t. 3*, Gdańsk: GWP
- Halamová A., Remeš P.** (2004). *Nahá žena na střeše. Psychoterapeutické aspekty biblických příběhů*. Praha: Portál
- Hoffman M. L.** (2006) *Empatia i rozwój moralny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Hołyst B.** (red.) (1990). *System wartości i zdrowie psychiczne*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej
- Horney K.** (1978). *Nerwica, a rozwój człowieka*. Warszawa: Polski Instytut Wydawniczy
- Ilnicka M.** (2003). *Drogi zdrowienia. Ruch Anonimowych Alkoholików i terapia uzależnienia*. W: *Świat Problemów*, 4
- Ivančić T.** (2008). *Basic information about hagiotherapy (125-135)*. W: Jukić V., Pisk, Z. (red.). *Psychiatry - Schools and Psychotherapeutic Practices in Croatia Today*. Zagrzeb: Medical Publications and the Psychiatric Clinic Vrapče
- Jaraczewska I.** (2008). *Terapia Motywująca*. W: *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3, 25-29.
- Jelonkiewicz I.** (1996). *Przegląd badań nad korelatami i regulującymi funkcjami poczucia koherencji*. W: *Alkoholizm i Narkomania*, 1 (22)
- Johnson V. E.** (1992) *Od jutra nie piję*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości
- Jung C. G.** (1933). *Modern man in search of soul*. New York: Harcourt, Brace & Co.

- Karwasarski B. D., Leder S.** (1983). *Psychoterapia grupowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
- Kosińska-Dec K.** (1996). *Poczucie koherencji a style radzenia sobie i picie alkoholu*. W: *Alkoholizm i Narkomania*, 1 (22)
- Kratochvíl S.** (2002). *Podstawy psychoterapii*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka
- Krichbach G.** (2003). *Ogólne wprowadzenie do logoterapii i analizy egzystencjalnej*, w: *European Psychotherapy*, 1 (4), 33-46.
- Křivohlavý J.** (1987). *Biblioterapie*, w: *Československá psychologie*, 5, 472-478
- Kurza K.** (2000). *Funkcjonowanie psychologiczne kobiet współuzależnionych pół roku po terapii*; Warszawa: IPZ.
- Längle, A.** (2003a). *Analiza egzystencjalna - poszukiwanie zgody na życie*, w: *Psychoterapia*, 2 (125), 33-46.
- Längle, A.** (2003b). *Rozmowa terapeutyczna jako droga odkrywania siebie samego. "Drogowskazy" do wolności*, w: *Psychoterapia*, 1 (124), 41-54.
- Levin J.** (1991). *Treatment of Alcoholism and Other Addictions: A Self-Psychology Approach*. Northvale: Jason Aronson
- Lindenmeyer J.** (2007). *Ile możesz wypić? O nalogach i ich leczeniu*. Gdańsk: GWP
- Marinović M., Mihaljević S., Murgić L.** (2010). *Hagitherapy, depression and life values scale*. W: *Hrvatski časopis za javno zdravstvo*, 6 (21)
- Maruszewski T., Zdankiewicz-Ścigala E.** (2006). *Wyobrażenia jako pierwsza forma doświadczenia generowanego przez jednostkę (183-203)* w: Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. t. 2*, Gdańsk: GWP
- Maslow A.** (2006). *Motywacja i osobowość*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Matuszewicz Cz.** (1975). *Psychologia wartości*. Warszawa-Poznań: Państwowe Wydawnictwo Naukowe
- Mellibruda J.** (1997a). *Bio-psycho-społeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu*. W: *Alkoholizm i Narkomania*, 3 (28)
- Mellibruda J.** (1997b). *Strategiczno-strukturalna terapia uzależnień*. W: *Alkoholizm i Narkomania*, 3 (28)
- Mellibruda J.** (1984). *Możliwości zastosowania psychologii do rozwiązywania problemów zdrowotnych*. W: *Nowiny Psychologiczne*, 9 (10)

- Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z.** (2006). *Integracyjna psychoterapia uzależnień. Teoria i praktyka*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne
- Misztal M.** (1975). *Problematyka wartości w świecie socjologii*. Warszawa: PWN
- Mroziak B.** (1996). *Poczucie koherencji a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież. Założenia, problematyka i zakres badań*. W: *Alkoholizm i Narkomania*, 1 (22)
- Pasikowski T., Sęk H.** (2001). *Zdrowie-Stres-Zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora
- Peck M. S.** (2002). *Droga rzadziej wędrowana*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka
- Perls F.** (1996). *Gestalt terapie doslova*. Olomouc: Votobia
- Pitlachová K.** (2006). *Biblické příběhy jako zrcadlo životní zkušenosti člověka léčeného ze závislosti na alkoholu. Analogie a jejich využití v kontextu terapeutické změny*. Brno: Katedra psychologie, MU
- Polster M., Polster I.** (2000). *Integrovaná gestalt terapie*. Boskovice: Albert
- Pużyński S., Wciórka J.** (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”
- Remeš P.** (1998b). *Bible a její psychoterapeutický potenciál*, w: *Propsy*, 4, 16-17
- Remeš P.** (1998a). *Hagioterapie – nový směr psychoterapie*, w: *Česká a slovenská psychiatrie*, 4, 206-210
- Rokeach M.** (1973). *A nature of human values*. New York: Free Press
- Shaughnesst J. J., Zechmeister E. B., Zechmeister J. S.** (2002). *Metody badawcze w psychologii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Stanisz A.** (1999a). *Podstawy statystyki dla prowadzących badania. Testy zgodności*. W: *Medycyna Praktyczna*, 5, 182-185
- Stanisz A.** (1999b). *Podstawy statystyki dla prowadzących badania. Testy istotności różnic dla prób niezależnych*. W: *Medycyna Praktyczna*, 6, 205
- Stanisz A.** (1999c). *Podstawy statystyki dla prowadzących badania. Testy istotności różnic dla prób zależnych*. W: *Medycyna Praktyczna*, 7, 207-209
- Stedman** (2006). *Stedman's Medical Spellchecker*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Šebek M.** (1973) *K vymezení pojmu hodnota v psychologii*, w: *Československá psychologie*, 3, 252-258

- Szymczak M.** (1992). *Słownik Języka Polskiego*, t. I, Warszawa: PWN
- Terelak J.F.** (1999). *Psychologia menedżera*. Warszawa: Wydawnictwo Difin
- Tischner J.** (1982). *Etyka wartości i nadziei*. W: Hildebrand D., Kłoczkowski J. A., Paściak J., Tischner J. (red), *Wobec wartości*. Poznań: Wydawnictwo „W drodze“
- Uholyeva K.** (2001) *Hagioterapie. Závěrečná absolventská práce*. Olomouc: CARITAS
- Vášová L.** (1995). *Úvod do bibliopedagogiky*. Praga: ISV
- Węgrzecki A.** (1975). *Scheler*. Warszawa: Wiedza Powszechna
- Włodawiec B.** (2006). *Poczucie koherencji, a zdrowie i choroba w koncepcji Antonovsky'ego*. Źródło: <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=65>
- Yalom I.** (1999). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace
- Zajączkowski K.** (2003). *Uzależnienia od substancji psychoaktywnych*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne
- Zinker J.** (1991) *Proces twórczy w terapii Gestalt*. Warszawa: J. Santorski & Co.

Spis tabel, wykresów i rycin

Rycina 2.2.4. Bio-psycho-społeczny model uzależnienia

Rycina 2.2.3. Kompletny model uzależnienia

Tabela 4.4. Charakterystyka próby pod względem wybranych zmiennych socjo-demograficznych.

Wykres 4.4. - Rozkład wieku w próbie.

Wykres 5.1.1. Porównanie globalnego poziomu poczucia koherencji przed i po hagioterapii.

Wykres 5.1.1.1. Poziom poczucia zrozumiałości przed i po hagioterapii - porównanie

Wykres 5.1.1.2. Porównanie poziomu poczucia zaradności pacjentów przed i po hagioterapii.

Wykres 5.1.1.3. Porównanie poziomu poczucia sensowności pacjentów przed i po hagioterapii.

Wykres 5.1.1.4. Porównanie wielkości zmiany poziomu poczucia koherencji u osób wierzących (1) i ateistów (0).

Wykres 5.1.2.1. Przywiązywana waga do wartości hedonistycznych przed i po hagioterapii – porównanie.

Wykres 5.1.2.5. Przywiązywana waga do wartości moralnych przed i po hagioterapii – porównanie.

Wykres 5.1.2.6. Przywiązywana waga do „świeckich świętości” przed i po hagioterapii – porównanie.

Wykres 5.1.2.7. Przywiązywana waga do „religijnych świętości” przed i po hagioterapii – porównanie.

Wykres 5.1.3. Porównanie poziomu poczucia koherencji u osób uczestniczących (1) i nieuczestniczących (2) w hagioterapii

Wykres 5.1.3.2. Poczucie zaradności u osób uczestniczących (1) i nieuczestniczących w hagioterapii (0) - porównanie.

Wykres 5.1.3.3. Poczucie sensowności osób uczestniczących (1) i nieuczestniczących w hagioterapii (0) - porównanie.

Wykres 5.1.4. Przywiązywana waga do wartości hedonistycznych w grupie osób uczestniczących (1) i nieuczestniczących (0) w hagioterapii – porównanie.

Aneks

1. Czeskie wersje kwestionariuszy wykorzystane do badań

1.1. Ankieta własna

Výzkum je anonymní, garantujeme Vám, že demografické údaje nebudou zneužity. Pro úspěšný výsledek ankety je třeba moci spojit verzi A s počátku terapie z verzi B s konce terapie. Proto vyplňte prosím identifikační kód – ve čtverečkách níže запиšte dvě první písmena Vašeho jména, následně tři první písmena Vašeho příjmení a rok narození.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Věk:.....

Pohlaví: Žena / Muž

Dosažené poslední vzdělání.....

Rodinný stav:.....

Označil (a) byste se za věřícího člověka (náboženství, spiritualita)? ANO / NE

Jestli ANO, označte svoje náboženství:

Druh závislosti:.....

Navštěvoval (a) jste hagioterapeutické skupiny? ANO / NE

Jestli ANO, kolikrát jste ji navštívil(a)?.....

1.2. Kwestionariusz Orientacji Życiowej dla Dorosłych (SOC-29)

SOC - 29
V následujícím dotazníku je uvedena řada možností, jak se člověk cítí a jedná za různých okolností. Každý z nás se dovede podle svého uvážení zařadit někam mezi obě krajní možnosti, popřípadě ho krajní možnost vystihne. Zakroužkujte prosím vždy to číslo, které Vás dle uvážení nejlépe charakterizuje. Hodnoty 1 a 7 odpovídají krajním možnostem. Hodnota 4 značí nerozhodnost v dané otázce.
1. Když mluvíte s lidmi, máte pocit, že Vám nerozumějí? Nemám ho nikdy...1 2 3 4 5 6 7...Mám ho vždy
2. Když jste v minulosti měl (a) dělat něco, kde spolupráce s druhými lidmi byla nezbytná, měl (a) jste pocit: Že to jistě nebude uděláno...1 2 3 4 5 6 7...Že to jistě bude uděláno

<p>3. Jak dobře a dokonale znáte lidi, s nimiž denně přicházíte do styku (mimo členy vlastní rodiny)? Mám pocit, že jsou mi cizí...1 2 3 4 5 6 7...Znám je velmi dobře</p>
<p>4. Máte pocit, že se v podstatě moc nezajímáte o to, co se děje kolem Vás? Tento pocit mám velmi zřídka...1 2 3 4 5 6 7...Mám jej často</p>
<p>5. Stalo se v minulosti, že jste byl (a) překvapen (a) chováním lidí, o nichž jste se domníval (a), že je dobře znáte? Nikdy se to nestalo...1 2 3 4 5 6 7... Tak tomu bylo vždy</p>
<p>6. Stalo se Vám, že Vás zklamali lidé, jimž jste důvěřoval (a) a s nimiž jste počítal (a)? Nikdy se to nestalo...1 2 3 4 5 6 7... Tak tomu bylo vždy</p>
<p>7. Život je v své podstatě: Velice zajímavý...1 2 3 4 5 6 7...Jen běžná a rutinní záležitost</p>
<p>8. Váš život doposud: Neměl jasný smysl a cíl...1 2 3 4 5 6 7...Měl vždy jasný smysl</p>
<p>9. Máte pocit, že se s Vámi zachází nespravedlivě? Velmi často...1 2 3 4 5 6 7...Velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>10. V posledních deseti letech Váš život byl: Plný změn, kdy jste nikdy nevěděl (a), co se bude dít dál...1 2 3 4 5 6 7...Plynul pořád stejně dál ve stálé shodě a pohodě</p>
<p>11. Většina věcí, které v budoucnu budete dělat, bude: Vzrušujících...1 2 3 4 5 6 7...Velice nudných</p>
<p>12. Máte někdy pocit, že jste v neobvyklé situaci a nevíte dost dobře, co dělat? Mám tento pocit velmi často...1 2 3 4 5 6 7...Tento pocit mám velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>13. Co lépe vystihne, jak Vy sám (sama) vidíte svůj vlastní život: Člověk může najít vždy řešení těžkých životních situací...1 2 3 4 5 6 7...Neexistuje žádné řešení těžkých životních situací</p>
<p>14. Když myslíte na svůj život, pak velmi často: Cítím, jak je dobré, že můžu žít...1 2 3 4 5 6 7...Ptám se sám (sama) sebe, proč vlastně žiju</p>
<p>15. Když stojíte před obtížným problémem, pak jeho řešení se Vám zdá: Vždy nejasné a těžko se hledá...1 2 3 4 5 6 7...Vždy zcela jasné</p>
<p>16. Když máte dělat to, co děláte každý den, je to pro Vás: Zdrojem hluboké radosti a uspokojení...1 2 3 4 5 6 7...Zdrojem utrpení a nudy</p>

<p>17. Váš budoucí život bude pravděpodobně: Plný změn, kdy sám (sama) ani nebudete dobře vědět, co se bude dít...1 2 3 4 5 6 7...Plynout souvisle a vše bude jasné</p>
<p>18. Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše snaha byla: „Užírat“ se a trápit se nad tím...1 2 3 4 5 6 7...Říci si: „ano, stalo se to, nedá se nic dělat, musím prostě s tím žít a jde se dál“</p>
<p>19. Míváte nejasné představy a smíšené pocity? Velmi často je mám...1 2 3 4 5 6 7...Mám je velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>20. Když děláte něco, co Vám dává dobrý pocit, jste si jistý (á): Že se tak dobře budete cítit i nadále...1 2 3 4 5 6 7...Že se stane něco, co Vám tento dobrý pocit pokazí</p>
<p>21. Stává se Vám, že máte pocity, které byste raději neměl (a)? Velmi často...1 2 3 4 5 6 7...Velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>22. Očekáváte, že Váš budoucí život: Bude neúčelný a zcela bezsmyslný...1 2 3 4 5 6 7...Bude mít dobrý smysl, cíl a účel</p>
<p>23. Domníváte se, že vždy budou lidé, na něž se budete moci spolehnout? Jsem si jist (a), že zde takový lidé budou...1 2 3 4 5 6 7...Pochybuji, že zde budou takový lidé</p>
<p>24. Stane se Vám, že máte pocit, že nevíte dost dobře, co se bude dít dál? Velmi často se mi to stane...1 2 3 4 5 6 7...Stává se mi to velmi zřídka nebo nikdy</p>
<p>25. Mnozí lidé (i ti co mají pevný charakter) se někdy cítí poražení a smutní. Jak často jste se takto cítil (a) v minulosti Vy? Nikdy...1 2 3 4 5 6 7...Velmi často</p>
<p>26. Když se někdy něco nepříjemného stalo, zjistil (a) jste obvykle: Že jste buď podcenil (a) nebo přecenil (a) důležitost toho, co se dělo...1 2 3 4 5 6 7...Že jste viděl (a) věci správně</p>
<p>27. Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáte v důležitých úsecích svého dalšího života, máte pocit: Že vždy nad obtížemi zvítězíte a krize zvládnete...1 2 3 4 5 6 7...Obtíže nezvládnete a nezvítězíte na nimi</p>
<p>28. Jak často máte pocit, že to co děláte ve svém běžném životě, nemá žádný smysl: Tento pocit mám velmi často...1 2 3 4 5 6 7...Tento pocit mám zřídka nebo nikdy</p>
<p>29. Jak často máte pocit, že si nejste zcela jist (a), zda se dokonale ovládáte? Tento pocit mám často...1 2 3 4 5 6 7...Tento pocit mám zřídka nebo nikdy</p>

1.3. Skala Wartości Schelerowskich (SWS)

Škála hodnot	
<p>Níže se nachází seznam hodnot uspořádaných abecedně. Prosím přečtete nejprve celý seznam a zamyslete se nakolik každá z hodnot je pro <u>Vás</u> důležitá. Následně přistupte k označení významu všech uvedených hodnot. Hodnoty nejméně pro Vás důležité (lhostejné) by měly dostat 0 bodů a hodnoty nejdůležitější 100 bodů. Ostatní hodnoty by měly dostat známky větší než 0 a menší než 100, podle stupně jejich důležitosti. Prosím důkladně označte všechny hodnoty a použijte nejen zaokrouhlené (dělitelné 5ti či 10ti) známky. Znamky (body) zapisujte prosím na čárkách vlevo od hodnoty.</p>	
_____ Bůh	_____ pravdomluvnost
_____ čest	_____ proporce tvarů
_____ elegance	_____ pružnost těla
_____ fyzická síla	_____ příjemnost
_____ harmonie	_____ souměrnost rysů
_____ láska bližního	_____ spása
_____ laskavost	_____ stát
_____ logika	_____ široké intelektuální obzory
_____ národ	_____ upřímnost
_____ nezávislost	_____ věčný život
_____ odolnost proti hladu	_____ víra
_____ odolnost proti chladu	_____ vkus
_____ odolnost proti únavě	_____ vlast
_____ otevřená mysl	_____ vlastnictví
_____ patriotismus	_____ vlídnost
_____ poctivost	_____ vzrušující život
_____ pohodlí	_____ zdatnost
_____ pohodlný život	_____ Země
_____ pomáhaní druhým	
Prosím ujistěte se, že jste odpověděli na všechny otázky.	
Děkujeme	