TOMASZ ZARĘBA [1]

RELACJA OSOBOWA MIŁOŚCI W PROCESIE TERAPEUTYCZNYM OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU [2]

1. Człowiek jako byt osobowy i jego relacje. 2. Dobrostan i zdrowie psychiczne. 3. Analiza funkcjonowania osoby uzależnionej od alkoholu w procesie terapii humanistycznej (pozytywnej). 4. Studium przypadku. 5. Zakończenie i wnioski.

Abstrakt

W niniejszej pracy przedstawiono analizę relacji osobowej miłości, jako jednej z kluczowych kategorii opisujących funkcjonowanie człowieka w wymiarze psychologicznym, filozoficznym i społecznym. Rozważania skupiono na tym, w jaki sposób kategoria ta wpływa na przebieg i skuteczność terapii osób uzależnionych od alkoholu. Praca podzielona została na cztery rozdziały, w tym dwa o charakterze teoretycznym, jeden metodologiczny oraz jeden empiryczny. Wybrano taki temat, ponieważ problematyka relacji międzyludzkich, a szczególnie relacji opartych na miłości, od lat znajduje się w centrum zainteresowania filozofii, nauk społecznych oraz nauk klinicznych. Analiza relacji miłości pozwala uchwycić głębokie potrzeby psychiczne człowieka, mechanizmy jego zranień oraz czynniki sprzyjające zdrowieniu. Osoby uzależnione od alkoholu

[1] Mgr psychologii, Collegium Verum w Warszawie, e–mai: tzareba76@gmail.com

[2] Artykuł powstał na podstawie pracy magisterskiej pt. *Relacja osobowa miłości w procesie terapeutycznym osób uzależnionych od alkoholu. Studium przypadku*, obronionej na Psychologii Collegium Verum i nagrodzonej Nagrodą im. Mieczysława Gogacza (UKSW, Naukowe Towarzystwo Tomistyczne). Promotor: dr hab. Mikołaj Krasnodębski.

stanowią grupę, u której deficyty relacyjne oraz doświadczenia braku miłości występują szczególnie często. W pracy uzależnienie zostało ukazane nie tylko jako problem natury psychologicznej, lecz także jako próba kompensowania fundamentalnych braków w zakresie relacji, poczucia akceptacji i własnej wartości. Oznacza to, że omówienie relacji osobowej miłości staje się kluczowe dla zrozumienia dynamiki uzależnienia oraz mechanizmów skutecznej terapii. W części badawczej przedstawiono studium przypadku pacjenta uzależnionego od alkoholu. Uzyskane wyniki wskazują, że relacja osobowej miłości, czyli taka, która rozumiana jest jako afirmacja, akceptacja, empatia, ale również autentyczna obecność terapeuty, pełniła najważniejszą rolę w budowaniu przymierza terapeutycznego, motywowaniu pacjenta do zmiany oraz wspieraniu jego rozwoju emocjonalnego. Badania potwierdziły zatem, że doświadczenie bezpiecznej i nieoceniającej relacji może stać się czynnikiem transformującym, prowadzącym do głębokiej przebudowy sposobu funkcjonowania pacjenta i trwałej zmiany w procesie leczenia uzależnienia.

Słowa kluczowe: *relacja osobowej miłości, uzależnienie od alkoholu, przymierze terapeutyczne, studium przypadku, relacja terapeutyczna*

1. Człowiek jako byt osobowy i jego relacje

W psychologii relacje międzyludzkie stanowią jeden z podstawowych obszarów analizy funkcjonowania człowieka. Badania prowadzone w tym obszarze skupiają się na relacjach społecznych oraz interpersonalnych, określanych również mianem stosunków międzyludzkich. Obejmują one względnie trwałe powiązania między osobami, oparte na komunikacji, wzajemnym oddziaływaniu i zaangażowaniu emocjonalnym. W ujęciach tych relacja jest najczęściej analizowana przez pryzmat wpływu jednej osoby na drugą, mechanizmów porozumiewania się oraz regulacji emocjonalnej, co z kolei pozwala opisywać jej funkcjonowanie na poziomie empirycznym. Podejście to jednak ujmuje relacje międzyludzkie w sposób ograniczony, koncentrując się głównie na ich zewnętrznych przejawach i procesach psychicznych. Rzadziej podejmowane jest pytanie o to, kim jest osoba w relacji oraz na jakim poziomie dokonuje się samo spotkanie ludzi. W efekcie relacyjność może być rozumiana jako narzędzie

realizacji potrzeb czy mechanizm regulacji zachowania, a nie jako rzeczywistość zakorzeniona w samej strukturze istnienia osoby.

Pojawia się zatem potrzeba pogłębionej refleksji nad człowiekiem jako podmiotem relacji, a zrozumienie relacyjności człowieka wymaga uwzględnienia nie tylko wymiaru psychicznego i społecznego, lecz także tego, co stanowi o jego tożsamości, niepowtarzalności i zdolności do świadomego odnoszenia się do siebie oraz innych. Człowiek od najdawniejszych czasów był przedmiotem namysłu filozofów, teologów, a współcześnie także socjologów i psychologów. Postrzegany jest nie tylko jako istota biologiczna, lecz również duchowa i społeczna, której istnienie wykracza poza prostą, fizyczną egzystencję. Człowiek posiada zdolność autorefleksji, a także podejmowania wyborów moralnych oraz przeżywania głębokich emocji i tworzenia relacji z innymi. W tym kontekście szczególnie istotne jest pojęcie bytu osobowego, które odnosi się do człowieka jako jednostki świadomej siebie i swoich działań, posiadającej niepowtarzalną naturę i tożsamość[3].

Byt stanowi fundament egzystencji człowieka, natomiast egzystencja oznacza sposób przeżywania życia poprzez uczestnictwo w codziennych doświadczeniach, podejmowanie decyzji oraz wchodzenie w relacje. Nie ogranicza się ona wyłącznie do biologicznego trwania, ale zakłada aktywną obecność w świecie, świadomy udział w rzeczywistości, refleksję nad sobą i otoczeniem oraz sprawcze działanie[4]. Egzystencja człowieka obejmuje zatem zarówno jego życie biologiczne, jak i duchowe oraz społeczne, w których fundamentalne miejsce zajmuje poszukiwanie sensu, podejmowanie decyzji moralnych, budowanie relacji i przeżywanie emocji. Zrozumienie człowieka jako bytu osobowego wymaga uwzględnienia zarówno jego wewnętrznej struktury (istoty), jak i zewnętrznej dynamiki jego relacji z innymi osobami i światem[5].

Ciekawą koncepcję bytu zaproponował Arystoteles, jeden z najwybitniejszych filozofów starożytności[6]. Arystoteles w swoich rozważaniach przeformułował rozumienie bytu. Byt przestał być pojmowany jako statyczna esencja, oderwana od świata materialnego, jak w ujęciu platońskim, a zaczął być rozumiany

---

[3] T. Zawojska, *Arystotelesowska koncepcja człowieka podstawą racjonalnej działalności gospodarczej*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej" 117 (2017), s. 6–8.

[4] Tamże.

[5] Tamże.

[6] M. Rosiak, *Metafizyka genezy: Arystoteles i Whitehead*, „Roczniki Filozoficzne", 3(2002)1, s. 21–23.

w całej swojej konkretności, złożoności i zmienności. Tym samym Arystoteles dostrzegał byt jako podmiot zmian oraz jako przyczynę tego, co złożone i zmienne. Zmiana nie jest dla niego procesem chaotycznym, lecz uporządkowanym przejściem od możności (potencjalności) do aktu (aktualności). Byt posiada zatem zdolność rozwijania swoich możliwości w określonym kierunku, zgodnie z właściwą mu rozumną naturą [7].

W ramach metafizyki Arystoteles wyróżnia cztery przyczyny bytu: materialną (z czego coś powstaje), formalną (co nadaje bytowi jego kształt i istotę), sprawczą (co powoduje powstanie) oraz celową (ze względu na jaki cel coś istnieje). Tym samym każda zmiana w świecie staje się zrozumiała w perspektywie przyczynowości, co pozwala na całościowe wyjaśnienie procesów zachodzących w rzeczywistości. Centralnym pojęciem arystotelesowskiej metafizyki jest substancja (*ousia*), uznana za podstawowy rodzaj bytu. Substancja istnieje samoistnie i stanowi podłoże dla innych elementów, jak cechy czy przypadłości. Przypadłości to właściwości zmienne, które mogą ulegać modyfikacjom bez naruszania istoty rzeczy. Przykładowo, konkretne drzewo jest substancją, natomiast jego kolor, wysokość czy stan zdrowia to przypadłości, które mogą się zmieniać, nie pozbawiając go tożsamości jako drzewa [8].

Substancjalność stanowi wewnętrzną przyczynę bytowania, ponieważ to substancja zawiera w sobie zasadę istnienia i działania. Nie jest zatem biernym nośnikiem właściwości, lecz dynamicznym źródłem porządku i rozwoju. Wskazać zatem można, że człowiek jako substancja ma własną zasadę rozwoju, która wyznacza jego wzrost, dojrzewanie oraz dążenie do celów właściwych jego naturze. Kluczowym elementem metafizyki Arystotelesa jest rozróżnienie formy (*eidos*) i materii (*hyle*). Materia stanowi możność, czyli zdolność przyjmowania różnych form; sama w sobie nie posiada określonej, trwałej tożsamości. Forma natomiast nadaje materii strukturę, kształt, znaczenie i cel. Dzięki formie, substancja staje się czymś konkretnym i rozpoznawalnym. Oznacza to, iż forma sprawia, że byt jest tym, czym jest, a nie czymkolwiek innym [9].

---

7 A. Krawczuk, *Przyczynowość a celowość*, [w:] *Idea — Studia nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych*, red. J. Nowak, Białystok 2010, s. 141–142.

8 P. Gondek, *Złożenie z materii i formy jako podstawa pluralizmu w filozofii Arystotelesa*, „Roczniki Filozoficzne", 66(2013), s. 121.

9 Tamże.

W literaturze podkreśla się, iż czynnik formalny jest zasadniczym elementem bytowym w metafizyce Arystotelesa. Arystoteles podkreślał, że to forma wyznacza sposób bytowania i organizowania materii, a różnorodność form odpowiada pluralizmowi bytów występujących w świecie. Materia, jako czynnik zmienny i potencjalny, ujawnia się w różnych poziomach organizacji i zróżnicowanych możnościach, tym samym stanowi podstawę dla przyjmowania form [10].

Na gruncie antropologii Arystotelesa człowiek jawi się jako byt złożony z materii i formy, w którym formę stanowi dusza (*psyche*). W swoich rozważaniach filozof wyróżniał byty żyjące i nieożywione, a źródłem życia jest dusza, rozumiana jako forma organizująca materię i nadająca jej dynamizm. Arystoteles wskazał tym samym, że dusza nie jest czymś odrębnym od ciała, lecz stanowi jego formę substancjalną, wewnętrzną zasadę życia, działania i rozwoju [11].

Nad bytem rozważania prowadził również Święty Tomasz z Akwinu, który nawiązując do metafizyki Arystotelesa, dokonał jej pogłębionej reinterpretacji w duchu chrześcijańskim. W swojej filozofii akcentował fundamentalne znaczenie aktu istnienia (*actus essendi*), który odróżnia od istoty (*essentia*). Istnienie i istota stanowią dwa pryncypia konstytuujące każdy byt, a ich relacja jest kluczem do zrozumienia rzeczywistości [12]. Tomasz w swoich rozważaniach rozróżniał akt (*actus*) i możności (*potentia*), czyniąc je podstawą swojej filozofii bytu. Z jednej strony interesuje go, że coś jest (istnienie), z drugiej czym jest (istota). Akt istnienia stanowi pełną rzeczywistość bytu, kiedy możność odnosi się do istoty jako zdolności realizacji określonego sposobu bytowania. Każdy byt stworzony jest złożony z aktu i możności, co umożliwia wyjaśnienie zarówno jego struktury, jak i przyczyn istnienia [13].

Dla Tomasza szczególnym zagadnieniem była pierwsza zasada bytowości, czyli najgłębszy powód, dla którego coś istnieje. Filozof wnioskował, że akt istnienia (*esse*) jest pierwszym i podstawowym pryncypium bytu. Istota określa „to, czym coś jest", natomiast istnienie „że jest". Tylko w Bogu, który jest bytem absolutnym, istota i istnienie są tożsame, Bóg jest samym istnieniem, bytem

[10] Tamże, s. 123.

[11] M. Urbańska–Bożek, *Problem nieśmiertelności duszy ludzkiej w nauce Arystotelesa w świetle koncepcji intelektu Aleksandra z Aleksandrii*, „Studia Philosophiae Christianae", 48(2012)1, s. 159–161.

[12] Św. Tomasz z Akwinu, *O bycie i istocie*, tłum. J.M. Bocheński, „Rocznik Tomistyczny", 9(2020)1, s. 487.

[13] Tamże.

„z siebie" (*a se*), niezależnym od jakiejkolwiek przyczyny zewnętrznej [14]. Tomasz posługiwał się w tym kontekście pojęciem *quidditas*, przejętym i rozwiniętym z tradycji arystotelesowskiej. *Quidditas* oznacza „to, czym coś jest", uchwycone przez intelekt jako treść konstytuującą daną rzecz, a istota pojmowana jako *quidditas* różni się od substancji, gdyż jest jej treściowym określeniem, możliwym do ujęcia w sposób ogólny i abstrakcyjny. Może być ona odseparowana od aktu istnienia w myśli, choć w samym bycie realnym nigdy nie występuje bez niego [15].

W swojej filozofii Tomasz wyróżniał trzy istotne zasady dotyczące bytu: *ens in se* — byt istniejący „w sobie", *ens per se* — byt istniejący „dzięki sobie" (niezależnie od innych bytów jako przyczyn), oraz najwyższy byt *a se* — byt, którego istnienie nie jest uwarunkowane żadną przyczyną zewnętrzną. Dla zrozumienia człowieka jako bytu osobowego szczególnie ważne jest określenie wewnętrznych przyczyn jego istnienia. Tomasz traktuje osobę jako byt jednostkowy, złożony z aktu istnienia oraz istoty, w której występują forma i materia jako możność. Korzystał z pojęć *individuum*, *particulare* i *singulare*. *Individuum* oznacza byt jako odrębną jednostkę, posiadającą unikalną tożsamość. *Particulare* akcentuje cechy różnicujące daną jednostkę w ramach szerszej klasy bytów, z kolei *singulare* podkreśla jednorazowość, konkretną jednostkowość bytu istniejącego w określonym czasie i miejscu [16].

Rozwijając klasyczną definicję Boecjusza, Tomasz wskazuje, że osoba jest indywidualną substancją natury rozumnej. Wskazuje tym samym, że osoba nie tylko istnieje, ale ma zdolność rozumienia, refleksji i świadomego działania. W świetle tomistycznej metafizyki pojęcie człowieka odnosi się najpierw do natury wspólnej wszystkim ludziom, a dopiero w dalszej kolejności do konkretnej jednostki–osoby, która tę naturę aktualizuje w sposób niepowtarzalny. Pojęcie bytu jest najbardziej ogólne, oznacza to, że obejmuje wszystko, o czym można powiedzieć, że istnieje. Osoba jest z kolei szczególnym przypadkiem bytu, gdyż obejmuje wymiar intelektualny i wolitywny [17].

---

[14] H. Majkrzak, *Święty Tomasz z Akwinu i jego metafizyka istnienia*, „Rocznik Tomistyczny, 11/2021, s. 37–39.

[15] M. Gogacz, *Człowiek i jego relacje. Materiały do filozofii człowieka*, Warszawa, 1985, s. 221–222.

[16] Tenże, *Osoba jako byt jednostkowy*, „Studia Philosophiae Christianae", 20(1984)2, s. 223.

[17] M. Krasnodębski, *Dusza i ciało. Zagadnienia zjednoczenia duszy i ciała w wybranych tekstach Tomasza z Akwinu w filozofii tomistycznej*, Warszawa, 2004, s. 68–70.

Relacje stanowią jedno z kluczowych zagadnień metafizyki oraz filozofii człowieka. W ujęciu tomistycznym relacja to wszelkie powiązanie między bytami lub między elementami jednego bytu. Można wyróżnić relacje wewnętrzne (istotowe) oraz zewnętrzne (międzybytowe). Gogacz wskazuje, że relacje wewnętrzne zachodzą pomiędzy pryncypiami bytu, jak akt i możność, istota i istnienie i ujawniają jego strukturę, jedność oraz zależności wewnątrzbytowe [18].

W relacjach kategorialnych można wyróżnić relacje osadzone w realności i relacje myślne. Pierwsze z nich wynikają z samej struktury bytów i nie zależą wyłącznie od poznania, a relacje myślne istnieją wyłącznie w intelekcie człowieka i są wytworem jego działań poznawczych. Wśród relacji realnych wyróżnia się relacje istotowe, odnoszące się do sposobu ukształtowania istoty oraz relacje istnieniowe, które z kolei odnoszą się do obecności i oddziaływania bytu w rzeczywistości [19].

Relacje istnieniowe mogą mieć charakter jednokierunkowy lub dwukierunkowy. Relacje istnieniowe sprawcze mają zwykle charakter jednokierunkowy, gdzie jeden byt oddziałuje na drugi jako przyczyna, niekoniecznie wchodząc z nim w głęboką więź. Z kolei w przypadku relacji osobowych, które mają charakter dwukierunkowy, każda osoba jest zarówno podmiotem, jak i kresem relacji. Relacje osobowe opierają się na transcendentalnych właściwościach bytu: realności, prawdzie i dobru. W kontekście tym wyróżnia się trzy podstawowe typy relacji osobowych [20]:

a) relację opartą na realności — związaną z uznaniem istnienia drugiej osoby i jej afirmacji,
b) relację opartą na prawdzie — wyrażającą się w zaufaniu i wierze,
c) relację opartą na dobru — wyrażającą się w nadziei na trwanie relacji i wzajemne obdarowywanie się dobrem

Relacje osobowe wykraczają poza zwykłe kontakty interpersonalne rozumiane wyłącznie psychologicznie, dotykają bowiem głębszego wymiaru bycia i realizują się w takich postawach, jak miłość, wiara i nadzieja. Miłość oznacza zatem całkowite otwarcie się na drugą osobę, wiara oznacza zaufanie i przyjęcie jej prawdy, nadzieja oczekiwanie trwania tej relacji i jej rozwoju ku dobru [21].

---

[18] M. Gogacz, *Człowiek i jego relacje*, dz. cyt., s. 10.

[19] Tenże, *Elementarz metafizyki*, Warszawa 1987, s. 50.

[20] A. Andrzejuk, *Metafizyka, czyli filozofia bytu*, [w:] *Tomizm konsekwentny*, red. A. Andrzejuk, Warszawa 2022, s. 31.

[21] M. Gogacz, *Elementarz metafizyki*, dz. cyt., s. 77.

W relacjach osobowych oddziaływanie między osobami nie jest redukowalne do poznania czy decyzji, ale wynika z samego aktu istnienia. Relacje te są pierwotne wobec innych relacji, ponieważ zakorzenione są w najbardziej podstawowej warstwie bytu, czyli w istnieniu osoby [22].

W ciekawy sposób spotkanie osób opisuje Gogacz, który używa pojęcia „mowy serca". Określa ono szczególny rodzaj kontaktu, w którym osoba zwraca się ku transcendentalnym właściwościom bytu, czyli ku prawdzie, dobru oraz pięknu, a także przyjmuje je w sposób wewnętrzny. „Mowa serca" nie jest zatem prostym komunikatem werbalnym, lecz głębokim doświadczeniem obecności drugiej osoby [23].

Transcendentalna właściwość prawdy tworzy między osobami relację wiary, która w kontekście tym rozumiana jest jako zaufanie do drugiej osoby, uznanie jej prawdomówności i otwarcie na jej wewnętrzny świat. Prawda staje się tutaj przestrzenią, w której osoby wzajemnie się odsłaniają i powierzają sobie. Z kolei transcendentalna właściwość dobra buduje relację nadziei, rozumianej jako oczekiwanie, że relacja miłości i wiary będzie trwać, rozwijać się i przynosić owoce. Nadzieja zakłada trwanie w zaufaniu i miłości, pomimo trudności i zagrożeń, i otwiera osoby na wzajemne obdarowywanie się sobą [24].

Szczególną rolę w strukturze osoby odgrywa intelekt możnościowy. Jest to zdolność do poznawania, która aktualizuje się w kontakcie z treścią poznawaną. Intelekt możnościowy jest władzą poznawczą, a jego funkcjonowanie pozwala człowiekowi zarówno na poznawanie świata, jak i siebie samego. Wiąże się to z refleksją nad własnym istnieniem i relacjami [25].

Można zatem wskazać, że relacje kategorialne i osobowe stanowią podstawowe narzędzia opisu bytów i ich wzajemnych zależności, gdzie relacje osobowe są oparte na realności, prawdzie i dobru, i tworzą fundament autentycznych więzi międzyludzkich, a w nich najpełniej realizuje się spotkanie osób, zwłaszcza poprzez „mowę serca".

Na tle powyższych rozważań wyróżnia się szczególny typ relacji osobowej, czyli relację miłości. Relacja ta budowana jest na realności dwóch osób i zakłada ich współobecność, otwartość oraz wzajemne ukierunkowanie na dobro. Miłość rozumiana metafizycznie nie jest jedynie uczuciem, ale pierwotnym

[22] Tamże, s. 67.

[23] Tamże, s. 64.

[24] Tamże, s. 67–68.

[25] Tamże, s. 99.

odniesieniem osoby do osoby, aktem woli, który afirmuje istnienie drugiego człowieka i pragnie jego dobra [26].

W tradycji tomistycznej interpretacji wyróżnia się trzy zasadnicze odmiany relacji miłości [27]. Pierwsza z nich to *complacentia*, czyli miłość na najniższym poziomie, wyrażająca się w upodobaniu. W tej odmianie relacji druga osoba jest postrzegana jako dobra, zgodna z naszym sposobem bycia. Druga to *concupiscentia*, czyli miłość pożądania, w której uwaga koncentruje się na uzyskaniu dobra, najczęściej związanego z pragnieniami cielesnymi. Na tym etapie człowiek skupia się na tym, co jest dla niego źródłem przyjemności czy satysfakcji. Z kolei *dilectio* to miłość w pełnym znaczeniu, polegająca na akceptacji całej osoby. *Dilectio* wyraża się w służbie dla dobra drugiej osoby, w gotowości do ofiary i wytrwałego trwania przy niej. Miłość typu *dilectio* posiada kilka odmian [28]:

a) przyjaźń (*amicitia*), czyli forma miłości opartej na wierze i zaufaniu, w której obecność drugiej osoby jest źródłem radości, a rozstanie nie budzi lęku o utratę więzi. W tej relacji osoby wzajemnie pragną swojego dobra i wspierają się.
b) *caritas*, miłość bezinteresowna, która wyraża się w trosce o dobro drugiej osoby, bez oczekiwania wzajemności. Jest to miłość typowa dla relacji rodzicielskich czy braterskich. Charakteryzuje ją stała obecność i gotowość do przebaczenia.
c) *amor*, miłość związana z cierpieniem i tęsknotą. W takiej relacji druga osoba staje się źródłem szczęścia i wsparcia, a jej nieobecność rodzi ból. Jest to forma miłości często opisywana w kontekście relacji człowieka z Bogiem, ale może także dotyczyć głębokich więzi międzyludzkich.
d) *agape*, czyli miłość Boga do człowieka, całkowicie bezinteresowna, niemożliwa do odwzajemnienia w sposób symetryczny. Opisywana jako „czysty akt istnienia", w którym Bóg chce dobra osoby i uzdalnia ją do odpowiedzi miłością, czyniąc tę relację trwałą.

Relacje osobowe oparte na miłości angażują głębszy wymiar bytu niż inne typy relacji, co wynika z współprzebywania osób oraz ich wzajemnego otwarcia, co z kolei prowadzi do autentycznego spotkania, w którym dochodzi do zaufa-

[26] Tamże, s. 103–104.

[27] Tamże, s. 104–105.

[28] Tamże; M. Krasnodębski M., *Teoria osobowych relacji istnieniowych jako fundament rodziny w filozofii Mieczysława Gogacza*, „Rocznik Tomistyczny", 3/2014, s. 45–58.

nia, uznania godności i realności drugiej osoby. W tym kontekście wiara jest otwarciem się na drugiego człowieka, uznaniem prawdy o nim oraz gotowością do przyjęcia go takim, jakim jest [29].

Gogacz wskazuje, iż humanizm tomistyczny rozumie relacje miłości, wiary i nadziei jako fundament spotkania osób. Jest to relacja nazywana „relacją pierwotną w realności", ponieważ umożliwia prawdziwe poznanie człowieka w jego istocie, a nie tylko na poziomie zewnętrznych zachowań [30]. Miłość, w jej właściwym rozumieniu, jest darem i źródłem wolności. Nie uzależnia osoby, lecz ją zabezpiecza, chroniąc przed postawami dominacji i autorytaryzmu. Miłość typu *dilectio* jest służeniem drugiemu człowiekowi, a nie przywłaszczaniem go czy podporządkowywaniem W psychologicznym opisie relacji miłości zwraca się uwagę na znaczenie akceptacji. Człowiek potrzebuje być kochany i przyjmowany takim, jakim jest, by móc rozwijać się w zgodzie ze swoją wewnętrzną dynamiką. Terruwe i Baars, opisując podstawową czynność woli, mówią o miłości jako „porywie intelektu" ku temu, co realnie dobre. Miłość jest więc równocześnie szacunkiem, uwielbieniem i radością z istnienia ukochanej osoby [31].

Terruwe i Baars podkreślają, że człowiek, podobnie jak nie może urodzić się sam, nie potrafi sam siebie w pełni zaakceptować i pokochać bez uprzedniego doświadczenia miłości ze strony innych. Próba autokreacji bez odniesienia do drugiego człowieka może prowadzić do zafałszowanego obrazu siebie, a nawet do patologicznych form poszukiwania miłości poprzez przykładowo dążenie do władzy [32].

W literaturze przedmiotu podkreśla się również, że brak miłości, szczególnie ze strony osób znaczących, może prowadzić do głębokich zranień. Jak zauważa H. Gasiul, brak miłości jest niszczący, ponieważ pozbawia człowieka doświadczenia akceptacji i uznania jego wartości, a tym samym uniemożliwia pełny rozwój osobowy. Gasiul dodaje, że odrzucenie przez ważne osoby skutkuje często poczuciem bezwartościowości czy brakiem zaufania do siebie. To z kolei ma destruktywny wpływ na zdolność tworzenia relacji [33].

---

29 M. Gogacz, *Elementarz metafizyki*, dz. cyt., s. 104.

30 Tamże, s. 108.

31 A. Terruwe, C. Baars, *Integracja psychiczna: o nerwicach i ich leczeniu*, tłum. W. Unolt, Poznań 1989, s. 43.

32 Tamże, s. 44.

33 H. Gasiul, *Personalistyczna koncepcja osobowości. Podstawy teoretyczne. Mechanizmy rozwoju i jego zakłóceń*, Warszawa 2022, s. 143.

Relacyjność człowieka może zatem zostać odniesiona do praktyki psychoterapeutycznej, która stanowi szczególną formę relacji interpersonalnej o charakterze pomocowym. Psychoterapię skoncentrowaną na miłości rozumieć można jako sposób ujmowania procesu terapeutycznego akcentujący znaczenie empatii, akceptacji i obecności. Wówczas możliwe jest opisanie jej jako przestrzeni, w której możliwa jest zmiana zniekształconego obrazu siebie i świata w relacji z drugim człowiekiem. Miłość w tym sensie nie oznacza emocjonalnego zaangażowania terapeuty, lecz postawę trwałego uznania realności osoby pacjenta, gotowości do towarzyszenia mu w prawdzie o jego doświadczeniu, ale także ukierunkowania procesu na dobro rozumiane jako rozwój i integracja.

W procesie tym centralną rolę odgrywa terapeuta. Terapeuta jest osobą, która poprzez empatyczną obecność pomaga pacjentowi stopniowo wchodzić w kontakt z rzeczywistością taką, jaka ona jest. Warto zauważyć, iż empatia nie ogranicza się tu do rozumienia przeżyć pacjenta, lecz obejmuje zdolność pozostawania z nim w relacji wtedy, gdy ujawnia on doświadczenia szczególnie dla niego trudne. Pacjenci często wnoszą do terapii przeżycia lęku czy też wstydu, które w ich dotychczasowym doświadczeniu relacyjnym prowadziły do odrzucenia lub izolacji. W związku z tym, stabilna i akceptująca postawa terapeuty umożliwia przeżycie tych treści w nowym kontekście relacyjnym, bez konieczności ich zaprzeczania czy też ukrywania. Podczas terapii istotne jest również wspieranie pacjenta w kształtowaniu bardziej obiektywizującego, a zarazem realistycznego obrazu siebie. Wiele trudności, z jakimi zmagają się pacjenci dotyczy negatywnymi i utrwalonymi przekonaniami na temat samego siebie. Przekonania te funkcjonują w przeżyciu pacjenta jako niepodważalne fakty. Szczególną rolę pełni tutaj terapeuta, który pozostając w empatycznym kontakcie z pacjentem, pomaga mu odróżniać interpretacje od rzeczywistych doświadczeń, nazywać emocje oraz konfrontować dotychczasowe schematy myślenia z szerszą perspektywą.

Innym istotnym elementem psychoterapii skoncentrowanej na miłości jest doświadczenie bycia zaakceptowanym, co stanowi warunek możliwości akceptacji siebie. Tak rozumiany proces terapeutyczny sprzyja rozwojowi i zdrowiu psychicznemu, ponieważ wspiera integrację emocjonalną, poczucie bezpieczeństwa oraz zdolność do budowania autentycznych relacji. Oznacza to, że psychoterapia skoncentrowana na miłości pokazuje, że relacja z drugim człowiekiem może pełnić funkcję korygującą, ponieważ pomaga pacjentowi lepiej

rozumieć siebie i swoją sytuację życiową, a doświadczenie akceptacji i obecności ze strony terapeuty pozwala na pełniejszy kontakt z sobą samym i innymi.

2. Dobrostan i zdrowie psychiczne

Prowadzone do tej pory rozważania pozwalają zauważyć, że relacje osobowe, ujmowane w perspektywie metafizycznej i personalistycznej, nie pozostają bez wpływu na psychiczne funkcjonowanie człowieka. Doświadczenie miłości i akceptacji nie tylko stanowi ważny aspekt rozwoju osobowego, ale także jest warunkiem wewnętrznej równowagi i poczucia sensu. Relacje, które opierają się na zaufaniu i miłości, tworzą przestrzeń bezpieczeństwa egzystencjalnego, w której osoba może integrować swoje przeżycia, emocje i działania. Z kolei brak takich emocji powodować może nie tylko osłabienie relacji, ale także zdolności do adaptacji i samorealizacji. Refleksja nad relacjami osobowymi prowadzi zatem w sposób naturalny do zagadnienia dobrostanu, rozumianego jako całościowy stan harmonijnego funkcjonowania człowieka w wymiarze psychicznym, społecznym i egzystencjalnym.

Dobrostan oraz zdrowie psychiczne stanowią kluczowe wymiary jakości życia człowieka. Od lat są analizowane przez psychologów i socjologów, którzy próbują uchwycić zarówno ich strukturę, jak i uwarunkowania. We współczesnym podejściu coraz wyraźniej akcentuje się perspektywę pozytywną, która polega nie tylko na redukcji objawów psychopatologicznych, lecz także na promowaniu takiego sposobu funkcjonowania, który umożliwia jednostce rozkwit i pełny rozwój osobowy [34]. Znaczący wkład w rozwój tej perspektywy wniósł M. Seligman, twórca psychologii pozytywnej. W miejsce rozumienia zdrowia psychicznego jako „braku zaburzeń", proponuje on ujęcie dobrostanu jako rozkwitu (*flourishing*), ujmowanego w pięciu wymiarach: pozytywne emocje, osiągnięcia, sens i cel życia, relacje z innymi ludźmi oraz zaangażowanie (model PERMA), a każdy z tych elementów może być mierzony niezależnie, a dążenie do jednego z nich nie musi wynikać z chęci osiągnięcia innego [35].

---

[34] D. Karaś, *Pojęcia i koncepcje dobrostanu: przegląd i próba uporządkowania*, „Studia Psychologica: Theoria et Praxis" 19(2019)2, s. 20.

[35] Tamże.

W tym miejscu widoczne staje się ścisłe powiązanie pomiędzy psychologiczną kategorią dobrostanu a filozoficzną koncepcją relacji osobowych, omawianą w rozdziale pierwszym. Pozytywne emocje stanowią pierwszy wymiar dobrostanu, a ich obecność sprzyja redukcji stresu, wspiera odporność psychiczną i sprzyja lepszemu radzeniu sobie z wyzwaniami codzienności [36]. Kolejnym wymiarem są osiągnięcia, które są rozumiane jako realizacja celów adekwatnych do możliwości jednostki. Doświadczenie sukcesów wzmacnia poczucie własnej wartości i sprawczości, co ma bezpośrednie przełożenie na zdrowie psychiczne. Trzeci wymiar dobrostanu to poczucie sensu i celu. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że życie zorientowane na sens daje jednostce motywację do działania i umożliwia przetrwanie sytuacji trudnych. Sens rodzi się z powiązania własnych działań z czymś, co przekracza doraźne, indywidualne korzyści. Czwarty wymiar stanowią relacje z innymi ludźmi. Liczne badania wskazują, że silne więzi społeczne są jednym z podstawowych wyznaczników zdrowia psychicznego, a właśnie w relacjach człowiek doświadcza wsparcia, przynależności oraz bezpieczeństwa. Ostatni element modelu Seligmana to zaangażowanie. Chodzi tu o doświadczenie pełnego pochłonięcia aktywnością, która wymaga wysiłku i jednocześnie przynosi satysfakcję. W tak rozumianym zaangażowaniu jednostka wykorzystuje swoje możliwości w sposób optymalny, co sprzyja poczuciu spełnienia [37].

Ujęcie dobrostanu w perspektywie PERMA dobrze koresponduje z filozoficzną wizją człowieka jako bytu osobowego, rozumnego, wolnego, zdolnego do relacji, sensu oraz twórczego wysiłku. W aspekcie tym zdrowie psychiczne jawi się nie tylko jako brak zaburzeń, ale jako harmonijne współistnienie tych wymiarów, które pozwalają osobie na pełne aktualizowanie jej potencjałów.

W paradygmacie humanistycznym szczególne miejsce zajmuje koncepcja C. Rogersa, który przyjmuje fenomenologiczne założenie, że człowiek reaguje nie na „obiektywną" rzeczywistość, lecz na rzeczywistość przez siebie przeżywaną i interpretowaną. Rzeczywistość psychiczna jest zatem subiektywnie konstruowanym „polem doświadczenia", w ramach którego jednostka ocenia zdarzenia, nadaje im sens i na nie odpowiada. W związku z tym, to, jak osoba przeżywa świat, zależy od jej dotychczasowych doświadczeń, przekonań, uczuć i relacji [38].

[36] Tamże, s. 21.

[37] Tamże, s. 23–25.

[38] C. Rogers, *O stawaniu się osobą*, tłum. M. Harpiński, Poznań 2020, s. 52.

Rogers przyjmuje, że u podstaw natury człowieka leży pozytywna tendencja aktualizacyjna związana z dążeniem do rozwoju, samorealizacji i twórczości, pod warunkiem istnienia sprzyjających warunków środowiskowych: akceptacji, zrozumienia, autentycznych relacji i braku przymusu. Osoba dąży nie tylko do redukcji napięcia, lecz także do rozszerzania swoich możliwości, poszukiwania nowych doświadczeń, autonomii i odpowiedzialności. Gdy człowiek funkcjonuje w środowisku wspierającym, gdzie jest akceptowany i rozumiany, tendencja aktualizacyjna może rozwijać się w sposób naturalny, prowadząc do wzrostu osobowości i zdrowia psychicznego. Jeśli natomiast doświadcza odrzucenia, nadmiernej kontroli czy braku zrozumienia, proces ten ulega zahamowaniu, a u jednostki mogą pojawić się objawy cierpienia psychicznego [39].

W psychoterapii Rogersa człowiek nie jest traktowany jako „przedmiot leczenia", lecz jako podmiot, jako osoba zdolna do rozumienia własnych przeżyć, do podejmowania decyzji i współtworzenia procesu terapeutycznego. W związku z tym, terapia zakłada spotkanie dwóch osób: terapeuty i pacjenta, których współdziałanie zmierza do poprawy funkcjonowania i poszerzenia samoświadomości pacjenta [40]. Zasadniczą rolę odgrywa tutaj relacja. To ona staje się miejscem, w którym pacjent może bezpiecznie odsłaniać swoje lęki, konflikty wewnętrzne i cierpienie. Warto jednak pamiętać, że aby mogło dojść do takiego odsłonięcia, konieczne jest zaufanie, czyli poczucie, że terapeuta jest kimś, kto nie osądza, ale rozumie, nie dominuje, lecz towarzyszy.

Dla Rogersa relacja terapeutyczna jest centrum całego procesu leczenia. To ona stanowi narzędzie terapii, stanowiąc jednocześnie wartość samą w sobie. Relacja jest osobowym spotkaniem, w którym ujawnia się godność i wolność pacjenta [41].

Rogers formułuje kilka warunków koniecznych do zaistnienia relacji o charakterze terapeutycznym [42]:

— dwie osoby pozostają w kontakcie psychologicznym,
— klient znajduje się w stanie wewnętrznej niezgodności, napięcia lub lęku,
— terapeuta jest wewnętrznie spójny (kongruentny) w relacji,

---

39 Tamże, s. 60.

40 R. Kleszcz–Szczyrba, *Wybrane cechy pacjenta i terapeuty a powodzenie psychoterapii na przykładzie filmu „Buntownik z wyboru" (Good Will Hunting)*, [w:] *Psychologiczna praca z filmem*, red. M. Brol, Katowice 2016, s. 155.

41 C. Rogers, *Teoria terapii, osobowości i relacji interpersonalnych*, tłum. M. Król, Warszawa 2016, s. 63.

42 Tenże, *O stawaniu się osobą*, dz. cyt., s. 51.

— terapeuta doświadcza bezwarunkowej akceptacji klienta,
— terapeuta empatycznie rozumie wewnętrzny świat klienta,
— klient przynajmniej częściowo doświadcza akceptacji i empatycznego zrozumienia terapeuty.

Oznacza to, że relacja wymaga realnego kontaktu, obecności dwóch osób, które wchodzą w interakcję nie tylko na poziomie wymiany informacji, ale również przeżyć.

Terapeuta powinien być osobą wewnętrznie spójną, a jego słowa, postawy i emocje nie mogą pozostawać w rażącej sprzeczności. Autentyczność terapeuty jest tu szczególnie ważna, ponieważ budzi zaufanie i stanowi warunek powstania głębszej więzi. Bezwarunkowa akceptacja oznacza natomiast przyjęcie pacjenta takim, jakim jest, z jego lękiem, gniewem, wstydem, słabościami [43].

Empatia stanowi szczególny rodzaj rozumienia. Dzięki niej, terapeuta może przyjąć perspektywę pacjenta bez jej oceniania. Terapeuta niejako „wypożycza" pacjentowi swoje rozumienie, odzwierciedlając przeżycia w sposób, który pomaga pacjentowi je nazwać i uporządkować. Rogers podkreśla, że relacją terapeutyczną nie należy manipulować, dopasowując ją do stylu różnych typów osobowości, a próby sztucznego sterowania relacją niszczą jej autentyczność, a więc to, co stanowi o jej uzdrawiającej mocy. Oznacza to, że relacja ma być prawdziwa, ma być przestrzenią spotkania dwóch osób [44]. W takim spotkaniu pacjent stopniowo uczy się rozpoznawać swoje emocje, wypowiadać je i konfrontować się z niezgodnością między swym realnym doświadczeniem a zakłamanym obrazem „ja".

Kolejny reprezentant podejścia humanistycznego w rozpatrywaniu zdrowia psychicznego ludzi A. Kępiński wskazuje, że w psychiatrii samo rozpoznanie choroby i zastosowanie procedur naprawczych nie wystarcza. Źródło cierpienia nie jest czymś zupełnie zewnętrznym wobec osoby i wiąże się z jej sposobem przeżywania siebie, innych i świata. W związku z tym, nie można oddzielić choroby od człowieka chorego. Kępiński zwraca uwagę, że w klasycznym modelu medycznym pacjent łatwo staje się przedmiotem, czyli kimś, o kim się mówi, do kogo wydaje się polecenia. W przypadku zaburzeń psychicznych szczególnie silnie ujawnia się pragnienie pacjenta, by być traktowanym jak chory somatycznie, by „być przedmiotem, a nie podmiotem", co paradoksalnie utrudnia

[43] Tamże, s. 55.
[44] Tamże, s. 57.

mu przyjęcie odpowiedzialności za własny proces zdrowienia. Tymczasem skuteczna terapia wymaga właśnie podmiotowego zaangażowania pacjenta [45].

Kępiński przeciwstawia perspektywę podmiot–przedmiot perspektywie podmiot–podmiot. W tej drugiej lekarz i pacjent stają naprzeciw siebie jako dwie osoby, które wzajemnie na siebie oddziałują. Taka relacja jest bardziej wymagająca dla terapeuty, który nie może on ograniczyć się do roli eksperta, lecz musi wejść w sytuację drugiego człowieka z empatią, spontanicznością i autentycznością. Jednocześnie to właśnie relacja podmiot–podmiot stwarza przestrzeń dla autentycznej zmiany [46].

Omówić warto również wpływ relacji partnerskich i rodzinnych na proces terapeutyczny. Relacje partnerskie i rodzinne są jednym z najważniejszych kontekstów życia człowieka i mają zasadniczy wpływ na przebieg terapii. Mogą zarówno stanowić źródło wsparcia emocjonalnego i bezpieczeństwa, jak i być istotnym czynnikiem trudności, wzmacniającym objawy lub utrwalającym niekorzystne schematy funkcjonowania [47]. Prawidłowe relacje partnerskie i rodzinne, które oparte są na empatii oraz szacunku, są ważnym zasobem w procesie terapeutycznym. Osoba objęta terapią, która jednocześnie doświadcza wsparcia bliskich, łatwiej podejmuje wysiłek pracy nad sobą, a zyski terapii mają większą szansę na utrwalenie w codzienności [48].

Rodzina, jako pierwsza wspólnota życia, stanowi fundament formowania się człowieczeństwa, zarówno w wymiarze intelektualnym, jak i moralnym. To właśnie w rodzinie kształtują się podstawowe wzorce relacyjne, pierwsze doświadczenia miłości, zaufania, i szacunku dla podmiotowości innych. W tym sensie rodzina jest pierwszą szkołą miłości, a jej jakość przekłada się na późniejsze relacje, w tym na sposób, w jaki osoba wchodzi w relację terapeutyczną [49].

Relacje partnerskie i rodzinne mogą jednak również utrudniać proces terapii. Gdy pojawiają się konflikty, przemoc, chłód emocjonalny czy brak zaufania, pacjent trwa w środowisku, gdzie doświadcza chronicznego napięcia

---

45 A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Kraków 2013, s. 9–13.

46 Tamże, s. 21–24.

47 A. Szymańska, K. Dobrenko, L. Grzesiuk, *Cechy i doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii oraz skuteczność psychoterapii. Podejście strukturalne*, „Psychiatria Polska", 51(4)2016, s. 620.

48 Tamże, s. 620.

49 M. Krasnodębski, *Spór o rodzinę. Filozoficzno–cywilizacyjne fundamenty myślenia o rodzinie*, Warszawa 2019, s. 74–76.

i zagrożenia. W takich warunkach terapia musi często najpierw pomóc osobie w rozpoznaniu destrukcyjnych schematów relacyjnych, zanim możliwe stanie się wprowadzenie trwałej zmiany [50].

Podsumowując, osobowa relacja miłości odgrywa fundamentalną rolę w budowaniu przymierza terapeutycznego. Dla psychologów humanistycznych dobrostan i zdrowie psychiczne, ujmowane w perspektywie psychologii pozytywnej, wiążą się z obecnością sensu, relacji, zaangażowania i osiągnięć, ale zwłaszcza z jakościowym doświadczeniem siebie i innych. Z kolei ujęcia filozoficzne oraz antropologiczno–metafizyczne przypominają, że człowiek jest bytem osobowym, którego istotą jest rozumność, wolność i zdolność do relacji miłości. W psychoterapii osoba jest podmiotem, a nie przedmiotem leczenia. Relacja terapeutyczna musi zatem być oparta na zaufaniu i empatii, by mogła stać się przestrzenią, w której pacjent może doświadczyć osobowej afirmacji i być przyjętym takim, jaki jest.

W tym sensie psychologiczne analizy relacji interpersonalnych mogłyby zostać uzupełnione o wyraźniejsze uwzględnienie osobowego wymiaru spotkania terapeutycznego. Wówczas relacja nie byłaby rozumiana jako układ wzajemnych oddziaływań, wymiana emocjonalna czy narzędzie zmiany zachowania, lecz jako realne odniesienie osób, w którym istotne znaczenie ma uznanie istnienia i godności drugiego człowieka. W takim podejściu nacisk kładzie się na obecność terapeuty oraz na sposób, w jaki pacjent jest widziany, słyszany i przyjmowany. Dzięki włączeniu tej perspektywy możliwe jest lepsze zrozumienie, dlaczego sama poprawność interwencji nie zawsze prowadzi do zmiany, podczas gdy doświadczenie osobowej afirmacji może uruchamiać procesy rozwojowe i integracyjne. Ujęcie relacji terapeutycznej jako spotkania osób stanowi zatem istotne uzupełnienie psychologicznych koncepcji relacji interpersonalnych, poszerzając je o wymiar egzystencjalny i aksjologiczny, który pozostaje kluczowy dla zdrowia psychicznego i dobrostanu.

[50] A. Szymańska, K. Dobrenko, L. Grzesiuk, *Cechy i doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii oraz skuteczność psychoterapii*, dz. cyt., s. 77.

3. Analiza funkcjonowania osoby uzależnionej od alkoholu w procesie terapii humanistycznej (pozytywnej)

Podmiotem badania jest pacjent w wieku 35 lat, uczęszczający na terapię z powodu kompulsywnego spożywania alkoholu. Przedmiotem badań jest relacja osobowa miłości pacjenta jako istotny aspekt jego funkcjonowania emocjonalnego i społecznego w procesie terapeutycznym. Celem badania jest analiza relacji osobowej miłości jako kluczowego czynnika wpływającego na proces terapeutyczny pacjenta uzależnionego od alkoholu, ze szczególnym uwzględnieniem jej roli w motywowaniu do zmiany, przełamywaniu utrwalonych schematów relacyjnych oraz budowaniu zdolności do tworzenia głębszych, bardziej świadomych więzi.

Na potrzeby niniejszego badania sformułowano następujący cel analizy przebiegu terapii:

P1: Jak relacja osobowa miłości, która nawiązuje się między terapeutą a pacjentem, wpływa na motywację pacjenta, jego postępy w terapii i proces zdrowienia?

P2: W jaki sposób schematy relacyjne pacjenta, jego osobowość oraz wcześniejsze doświadczenia wpływają na kształtowanie się relacji miłosnej w kontekście terapii?

P3: W jaki sposób proces terapeutyczny wpływa na zdolność pacjenta do budowania głębszych, bardziej świadomych i zdrowych relacji miłosnych, zarówno w kontekście relacji z terapeutą, jak i z innymi osobami?

Udzielenie odpowiedzi na te pytania jest możliwe poprzez analizę wyników badań uzyskanych w toku studium przypadku.

W badaniu zastosowano techniki: obserwacji, wywiadu oraz analizy dokumentów. Wykorzystano dokumentację terapeutyczną, zawierającą szczegółowe notatki dotyczące przebiegu sesji, ocenę postępów pacjenta oraz jego reakcji emocjonalnych i behawioralnych. Dokumenty te stanowiły ważne źródło danych, umożliwiając pełniejsze zrozumienie kontekstu relacji pacjenta i jego zachowań.

Podstawą opracowania niniejszego opisu przypadku był materiał pochodzący z procesu psychoterapii, której celem było wsparcie pacjenta w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Spotkania terapeutyczne odbywały się w od listopada 2023 roku do września 2024 roku. Czas trwania każdej sesji wynosił jedną godzinę, co pozwalało na pogłębioną rozmowę oraz obserwację zmian w za-

chowaniu pacjenta i istotnych momentów w terapii. Spotkania odbywały się regularnie i miały na celu nie tylko rejestrację postaw pacjenta, ale także analizę zmieniającej się dynamiki jego relacji i emocji w kontekście terapii.

Podczas badania zachowano wszelkie zasady etyki badań. Pacjent wyraził dobrowolną zgodę na uczestnictwo w badaniu i zapewniono mu anonimowość. Zadbano o to, by pacjent czuł się komfortowo i bezpiecznie, co umożliwiło szczere i otwarte dzielenie się swoimi przeżyciami.

4. Studium przypadku

Pacjent — P.W.,zgłosił się do terapii z powodu trudności w budowaniu bliskich relacji oraz z powodu uzależnienia od alkoholu. Uzależnienie wpływało na jego postrzeganie siebie i świata, a także na relacje z innymi oraz ogólną jakość życia.

Alkohol był przez pacjenta wykorzystywany jako główny sposób regulacji napięcia emocjonalnego i radzenia sobie z trudnymi uczuciami, co prowadziło do pogorszenia funkcjonowania emocjonalnego, społecznego i zawodowego. W wywiadzie stwierdzono występowanie problemów alkoholowych w rodzinie pochodzenia oraz brak wcześniejszego leczenia specjalistycznego przed zgłoszeniem się do poradni. Na początku terapii pacjent zgłaszał objawy lękowe, drażliwość, zaburzenia snu oraz dolegliwości somatyczne związane z nadużywaniem alkoholu. Na podstawie wywiadu i analizy objawów sformułowano diagnozę nozologiczną: zespół uzależnienia od alkoholu (F10.2) według klasyfikacji ICD–10. Pacjent wykazywał charakterystyczne cechy uzależnienia, takie jak silna potrzeba picia, niemożność kontrolowania ilości spożywanego alkoholu, spożywanie alkoholu mimo świadomości jego szkodliwości oraz występowanie objawów abstynencyjnych.

W analizie zasobów pacjent wskazuje na szereg czynników wspierających utrzymanie abstynencji. Do zasobów zewnętrznych należą: wsparcie partnerki, która sama przeszła terapię uzależnień i dzieli się doświadczeniem; pomoc i akceptacja ze strony matki; a także stabilna sytuacja finansowa umożliwiająca remont mieszkania i planowanie wspólnej przyszłości. Stabilność finansowa daje poczucie kontroli nad życiem i sprzyja planowaniu.

Do zasobów wewnętrznych pacjenta należą: wykształcenie i zdolności intelektualne, wiedza o uzależnieniu zdobyta w terapii oraz dzięki rozmowom

z partnerką, świadomość strat poniesionych w wyniku uzależnienia, motywacja do zapewnienia opieki rodzinie oraz rozwijająca się umiejętność oceny sytuacji pod kątem zagrożeń dla trzeźwości. Pacjent buduje poczucie sprawczości w procesie utrzymywania abstynencji, co stanowi kluczowy element dalszego leczenia.

Zidentyfikowano również zagrożenia w utrzymaniu abstynencji. Należą do nich: ewentualne konflikty z partnerką lub ryzyko rozstania; poczucie odrzucenia w sytuacji, gdy uwaga partnerki koncentruje się na dziecku; niewielka liczba źródeł przyjemności niezwiązanych z używkami; środowisko zawodowe sprzyjające kulturze picia; nadmierne obciążenie pracą, prowadzące do przemęczenia oraz ryzyko sięgnięcia po inne substancje psychoaktywne w celu redukcji stresu.

W celu skutecznego utrzymania abstynencji, pacjent powinien rozwijać zdrowe mechanizmy radzenia sobie z emocjami, poszukiwać przyjemności w codziennych aktywnościach bez używek oraz dbać o równowagę między pracą a życiem osobistym.

Pacjent wychowywał się w rodzinie z ojcem uzależnionym od alkoholu, co wpłynęło na jego wzorce relacyjne. Relacje z bratem były powierzchowne; w dzieciństwie często dochodziło do kłótni, a w dorosłości ich kontakt jest ograniczony. Pacjent zauważa brak wzajemnego zainteresowania ze strony brata.

Dom rodzinny pacjent wspomina jako miejsce zapewniające podstawowe potrzeby fizjologiczne. Pacjent nigdy nie doświadczał głodu, a warunki materialne były stabilne. Jednocześnie obecność alkoholu w rodzinie znacząco wpływała na atmosferę domową. Pacjent odczuwał strach wobec ojca, szczególnie gdy ten wracał do domu pod wpływem alkoholu. Rodzice często się kłócili, głównie z powodu alkoholowych incydentów ojca. Pomimo napiętej atmosfery, matka starała się zapewnić synowi poczucie bezpieczeństwa i wsparcia, co pozwala pacjentowi dziś opisywać dom jako zasadniczo bezpieczne miejsce.

Relacje rodzinne ukształtowały wiele mechanizmów emocjonalnych pacjenta. Surowość ojca, brak ciepła emocjonalnego i poczucie niesprawiedliwości związane z faworyzowaniem brata mogły wpłynąć na trudności w budowaniu relacji interpersonalnych w dorosłym życiu. Jednocześnie wsparcie ze strony matki stanowiło ważne źródło stabilności i bezpieczeństwa. Pacjent odczuwał jednak brak głębszych więzi rodzinnych, co mogło przełożyć się na późniejsze trudności w budowaniu bliskich relacji i radzeniu sobie z emocjami.

Pacjent od trzech lat pozostaje w niezalegalizowanym związku z J.M. W pierwszych 1,5 roku związku ich wspólne spotkania miały często charakter

towarzyski, a alkohol stanowił istotny element relacji. J.M., dostrzegając problem, zgłosiła się do poradni uzależnień i rozpoczęła leczenie, co zapoczątkowało zmiany w ich funkcjonowaniu. Wówczas spotkania przestały mieć charakter imprezowy, a para zaczęła planować wspólną przyszłość.

W maju 2022 roku para dowiedziała się o ciąży J.M., co stało się ważnym impulsem do dalszych zmian. Pacjent, po konsultacjach finansowych z bratem, rozpoczął remont odziedziczonego mieszkania rodzinnego, które miało stać się wspólnym domem. Relacje J.M. z rodziną pacjenta są zróżnicowane: z matką pacjenta łączą ją dobre, wspierające relacje, natomiast ojciec pacjenta nie akceptuje partnerki syna, co może wprowadzać napięcia. Sam pacjent utrzymuje dobre relacje z rodzicami partnerki, czując się akceptowany i życzliwie przyjmowany.

Za namową J.M. oraz pod wpływem informacji o jej ciąży P.W., podjął decyzję o rozpoczęciu leczenia w poradni uzależnień. Ten krok wpłynął pozytywnie na jego życie oraz relację z partnerką, umacniając ich wspólne plany.

W zakresie funkcjonowania społecznego pacjent w dzieciństwie bawił się z rówieśnikami, jednak w szkole podstawowej zaczął odczuwać trudności w budowaniu trwałych relacji społecznych. Wskazuje, że trzymał się raczej na uboczu, a kontakty z kolegami miały charakter powierzchowny i kończyły się wraz z zakończeniem zajęć szkolnych. Nie nawiązał w tym czasie głębszych relacji przyjacielskich, co wpłynęło na jego poczucie samotności.

W gimnazjum i szkole średniej sytuacja uległa zmianie wraz z pojawieniem się alkoholu w życiu społecznym pacjenta. Alkohol ułatwiał przełamywanie bariery nieśmiałości i zwiększał poczucie pewności siebie w kontaktach z innymi. W środowisku młodzieżowym, gdzie picie alkoholu było integralną częścią życia towarzyskiego, pacjent czuł się bardziej akceptowany i przynależący do grupy. Stopniowo picie alkoholu stało się głównym sposobem regulowania napięcia emocjonalnego i unikania trudnych uczuć. Uzależnienie zaczęło negatywnie wpływać na jego życie osobiste i zawodowe. W ostatnim okresie nadużywania alkoholu pacjent doświadczał nasilonych zaburzeń lękowych, które skłoniły go do podjęcia leczenia.

W lipcu 2023 roku rozpoczął abstynencję, a we wrześniu ukończył terapię dzienną w poradni. Zalecono terapię indywidualną, którą podjął w listopadzie 2023 roku. Sesje odbywały się raz w tygodniu i trwały godzinę. Motywację do leczenia wzmocniła przede wszystkim informacja o ciąży partnerki oraz perspektywa wspólnego zamieszkania, a także dolegliwości zdrowotne zwią-

zane z uszkodzeniem wątroby, które pacjent łączy z nadużywaniem alkoholu. Dodatkowym czynnikiem motywującym były sugestie matki i brata, zwracających uwagę na problem nadmiernego picia.

Pacjent odczuwał codziennie silną potrzebę picia alkoholu po pracy. Alkohol był stałym elementem spotkań towarzyskich oraz imprez rodzinnych. W sytuacji braku dostępu do alkoholu stawał się drażliwy, milczący, odczuwał napięcie oraz suchość w ustach. Myśli pacjenta koncentrowały się wokół alkoholu, często planował, kiedy będzie miał możliwość spożycia kolejnej dawki. W okresach abstynencji myśli o alkoholu były dominujące i wiązały się z reakcjami somatycznymi: suchością w ustach, wzmożonym pragnieniem, potliwością, podenerwowaniem oraz drażliwością.

Pacjent podejmował próby kontrolowania ilości wypijanego alkoholu, ustalając np. limit czterech piw i 200 ml wódki smakowej. Jednak mimo założonych granic często kupował dodatkowy alkohol, nie potrafił się powstrzymać i odczuwał niedosyt. Podczas stanów abstynencyjnych doświadczał licznych objawów somatycznych i psychologicznych, takich jak drżenie rąk, kołatanie serca, problemy ze snem, lęk, niepokój, przygnębienie oraz poczucie winy. Zauważył również narastanie tolerancji konieczność zwiększania ilości spożywanego alkoholu dla uzyskania tego samego efektu.

W tym czasie pacjent stopniowo zaniedbywał inne zainteresowania i przyjemności, takie jak siłownia, jazda na rowerze, literatura. Większość jego relacji ograniczała się do osób, z którymi mógł pić alkohol. Coraz więcej czasu poświęcał na zdobywanie alkoholu, co ograniczało aktywność zawodową i społeczną. Pomimo świadomości szkodliwości picia, kontynuował spożywanie alkoholu. Dwukrotnie był badany w pracy alkomatem, a dodatni wynik skutkował rozmową dyscyplinującą oraz ostatecznie utratą pracy. Mimo złego samopoczucia związanego z kacem, zdarzało mu się prowadzić samochód, co narażało jego i innych na niebezpieczeństwo.

Uzależnienie pacjenta w dużym stopniu pogorszyło jego relacje z partnerką oraz rodzicami. Pojawił się wyraźny dystans emocjonalny wobec bliskich. Uzależnienie od alkoholu oddziaływało zatem nie tylko na relację pacjenta z samym sobą, ale także z rodziną pierwotną i wtórną.

Bezpośrednią przyczyną rozwoju uzależnienia w przypadku pacjenta były trudności w budowaniu relacji w rodzinie, zwłaszcza z ojcem, oraz nierówna relacja z obojgiem rodziców. Pacjent doświadczał również trudności relacyjnych

z bratem. Do rozwoju uzależnienia przyczyniło się ogólne poczucie niższości, niezrozumienia, brak wsparcia i docenienia ze strony rodziców.

Co więcej, dorastanie w atmosferze emocjonalnego dystansu i braku wsparcia ze strony ojca utrudniało rozwój zdrowych wzorców komunikacyjnych i regulacji emocji. Konflikty i napięcia domowe sprawiały, że pacjent często tłumił swoje uczucia, a w dorosłości sięgał po alkohol jako sposób ich rozładowania. Relacja z ojcem opierała się na dystansie i niezrozumieniu, napięcia przeradzały się w konfrontacje. W dorosłym życiu pacjent nieświadomie powielał ten wzorzec, sięgając po alkohol, w celu odreagowania trudnych emocji i ucieczki od rzeczywistości.

Pacjent wcześniej nie korzystał z pomocy specjalistów w zakresie uzależnień ani z leczenia psychologicznego czy psychiatrycznego. Opisując historię rozwoju uzależnienia od alkoholu, pacjent sięga do okresu adolescencji, kiedy to miał swój pierwszy kontakt z alkoholem. Już wtedy, mając 15 lat, pacjent zauważył, że ma tak zwaną „silną głowę", co oznacza, że tolerował większe ilości alkoholu niż rówieśnicy. Alkohol pozytywnie wpływał na jego pewność siebie, redukował nieśmiałość i ułatwiał nawiązywanie relacji.

W szkole średniej picie alkoholu nasiliło się, pacjent często upijał się podczas imprez. Alkohol stał się istotnym elementem jego życia towarzyskiego. Na pierwszym roku studiów prowadził intensywne życie imprezowe, w którym alkohol odgrywał kluczową rolę; sporadycznie używał także marihuany. Nadmierne spożycie alkoholu utrudniało regularne uczestniczenie w zajęciach, co skutkowało koniecznością trzykrotnego powtarzania pierwszego roku studiów. Po około trzech latach intensywnego życia towarzyskiego pacjent ograniczył częstotliwość imprez i ilość spożywanego alkoholu, co pozwoliło mu skoncentrować się na nauce i ukończyć studia inżynierskie.

Po ukończeniu studiów podjął pracę w branży budowlanej. W tym okresie alkohol stał się stałym elementem codzienności, spożywany głównie po pracy, początkowo w gronie znajomych, a z czasem coraz częściej w samotności. Typowy schemat obejmował wypijanie czterech piw i 100–200 ml smakowej wódki. Zdarzało się, że pacjent pił ponownie wieczorem, co prowadziło do sytuacji stawienia się w pracy z alkoholem we krwi i konsekwencji zawodowych.

Choroba alkoholowa silnie oddziałuje na codzienne życie pacjenta, jego relacje, funkcjonowanie emocjonalne oraz obraz samego siebie. Regularne używanie alkoholu jako głównego sposobu radzenia sobie z emocjami i relacjami ma charakter destrukcyjny. Uzależnienie od alkoholu przyczynia się

do wzmacniania niezdrowych wzorców interpersonalnych, zwiększania konfliktów i trudności w regulacji emocji. Problemy pacjenta w relacjach społecznych wskazują na deficyty w zakresie regulacji emocji, mogące mieć źródło w braku umiejętności komunikacyjnych, niskiej samoocenie i trudnościach w radzeniu sobie ze stresem. Wobec tego alkohol pełni funkcję „leku" na te trudności, jednak jego użycie utrwala dysfunkcyjne wzorce i pogłębia problemy interpersonalne. Pod wpływem alkoholu pacjent staje się nerwowy, drażliwy, bardziej skłonny do konfliktów. Zdarzało się, że brał udział w bójkach w stanie nietrzeźwości, co dodatkowo pogłębiało trudności relacyjne. Alkohol odgrywał znaczącą rolę również w relacjach romantycznych. Pacjent przyznaje, że wcześniej odczuwał dużą nieśmiałość wobec kobiet, a alkohol pomagał mu ją przezwyciężać. Każdej jego relacji romantycznej towarzyszyło spożywanie alkoholu, co wpływało na charakter i jakość tych związków. Relacje te były nietrwałe i pełne napięć.

Prognoza pacjenta jest ściśle związana z tym, jak uzależnienie od alkoholu wpłynęło na jego funkcjonowanie emocjonalne, relacyjne i społeczne. Rokowanie zależy od zdolności do utrzymania równowagi emocjonalnej oraz rozwijania zdrowych strategii radzenia sobie. Kluczowym wyzwaniem jest praca nad regulacją emocji i rozwojem umiejętności komunikacyjnych. W przypadku skutecznego wsparcia terapeutycznego oraz zbudowania stabilnych relacji rokowania są pozytywne; nieleczone trudności emocjonalne mogą prowadzić do nawrotu choroby.

Terapia miała formę psychoterapii indywidualnej w trybie ambulatoryjnym. W pierwszym etapie przeprowadzono pogłębiony wywiad diagnostyczny, zawarto kontrakt terapeutyczny i określono cele pracy: utrzymanie abstynencji, rozpoznawanie mechanizmów nawrotu, identyfikację wyzwalaczy (zewnętrznych, emocjonalnych i poznawczych), rozwijanie zdolności regulacji emocji oraz poprawę funkcjonowania w relacjach bliskich. Równolegle prowadzono psychoedukację dotyczącą mechanizmów uzależnienia i nawrotu (m.in. model T. Gorskiego), wprowadzono narzędzia monitorowania ryzyka (HALT, zasada „24 godzin") oraz zadania pomiędzy sesjami (dzienniczek emocji, notowanie sytuacji głodu alkoholowego, lista zasobów i sygnałów ostrzegawczych). W kolejnych etapach praca koncentrowała się na analizie nawrotów i sytuacji wysokiego ryzyka, planowaniu strategii ochronnych, wzmacnianiu responsywności zamiast reaktywności, a także na interwencjach kryzysowych w momentach silnego napięcia (np. technika STOP, oddech, plan działań doraźnych i długofalowych). Istotnym elementem procesu była praca nad relacją z ojcem i utrwa-

lonym schematem krzywdy, złości i poczucia niesprawiedliwości, który nasilał napięcie i zwiększał podatność na głód alkoholowy; w tej fazie wykorzystywano m.in. mentalizację, analizę narracji oraz przeniesienia.

Specyfiką podejścia terapeutycznego była konsekwentna praca w perspektywie opartej na miłości, rozumianej jako stała, empatyczna obecność i akceptacja pacjenta także w momentach ujawniania wstydu, impulsów, myśli nawrotowych czy silnej złości. W tym ujęciu relacja terapeutyczna stała się narzędziem zmiany, gdyż pacjent doświadczył relacji, w której mógł przekazywać swoje trudne przeżycia i emocje bez oceny i odrzucenia, co osłabiało jego dotychczasowy mechanizm regulacji emocji przez alkohol. Równolegle akcentowano urealnianie obrazu siebie i świata, oddzielanie faktów od interpretacji, nazywanie stanów wewnętrznych, rozpoznawanie automatycznych myśli usprawiedliwiających picie oraz budowanie bardziej obiektywnego i mniej karzącego obrazu własnej osoby. Dzięki temu pacjent mógł rozwijać wewnętrzne poczucie sprawczości i godności, a trzeźwość zaczęła być przeżywana jako wybór dobra zarówno wobec siebie, jak i bliskich, który podtrzymuje motywację oraz stabilizuje proces zdrowienia.

W trakcie terapii pacjent wykazuje zdolność nazywania swoich emocji oraz ich wyrażania w relacji terapeutycznej. Jego zachowanie pozawerbalne (mimika, gesty) jest spójne z tym, co komunikuje werbalnie, co wskazuje na rozwiniętą samoświadomość emocjonalną i umiejętność komunikowania swoich odczuć. Jednocześnie mierzy się z emocjami, które były w dużej mierze tłumione lub niezrozumiane w przeszłości.

W trakcie badań zdefiniowano następujące kierunki oddziaływań terapeutycznych:

— rozwój umiejętności budowania zdrowych relacji międzyludzkich, opartych na szacunku, zrozumieniu i odpowiedzialności, ze szczególnym naciskiem na zdolność tworzenia więzi opartych na autentycznej trosce (*caritas*), a nie na mechanizmach unikania,
— budowanie relacji terapeutycznej, w której pacjent doświadcza empatii, akceptacji i poczucia bezpieczeństwa, stanowiącej wzorzec zdrowej więzi opartej na wzajemnym szacunku i autentycznym zaangażowaniu,
— edukację w zakresie miłości jako dojrzałej relacji międzyludzkiej, rozumianej jako proces wymagający zaangażowania, szacunku i gotowości do wzajemnego wspierania się, a nie tylko jako źródło chwilowego komfortu emocjonalnego.

W terapii założono, że będzie opierała się ona na omówionej wcześniej zasadzie *dilectio*. *Dilectio*, czyli miłość rozumiana jako wybór dobra dla drugiej osoby, oparta na prawdzie, akceptacji i otwartości, nie jest wyłącznie emocją, lecz siłą zdolną kształtować postawy i decyzje pacjenta, prowadząc go ku trwałej abstynencji. *Dilectio*, jako miłość osobowa, wnosi w życie pacjenta relacje oparte na szczerości, wzajemnym zaufaniu i akceptacji. Osoba uzależniona często doświadcza wstydu, poczucia winy i odrzucenia, co utrudnia proces zdrowienia. Doświadczenie bezwarunkowej akceptacji w relacji z partnerką, terapeutą czy bliskimi może stać się fundamentem motywacji do dalszej pracy nad sobą.

Dilectio pełni funkcję motywującą. Pacjent, który doświadcza prawdziwej relacji miłości i wsparcia, zaczyna wierzyć, że jest zdolny do zmiany. Wzajemne oddziaływanie prawdy i dobra sprawia, że odkrywa on sens w relacjach i w samym sobie. W efekcie nie tylko dąży do abstynencji, ale dostrzega w niej wartość i szansę na nowe życie.

W analizowanym procesie terapeutycznym droga *dilectio* realizowała się stopniowo, poprzez doświadczenie relacji opartej na akceptacji, prawdzie i odpowiedzialności. Pacjent, który wcześniej regulował napięcie emocjonalne poprzez alkohol, uczył się w relacji terapeutycznej pozostawania w kontakcie z trudnymi uczuciami, bez konieczności unikania ich czy sięgania po alkohol, w celu regulacji negatywnych odczuć. Doświadczenie bycia przyjętym także w momentach słabości sprzyjało urealnianiu obrazu siebie oraz budowaniu wewnętrznego poczucia wartości, niezależnego od przeszłych porażek. W praktyce *dilectio* wyrażała się w podejmowaniu odpowiedzialnych decyzji. Mowa tu zwłaszcza o zdolności do powstrzymywania impulsu sięgania po alkohol w sytuacjach nasilonego napięcia, korzystaniu ze wsparcia interpersonalnego zamiast wycofania i izolacji, wyznaczaniu jasnych granic w relacjach oraz podejmowaniu działań sprzyjających utrzymaniu trzeźwości. Wobec tego, abstynencja przestała być jedynie reakcją na lęk przed konsekwencjami, a zaczęła być postrzegana jako świadomy wybór pacjenta. Ważnym krokiem wdrażania oddziaływań było stworzenie przestrzeni terapeutycznej, w której pacjent mógł poczuć się bezpiecznie, wolny od lęku przed oceną. Relacja terapeutyczna miała kluczowe znaczenie dla budowania motywacji pacjenta do zdrowienia. W pracy terapeutycznej koncentrowano się na zatrzymywaniu pacjenta w bezpośrednim kontakcie z aktualnym doświadczeniem emocjonalnym, szczególnie w trudnych momentach, gdy odczuwał złość i napięcia. Podczas sesji pacjent był zachęcany

do spowolnienia narracji, nazywania odczuwanych emocji, oddzielania faktów od automatycznych ocen i przekonań. Charakterystycznym elementem pracy było otwarte przyjmowanie przez terapeutę myśli nawrotowych i wahań pacjenta bez ich oceniania, przy jednoczesnym pomaganiu mu w dostrzeganiu konsekwencji własnych decyzji. Dzięki temu, pacjent przejmował odpowiedzialność za własne wybory oraz zmniejszał tendencję do unikania trudnych tematów i zaprzeczania problemom.

Oddziaływania były wprowadzane stopniowo, począwszy od budowania zaufania, co miało na celu zwiększenie gotowości pacjenta do ujawniania swoich przeżyć. Terapeuta wspierał go w przełamywaniu schematów unikania bliskości oraz rozwijaniu zdolności do budowania relacji w sposób świadomy i odpowiedzialny.

Pacjent przejawiał utrwalone schematy unikania bliskości, ukształtowane w relacji z ojcem i podtrzymywane w dorosłym życiu. W pracy terapeutycznej schematy te były podejmowane poprzez systematyczne pozostawanie pacjenta w relacji, w której mógł doświadczać akceptacji mimo ujawniania lęku, złości i ambiwalencji wobec bliskości. Charakterystycznym elementem podejścia było łączenie empatycznej obecności z urealnianiem relacji. Wówczas pacjent uczył się rozpoznawać momenty wycofania, nazywać je w trakcie sesji i świadomie wybierać pozostanie w kontakcie zamiast automatycznego unikania.

W terapii szczególnie istotna była praca nad budowaniem zaufania, zarówno w relacji terapeutycznej, jak i w relacjach osobistych pacjenta. Zaufanie pełni kluczową rolę w leczeniu uzależnień, ponieważ umożliwia otwartą komunikację, autentyczne dzielenie się doświadczeniami oraz stopniowe przełamywanie mechanizmów obronnych. Relacje osobowe, zwłaszcza oparte na miłości (*dilectio*) i bliskości emocjonalnej, odgrywają ważną rolę w procesie terapeutycznym. Poziom zaufania rozwijany przez pacjenta w relacji z terapeutą może przekładać się na jakość zaufania w relacji z partnerką. Wspólna praca nad otwartością, autentycznością i poczuciem bezpieczeństwa w relacji terapeutycznej tworzy wzorzec budowania zdrowych więzi w życiu prywatnym.

Pacjent uczestniczył w cotygodniowych sesjach terapeutycznych, podczas których pracował nad umiejętnościami radzenia sobie z trudnymi emocjami. Miłość i wsparcie ze strony partnerki stanowiły istotny zasób w procesie zdrowienia. Partnerka, posiadająca własne doświadczenie terapii uzależnienia, dzieliła się z pacjentem swoimi przeżyciami, co umożliwiało mu lepsze zrozumienie mechanizmów uzależnienia i emocjonalnych konsekwencji picia.

Relacja z partnerką sprzyjała przełamywaniu destrukcyjnych schematów relacyjnych, zdominowanych wcześniej przez lęk, zazdrość i poczucie odrzucenia. Jednocześnie stanowiła także obszar zagrożenia, gdyż silne emocje, takie jak frustracja, zazdrość i lęk przed byciem odsuniętym na dalszy plan po narodzinach dziecka, mogły prowadzić do napięć i konfliktów, a w konsekwencji zwiększać ryzyko nawrotu.

Dynamika relacji partnerskiej ukazywała więc, że miłość i bliskość mogą być zarówno motorem napędowym dla terapii, jak i obszarem wymagającym szczególnej troski w kontekście utrzymania abstynencji. W procesie terapeutycznym szczególne znaczenie miało stworzenie bezpiecznej przestrzeni do otwartego dzielenia się emocjami, obawami i doświadczeniami. Stopniowo pacjent zaczął zauważać, że wzrost zaufania wobec terapeuty przekłada się na większą otwartość i zaufanie w relacji partnerskiej.

Kluczowym czynnikiem w procesie terapeutycznym była relacja terapeutyczna oparta na empatii, zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa. Umożliwiła ona pacjentowi otwarte dzielenie się przeżyciami, lękami i trudnościami, co wcześniej było dla niego bardzo trudne. Pacjent poczuł się zrozumiany i wspierany, dzięki czemu zaczął konfrontować się ze swoimi ograniczeniami oraz podejmować trudne decyzje związane z wychodzeniem z uzależnienia.

Terapia miała na celu przełamanie nieadaptacyjnych schematów relacyjnych pacjenta, kształtujących jego sposób budowania bliskości i reagowania na trudności emocjonalne. Już od dzieciństwa doświadczał on problemów w relacji z ojcem, co wpływało na jego poczucie wartości i trudności w budowaniu zaufania wobec innych. Schematy te silnie oddziaływały na relacje miłosne. W trakcie terapii kluczowa była nauka świadomego rozpoznawania schematów o destrukcyjnym wpływie na relacje oraz rozwijanie nowych sposobów budowania więzi, co objawiało się bardziej otwartą i autentyczną komunikacją z partnerką.

Terapia umożliwiła pacjentowi zrozumienie mechanizmów, które wcześniej prowadziły do unikania bliskości i komunikacji. Uczył się budowania zaufania w relacji terapeutycznej, a nabywane umiejętności przenosił na relacje osobiste.

W efekcie oddziaływań terapeutycznych pacjent osiągnął znaczną poprawę w zakresie samoświadomości emocjonalnej, budowania więzi oraz radzenia sobie z trudnymi sytuacjami bez uciekania w alkohol. Relacja miłosna, początkowo stanowiąca wyzwanie, przekształciła się w bardziej wspierającą i autentyczną, co miało istotny wpływ na dalsze zdrowienie.

Osobowość pacjenta oraz jego schematy relacyjne wywodzące się z trudnych relacji z ojcem wpływały na poczucie własnej wartości oraz lęk przed odrzuceniem, sprzyjając nadmiernej zależności emocjonalnej lub unikaniu bliskości. Z drugiej strony, relacja z partnerką stawała się przestrzenią większej stabilności emocjonalnej, pozwalającą na otwarcie się i zaangażowanie. Terapia umożliwiła pacjentowi bardziej świadome rozpoznawanie potrzeb emocjonalnych oraz granic, a także rozwijanie zdolności utrzymywania równowagi w relacjach.

Podsumowując, relacja miłosna pacjenta z partnerką stanowiła ważny element procesu terapeutycznego, wpływając zarówno pozytywnie, jak i negatywnie na przebieg leczenia uzależnienia. Motywacja do utrzymania abstynencji była silnie związana z pragnieniem odbudowy i utrzymania relacji. Wsparcie emocjonalne ze strony partnerki pomagało pacjentowi radzić sobie z kryzysami, a związek konfrontował go z własnymi schematami lęku przed odrzuceniem i trudnościami w wyrażaniu frustracji.

Szczególnie istotnym efektem terapii było to, że pacjent przestał traktować relację jako jedyne źródło wsparcia emocjonalnego. Pacjent nauczył się samodzielnie regulować emocje, co miało fundamentalne znaczenie dla utrzymania abstynencji.

Psychoterapia skoncentrowana na miłości, rozumianej jako postawa wyboru dobra osoby i uznania jej podmiotowości, ujawniała się w procesie terapeutycznym przede wszystkim poprzez specyficzną rolę terapeuty. Terapeuta, poprzez empatyczną obecność, nie tylko akceptował pacjenta z jego trudnymi doświadczeniami, lecz jednocześnie pomagał mu stopniowo konfrontować się z rzeczywistością taką, jaka ona jest. Obejmowało to wspólne urealnianie obrazu siebie, oddzielanie faktów od zniekształconych przekonań oraz przyjmowanie odpowiedzialności za własne decyzje bez uciekania w zaprzeczanie lub idealizację. Wskazać można, iż akceptacja pacjenta przez terapeutę nie miała charakteru bezkrytycznego, lecz sprzyjała budowaniu bardziej obiektywnego, a przez to bliższego rzeczywistości obrazu samego siebie.

Relacja terapeutyczna stawała się przestrzenią, w której pacjent mógł doświadczać akceptacji także w obliczu trudnych przeżyć, jak wstyd, poczucie winy czy bezradność. Doświadczenie bycia przyjętym w relacji terapeutycznej pozwalało mu stopniowo uczyć się mniej krytycznego podejścia do samego siebie. W rezultacie psychoterapia skoncentrowana na miłości pełniła nie tylko funkcję emocjonalnego wsparcia, lecz także pomagała pacjentowi lepiej

rozumieć siebie i swoją sytuację, a także podejmować bardziej odpowiedzialne decyzje. Reasumując, zarówno w niniejszym studium przypadku, jak i w literaturze przedmiotu podkreśla się kluczową rolę relacji osobowych oraz emocji w procesie terapeutycznym. Relacja terapeutyczna oparta na empatii, zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa jest fundamentem umożliwiającym pacjentowi otwarte dzielenie się przeżyciami i lękami. Relacje miłosne, w tym wsparcie ze strony partnera, stają się istotnym źródłem motywacji, wzmacniając proces leczenia i utrzymywania abstynencji.

5. Zakończenie i wnioski

Celem niniejszej pracy było ukazanie znaczenia relacji osobowej, a w szczególności relacji miłości w procesie psychoterapii uzależnień, z uwzględnieniem zarówno perspektywy psychologicznej, jak i antropologiczno–filozoficznej. Przedstawione rozważania teoretyczne oraz analiza studium przypadku wskazują, że relacja terapeutyczna stanowi kluczowy czynnik procesu zmiany. W tym sensie psychoterapia skoncentrowana na miłości umożliwia spojrzenie na leczenie uzależnień w sposób pogłębiony, uwzględniający osobowy wymiar funkcjonowania człowieka.

W niniejszej analizie terapii ukazano, że empatyczna obecność terapeuty i jego postawa oparta na akceptacji pacjenta, zwłaszcza w obliczu trudnych przeżyć, sprzyjała stopniowemu urealnianiu obrazu siebie oraz podejmowaniu bardziej odpowiedzialnych decyzji. Pacjent mógł doświadczać relacji, w której nie był oceniany, lecz traktowany jako osoba zdolna do zmiany. Relacja terapeutyczna pełniła funkcję korygującą nie tylko na poziomie emocjonalnym, ale także poznawczym i egzystencjalnym, co przejawiało się m.in. w zwiększeniu zdolności do regulacji emocji, budowania granic oraz utrzymania abstynencji.

Istotnym wnioskiem płynącym z niniejszego opracowania jest także użyteczność kategorii *dilectio* jako inspirującego klucza do rozumienia relacji terapeutycznej. *Dilectio*, rozumiana jako trwała postawa wyboru dobra drugiej osoby, pozwala opisać specyfikę relacji terapeutycznej jako przestrzeni, w której pacjent doświadcza akceptacji bez utraty odniesienia do prawdy o sobie i swoich zachowaniach. W praktyce terapeutycznej oznacza to jednoczesne przyjmowanie pacjenta takim, jakim jest, oraz wspieranie go w konfrontowa-

niu się z konsekwencjami własnych decyzji. Podejście to sprzyja wzmacnianiu odpowiedzialności i integracji emocjonalnej, co w przypadku terapii uzależnień ma kluczowe znaczenie dla trwałości zmiany i utrzymania abstynencji.

Wnioski płynące z niniejszej pracy wskazują, że psychologiczne analizy relacji interpersonalnych mogą zostać istotnie wzbogacone poprzez odwołanie do kategorii relacji osobowych i miłości rozumianej jako trwała postawa afirmacji dobra drugiego człowieka. Psychoterapia skoncentrowana na miłości ukazuje, że doświadczenie bycia przyjętym i uznanym w relacji terapeutycznej sprzyja nie tylko poprawie funkcjonowania emocjonalnego, ale również wzmocnienia kontaktu z samym sobą i innymi. Stanowi ona wartościową propozycję teoretyczno–praktyczną w obszarze terapii uzależnień oraz refleksji nad dobrostanem psychicznym.

Bibliografia

Andrzejuk A., *Metafizyka, czyli filozofia bytu*, [w:] *Tomizm konsekwentny*, red. A. Andrzejuk, Warszawa 2022, s. 31–45.

Św. Tomasz z Akwinu, *O bycie i istocie*, tłum. J. M. Bocheński, „Rocznik Tomistyczny" 9(2020)1, s. 485–499.

Gogacz M., *Człowiek i jego relacje. Materiały do filozofii człowieka*, Warszawa 1985.

Gogacz M., *Elementarz metafizyki*, Warszawa 1987.

Gasiul H., *Personalistyczna koncepcja osobowości. Podstawy teoretyczne. Mechanizmy rozwoju i jego zakłóceń*, Warszawa 2022.

Gondek P., *Złożenie z materii i formy jako podstawa pluralizmu w filozofii Arystotelesa*, „Roczniki Filozoficzne" 66(2013)4, s. 117–135.

Karaś D., *Pojęcia i koncepcje dobrostanu: przegląd i próba uporządkowania*, „Studia Psychologica: Theoria et Praxis" 19(2019)2, s. 5–23.

Kleszcz–Szczyrba R., *Wybrane cechy pacjenta i terapeuty a powodzenie psychoterapii na przykładzie filmu „Buntownik z wyboru" (Good Will Hunting)*, [w:] *Psychologiczna praca z filmem*, red. M. Brol, A. Skorupa, Katowice 2014, s. 151–182.

Krasnodębski M., *Dusza i ciało. Zagadnienia zjednoczenia duszy i ciała w wybranych tekstach Tomasza z Akwinu w filozofii tomistycznej*, Warszawa 2004.

Krasnodębski M., *Spór o rodzinę. Filozoficzno–cywilizacyjne fundamenty myślenia o rodzinie*, Warszawa 2019.

Krasnodębski M., *Teoria osobowych relacji istnieniowych jako fundament rodziny w filozofii Mieczysława Gogacza*, „Rocznik Tomistyczny", 3/2014, s. 45–58.

Kępiński A., *Poznanie chorego*, Kraków 2013.

Kępiński A., *Rytm życia*, Kraków 2012.

Maryniarczyk A., *Istota (bytu) w ujęciu Arystotelesa i św. Tomasza z Akwinu*, „Roczniki Filozoficzne", 18(2010)1, s. 155–173.

Rogers R., *Teoria terapii, osobowości i relacji interpersonalnych*, tłum. M. Król, Warszawa 2016.

Rogers R., *O stawaniu się osobą*, tłum. M. M. Karpiński, Poznań 2020.

Szymańska A., Dobrenko K., Grzesiuk L., *Cechy i doświadczenia pacjenta z przebiegu psychoterapii oraz skuteczność psychoterapii. Podejście strukturalne*, „Psychiatria Polska" 51(2017)4, s. 619–631.

Tatarkiewicz W., *O szczęściu*, Warszawa 2015.

Terruwe A., Baars C., *Integracja psychiczna: o nerwicach i ich leczeniu*, tłum. W. Unolt, Poznań 1989.

Zawojska T., *Arystotelesowska koncepcja człowieka podstawą racjonalnej działalności gospodarczej*, „Zeszyty Naukowe Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej" 117(2017), s. 5–18.

THE PERSONAL LOVE RELATIONSHIP WITHIN THE THERAPEUTIC PROCESS OF INDIVIDUALS WITH ALCOHOL ADDICTION

Summary

This work presents the analysis of personal love relationship as the one of the key categories that describes human functioning within the psychological, philosophical and social realm. The considerations focused on the way this category influences the course and effectiveness of therapy of individuals with alcohol addiction. This work is divide into 4 chapters, including two of theoretical nature, one methodological and one empirical. This subject was chosen because the problems of interpersonal relationship, and especially those based on love, has been the centre of interest in philosophy, the social sciences and clinical disciplines for a long time. The Analysis of love relationship enables

the recognition of deep human psychological needs, the mechanisms of their wounds and factors that enables the healing process. Individuals with alcohol addiction constitute the group in which the relational deficits and experiences the lack of love is often found. This work presents the addiction not only as a psychological problem but also as the attempt to compensate the fundamental deficiencies in relations, feeling of acceptance and self–esteem. It means that describing the personal love relationship is the key element to understand the addiction dynamics and the mechanisms of effective therapy. The research part presents the case study of patient with alcohol addiction. The findings indicate that personal love relationship defined as affirmation, acceptance, empathy but also the authentic presence of therapist played the most significant role in building the therapeutic alliance, motivating the patient to change and supporting their emotional development. The research then confirmed that the experience of a safe and n–judgmental relationship may become the transforming factor that leads to deep restructuring of the way the patient is functioning and lasting change in the process of addiction treatment.

Keywords: *personal love relationship, alcohol addiction, therapeutic alliance, case study, therapeutic relationship*