



Lechosław Gapik

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

gapik@post.pl

SUGESTIA I DOTYK W TERAPII NERWIC I ZABURZEŃ PSYCHOSOMATYCZNYCH

WPROWADZENIE.

Współczesna psychoterapia sięga swoimi korzeniami do początków naszej cywilizacji, kiedy to człowiek w ramach instynktu samozachowawczego poszukiwał sposobów ratowania i przedłużania życia, a to oznaczało podejmowanie (metodą prób i przybliżeń) działań przydatnych do tego celu. Od samego początku tych poszukiwań widoczne były trzy zasadnicze kierunki działań:

- Czynności manualne podejmowane wobec chorego, z użyciem coraz to doskonalszych narzędzi, które w ciągu wielu stuleci przekształciły się we współczesną chirurgię, tak znakomicie wspomaganą dzisiaj osiągnięciami techniki, elektroniki, optyki i innych dyscyplin;
- Sprawdzanie przydatności w leczeniu chorych różnych naturalnych, istniejących w przyrodzie preparatów podawanych doustnie, wziewnie, wcieranych w ciało i miejsca chore lub zranione, co znów, po wielu wiekach, szczególnie przez rozwój chemii związków nieorganicznych, doprowadziło nas do bogatej, ciągle uzupełnianej oferty współczesnej farmacji;
- W tych zamierzonych czasach istniał jednak jeszcze jeden sposób leczenia, który dzisiaj nazwalibyśmy psychologicznym (psychoterapeutycznym?) sposobem oddziaływania na pacjenta, poprzez sprawowanie przy nim różnorodnych obrzędów religijnych, para-religijnych lub pogańskich, z zaangażowaniem czarowników, szamanów a później różnego rodzaju znachorów. W tych oddziaływaniach było także dużo dotyku, potrząsania i innych oddziaływań fizycznych, a także krzyki, śpiewy i inne rozmaicie modulowane dźwięki artykułowane i nieartykułowane, które najczęściej miały „wypędzić” chorobę lub - złego ducha, sprawcę owego zła.

Warto w tym miejscu uświadomić sobie, że przypisywanie złemu duchowi sprawczej mocy w wywoływaniu chorób było pierwszą próbą zbudowania teoretycznych podstaw wiedzy o ich przyczynach. Nieco później za taką przyczynę uznano grzeszny tryb życia i to już wystarczyło na długie wieki, zanim tak naprawdę zaczęto zgłębiać etiopatogenezę chorób. O ile jednak wiedza o przyczynach powstawania chorób somatycznych systematycznie rozwijała się, to zrozumienie mechanizmów zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych postępowało znacznie wolniej. Dlaczego? Ano dlatego, że w tym przypadku „mędrca szkiełko i oko” jest mało przydatne. Tutaj nie da się zastosować analiz laboratoryjnych, mikroskopu elektronowego, tomografii komputerowej i temu podobnych narzędzi. Procesów psychicznych nie widać i mimo stuleci różnych badań nadal nie potrafimy wyjaśnić, co się dzieje w układzie nerwowym w czasie ataku paniki, albo chociażby przy wspomnianiu uroczego spaceru nad brzegiem morza. Owszem, możemy te procesy psychiczne opisać na poziomie psychologicznym, ale już tylko częściowo - neurofizjologicznym, a na poziomie biochemicznym, komórkowym - jesteśmy już zupełnie bezradni. Tyle wieków minęło, tyle wysiłku ludzkiego podjęto a my nadal nie wiemy, co się w nas dzieje w czasie w czasie różnych interakcji, na przykład tych, które zachodzą w czasie psychoterapii? Jak bardzo ta grupa metod terapeutycznych różni się od metod chirurgicznych lub farmaceutycznych!

Chcąc skutecznie pomagać zdani jesteśmy na koncepcje teoretyczne, których było i jest bez liku, bo każde pokolenie psychologów i psychoterapeutów ma swoje ambicje stworzenia własnych, „uniwersalnych i najlepszych” teorii, które obciążają umysły studentów, a później ... najczęściej idą w zapomnienie po kilku, najdalej kilkunastu latach. Tych „mocnych” koncepcji teoretycznych, które wpisały się na trwałe do naszych podręczników nie jest natomiast zbyt wiele, chociaż równocześnie mamy świadomość, że żadna z tych najbardziej znanych teorii nie jest w pełni uniwersalna, nie daje się zastosować do wszystkich ludzi, bo jesteśmy zbyt skomplikowani, aby jakkolwiek „matryca” w rozumieniu zjawisk psychicznych a tym bardziej - psychosomatycznych, pasowała do wszystkich. Dobrze to rozumie mistrz i nauczyciel psychoterapeutów mojego pokolenia, autor wielokrotnie wydawanej w Polsce „Psychoterapii”, a później także innych podręczników - Prof. Ph. Dr Stanislav Kratochvil.¹

¹ Kratochvil S., (1974, 1978) „Psychoterapia”. Warszawa, PWN. Porównaj także: <http://www.ptt-terapia.pl/~ptt/honorowi.htm>



To właśnie pod Jego kierunkiem i przy współudziale innych znakomitych psychoterapeutów (np. Prof. Ph. Dr Mojmira Svobody) odbywały się w latach 70-tych, w Szpitalu Psychiatrycznym w Kromerizu (dawna CSRS) słynne, trzy stopniowe szkolenia w zakresie hipnozy, hipnoterapii i treningu relaksacyjnego, w których miałem także zaszczyt i przyjemność uczestniczyć.



Zdjęcie pochodzi z kursu II^o odbywanego (1976) w Szpitalu Psychiatrycznym w Kromerizu w zakresie „hipnozy, hipnoterapii i treningu relaksacyjnego”. Autor prezentuje kolegom psychologom i lekarzom własną metodę (podówczas jeszcze hipnozy, z której zrezygnował ostatecznie w latach 90-tych)

O WSPÓŁCZESNEJ PSYCHOTERAPII.

Jest oczywiste, że współczesna psychoterapia nawiązuje bezpośrednio do kierunków teoretycznych w psychologii, bo przecież jest to leczenie (usprawnianie, wywoływanie pożądaney zmiany funkcjonowania psychicznego, a niekiedy psychofizycznego, psychosomatycznego) poprzez zastosowanie różnorodnych metod oddziaływania psychologicznego. Psychologia, a więc także psychoterapia nie pozostają jednak w oderwaniu od rozwoju społecznego, cywilizacyjnego. Jeśli w ubiegłych stuleciach psychologia była fragmentem ówczesnej filozofii, to dzisiaj w kierunkach psychologicznych i psychoterapeutycznych odbijają się pragnienia, lęki i obsesje współczesnego człowieka. Tymczasem wszystko zaczęło się od wykorzystania hipnozy w leczeniu różnorodnych chorób i stanów psychicznych odbiegających od normy. Nie zapominajmy, że termin „hipnoza” pojawił się dopiero w połowie XIX wieku, w pracach lekarza z Manchesteru, Jamesa Braida. Samo zjawisko i lecznicze sposoby jego wykorzystania były jednak znane już w starożytności a jego opisy można odnaleźć w Biblii, jak również w innych zapisach mówiących o istniejących w Egipcie i Grecji „świątyniach snu”, w których kapłani leczyli różne choroby właśnie z wykorzy-

staniem tego szczególnego stanu psychofizycznego, nazywanego obecnie „hipnozą” lub „hipnoterapią”.²

W Europie szczególną sławą cieszył się Franz Anton Mesmer (1734 - 1815), twórca pojęcia „magnetyzmu zwierzęcego”, który przeprowadzał bardzo szczególne eksperymenty prowadzące niejednokrotnie do zdumiewających rezultatów leczniczych, ale - uznawane także przez niektórych jemu współczesnych naukowców - za szarlatanerię. Wiele lat później Zygmunta Freud (1856 - 1939) rozpoczął swoją drogę do zbudowania podstaw psychoanalizy (a więc pierwszego kierunku teoretycznego, który zaliczamy do współczesnej psychoterapii) również od zapoznania się z doświadczeniami w stosowaniu tej metody przez słynnych lekarzy: Charcot’a, Bernheim’a i Libeault’a. Najwięcej jednak nauczył się od swego przyjaciela - Breuera, który zajmował się studiami nad histerią i jej szczególnymi objawami. Potem działało się jeszcze wiele w tej dziedzinie a czytelników zainteresowanych problematyką hipnozy i hipnoterapii odsyłam do swoich dwóch książek na ten temat.³

Obecnie Europejskie Towarzystwo Psychoterapeutyczne akceptuje 29 kierunków teoretycznych w psychoterapii, ale jest to liczba umowna i zmieniająca się (jest wśród tych kierunków także „hipno-psychoterapia”).

Lista modalności psychoterapeutycznych EAP	
■ Psychologia analityczna (CG Jung)	■ Integracyjna psychoterapia
■ Trening autogeny	■ Katathym imaginatywna psychotherapie
■ Terapia behawioralna	■ Logoterapia
■ Biosynteza	■ Podejście multimodalne
■ Terapia praca z ciałem	■ Neurolingwistyczna psychoterapia
■ Psychoterapia skoncentrowana na kliencie	■ Psychoterapia skoncentrowana na osobie
■ Psychoterapia komunikatywna	■ Pozytywna psychoterapia
■ Dynamiczna psychoterapia grupowa	■ Psychoanaliza
■ Analiza egzystencjalna	■ Psychodrama
■ Gestalt	■ Psychodynamiczna / psychoanalityczna psychoterapia
■ Psychoanaliza grupowa	■ Psycho - organiczna analiza
■ Psychoterapia grupowa	■ Psychosynteza
■ Hipno-psychoterapia	■ Systemowa terapia rodzin
■ Psychologia indywidualna	■ Analiza transakcyjna
■ Integracyjna terapia gestalt	

² Wolberg L. R. (1975), „*Hipnoza*”, Warszawa, PWN.

³ Gapik L., (1986, 1990) „*Hipnoza i hipnoterapia*”. Warszawa, PZWL.; Gapik L. (2000) „*Tajemnice hipnozy*”. Poznań. P.W. INTERFUND.

Psychoanaliza, terapia behawioralno - poznawcza, terapia humanistyczno - egzystencjalna, terapia systemowa, analiza transakcyjna Erica Berne'a, terapia Ericksonowska, neurolingwistyczne programowanie, terapia krzyku pierwotnego Arthura Janowa, bioenergetyka Alexandra Lowena, psychoterapia transpersonalna, psychoterapia Arnolda Mindella zorientowana na proces, czy wreszcie podejście eklektyczne preferowane przez wielu praktyków - to tylko niektóre z istniejących obecnie kierunków mających swoich zwolenników a nawet zaprzysięgłych wyznawców.⁴ Warto też wiedzieć, że w 1981 roku doliczono się ponad 250 form terapii,⁵ podczas, gdy w roku 1986 pisano już o istniejących 460 odmianach psychoterapii.⁶

Każdy kandydat na psychoterapeutę staje zatem na początku swej drogi zawodowej przed ważną decyzją: co wybrać, jaki kierunek teoretyczny jest najciekawszy? Pytanie to zawiera pewien błąd podstawowy, ponieważ przypomina dylematy młodego lekarza, który zastanawia się nad wyborem specjalizacji. Tymczasem leczenie w medycynie somatycznej jest czymś zupełnie innym, niż zajmowanie się psychoterapią. W medycynie istnieją pewne algorytmy - w przypadku syndromu SERG (symbol fikcyjny) należy zastosować przewidziane w tym przypadku inne leczenie, niż w przypadku syndromu BUHZ. Wszystko jest w miarę dobrze uporządkowane, osadzone na badaniach naukowych, laboratoryjnych i innych badaniach pomocniczych, na podstawie których można zdecydować, czy potrzebny będzie zabieg chirurgiczny, farmakoterapia a może wystarczy fizykoterapia lub leczenie sanatoryjne? Lekarz ma więc cały arsenał środków, które należy prawidłowo zaordynować wykazując się odpowiednią wiedzą i umiejętnościami a te środki będą później działały już poza jego bezpośrednią obecnością. Czy ważna jest jego osobowość? Oczywiście! Inne cechy osobowości będą potrzebne chirurgowi, pediatrze, ginekologowi, czy też onkologowi. Jest to kwestia emocjonalności, predyspozycji i odporności psychicznej. Specjalność wybiera się najczęściej na całe życie a praca powinna być naszym najważniejszym hobby - wówczas mniej męczy a nawet daje codzienną radość. Dotyczy to wszystkich zawodów i specjalności.

⁴ Porównaj koncepcje teoretyczne opisane we współczesnym, wysoko cenionym, podręczniku akademickim „*Psychoterapia. Teoria.*” pod redakcją naukową profesor Lidii Grzesiuk, (2005), Warszawa. Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA.

⁵ Henrik R. (red.), (1981), „*The psychotherapy handbook*”, Meridian Books, New York.

⁶ Goleman G., (1986) „*Psychiatry: guide to therapy is fiercely opposed*”, New York Times, 23 September, C1, 2.



Od współczesnego, dobrze przygotowanego lekarza oczekujemy także, aby umiał nawiązać dobry kontakt psychiczny z pacjentem, czyli podstawowych umiejętności psychologicznych w zakresie budowania interakcji.⁷ Tymczasem z kandydatem na psychoterapeutę jest inaczej. Musi on bowiem spełnić kilka ważnych warunków wstępnych, z których często nie zdaje sobie sprawy i trzeba, aby ktoś z bardziej doświadczonych kolegów mu to uświadomił, zanim wejdzie na tę ścieżkę rozwoju zawodowego, bo może się okazać, że nie nadaje się do tego zawodu. Jakie to warunki?

- 1. Po pierwsze** i najważniejsze: kandydat musi być możliwie jak najbardziej zbliżony do normy psychicznej (mamy oczywiście tę świadomość, że idealna norma psychiczna nie istnieje, ale równocześnie wiemy, co tę normę narusza). Jest to bardzo ważna sprawa, o której się nie pisze w podręcznikach psychoterapii i prawdę mówiąc - nie wiem dlaczego? Chodzi o to, że KAŻDY psychoterapeuta, niezależnie od tego jakiej byłby orientacji teoretycznej, zawsze do pewnego stopnia indukuje pacjenta cechami swojej osobowości, czyli „leczy go samym sobą”. I choćby nie wiem jak się starał a nawet zaklinał, że tego nie robi, to nie jest w stanie uciec od własnej osobowości w kolejnych sesjach psychoterapeutycznych. Oczywiście nie mówię tutaj o tych (a jest ich trochę w tym zawodzie), którzy świadomie starają się, niczym Pan Bóg, kształtować innych „na obraz i podobieństwo swoje”, bo żyją w mylnym przekonaniu, że ich system wartości i styl życia jest jedynym godnym naśladowania (szczególnie duża pokusa, aby wskazywać ten „jedynie słuszny styl życia” występuje u wszelkiego rodzaju doradców, którzy często nie mogą się pohamować przed wskazywaniem własnych rozwiązań problemu, zamiast cierpliwie prowadzić pacjenta do tego, aby sam znalazł rozwiązanie zgodne z jego systemem wartości, osobowością, warunkami społecznymi w jakich żyje, itp.). Z tej to właśnie przyczyny nie ma dwóch/dwojga identycznych psychoterapeutów, nawet

⁷ Wiele lat temu zaimponował mi profesor Zbigniew Religa, który w swobodnej rozmowie przy kawie mówił, że standardem w jego postępowaniu jest bezpośrednia rozmowa z pacjentem, którego ma wkrótce (np. w następnym dniu) operować. Podaje mu rękę, poklepuje po plecach, zapewnia o dobrym przygotowaniu do operacji i co ważne: cierpliwie wysłuchuje opowieści pacjenta o jego dolegliwościach. Mając już pełną diagnozę laboratoryjną i komputerową stanu zdrowia pacjenta wie o jego sercu znacznie więcej, niż może to powiedzieć pacjent pokazujący, gdzie go boli i w jakich okolicznościach - a jednak ta rozmowa jest bardzo ważna i ma istotne znaczenie dla tego, jak pacjent zniesie zabieg oraz jak będzie wracał do zdrowia (wróć do tego szczególnego zjawiska w procesie każdej terapii, omawiając własną metodę psychoterapeutyczną).

jeśli są tej samej orientacji teoretycznej i pobierali nauki u tego samego Mi-
strza. Każda psychoterapia ma więc cechy działania autorskiego i nie ma tym
niczego złego, bo jest to rodzaj szczególnej sztuki pomagania innym, w której
angażujemy siebie, starając się niczego nie narzucać pacjentowi, ale zdając
sobie sprawę, że przekazujemy jemu część własnego zdrowia psychicznego
- dlatego w tym zawodzie tak ważnym jest, aby być zdrowym psychicznie.

A co mają zrobić pozostali? No cóż, trzeba wybrać inny zawód, taki w
którym drobne lub większe mankamenty psychiczne nie będą przeszkadzały i
nie będą przenosiły się na innych. W końcu tak, jak nie wszyscy nadają się na
aktora lub do handlu, tak i nie każdy może zostać dobrym psychoterapeutą.

- 2. Po drugie** - terapeutyczna sugestia słowna, w której ważna jest treść i forma.
Treść sugestii, w pierwszym etapie, najczęściej zawiera elementy budujące
poczucie wartości intelektualnej, społecznej (w tym rodzinnej i zawodowej), ale
także atrakcyjności wyglądu, co jest szczególnie ważne w przypadku kobiet.
Mamy zatem na tym etapie do czynienia z sugestyjnym wzmacnianiem po-
czucia swojej wartości (wzmacnianiem Ego?), a to jest bardzo istotne dla osób
cierpiących z powodu swojej nerwicy i zaburzeń psychosomatycznych, które
powodują, najczęściej skrywane, poczucie mniejszej wartości. Następnie po-
dawane są sugestie terapeutyczne szczegółowe, mające bezpośredni związek
z dolegliwościami lub schorzeniem pacjenta. W sugestiach tych odwołuję się
do ukrytych i niewykorzystywanych w pełni sił naturalnych pacjenta, starając
się je pobudzić w taki sposób, aby organizm bardziej energicznie zmagał się
ze swoimi problemami.⁸ Dobór słów, treść sugestii terapeutycznych, wymagają
doświadczenia klinicznego i nie ukrywam, że przydatne są w tym moje do-
świadczenia z okresu stosowania hipnoterapii. Z tego samego źródła czerpię
swoje umiejętności sugestyjnego modulowania głosu, ściszenia go do progu
słyszalności, nadawania podawanym treściom cech sugestii pro-zdrowotnej i
budującej poczucie bezpieczeństwa oraz współuczestniczenia w procesie
zdrowienia.

⁸ Niekiedy, wobec osób obytych z komputerem mówię, że staram się o „przywrócenie systemu”, czyli odwołuję się do pierwotnego programu zdrowia pacjenta, jaki każdy nosi w sobie, chociaż uległ on obecnie zakłóceniu.



3. Po trzecie, wybór koncepcji teoretycznej w ramach której psychoterapeuta chce pracować. Nie ma jednoznacznych wskazań, która teoria jest najlepsza. Wielokrotnie stwierdzano, że skuteczność działania dobrych psychoterapeutów jest podobna, niezależnie od tego jakimi metodami się posługują. Znowu ważne jest dopasowanie wybranej teorii i metody do własnej osobowości oraz rodzaju pacjentów. Są tacy, którzy dobrze się sprawdzają w psychoanalizie podczas, gdy inni odczuwają zniecierpliwienie już po trzeciej wizycie. Podobnie jest z innymi metodami. Jakże stąd wnioski? Nie dajmy sobie narzucić koncepcji i metody pracy pod naciskiem innych, tylko określmy sami siebie, swoje preferencje osobiste, z uwzględnieniem rodzaju pacjentów, którymi będziemy pracowali!

Jaka jest zatem przyszłość psychoterapii? Czy jest aż tak źle, jak opisuje to jeden z najbardziej rozczarowanych swoim zawodem psychologów - Tomasz Witkowski?⁹ Wrodzony optymizm nie pozwala mi zgodzić się w pełni z tymi poglądami, chociaż jest w nich wiele racji podważających sens takiego nauczania psychologii i psychoterapii, z jakim mamy współcześnie do czynienia. Niewątpliwym problemem jest pseudonauka, czyli upowszechniany system poglądów wynikających z utrwalo-nych wyobrażeń i przekonań, nie mających rzeczywistego uzasadnienia empirycznego. Widać to wyraźnie w psychoterapii, w której wyjątkowo trudno o empiryczne udowodnienie skuteczności danej metody (szczególnie, że zawsze działa wspomina-ny już nieuchwytny czynnik wpływu osobowości psychoterapeuty). Nie bez znaczenia jest także fakt, że tak w medycynie somatycznej, jak i w psychoterapii, poprawa sta-
nu zdrowia lub chociażby samopoczucia często wynika (szacuje się to na około 40%) z samego faktu rozpoczęcia leczenia, co uruchamia mechanizmy samoregulacyjne, homeostatyczne, powodujące samo-naprawę, samo-ozdrowienie, przypisywane myl-
nie prowadzonej terapii, podczas, gdy to organizm sam zwalczył istniejące nieprawi-
dłowości. No i jak to odróżnić od rzeczywistych efektów prowadzonej terapii?

W POSZUKIWANIU SKUTECZNEJ METODY TERAPII.

Działalność kliniczną rozpocząłem zaraz po studiach (1965), równoległe z pracą asystenta na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Zatrudniłem się wówczas w Sanatorium dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Kościanie (później

⁹ Witkowski T., (2009), „*Zakazana psychologia. Tom I*”, Biblioteka moderatora. Taszów.



przemianowanym na Szpital). Byłem tam jedynym psychologiem dla około pięciuset pacjentów i dlatego od razu zostałem potraktowany jako konsultant dla najbardziej skomplikowanych przypadków, co było dla mnie początkowo bardzo trudne i równocześnie kształcące. Spotkałem się tam z życzliwym przyjęciem lekarzy, ale równocześnie brakiem zrozumienia, co właściwie robi psycholog kliniczny i co wynika z jego badań? Psychiatria była wówczas bardzo biologiczna i dopiero po kilku latach zaczęła się humanizować. Dla mnie frustrujące było to, że wyniki moich badań psychologicznych, głównie testowych, były wklejane do historii choroby pacjenta obok wyników badań krwi lub moczu i nic dalej z nich dla leczenia nie wynikało. Postanowiłem wówczas nauczyć się jakiś metod psychologicznych przydatnych w terapii (nie uczono ich wówczas w czasie moich studiów).

Mój wybór padł na hipnozę, którą interesowałem się już wcześniej. Nauczyłem się jej w stopniu podstawowym z dostępnych książek, ćwiczyłem na spotkaniach „kółka naukowego” przyszpitalnej Szkoły Pielęgniarskiej, które chętnie zapraszało mnie na swoje zebrania. Problem polegał jednak na tym, że potrafiłem już wprowadzać ludzi w stan hipnozy, tylko nie wiedziałem, jak wykorzystać ten stan do poprawy ich stanu zdrowia?! Nie miałem możliwości nauczyć się tego w Polsce, wobec tego nawiązałem kontakt z Profesorem Stanislavem Kratochvilem w dawnej Czechosłowacji. Wkrótce otrzymałem zaproszenie na kurs II^o w zakresie hipnozy, hipnoterapii i treningu autogennego (Prof. S. Kratochvil uznał, że jestem samoukiem i nie muszę już przechodzić kursu I^o). Pojechałem jako turysta (nie miałem wówczas paszportu) i nareszcie dowiedziałem się jak wykorzystać hipnozę do hipnoterapii a ponadto znacznie podwyższyłem swoje kwalifikacje w tej dziedzinie obserwując tamtejszych wykładowców, którzy w sposób bardzo otwarty dzielili się swoją wiedzą i umiejętnościami. Później jeszcze wielokrotnie jeździłem do Czechosłowacji, zaprzyjaźniłem się z tamtejszymi kolegami, byłem uczestnikiem kolejnych szkoleń, a niekiedy sam demonstrowałem swoje umiejętności. Wreszcie zacząłem być terapeutą moich pacjentów w Kościanie i to z coraz lepszym skutkiem.

W roku 1975 na Akademii Medycznej w Poznaniu, rozpisano konkurs na Kierownika Zakładu Psychologii Klinicznej, który trzeba było zorganizować od podstaw - wygrałem ten konkurs i przez następne pięć lat z zapalem oddawaliśmy się tamże, z moimi asystentami, działalności naukowej, dydaktycznej i klinicznej.



Następnie, w roku 1980, przyjąłem propozycję twórcy polskiej seksuologii, Profesora Kazimierza Imielińskiego i przez kolejne dwa lata byłem adiunktem w kierowanym przez niego Zakładzie Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich mieszczącym się w strukturze Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Zakład prowadził intensywną działalność kliniczną i to wobec bardzo skomplikowanych przypadków z całej Polski a ja miałem okazję podwyższyć swoje kwalifikacje w zakresie seksuologii oraz mocno wzbogacić swoją wiedzę i umiejętności w tej dziedzinie.

Później, ze względów rodzinnych, wróciłem do Poznania na mój macierzysty Uniwersytet, ale nadal pracowałem klinicznie, bo w 1982 roku zarejestrowałem prywatny Gabinet Psychoterapii. Przepracowałem zatem w społecznej Służbie Zdrowia 17 lat a ogółem, do chwili obecnej - 45 lat z pacjentami, głównie nerwicowymi i mającymi problemy psychosomatyczne. Byłem także przez ponad 25 lat biegłym sądowym, najpierw jako psycholog a później seksuolog, ogółem wydałem kilkaset opinii, niektóre już po rezygnacji z funkcji stałego biegłego przy Sądzie Okręgowym w Poznaniu. Pozwoliło mi to wzbogacić moją wiedzę i doświadczenie w zakresie psychologicznych i seksuologicznych uwarunkowań różnych przestępstw (fala szczególnie okrutnych zbrodni pojawiła się w Polsce w latach 70-tych)

Od seksuologii zacząłem się stopniowo odsuwać po powrocie do Poznania koncentrując się w pracy klinicznej na problemach bardziej mnie interesujących. Obecnie pacjenci seksuologiczni obu płci stanowią w moim Gabinecie nie więcej, niż 10% ogółu zgłoszeń (głównie są to osoby z nerwicowymi problemami seksualnymi) Jestem zatem identyfikowany bardziej jako psychoterapeuta nerwic i zaburzeń psychosomatycznych u dorosłych, niż seksuolog, co w pełni odpowiada mojej obecnej rzeczywistej działalności klinicznej. Chcę też podkreślić, że przez wszystkie lata pracy z pacjentami usilnie starałem się o to, aby moja terapia była:

- **SKUTE CZNA** - czyli dawała rzeczywistą a nie tylko pozorną zmianę w zdrowiu pacjenta;
- **EKONOMICZNA W CZASIE** - czyli, aby możliwie szybko prowadziła do wyznaczonego celu. Zawsze drażniły mnie metody psychologiczne polegające na tym, że pacjenci chodzili do psychoterapeuty rok lub dłużej, po trosze uzależniając się od tych wizyt, jednakże bez rzeczywistego efektu poprawy.



Potem nastąpiły wydarzenia, które w istotny sposób wpłynęły na moje postępowanie z pacjentami. W 1990 roku Telewizja w Mińsku zaczęła nadawać programy pokazujące bardzo szczególne działania lekarza psychiatry, Anatolija Kaszpirowskiego. Duża popularność tych programów zainteresowała naszą TVP 2, która zaczęła poszukiwać eksperta, który mógłby ocenić wartość merytoryczną działań A. Kaszpirowskiego, uchodzącego za hipnotyzera, bioenergoterapeutę, w niektórych środowiskach za maga, a nawet - przybysza z Kosmosu (?!). Kiedy poproszono mnie o ekspertyzę jego działań, nie zdawałem sobie sprawy, że piszę tekst, który zainteresuje tak wiele mediów publikujących go w całości lub fragmentach, chociaż jego podstawową wersję (po przekazaniu do TVP 2) opublikowałem w „POLITYCE”.¹⁰ Tekst ten dotarł nieco później także do A. Kaszpirowskiego, który bezpośrednio po przyjeździe do Polski poszukiwał ze mną kontaktu zadowolony, że wreszcie ktoś zrozumiał ISTOTĘ jego działań. W ten sposób zostałem „zamieszany” w seanse A. Kaszpirowskiego nadawane od 1991 początkowo przez TVP 2 (główną ich animatorką była red. Halina Aczkasowa), później także w niektóre spotkania z osobami poszukującymi pomocy dla swego zdrowia (a także zwyczajnymi „ciekawskimi”), odbywające się „na żywo” w dużych salach widowiskowych i kościołach.

Co było główną treścią mojej ekspertyzy wydanej po obejrzeniu kilku programów A. Kaszpirowskiego nadawanego przez telewizję w Mińsku?

Fragmenty mojej ekspertyzy z 1990 roku - dotyczącej działalności A. Kaszpirowskiego

...” Każdy żywy organizm walczy z chorobą sam. Wynika to z homeostazy, czyli zdolności do zachowania równowagi w środowisku wewnętrznym. Ogromnie złożony i zaledwie częściowo rozpoznany przez naukę biologiczny system procesów regulacyjnych zapewnia organizmowi człowieka na ogół kilkadziesiąt lat życia. W tym rozumieniu pełne zdrowie istnieje wówczas, gdy system samoregulacji jest całkowicie sprawny a zakłócenia tej samoregulacji można w pewnym uproszczeniu traktować jako równoważne choroby.”...

...”Oslabienie homeostazy, wynikające ze starzenia się a niekiedy także cech genetycznych organizmu lub szczególnie naporu czynników chorobotwórczych, powoduje sytuację, w której wskazana jest - a niekiedy wręcz konieczna - pomoc medyczna”...

...”W każdym jednak przypadku ostateczny rezultat zależy od sprawności procesów samoregulacyjnych, od tego, czy leczenie skutecznie wspomaga te procesy, ułatwiając organizmowi jego walkę z zagrożeniem. Sztuka leczenia polega więc na tym, aby znaleźć sposób pomagający organizmowi odzyskać utraconą równowagę wewnętrzną”...

...”Medycyna, określana w trochę mylący sposób, jak „klasyczna”, wypracowała od czasów Hipokratesa bardzo duży zestaw środków i sposobów wspomagających walkę naszego ciała o zdrowie”...

...”Tymczasem istnieje jeszcze inny sposób dotarcia do każdej części, a może nawet do każdej komórki naszego ciała - poprzez psychikę i za pomocą oddziaływań psychologicznych. Wiedza na ten temat daleka jest od doskonałości, ale możliwości te docenia coraz więcej świadomych ludzi i jestem pewien, że przedstawiony powyżej sposób rozumowania bliski jest także Anatolijowi Kaszpirowskiemu”

¹⁰ Gapik L., „Fenomen Kaszpirowskiego”, POLITYKA Nr 4 (1708), 27. I. 1990.



- Po pierwsze, uznałem A. Kaszpirowskiego za lekarza, który idzie własną, co prawda - BARDZO kontrowersyjną drogą, w poszukiwaniu nowych metod leczenia, ale z pewnością nie jest hochsztaplerem;
- Po drugie, wpisuje się on swoją działalnością w mało dotąd rozpowszechniony nurt teoretyczny, który zakłada, że każdy organizm leczy się sam, w ramach homeostazy, procesów samoregulacyjnych, a wszelka pomoc medyczna (lub psychoterapeutyczna) jest w istocie mniej lub bardziej skuteczną formą aktywizacji, a niekiedy swoistego „protezowania” ułomnych procesów samoregulacyjnych (por. Rossi E. L.)¹¹.

Nieco później A. Kaszpirowski zaczął prezentować swoje programy w TVP 2 zyskując dużą popularność a ja miałem okazję do obserwacji i dalszych analiz tego, co się właściwie dzieje z ludźmi oglądającymi te programy. Kiedy znalazł się w Poznaniu, zadzwonił do mnie i już godzinę później rozmawialiśmy u mnie w domu. Szybko znaleźliśmy wspólny język, bo okazało się, że bardzo podobnie rozumiemy to, co powoduje u niektórych ludzi efekt leczniczy po tak specyficznym oddziaływaniu na nich.



Była to rozmowa dwóch specjalistów, którzy zaczynali od hipnoterii, posługiwali się nią przez wiele lat, ale później uznali, że jest to metoda przestarzała i nieekonomiczna, bo można efekt terapeutyczny uzyskać bez hipnozy. Czy rzeczywiście? Socjolog medycyny, dr Włodzimierz Piątkowski z UMCS w Lublinie przeprowadził badania, z których wynikało, że subiektywną poprawę samopoczucia zgłasza 3% uczestników „zbiorowych sesji psychoterapeutycznych Kaszpirowskiego” a 0,5% uzyskuje poprawę dającą się zweryfikować badaniami lekarskimi.

Główny problem z działalnością A. Kaszpirowskiego polegał od początku (i trwa do chwili obecnej) na tym, że chce on działać przez media, albo na dużych zbiorowościach zgromadzonych na ogromnych salach.¹² Oznacza to, że nie ma on kontroli nad poszczególnymi osobami uczestniczącymi w jego „sesjach terapeutycznych”, nie przeprowadza żadnego postępowania diagnostycznego, ma co najwyżej powierzchowne informacje o efektach swego działania. Jest to sprzeczne z naszymi

¹¹ Rossi E. L., (1987), „Mind/body communication and the new language of human facilitates”. W: J. K. Zeig (red). The evolution of psychotherapy. New York. Brunner/Mazel.

¹² <http://www.kashpirovskiy.com/ru/pages/3431/3>

standardami terapeutycznymi, kiedy to zajmujemy się pojedynczym pacjentem od diagnozy, poprzez terapię, aż do jego ewentualnej rehabilitacji lub rekonwalescencji¹³.

Na czym zatem polegał i z czego wynikał przełom w mojej działalności terapeutycznej? Otóż obserwując reakcje zdrowotne u niektórych uczestników „seansów psychoterapeutycznych” A. Kaszpirowskiego widziałem wiele rzeczywistych popraw w zdrowiu, nie tylko psychicznym, ale także somatycznym, niekiedy bardzo spektakularnych, jak słynne ciemniejące siwe włosy oraz znikające w ciągu dwóch tygodni brzydkie, ustabilizowane od wielu lat blizny. Znacznie częściej były to jednak znikające torbiele, mięśniaki macicy, kamienie nerkowe lub żółciowe, wrzody żołądka i dwunastnicy lub znikające różne dobrotliwe (czy zawsze?) guzy, itp. W świetle mojej dotychczasowej wiedzy, ale także w świetle wiedzy wielu lekarzy i innych osób - takie poprawy zdrowia somatycznego nie miały prawa się zdarzyć, a jednak zaistniały i niektóre z nich zostały potwierdzone badaniami lekarskimi (zob. także opracowanie z ostatnich lat).¹⁴ Uświadomiłem sobie wówczas, jak potężne są procesy samoregulacyjne w organizmie człowieka, tylko trzeba jakiegoś specjalnego postępowania psychologicznego, aby je uruchomić. Ponadto te poprawy w zdrowiu powstawały bez użycia hipnozy, bo uczestnicy owych „seansów” byli tylko w stanie odprężenia wywołanego sugestywnym głosem i odpowiednim podkładem muzycznym - mieli jednak w pełni zachowaną orientację w miejscu, czasie i przebiegu seansu, mogli w każdej chwili przerwać ów stan relaksu i wyjść, gdyby zaistniała taka potrzeba. Dominowała u nich jednak postawa pro-zdrowotna, nie wychodzili, starali się skorzystać z tych seansów, a przynajmniej - zaspokoić swoją ciekawość. Informacje, że innym coś się poprawiło w zdrowiu, pokazywanie tych osób, bardzo wzmacniały motywację do dal-

¹³ Odbyla się wówczas między nami rozmowa, w której wypominałem jemu ten brak kontroli nad osobami uczestniczącymi w „sesjach psychoterapeutycznych”. Rozmowa odbywała się w moim Gabinecie - Anatolij popatrzył na stojącą tam kozetkę i zapytał: ile osób przyjmiesz tutaj na godzinę? Odpowiedziałem, że najczęściej dwie osoby. Znowu zapytał: a u ilu jest poprawa? Odpowiedziałem, że wyraźną poprawę obserwuję u ponad 80% pacjentów. Wtedy pokiwał głową i powiedział: widzisz, a ja na godzinę przyjmuję trzystaście milionów osób (taka była wówczas oglądalność jego programów telewizyjnych) i to wy wyliczyliście, że 0,5% tych oglądających uzyskuje rzeczywistą poprawę zdrowia a wielu innych ma takie odczucie subiektywne - to kto z nas ma większą skuteczność? Zapytałem: a co z resztą? Odpowiedział: na resztę przyjdzie czas, jak udoskonalimy tę metodę - w końcu kiedyś człowiek cieszył się, że przeleciał w powietrzu kilkadziesiąt metrów, potem przez kanał La Manche a teraz lataamy w Kosmos! Nie podzielałem jego entuzjazmu i te blisko dwadzieścia lat, jakie upłynęły od tej rozmowy potwierdziły, że był to nadmierny optymizm tego wysoce oryginalnego lekarza, który działa nadal na dużych salach, w dawnych republikach Związku Radzieckiego.

¹⁴ Piątkowski W., (2008), „*Lecznictwo niemedyczne w Polsce*”, Lublin, UMCS.



szego uczestnictwa.¹⁵ Zabawne były natomiast te sytuacje, gdy uczestnicy „seansów Kaszpirowskiego” zgłaszali do niego pretensje, że przyszli z inną dolegliwością a tymczasem poprawiło im się w obszarze zdrowia mniej dla nich ważnym, lub jak ów mężczyzna, który zgłaszał publicznie pretensje, że co prawda odzyskał włosy, ale chciał je mieć jak w młodości kręcone - tymczasem odrosły jemu proste!¹⁶

Przyznaję, że w tamtym czasie odczuwałem już pewne znużenie stosowaniem hipnoterapii, która niegdyś mnie fascynowała, ale okazała się metodą przestarzałą. Głównie dlatego, że hipnotyzowanie wymaga niekiedy zbyt wiele czasu a ponadto, część pacjentów nie posiada wystarczającej podatności na ten stan i wówczas demonstrowały swoje rozczarowanie.¹⁷ W latach 90-tych (i trwają do dzisiaj) zaczęły się także w psychologii dyskusje nad tym, czy niektóre techniki psychoterapeutyczne nie są psychomanipulacją?¹⁸ Najłatwiej było z tej pozycji zaatakować hipnoterapię, ale stopniowo okazywało się, że właściwie wszystkie oddziaływania psychologiczne, nie tylko terapeutyczne, ale także edukacyjne, polityczne, reklamowe i oczywiście medialne - są splamione tym grzechem (oczywiście dla tych, którzy cierpią na neurotyczną wizję świata i swoich relacji z nim). Osobiście nie ulegam naciskom tych, którzy nie rozumieją, co właściwie robię z pacjentami i krytykują moją metodę, ale podzielam pogląd, że najlepiej, aby pacjent świadomie współuczestniczył w procesie terapii - to mój kolejny argument za porzuceniem hipnoterapii.

Czy zatem hipnoza i hipnoterapia jest czymś złym? Ależ nie, jest to przecież metoda oficjalnie dopuszczona do stosowania w naszym kraju, tylko dla mnie - przestarzała, chociaż przez niektórych terapeutów nadal stosowana.¹⁹ Dlatego właśnie całkowicie zaniechałem jej w latach 90-tych. Proces przechodzenia od hipnoterapii do obecnie stosowanej metody nie był łatwy i trwał kilka lat, wymagał nauki, ćwiczeń, doskonalenia postępowania po to, aby uzyskać wysoką skuteczność. Problemem było także to, a po części jest do dzisiaj, że moi pacjenci musieli się przystosować do tego, że już ich nie będę hipnotyzował. Kłopoty bywały także z osobami nowymi, którym wydawało się, że przyszły do hipnoterapeuty i czekało je rozczarowanie, przy-

¹⁵ <http://www.kashpirovskiy.com/ru/>

¹⁶ http://pl.wikipedia.org/wiki/Anatolij_Kaszpirowski

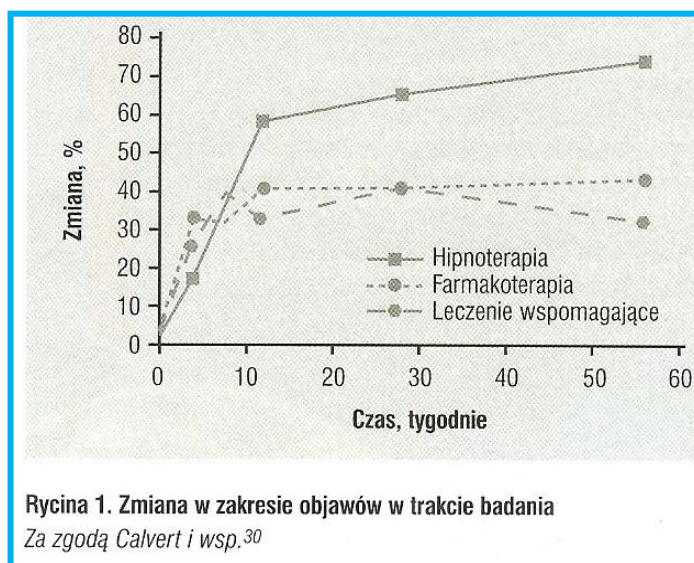
¹⁷ Hilgard J. R. (1970), „*Personality and hypnosis*”, Chicago; Rossi E. L., (1995), „*Hipnoterapia. Psychologiczne mechanizmy uzdrawiania*”. Poznań, Wyd. Zysk i S-ka.

¹⁸ Witkowski T., (2009), „*Zakazana psychologia. Tom I*”, Taszów, Biblioteka Moderatora.

¹⁹ Steward J. H., „*Rola hipnozy we współczesnej medycynie*”, Warszawa, Medycyna po Dyplomie, Nr 6/czerwiec/2006, s. 108.



najmniej do trzeciego standardowego zabiegu, kiedy to mogły ocenić skuteczność mojej nowej metody. Brak poprawy najczęściej skutkuje decyzją o przerwaniu psychoterapii i ewentualnym wskazaniu innego specjalisty - taki jest jeden z elementów kontraktu terapeutycznego zawieranego przeze mnie z pacjentem, czyli - żadnego wielomiesięcznego chodzenia na godzinne spotkania z terapeutą, omawiania dzieciństwa i bieżących wydarzeń, bo to nie skutkuje w przypadku zaburzeń psychosomatycznych. Być może jest to jednak kwestia do dyskusji, ponieważ np. Calvert E. L. i współpracownicy w swoich badaniach udowodnili, że w przypadkach czynnościowej dyspepsji oraz u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego hipnoterapia okazała się skuteczniejsza, niż leczenie farmakologiczne lub wspomagające, por. wykres.²⁰



Wielokrotnie informowałem moje środowisko zawodowe, ale także osoby zgłaszające się do mnie, że nie zajmuję się już od wielu lat pacjentami nie znajdującymi swego miejsca lub zagubionymi w życiu, poszukującymi porady i wielokrotnych, godzinnych wizyt poświęconych temu, co się wydarzyło w ich życiu poczynając od dzieciństwa. Jak wiadomo, w tym czasie dość często pacjenci nawiązują specyficzny kontakt z psychoterapeutą, często o cechach przeniesienia, lub powstają inne komplikacje psychologiczne utrudniające zakończenie terapii. Czyli - nie interesuje mnie to, co czyni (chcę wierzyć, że z pożytkiem) ogromna większość moich kolegów po fachu. Ja się zajmuję ludźmi chorymi, czyli takimi, którzy mają somatyczne dolegliwości pozostające jednak w ścisłym związku z ich psychiką.

²⁰ Za Smita L. S. i wsp. „Leczenie dyspepsji czynnościowej”, Warszawa, Medycyna po Dyplomie, Nr 2/luty/2006, s. 164

Od początku tej mojej przemiany odrzuciłem metodę A. Kaszpirowskiego działania na dużych grupach, bo dla mnie zawsze ważny był indywidualny pacjent i jego problemy (nawet w prowadzeniu przed wielu laty psychoterapii grupowej czułem się nieswojo i szybko ją porzuciłem). Na podstawie kilkudziesięciu lat praktyki klinicznej, głębokich przemyśleń i analizy efektów stosowania różnych metod psychoterapeutycznych, stopniowo stworzyłem metodę własną, którą z powodzeniem stosuję jako główną od lat 90-tych. Zdaję sobie sprawę, że nie ma metod w pełni doskonałych i z tego, że nie wszystkim pacjentom moja metoda odpowiada. Zawsze mają jednak możliwość odmówienia udziału w zabiegu (czynią tak np. świadkowie Jehowy) a także inne osoby nie akceptujące np. pozycji leżącej lub dotyku, który stosuję w czasie zabiegu. Ostatecznie - pacjent ma także możliwość przerwania zabiegu, jeśli odczuwałby jakiś dyskomfort (zdarza się to 1 - 3 razy w roku). W takim przypadku omawiam z pacjentem przyczynę dyskomfortu i ewentualnie wskazuję innego psychoterapeutę.

METODA INTENSYWNYCH ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH W PRZYPADKACH NERWIC I ZABURZEŃ PSYCHOSOMATYCZNYCH (w opracowaniu Lechosława Gapika).

W podejściu teoretycznym, wzorem moich mistrzów, zawsze byłem eklektykiem, nigdy nie przywiązywałem się nadmiernie, do jakiegokolwiek teorii. Fascynacja psychoanalizą, tą tradycyjną i współczesną, trwała krótko, w początkach moich zainteresowań hipnozą, chociaż Zygmunta Freuda zaliczam do największych w naszej dziedzinie. Szybko jednak w swoich rozważaniach teoretycznych przestawiłem się na behawioryzm, który w połączeniu z teorią uczenia się stanowi znakomitą podstawę do stosowanej obecnie przeze mnie terapii, w której jest dużo miejsca do uczenia się przez pacjenta nowych reakcji, wygaszania zbędnych, przeuczania, trenowania, itp.

Co jest zatem w tej metodzie najważniejsze? Szczególna kompozycja trzech elementów, niekiedy nazywana przeze mnie żartobliwie „koktajlem Gapika”.

1. **Po pierwsze** - stan kierowanego relaksu, odprężenia, od którego wszystko się zaczyna, ma przygotować pacjenta do przyjmowania sugestii terapeutycznych a ta podatność na sugestie bardzo wzrasta po zamknięciu oczu, odcięciu się od bodźców wzrokowych, co ułatwia koncentrację na słowach terapeuty. Z doświadczeń w prowadzeniu hipnozy wiem, że dla psychoterapii przeprowadzanej w stanie relaksu, głębokiego odprężenia, najlepsza jest pozycja leżąca,

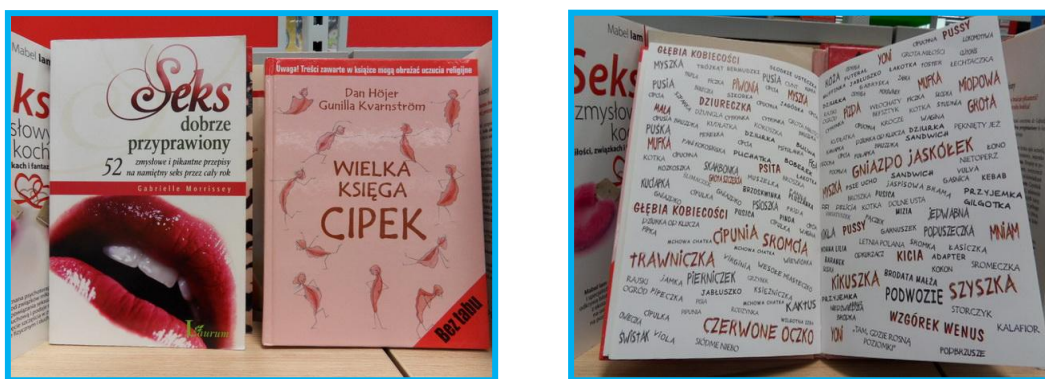


ponieważ wszyscy pacjenci po trosze, a niektórzy w znacznym stopniu, uzyskują komfort dopiero przy znacznym rozluźnieniu mięśni.

2. **Po drugie** - terapeutyczna sugestia słowna, w której ważna jest treść i forma. Treść sugestii, w pierwszym etapie, najczęściej zawiera elementy budujące poczucie wartości intelektualnej, społecznej (w tym rodzinnej i zawodowej), ale także atrakcyjności wyglądu, co jest szczególnie ważne w przypadku kobiet. Mamy zatem na tym etapie do czynienia z sugestyjnym wzmacnianiem poczucia swojej wartości (wzmacnianiem Ego?), a to jest bardzo istotne dla osób cierpiących z powodu swojej nerwicy i zaburzeń psychosomatycznych, które powodują, najczęściej skrywane, poczucie mniejszej wartości. Następnie podawane są sugestie terapeutyczne szczegółowe, mające bezpośredni związek z dolegliwościami lub schorzeniem pacjenta. W sugestiach tych odwołuję się do ukrytych i niewykorzystywanych w pełni sił naturalnych pacjenta, starając się je pobudzić w taki sposób, aby organizm bardziej energicznie zmagał się ze swoimi problemami.²¹ Dobór słów, treść sugestii terapeutycznych, wymagają doświadczenia klinicznego i nie ukrywam, że przydatne są w tym moje doświadczenia z okresu stosowania hipnoterapii. Z tego samego źródła czerpię swoje umiejętności sugestyjnego modulowania głosu, ściszenia go do progu słyszalności, nadawania podawanym treściom cech sugestii pro-zdrowotnej i budującej poczucie bezpieczeństwa oraz współuczestniczenia w procesie zdrowienia. Pozostaje jeszcze problem języka używanego w takiej terapii - nie może on być zbyt naukowy, nasycony pojęciami fachowymi, bo utrudni relacje z pacjentem w tym szczególnym stanie. W ogóle jestem zwolennikiem posługiwania się wyrazami potocznymi, niekiedy nawet trywialnymi, jeśli wiem, że taki język jest z dużym prawdopodobieństwem stosowany przez tę osobę na co dzień. Ułatwia to kontakt i czyni naszą relację mniej napuszoną. Szczególnie wyraźnie jest to widoczne przy problematyce seksuologicznej, która jest krępująca dla niektórych pacjentów i użycie prostego języka bardzo ich ośmiela (niekiedy nie znają pojęć fachowych), szczególnie, że w języku polskim jest wiele słów potocznych, z pewnością nie wulgarnych - oto aktualne przykłady z polskiego rynku wydawniczego:

²¹ Niekiedy, wobec osób obytych z komputerem mówię, że staram się o „przywrócenie systemu”, czyli odwołuję się do pierwotnego programu zdrowia pacjenta, jaki każdy nosi w sobie, chociaż uległ on obecnie zakłóceniu.

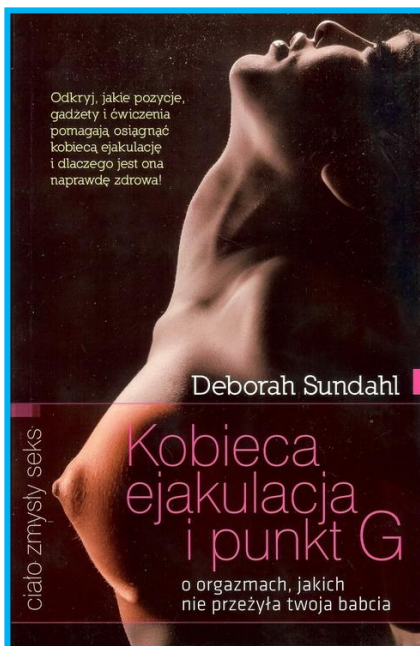




3. **Po trzecie** - terapeutyczna sugestia dotykiem. Około 20 lat temu zauważyłem, że dotyk bardzo wspomaga sugestię słowną, pacjent czuje, że terapeuta zajmuje się konkretnymi częściami jego ciała, czasami uważa to za bioenergię, ale to nie ważne jak interpretuje zabieg, bo liczy się korzystna zmiana w jego zdrowiu, czyli tak naprawdę uzyskana nie przez „cudowną moc” psychoterapeuty, lecz poprzez aktywizację procesów samoregulacyjnych. Posługiwanie się dotykiem porządkuje przebieg zabiegu - pacjent będący świadomym współuczestnikiem tego, co się z nim dzieje wytwarza w sobie nastawienie pro-zdrowotne, tym bardziej, że dotyk terapeuty w wielu przypadkach wywołuje natychmiastowe reakcje w miejscu dotykany. Tak jest szczególnie w bardzo częstych zaburzeniach oddechu, nieprawidłowego rytmu serca, zaburzeń gastrycznych i jelitowych (kto nie wierzy, niech spróbuje dotknąć ufającą jemu osobę zgłaszającą arytmie serca lub dolegliwości żołądkowo - jelitowe, przekona się o swojej „mocy uzdrawiania” nawet na tym wstępnym etapie). Bardzo dużo nieprawidłowego napięcia „przynoszą” pacjenci w obrębie mięśni twarzy i karku, aczkolwiek jest to do usunięcia dotykiem połączonym z delikatnym masażem tych miejsc. Nie ryzykowałbym natomiast w naszej obyczajowości polecanego przez Lowena masażu pośladków, chociaż zadziwiająco dużo osób chodzi w dużym i długotrwałym napięciu tych mięśni, nie zdając sobie sprawy, że w ten sposób ich organizm, nieświadomie, uzewnętrznia trwałe napięcia psychiczne.²² Dlaczego większość z nas tak reaguje na dotyk? Nie mam na to jasnej odpowiedzi, ale myślę, że ma to związek z doświadczeniami dzieciństwa, kiedy to dotyk matki lub innej bliskiej osoby był „lekarstwem” na ból głowy, ból brzuszka, a przytulenie stanowiło antidotum na różne lęki, koszmarne sny i inne rodzaje złego samopoczucia. Nosimy ten schemat w sobie, szczególnie ci

²² por. Lowen A., (1992), „*Bioenergetic analysis: A mind-body therapy.*” W: J. K. Zeig. The evolution of psychotherapy. The second conference. New York, Brunner/Mazel

spośród nas, którzy wyrastali w atmosferze czułości, objęć i dotyku, który z całą pewnością był dobrym a czasami nawet leczącym dotykiem. Pamiętam także dużą ilość dotyku na szkoleniach psychoterapeutycznych u prof. S. Kratochvila w dawnej CSRS - robiliśmy tam parę razy dziennie ze sobą tzw. „misia”, masowaliśmy sobie różne części ciała przy treningu autogennym, nawet chodziliśmy wzajemnie po sobie wzdłuż kręgosłupa i nikt nie miał w tych sytuacjach żadnych niewłaściwych skojarzeń. Pewnie z tego powodu nie mam do dzisiaj żadnych zahamowań przy stosowaniu przyjacielskiego a także terapeutycznego dotyku. Tymczasem czasy się zmieniły i pojawiło się mnóstwo neurotycznych osób obsesyjnie poszukujących „molestowania seksualnego” w różnych formach naturalnego dotyku. Do mojego Gabinetu trafiają nauczyciele wychowania fizycznego, którzy boją się asekurować dziewczynki przy niektórych ćwiczeniach, bo może się zdarzyć, że trafią ręką na miejsca intymne. Z głaskania dzieci po główce rezygnują nie tylko nauczyciele, ale i inne życzliwe osoby lubiące dzieci. Pewien młody masażysta



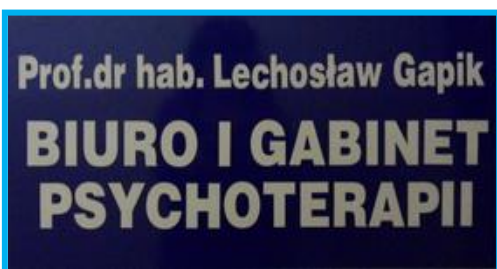
przybiegł do mnie zatroskany tym, że 50-letnia kobieta po zabiegu oskarżyła go przed szefem, że ją molestował podczas, gdy on jest zdeklarowanym gejem, tylko ukrywa ten fakt w miejscu pracy. Zdarza się, że zarzut molestowania seksualnego stawiają uczniowie starający się wymusić na nauczycielu lepszy stopień, studenci a właściwie studentki zagrożone brakiem zaliczenia a nawet pacjentki niezadowolone z przebiegu terapii. Jako wieloletni biegły także w zakresie seksuologii stanowczo stwierdzam, że we wszystkich takich przypadkach trzeba udowodnić, że sprawca kie-

rował się motywacją seksualną i występowały u niego znamienne cechy podniecenia seksualnego, w przeciwnym razie nie ma mowy o żadnym molestowaniu! Rozumiem troskę tych wszystkich, którzy zaangażowali się w poszukiwaniu sprawców „złego dotyku”, bo jest to sprawa ważna społecznie, ale w tych poszukiwaniach łatwo przekroczyć cienką granicę pomiędzy rzeczowym działaniem a uleganiem własnym lękom i obsesjom seksualnym. Dlatego, chociaż w prywatnym Gabinetcie obowiązują inne reguły, niż w placówkach NFZ, zalecam dużą

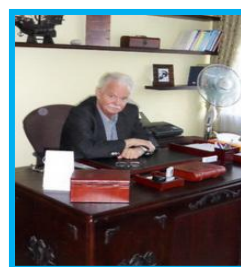
ostrożność w zawieraniu kontraktu terapeutycznego, który w przypadku ustalenia, że z powodów merytorycznych będą dotykane miejsca intymne pacjentki/pacjenta powinien zawierać w tej sprawie jasną klauzulę. Chcę też podzielić się z kolegami psychologami własnymi zasadami - jeśli terapia wymaga dotykania genitaliów (np. przy leczeniu pochwicy) ZAWSZE kieruję taką osobę do ginekologa z przeszkoleniem seksuologicznym lub innego odpowiedniego lekarza. Generalnie pragnę podkreślić, że w moim Gabinecie dotyku jest znacznie mniej, niż w przeciętnym gabinecie kosmetycznym, nie odnosząc się już do rozmaitych gabinetów masażu, itp. Nie chcę w tym miejscu rozwijać problematyki metod stosowanych przez terapeutów dotyku działających na Zachodzie, angażujących się bezpośrednio w relacje z pacjentką lub pacjentem, wprowadzanie do terapii partnerów surogatów, masujących bezpośrednio pochwę lub członka.²³ Gabinet psychoterapeuty jest natomiast zawsze miejscem ujawniania przez pacjentów emocji. Są to emocje niepokoju, leku, gniewu, nienawiści do osób bliskich, a niekiedy są to emocje seksualne, itp.

PSYCHOTERAPEUTA NIGDY W TYCH EMOCJACH NIE UCZESTNICZY - ZACHOWUJE ŻYCZLIWĄ POWŚCIĄGLIWOŚĆ, A JEŚLI EMOCJE PACJENTA PRZEKRACZAJĄ RAMY PRYZWOITEGO ZACHOWANIA SIĘ W GABINECIE TO INTERWENIUJE NA POZIOMIE POWSTAŁEGO PROBLEMU (w ciągu ostatnich 10 - ciu lat jeden raz wzywałem ochronę i sam ten fakt wystarczył, aby pacjent się uspokoił). Nigdy zatem nie indukowałem się emocjami pacjentki/pacjenta, uznając, że to ich a nie mój problem.

W moim Gabinecie Psychoterapii obowiązują pewne zasady porządkowe, ułatwiające nam kontakt i terapię:



Pacjenci zgłaszają się telefonicznie i zobowiązani są do podania zakresu swoich dolegliwości, jeśli nie są to nerwice, zabu-



²³ Sundahl D., (2009), „Kobieca ejakulacja i punkt G”, Warszawa, Wydawnictwo Czarna Owca.

rzenia psychosomatyczne lub problemy partnerskie - kieruję ich do innych kolegów, według specjalności:



Gabinet jest w pełni wyciszony a poczekalnia monitorowana (pacjenci o tym wiedzą), co daje mi także preorientację w zachowaniach pacjenta lub pary;

Prof. dr hab. Lechosław Gapiak
psycholog - psychoterapeuta - seksuolog

Imię i nazwisko pacjenta

Adres

**ZASADY TERAPII
PROWADZONEJ PRZEZ PROF. LECHOSŁAWA GAPIKA**

1. W tutejszym Gabinetecie nie jest stosowana hipnoza i hipnoterapia.
2. W uzasadnionych klinicznie przypadkach stosowane są opracowane i przeprowadzane przez prof. L. Gapika zabiegi terapeutyczne w pozycji leżącej, których pierwszy etap polega na wprowadzeniu Pacjenta w stan odprężenia (relaksu) a następnie na oddziaływaniu terapeutycznym słownym, połączonym z dotykiem lub masażem głowy oraz tych części ciała Pacjenta, które mają związek ze zgłoszonymi dolegliwościami.
UWAGA: Pacjent zachowuje świadomość w trakcie zabiegu i może zgłosić chęć jego przerwania w dowolnym momencie, jeśli odczułby jakiś dyskomfort.
3. Pobyt w Gabinetecie może być rejestrowany na nośnikach elektronicznych **WYŁĄCZNIE** po uzyskaniu na to odrębnej pisemnej zgody obu stron, tj.: prof. L. Gapika oraz Pacjenta. Wszelkie potajemne i nieuzgodnione wcześniej formy nagrań będą traktowane, jako przestępstwo, ścigane z zastosowaniem obowiązującego prawa.

Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z powyższymi zasadami i zgadzam się na nie bez zastrzeżeń, co potwierdzam własnoręcznym podpisem

Poznań, dnia podpis

REGON 854153974
BIURO I GABINET PSYCHOTERAPII
Poznań, Osiedle Armii Krajowej 95 m. 2 (I piętro)
Adres dla korespondencji: 60 - 977 POZNAŃ 49, skrytka pocztowa 18
Telefony: 061 8786 346, 061 8757 212, GSM: 0 601 704848
e-mail: psychoterapia@poczta.onet.pl

Następnie (od kwietnia 2010) każdy pacjent przewidziany do mojej terapii zapoznaje się i podpisuje pisemny kontrakt terapeutyczny, wzbogaćony jeszcze swobodnymi wyjaśnieniami i odpowiedzią na ewentualne pytania, szczególnie, jeśli dotyczą zaburzonej sfery seksualnej. Wcześniej, w czasie 44 lat prowadzenia przeze mnie działalności klinicznej - wystarczał ustny kontrakt terapeutyczny, określający rodzaj i zakres wykonywanego zabiegu.

Diagnoza:

Postępowanie diagnostyczne polega na zapoznaniu się z dokumentacją jaką posiada pacjent a następnie na obserwacji klinicznej, szczególnie w czasie przeprowadzania klasycznego wywiadu.



W przypadku, gdy postępowanie diagnostyczne dotyczy pacjentki z problemami seksualnymi umawiam się na termin, kiedy nie ma ona menstruacji, która u wielu kobiet łączy się z bólem lub innym dyskomfortem. Pytanie w takich okolicznościach o fantazje seksualne, upodobania seksualne i najbardziej atrakcyjne do-

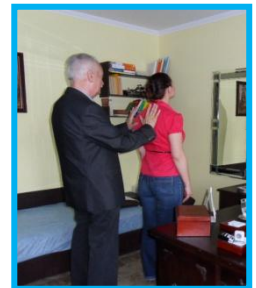
świadczenia seksualne - mija się z celem ponieważ odpowiedzi będą zniekształcone złym samopoczuciem a obserwacja kliniczna reakcji pacjentki w czasie tego wywiadu pozbawiona trafności oceny zachowań niewerbalnych.

Prowadzona przeze mnie obserwacja i wywiad kliniczny są niekiedy wspomagane metodami pomocniczymi, np. testami projekcyjnymi lub skalą INTELIGENCJI SEKSUALNEJ,²⁴ a bardzo rzadko innymi narzędziami diagnostycznymi.

WSTĘPNY SPRAWDZIAN



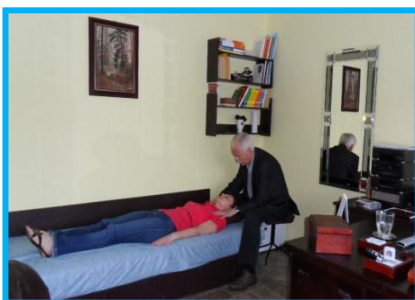
Zanim jednak poproszę pacjenta o położenie się robię klasyczny sprawdzian podatności na sugestię, tzw. próbę padania, która po tylu latach praktyki jest dla mnie wystarczająca, jako wstępny sprawdzian.²⁵



NASTĘPNIE ZACZYNA SIĘ WŁAŚCIWA TERAPIA POLEGAJĄCA NA:



Fiksacji wzroku (element zaczerpnięty z pierwszej fazy hipnozy) w celu uzyskania naturalnego zmęczenia, opadania powiek i odcięcia się od najważniejszych dla człowieka - bodźców wzrokowych.



Towarzyszą temu odpowiednio zaaranżowane sugestie słowne, wypowiedane głosem ściszym, na granicy słyszalności pacjenta, o treści uspokajającej, wywołującej także uczucie ciężaru w barkach i górnych kończynach.

²⁴ Gapik L., (2010), „*Inteligencja seksualna. (SI)*”, PRZEGLĄD TERAPEUTYCZNY Nr. 8/2010

²⁵ Wiele lat temu, gdy pracowałem jeszcze na AM w Poznaniu, przyszła do mnie w bardzo niedogodnej porze, tuż przed wyjściem na Radę Wydziału, pani Stanisława, która zaczęła się skarżyć na koszmarnie sny, które miała od 7 lat, od śmierci męża. Co noc śniły jej się trupy, trumny, co było bardzo wyczerpujące i żadne dotychczasowe leczenie nie przynosiło skutków. Nie chciałem odprawić jej z niczym, więc zrobiłem jej przez pół minuty ową próbę padania i grzecznie przepraszając umówiłem ją za tydzień na właściwy zabieg. Po tygodniu, już przygotowany z programem terapii, oczekiwałem pani Stanisławy, która od progu zaczęła radośnie wykrzykiwać: panie doktorze, jak mi się poprawiło, wszystko minęło, śpię jak suse! Dla mnie natomiast był to kolejny element refleksji nt. czynników leczących w psychoterapii - niekoniecznie tak, jak ja chcę, ale tak, jak twój organizm na to odpowie.



Wszystko to wspomagane jest gestem, dotykiem, zgodnym z podawanymi sugestiami.²⁶ Pacjenci bardzo chwalą sobie ten relaks, często uwalniający ich od długotrwałego napięcia z którym chodzili. Potem zaczyna się terapia związana z konkretnymi dolegliwościami pacjentki/pacjenta. Najczęściej chodzi o głowę, bóle, bezsenność lub lęki objawiające się np. dusznościami, kołataniem serca, napięciem mięśni karku, itp. Niekiedy są to także dolegliwości w formie zaburzeń gastrycznych, jelitowych lub bolesnych miesiączek.

Na końcu zabiegu z reguły prosię pacjenta o podanie obu rąk, przeciągamy się, co aktywizuje pacjenta a i mnie pomaga w odprężeniu kręgosłupa. Jest to także widomy znak, że zabieg został zakończony, można wstać i przystąpić do omówienia jego przebiegu oraz bieżących rezultatów.

Jeszcze kilkanaście lat temu próbowano sporządzić katalog chorób psychosomatycznych. Dzisiaj już wiemy, że każda choroba ma swój aspekt psychosomatyczny wyrażający się chociażby tym, że stres obniża odporność organizmu, co ułatwi rozprzestrzenienie się choroby - natomiast walka ze stresem wzmacnia z kolei procesy samoregulacyjne, zdolność do skorzystania organizmu z pomocy medycznej, odzyskania równowagi homeostatycznej.²⁷ Staramy się w miarę stopniowo poszerzać wiedzę o mechanizmach regulujących procesy zachodzące w organizmie człowieka łączyć farmakoterapię z psychoterapią, chociaż wiemy, że w niektórych chorobach

²⁶ Jak już wspominałem (s. 18), około 20 lat temu zauważyłem, że dotyk bardzo wspomaga sugestię słowną, pacjent czuje, że terapeuta zajmuje się konkretnymi częściami jego ciała, czasami uważa to za bioenergię, ale to nie ważne jak interpretuje zabieg, bo liczy się korzystna zmiana w jego zdrowiu, czyli tak naprawdę uzyskana nie przez „cudowną moc” psychoterapeuty, lecz poprzez aktywizację procesów samoregulacyjnych.

²⁷ Gapik I., Kosmala J., (2003/2 XI) „Związek pomiędzy cechami osobowości a zachorowaniem na chorobę nowotworową i radzeniem sobie ze stresem wywołanym chorobą.” Sztuka Leczenia. Kraków, Instytut Psychologii Stosowanej UJ.

farmakoterapia spełnia rolę decydującą a w innych zdecydowanie potrzebna jest psychoterapia. Nie łudźmy się jednak, postępujemy w tej dziedzinie po omacku, nie mamy dotychczas pełnej wiedzy, co zrobić technikami psychoterapeutycznymi w konkretnych zaburzeniach i chorobach. Jak ma się nasze postępowanie do cech osobowości i cech psychosomatycznych poszczególnych pacjentów. Znów odwołam się do „seansów” A. Kaszpirowskiego. On nigdy nie wiedział komu jest w stanie pomóc, kto skorzysta z tej metody zbiorowej psychoterapii (choć nazwa „psychoterapia” jest w tym przypadku przez wielu kwestionowana). Po „seansach” zgłaszali się do nas ludzie informujący o poprawie swojego zdrowia, chociaż mieliśmy poczucie, że ci mający najwięcej do powiedzenia, po prostu - szybko oddalali się do swoich domów, nie zainteresowani szumem medialnym wokół ich osoby i publicznym mówieniem o swoich dolegliwościach.²⁸

PODSUMOWANIE.

Kilkadziesiąt lat praktyki klinicznej, setki przyjętych pacjentów, a w postępowaniu terapeutycznym niekiedy nadal czuję się jak dyletant, który co prawda sprawnie jeździ samochodem, ale nie potrafi wyjaśnić, co się dzieje pod maską samochodu w czasie tej podróży i dlaczego dojeżdża do celu. Niestety, reakcje psychosomatyczne i procesy samoregulacyjne nadal są dla nas zagadką i zdolni jesteśmy - przy psychoterapii - tylko do ich powierzchownego, psychologicznego opisu. Na tej podstawie powstają grube tomy podręczników i poradników, które zawierają wiele mądrych treści, nie zawsze nadających się do spożytkowania w praktyce klinicznej.

Czy moja metoda jest dobra? W moim odczuciu tak, bo aktualnie uzyskuję ponad 80% realnej poprawy nie tylko w doraźnym samopoczuciu pacjentów, ale w ich

²⁸ Kilka lat temu przyjechała z Holandii moja dawna absolwentka po psychologii z prośbą, abym pozwolił jej na odbycie krótkoterminowego stażu w moim Gabinecie. Z zasady nie zgadzam się na takie prośby, ale w tym przypadku była to pani po 40-tce, spokojna i zrównoważona, doświadczony psycholog kliniczny. Ustaliłem, że w dniu moich przyjęć będzie oczekiwała w sąsiednim gabinecie a ja będę pytał kolejnych pacjentów, czy wyrażają zgodę, aby w czasie wizyty asystowała mi koleżanka - psycholog z Holandii. W ciągu dnia przyjęć zgodziły się na to dwie osoby, w tym pacjent z poważnymi zaburzeniami seksualnymi, o których lubił informować każdego, kogo spotkał. Najbardziej zdziwiła mnie odmowa emerytowanej nauczycielki, która chodziła do mnie aby wyzbyć się lęku przed samodzielnym wychodzeniem na ulicę - powiedziała, że jest to dla niej sprawa intymna i za tę intymność mi płaci. Wówczas ostatecznie zrozumiałem, że w moim Gabinecie będę zawsze pracował sam, bez asysty, z wszystkimi konsekwencjami tego stanu.

stanie zdrowia. Czy można się tej metody nauczyć? Oczywiście, jeśli tylko ma się zdolność do prowadzenia psychoterapii opartej na skutecznej sugestii. Dobór słów, melodia głosu oraz terapeutyczny dotyk - są w znacznym stopniu intuicyjne, dlatego (podobnie, jak do wspomnianych wcześniej - aktorstwa lub handlu) nie wszyscy się do tego nadają. Być może, jeśli zgłoszą się odpowiednio predysponowani terapeuci - przeprowadzę odpowiednie szkolenie, bo metoda jest naprawdę skuteczna i warto ją stosować wobec tysięcy ludzi, którzy bezskutecznie ratują się tabletkami, dającymi na ogół wstępnie efekt dobry, acz krótkotrwały. Ponadto wiele osób, szczególnie z problemami nerwicowymi, boi się uzależnienia od leków i nie są to obawy pozbawione uzasadnienia. Nie zawsze jest to rzeczywiste, chemiczne uzależnienie, ale równie przykre jest zwyczajne przyzwyczajenie do leku.

Cóż jeszcze? Może poinformuję Państwa, że przedstawiona tutaj trójskładnikowa metoda jest w istocie elementem **WIELOZADANIOWEJ METODY INTENSYWNYCH ODDZIAŁYWAŃ PSYCHOLOGICZNYCH** nad którą aktualnie pracuję, przydatną w terapii (która mnie najbardziej pochłania), ale która sprawdza się znakomicie także w edukacji, promocji zdrowia, w „podkręcaniu” motywacji do różnych zadań intelektualnych (np. robienia doktoratu, nauki języka obcego, itp.), stymulacji rozwoju osobistego, a przy zmianie jednego z elementów metody (dotyku) na inną stymulację (np. wzrokową, zapachową), nadaje się do przygotowania osób działających w sferze handlu i usług, w zarządzaniu, a także w polityce.

ZDAJĘ SOBIE SPRAWĘ, ŻE PRZESTAWIENIE TOKU MYŚLENIA WIELU TERAPEUTÓW (ORAZ OSÓB, KTÓRE Z RÓŻNYCH POWODÓW OCENIAJĄ NASZĄ PRACĘ), NA TEMAT ISTOTNEJ ROLI HOMEOSTAZY I PROCESÓW SAMOREGULACYJNYCH W RATOWANIU NASZEGO ZDROWIA ORAZ WYOBRAŻENIA (A MOŻE WIEDZY?) O SKUTECZNYCH PSYCHOLOGICZNYCH METODACH URUCHAMIAJĄCYCH TE PROCESY - POTRWA, ALE ... TAK BYŁO ZAWSZE WE WPROWADZANIU NOWYCH METOD I NALEŻY W TYM PRZYPADKU ZACHOWAĆ CIERPLIWOŚĆ ORAZ OPTYMIZM.



LITERATURA.

- Gapik L., (1986, 1990) „*Hipnoza i hipnoterapia*”. Warszawa, PZWL.;
- Gapik L., „*Fenomen Kaszpirowskiego*”, POLITYKA Nr 4 (1708), 27. I. 1990.
- Gapik L. (2000) „*Tajemnice hipnozy*”. Poznań. P.W. INTERFUND.
- Gapik I., Kosmala J., (2003/2 XI) „*Związek pomiędzy cechami osobowości a zachorowaniem na chorobę nowotworową i radzeniem sobie ze stresem wywołanym chorobą*.” Sztuka Leczenia. Kraków, Instytut Psychologii Stosowanej UJ.
- Goleman G., (1986) „*Psychiatry: guide to therapy is fiercely opposed*”, New York Times, 23 September, C1, 2.
- Grzesiuk L., (red.) (2005) „*Psychoterapia. Teoria*.” Warszawa. Wydawnictwo Psychologii i Kultury ENETEIA.
- Henrik R. (red.), (1981), „*The psychotherapy handbook*”, Meridian Books, New York.
- Hilgard J. R. (1970), „*Personality and hypnosis*”, Chicago; Rossi E. L., (1995), „*Hipnoterapia. Psychologiczne mechanizmy uzdrawiania*”. Poznań, Wyd. Zysk i S-ka.
- <http://www.kashpirovskiy.com/ru/>
- <http://www.kashpirovskiy.com/ru/pages/3431/3>
- <http://www.ptt-terapia.pl/~ptt/honorowi.htm>
- http://pl.wikipedia.org/wiki/Anatolij_Kaszpirowski
- Kratochvil S., (1974, 1978) „*Psychoterapia*”. Warszawa, PWN.
- Lowen A., (1992), „*Bioenergetic analysis: A mind-body therapy*.” W: J. K. Zeig. The evolution of psychotherapy. The second conference. New York, Brunner/Mazel
- Piątkowski W., (2008), „*Lecznictwo niemedyczne w Polsce*”, Lublin, UMCS.
- Rossi E. L., (1987), „*Mind/body communication and the new language of human facilitates*”. W: J.K. Zeig (red.) The evolution of psychotherapy. New York, Brunner/Mazel.
- Smita L. S. i wsp. „*Leczenie dyspepsji czynnościowej*”, Warszawa, Medycyna po Dyplomie, Nr 2/luty/2006, s. 164
- Steward J. H., „*Rola hipnozy we współczesnej medycynie*”, Warszawa, Medycyna po Dyplomie, Nr 6/czerwiec/2006, s. 108.
- Sundahl D., (2009), „*Kobieca ejakulacja i punkt G*”, Warszawa, Wydawnictwo Czarna Owca.
- Witkowski T., (2009), „*Zakazana psychologia. Tom I*”, Biblioteka moderatora. Taszów.
- Wolberg L. R. (1975), „*Hipnoza*”, Warszawa, PWN.

