

Dominika Dudek, Bartosz Grabski, Marcin Siwek

TRENING POZYTYWNYCH DOZNAŃ — NOWA PROPOZYCJA TERAPEUTYCZNA W KOMPLEKSOWYM LECZENIU DEPRESJI — CZĘŚĆ I

POSITIVE EXPERIENCE TRAINING — THE NEW THERAPEUTIC PROPOSAL IN THE COMPLEX DEPRESSION TREATMENT — PART I

Oddział Leczenia Depresji Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. Andrzej Zięba

Depression
Hedonism
euthymic therapy
Positive Experience Training
behavioral group therapy
Genusstraining

Celem artykułu jest zaznajomienie Czytelnika z metodą Treningu Pozytywnych Doznań. Artykuł zawiera informacje o podstawowych założeniach prezentowanej metody, omówione zostały zasady przeprowadzania zajęć. Autorzy podają również informacje o wskazaniach i przeciwwskazaniach oraz efektach terapeutycznych metody. Trening Pozytywnych Doznań omówiony został także w kontekście innych podejść terapeutycznych, ze szczególnym uwzględnieniem podejścia poznawczo-behawioralnego. Przedstawiono dodatkowo kontekst filozoficzny oraz nawiązania TPD do hedonizmu Epikura.

Summary: Positive Experience Training is our proposal to name the German therapeutic concept (Genusstrategie) created and developed by Dr. Rainer Lutz from Marburg University. The method aims at developing the ability to find and perceive pleasant sensual experiences, which are believed by its author as being important in treatment and prevention of psychiatric disorders. The article informs about the concept and tries to introduce Polish terms specific for the method. The main principle of “euthymic” therapy, as the method is often named, is the statement that each therapeutic approach to depression treatment must include elements promoting development of and sustaining behaviours directed towards pleasant experiences. The article contains information on basic principles of the method, especially on the so-called “hedonistic rules”, which are general psychological hints on dealing with pleasant experiences. Rules of conduction with the information on the order of senses being worked on, the number and the duration of meetings, the size and the character of a group, the choice of sensual stimuli and behaviours of therapists are presented. The authors also give information on indications, contraindications and therapeutic effects of the method. Positive Experience Training was also discussed in the context of other therapeutic approaches especially the cognitive-behavioural approach. A philosophical context and references to Epicure’s hedonism were presented.

Motto: *O ile nie pogwałcisz praw, nie naruszysz dobrych obyczajów, nie zasmucisz bliźniego, nie nadwerężysz ciała, nie utracisz środków koniecznych do życia, to używaj jak chcesz swojej ochoty.*

(Epikur, w: W. Tatarkiewicz. Historia filozofii. Tom I: Filozofia starożytna i średniowieczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2003, s. 140)

Wprowadzenie

Trening Pozytywnych Doznań (TPD) jest naszą propozycją polskiego określenia niemieckiej koncepcji terapeutycznej stworzonej i rozwijanej przez dr. Rainera Lutza z Uniwersytetu w Marburgu. W literaturze niemieckiej w odniesieniu do tej koncepcji stosowane bywają zamiennie dwa pojęcia: *Genusstraining* oraz *Kleine Schule des Geniessens* („Mała Szkoła Przyjemności / Rozkoszowania się”)[1]. Początki tej koncepcji związane są z przeprowadzanymi przez R. Lutza w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych obserwacjami dotyczącymi technik relaksacyjnych. Stwierdził on, że podczas stosowania klasycznych metod relaksacji poszczególne cechy stanu odprężenia ulegają szybkiemu zapomnieniu, a co za tym idzie relaksacja daje krótkotrwałe efekty. Zdaniem Lutza celem relaksacji powinno być nie tylko poczucie odprężenia (m.in. spadek napięcia mięśniowego, redukcja niepokoju), lecz także odczuwanie przyjemności oraz poprawa nastroju. W związku z tym włączył w przebieg zajęć relaksacyjnych instrukcje zachęcające pacjentów do cieszenia się i „smakowania” stanu odprężenia. Proponował, by pacjenci zachowywali w pamięci najprzyjemniejsze doznania związane ze stanem relaksacji i dyskutowali na ich temat po zakończeniu zajęć [2, 3]. Wyniki tego eksperymentu terapeutycznego okazały się niezwykle obiecujące: pacjenci postrzegali zmodyfikowaną formę relaksacji jako przyjemną, poprawiającą nastrój, ukazującą perspektywy samodzielnego wpływania na samopoczucie.

W roku 1981 G. Niebel [4] opublikował wyniki badania, w którym porównał rezultaty leczenia dwóch grup pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe. Pierwsza z grup leczona była z zastosowaniem programu terapeutycznego skoncentrowanego na objawach i sytuacjach je wyzwalających. W drugiej z grup zastosowano tzw. terapię asymptomatyczną – tj. nie zorientowaną bezpośrednio na pracę z objawami i sytuacjami je wyzwalającymi, ale wspierającą dobre samopoczucie i nastawioną na odnajdywanie pozytywnych aspektów życia każdego pacjenta. Według Niebla w drugiej grupie szybciej można było zaobserwować postępy leczenia. Końcowe rezultaty terapii w obydwu grupach były porównywalne z niewielkim wskazaniem na grupę poddaną terapii asymptomatycznej [4].

Mniej więcej w tym samym czasie Eva Koppenhoefer, psycholog ze specjalistycznej Kliniki Psychosomatycznej w Bad Duerkheim, zaproponowała depresyjnym, silnie zahamowanym psychoruchowo i izolującym się społecznie pacjentom zajęcia polegające na wachaniu zestawu próbek intensywnych, przyjemnych zapachów. Udało się jej w ten sposób zmobilizować ich do podjęcia kontaktów społecznych. W 1983 roku Rainer Lutz i Eva Koppenhoefer sformułowali zasady „Małej Szkoły Przyjemności/Rozkoszowania się” (*Kleine Schule des Geniessens*) [1]. Najważniejsza z zasad tej nowej koncepcji terapeutycznej brzmiała: **żadna terapia depresji nie może odbywać się bez wspierania i rozwijania przyjemnych przeżyć i zachowań** [5]. Pierwsza grupa terapeutyczna („Genussgruppe”) prowadzona była przez Koppenhoefer i Brotzler w Specjalistycznej Klinice Psychosomatycznej w Bad Duerkheim. Zaobserwowane w trakcie tych zajęć i po

ukończeniu ich pierwszego cyklu efekty były zaskakujące: pacjenci depresyjni zgłaszali mniej skarg, stali się aktywniejsi i bardziej otwarci na kontakty społeczne. Skłoniło to Lutza do poszukiwania teoretycznych podstaw i reguł TPD.

Ogólne założenia TPD

Podstawowym założeniem treningu jest bezpośrednia i niezależna od objawów chorobowych aktywizacja i rozwijanie, sprzyjających zdrowieniu oraz zdrowiu, przeżyć i zachowań, zwanych z tego względu **eutyMICZNYMI** (z gr. *Eu* — dobry, *tymos* – dusza). Proces ten zwiększa szansę relatywizacji i ograniczenia chorobowych sposobów funkcjonowania oraz przeżywania. Bezpośrednim celem TPD jest w związku z tym nauczenie pacjentów zauważania, cieszenia się i rozkoszowania się otaczającym światem. By osiągnąć ten cel, uruchamia się wiele psychologicznych mechanizmów i sposobów zachowania. Najważniejszym z nich jest „**troska o samego siebie**” („Selbstfürsorge”). W przebiegu terapii pacjenci powinni nauczyć się „bycia dobrym dla samych siebie” w szerokim znaczeniu tego pojęcia. W idealnym przypadku powinni umieć troszczyć się o siebie tak, jakby robił to dobry, życzliwy im człowiek. „Troska o samego siebie” ujęta może być z poznawczego punktu widzenia jako nadrzędny plan regulujący zachowanie się jednostki, decydujący m.in. o tym, *jak i gdzie* doznawana będzie przyjemność, *czy* poświęcono jej wystarczająco dużo czasu oraz *kiedy i jak długo* wskazana jest asceza. Konieczność „troski o samego siebie” powinna być ciągle omawiana w trakcie zajęć terapeutycznych [6, 7].

Proces rozkoszowania się i odpowiednie do niego przygotowanie wiążą się z kolejnym ważnym dla TPD pojęciem, jakim jest wspomniana wyżej **asceza**, zdefiniowana nie jako wyrzeczenie się przyjemności, ale jako umiejętność odraczania i selekcji potrzeb oraz rezygnacji z natychmiastowego czy bezpośredniego ich zaspokajania. W takim ujęciu asceza nie jest efektem zewnętrznego nakazu, ale aktem autonomii i świadomej regulacji jakości i ilości pozytywnych doznań [6, 8]. Swoisty dla każdego stan równowagi dynamicznej pomiędzy ascezą a zaspokajaniem potrzeb, będący warunkiem „rozkoszowania się” oraz związany z nim zestaw zachowań i przyzwyczajęń nosi nazwę **kieratu hedonistycznego** [7]. Rozkoszowanie się jest umiejętnością opartą na doświadczeniu. Wiedza o tym, *co* i w *jakich okolicznościach* sprawia danej osobie przyjemność, może być uzyskana początkowo dzięki teoretycznym rozważaniom, jednak ostatecznie uzyskać ją można poprzez własną aktywność i eksperymentowanie. Zdaniem Lutza, procesowi rozkoszowania się sprzyjają tzw. **nisze hedonistyczne**. Są to przestrzenie dobrego samopoczucia, w obrębie których odbiór pozytywnych bodźców jest spokojniejszy, łatwiejszy czy intensywniejszy. Nisza hedonistyczna może mieć zarówno charakter fizyczny (ogród, ulubiony pokój czy konkretne miejsce w pokoju etc.), jak i wyobraźniowy (np. marzenie na jawie), intelektualny czy medytacyjny [9, 10].

Kolejnym warunkiem pozwalającym na realizację założeń TPD jest **koncentracja uwagi**. Uzyskuje się ją głównie poprzez wybór odpowiednich atrakcyjnych przedmiotów przeznaczonych do eksploracji zmysłowej. Instrukcjom werbalnym, takim jak: „proszę uważać na...”, „zastanówcie się Państwo nad...”, przypisuje się mniej znaczącą rolę. Koncentracja uwagi jest warunkiem *sine qua non* dla powstania pozytywnych emocji, takich jak radość, dumna, poczucie zdrowia. Dodatkowo stwarza szansę osłabienia wpływu negatywnych myśli i przeżyć na samopoczucie chorego. Powstaje pożądane koło zależności: uwaga

koncentruje się na pozytywnych doznaniach, co powoduje powstawanie pozytywnych emocji i poprawianie się nastroju, z kolei poprawiający się nastrój ułatwia koncentrację uwagi. Ważnym aspektem odbioru przyjemnych doznań jest to, że powiązany jest on ściśle z naszymi zmysłami. Sprawny, wieloaspektowy i różnicowany (tj. wyczulony na niuanse) odbiór zmysłowy jest warunkiem rozkoszowania się. Z natury jesteśmy bardziej skłonni do precyzyjnego odbioru i zapamiętywania doznań negatywnych niż pozytywnych, dlatego właśnie ważne jest nabycie w trakcie terapii umiejętności świadomej i pełnej percepcji przyjemnych bodźców [1].

Lutz sformułował siedem tzw. **hedonistycznych reguł**, będących ogólnymi psychologicznymi wskazówkami, ułatwiającymi „obchodzenie się” z przyjemnościami. Reguły te są istotnym punktem odniesienia zarówno dla pacjentów, jak prowadzących Trening Pozytywnych Doznań terapeutów [7, 11].

Reguły TPD

1. **Rozkoszowanie się, delektowanie się czy doświadczanie przyjemnych doznań wymaga czasu (*Genuss braucht Zeit*)**. Czas ten potrzebny jest na: wybór odpowiedniego źródła bodźców (rodzaj, intensywność), wybór optymalnego sposobu ich odbierania (odległość, sposób degustacji, sposób trzymania przedmiotu etc.), proces odbioru wrażeń oraz powstanie reakcji emocjonalnej.

2. **Rozkoszowanie się, delektowanie się czy doświadczanie przyjemnych doznań musi być wewnętrznie przyzwolone (*Genuss muss erlaubt sein*)**. Rozkoszowanie się nie może być tabu. Wiele obszarów codziennego życia zdominowane jest przez ograniczenia, narzucone w procesie wychowania. Do pewnego czasu spełniać one mogą rolę adaptacyjną i/lub ochronną. Utrzymujące się jednak w formie niezmięnionej i sztywnej w wieku dorosłym, mogą w istotny sposób utrudniać proces przeżywania przyjemności. W pracy grupowej może się więc okazać, że ktoś niepotrzebnie trzyma się nieadekwatnych zakazów. TPD może doprowadzić do ich uchylecia; nie chodzi tu o spektakularne zmiany, ale o umożliwienie odkrywania małych, codziennych przyjemności oraz umiejętność korzystania z nich.

3. **Rozkoszowanie się, delektowanie się czy doświadczanie przyjemnych doznań nie następuje „przy okazji” (*Genuss geht nich nebenbei*)**. Biorąc pod uwagę ograniczoną pojemność uwagi podczas rozkoszowania się konieczne jest zawężenie jej do obszaru związanego z przyjemnymi doznaniem przy jednoczesnej eliminacji wszelkich dodatkowych aktywności.

4. **Mniej znaczy więcej (*Weniger ist mehr*)**. Jednym z głównych błędów dotyczących rozkoszowania się jest utożsamianie go z konsumpcją. Drugi — wiąże poziom zadowolenia z ilością dostępnych dóbr i związanych z nimi bodźców (np. według powszechnego mniemania więcej przyjemności odczuwa ta osoba, która więcej konsumuje). Tymczasem umiejętność rozkoszowania się wynika z równowagi pomiędzy ascezą a przyjemnością.

5. **Znajdź to, co naprawdę sprawia Ci przyjemność (*Aussuchen was Dir gut tut*)**. *De gustibus non est disputandum*. Gusta są indywidualne i zależne, np. od wieku, płci, wykształcenia, przynależności klasowej, pory dnia oraz niezliczonej liczby innych, nie dających się sprecyzować, czynników. Każdy jednak zyskuje na poznaniu swoich preferencji.

6. **Bez doświadczenia nie ma rozkoszowania się (*Ohne Erfahrung kein Genuss*).**

Różnorodne doświadczenia z obszaru doznań, którymi chcemy się rozkoszować, są niezbędne. Doświadczenie umożliwia odbiór niuansów, a w rozkoszowaniu się chodzi zawsze o niuanse. Odbiór niuansów i umiejętne ich wykorzystywanie musi zostać wyuczone. Wiele osób otwarło dla siebie zbyt mało takich obszarów, które można przeżywać w sposób przyjemny. Dlatego ważne jest zdobywanie nowych doświadczeń i odkrycie nowych, pełnych przyjemności obszarów. W trakcie kolejnych sesji TPD każdy powinien odkryć to, co jemu i tylko jemu dostarcza przyjemnych doznań.

7. **Rozkoszowanie się, delektowanie się czy doświadczenie przyjemnych doznań ma być czynnością codzienną (*Genuss ist alltäglich*).** Jest to bardzo ważny punkt. Rozkoszowanie się i sprawianie sobie przyjemności nie powinno być ograniczone wyłącznie do jakichś nadzwyczajnych okoliczności, jak święta czy dni wolne od pracy. Bez wątpienia, nie każdy dzień jest przyjemny *per se*, ale możemy i powinniśmy postarać się, by był tak przyjemny, jak to tylko możliwe. Jeżeli nie doświadczamy na co dzień nic miłego, nie oznacza to, że w otoczeniu brak jest miłych bodźców. W większości wypadków nie potrafiliśmy ich po prostu odkryć.

Program w szczegółach

Założeniem programu jest nauczenie pacjentów odkrywania, odbioru oraz umiejętnego wykorzystania dostępnych wokół przyjemnych bodźców działających na różne zmysły. Cykl terapeutyczny składa się ze spotkań poświęconych zmysłom. Kolejność omawiania oraz trenowania poszczególnych zmysłów jest z góry określona i wynika z dotychczasowych doświadczeń klinicznych: 1 — powonienie, 2 — dotyk, 3 — smak, 4 — wzrok, 5 — słuch.

Bodźce węchowe spośród wszystkich bodźców zmysłowych działają najsilniej i w sposób najbardziej bezpośredni na emocje i aktywność pacjentów, a ich odbiór jest stosunkowo łatwy, nawet dla osób głęboko depresyjnych. Umieszczenie na początku programu ćwiczeń zmysłu powonienia ma wartość ośmielającą i ułatwia nawiązanie kontaktu terapeutycznego oraz relacji pomiędzy poszczególnymi członkami grupy. Zdaniem twórców „Małej Szkoły Rozkoszowania się”, dotyk podobnie jak węch, oddziałuje w sposób silny i bezpośredni oraz ma duży potencjał mobilizujący pacjentów – stąd umieszczenie go w drugiej kolejności.

Odbiór doznań smakowych, szczególnie u pacjentów depresyjnych, u których zaburzenia łaknienia i odczuwania smaku często stanowią element obrazu chorobowego, może być odbierany jako trudny. Dlatego zmysł ten jest omawiany w dalszej części programu terapeutycznego. Zmysł wzroku powiązany jest z odbiorem największej liczby bodźców. Odbieranie wrażeń wzrokowych u pacjentów depresyjnych może być podwójnie trudne. Po pierwsze, w związku z anhedonią, trudnościami w koncentracji uwagi oraz tendencją do izolowania się, mnogość i różnorodność bodźców wizualnych może okazać się nieprzyjemna i trudna do ogarnięcia (z tego względu ćwiczenia wzrokowe rozpoczyna się zwykle od eksploracji prostych klarownych barw). Innego rodzaju trudność może wiązać się z wymiarem symbolicznym — „zamykanie oczu” stanowić może formę ucieczki od świata widzianego w „czarnych” barwach i pesymistycznego obrazu przyszłości. Spośród wszystkich ćwiczeń najtrudniejsze wydaje się rozkoszowanie się wrażeniami słuchowymi. Związane jest to zapewne z przeciążeniem hałasem i nieprzyjemnymi dźwiękami na co dzień oraz nadwrażliwością na bodźce dźwiękowe często występującą u pacjentów psy-

chiatrycznych. Z tego względu umieszcza się je na końcu [11].

Czas terapii

Program obejmuje od 6 do 10 spotkań po ok. 1½ godziny każde. Każdemu ze zmysłów poświęca się 1–2 spotkania. Warunki idealne to przeprowadzenie zajęć 2 razy w tygodniu oraz stworzenie grupy zamkniętej. Długość spotkań i ich liczba oraz częstotliwość powinny być jednak każdorazowo dostosowywane do potrzeb grupy, np.: w pracy na oddziałach gerontopsychiatrycznych może być konieczna większa ilość czasu oraz większa liczba spotkań; na oddziałach rehabilitacyjnych dla pacjentów chorych na schizofrenię cykl terapeutyczny wydłuża się niekiedy do 6 miesięcy [1, 11].

Prowadzenie ćwiczeń

Przy omawianiu każdego zmysłu ważne jest, by odbywało się to z włączeniem i uwzględnieniem siedmiu omówionych wyżej reguł „Małej Szkoły Rozkoszowania się”. Przebieg zajęć poświęconych każdemu zmysłowi jest analogiczny. Na każde zajęcia terapeuta przygotowuje ofertę składającą się z różnych rekwizytów służących jako źródło doznań zmysłowych. W zależności od zmysłu, będą to więc: różnorodne próbki zapachowe, przedmioty o różnej konsystencji i strukturze do ćwiczeń dotykowych, różnego rodzaju produkty spożywcze lub przyprawy do pracy nad zmysłem smaku, kolorowe kredki, obrazy, zdjęcia do zajęć poświęconych zmysłowi wzroku oraz nagrania i instrumenty muzyczne do słuchania. Przedmioty przeznaczone do percepcji mogą mieć związek z aktualną porą roku, mogą też być powiązane tematycznie. Zwraca się uwagę pacjentów na podstawową cechę wspólną tych przedmiotów, tj. przyjemne niuanse zapachowe, dotykowe, smakowe etc. Zachęca się następnie pacjentów do spokojnego percypowania wrażeń powstających w kontakcie z materiałem ćwiczeniowym. Początkowo poświęca się czas jednemu przedmiotowi. Ważne jest, by każdy pozwolił sobie, aby dany bodziec oddziaływał na niego tak długo, jak będzie to konieczne (aspekt czasowy — reguła nr 1). Pacjenci kolejno przekazują sobie dany przedmiot, nie ponaglając się i nie przeszkadzając sobie. Przekazywanie sobie rekwizytów jest ważnym elementem tworzącym i wzmacniającym relacje w obrębie społeczności pacjentów oraz ułatwiającym przezwyciężanie zahamowań w kontaktach interpersonalnych. Zgodnie z regułą nr 2 (konieczność istnienia przyzwolenia na rozkoszowanie się) zachęca się pacjentów do „wsłuchiwania się w siebie”, rejestrowania powstających pozytywnych emocji i skojarzeń, oraz zwracania uwagi na ewentualne przeszkody w doznawaniu przyjemności. Przestrzegając reguły nr 3 (rozkoszowanie nie następuje „przy okazji”), zachęca się uczestników, by całkowicie koncentrowali się na bieżącym doznaniu zmysłowym i budzących się pod jego wpływem odczuciach. Inne myśli lub uczucia (w tym negatywne), jeśli się pojawiają, nie powinny być powstrzymywane, względnie nie powinno się przeciwko nim bronić, ale też nie należy za nimi podążać, komentować ich czy rozwijać. Komentowane i rozwijane są tylko pozytywne doznania. Uwzględniając regułę nr 4 (mniej znaczy więcej) proponowaną ofertę należy wybierać świadomie, nie przesadzając z liczbą dostępnych „rekwizytów”. Z drugiej strony zadbać należy, aby doznania zmysłowe zróżnicowane były jakościowo (różne rekwizyty) oraz w swojej intensywności (np. próba odbioru zapachu z różnej odległości). Pacjenci powinni określić,

jaka intensywność danego bodźca odpowiada im najbardziej oraz jaki jest optymalny czas potrzebny do uzyskania pozytywnych doznań i skojarzeń. Następnie zachęca się pacjentów do „poeksperymentowania” w wyżej przedstawiony sposób z pozostałą ofertą przygotowanych przedmiotów. Pacjenci zachęceni są do werbalizowania swoich doznań i dzielenia się doświadczeniami. Pozytywne treści są wzmacniane przez terapeutę. W następnym kroku każdy uczestnik powinien wybrać sobie jeden przedmiot, będący źródłem doznania, które w danym momencie sprawia mu największą przyjemność — reguła nr 5 (znajdź to, co sprawia ci największą przyjemność). Terapeuta biorąc udział w ćwiczeniach staje się modelem dla pacjentów mających największe trudności z udziałem w zajęciach. W dalszej kolejności każdy z pacjentów omawia wybrany przez siebie rekwizyt, opisuje skojarzenia i ewentualne wspomnienia z nim związane. Dodatkowo proponuje się pacjentom, aby zastanowili się nad innymi warunkami, w których może pojawić się dane odczucie (zapach, dotyk etc.). Pozwala to na dalsze zróżnicowanie doznań zmysłowych. Przykładowo: zapach pomarańczy można odbierać najpierw w miększym, skórce pomarańczowej, w soku pomarańczowym, w pomarańczowym dżemie, pomarańczowym cieście, oranżadzie, etc. W każdym przypadku zapach uzyskuje inny „odcień”, inne skojarzenia oraz powiązania sytuacyjne. W celu przeniesienia doświadczeń i umiejętności zdobywanych w trakcie zajęć grupowych, zaleca się pacjentom wykonanie „zadania domowego”. Z jednej strony zachęca się ich do szukania wokół siebie i dostrzegania sprawiających przyjemność związanych z danym zmysłem, przedmiotów, z drugiej poleca przyniesienie na następne zajęcia takiego przedmiotu (źródła bodźca zmysłowego), który dostarczył najwięcej miłych doznań. Kolejne zajęcia rozpoczynają się omówieniem zadania domowego; pacjenci prezentują swój wybrany rekwizyt grupie wypowiadając się o swoich wrażeniach. Terapeuta służy pomocą, np. podając dodatkowe przymiotniki, którymi można opisać omawiany przedmiot oraz uważa na przestrzeganie siedmiu „zasad hedonistycznych” [1, 11].

Zastosowanie TPD (wskazania i przeciwwskazania)

Dotychczasowe doświadczenia kliniczne twórców TPD wskazują, że „Genussprogram” może być stosowany jako terapia uzupełniająca w następujących przypadkach: 1 — zaburzenia afektywne, 2 — zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, 3 — schizofrenia, 4 — uzależnienia od alkoholu, 5 — przewlekłe zespoły bólowe, 6 — typ osobowości A. Program TPD sprawdza się również dobrze na oddziałach neurologicznych, psychosomatycznych oraz gerontopsychiatrycznych [7, 11].

Cele stawiane przed TPD zależą od grupy pacjentów i istoty ich zaburzeń. Efekty terapeutyczne „Małej Szkoły Przyjemności” związane są zarówno z biografią, indywidualnymi doświadczeniami każdego pacjenta, jak i ze specyfiką obrazu choroby, na którą cierpi. I tak na przykład: dla pacjenta uzależnionego od alkoholu TPD staje się stopniowo coraz bardziej istotnym źródłem pozytywnych wzmocnień w sytuacji, w której został on pozbawiony najważniejszego i najsilniejszego źródła wzmocnień, jakim był alkohol. Pacjent uczestniczący w TPD znajduje dla siebie nowe perspektywy, jakie mogą nieść dla niego inne, tym razem bezpieczne źródła przyjemności odkrywane w trakcie zajęć. Pacjenci depresyjni w trakcie zajęć z TPD zaczynają odnajdywać pozytywne aspekty dotyczące własnej osoby oraz przeszłości. Poza tym TPD odgrywa w zaburzeniach depresyjnych rolę silnego aktywizatora.

Silna koncentracja na przyjemnych doznaniach pozwala pacjentom cierpiącym na przewlekłe zespoły bólowe na zmniejszenie doznawanego cierpienia, a niekiedy na chwilowe całkowite uwolnienie się od bólu. Dla pacjentów z osobowością typu A TPD może przede wszystkim stać się treningiem znajdowania sobie wolnego czasu, odpoczywania i dystansowania się od planów, ambicji, problemów. W przypadku chorych z rozpoznaniem schizofrenii „Mała Szkoła Przyjemności” może okazać się cenną terapią służącą aktywizacji i pokonywaniu skutków objawów negatywnych.

Głównym przeciwwskazaniem do udziału w zajęciach TPD są wszelkie stany ostre uniemożliwiające koncentrację uwagi i związane z nią procesy odbioru i integracji bodźców. Niezdolność wchodzenia w kontakty grupowe i społeczne siłą rzeczy wyklucza możliwość udziału w tej formie terapii.

Efekty TPD

Najczęściej obserwowanymi przez terapeutów lub relacjonowanymi przez samych pacjentów zmianami są:

- Ogólne zwiększenie aktywności pacjenta i pojawienie się zachowań nakierowanych na poszukiwanie pozytywnych wrażeń
- Poprawa motywacji do leczenia, w tym zwiększenie motywacji do udziału w innych zajęciach terapeutycznych, poprawa *compliance*
- Aktywizacja społeczna (np. „ożywienie się” społeczności pacjentów, inicjowanie wspólnych przedsięwzięć i/lub branie w nich udziału)
- Przekraczanie dotychczas istniejących zahamowań społecznych
- Rozwijanie nowych sposobów widzenia określonych obszarów własnej biografii (np. wspomnianie pozytywnych scen z dzieciństwa, przyjaznych osób, miłych zabaw)
- Wzmocniona koncentracja na zdrowych aspektach i pozytywach, zamiast na problematycznych wydarzeniach czy dolegliwościach
- Poprawa zdolności koncentracji uwagi.

Mechanizmy działania Treningu Pozytywnych Doznań tłumaczy między innymi opracowana przez Lutz koncepcja „zróżnicowanych efektów interwencji” (Differentielle Interventions-Effekte). Według niego stosowane w trakcie TPD techniki oraz interwencje dają trzy rodzaje efektów, są to: 1) efekt intencjonalny, 2) efekt proceduralny, 3) efekt kowariatywny [2].

Efekt zamierzony (intencjonalny) odnosi się do zmiany, której się oczekuje, opierając się na konstrukcji stosowanej techniki czy założonych mechanizmów jej działania. Np. efektem intencjonalnym TPD jest zwiększenie zdolności pacjenta do wyszukiwania i wykorzystywania pozytywnych doznań w celu pogłębiania poczucia odprężenia oraz poprawy nastroju. Pojawienie się efektu intencjonalnego warunkuje możliwość zaistnienia efektów: proceduralnego oraz kowariatywnego. Każda interwencja terapeutyczna wymaga od pacjenta pewnego określonego repertuaru zachowań i umiejętności. Na przykład, w celu przeprowadzenia technik relaksacyjnych lub ćwiczeń w ramach TPD, pacjent musi dysponować, chociaż minimalną, zdolnością do koncentracji uwagi, która dodatkowo trenowana jest w trakcie zajęć. Poza tym w związku z tym, że TPD jest programem grupowym, do uczestniczenia w nim niezbędna jest pewna elementarna umiejętność wchodzenia w relacje z innymi osobami. Umiejętność ta w trakcie zajęć ulega stopniowemu rozwojowi i doskonaleniu. Reasumując, by pacjent nauczył się delektować przyjemnymi

zjawiskami oraz dostrzegać wokół siebie źródła przyjemnych bodźców, co jest *zamierzonym (intencjonalnym) efektem* działania TPD musi mieć zdolność do koncentracji uwagi oraz do wymiany doświadczeń z innymi, co z kolei „z konieczności” i „przy okazji” podlega treningowi i nauce, będąc **efektem związanym z procedurą**. Oba wspomniane wyżej efekty powiązane są funkcjonalnie ze sobą.

Pod pojęciem **efektu kowariatywnego** kryją się zmiany, do których dochodzi równocześnie z wystąpieniem efektu intencjonalnego. Można go opisać jako pozytywne „działania uboczne” TPD, pojawiające się dodatkowego efektu, „przy okazji” efektu zamierzonego. Przykładem efektu kowariatywnego TPD może być fakt, że pacjenci w miarę uczestniczenia w kolejnych zajęciach zgłaszają nie tylko poczucie „wyostrzenia” zmysłów, ale także uczucie własnej skuteczności, autonomii oraz przekonanie o możliwości samodzielnego wpływania na poprawę nastroju.

TPD w kontekście innych szkół terapeutycznych

W prowadzeniu grup TPD istotne znaczenie wydają się mieć następujące aspekty:

- Grupowy — można tutaj wymienić wiele czynników uznawanych przez Irvinga Yalom za czynniki leczące w psychoterapii grupowej, są to: dzielenie się informacjami, naśladowanie innych, kohezja, kształtowanie umiejętności społecznych [12].
- Behawioralny — w przebiegu treningu pozytywnych doznań szeroko stosuje się behawioralne techniki *modelowania* oraz *metody operacyjne* (związane głównie z *pozytywnym wzmocnieniem*) służące modyfikacji zachowania oraz reakcji emocjonalnych pacjentów. *Modelowanie* jest techniką bazującą na fakcie, że ludzie uczą się kompleksowych wzorców zachowania od innych osób, służących za model, poprzez obserwację, naśladowanie i włączanie nowych zachowań do własnego repertuaru. Modelem w trakcie zajęć TPD są nie tylko terapeuci, ale przede wszystkim współpacjenci. *Modelowanie* pozwala pacjentom na rozszerzenie repertuaru i zwiększenie częstości zachowań związanych z wyłapywaniem pozytywnych bodźców i rozkoszowaniem się nimi. Najczęściej stosowaną techniką operacyjną wydaje się *prompting* (suflerowanie), tj. ciągle podpowiadanie i pomaganie pacjentowi w realizacji koniecznych z punktu widzenia celów treningu zachowań uwzględnionych w przedstawionych wcześniej „hedonistycznych regułach”. Terapeuci służą także pomocą w nazywaniu powstających doznań lub w określaniu zmysłowych cech danego rekwizytu. Inne techniki behawioralne, które można odnaleźć w TPD, to: *shaping* – stopniowe formowanie zachowania wcześniej nieobecnego u danej jednostki poprzez wzmacnianie zachowań podobnych do zachowania będącego celem terapii, *fading* – ograniczanie pomocy ze strony terapeutów wraz z narastaniem pożądanej samodzielności pacjenta; podczas każdego z zajęć TPD oraz w całym cyklu spotkań rola terapeuty ewoluuje z dyrektywnej i modelowej w kierunku roli słuchacza i moderatora [13].
- Poznawczy (rozpraszenie uwagi, koncentracja uwagi na pozytywnych myślach, odkrywanie pozytywnych aspektów swoich doświadczeń, odkrywanie potencjalnych zasobów każdego pacjenta, pomagające w walce z chorobą, ukazujące nowe perspektywy i motywacje związane z rehabilitacją i resocjalizacją).
- Diagnostyczny (identyfikacja trudności interpersonalnych, tematów tabu, problemów

w przeżywaniu emocji, konfliktów, traumatycznych doświadczeń).

TPD a hedonizm

Koncepcja „Małej Szkoły Rozkoszowania się” nie powstała w próżni. Widoczne są jej związki z myślą filozoficzną, a szczególnie z *hedonizmem* czy jego dojrzałą postacią — *epikureizmem*. Twórcą *hedonizmu*, a zarazem jego najbardziej zdecydowanym i bezkompromisowym przedstawicielem był Arystyp z Cyreny (ur. ok. 435 r. p. n. e.), sofista, uczeń Sokratesa. Uznawał przyjemność za najwyższe kryterium wszelkich wartości, stanowiące praktyczny absolut i ostateczny cel, do którego ludzie dążą, nazywając ją dobrem [14]. Całkowicie nowy wymiar nadał *hedonizmowi* Epikur, żyjący w latach 341–270 p.n.e. Podstawowym założeniem filozofii Epikura było stwierdzenie, że szczęście jest największym dobrem, jej celem zaś wyjaśnienie, na czym szczęście to polega i jak je można osiągnąć. Zdaniem Epikura istotą szczęścia jest doznawanie przyjemności, a doznawanie cierpień stanowi istotę nieszczęścia. *Eudajmonia* (szczęście) to w ujęciu myślenia greckiego życie możliwie najlepsze, w którym została osiągnięta dostępna człowiekowi doskonałość. Epikur rozumiał ją hedonistycznie. Najistotniejszą cechą *epikureizmu* jest to, że w nim hedonizm łączy się z kultem życia; „życie jest dobrem i to jedynym, jakie dane jest nam na własność” powiada Epikur. Wewnętrzną radość życia określał Epikur jako *przyjemność negatywną*, tj. związaną z brakiem cierpienia, wyzbyciem się potrzeb, wolnością od parcia przez nie stwarzanego. Przez *przyjemności pozytywne* rozumiał te związane z posiadaniem i zaspokajaniem potrzeb, a odnoszące się do czynników zewnętrznych. Zdaniem Epikura *przyjemności pozytywne* mogą stanowić środek do zagłuszenia cierpień. Epikur twierdził, że należy zerwać z pierwotnym instynktem, który każe ubiegać się o każdą przyjemność, jaka się nadarza; trzeba wyrobić sobie sztukę mierzenia przyjemności i wybierania tych, które nie pociągają za sobą cierpień, poczucia niespełnienia i niedosytu [15, 16].

„Mała Szkoła Rozkoszowania się” w wielu aspektach nawiązuje do tej starożytnej filozofii. Podkreśla wagę przyjemności jako ważnego elementu zdrowego (szczęśliwego) życia. Z drugiej strony, rozumiejąc „troskę o samego siebie” jako równowagę między powstrzymaniem się od natychmiastowego zaspokajania potrzeb (ascezą) a rozkoszowaniem się, stawia ją jako swój nadrzędny cel. W tym też do myśli Epikura jest podobna, nie widząc szczęścia w niepohamowanej konsumpcji dóbr, która z prawdziwym rozkoszowaniem się nie ma wiele wspólnego.

Piśmiennictwo

1. Lutz R, Koppenhoefer E. Kleine Schule des Geniessens. W: Lutz R, red. Genuss und Geniessen. Weinheim, Basel: Beltz; 1983, . s. 112–125.
2. Lutz R. Wirkmechanismen und differentielle Effekte unterschiedlicher Entspannungstechniken. W: Hehl FH, Ebel V, Ruch W, red. Diagnostik psychischer und psychophysiologischer Störungen. Vol. 2. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag; 1985, s. 217–230.
3. Lutz R, Wieberg HJ. Effektivitätsuntersuchung verschiedener Entspannungstechniken. Zeitschr. Klin. Psychol. 1982; 11: 98–115.
4. Niebel G. Asymptomatische Verhaltenstherapie bei ängstlichen Kurpatienten. Frankfurt/M: Peter Lang; 1981.
5. Koppenhöfer E, Lutz R. Depression und Genuss. W: Lutz R, red. Genuss und Geniessen. Weinheim, Basel: Beltz; 1983, s. 126–136.

6. Lutz R, Mark N. Zur Gesundheit bei Kranken. W: Lutz R, Mark N, red. *Wie gesund sind Kranke?* Goettingen: Hogrefe; 1995, s. 11–25.
7. Lutz R, Sundheim D. Das Euthyme Konzept: Genuss zum Wohle der Gesundheit. *Psychologische Aspekte gesundheitsfördernder Ernährung*. Internationaler Arbeitskreis für Kulturforschung des Essens. 2002; 9: 14–24.
8. Lutz R. Genuss und Geniessen. W: Lutz R, red. *Genuss und Geniessen*. Weinheim, Basel: Beltz; 1983. s. 11–18.
9. Csikszentmihalyi M, Rochberg-Halton E. *Der Sinn der Dinge – Das Selbst und die Symbole des Wohnbereichs*. München: Psychologie Verlags Union; 1989.
10. Lutz R. Gesundheit und Genuss: Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie. W: Margraf J, red. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Vol. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Berlin: Springer; 1996, s. 113–128.
11. Koppenhöfer E, Lutz R. *Therapieprogramm zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns bei depressiven Patienten*. Weinsberg: Weissenhof; 1984.
12. Yalom ID. *The theory and practice of psychotherapy*. New York: Basic Books; 1975.
13. Hohagen F, Stieglitz RD, Bohus M, Berger M. *Psychotherapie*. W: Berger M, red. *Psychiatrie und Psychotherapie*. München, Jena: Urban&Fischer; 2000.
14. Tatariewicz W. *Historia filozofii*. Tom 1: Filozofia starożytna i średniowieczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2003, s. 80–82.
15. Reale G. *Historia filozofii starożytnej*. Tom 2: Od początków do Sokratesa. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2000.
16. Tatariewicz W. *Historia filozofii*. Tom 1: Filozofia starożytna i średniowieczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2003, s. 138–145.

Adres: Bartosz Grabski
Oddział Leczenia Depresji, Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
ul. Kopernika 21 a

