

Iwona Czuma, Ewa Cwalina

Złość w wybranych podejściach psychoterapeutycznych

Studia Psychologica nr 12 (2), 119-133

2012

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

IWONA CZUMA¹
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa
EWA CWAŁINA
Prywatna Praktyka Psychologiczna, Łódź

ZŁOŚĆ W WYBRANYCH PODEJŚCIACH PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH

Anger in selected psychotherapeutical approaches

Abstract

The purpose of this paper is to discuss the problem of anger in the context of selected psychotherapeutical approaches. Anger is a primarily adaptive emotion, indispensable to the correct functioning of a human being, providing protection and security, as well as regulating interpersonal contacts. However, it can become an unadapted emotion through association with previous traumatic experiences, thus making a healthy reaction more difficult. It is unadapted anger that often becomes the focus of psychotherapeutic work. Many approaches to unadapted anger and the multitude of aspects of this phenomenon allow to better understand a person who reacts with anger to events affecting them. They also enable the therapist to select the most adequate form of help.

Key words: anger, emotion, psychotherapeutical approach

1. O NATURZE ZŁOŚCI

Emocje są podstawową funkcją każdego człowieka. Według Rebera to między innymi „ogólna nazwa dla każdego z wielu subiektywnie doświadczanych, afektywnie naładowanych stanów, których status ontologiczny został ustanowiony poprzez zwykły konsensus” (Reber, 2000, s. 189). Emocje są ponadkulturowe, emocje pierwotne są rozpoznawane po wyrazie twarzy w różnych kulturach. Dzieci zanim nauczą się mówić już wyrażają złość ekspresją ciała i głosu. Wzorce reakcji fizjologicznej związanej ze złością są identyczne na całym świecie. W mózgu w ciele migdałowatym znajdują się centra odpowiedzialne za procesy związane ze złością. Odkrycia neuropsychologiczne wskazują, że reakcja emocjonalna na dany bodziec może się pojawić przed przetwarzaniem poznawczym (Mayne, Ambrose, 1999, s. 354). Człowiek za-

¹ Adres do korespondencji: iwonaczuma@onet.pl

tem może odczuwać złość i doświadczać reakcji związanych ze złością, nie mając ich pełnej świadomości.

Emocje, a w tym złość są niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania człowieka. Podstawową funkcją emocji jest motywowanie do działania, dzięki któremu możliwe jest adekwatne przystosowanie do środowiska. Zmiany fizjologiczne sprawiają, że nasz organizm jest w stanie optymalnie dostosować się do tego działania (Sybilski, 2007). Emocje ewolucyjnie są adaptacyjne, ponieważ umożliwiają natychmiastową reakcję w sytuacji zagrożenia. Złość jest pierwotnie zaplanowana dla naszej ochrony i bezpieczeństwa. Złość, obok strachu, to podstawowe uczucie pojawiające się w sytuacji naruszenia naszego bezpieczeństwa (DeFoore, 2004). Zagrożenie mobilizuje jednostkę do wytężonego wysiłku związanego z walką albo ucieczką. D. Goleman zauważa, że „w złości do rąk napływa krew, dzięki czemu łatwiej jest chwycić za broń albo wymierzyć cios wrogowi. Wzmaga się rytm uderzeń serca, a zwiększone wydzielanie się takich hormonów jak adrenalina powoduje przepływ energii wystarczającej do podjęcia dynamicznego działania” (Goleman 1997, s. 28).

Reakcje urazowe pojawiają się kiedy podjęcie działania nie jest możliwe, wtedy organizm ulega przeciążeniu i dezorganizacji, a reakcje fizjologiczne i emocjonalne utrzymują się długo po zniknięciu realnej sytuacji zagrożenia. W takiej sytuacji może wystąpić rozszczepienie między emocjami a wspomnieniami prowadzące do zaburzeń potraumatycznych (Herman, 2002). Z kolei trauma doznana w okresie dzieciństwa koreluje z obniżoną zdolnością do artykułowania uczuć i wysokim poziomem złości i agresji (Meares, 2000).

Na poziomie relacji międzyludzkich emocje spełniają rolę regulatora, pośredniczą w komunikacji. Emocje są „czynnikami aktywizującymi zachowania”, pozostają w interakcji zachodzącej między podmiotem a otoczeniem z uwzględnieniem relacji między różnymi sferami życia psychicznego samego podmiotu (Gasiul, 2007, s. 24). Złość jako część zdrowego narcyzmu, pozwala na regulację kontaktów interpersonalnych poprzez mobilizację do zadbania o własne prawa i potrzeby (Wiener, 1998). To dzięki emocjom możliwe jest natychmiastowe bezpośrednie przetwarzanie złożonych danych sytuacyjnych i podjęcie efektywnego działania. „Reakcje emocjonalne sygnalizują, które aspekty sytuacji są ważne, i tym samym stają się przewodnikiem w zakresie naszych potrzeb. Wskazują nam czego chcemy i pomagają określić, jakiego typu zachowania są adekwatne w danej sytuacji. Z czasem świadomość własnych emocji oraz uczenie się, jak nimi zarządzać i z nich korzystać daje poczucie stałości i pełni” (Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2009, s. 11). Taka zdolność odczuwania, regulowania i adekwatnego wykorzystania emocji jest określana jako inteligencja emocjonalna (Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2009).

Bardzo intensywne emocje mogą zdeorganizować funkcjonowanie człowieka, uniemożliwić prawidłowe przyswajanie i przetwarzanie informacji a także adekwatną reakcją (Sybilski, 2007). Emocje nieadaptacyjne pojawiają się przez skojarzenie z wcześniejszymi traumatycznymi doświadczeniami – są to wtórne reakcje emocjonalne, w których jedna reakcja emocjonalna jest zastępowana przez inną. Na przykład strach może być zastępowany przez złość, złość na siebie lub na innych. Adekwatna reakcja jest wówczas utrudniona. Mogą pojawiać się instrumentalne re-

akcje emocjonalne, które polegają na demonstrowaniu emocji w celu wywołania określonych reakcji. Może dziać się to na poziomie świadomym, jak i automatycznie, nawykowo: na przykład agresor może udawać gniew, aby przestraszyć osobę zdominowaną. Zadaniem terapii jest wydobywanie pierwotnych reakcji emocjonalnych jako przystosowawczych, prowadzących do konstruktywnych działań (Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2009).

Zaburzenia związane ze złością jak dotąd nie zostały osobno sklasyfikowane w DSM-IV-TR czy ICD-10 np. jako chroniczna złość czy agresywne zachowania, są one częścią różnych zaburzeń tj: PTSD, zaburzeń osobowości, okresowych zaburzeń eksplozywnych (*Intermittent Explosive Disorder*), zaburzeń zachowania, zaburzeń odżywiania, depresji, zaburzeń lękowych (Norcross, Kobayashi, 1999). Złość może się przejawiać w postaci krytyki, narzekania, obmawiania, sarkazmu, przekory i być próbą wymuszenia zaspokojenia żądań lub próbą zwrócenia na siebie uwagi. Może też objawiać się w postaci wrogości, przemocy słownej i fizycznej – służyć przejęciu kontroli, poczuciu władzy i wyższości. Może też przejawiać się jako wściekłość, którą charakteryzuje to, że osoba nie jest w stanie kontrolować swoich zachowań (Fauteux, 2010).

Dysfunkcyjność sfery emocji może polegać na niechęci do przeżywania emocji i unikaniu ich (brak przystosowawczych informacji), ukrywaniu prawdziwych przystosowawczych reakcji emocjonalnych za innymi emocjami np. strachu czy gniewu. Przy problemach z regulacją emocji osoba może być zalewana przez bolesne emocje lub całkowicie zdystansować się i odciąć od nich. Nadmierna kontrola emocji prowadzi do zachowań kompulsyjnych, natomiast niedostateczna kontrola emocji do działań impulsywnych (Elliot, Watson, Goldman, Greenberg, 2009). S. Hayes na podstawie 100 badań wyciągnął wniosek, że wiele rodzajów zaburzeń emocjonalnych wynika z tendencji do unikania emocji i tłumienia doznań (za: Williams, Teasdale, Segal, Kabat-Zinn, 2009). Tłumienie emocji nasila zaburzenia somatyczne. Badania kobiet chorych na raka sutka potwierdzają ich większą skłonność do tłumienia gniewu i niepokoju (Lambley, 1995). Ponadto badania kobiet z nowotworem po leczeniu medycznym wykazały, że „kobiety, które radziły sobie wyrażając emocje, mniej cierpiały psychicznie i ich stan fizyczny i stan energii były lepsze (...), ekspresywne radzenie sobie działa jak narzędzie ożywiające aktywne radzenie sobie i duch walki” (Moorey, Greer, 2007, s. 76). Można przyjąć, że to H. Selye dał podwaliny pod współczesną psychoonkologię, badając wpływ stresu na fizjologię organizmu (Selye, 1963). Nasze myśli, przekonania, nasz sposób postrzegania wydarzeń życiowych, poprzez emocje oddziałuje na układ hormonalny i immunologiczny, wpływając w ten sposób na nasz stan zdrowia (Simonton, Matthews-Simonton, Creighton, 2006). Specyficzne relacje między stanami emocjonalnymi a ich fizycznymi przejawami widoczne są m.in. w postawie człowieka, ruchliwości, mimice. Stałe napięcie pociąga za sobą określone emocje (Skłodowska, 1996). W ciągu dwóch godzin po napadzie gniewu prawdopodobieństwo zawału jest dwukrotnie większe niż w sytuacji, kiedy osoba jest spokojna. Najczęściej zawałem kończy się gniew wywołany przez kłótnie rodzinne, konflikty w miejscu pracy oraz kłopoty natury prawnej. W zwalczaniu gniewu i zmniejszaniu jego fizycznych skutków może być pomocna relaksacja (Mittleman, MacLure, Sherwo-

od i inni, 1995 za: Maximin, Stevic-Rust i White Kenyon, 2002, s. 24-25, Lazarus, Lazarus, 2003, s. 114).

2. SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE ZŁOŚCIĄ W WYBRANYCH PODEJŚCIACH PSYCHOTERAPEUTYCZNYCH

Podejście do emocji, które człowiek przeżywa, w toku rozwoju psychologii i psychoterapii było różne. Dla J.M. Charcota emocje pacjentek były jedynie symptomami do skatalogowania, a wypowiedzi „wokalizacjami”. Z. Freud i J. Breuer odkryli, że objawy hysterii ulegają złagodzeniu, jeśli traumatyczne wspomnienia oraz towarzyszące im intensywne emocje zostaną wydobyte z pokładów pamięci i ujęte w słowa (Freud, Breuer 2008, s. 20-21). Ta metoda leczenia znalazła się u podstaw nowoczesnej psychoterapii (Herman, 2002, s. 21-22). W psychoanalizie budowanie bezpiecznej i opartej na zaufaniu relacji terapeutycznej umożliwia pacjentowi wyrażanie trudnych emocji i uczuć, do tej pory blokowanych z powodu wczesnodziecięcych konfliktów z rodzicami. Przeżycie *katharsis* oraz „czynienie świadomym nieświadomego” ma stanowić korektywne doświadczenie emocjonalne zintegrowane ze świadomym funkcjonowaniem ego poprzez intelektualny wgląd w historię trudnych emocji.

Zjawisko *katharsis* jako proces terapeutycznej zmiany ma najdłuższą tradycję, bo już starożytni Grecy wierzyli, że wzbudzenie emocji jest jednym z najlepszych środków przynoszących ludziom ulgę i skłaniających ich do właściwego zachowania. Blokowanie, tłumienie emocji zgodnie z tymi założeniami będzie prowadziło do zaburzeń psychosomatycznych, a nawet choroby. Autorzy powołują się na szereg badań wskazujących, że „emocjonalne odreagowanie” jest jednym z czynników prowadzących do osiągnięcia zmiany w terapii (Prochaska, Norcross, 2006). Greenberg i Safran wskazują, że „wentylacja uczuć czy *katharsis* wydają się być efektywne jedynie, jeśli towarzyszy im przetwarzanie poznawcze (...) Uznają, że tworzenie nowego znaczenia, gdy emocje autentycznie przeżywa się, przynajmniej do nich i wyraża je, jest zasadniczym elementem terapeutycznej zmiany” (za: Moorey, Greer, 2007, s. 76) Systemy terapeutyczne uznające *katharsis* za istotę zmiany to: terapia psychoanalityczna, skoncentrowana na osobie, Gestalt, interpersonalna, implozyjna, rodzinna Satir i uwzględniająca różnice kulturowe. Również w psychodramie emocje (w tym złość) są rozładowywane poprzez *katharsis* i w ten sposób przyczyniają się nie tylko do odreagowania emocji, poczucia ulgi, ale również do uzyskania większego wglądu i zmiany (Roine, 1994). Bywa jednak, że uwalnianie złości może zwiększyć intensywność i ekspresję złości na zasadzie wzmacniania bodźców poprzez neurologiczne sprzężenie zwrotne. Katarktyczne uwalnianie złości może generować i wzmacniać negatywne myślenie i zachowanie. Z drugiej jednak strony w procesie terapeutycznym potrzebny jest pewien poziom pobudzenia emocjonalnego u pacjenta, aby wykształciły się nowe wzorce reagowania i nowe ścieżki neuronalne. Wtedy nowe wzorce reagowania mogą być zasymilowane i włączone w dotychczasowy system odpowiedzi emocjonalnej, a częste ich powtarzanie zwiększa prawdopodobieństwo ich uaktywnienia w sytuacjach pobudzenia emocjonalnego (Mayne, Ambrose, 1999). Badania pokazały, że „hydrauliczna teoria emocji” nie jest trafna, gdyż mówienie o myślach i uczuciach oraz ich ekspresja

po traumatycznym wydarzeniu nie jest korzystna, a wręcz powoduje psychologiczne szkody (Seery, Silver, Holman, Ence, Chu, 2008). Debriefing, który był stosowany dość powszechnie wśród osób po wydarzeniach traumatycznych, w depresji, problemach małżeńskich czy agresywnych zachowaniach okazał się nieskuteczny, a wręcz w niektórych wypadkach szkodliwy (Sijbrandij, Olff, Reitsma, Carlier, Gersons, 2006). Można przyjąć, że „zasadę ogólną stanowi: gdy afekt jest nadmierne modulowany, wymagane jest zaangażowanie emocjonalne i ekspresja, lecz gdy afekt jest zbyt mało modulowany potrzebne są techniki poznawcze i behawioralne”, pozwalające zapanować nad nim (Moorey, Greer, 2007, s. 77).

W podejściu zorientowanym na osobę Carla Rogersa ważnym elementem procesu terapeutycznego jest akceptacja, która pozwala pacjentowi na uświadomienie i zintegrowanie zniekształconych doświadczeń w kontekście jego rozwoju. Terapeuta poprzez odzwierciedlanie i trafną empatię stara się otwarcie wyrazić i nazwać uczucia pacjenta, co ma pomóc pacjentowi w uświadamianiu i integrowaniu tych uczuć. Poprzez akceptację terapeuty pacjent jest w stanie przyjąć negatywne uczucia i zintegrować je z własnym Ja bez zagrożenia dla poczucia własnej wartości (Rogers 2002). „Część pracy klienta polega na pozostawianiu z wyłaniającymi się emocjami – pomimo wzbudzanego przez nie lęku i mobilizacji reakcji służących obronie przed takimi zagrażającymi doznaniem” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 163). Stopniowe wyrażanie i akceptowanie swoich uczuć prowadzi człowieka do większego zaufania swoim odczuciom. Dzięki temu może to być wewnętrzną podstawą kierowania życiem zamiast ulegania zniekształceniom, aby dostosowywać się do systemów wartościowania wyuczonych w toku wychowania. Terapeuci zorientowani na osobę podkreślają prymat uczuć w poszerzaniu świadomości klienta w terapii. Terapeuci, którzy są autentyczni, wypowiadają się szczerze, odwołują się do własnych silnych odczuć wyzwalają również u klientów ekspresję emocji. Nie bez powodu w terapii zorientowanej na osobę uznaje się relację za główny czynnik powodujący zmianę (Gelso, Hayes, 2004, s. 217).

Terapie egzystencjalne stawiają na autentyczność reakcji. R. May podkreśla konieczność zwrócenia uwagi na uzdrawianie uczuć, dzięki czemu możliwy jest właściwy rozwój człowieka (May, 2011). W tym podejściu egzystencjalnym wypieranie emocji jest rozumiane jako „kłamanie-dla-siebie” w celu podtrzymania nieprawdziwego, wyidealizowanego obrazu siebie. Autentyczność jest rozwiązaniem, a ekspresja przeżywanych emocji prowadzi do prawdziwego obrazu siebie. „Wrogość może wywoływać lęk egzystencjalny i skłaniać nas do kłamstwa; mówimy wówczas sobie i innym, że nigdy się nie złościmy” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 127). Konsekwencją przyjęcia takiej postawy może być izolacja, gdyż wchodzenie w relacje interpersonalne, szczególnie te bliskie nieuchronnie prowadzi do pojawienia się emocji. „Odcięcie się od własnej agresji może również prowadzić do przygnębienia i pustki, ponieważ w ten sposób odcinamy jedno z naszych cieleśnych źródeł swojej życiowej siły” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 127). I choć intuicyjnie założenie to wydaje się słuszne, to badania empiryczne podważyły hipotezę, że depresja (kobieca) wynika z powodu tłumienia złości. Kobiety z depresją mają wyższy poziom złości niż kobiety niedepresyjne, a silne wyrażanie gniewu jest związane ze wzrostem symptomów depresji (Mayne, Ambrose, 1999).

M.R. Basco przytacza łatwość wpadania w złość jako jeden z objawów manii w postaci umiarkowanej. Złość pojawia się również w sytuacji kiedy depresja powraca po raz kolejny. Złość na fakt bycia chorym zmuszonym do zmagania się z kolejnym epizodem depresji (Basco, 2008, s. 56, 81). Egzystencjaliści zwrócili uwagę, że przyzwolenie do niekontrolowanego wyrażania złości i wrogości bywa próbą zaspokojenia potrzeby władzy: „Bywa, że człowiek wybiera wrogość, by zanegować własną skończoność; może wówczas być bogiem i decydować, kto będzie żył, a kto umrze” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 127) Niejednokrotnie taką właśnie motywację można znaleźć u seryjnych morderców, ale nie tylko. Dla przykładu w rozszerzonym samobójstwie zdradzona żona może zabić dziecko i siebie, aby ukarać męża. „Bliscy również niejednokrotnie pojmują samobójstwo jako przejaw agresji wymierzonej przeciwko sobie i często nie myślą się. W każdym bowiem samobójstwie jest pewna doza pragnienia zabicia kogoś przez własną śmierć, wymierzenia kary za obojętność, zdradę, urazy, konflikty” (Pilecka, 2004, s. 142).

W terapii Gestalt możemy znaleźć odbicie wcześniej wspomnianych podejść psychologicznych. Rozwojowym zadaniem osoby jest wyjście z neurotycznego, niedojrzałego świata poprzez uświadomienie i zrezygnowanie z fałszywych ról, nawyków i zintegrowanie odszczepionych części siebie. Wiąże się to z autentycznym wyrażaniem swoich potrzeb, emocji i pokonaniem lęku, że „jeśli staną się prawdziwie ludzcy, stracą miłość i aprobatę innych” (Mellibruda, 2009, s. 197) Kreatywne doświadczenie emocjonalne w Gestalcie to praca ze snem oraz dramatyczne rozładowanie napięcia w pracy grupowej. Duży nacisk kładziony jest na domykanie niedokończonych tematów, spraw z przeszłości. Podobnie jak w psychodramie polega to na wzbudzaniu intensywnych emocji, odkrywaniu i wyrażaniu niewyrażonej wcześniej potrzeby, co poszerza pole świadomości i prowadzi do zmiany. F. Perls jako terapeuta zorientowany na działanie unikał nadmiaru słów, a zachęcał aby pacjent aktywnie, poprzez działanie wyrażał swoje emocje np. złość poprzez krzyk, kopanie, uderzanie pięściami. Proces terapeutyczny ma doprowadzić do eksplozji uczuć, przywrócić równowagę emocjonalną i pozwolić na odkrywanie autentycznej osobowości i prawdziwej jaźni: „Opis eksplozyjnego wychodzenia z neurotycznego świata przypomina opis ekstatycznego doświadczenia *katharsis*. Potężne uwolnienie emocji gniewu, orgazmu, radości i smutku ma zapewnić głębokie poczucie pełni i człowieczeństwa” (Mellibruda, 2009, s. 193).

W analizie transakcyjnej, która patrzy na człowieka przez trzy stany ego (Dziecko, Dorosły, Rodzic) niewyrażanie złości jest interpretowane jako podporządkowanie się regułom wpojonym w toku wychowania tj. *nie złość się, nie okazuj uczuć*. Wyrażanie złości jest wtedy łamaniem tych reguł i wzbudza lęk, gdyż w przeszłości było jednoznaczne z wycofaniem *glasków* rodzica. Natomiast trudność w kontroli złości, niepohamowana jej ekspresja może być rozumiana jako funkcjonowanie w stanie Dziecka, który jest stanem impulsywnym, irracjonalnym, spontanicznym, szczególnie jeśli pozostałe dwa stany są słabo wyrażone (Paul-Cavaliere, 1996).

Praktyczne zastosowanie analizy transakcyjnej i terapii Gestalt do rozwiązywania problemów związanych ze złością prezentuje W.G. DeFoore. Uważa on, że przyczyną problemów ze złością jest jej tłumienie. Widzi złość jako konsekwencję niezaspokojonych potrzeb z dzieciństwa, często tłumioną ze względu na karzącą

lub odrzucającą postawę opiekunów wobec manifestacji złości dziecka. Z pierwotnej potrzeby kochania i bycia kochanym wynika wiele zranień, świat i rodzice nie są doskonali, wobec urazów powstaje złość. Jeśli powstrzymujemy złość, tłumimy strach i ból – blokuje to przepływ energii emocjonalnej. Upośledza to naszą zdolność doświadczania pozytywnych uczuć, w tym miłości. Powstrzymywaniu uczuć towarzyszy napięcie, irytacja, ból fizyczny. Wyładowywanie napięcia i ulga odczuwana w czasie zachowań agresywnych powoduje dobre samopoczucie na poziomie fizycznym, mimo że może pozostawać ból emocjonalny. Przyjemne odczucia kojarzone z dysfunkcyjnym, agresywnym zachowaniem mogą prowadzić do uzależnienia od takiego zachowania i cyklu przemocy (agresja, przeprosiny, narastanie frustracji i napięcia, agresja). Niestety bezpiecznym środowiskiem dla aktów agresji często bywa dom rodzinny, a wybuchy agresji wzbudzają poczucie siły i skuteczności.

Rozwiązanie W. DeFoore'a to bezpieczna ekspresja tłumionej złości oraz zdrowe jej wyrażanie. Autor proponuje dotarcie do pokładów niewyrażonej złości, ekspresywne jej wyrażenie, a następnie zatroszczenie się o swoje wewnętrzne Dziecko (to z przeszłości z niezaspokojonymi potrzebami i aktualne wewnętrzne Dziecko). Proces ten polega na wyobraźniowym ukojeniu wewnętrznego Dziecka, wyobraźniowym i symbolicznym zauważeniu i zaspokojeniu potrzeb, a w konsekwencji do pełnej integracji wewnętrznej. Zdrowe wyrażanie złości jest aktywnością zmierzającą do rozwiązania sytuacji lub zaspokojenia potrzeby. Dla przykładu osoba dała wywiad do gazety, później czyta treść która jest karykaturą jej wypowiedzi, narasta złość, zdrowym jej wyrażeniem będzie kontakt z redakcją i stanowcza prośba o zamieszczenie sprostowania i przeprosin. Niezdrowymi sposobami mogłoby być obgadywanie redakcji i dziennikarki, narzekanie, robienie z siebie ofiary, uzalanie się nad sobą, złośczenie się na siebie w kontekście: *żałuję, że zgodziłem się na ten wywiad jaki jestem głupi*. Zdrowa złość to „(...) czysta, surowa energia uczucia, skierowana w działanie nastawione na osiągnięcie pożądanego celu. Objawia się jako stanowczość, determinacja, entuzjazm, jasność, koncentracja, energia, napęd, konsekwencja, hart ducha, odwaga, męstwo, zaangażowanie, wytrwałość, odporność. Zdrowej złości zawsze towarzyszy humor i miłość, mądrość i inteligencja” (DeFoore, 2004, s. 269). Autor wskazuje, że złość jest ważnym czynnikiem zdrowego systemu granic i poczucia bezpieczeństwa. Jeśli nie wykorzystujemy konstruktywnie złości, to jesteśmy bardziej podatni na zranienia, które uniemożliwiają nam bliskość z ludźmi: „Cud prawdziwej bliskości z drugą osobą może stać się naszym doświadczeniem jedynie wtedy, gdy stworzymy głęboką bliskość z sobą samym, otwarcie i uczciwie uznając i wyrażając wszystkie nasze emocje” (DeFoore, 2004, s. 99). Poradzenie sobie ze złością można zilustrować następującym przykładem. Pewien menedżer postawiony został w okresie przed emeryturą w bardzo niekorzystnej sytuacji – został zwolniony z pracy, z niejasnych przyczyn, w jego odbiorze w sposób dla niego krzywdzący. Pracował dla firmy od początku, zawsze chwalony i doceniany a to niespodziewane zdarzenie stało się zupełnie niezrozumiałe (*Jak można tak zrobić? Tak człowieka potraktować; odchodzi, ale jak. Nie godzi się tak zachowywać w stosunku do mojej osoby. Nikogo tak nie można potraktować. Nie mogę tego tak zostawić*). Powstała złość na tę sytuację i niesprawiedli-

we zachowanie konkretnych osób reprezentujących korporację. Mógł zdusić złość i uznać ich wyższość – tak doradzali mu inni. Takie postępowanie mogłoby doprowadzić do frustracji, obniżenia poczucia własnej wartości, autoagresji lub agresji wobec innych, a w szczególności wobec bliskich osób. Mógł wreszcie dać upust swojej złości wobec osób odpowiedzialnych za niesprawiedliwość. Złość jednak stała się dla menedżera źródłem siły, mobilizacji. Postanowił wnieść do sądu powództwo przeciwko korporacji. Został wychowany w poczuciu troski i respektu dla sprawiedliwego odnoszenia się do innych osób, dlatego zwolnienie go z pracy odebrał jako zachowanie zasługujące na odpowiednią reakcję. Sytuacja zakończyła się osobistą satysfakcją i spektakularnym sukcesem, wzmacniając poczucie własnej wartości osoby i utwierdzając w potrzebie podejmowania konkretnych działań wobec wyzwań jakie niesie życie.

Terapia schematów J. Younga jest podejściem integrującym elementy terapii poznawczej, behawioralnej, relacji z obiektem i terapii Gestalt. Została stworzona na potrzeby pracy z osobami z zaburzeniami osobowości, chronicznej depresji. Między innymi stosuje się ją u osób z zaburzeniami borderline. Pacjenci ci są identyfikowani jako jedni z trudniejszych do leczenia ze względu na intensywne emocje, które pojawiają się w procesie terapeutycznym. Pacjenci z zaburzeniami borderline często dorastali w niekorzystnej atmosferze wychowawczej, uczyli się, że nie mogą okazywać prawdziwych uczuć, że za okazywanie uczuć może ich spotkać kara – liczy się tylko zdanie opiekuna. W konsekwencji brak im umiejętności asertywnego, adekwatnego sposobu wyrażania emocji (Arntz, 1994). Dorosli z osobowością z pogranicza „(...) boją się z jednej strony porzucenia, a z drugiej dominacji, oscylują między skrajnościami. Kurczowym trzymaniem się drugiej osoby i wycofaniem, totalnym poddaniem i wściekłym buntem” (Herman, 2002, s.135). Według metody aktywnego stylu schematów J. Younga jednym ze schematów występujących u tych osób jest styl rozszoszczonego/impulsywnego dziecka. Ponieważ pacjent w innych stylach często tłumi swoje potrzeby ten styl jest aktywowany, kiedy nie jest on w stanie dłużej znosić frustracji. Wtedy agresywnie i impulsywnie dąży do ekspresji emocji i zaspokojenia swoich potrzeb. W tym stylu pacjent jest wzburzony, roszczeniowy, obelżywy, próbuje manipulować, jest lekkomyślny. Pojawiają się również groźby i zachowania samobójcze. Zadaniem terapeuty jest skorzystanie ze strategii ustalania granic i nauczenie pacjenta bardziej adekwatnych sposobów radzenia sobie ze złością. W stylu karzącego rodzica pacjent kieruje zinternalizowaną złością opiekunów na siebie, co przejawia się w odrazie do siebie, nienawiści, wściekłości na siebie samego. Pacjent w tym stylu sam staje się karzącym, odrzucającym rodzicem. Nierzadko ucieka się do zachowań autodestrukcyjnych, samo-okaleczenia, fantazji samobójczych. Zadaniem terapeuty jest pomoc w odrzuceniu przekazu karzącego rodzica i budowanie szacunku do samego siebie. Autor zwraca uwagę, że terapeuta, aby uniknąć negatywnych emocji wobec pacjenta, powinien na niego patrzeć jak na wrażliwe dziecko poszukujące rodzica (Young, Klosko, Weishaar, 2003).

Szeroko omawianym problemem jest wzajemne negatywne oddziaływanie pomiędzy pacjentem z zaburzeniami borderline a personelem leczącym. Personel często doświadcza poczucia złości i frustracji w związku z brakiem skuteczności sto-

sowanych metod terapeutycznych, a także zaburzonymi zachowaniami pacjenta, które mogą być interpretowane jako celowe manipulacje czy zachowania wrogie. Uczucia i postawy zrodzone z takiej interpretacji są przenoszone na pacjentów i potwierdzają ich dysfunkcjonalne założenia, umacniają brak zaufania do personelu i prowokują wymierzenie kary. W takich okolicznościach istnieje większe ryzyko pojawienia się zachowań autoagresywnych, impulsywnych czy prób samobójczych (Swenson, Sanderson, Dulit, Linehan, 2001). Zarówno w terapii proponowanej przez J. Younga, jak i w dialektycznej terapii behawioralnej M. Linehan nowatorskie jest podejście do pacjenta, jako do szczerze potrzebującego pomocy. Takie podejście wyzwala u terapeuty prawdziwe współczucie i przekierowuje uwagę na znaczenie relacji terapeutycznej, nie generuje negatywnych emocji (Pieters, Vermote, 2002).

W terapii systemowej V. Satir koncentrowała uwagę na komunikowanie uczuć w rodzinie (Satir, 2000). Zachęcała „(...) klienta do wyrażania raczej pierwotnego uczucia doznanej krzywdy, a nie uczuć wtórnych tj. złość lub zazdrość. Uczucia wtórne jak złość mogą być dla rodziny dysfunkcyjne, podczas gdy ekspresja poczucia krzywdy niemal zawsze pomaga im w tworzeniu takich reguł dotyczących relacji, jakie zapewniają więcej wsparcia i troski” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 421).

Terapie uwzględniające różnice związane z płcią i kulturą zakładają, że zdrowa ekspresja gniewu, czy złości jest zasadniczym aspektem terapii. Celem terapeuty jest ułatwienie ekspresji uczuć, przepracowanie ich i konstruktywne wykorzystanie. „Tłumiona złość z powodu dyskryminacji i alienacji kulturowej często ujawnia się wtedy, gdy pacjenci uświadamiają sobie negatywny wpływ kultury dominującej, którą kiedyś tak wysoko cenili – na ich system przekonań i relacje interpersonalne. Ważne jest, aby klienci wywodzący się z mniejszości wyrażali tę złość i uświadamiali sobie, że jest reakcją normalną i usprawiedliwioną” (Prochaska, Norcross, 2006, s. 484).

Terapia implozywna polega na koncentrowaniu pracy na sytuacji trudnej, wywołującej silne emocje, prowokowaniu wyobrażeń intensyfikujących emocje oraz trwaniu i pełnym przeżywaniu intensywnych emocji do czasu samoistnego ich wygaśnięcia (Stampfl, Levis, 1967). Podejście to wyrosło z psychologii behawioralnej i psychoanalitycznej. Zakłada, że u źródeł psychopatologii leży unikanie (w tym też unikanie złości), więc zaburzenia najlepiej leczyć poprzez ekspozycję na cierpienie emocjonalne. Złość, jako nieakceptowane uczucie, może wywoływać lęk i reakcję unikania, rozwiązaniem terapeuty implozyjnego będzie wyobrażanie skrajnych sytuacji prowokujących złość i wytrwanie w nich, aż do momentu habituacji – redukcji lęku. To podejście dobrze sprawdza się w zaburzeniach lękowych i PTSD.

W modelu poznawczo-behawioralnym terapeuta postrzega złość jako połączony zestaw wzorców reakcji poznawczej, emocjonalnej, fizjologicznej i behawioralnej. Według takiej perspektywy wzorce te mogą być przekształcane w procesie uczenia się i warunkowania. Badania wykazały skuteczność technik behawioralnych i poznawczo-behawioralnych w leczeniu zaburzeń związanych ze złością u dorosłych. Istnieje wiele technik, które są do tego wykorzystywane: progresywna relaksacja mięśniowa, trening radzenia sobie ze złością, systematyczna desensytyzacja, trening asertywności, trening rozwiązywania problemów, restrukturyzacja

poznawcza, trening autoinstrukcji (Prochaska, Norcross, 2006). Treningi umiejętności faktycznie mogą być pomocne przy problemach związanych ze złością jeśli rozważymy hipotezę, według której tłumienie emocji w dzieciństwie doprowadza do niewykształcenia umiejętności konstruktywnej ekspresji i kontroli złości (Fau-teux, 2010). Interesująca i bardzo konkretna wydaje się być opracowana przez Alberta Ellisa w 1955 r. racjonalno-emotywna terapia behawioralna złości (REBT). Terapia ta zakłada szukanie realistycznych rozwiązań problemów, które powodują złość i równie realistycznego wcielania ich w życie (Ellis, 1997).

D.D. Burns jako reprezentant modelu poznawczo-behawioralnego wskazuje, że można spotkać dwie koncepcje radzenia sobie z gniewem. Pierwsza, to kierowanie go do wewnątrz, tłumienie, co prowadzi do wielu niekorzystnych procesów fizjologicznych i w efekcie do choroby. Druga, to wyrzucanie emocji na zewnątrz, co prowadzi do problemów interpersonalnych. Oczywiście wtedy, jeśli gniew jest wentylowany impulsywnie, poprzez zachowania agresywne czy autodestrukcyjne. Autor, rozważając obie powyższe mało satysfakcjonujące opcje, proponuje trzecią – „przestań tworzyć swoją złość”. Nawiązuje w ten sposób do koncepcji poznawczej wskazując, że to interpretacja – nadanie znaczenia sytuacji wywołuje złość. Kluczowe w tym podejściu jest odnalezienie błędów poznawczych, leżących u podłoża dysfunkcyjnych interpretacji. Autor proponuje na początek uczynić bilans zysków i strat gniewnych zachowań, aby zyskać motywację do zmiany. Następnie w chwili gniewu proponuje zapis „rozzłoszczonych” myśli i zestawianie ich z racjonalnymi „chłodnymi” myślami. W przypadku agresywnych fantazji, które według autora wzmacniają i przedłużają złość, proponuje wyobrażenia przemocy zastąpić wyobrażeniami śmiesznymi w celu zmiany zabarwienia emocjonalnego, np. zamiast wyobrażać sobie jak rozbijamy komuś nos pięścią, wyobrażamy sobie tę osobę nago, w dziecięcej pieluszcze przechadzającą się ulicami miasta. Inną techniką jest po prostu odwracanie uwagi od agresywnych wyobrażeń, np. poprzez rozmowę, obejrzenie gazety. Proponuje „precyzyjną empatię” polegającą na trudzie zrozumienia zachowania osoby, która nas zirytowała. Jeśli odrzucimy błędy poznawcze i wyjdziemy poza sztywne schematy myślenia, koncentrując się na faktach i na realnych motywach zachowań innych osób poprzez empatię, to może się okazać, że znacznie trudniej jest nadać sytuacji takie znaczenie, które będzie wywoływało w nas złość. Dla przykładu wyobraźmy sobie, że samochód zajeżdża nam drogę, możemy wściec się, jeśli założymy, że ten kierowca – „osioł” (etykietytowanie), zupełnie się z nami nie liczył i zrobił to złośliwie (generalizowanie, jasnowidzenie) lub przyjąć to neutralnie jeśli przyjmiemy, że nie wiemy dlaczego ten kierowca się tak zachował, być może nas nie zauważył, jest zmęczony lub zdenerwowany i dla własnego bezpieczeństwa zachowamy większy odstęp od tego samochodu. Istotną uwagą jest też wskazanie na źródło złości, którym często bywa niskie poczucie własnej wartości, praca nad tym obszarem może wtedy być bardzo wnosząca w problem odczuwania i kontroli złości (Burns, 1999). Badania pokazują, że osoby o wyższym i stabilnym poczuciu własnej wartości i jasnym obrazie siebie mają niższy poziom złości i wrogości, rzadziej odczuwają złość (Bond, Ruaro, Wingrove, 2006).

A.T. Beck i współpracownicy zwrócili uwagę, że pacjenci z niską tolerancją frustracji postrzegają siebie jako słabych i bezbronych. Każda przeszkoda na ich drodze do celu powoduje bezsilność. Inni, którzy nie spełnili oczekiwań czy powinności stają się odpowiedzialni (błąd atrybucji) za porażkę, ból i cierpienie. Dramatyzmu dodają sztywne mechanizmy poznawcze takie jak myślenie dychotomiczne i generalizowanie. Ktoś wtedy stwierdza: *nigdy mi się nic nie udaje, on zawsze robi mi na złość*. W konsekwencji pojawia się złość i wściekłość, wzrost ogólnego napięcia. Ukazanie „winowajcy” bywa wtedy kompensacją zranionego poczucia własnej wartości. Pacjent przestaje być bezradny i słaby kiedy może wyrządzić krzywdę innym. Powstaje poczucie władzy i mocy likwidujące poczucie bezsilności (*jestem bezradny – naprawdę mam siłę*). A. Beck zaproponował czteroetapową kontrolę złości, która polega na nauce rozpoznawania sygnałów zwiastujących złość tj.: objawy fizjologiczne (napięcie ciała, uczucie gorąca), obserwację tonu głosu (zmiana na wolny i cichy sposób mówienia, jeśli ton staje się podniesiony). Jeśli złość się nasila wskazane jest milczenie do czasu zmniejszenia napięcia lub wyjście z pomieszczenia. Osoba ma pozostawać poza sytuacją konfliktową do wygaśnięcia uczucia złości. Można wspomóc się przy tym techniką odwracania uwagi na poziomie poznawczym lub wyładowaniem fizycznym nagromadzonego napięcia poprzez aktywność fizyczną. Złość często pojawia się w sytuacji poczucia bezradności i nieadekwatności. Można spróbować prześledzić i zapoznać pacjenta z modelem jego reakcji np. *jestem bezradny – łatwo mnie zranić/kontrolować – on mnie wykorzystał – muszę się bronić – złość i agresja*. Niezbędna jest praca nad wzmocnieniem poczucia własnej wartości tak, aby nie było konieczne tworzenie swojego pozytywnego wizerunku przez wyrażanie złości (*pokazałem mu, że musi się ze mną liczyć*). Pomocny bywa również trening asertywności i trening rozwiązywania problemów wyrównujący deficyty w zakresie umiejętności społecznych czy trening odraczania gratyfikacji (Beck, Wright, Newman, Liese, 2007). Wyżej wymienione treningi warto również byłoby włączać w profilaktykę uzależnień, gdyż badania młodzieży szkół średnich wykazały, że poziom złości jest dobrym predykatorem ryzyka nadużywania środków psychoaktywnych (Nichols, Mahadeo, Bryant, Botvin, 2008).

W podejściu opartym na uważności „samym sednem procesu zdrowienia i uzdrawiającego gestem wobec samych siebie jest łagodna, życzliwa akceptacja wszystkiego, co znajdujemy pośród naszych trudności” (Williams, Teasdale, Segal, Kabat-Zinn, 2009, s. 209)

Jedną z odmian terapii opartych na uważności jest ACT – Terapia Akceptacji i Zaangażowania. Istotą tej terapii jest rozpoznawanie przyczyn złości oraz rozpoznawanie i akceptowanie gniewnych uczuć i myśli bez oddziaływania na nie. „Istotą terapii ACT jest pozwolenie sobie na odczuwanie tego, co boli, a jednocześnie takie działanie, które jest skuteczne i według własnej oceny ważne” (Eifert, McKay, Forsyth, 2008, s.18). Autorzy negują, by ekspresja uczucia złości przynosiła ulgę, czy też następowało *katharsis*, uważają oni, że ekspresja złości prowadzi do eskalowania tego uczucia i konfliktów interpersonalnych, gdzie cyklicznie powtarza się złość, upust złości, poczucie winy, przeprosiny, złość itd. Według nich dawanie upustowi złości nawet na rzeczach martwych, takich jak: materac czy

poduszka prowadzi do utrzymania wrogiej postawy i utrzymywania negatywnych emocji dłużej.

Złość może być również reakcją terapeuty na pracę z trudnym klientem. „Dla terapeuty pracującego z trudnym klientem poczucie bezradności jest czymś nieuniknionym; dotyczy to również uczucia złości, bezbronności, a czasem nawet nienawiści” (Kottler 2003, s. 143) Złość może być sygnałem, że coś dzieje się w relacji terapeutycznej; może być oznaką frustracji i bezradności terapeuty (reakcja na opór pacjenta); sygnałem do ustalenia i przestrzegania granic w relacji terapeutycznej; oznaką mechanizmu przeniesienia; reakcją na zamaskowaną złość klienta lub rezultatem moralnego sprzeciwu (Potter-Efron, Potter-Efron, 1994, s. 264-267).

Przedstawione powyżej zagadnienie doświadczania złości w wybranych podejściach psychoterapeutycznych wskazuje na wieloaspektowość tego zjawiska. Wymienione podejścia pozwalają lepiej zrozumieć człowieka reagującego złością i proponują różne techniki radzenia sobie z tym problemem. Terapeuta może pomóc osobie doświadczającej złości poprzez ograniczanie wyzwalań reakcji złości, co jest procesem dłuższym i bardziej żmudnym lub w lepszej regulacji ekspresji złości, co można osiągnąć w krótszej perspektywie czasowej terapii. W pierwszym podejściu wypracowywana jest nowa reakcja na bodźce wywołujące złość, jakkolwiek silne bodźce mogą nadal uruchamiać wcześniejsze, niekonstruktywne wzorce reagowania. Druga forma pomocy uczy klienta regulowania ekspresji złości na wszystkich płaszczyznach: fizjologicznej, poznawczej, behawioralnej i społecznej. Taki sposób działania wpływa nie tylko na zewnętrzne oznaki złości, ale również na kształtowanie wewnętrznego mechanizmu regulacji złości. Poprzez kontrolowanie myśli, pobudzenia, zachowania powstającego ze złości można kontrolować ogólny proces narastania złości. Jeżeli nie można zapobiec reakcji to przynajmniej można zmniejszyć jej intensywność i czas trwania. Relaksacja może być najprostszą formą pomocy w leczeniu zaburzeń związanych ze złością. Niezależnie jednak od podejść wielkie znaczenie przypisuje się relacji terapeutycznej podtrzymującej zaangażowanie pacjenta w leczenie, dającej poczucie satysfakcji z kontaktu i poszerzenia świadomości (Mayne, Ambrose, 1999).

BIBLIOGRAFIA

- Arntz, A. (1994). Treatment of borderline personality disorder: A challenge for cognitive – behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32(4), 419-430.
- Basco, M.R. (2008). *Zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Podręcznik pacjenta. Jak opanować wahania nastroju?* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, A.T. Wright, F.D. Newman, C.F. Liese, B. S. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bond, A.J., Ruaro, L., Wingrove, J. (2006). Reducing anger induced by ego threat: Use of vulnerability expression and influence of trait characteristics. *Personality and Individual Difference*, 40, 1087-1097.
- Brondolo, E., DiGiuseppe, R., Tafrate, R.C. (1997). Exposure – Based Treatment for Anger Problems: Focus on the Feeling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 75-98.

- Burns, D.D. (1999). *Radość życia. Terapia zaburzeń nastroju*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Currie, M. (2004). Doing Anger Differently: A Group Percussion Therapy for Angry Adolescent Boys. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54(3), 275-291.
- DeFoore, W.G. (2004). *Złość. Opanuj ją, uzdrawiaj nią, powstrzymaj ją, zanim cię zadrepczy na śmierć*. Warszawa: Dom Wydawniczy Bellona.
- Eifert, G.H., McKay, M., Forsyth, J.P. (2008). *O złości inaczej. Jak żyć pełnią życia i w zgodzie z własnymi uczuciami. ACT – Terapia Akceptacji i Zaangażowania*. Gdańsk: Wydawnictwo Anwero.
- Elliot, R., Watson, J.C., Goldman, R.N., Greenberg, L.S. (2009). *Psychoterapia skoncentrowana na emocjach. Wprowadzenie do praktyki i szkolenia psychoterapeutów*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Ellis, A. (1997). *Jak opanować złość zanim ona opanuje ciebie*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Fauteux, K. (2010). De – Escalating Angry and Violent Clients. *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 195-213.
- Freud, Z., Breuer, J. (2008). *Studia nad histerią*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Gasiul, H. (2007). *Teorie emocji i motywacji*. Warszawa: Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Gelso, Ch., J., Hayes, J.A. (2004). *Relacja terapeutyczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Herman, J.L. (2002). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kaplan, F.F. (1996). Positive images of anger In an anger management workshop. *The Arts in Psychotherapy*, 23(1), 69-75.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne* (2000). Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kottler, J.A. (2003). *Opór w psychoterapii. Jak pracować z trudnym klientem?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR* (2008). Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Lambley, P. (1995). *Psychologia raka. Jak zapobiegać, jak przeżyć*. Warszawa: Wydawnictwo Książka i Wiedza.
- Larsen, E. (2000). *Od gniewu do przebaczenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lazarus, A.A., Lazarus, C.N. (2003). *Terapia w pigułce*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Leifer, R. (1999). Buddhist Conceptualization and Treatment of Anger. *Journal Clinical Psychology*, 55(3), 339-351.
- Linn, M. SJ, Linn, D. SJ (2010). *Uzdrawianie ludzkich zranień poprzez pięć etapów przebaczenia*. Kraków: Wydawnictwo M.

- Maximin, A., Stevic-Rust, L., White Kenyon, L. (2002). *Choroby serca. Powrót do zdrowia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- May, R. (2011). *Miłość i wola*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Mayne, T.J., Ambrose T.K. (1999) Research Review on Anger In Psychotherapy. *Psychotherapy in Practice*, 55(3), 353-363.
- Meares, R. (2000). *Intimacy and Alienation: Memory, Trauma and Personal Being*. London: Routledge.
- Mellibruda, J. (2009). *Teoria i praktyka terapii gestalt*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Moorey, S., Greer, S. (2007). *Terapia poznawczo-behawioralna osób z chorobą nowotworową*. Gdynia: Alliance Press.
- Nichols, T.R., Mahadeo, M., Bryant, K., Botvin, G. J.(2008). Examining Anger as a Predictor of Drug Use Among Multiethnic Middle School Students. *Journal of School Health*, 78(9), 480-486.
- Norcross J. C., Kobayashi M. (1999). Treating Anger in Psychotherapy: Introduction and Cases. *Journal Clinical Psychology*, 55(3), 275-282.
- Paul-Cavalier, F.J.(1996). *Wizualizacja. Od obrazu do działania*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Pieters, G., Vermote, R. (2002). In-patient treatment of borderline personality disorder: convergences and divergences between a psychoanalytical and cognitive – behavioral approach. *Acta Neuropsychiatrica*, 14, 81-84.
- Pilecka, B. (2004). *Kryzys psychologiczny. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Potter-Efron, R.T., Potter-Efron, P.S. (1994). *Złość, alkoholizm i inne uzależnienia*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. (2006). *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza trans teoretyczna*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Reber, A.S. (2000). *Słownik psychologiczny*.
- Rogers, C. (2002). *Sposób bycia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Roine, E. (1994). *Psychodrama. O tym, jak grać główną rolę w swoim życiu*. Opole: Wydawnictwo Kontakt.
- Seery, M.D., Silver, R.C., Holman, E.A., Ence, W.A., & Chu, T.Q. (2008). Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: Immediate responses to 9/11 predict negative outcomes in a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 657-667.
- Selye, H. (1963). *Stres życia*. Warszawa: PZWL.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlie, r I.V.E., Gersons B.P.R. (2006). Emotional or educational debriefing after psychological trauma. *British Journal of Psychiatry*, 189, 150-155.
- Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., Creighton, J.L. (2006). *Triumf życia*. Łódź: Wydawnictwo JK.
- Skłodowski, H. (1996). Wpływ funkcji organizmu na stany emocjonalne człowieka. W: *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec*

- zagrożenia i wyzwania cywilizacyjnych współczesnego świata* (s. 147-172), Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Stampfl, T.G., Levis, D.J. (1967). Essentials of implosive therapy: a learning-theory-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(6), 496-503.
- Swenson, C.R., Sanderson, C., Dulit, R.A., Linehan, M.M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 307-324.
- Sybilski, Z. (red.) (2007). *Dezaktywizacja i aktywizacja emocji w psychoterapii*. Inowrocław: Wydawnictwo Druk – Intro S.A.
- Wiener, J. (1998). Under the Volcano: varieties of anger and their transformation. *Journal of Analytical Psychology*, 43, 493-508.
- Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., Kabat-Zinn J. (2009). Świadomą drogą przez depresję. Wolność od chronicznego cierpienia. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.