

Coraz więcej osób zgłasza się z problemem uzależniania się od internetu czy komputera, a terapeuci stają przed dylematem, co robić, jak rozumieć, jak pomagać tym osobom...

Serafin Olczak

ASPEKTY PSYCHOTERAPII OSÓB UZALEŻNIONYCH OD KOMPUTERA I INTERNETU

Poniższy tekst jest owocem moich trzyletnich doświadczeń w zajmowaniu się problematyką uzależnienia od komputera i internetu. Chciałbym podzielić się swoimi przemyśleniami i wątpliwościami, a jednocześnie przybliżyć Czytelnikom różne aspekty moich doświadczeń zawodowych – jakie działania w ramach mojej praktyki w Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień powiodły się, a od czego w ciągu tego okresu odszedłem.

Nie będę zajmował się tu opisem objawów, faz czy definicjami uzależnienia od internetu, ponieważ zainteresowany Czytelnik znajdzie to między innymi w archiwalnych numerach TUiW (Ginowicz H., 2003).

Trzy grupy pacjentów

Początkowo do ośrodka, w którym pracuję, zgłaszali się najpierw rodzice, którzy podejrzewali u swoich dzieci uzależnienie od komputera. Potem przyprowadzali swoje dzieci, oczekując pomocy. Obecnie znacząco zwiększyła się liczba osób zgłaszających się z tak zwanym problemem komputerowym i obejmuje ona trzy grupy:

1. Pacjenci dziecięcy i młodzieżowi wraz z rodzicami.
2. Pacjenci z innymi rozpoznaniami (nieuzależnieni od alkoholu czy innych substancji).
3. Pacjenci uzależnieni od alkoholu i/lub hazardu.

Już z tego podziału wynikać będzie różnica w prowadzeniu pierwszych rozmów konsultacyjno – diagnostycznych, rozumienia istoty problemu, czy planowania działań terapeutycznych.

Dzieci i młodzież

Ta grupa pacjentów zasadniczo nie przychodzi do poradni sama, a jeżeli przychodzi, to takie zdarzenie jest już

samo w sobie ważną informacją diagnostyczną. Dzieci i młodzież zwykle przyprowadzane są przez rodziców lub opiekunów prawnych. Opiekunowie zwracają uwagę z reguły na dwa obszary: „Moje dziecko przesiaduje zbyt długo przed komputerem i opuściło się w nauce”. To kreuje już sytuację, w której z jednej strony pojawia się skarga na dziecko, z drugiej zaś jawny bądź ukryty opór przed rodzicielską kontrolą, opieką itp. Wyzwaniem terapeutycznym jest pozostanie neutralnym wobec sił systemu rodzinnego, z którym ma się do czynienia. Inne ważne zasady prowadzenia pierwszych rozmów to:

→ ciekawość punktów widzenia każdego członka rodziny (pułapką może być chęć postawienia jak najszybszej diagnozy),

→ przyłączenie się do systemu rodzinnego (dzięki uwadze, docenianiu zasobów rodziny, jej struktury oraz odnoszeniu się z szacunkiem do tego, co wnoszą poszczególni członkowie),

→ szukanie optymalnej różnicy w pomysłach rodziny i własnych na rozwiązanie problemu, uwzględnianie kontekstu pozarodzinnego, na przykład wpływu grupy rówieśniczej (za: Skrzypczyk W., 2004).

To oczywiście najogólniej rzecz ujmując zasady systemowego podejścia w psychoterapii, które w tym przypadku sprawdzają się najlepiej. Można powiedzieć, że konsultacja diagnostyczna od początku jest spotkaniem w ramach systemu. Dalsze postępowania zależą od tego, co zostanie ustalone w ramach wspólnych spotkań. Dobrze jest, aby jako jeden z warunków kontraktu umieszczać punkt mówiący o uczestniczeniu całej rodziny w terapii. Zwykle bowiem rodzina jest zainteresowana umieszczeniem delegata w terapii.

Sama zaś czuje się zwolniona z konieczności zmiany. To powoduje sytuację, gdzie wysiłki terapeutyczne będą nieskuteczne, ponieważ dziecko czy adolescent i tak będzie funkcjonował w ramach swojego systemu.

Z mojej obserwacji wynika, że jednym z częstych zjawisk występujących w tych rodzinach jest fizyczna bądź emocjonalna nieobecność ojca. Jeśli istnieje on fizycznie, to najczęściej wzywa się go na pomoc w sytuacjach krytycznych związanych z nadużywaniem komputera przez dziecko. Istnieje oczekiwanie, czasami formułowane wprost, by terapeuta zaczął funkcjonować jako brakujący element systemu, jako kreator i egzekutor norm.

Stąd propozycja pracy w systemie, która pozwoli na rozpoznanie sił w rodzinie i skuteczną pomoc. Nie wyklucza to oczywiście indywidualnej pracy z pacjentem, ale pozwala uniknąć uwikłania w proces delegowania przez rodzinę jednego z członków do leczenia.

Można oczywiście założyć, że w trakcie terapii indywidualnej terapeuta zafunkcjonuje, w przeniesieniu, jako postać rodzicielska, ale celem tej pracy nie będzie li tylko budowanie i rozliczanie z realizacji norm wytworzonych w systemie rodzinnym. Motywem często pojawiającym się w pracy indywidualnej jest praca nad uczuciami związanymi ze stratą spowodowaną nieobecnością ojca z jednej strony i próbami jej kompensacji przez matkę z drugiej. Bardzo ciekawym diagnostycznie wątkiem jest zbadanie funkcji, jaką pełni w życiu młodego człowieka jego aktywność w sieci. Z praktyki wynika, że w wielu przypadkach dotyczy to wątków kompensacji deficytów relacyjnych lub intrapsychicznych np. poczucia wartości, poczucia mocy, sprawczości, czy też możliwości pro-

wadzenia bardziej otwartej komunikacji. Ze spotkań z rodzicami wiem, jak wartościowa jest zmiana sposobu funkcjonowania z ataku na aktywność dziecka, na próby stworzenia płaszczyzny kontaktu poprzez rozmowę nad tą aktywnością.

Trudnością w diagnozie może być rozróżnienie w odniesieniu do norm – co jest normą rozwojową, a co środowiskową. Powszechnym bowiem zjawiskiem w tej grupie wiekowej jest życie „wokół komputera”, tzn. traktowanie go jako miejsca pracy, rozrywki, wymiany poglądów na klasowych czatach. Wydaje się z praktyki, że pomocnym w tym zakresie jest zarówno kryterium czasowe – osoby, które określiły się jako uzależnione, spędzały przed komputerem około 35 godzin tygodniowo (Wallace P., 2005). Pomocne może być również kryterium dotyczące konsekwencji aktywności komputerowej – radzenie sobie z zadaniami rozwojowymi np. szkołą.

Pacjenci świadomi problemu

Inaczej rzecz ma się z drugą grupą osób trafiających do placówek terapeutycznych. W tym przypadku świadomość problemu jest zdecydowanie większa, a co za tym idzie gotowość do zmiany również. Choć jak podaje Lidia Grzesiuk (Grzesiuk L., 1995) większość pacjentów, przychodząc po pomoc, kieruje się motywacją, którą można określić jako „motywację do przychodzenia na terapię”. Oznacza to oczekiwanie, że psychoterapia przyniesie korzyści w postaci likwidacji objawów, lecz nie bierze się pod uwagę możliwość zmiany własnego sposobu funkcjonowania. Osoby takie trafiają po pomoc w wyniku kryzysu spowodowanego przykrymi konsekwencjami swoich zachowań np. zagrożeniem lub rozpadem związku, nieumiejętnością kontroli zachowań, spadkiem wydajności życiowej. W przypadku tej grupy, początek terapii zarówno w fazie diagnozy nozologicznej, problemowej oraz wyznaczania pierwszych celów jest podobny do terapii pacjentów uzależnionych od alkoholu. Ważną różnicą może być kwestia dotycząca tzw. „pracy nad tożsamością”. W przypadku osób uzależnionych od alkoholu przyjęło się uważać, że

istotne jest wykształcenie tzw. tożsamości alkoholika. W przypadku osób z problemem komputerowym nie chodzi o to, by określały się one jako „komputeroholicy”, lecz poprzez świadomość problemu potrafiły przywrócić samokontrolę. Początkowo główny punkt ciężkości położony jest na pracę nad zwiększeniem świadomości problemu i wynikających z niego konsekwencji. Dokonuje się to przez ćwiczenie samoobserwacji. Z własnej praktyki klinicznej mogę powiedzieć, że w realizacji tego celu bardzo dobrze sprawdza się prowadzenie dziennika samoobserwacji, który jest następnie omawiany na sesjach pod kątem radzenia sobie z uczuciami, czy rozpoznawania i dekonstruowania zniekształceń poznawczych podtrzymujących zaburzenie. Następnie na bazie tych doświadczeń wyznacza się kolejne cele, w kierunku planowania nowych, mniej destrukcyjnych czy alternatywnych zachowań. Po czym są one wdrażane i utrwalane. Końcowym etapem pierwszej części terapii jest praca nad rozpoznawaniem mechanizmów prowadzących do nawrotu i nabywanie kompetencji w ich zatrzymywaniu. Ważna wydaje się tu zasada mówiąca, że nawroty będą się zdarzać i nie chodzi o to, by się nie zdarzały (co byłoby wzmocnieniem często występującego perfekcjonizmu tych osób), lecz o to, aby były one jak

najmniej destrukcyjne. Używając języka komputerowego, można by pokusić się o porównanie, że nie chodzi o życie systemem cyfrowym (zero – jedynkowym), lecz analogowym (wedle zasady mniej – więcej).

W przypadku gotowości do kontynuowania terapii podejmuje się pracę nad głębszymi wątkami relacyjnymi, rodzinnymi (w kontekście historycznym), czy intrapersonalnymi. To proces przechodzenia od objawów do źródeł. Zwykle terapia w pierwszym etapie trwa około sześciu miesięcy, natomiast w całości około dwóch lat (sesje raz w tygodniu).

Alkohol i hazard

I wreszcie trzecia grupa osób zgłaszających się po pomoc, to osoby uzależnione od alkoholu i/lub hazardu. W czasie pracy psychoterapeutycznej nad powyższymi problemami zdarza się, że pojawia się kwestia nadmiernego korzystania z internetu. Częściej jednak bywa, że osoby te „uzależniają się” od internetu, ponieważ jest to przejaw funkcjonowania nałogowych mechanizmów, zwłaszcza mechanizmu nałogowego regulowania uczuć. Dochodzi wtedy do zamiany uzależnienia, co też znacząco utrudnia proces zdrowienia tych pacjentów. Ważnym aspektem funkcjonowania tych osób jest sposób radzenia sobie z napięciem fizycznym i psychicznym. To też obszar, któ-

ry musi stać się przedmiotem wspólnej z pacjentem eksploracji i pracy, zwłaszcza, że wielu spośród uzależnionych charakteryzuje aleksytymia, czyli trudność w rozpoznawaniu i nazywaniu emocji. Nie zamierzam opisywać powstawania tego zjawiska, ponieważ wykraczałoby to poza ramy niniejszego opracowania. Ważne jest jednak zaznaczenie, iż trudność w zakresie identyfikowania, rozróżniania emocji powoduje, że pacjenci opisują swoje stany emocjonalne poprzez odwoływanie się do sygnałów z ciała lub niezróżnicowanego napięcia. Idąc dalej, można by wnioskować, że również sposoby radzenia sobie mogą być niezróżnicowane, w myśl zasady: dobre jest wszystko, co przynosi ulgę i oderwanie się od przykrego stanu. Internet stwarza takie możliwości, z drugiej



strony dostarcza również możliwości intensyfikowania doznań, poprzez gry *on-line*, hazard internetowy, jak również wszelkiego rodzaju czaty randkowe, czy erotyczne. Zatem ważnym etapem pracy może być rozpoznanie tego typu zachowań jako „nałogowego” radzenia sobie z rzeczywistością i praca nad alternatywnymi, a jednocześnie zdrowszymi sposobami radzenia sobie z napięciem. Mnożenie uzależnień u tych osób nie wydaje mi się zasadne, a czasami uznać należy je nawet za szkodliwe. Szczególnie w przypadku pacjentów głębiej zaburzonych, z problemami w funkcjonowaniu w zakresie struktury osobowości, może to nasilać nadmierną identyfikację siebie jako alkoholika, internetoholika, zakupoholika itd., i wzmacniać mechanizmy roszczenia. Bardziej zasadne wydaje się być traktowanie tego typu zachowań jako przejawu działania tego samego „mechanizmu”, co powinno prowadzić do pracy nad nim właśnie.

Powstaje pytanie, czy tak zwane uzależnienie od komputera i internetu to takie samo uzależnienie jak uzależnienie od alkoholu, a jeśli nie, to czy ma ono swoją specyfikę. Można zadać sobie również pytanie, czy w ogóle jest sens traktowania go jako uzależnienia, czy raczej uznać je za zachowanie obsesyjno–kompulsywne. W swojej praktyce początkowo przyjmowałem strategię, że jest to takie samo uzależnienie, jak na przykład od alkoholu i próbowałem stosować te same metody, charakterystyczne dla leczenia tej grupy pacjentów. Rzeczywistość okazała się jednak bardziej skomplikowana. Wydaje mi się jednak, że należy zawsze stawiać sobie pytanie: jak rozumieć to konkretne zaburzenie w przypadku tego konkretnego pacjenta.

Bibliografia

1. Ginołowicz H., „Zagrożenia płynące z sieci”, w: *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, nr 1,2,3/2003
2. Grzesiuk L. (red.), „Psychoterapia”, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995
3. Skrzypczyk W., „Pierwszy kontakt”, w: *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, nr 2/2004
4. Wallace P., „Psychologia internetu”, REBIS 2005

Autor jest psychologiem, certyfikowanym specjalistą psychoterapii uzależnień, pracuje w Krakowskim Centrum Terapii Uzależnień