

Nr 4/2022 (Rok XXV)

ISSN 2719-9738

KWARTALNIK

TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH





W następnym numerze między innymi

- o terapii par
- uzależnienia behawioralne
- etyczne wyzwania terapeutów

WSTĘP



Ten rok obfitował w zdarzenia dużej wagi dla systemu leczenia uzależnień, merytorycznych, legislacyjnych i organizacyjnych. Mają swoje odzwierciedlenie w ostatnim tegorocznym numerze Terapii, w którym prezentujemy kilka relacji z ciekawych (choć oczywiście nie wszystkich) konferencji i projektów szkoleniowych. Wskazują, jak intensywnie rozwija się w ostatnich latach dziedzina uzależnień. Zawsze było celem naszego pisma wspomagać rozwój tych, którzy pracują na rzecz pacjentów i ich bliskich.

To, co ważne dla nas w nadchodzącym roku, to powołanie krajowej konsultant w dziedzinie psychoterapii

uzależnień (w ślad za tym, jak się należy spodziewać, konsultantów wojewódzkich). Prof. Barbara Będkowska – Korpała w otwierającej numer rozmowie informuje o swoich bieżących zadaniach.

Swoją pierwszą misję pod jej kierownictwem sprawnie zakończył zespół ekspertów powołany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. To zadanie dotyczyło stworzenia merytorycznych ram Programu szkolenia specjalizacyjnego w Dziedzinie Psychoterapii Uzależnień. Wkrótce będzie wiadomo więcej na temat dalszych losów tego programu. Na razie poddawany jest recenzjom. Specjalizacja wzbudziła wiele dyskusji. Minie zapewne jeszcze trochę czasu, zanim aktualna sytuacja w obszarze przygotowania do zawodu uprawomocni się, a sama specjalizacja stanie się ścieżką zdobywania kwalifikacji zawodowych. Program poszerza zakres merytoryczny w stosunku do dotychczasowych szkoleń, ale trudno się też dziwić. Specyfika naszych pacjentów wymaga specjalnych kompetencji. Nauka i badania odkrywają nowe obszary do terapeutycznego zagospodarowania. Uważny Czytelnik odnajdzie je w tym numerze.

O sytuacji prawnej w kontekście wyzwań etycznych naszego zawodu pisze dr Kamila Kocańda. Artykuł to pokłosie konferencji, która odbyła się

w październiku w Toruniu, a dotyczyła właśnie kwestii etycznych. O jej przebiegu pisze w numerze Elżbieta Rachowska. Uczestnicy spotkania uznali, że podejmowane kwestie prawne są na tyle istotne, że powinny znaleźć się na naszych łamach, wraz z odpowiedziami, co robić w konkretnych sytuacjach, w których problemy terapii spotykają się z prawnymi. W tym numerze prezentujemy pierwszy artykuł, w następnym zamieścimy kolejny, dotyczący już bardziej konkretnych sytuacji problematycznych.

Ponadto w numerze, jak zwykle, „nasze doświadczenia”, relacje, a wśród nich rzadko podejmowany temat redukcji szkód. Karolina Załęga wskazuje w swoim artykule, że w tej kwestii mamy sporo do nadrobienia w stosunku do krajów Zachodu.

Zwracam też uwagę na tekst o terapeutycznych funkcjach teatru. To o pracy z młodzieżą. Monika Kisła opisuje swoje doświadczenia w tworzeniu przestrzeni do zmiany. Pod rozwagę profilaktyków i terapeutów, że zmiana na scenie, w teatralnej grupie czy w grupie terapeutycznej, zawsze odbywa się między ludźmi, a zaczyna się od akceptacji.

Zapraszam do lektury.

Redaktor Naczelny

SPIS TREŚCI

- str. 5** Nadchodzą bardzo ważne zmiany – rozmowa z **PROF. BARBARĄ BĘDKOWSKĄ-KORPAŁĄ**, Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Uzależnień
- str. 8** Prawne aspekty wyzwań etycznych terapeuty uzależnień – część I – **KAMILA KOCAŃDA**
Dokonana na poziomie specjalizacji w ochronie zdrowia regulacja zawodu terapeuty uzależnień nie ujednoliciła sposobu jego wykonywania przez osoby reprezentujące różne zawody podstawowe, wskutek czego normy deontologiczne mogą odgrywać w tym zawodzie rolę zastępczą względem niewystarczających regulacji prawnych
- str. 12** „Terapia wyjazdowa” pacjentów z syndromem DDA – **RAJMUND JANOWSKI**
Przedstawiona w artykule forma pracy jest mi bliska od niemal trzydziestu lat. Obejmuje doświadczenia przeprowadzenia około czterdziestu procesów grupowych. Stanowiły one drogę wchodzenia i rozwoju w leczeniu pacjentów z syndromem DDA

- str. 16 O miłości do jedzenia – zastosowanie terapii ericksonowskiej w leczeniu bulimii – **JOLANTA BEREZOWSKA**
Każdy objaw ma swoją sekwencję, którą można zapisać i wtedy wprowadzić zmiany, nawet drobne, na początku tej sekwencji, w jej środku lub na zakończenie
- str. 19 Użytki płomieniem podtrzymującym pożądanie? – **ANNA KAŻMIERCZYK**
Istnieje bardzo ściśle powiązanie pomiędzy uzależnieniem od środków psychoaktywnych a relacjami partnerskimi
- str. 21 Terapeutyczne funkcje Wspólnoty Anonimowych Alkoholików – **IRENEUSZ KACZMARCZYK**
Wspólnota Anonimowych Alkoholików stanowi najbardziej znaną na świecie i powszechnie dostępną formę wsparcia dla poszukujących pomocy osób uzależnionych od alkoholu. W dniach 26 i 27 września odbyła się w Krakowie konferencja pod tytułem „12 kroków – droga od kryzysu do wolności”
- str. 26 Zastosowanie Dialogu Motywującego w terapii grupowej – **JAROSŁAW BANASZAK**
Twórcy Dialogu Motywującego nie wymyślili ani pytań otwierających, ani odzwierciedleń. Stworzyli jednak swego rodzaju instrukcję ich świadomego, celowego i efektywnego stosowania w terapii.
- str. 29 „Na pierwszej linii” – **KAROLINA ZAŁĘGA**
Programy redukcji szkód służą ograniczeniu szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób przyjmujących substancje odurzające, stanowią też ochronę dla całego społeczeństwa. Czy mamy odwagę rozumieć je w taki właśnie sposób?
- str. 32 Refleksje pokonferencyjne – **ELŻBIETA RACHOWSKA**
W Toruniu z inicjatywy Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Odwykowej Uzależnień i Współuzależnienia, 12 października bieżącego roku odbyła się konferencja na temat “Etyka i etos w zawodzie psychoterapeuty uzależnień”
- str. 33 Co wpływa na nas i na co mamy wpływ – **AGNIESZKA KRZYSZTOŃ**
Czy my, jako specjaliści psychoterapii uzależnień, mamy na coś wpływ? Czy możemy oddolnie coś zmienić? Czy warto się starać, rozwijać, brać udział w konferencjach? Czy warto skoro stare metody pracy działają, szukać nowych rozwiązań?
- str. 35 Przywiązanie czy uwiązanie – **ANNA CZERNIEJEWSKA, ANNA WENDOŁOWSKA**
Wszyscy rodzimy się z gotowością na poziomie mózgu i oczekiwaniem na doświadczenie przywiązania. Do jakości więzi oraz doświadczenia przeżytych traum odnosi się Wywiad Przywiązania Osób Dorosłych (Adult Attachment Interview, AAI)
- str. 38 Teatralne przestrzeń zmiany – **MONIKA KISŁA**
Czym dla mnie jest teatr? Przede wszystkim narzędziem, które otwiera przestrzeń do dialogu z drugim, często dużo młodszym, człowiekiem i co ważne – narzędziem prowadzącym do zmiany. Zmiany w twórcach i zmiany w odbiorcach, którzy w niektórych formach teatru stają się także współtwórcami –
- str. 42 Ośrodek ze śląską duszą – **AGATA LATO**
Osoby z problemem uzależnienia, współuzależnienia, z trudnościami, jakie wynikają z dorastania w rodzinach z problemem alkoholowym, a także osoby w kryzysie psychicznym oraz dzieci wymagające troski – tymi wszystkimi mieszkańcami Tarnowskich Gór zajmuje się istniejący tam od 20 lat Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej TOTU
- str. 44 Skala picia problemowego i polska adaptacja skali uzależnienia od alkoholu – nowe narzędzia do diagnozy picia alkoholu

ISSN 2719-9738

TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH

Pismo bezpłatne, dostępne wyłącznie w prenumeracie. Zamówienia prenumeraty na www.touib.pl (Prenumerata). Zastrzegamy sobie prawo do redagowania, skracania otrzymanych tekstów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy.

Redakcja: dr Ireneusz Kaczmarczyk – **REDAKTOR NACZELNY**
Jarosław Banaszak – **SEKRETARZ REDAKCJI**
Piotr Cholerzyński – **REDAKTOR WYDANIA INTERNETOWEGO**
Ewa Grzesiak – **ASYSTENTKA REDAKCJI**
Agnieszka Ilinicz-Kielkiewicz – **ILUSTRACJE**
Mariusz Mamet | Mac Map – **SKŁAD KOMPUTEROWY**

Wydawca: **PRACOWNIA MOTYWACJI I ZMIAN****ADRES REDAKCJI**

ul. Wspólna 27, 61-479 Poznań
email: touib.pmiz@gmail.com; www.touib.pl



„Wprowadzenie specjalizacji wzmacnia rolę psychoterapii uzależnień w ochronie zdrowia, wskazując jej fundamentalne znaczenie”

Rozmowa z **PROF. BARBARĄ BĘTKOWSKĄ-KORPAŁĄ**, Konsultantem Krajowym w Dziedzinie Uzależnień

NAD CHODZĄ BARDZO WAŻNE ZMIANY

JAREK BANASZAK: 31 sierpnia Minister Zdrowia powołał Konsultanta Krajowego w dziedzinie Psychoterapii Uzależnień. Jaki jest zakres zadań Konsultanta Krajowego?

PROF. BARBARA BĘTKOWSKA-KORPAŁA: Tryb powoływania i zadania konsultanta krajowego zostały określone w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, ze zmianą z 13 maja 2019 roku (poz.886). Tych zadań jest wiele, a wśród nich znajduje się wykonywanie zadań opiniotwórczych, doradczych i kontrolnych dla organów administracji rządowej oraz podmiotów tworzących przepisy o działalności leczniczej, takich jak Narodowy Fundusz Zdrowia czy Rzecznik Praw Pacjenta.

Bardzo istotną rolę jest opiniowanie i doradzanie przy zadaniach dotyczących naszej dziedziny, czyli psychoterapii uzależnień realizowanych przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Centrum Egzaminów Medycznych.

Ponadto będą realizować takie zadania jak udział w pracach komisji i zespołów powoływanych w celu realizacji polityki zdrowotnej m.in. wynikających z Narodowego Programu Zdrowia, prognozowanie potrzeb zdrowotnych w naszej dziedzinie, a także prowadzenie nadzoru nad merytoryczną realizacją szkolenia specjalizacyjnego, wspólnie z konsultantami wojewódzkimi, którzy są w trakcie powoływania.

Generalnie zadaniem konsultanta krajowego jest współpraca z różnymi instytucjami, między innymi z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Wśród zadań umieszczono też przygotowanie szkolenia specjalizacyjnego. Czy jest szansa, aby



uruchomić specjalizację z dziedziny psychoterapii uzależnień w przyszłym roku?

Mam nadzieję, że tak. Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) powołał Zespół ekspertów ds. opracowywania programu specjalizacyjnego w naszej dziedzinie, w skład którego wchodzi: profesor Czesław Czabała, profesor Krzysztof Gąsior, dr Katarzyna Nowakowska-Domagala i dr Ireneusz Kaczmarczyk.

Mając świadomość, że tworzymy nowy tryb szkolenia przyszłych specjalistów psychoterapii uzależnień, zaprosiłam kilka osób będących autorytetami w leczeniu uzależnień, które wyraziły zgodę na wspólną pracę przy opracowywaniu programu. To: dr Bogusława Bukowska, dr Tomasz Głowik, dr Anna Przenzak, mgr Kama Dąbrowska, mgr Jadwiga Fudała, mgr Dorota Jabłońska, mgr Małgorzata Kowalcze, mgr Agnieszka Litwa-Janowska, mgr Bożena Maciek-Haścilo, mgr Elżbieta Rachowska, mgr Jolanta Ryniak, lek. med. Katarzyna Wiśniewska.

Co stanowi merytoryczną bazę dla programu specjalizacji?

Program jest odpowiedzią na zapotrzebowanie środowiska psychoterapeutów uzależnień, zgłaszane od wielu lat. W programie korzystamy z tego, co już wypracowaliśmy w leczeniu uzależnień, w psychoterapii w ogóle, ale też dążymy do wzmacniania i rozwijania nowych koncepcji leczenia osób uzależnionych, szczególnie promując metody oparte na dowodach naukowych. W programie kładziemy nacisk na diagnozę kliniczną, będącą pomocną w formułowaniu diagnozy psychoterapeutycznej celem większej indywidualizacji w ukierunkowaniu leczenia oraz psychoterapii w podejściu integracyjnym.

Jednak są również jakieś bardzo formalne ramy...

Wraz z nowym trybem specjalizacji musimy kierować się wypracowanymi już procedurami w innych dziedzinach w ochronie zdrowia, które pozwolą w pierwszej kolejności przygotować informacje do jednostek, które będą starały się o akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Realizowanie kolejnych zadań jest wyznaczone przez zapisy ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz zmianami zapisanymi w Dz. U. 2021 poz. 1297.

W środowisku pojawił się niepokój o to, czy dotychczas uzyskane certyfikaty psychoterapeuty uzależnień nie stracą na ważności?

Na podstawie art. 11. 1. certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień uznany został za równoważny z dyplomem potwierdzającym uzyskanie tytułu specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień, o którym mowa w przepisach

wydanym na podstawie art. 46 ustawy z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 1297). W myśl tej ustawy, która została wypracowana w Ministerstwie Zdrowia przy współudziale Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, w kontekście wykonywania pracy psychoterapeuty uzależnień osoby, których kompetencje potwierdzone zostały certyfikatem uzyskanym na dotychczasowych zasadach i w przyszłości tytułem specjalisty psychoterapii uzależnień, uznaje się za równoważne.

Tytuł specjalisty psychoterapii uzależnień będzie uzyskiwała osoba, która ukończy szkolenie zgodne z programem specjalizacji w psychoterapii uzależnień oraz zda państwowy egzamin specjalizacyjny w Centrum Egzaminów Medycznych.

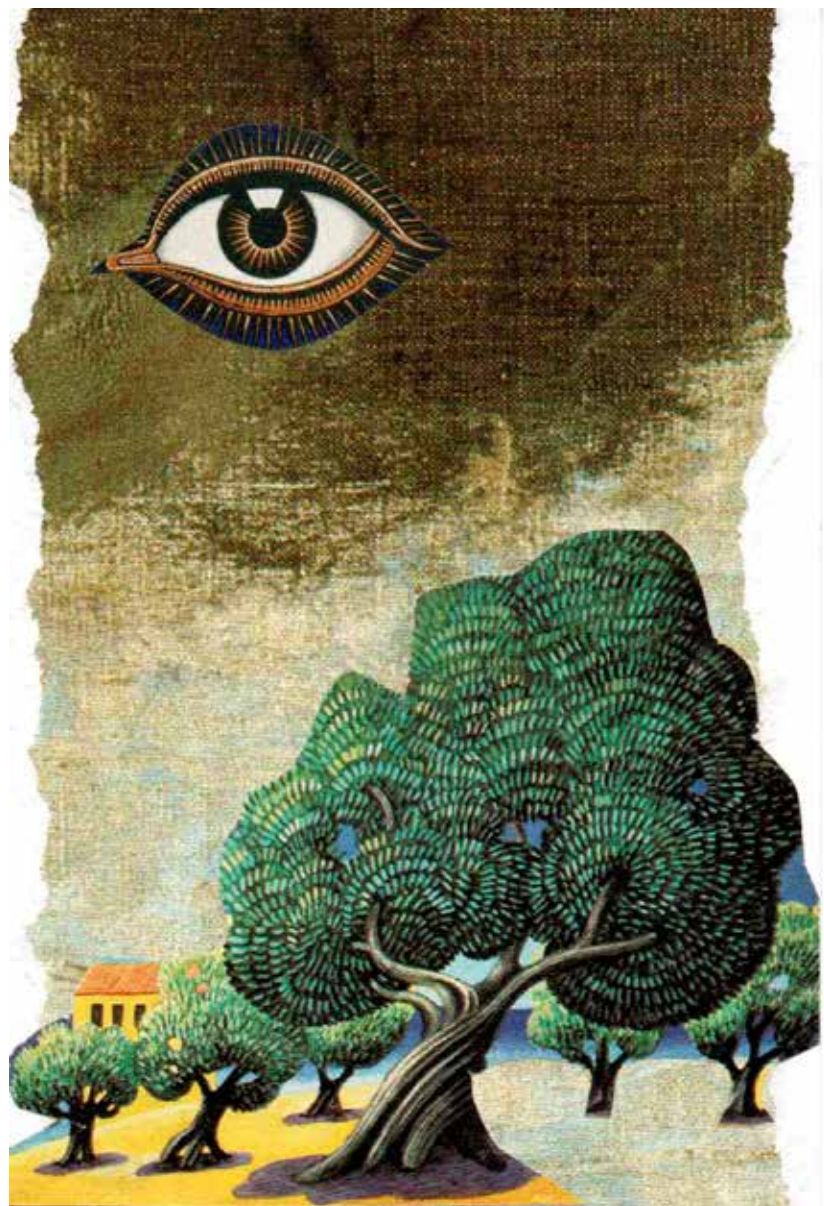
Jakie są merytoryczne cele szkolenia specjalizacyjnego?

W pierwszej kolejności wymienię zdobycie aktualnej wiedzy z zakresu podstaw psychoterapii uzależnień, psychologii klinicznej, nauk medycznych, nauk społecznych i neuronauki umożliwiającej rozumienie funkcjonowania pacjentów i pomoc terapeutyczną w obszarze leczenia osób z rozpoznaniem zaburzenia używania substancji psychoaktywnych i/lub kontroli impulsów i/lub zachowaniami uzależniającymi oraz pomoc psychologiczną i/lub psychoterapię członków ich rodzin.

Bardzo pojemne założenia, a w kwestii kompetencji?

W zakresie umiejętności nacisk kładziemy na zastosowanie tej szerokiej wiedzy na rzecz ukierunkowania oddziaływań terapeutycznych, psychoterapeutycznych, rehabilitacyjnych pacjentom naszych placówek i prowadzenia psychoterapii w podejściu integracyjnym. Ponadto, ważne jest rozwijanie kompetencji do monitorowania, oceny efektów procesu psychoterapii i innych oddziaływań terapeutycznych oraz ich modyfikowania. Celem szkolenia będzie także rozwój świadomości metodologicznej i wiedzy z praktyki opartej na dowodach naukowych, a także roli współpracy w interdyscyplinarnych zespołach diagnostyczno-terapeutycznych.

Ile będzie trwało to szkolenie?



Cztery lata. Każdemu specjalizującemu się zostanie przydzielony kierownik specjalizacji, który będzie wspierał proces kształcenia. Te ogólne cele szkolenia, które wymieniałam, będą realizowane na zjazdach, nie tylko w formie warsztatowo-wykładowej, ale przewidziano też dużą liczbę godzin treningów, superwizji oraz staży klinicznych w różnych placówkach. Ponadto osoba w trakcie specjalizacji będzie zobowiązana do samokształcenia np. poprzez studiowanie literatury przedmiotu, udział w konferencjach.

Na czym polega współczesne leczenie uzależnień?

Odpowiadając na to pytanie odniosę się do perspektywy potrzeb w tym zakresie. Pacjenci, którzy zgłaszają się do naszych placówek, są bardzo różnorodni w zakresie wieku – od dzieci,

przez młodzież, młodych dorosłych aż po osoby w wieku senioralnym. Pojawiają się osoby z różnymi doświadczeniami życiowymi w zakresie historii uzależnienia, od tych szkodliwie używających po głęboko uzależnionych także od wielu substancji, ze współwystępującymi innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego i somatycznego, po ludzi przejawiających zachowania uzależniające. Pojawiają się też osoby o bardzo złożonym obrazie klinicznym wymagającym solidnej wieloaspektowej diagnozy.

Ludzie zgłaszają się z różnymi ocze-kiwaniami i trudnościami np. intelektualnymi, osobowościowymi, żyjący w trudnych warunkach socjoekonomicznych i społecznych.

Ta różnorodność sprawia, że pomoc naszym pacjentom wymaga nieraz bar-

dzo złożonych form oddziaływania diagnostyczno-terapeutycznego oraz zindywidualizowanego traktowania, a także pracy wielospecjalistycznego zespołu.

To prawda, znamy to z naszych doświadczeń. W psychoterapii nie ma jednego słusznego podejścia w leczeniu naszych pacjentów...

Dlatego też z zespołem ekspertów przyjęliśmy, że najbardziej optymalnym kierunkiem psychoterapeutycznym, który chcemy promować i którego chcemy uczyć przyszłych specjalistów psychoterapii uzależnień, jest podejście integracyjne.

Jak możemy je rozumieć?

Nie chodzi tylko o elastyczne korzystanie z różnych modalności psychoterapeutycznych i technik pracy z nimi związanych, ale przede wszystkim o umiejętność dostosowania sposobu pracy z pacjentem do jego potrzeb, możliwości, etapu i celu leczenia. Integracja działań wokół pacjentów, członków ich rodzin, czy też rodziny jako systemu, w którym zdrowieje osoba uzależniona, choć jest różnorodna, to ma wspólny mianownik – jest nim zainteresowanie pacjentem jako osobą, która ma problem zdrowotny i potrzebuje pomocy oraz dobrej leczącej relacji pozwa-

lającej zintegrować doświadczenie przez pacjenta siebie oraz swojej relacji ze światem.

Wiele osób pracujących aktualnie w systemie przyjmie te założenia z ulgą, wiele jednak ze sceptycyzmem, dla części zapewne okaże się to trudne do przyjęcia... Jak sobie z tym poradzimy, od strony merytorycznej czy prawnej?

Wprowadzenie specjalizacji wzmacnia rolę psychoterapii uzależnień w ochronie zdrowia, wskazując jej fundamentalne znaczenie. Od początku certyfikacja specjalistów psychoterapii i terapii uzależnień opierała się o akty prawne, zarówno w przyznawaniu uprawnień zawodowych, jak i jednoznacznie wskazywały na medyczny charakter wykonywanych procedur w podmiotach leczniczych przez psychoterapeutów uzależnień. Dlatego też specjalizacja jest kolejnym etapem w rozwijaniu systemu leczenia uzależnień.

Jak wyglądać będzie współpraca Konsultanta Krajowego z KCPU?

Moja współpraca z Krajowym Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom jest wcześniejsza niż powołanie mnie do funkcji konsultanta. Od ponad piętnastu lat współpracuję w zespołach eksperckich, na początku w PARPA, potem także w KBd-SPN, w których realizowaliśmy różne zadania, takie jak akredytowanie jednostek szkolących, wypracowywanie standardów leczenia czy też opracowywanie nowych programów w lecznictwie, np. terapia par czy też programy ograniczania picia. Zatem współpraca konsultanta krajowego z KCPU będzie kontynuowana w różnych obszarach.

Czego nasza redakcja może życzyć pierwszej Krajowej Konsultant w jej misji?

Owocnej współpracy z instytucjami i osobami działającymi w obszarze pomocy osobom uzależnionym i ich bliskim, aby podnosić efektywność oddziaływań leczniczych oraz organizacyjnych i społecznych w tym obszarze.

Dziękuję za rozmowę.



Kamila Kocańda

Dokonana na poziomie specjalizacji w ochronie zdrowia regulacja zawodu terapeuty uzależnień nie ujednoliciła sposobu jego wykonywania przez osoby reprezentujące różne zawody podstawowe, wskutek czego normy deontologiczne mogą odgrywać w tym zawodzie rolę zastępczą względem niewystarczających regulacji prawnych

PRAWNE ASPEKTY WYZWAŃ ETYCZNYCH TERAPEUTY UZALEŻNIEŃ – CZĘŚĆ I

W 2022 roku na skutek określonych zmian w prawie, psychoterapia uzależnień stała się specjalizacją w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia [1]. Tym samym ustawodawca zrezygnował z uregulowania zawodu terapeuty uzależnień jako odrębnego zawodu medycznego. W procedowanym projekcie ustawy o niektórych zawodach medycznych, którego celem jest uregulowanie warunków i zasad wykonywania zawodów medycznych, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących doskonalenia zawodowego osób wykonujących zawód medyczny oraz odpowiedzialności zawodowej tych osób, zawód terapeuty uzależnień nie został ujęty [2]. Pomimo tego, że uregulowaniu w sposób jednolity podlegać będzie dotychczas dualistyczny tryb kształcenia w zawodzie terapeuty uzależnień, co pozwoli zapewnić określony standard oraz wysoką jakość tego kształcenia, zasady wykonywania zawodu przez specjalistów psychoterapii uzależnień przez osoby o różnych zawodach podstawowych nie zostaną usankcjonowane na poziomie przepisów prawa.

Z tych względów to na normach deontologicznych właśnie oparty zostanie standard wykonywania tego zawodu, będącego specjalizacją mającą zastosowanie w ochronie zdrowia i uprawianego przez przedstawicieli różnorodnych zawodów podstawowych.

STATUS PRAWNY ZAWODU TERAPEUTY UZALEŻNIEŃ

W dziedzinie specjalizacji w ochronie zdrowia, jaką jest psychoterapia uzależnień, kierunki studiów, po których ukończeniu można przystąpić do szkolenia specjalizacyjnego w poszczególnych dziedzinach ochrony zdrowia, są różnorodne, obejmują kierunek lekarski, pielęgniarstwa, położnictwa, pracy socjalnej, psychologii, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, socjologii, resocjalizacji, zdrowia publicznego oraz nauk o rodzinie [3]. Zawody podstawowe, które stanowią pierwszy etap w kształceniu w ramach specjalizacji z psychoterapii uzależnień, są zatem bardzo różne, co istotnie wpływa na zakres uprawnień i odpowiedzialności danej osoby.

W przypadku zawodów lekarza, pielęgniarki i położnej określony standard wykonywania tych profesji stanowi pochodną istnienia prawnej regulacji tych zawodów w randze ustawy oraz funkcjonowania samorządu zawodowego. Jego celem jest, między innymi, sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, zaś przynależność do niego jest dla osób wykonujących dany zawód obowiązkowa. Istnienie prawnych ram realizacji zawodów podstawowych jedynie pośrednio przekłada się na określone gwarancje przy wykonywaniu pracy specjalisty psychoterapii uzależnień.

Zawody takie jak pracownik socjalny, pedagog, socjolog, absolwent resocjalizacji, nauk o zdrowiu czy nauk o rodzinie, nie tylko nie są zawodami medycznymi, ale w ramach klasyfikacji zawodów na potrzeby rynku pracy zaliczone zostały do kategorii takich jak, odpowiednio: pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej, specjaliści nauczania i wychowania gdzie indziej niesklasyfikowani, archeolodzy, socjolodzy i specjaliści dziedzin pokrewnych czy specjaliści do spraw społecznych [4].

Nie przesądzając o nieprzydatności wykształcenia tego rodzaju do wykonywania zawodu psychoterapeuty uzależnień, należy wskazać, że zawody te nie są ustawowo przystosowane do specyfiki leczenia uzależnień, które w ramach opieki psychiatrycznej stanowi rodzaj działalności leczniczej, a zatem aktywności podlegającej szczególnej regulacji, której przedmiotem są najcenniejsze dobra osobiste człowieka [5].

Powyższe skutkuje brakiem prawnych regulacji dotyczących newralgicznych i kluczowych obszarów aktywności zawodowej w zawodzie terapeuty uzależnień, jak chociażby kwestia tajemnicy zawodowej czy standard monitorowania procesu terapeutycznego w ramach supervizji.

W przypadku zawodu psychologa jako jednego z zawodów podstawowych, który stanowić może podstawę uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień, problem obowiązujących standardów wykony-

wania zawodu jest dodatkowo spotęgowany przez okoliczność, iż w aktualnym stanie prawnym w Polsce nie ma osób uprawnionych do wykonywania zawodu psychologa [6]. Według obowiązującej ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów prawo wykonywania zawodu nabywa się z chwilą wpisu na listę psychologów, prowadzoną przez organy samorządu zawodowego, które nigdy nie zostały przez ustawodawcę powołane [7].

ROLA NORM DEONTOLOGICZNYCH W WYKONYWANIU ZAWODU TERAPEUTY UZALEŻNIEŃ

Przed ujednoczeniem standardu leczenia uzależnień w aspekcie instytucjonalnym w ramach Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom oraz kształcenia, w zakresie czego prace nadal trwają, normy deontologiczne obowiązywały w określonym czasie zarówno terapeutów uzależnienia od alkoholu, jak i terapeutów uzależnienia od narkotyków, jako że tak Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych jak i Krajowe Biuro Przeciwdziałania Narkomanii stworzyły własne kodeksy etyki zawodowej [8].

Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień – projekt wspólny, mający obowiązywać w stanie prawnym po dokonaniu instytucjonalnego połączenia podmiotów właściwych w dziedzinie leczenia uzależnień, ma dotyczyć wszystkich osób wykonujących zawód terapeuty uzależnień. Z racji jednak braku norm prawnych dotyczących zasad wykonywania zawodu terapeuty uzależnień, moc obowiązująca kodeksu norm deontologicznych ma jedynie wymiar powinności etycznej a nie normy rangi prawnej.

Ponieważ w zawodzie terapeuty uzależnień nie funkcjonuje samorząd zawodowy, nie obowiązuje ustawa, która określałaby standard prawny realizacji tego zawodu, to przestrzeganie i egzekwowanie norm etycznych, które określają zasady jego wykonywania, ma charakter dobrowolny dla wykonujących ten zawód. Jeżeli terapeuta uzależnień nie stosuje norm de-

ontologicznych zawartych w kodeksie etyki, może podlegać odpowiedzialności dyscyplinarnej tylko wówczas, gdy wyrazi zgodę na zastosowanie wobec niego sankcji dyscyplinarnych w związku z nieprzestrzeganiem dobrowolnie przyjętych przez niego norm etycznych.

Z kolei z uwagi na okoliczność, iż zawód terapeuty uzależnień ma charakter specjalizacji osoby, która posiada określony zawód podstawowy, pojawia się pytanie o relację między standardem wykonywania zawodu podstawowego i jej wpływem na wykonywanie zawodu w ramach specjalizacji. Czy terapeuta uzależnień, będący lekarzem, w braku określenia przez ustawodawcę standardu wykonywania zawodu terapeuty uzależnień, jest związany prawnymi normami wykonywania zawodu jako lekarz, czy nie obowiązują go one, a jeśli nie obowiązują, to co je zastępuje? Wykonując zawód terapeuty uzależnień lekarz nie wykonuje zawodu lekarza, jednak przy braku norm wykonywania zawodu terapeuty można rozważać odpowiednie stosowanie tych standardów do czynności realizowanych w ramach prowadzenia terapii uzależnień.

W przypadku zawodu psychologa i innych, w ramach których standard prawny wykonywania zawodu nie obowiązuje, sytuacja jest równie skomplikowana.

Osoba, będąca absolwentem zdrowia publicznego czy nauk o rodzinie, nie posiada jakichkolwiek wytycznych dotyczących zasad wykonywania zawodu terapeuty uzależnień z racji posiadania określonego zawodu podstawowego, a zatem brak jakiegokolwiek punktu odniesienia, który stanowiłby gwarancję należącego standardu wykonywania zawodu choćby przez odpowiednie stosowanie norm dotyczących zasad wykonywania zawodu podstawowego.

Stan ten jest o tyle niepożądany, iż zawarte w kodeksie etycznym normy deontologiczne w przypadku tego zawodu określają zasady jego wykonywania, które powinny mieć walor prawny, a przez to moc powszechnie obowiązującą i gwarancję skutecznego egzekwowania w trybie prawem przepisanych.

Brak takich regulacji rzutuje bowiem istotnie na sytuację pacjenta – klienta terapeuty uzależnień, który jest odbiorcą jego usług, a którego gwarancje mogą różnić się w zależności od tego, jaki zawód podstawowy wykonuje dany terapeuta uzależnień. Odbiorca usług terapeuty uzależnień nie ma ustawowo zapewnionych gwarancji określonego standardu wykonywania zawodu przez stosującego wobec niego terapię uzależnień. Nawet przy założeniu, że jednolity standard kształcenia zapewni określoną jakość w ramach samej specjalizacji, sposób wykonywania poszczególnych obowiązków zawodowych, dotyczących w szczególności tajemnicy zawodowej czy monitorowania procesu terapeutycznego w ramach superwizji, nie jest prawnie dookreślony.

PRZYPADKI BRAKU LUB NIEWYSTARCZAJĄCEJ REGULACJI PRAWNEJ STANDARDU WYKONYWANIA ZAWODU

W przypadku zawodów medycznych, które posiadają odrębną regulację prawną, obejmującą także samorząd zawodowy, reguły ich wykonywania wynikają z przepisów właściwej ustawy, która nie tylko przewiduje, że wykonywanie zawodu obligatoryjnie wiąże się z przy-



należnością do tego samorządu, ale także wyczerpująco określa zasady jego wykonywania, w tym w zakresie najbardziej newralgicznych obszarów jak kwestia tajemnicy zawodowej. Wówczas czytelne zasady postępowania mogą być stosowane wprost, dając poczucie prawnej pewności postępowania w konkretnych przypadkach, natomiast na wypadek ich nieprzestrzegania mogą być egzekwowane przez organy samorządu zawodowego lub aparat państwa.

Projektowana ustawa o niektórych zawodach medycznych reguluje kwestie odnoszące się zasad wykonywania tych zawodów oraz odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących je, przewidując, że podlegają one odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu medycznego, określając jednocześnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej osoby wykonującej zawód medyczny. W projekcie tym nie ujęto jednak zawodu specjalisty psychoterapii uzależnień, choć postulaty, które stanowią podstawę wprowadzenia, dotyczące prawnego uregulowania zasad wykonywania zawodu i odpowiedzialności zawodowej, odnoszą się także do tego zawodu.

Procedowany aktualnie, wspólny kodeks etyki specjalisty psychoterapii uzależnień zawiera regulacje dotyczące przestrzegania tajemnicy zawodowej, przewidując, iż terapeuta zapewnia bezpieczeństwo swoim pacjentom, przestrzegając zasad zachowania tajemnicy zawodowej, obowiązek utrzymania tajemnicy nie został ograniczony w czasie, a ujawnienie tajemnicy zawodowej możliwe jest wyłącznie w ramach obowiązujących przepisów prawa. To jedyny akt prawny, który formułuje wymóg przestrzegania tajemnicy zawodowej przez specjalistę psychoterapii uzależnień, dążąc do zapewnienia określonego standardu jego wykonywania.

Z uwagi wszakże na brak przepisów prawa, które przewidywałyby obowiązek przestrzegania kodeksu etyki oraz możliwość stosowania sankcji na wypadek ich naruszenia, nie ma ustawowych gwarancji jego przestrzegania.



Z uwagi na brak ustawowych regulacji kwestii tajemnicy zawodowej, do których odwołuje się kodeks etyki, z oczywistych względów nie będąc właściwym do regulowania tej materii w sposób wyczerpujący, nie zostało należycie określone, jak zachować się ma specjalista psychoterapii uzależnień w obliczu konieczności składania zeznań w postępowaniu karnym, cywilnym, czy w ramach działań podejmowanych w wyniku stosowania ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Poszczególne przepisy prawa inaczej regulują sytuację prawną osoby zobowiązanej do zachowania tajemnicy zawodowej, w zależności od pełnionej przez nią roli procesowej, choćby świadka czy biegłego, odnosząc się wprost do tych zawodów, które posiadają ugruntowany prawnie status (np. lekarza), będąc regulowane ustawami zawodowymi [9]. Nie jest zatem oczywiste, czy zasady dotyczące zakazów dowodowych, możliwość powoływania się na tajemnicę zawodową, czy inne gwarancje procesowe, znajdują zastosowanie do specjalisty psychoterapii uzależnień, a jeśli tak, to czy wprost czy odpowiednio.

W braku wyraźnych przepisów dotyczących tajemnicy zawodowej istnieje nie tylko ryzyko związane z naruszeniem dóbr osobistych osoby, której dane nie zostały należycie chronione, ale jednocześnie w grę wchodzić może

ryzyko karalnego nieujawnienia informacji, które z mocy prawa powinny podlegać zgłoszeniu właściwym organom, przed wszystkim dlatego, że są relewantne z punktu widzenia ewentualnego zagrożenia życia lub zdrowia samego pacjenta czy innych osób. W rezultacie braki w przepisach prawa skutkują koniecznością samodzielnego podejmowania przez specjalistę psychoterapii uzależnień decyzji ad hoc w konkretnej sprawie, zarówno co do tego, czy w danym przypadku ujawnić tajemnicę, a jeśli tak, to w jakim zakresie.

Innym obszarem, który wydaje się równie istotnym z punktu widzenia standardu wykonywania zawodu, a jednocześnie nie został dostatecznie uregulowany prawnie, jest obszar monitorowania procesu psychoterapii. Na mocy rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień [10] do systemu świadczeń gwarantowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wprowadzono definicję superwizji psychoterapii, określając jej cele, jak również kwalifikacje superwizora oraz aplikanta. Instytucja ta odnosi się wszakże do superwizji psychoterapii w ogólności, stąd pojawia się pytanie o zakres jej zastosowania do psychoterapii uzależnień. Sam kształt regulacji nie wydaje się także optymalny, albowiem ustawodawca przez superwizora rozumie psychoterapeutę z co najmniej siedmioletnim doświadczeniem w prowadzeniu psychoterapii, posiadającego certyfikat superwizora (...) wydawany przez towarzystwa lub stowarzyszenia zrzeszające psychoterapeutów wydające certyfikaty psychoterapeuty i superwizora psychoterapii. Przepis stanowi zatem, że certyfikat posiada ten, kto otrzymał go od podmiotu, który wydaje certyfikat, nie odnosząc się jednocześnie do formalnej ścieżki jego wydawania.

Superwizją jest zatem obecnie zdefiniowana w powołanym rozporządzeniu oraz w ramach standardów akredytacyjnych w dziedzinie leczenia uzależnień, zaś jej umiejscowienie także w innych aktach prawnych, w kontekście wzajemnej relacji powołanych definicji i regula-

cji, wydaje się być niespójne [11]. Ustawodawca nie wyartykułował w sposób wystarczający prawnego wymogu realizacji superwizji w toku wykonywania zawodu, albowiem regularne poddawanie się superwizji nie jest adresowane wprost jako wymóg prawny względem osób wykonujących ten zawód. Przepisy rozporządzeń koszykowych oraz innych aktów prawnych dotyczących standardu wykonania świadczeń gwarantowanych uwzględniają superwizję tylko w nielicznych zakresach świadczeń. Natomiast w żadnym przepisie prawnym nie została wymogiem formalnym w ramach aktywności zawodowej poza systemem świadczeń gwarantowanych.

WNIOSKI

Ustawodawca nie zdecydował się na ujęcie zawodu psychoterapeuty uzależnień w katalogu zawodów medycznych, zawartym w projektowanej ustawie o niektórych zawodach medycznych, przez co nie dojdzie do uregulowania zasad wykonywania tego zawodu na poziomie ustawowym. Ten stan rzeczy powoduje, że normy etyczne pełnią rolę zastępczą względem norm prawnych, których brak ujemnie wpływa na standard wykonywania danego zawodu. Skutkuje to przypisaniem normom etycznym niewłaściwej roli, ponieważ z założenia nie mogą jej spełnić.

Po pierwsze dlatego, że z uwagi na brak samorządu zawodowego nie ma prawnego obowiązku przestrzegania norm etycznych, a zatem ich stosowanie jest dobrowolne i nie musi obowiązywać wszystkich w równym stopniu.

Po drugie dlatego, że normy deontologiczne regulują materię, która winna być uregulowana na poziomie ustawowym. Jako przykład należy tu wskazać mające kardynalne znaczenie kwestie tajemnicy zawodowej oraz szczególnie istotne z punktu widzenia jakości wykonywania zawodu wymogi dotyczące monitorowania procesu terapii w ramach superwizji.

W doktrynie prawa zauważa się, że wpływ moralności jest dostrzegalny również w obszarze konsekwencji obowiązywania prawa w stosunku do członków społeczeństwa, którzy świadomie przestrzegają norm prawnych, a moralność pełni swoją funkcję także w obszarze reguł związanych z działal-

nością władz w sferze publicznej [12], jako że u podstaw każdej normy sankcjonowanej leżą przyjęte przez ustawodawcę założenia aksjologiczne oparte na przyjmowanym systemie etycznym [13]. To ustawodawca zatem decyduje, które obszary społecznej aktywności wymagają prawnego uregulowania w ten sposób, by zapewnić możliwość skutecznej, egzekwowalnej przez autorytet państwa, regulacji danej materii.

Wydaje się zatem, że w zakresie sposobu wykonywania zawodu przez specjalistę psychoterapii uzależnień, prawna regulacja określonego standardu zawodowego, w szczególności w obszarze kluczowych elementów, jak kwestia tajemnicy zawodowej czy monitorowania procesu kształcenia, jest pożądana i konieczna, albowiem przy jej braku ciężar sposobu postępowania w konkretnych sytuacjach, których przedmiotem są żywotne interesy odbiorców usług terapeuty, spoczywa wyłącznie na nim. Jednocześnie normy etyczne nie wydają się wystarczające z punktu widzenia formalnego aspektu takiej regulacji, z uwagi na brak samorządu zawodowego i stanowiącą jego konsekwencję dobrowolność ich stosowania oraz ograniczone możliwości ich egzekwowania.

* * *

W kolejnej części artykułu zaprezentowane zostaną mapy drogowe postępowania przez specjalistę psychoterapii uzależnień w konkretnych sytuacjach procesowych.

KAMILA KOCĄŃDA



Doktor nauk prawnych, radca prawny, Redaktor działu „Kardiologia i prawo” w czasopiśmie Folia Cardiologica. Przewodnicząca RN MEDUNIV Sp. z o.o. Prowadzi działalność w zakresie obsługi prawnej podmiotów medycznych.

BIBLIOGRAFIA

1. Ustawa z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2021 r., poz. 2469) w zw. z ustawą z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1297) w zw. z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie

specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 342 z późn. zm.).

2. <https://www.gov.pl/web/premier/projekt-ustawy-o-niektorych-zawodach-medycznych2> – dostęp na dzień 15.10.22 r.
3. Załącznik nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 342 z późn. zm.).
4. Załącznik do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 227 z późn. zm.).
5. W myśl przepisów ustawy o działalności leczniczej, działalność ta jest działalnością regulowaną, co oznacza, iż prawna dopuszczalność jej wykonywania wymaga spełnienia warunków określonych właściwymi przepisami i po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru działalności regulowanej (art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.).
6. Wystąpienie Pierwszego Prezesa Sądu Najwyższego – Uwagi o stwierdzonych nieprawidłowościach i lukach w prawie za rok 2018, Tajemnica zawodu psychologa, str. 118. Pomimo tego, iż nieprawidłowość ta została dostrzeżona przez ustawodawcę, co skutkowało podjęciem decyzji o procedowaniu nowej ustawy zawodowej psychologów, proces legislacyjny w tym zakresie utknął w marcowym punkcie i w rezultacie nie tylko nie usunięto istniejących nieprawidłowości poprzez powołanie do życia organów samorządu zawodowego psychologów, ale nie usunięto wadliwej ustawy z porządkiem prawnym: <https://sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=2113> – dostęp na dzień 16.10.2022 r.
7. Art. 7 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1026), zgodnie z którym: Prawo wykonywania zawodu psychologa powstaje z chwilą dokonania wpisu na listę psychologów Regionalnej Izby Psychologów.

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: www.touib.pl

Rajmund Janowski

Przedstawiona w artykule forma pracy jest mi bliska od niemal trzydziestu lat. Obejmuje doświadczenia przeprowadzenia około czterdziestu procesów grupowych. Stanowiły one drogę wchodzenia i rozwoju w leczeniu pacjentów z syndromem DDA

„TERAPIA WYJAZDOWA” PACJENTÓW Z SYNDROMEM DDA

Podejście psychodynamiczne wydaje się bardzo użyteczne w rozumieniu problemów pacjentów z syndromem DDA. Sama sytuacja wzrastania w rodzinie z problemem uzależnień i wynikających stąd zakłóceń i zaburzeń w rozwoju psychoseksualnym dzieci narzuca perspektywę analizowania wpływu wczesnych doświadczeń na sposób życia osoby dorosłej i rozumienie jej trudności i problemów. Z drugiej strony metoda psychodramatyczna ułatwiająca przeżycie wglądu poprzez odegranie w bezpiecznych warunkach bolesnych sytuacji inter i intrapersonalnych, co angażuje ciało, ruch i emocje, poszerza spojrzenie pacjenta na samego siebie, pozwala zobaczyć obszary, których nie jest on w stanie w inny sposób dostrzec ani poczuć. W przypadku pacjentów z syndromem DDA, uczestników zdarzeń traumatycznych, mechanizmy obronne chronią ich przed świadomością pełni doświadczeń, które zapisane są niejako w ciele i stąd mniej świadomie dostępnych.

Przedstawiona metoda pracy daje, jak się wydaje, możliwości poszerzenia świadomości przeżyć oraz uwolnienia zapisanych w ciele doświadczeń poprzez połączenie analizy psychodynamicznej z efektami odgrywanych sytuacji oraz siły procesu grupowego. Prezentowana forma leczenia była pierwszą w historii rozwoju sposobów pracy grupowej w Ośrodku Psychoterapii DDA. Późniejsze oferty stacjonarnych grup zamkniętych czy grup półotwartych są kolejnymi postaciami rozwoju potencjału terapeutycznego ośrodka. Daje to obecnie możliwość bardziej precyzyjnego dobierania formy pracy do charakteru problemów pacjentów. To ważne, gdyż w leczeniu syndromu DDA grupowy proces terapeu-

tyczny jest niezastąpiony ze względu na identyfikowanie trudności, redukcję wstydu czy korektywne doświadczenie dla osób zranionych w podstawowej grupie rodzinnej, stopniowo pokonujących nieufność w relacjach z innymi.

PROCES KWALIFIKACJI – KRYTERIA NABORU

Osoby zgłaszające się do psychoterapii w OP DDA KSTU przechodzą proces diagnozy, na który składają się: konsultacja z lekarzem psychiatrą, wywiad psychologiczny, ankiety i testy psychologiczne, sformułowanie karty informacyjnej oraz epikryzy dotyczącej psychodynamicznego rozumienia problemów pacjenta, omówienie jego przypadku z zespołem na zebraniu klinicznym celem sugestii na temat możliwości leczenia oraz rozmowa podsumowująca z terapeutą, w trakcie której pacjent ma przedstawioną propozycję zespołu co do zakwalifikowania go lub nie do leczenia w ośrodku oraz co do formy proponowanych mu oddziaływań. W konsekwencji to pacjent podejmuje decyzję o przebiegu dalszego leczenia.

W wyniku tego procesu do leczenia w grupie tzw. „wyjazdowej” trafiają pacjenci, którzy doświadczyli poważnych traum w trakcie swojego życia i na skutek tego zbudowali system mocnych mechanizmów obronnych, wymagający intensywnego działania celem dotarcia do ukrytej za nimi poranionej i opuszczonej części ich osoby, której rozwój został zablokowany. Istotne też, żeby zasoby osobowościowe uczestników oparte na konstruktywnych doświadczeniach były wystarczające do podtrzymania swojej pracy w ramach struktury grupy w obszarze

reinterpretacji swoich przeżyć i intensywności towarzyszącej temu siły emocji.

W leczeniu biorą udział osoby, dla których to pierwszy kontakt z psychoterapią w ogóle lub w naszym ośrodku, które leczyły się wcześniej indywidualnie w ośrodku lub też brały już udział w którejś grupie psychoterapeutycznej na miejscu. Zakładamy możliwość krótkoterminowej pracy indywidualnej z pacjentem, która poprzedzi terapię wyjazdową, zapewni swoiste „przygotowanie do niej”.

To ostatnie dotyczy osób zakwalifikowanych do tej formy leczenia w sytuacjach, gdy termin rozpoczęcia pracy grupy zaplanowany jest za kilka miesięcy.

Proponowana praca indywidualna odbywa się wtedy w relacji z jednym z terapeutów prowadzących grupę. Praca ta zawiera elementy budowania relacji, identyfikacji i wyjaśnienia problemów w obszarze syndromu DDA oraz terapii, rozpoczęcia określania danych życiorysowych, zapewnienie wsparcia. Takie przygotowanie wyraźnie korzystnie procentuje w głębokości pracy pacjenta podczas grupy oraz jego odwagi do podejmowania działania w obszarze istotnych z punktu widzenia leczenia problemów.

Warto zaznaczyć, że znaczącym czynnikiem formalnym wpływającym na organizację grupy jest brak refundowania takiej wyjazdowej formy leczenia przez NFZ. W przypadku naszego ośrodka dzięki umowie z gminą mamy możliwość dofinansowania, co jednak ogranicza dobór pacjentów do tych zamieszkałych w Krakowie.

STRUKTURA GRUPY

Staramy się, aby skład grupy był mieszany pod względem płci uczestników

oraz żeby leczyły się przynajmniej po dwie osoby będące na podobnym etapie życia i doświadczeń, np. w trakcie procesu separacji od rodziny pochodzenia czy będące w związkach lub posiadające dzieci. Służy to udrożnianiu identyfikacji i pogłębia różnorodność informacji zwrotnych w trakcie opracowywania zdarzeń terapeutycznych.

Standardowo w grupie uczestniczy dziesięciu pacjentów i dwoje terapeutów. Różnica płci terapeutów ma znaczenie w ułatwianiu wykorzystania procesów przeniesieniowych pacjentom. Para prowadzących ułatwia również organizowanie pracy własnej pacjentów na tle grupy oraz daje oparcie w trakcie intensywnych doświadczeń przeciwprzeniesieniowych.

WYMAGANIA WOBEC PACJENTÓW

Podstawowe oczekiwania wobec pacjentów ustalane są w postaci kontraktu na pracę w grupie. Zawiera on konieczność wzięcia udziału we wszystkich zjazdach, spotkaniach grupowych, zachowanie abstynencji od substancji psychoaktywnych poza zaleconym przez lekarza leczeniem, niezawieranie relacji biznesowej i intymnej ze współpacjentami, aktywne uczestniczenie w pracy, dokonywanie regularnej wpłaty za pobyt oraz pokrycie całości kosztów w sytuacji rezygnacji w trakcie terapii, czy, jak to miało miejsce w sytuacji pandemii, zrobienie testu i kontakt z lekarzem przed każdym wyjazdem.

Pacjenci zobowiązani są również do niekontaktowania się ze sobą między zjazdami poza okolicznością umówienia się na wspólny dojazd. To ważne, gdyż zacieśniająca się więź między nimi, dla niektórych doświadczana po raz pierwszy w życiu, zachęca do spotkań. W związku z wymaganiami związanymi ze sposobem pracy uczestników prosi się o zabranie wygodnego, sportowego stroju, ograniczenie do minimum kontaktów z osobami z życia prywatnego, nieplanowania własnej pracy zawodowej w trakcie wyjazdów.

Pacjenci powinni zaopatrzyć się w zeszyty w twardej okładce, to będzie ich osobisty dziennik terapii oraz miejsce do wpisywania informacji zwrotnych.

Intencją tych zaleceń jest uwzględnienie sytuacji zintensyfikowanego procesu psychoterapii, podczas której w czasie pracy innego pacjenta uczestnik

może zapisać „na gorąco” swoje refleksje, czy odblokowane wspomnienia (swoiste Ego obserwujące).

Pacjenci są także zobowiązani do napisania w czytelny sposób swojego życiorysu i przyniesienie go na pierwsze spotkanie grupy. Ta osobista narracja to ważny materiał do analizy i prowadzenia leczenia w trakcie spotkań grupowych.

ORGANIZACJA PRACY I USTALENIA KONTRAKTOWE

KWALIFIKACJE TERAPEUTÓW

Korzystne jest, aby osoby prowadzące leczenie były specjalistami psychoterapii uzależnień ze względu na specyfikę problemów pacjentów. Przydaje się również wiedza i doświadczenie w obszarze leczenia zaburzeń nerwicowych i zaburzeń osobowości ze względu na obszerność pojawiających się w pracy zjawisk psychopatologicznych. Gotowość i otwartość na stosowanie technik dramatycznych czy wykształcenie w obszarze psychodramy to także istotne elementy przygotowania terapeutów do prowadzenia takiej grupy

MIEJSCE PRACY

Miejsce działania grupy powinno umożliwiać uczestnikom wspólną pracę i przebywanie poza sesjami. Ważne są przyzwoite warunki żywienia i spania, wydzielona sala do pracy umożliwiająca

bardziej aktywne i dynamiczne sposoby jej prowadzenia – przydatne są materace, stojący worek bokserki czy inne akcesoria przydatne w budowaniu scen.

STRUKTURA I CZAS PRZEBIEGU PROCESU TERAPII

Praca grupy składa się z czterogodzinnego spotkania początkowego na miejscu w ośrodku, najlepiej w tygodniu poprzedzającym pierwszy wyjazd, czterech wyjazdów sześciodniowych z przerwami trzech tygodni między każdym z nich oraz z kończącego spotkania w ośrodku, również czterogodzinnego.

Pierwsze spotkanie ma na celu wstępne zapoznanie się członków grupy ze sobą i terapeutami, obniżenie napięcia poprzez kierowane rozmowy indywidualne z częstą zmianą rozmówców, wypracowanie norm grupowych, ustalenia kontraktowe i wyjaśnienia organizacyjne.

W naszej praktyce praca na wyjeździe zaczyna się pierwszego dnia, to zakwaterowanie na miejscu pobytu. Wydaje się ważne ze względu na proces grupowy, aby pacjenci nie mieszkali w jedynekach tylko przebywali w dwu lub trzyosobowych pokojach. Na pierwszym wspólnym posiłku są już obecni terapeuci. Po jego zakończeniu następuje pierwsza sesja grupowa.

Na pierwszym wyjeździe poświęcona jest badaniu nastroju i myśli pacjentów związanych z antycypacją działań oraz przeprowadzeniu pierwszej struktury integrującej. W naszej praktyce to rysowanie



wanie mapy świata, omawianej projekcyjnie, zawierającej granice siebie, ważne obszary życia, ważne osoby oraz trzy podstawowe uczucia, które wywołują. Na koniec pacjenci są proszeni o nadanie pracy tytułu z datą wykonania. Aby dobrze wykonać to ćwiczenie, należy dostarczyć pacjentom duże arkusze papieru (najlepiej z flipcharta) i zestawy pisaków.

Na kolejne dni składają się: wspólne posiłki, czterogodzinne sesje przedpołudniowe i trzygodzinne poobiednie. To jedyne kontakty uczestników z terapeutami. W trakcie pracy grupowej nie realizuje się sesji i konsultacji indywidualnych. Czas poza sesjami służy pacjentom do przebywania i organizowania sobie działań w ramach grupy. Zdarzenia te oraz ich kontekst stanowią obszar do omawiania podczas porannej sesji następnego dnia.

ETAPY PRACY

Pierwsze poranne spotkanie po przeprowadzeniu rundki wstępnej poświęcone jest prezentowaniu przez uczestników w formie pracy indywidualnej na tle grupy map świata. Potem przychodzi czas na informacje zwrotne. Najpierw wyrażają je pacjenci, na końcu terapeuci. Osoba pracująca proszona jest o niepodejmowanie polemiki z tym, co słyszy, tylko przyjmowanie głosów innych uczestników jako odzwierciedlenia tego, co przedstawiła. W tym momencie przydają się zeszyty. Aby pacjent przyjmujący informacje zwrotne nie rozpraszał się, może oddać swój zeszyt innemu, który zapisze wszystkie informacje od grupy. Często ten materiał stanowi źródło własnych przemyśleń i analiz pacjenta, torując dalszą pracę. Mapy świata ułatwiają wzajemne poznanie bieżącego życia pacjentom oraz najczęściej ujawniają obszary problemów i trudności.

Kolejnym etapem są prace życiorysowe. To trudny czas ze względu na kumulowanie się trudnych spraw przedstawianych w życiorysach, ale i niezbędny okres wzajemnego poznawania historii życia, bez której uczestnictwo w zajęciach i realizacja dalszej pracy terapeutycznej dla prowadzących oraz uczestników nie byłoby możliwe. Każda osoba ma półtorej godziny na przedstawienie swojego życiorysu, wobec którego następnie udzielane są informacje zwrotne. W tym momencie pracy grupy kończą się wspólne struktury.

Następny czas działania grupy polega na dowolnie zgłaszanej gotowości do podjęcia własnej indywidualnej pracy przez pacjentów. Warunki pracy umożliwiają bardziej aktywne sposoby jej prowadzenia, oparte o zasady psychodramy. Dzięki wzajemnemu poznaniu faktów z życia współpraca współpacjentów jest bardziej celowa i trafna.

Ogólnie przyjętą przez nas w leczeniu regułą jest najpierw przepracowywanie wątków dotyczących podstawowych, pierwotnych relacji z obiektami rodzicielskimi, następnie z dalszą rodziną lub osobami znaczącymi i na końcu w miarę czasu z relacjami współczesnymi. Spowodowane jest to psychodynamicznym założeniem przyczynowego wpływu relacji podstawowych na formy rozwijającej się psychopatologii.

PRZYKŁADOWY ROZKŁAD DNIA

9 – 10 – śniadanie,
10 – 14 – sesja terapeutyczna
14 – 15 – obiad
16 – 19 – sesja terapeutyczna
19 – kolacja

ZASADY PROWADZENIA PRACY

Pacjent zgłasza gotowość do pracy i formułuje problem. Terapeuci niejednokrotnie klaryfikują i urealnają rozumienie trudności. Jeden z terapeutów blisko współpracuje z pacjentem, drugi zaś w większym dystansie, mając ogłód i możliwość korygowania przebiegu zdarzenia. W trakcie pracy może podawać sugestie pacjentowi, sformułowania do wyrażenia, co ma na celu „udroźnienie” działania osoby pracującej.

W pracach biorą udział inni pacjenci jako osoby odgrywające role, jako elementy czy postacie w odtwarzanych sytuacjach lub jako osoby pomagające w organizacji pracy, np. podtrzymując worek bokserski w trakcie odreagowania emocji pracującej osoby czy np. wspierając piedestał, na którym siedzi osoba znacząca.

O tempie pracy decyduje pacjent, także i o momencie jej zakończenia. Niektóre prace kończą się „przecinkiem” ze względu na wyczerpanie chwilowej możliwości wglądu lub zmęczenie. Najczęściej prace takie kontynuuje się w dalszych sesjach. Po każdej zakończonej i omówionej pracy robi się przerwę. Nie są one stałe, tylko zależne od momentu procesu.

FORMY PRACY

Sposób pracy jest elastyczny, w miarę możliwości dostosowany do rozumienia problemu pacjenta, nie ma więc standardów, natomiast niektóre rozwiązania mogą się powtarzać ze względu na wspólność trudności uczestników.

Częstą formą jest rozmowa z postacią przedstawiającą znaczącą osobę z życia pacjenta. Niejednokrotnie przeradza się to w odtworzenie traumatycznej sytuacji lub symboliczne przedstawienie istoty problemu pacjenta. W innym przypadku skonstruowanie sceny celem odtworzenia sensu traumy, uwalnia uwięzione emocje i umożliwia przeciwstawienie się zdarzeniu, które dotknęło dziecko przy użyciu zasobów dorosłej osoby. Ma to na celu ułatwienie skontaktowania się osoby z jej przeżyciami, ich odblokowanie, wyrażenie i przeformułowanie ich znaczenia. W efekcie pacjenci robią kroki w kierunku zwiększania autonomii sposobu rozumienia swojej sytuacji, znajdowania energii do zmiany, planowania jej podjęcia lub zmian w obszarze decyzji.

Przykładowo, w trakcie rozmowy z rodzicem pacjentowi trudno jest dotrzeć do uczuć wynikających z doznania krzywdy. Pomocne może okazać się odwrócenie osoby odgrywającej tyłem lub obciążenie pracującej osoby jej ciężarem na przykład poprzez wzięcie jej „na barana”. Niejednokrotnie przeradza się to w konstruowanie sceny związanej z traumatycznym zdarzeniem, w której pacjent bierze udział lub jest obserwatorem w czasie, gdy ktoś go odgrywa na takim etapie życia, kiedy doszło do nadużycia.

Celem tych działań jest skontaktowanie się i ewentualne odreagowanie emocji, wyrażenie sprzeciwu na krzywdę, postawienie granic i wprowadzenie nowego porządku uwalniającego możliwość konstruktywnego rozwiązania życiowego.

Charakterystycznym momentem pracy własnej pacjentów jest niekiedy wstawienie się za swoją dziecięcą częścią wobec obiektów prześladowczych. Wynika stąd pełne nieufności spotkanie ze sobą małym jako bytem nieznanym, podobnie odrąconym jak przez prześladowców, a będącym źródłem potrzeb, energii i emocji. Często kończy się to umową na poznawanie i branie siebie pod uwagę, symbolicznym szukaniem

dla tego obszaru miejsca w sobie (np. w sercu).

Różnorodność form przepracowywanych problemów pacjentów opiera się na kreatywności i rozumieniu jego sytuacji zarówno przez terapeutów jak i samych uczestników, tworząc za każdym razem niepowtarzalną mozaikę zdarzeń. W trakcie trwania terapii na wyjeździe każdy z pacjentów może zrealizować trzy, cztery prace własne. W konsekwencji terapeuci oraz grupa współtworzą od trzydziestu pięciu do czterdziestu psychodram.

Kolejny istotny element pracy grupy to analiza snów uczestników, co pozwala na badanie materiału nieświadomego w kontekście zdarzeń i procesu grupowego. Pomocne jest też używanie wizualizacji lub pracy z ciałem jako materiału diagnostycznego oraz przydatnego w finalizowaniu i gruntowaniu pracy własnej pacjenta.

SPOTKANIE PODSUMOWUJĄCE

W trakcie przebiegu sesji wyjazdowych na początku i na końcu każdej z nich uczestników prosi się o wypełnienie Kwestionariusza Objawowego „O” oraz Skali Depresji Becka. Pomiaru te stanowią sposób na monitorowanie swojego samopoczucia i nastroju przez pacjentów w trakcie psychoterapii. Zbiorcza analiza tego materiału dokonuje się w trakcie czterogodzinnego spotkania podsumowującego w Ośrodku. Daje to pacjentom możliwość prześledzenia swojego procesu leczenia w oparciu o zmiany w wynikach testów. Mają oni możliwość współpracowania w tym aspekcie, pracując w podgrupach i wspierając wzajemnie swoje odkrycia. Spotkanie zawiera również podsumowujące omówienie swojej terapii przez uczestników. Rozwiązywany jest także kontrakt terapeutyczny, co zamyka ten etap leczenia.

Następnie każdy pacjent umawia się na spotkanie indywidualne z jednym z terapeutów prowadzących grupę celem omówienia kierunków dalszego leczenia. Część osób kończy swoją terapię w tym momencie, inni określają przydatność dalszej pracy nad niektórymi aspektami swoich problemów. Realizowane jest to w dalszym czasie w formie terapii indywidualnej z którąś osób prowadzących grupę.

POMOC DLA DDA

Najczęściej kojarzy się zespół stresu pourazowego (PTSD) z osobami, które brały udział w walkach wojskowych lub zostały dotknięte nimi. Wysoki odsetek Dorosłych Dzieci, które dorastały w dysfunkcyjnych rodzinach, znajdowało się we własnych „strefach wojennych”, gdzie byli poddawani częstym, czasem codziennym, traumatycznym wydarzeniom. Takie osoby wymagają świadomego poradcstwa, które rozumie długoterminowe skutki dysfunkcyjnej rodziny. Skuteczni terapeuci wiedzą, że większość dorosłych dzieci choć wydaje się uporządkowana i dobrze radząca sobie w życiu, to działa z podstawowym poczuciem bycia wadliwym. Doświadczony doradca wie, że dorosłe dzieci rozwijają w dzieciństwie podstawowe umiejętności przetrwania, które nie sprawdzają się w dorosłym życiu. ACA (Adult Children of Alcoholics® & Dysfunctional Families) to portal dla dorosłych pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych. Platforma zawiera opcję automatycznego tłumaczenia, co ułatwia znalezienie informacji (informacje o spotkaniach, literaturę, blog itd.).

Źródło: <https://adultchildren.org/>

CHARAKTERYSTYKA PROCESU GRUPOWEGO

W tak zorganizowanej psychoterapii proces grupowy postępuje szybko i intensywnie. Najczęściej grupa niezwłocznie osiąga etap współpracy, co z kolei promuje jakość prowadzonych prac dramatycznych. Intensywność procesu ulega wzmocnieniu również poprzez długotrwałe wspólne doświadczenia uczestników przebiegające poza sesjami terapeutycznymi. Obejmują one spędzanie czasu wolnego, możliwe konflikty lub koalicje czy odtwarzania doświadczeń interpersonalnych uczestników na tym „żywym” organizmie. Konieczne jest znalezienie czasu w trakcie sesji na omówienie tych doświadczeń jako ważnego elementu leczenia i korekcyjnego znaczenia zdarzeń.

PODSUMOWANIE – CZY WARTO?

Proponowany sposób leczenia dynamizuje pracę, uruchamia „wielokanałowość” doświadczenia pacjentów, ale też uruchamia większą kreatywność i elastyczność działania terapeutów. W takich warunkach, jak się wydaje, mechanizmy obronne uczestników łatwiej ulegają osłabieniu, a jednocześnie bezpieczna sytuacja pomaga w przeformułowywaniu swojego doświadczenia i doznawaniu nowych, budujących kompetencje emocjonalne i interpersonalne zdarzeń. Wieloletnie doświadczenie pokazuje zasadność i możliwość połączenia perspektywy psychodynamicznej z psychodramatyczną w leczeniu pacjentów z syndromem DDA.

* * *

Realizowanie takiej formy jest trudne życiowo dla terapeutów, przecież jedna edycja grupy oznacza miesiąc nieobecności w pracy i w domu. Z drugiej strony to stosunkowo krótka forma pracy grupowej. Oznacza, że można ją realizować np. dwa razy w roku, dając szansę leczenia, większej liczbie pacjentów. Dla wielu z nich to bardziej organizacyjnie przystępna forma terapii niż np. proces jedenastomiesięcznej grupy dwa razy w tygodniu.

Na pytanie, czy warto każdy z Czytelników może sobie odpowiedzieć sam. Z mojego punktu widzenia terapia „wyjazdowa” jest istotnym sposobem leczenia kompensowania doświadczeń złożonego stresu pourazowego osób z syndromem DDA.

Praca ta niezwykle ważna była i jest dla mnie również ze względu na współprowadzenie jej z Agnieszką, moją żoną. Stanowi obszar naszego wspólnego rozwoju profesjonalnego i osobistego. Wydaje się również, że praca z małżeństwem wzmacnia niektóre aspekty procesu doświadczania relacji u pacjentów i stanowi dla wielu obszar nowego doświadczenia. Wymaga to jednak uważnego superwizowania swoich działań ze względu na znaczenie konkretności pary dla pacjentów oraz specyfiki efektów procesu przeniesienia/przeciwprzeniesienia dla małżeństwa.

RAJMUND JANOWSKI



psycholog, psychoterapeuta
SNP PTP, specjalista
i superwizor psychoterapii
uzależnień.

Jolanta Berezowska

Każdy objaw ma swoją sekwencję, którą można zapisać i wtedy wprowadzić zmiany, nawet drobne, na początku tej sekwencji, w jej środku lub na zakończenie

O MIŁOŚCI DO JEDZENIA – ZASTOSOWANIE TERAPII ERICKSONOWSKIEJ W LECZENIU BULIMII

Gdy na rzece powstanie zator z gałęzi, wystarczy usunąć najważniejszą z nich, by rzeka miała dość siły, aby usunąć pozostałe przeszkody

Zaburzenia odżywiania stanowią problem psychologiczny i społeczny coraz bardziej widoczny we współczesnych społeczeństwach. Nie są wprawdzie zjawiskiem nowym, ale nieustannie narastającym ze względu na zwiększone społeczne oczekiwania dotyczące wyglądu oraz roli kobiet. W okresie pandemii, izolacja społeczna i znacznie częstszy kontakt z mediami społecznościowymi spowodował narastanie tego problemu wśród coraz młodszych dzieci poszukujących wzorów do naśladowania. Media, w sposób karykaturalny, propagują modę na kanony urody, które dla większości są niemożliwe do osiągnięcia.

Do zaburzeń odżywiania zaliczamy między innymi: bulimie jawną i ukrytą, anoreksję, ortoreksję (obsesyjne przekierowanie uwagi na zdrowe odżywianie), nocne objadanie, bigoreksję (obsesję na punkcie umięśnionego ciała), otyłość. W tym artykule chciałabym omówić tylko jedną z form zaburzeń odżywiania, bulimie ukrytą, której rozpowszechnienie nie jest znane, ponieważ pacjentki nie przyznają się do tego problemu przez wiele lat, czym przypominają osoby uzależnione od alkoholu lub innych używek.

W POSZUKIWANIU SAMOAKCEPTACJI

Cechą charakterystyczną tego zaburzenia jest spożywanie bardzo

dużych ilości jedzenia lub jedzenia uważanego przez pacjentki za szkodliwe, jak np. słodczyce, a następnie pozbywanie się tego jedzenia poprzez wymioty lub zastosowanie środków przeczyszczających. Napady bulimiczne mogą występować z różną częstotliwością – od kilku razy dziennie do kilku na miesiąc. Pacjentki mówią, że nie są w stanie niczego zrobić, że nie mają wpływu na objaw i wszystko „dzieje się samo”. Niechętnie przyznają się do problemu, ponieważ wstydzą się objadania, wymiotów i swojej bezradności.

Terapia ericksonowska, której autorem jest Milton Erickson, psychiatra amerykański, zakłada, że wszystko, co robimy, ma swoje pozytywne znaczenie bądź miało takie w przeszłości. W trakcie terapii poszukujemy pozytywnego przewartościowania objawów.

Pacjentki zgłaszają się, by pozbyć się bulimii, którą postrzegają wyłącznie jako wroga. Twierdzą, że dopóki mają bulimie, nie mogą siebie zaakceptować, ale chcą, żeby je zaakceptowano takimi, jakie są. Jak spełnić takie życzenie? Sposobem na to jest wyobrażone oddzielenie bulimii od osoby (tzn. jej personifikacja). Można nadać jej imię, np. Panna Boli, można ją narysować, znaleźć maskotkę, która będzie ją reprezentowała. Kiedy bulimia w taki sposób staje się oddzielo-

ną częścią, można do niej pisać listy, rozmawiać z nią i prosić, aby ujawniła swoje intencje. Często Panna Boli przychodzi, by regulować emocje, by pomóc pacjentce pozbyć się niechcianych emocji, np. gniewu.

Terapia ericksonowska nastawiona jest na to, co dzieje się teraz i będzie się działo w przyszłości. Nie dociekamy odpowiedzi na pytanie, dlaczego powstały te objawy, lecz szukamy sposobu, jak je zmienić.

Każdy objaw ma swoją sekwencję, którą można zapisać i wtedy wprowadzić zmiany, nawet drobne, na początku tej sekwencji, w jej środku lub na zakończenie. Pacjentkom proponuje się zmianę dowolnego elementu schematu, by mogły przekonać się, że mają wpływ na to, co wcześniej wydawało się niezmiennalne. Czasami najłatwiej jest wprowadzić zmianę na zakończenie. Przytoczę tu przykład młodej kobiety, która zgłosiła się po poradę tuż przed wyjazdem na daleką wyprawę do Azji. W podróż wybierała się w towarzystwie kilku osób. Wstydziła się i obawiała, że nie zdoła się powstrzymać przed objadaniem i wymiotami. Zaproponowałam jej umowę. Miała przygotować specjalne pudełko, a w nim schować jednodolarowe banknoty. Pacjentka obiecała, że za pierwszym razem, gdy zje za dużo i zwróci pokarm, wyjmie z pudełka jeden banknot, podrze go i wyrzuci. Przy następnym napadzie

stawka miała wzrosnąć dwukrotnie, a przy kolejnym czterokrotnie, itd. Kiedy wróciła z wyprawy, dowiedziałam się od niej, że nie wyrzuciła ani jednego dolara i nie miała napadów. Dzięki temu zadaniu mogła wzmocnić swoją motywację, a samo przygotowanie pudełka przed wyjazdem, malowanie go i przyozdabianie, było zapowiedzią pożądanego zmiany.

BĄDŹ DLA MNIE OSOBĄ

Ciekawy i bardziej złożony model oparty na terapii ericksonowskiej oraz

własnych badaniach zaproponowała Margaret Gröne. Według jej założeń, podstawą leczenia jest wspomniane już wcześniej odnalezienie pozytywnych stron bulimii. Znaleźnięcie odpowiedzi na pytania: czy bulimia to wróg czy przyjaciel – a może i jedno i drugie, dlaczego pacjentka z jednej strony z nią walczy, a z drugiej strony ją lubi i potrzebuje.

Personifikując objaw, pacjentka wyobraża sobie bulimie jako osobę, dzięki czemu łatwiej rozmawiać z nią. Może wyobrazić sobie, że zaprasza

bulimie na wewnętrzną konferencję, nadając jej w swojej wyobraźni wygląd, wiek i sposób mówienia. Może też na taką konferencję zaprosić inne wyobrażone części np. opiekuna albo rozsądek, poczucie wartości, godność, nadać im nazwy, określić wygląd i obserwować, jak będą dyskutowały.

Drugim ważnym postulatem jest określenie celów psychoterapii w pozytywnych kategoriach. Bardzo często pacjentki mówią „nie chcę tego”. Tłumaczenie im, że nie można kupić w kasie biletu do miejscowości, do której się nie chce jechać, jest dobrą metaforą procesu terapii. Wtedy pojawia się refleksja, że potrzebne jest pozytywne nazwanie tego, dokąd razem będziemy wędrować. Gdyby przyszła wróżka i obsypała pacjentkę złotym pyłem, to jak zachowywałaby się ona, jaka byłaby i po czym poznałoby jej domownicy, że się zmieniła. Im dokładniej określamy cel, tym łatwiej do niego dotrzeć.

Margaret Gröne nazywa to techniką „zamiast”, tzn. w miejsce „nie chcę tego”, pacjentka wybiera „co chcę?”, „jaki jest mój jasno określony cel?”, „co będę myśleć?”, „jak się będę czuła?”, „jak zachowywała?”, „kiedy zakończę terapię?”.

W terapii ericksonowskiej za zwyczaj pacjentka poszukuje sytuacji, którą nazywamy wyjątkiem – to czas, w którym objaw nie występuje albo jest znacznie mniejszy. Poszukuje odpowiedzi na pytanie, co takiego zrobiła, że tego dnia bulimia nie przyszła z wizytą.

Kolejnym ważnym elementem procesu jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o koszty rezygnacji z objawu. Porzucenie objawu ma swoje dobre i złe strony. Pacjentki muszą przygotować się na zmiany i poszukać zasobów, aby uporać się z tym, co mogą stracić. Często motywem jest obawa, że ich waga się zmieni, a kosztem będzie niemożność jedzenia tego, na co mają ochotę. Pacjentki zazwyczaj dzielą jedzenie na dobre i złe, bardzo pożądane, ale jednocześnie odrzucające.



W terapii ericksonowskiej często posługujemy się opowieściami. Czasem opowiadam własną historię, która miała miejsce, kiedy w Polsce były problemy z zaopatrzeniem w żywność, a moje dzieci bardzo lubiły banany. Kiedy udawało mi się je kupić, zjadały wszystkie od razu. Po jakimś czasie jednak, banany nie były już tak trudne do zdobycia i mogłam je kupować dzieciom w nieograniczonej ilości. Wraz ze wzrostem dostępności owoce straciły na atrakcyjności. Dzieci zjadały tylko część, a resztę zostawiały na później. I nie trzeba już dopowiadać, że podobnie jest ze słodyczami. Kiedy są zakazane i bardzo oczekiwane, trudno się im oprzeć. Kiedy mamy kilka paczek lodów w lodówce, można je jeść pomału lub wcale.

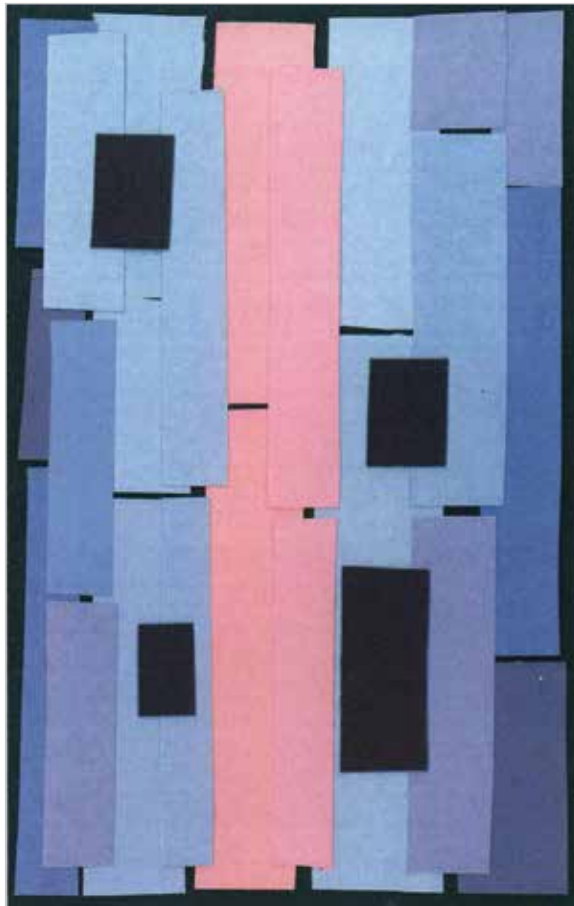
Można wspólnie z pacjentką stworzyć przepis, specjalną instrukcję na to, jak stworzyć objaw, zaprosić w odwiedzin Pannę Bulimię.

Na przykład, jedna z pacjentek, nauczycielka z zawodu, opisała to tak: kiedy tylko się budzi, musi pomyśleć, że ten dzień będzie ponury, że na pewno nic się nie uda, uczniowie będą okropni, będzie padał deszcz. Musi się ubrać jak zwykle w tę samą czarną sukienkę. Patrząc w lustro, mówić sobie, że jest beznadziejna, i że jeżeli się zakocha, to na pewno nieszczęśliwie. Kiedy spełnia wszystkie te warunki, to czuje się tak źle, że bez dalszego namysłu może już pójść do sklepu i kupić wszystko, co potrzebne, by zaprosić bulimię. Opisanie tej strategii pozwala pacjentkom zrozumieć, że one są autorkami tego, co się wydarza, a napad jest konsekwencją tego, co same skonstruowały.

LECZENIE PRZEZ OPOWIADANIE

Cechą charakterystyczną terapii ericksonowskiej jest opowiadanie dowcipów, historii, anegdot i bajek.

Przykładem może być dowcip o człowieku, który przynosił do pracy



bułkę z serem. Kiedy rozwijał kanapkę, mówił „ojej, nie lubię sera” i złościł się. Za trzecim razem, gdy kolega to usłyszał, powiedział mu: „Poproś żonę czy mamę, aby robiła ci inne kanapki”. Na co ten pierwszy odpowiedział ze zdziwieniem „Przecież kanapki robię sobie sam”.

Ważnym elementem pracy terapeutycznej jest prośenie pacjentek o wykonywanie zadań pomiędzy sesjami. Może to być, tzw. przepisanie objawu, gdy np. prosi się pacjentkę o to, by jej napad bulimii wystąpił tylko o określonej porze dnia, przykładowo w poniedziałki, środy i piątki po godzinie 16.

Kolejnym punktem terapii jest profilaktyka nawrotów, o których lepiej mówić, że są tylko epizodami i że można na nie się przygotować. Pacjentce można zaproponować napisanie „listu na deszczowy dzień”, w którym zapisze, jakie ma zasoby i mocne strony. List ten służy temu, aby zapobiec myśleniu w kategoriach „albo-albo”, powrotowi do czarno-białej wizji świata, w której jest ona albo całkowicie zdrowa, gdy nie doświadcza żadnych problematycznych zachowań,

albo jest całkowicie chora, gdy jakieś trudne zdarzenie wystąpi, wywołując jednorazowe odwiedziny Panny Boli. Nowy sposób myślenia to poszukiwanie obszarów równowagi i przyzwolenia, że nawet jeśli bulimia odwiedziła ją chwilowo, to może odjechać i już nie wracać.

Przykładem może być pacjentka, która zadzwoniła do mnie po dłuższym czasie od zakończenia leczenia, w szczególnie trudnym momencie życia po zakończeniu jej sprawy rozwodowej. Powiedziała mi przerażona, że jadąc do domu, nakupiła mnóstwo jedzenia i tego dnia wróciła do dawnych zwyczajów. Wystarczyło przypomnieć jej o liście na deszczowy dzień, aby odnalazła spokój.

Napady objadania mogą też spełniać ważne funkcje w systemie rodzinnym, zwłaszcza u dziewczyn czy chłopców w okresie dojrzewania. Wtedy na terapię zapraszamy całą rodzinę. Błędne koło objawów przejawia się wówczas tym, że rodzice mówią „możesz od nas odejść, kiedy przestaniesz wymiotować i się objadać”, a nastolatka mówi „najpierw muszę odejść, żeby przestać”. Ta postać zaburzenia to bulimia jawna.

Reasumując, jeżeli w czasie terapii podjęte zostaną takie kroki jak akceptacja, personifikacja, wewnętrzna konferencja, odnalezienie wyjątków, pozytywne określenie celu, odnalezienie warunków wspierających zdrowie – to zazwyczaj pomyślna terapia nie trwa dłużej niż pół roku. Dopiero w tym momencie można ewentualnie zawrzeć kolejny kontrakt dotyczący innych problemów pacjentki.

JOLANTA BEREZOWSKA



Lekarz psychiatra, psychoterapeutka i superwizor SN PTP oraz SP PTP. Nauczyciel w Polskim Instytucie Ericksonowskim. Wykładowca na Uniwersytecie SWPS. Prowadzi filię PIE w Warszawie oraz Centrum Psychoterapii i Uważności.

Anna Kaźmierczyk

Istnieje bardzo ściśle powiązanie pomiędzy uzależnieniem od środków psychoaktywnych a relacjami partnerskimi

UŻYWKI PŁOMIENIEM PODTRZYMUJĄCYM POŻĄDANIE?

Po spożyciu środków psychoaktywnych uwaga koncentruje się na pozytywnych, atrakcyjnych aspektach osoby. Alkohol oraz narkotyki w początkowej fazie brania/picia lub przy sporadycznym używaniu, pomagają budować poczucie pozytywnej relacji, a także wzmagają doznawanie przyjemności seksualnej. Osoby używające alkoholu lub narkotyków często bagatelizują ich negatywny wpływ na relacje partnerskie, a także na seksualność.

PRZYPADEK PANA KRZYSZTOFA

Pan Krzysztof, 35-letni mężczyzna, właściciel dobrze prosperującej firmy. Elokwentny, zadbany, atrakcyjny mężczyzna. Zgłaszany problem dotyczył trudności w relacji partnerką.

Pan Krzysztof pochodzi z inteligentnej rodziny, oboje rodzice są dobrze wykształceni, osiągają sukcesy w swoich profesjach. Ich relację opisuje jako chłodną, ale dobrą, jest jedynakiem. Do tej pory nie doświadczał kryzysów, był dobrym uczniem i studentem, miał kolegów, prowadził ciekawe życie towarzyskie. Z dziewczynami oraz kolegami miał pozytywne kontakty, był z nich zadowolony.

Od czasu liceum eksperymentował z alkoholem i narkotykami. Nie uważał tego za problem, ale za dodatek do imprez. „Na co dzień” nie używał narkotyków, czasem pił alkohol – piwo lub wino. Zaprzeczał, że w używkach tkwi jakiś jego problem.

Partnerki, z którymi był do tej pory, również obecna, też nie stroniły od okazjonalnego zażywania narkotyków. Pan Krzysztof z partnerką prowadzili imprezowy styl życia, mieli szerokie

grono towarzyskie, często wyjeżdżali. Pacjent żył od weekendu do weekendu. W tygodniu pracował bardzo ciężko i intensywnie. Miał stresującą i wyczerpującą pracę. Weekendowe imprezy były sposobem na kontakt z ludźmi, odreagowanie, a intensywne doznania seksualne stanowiły nagrodę za trud, wysiłek, stres z całego tygodnia. Aktywność seksualna była tym ważniejsza, że w tygodniu zazwyczaj był jej pozbawiony (poza masturbacją), a odczuwał duże potrzeby seksualne. Dzięki narkotynom jego seks był wyjątkowy, zarówno dla niego, jak i partnerki. Często jednak wybuchały między nimi straszne awantury. Pojawiała się agresja psychiczna, a czasem fizyczna zarówno ze strony pana Krzysztofa, jak i pani Katarzyny. Kochał ją i uważał, że ich relacja ma potencjał na trwałe związki, momentami jednak nie rozumiał jej ani tego, co się między nimi dzieje.

Para wielokrotnie uprawiała seks pod wpływem alkoholu i różnego rodzaju narkotyków (kokainy, amfetaminy, metamfetaminy, marihuany). Z czasem pan Krzysztof zaczął zauważać u siebie kłopoty z utrzymaniem wzwodu. Udał się do lekarza i zaczął przyjmować viagrę. Robił to w tajemnicy przed partnerką, gdyż nie chciał stracić w jej oczach obrazu silnego i sprawnego mężczyzny. Sam również nie przejmował się tym, wierzył, że to przejściowe trudności związane ze stresem w pracy, zmęczeniem, imprezowym trybem życia. Z czasem relacja z panią Katarzyną stawała się dla pacjenta coraz ważniejsza, nie tylko w wymiarze seksualnym.

Jego nastroj był obniżony. Obraz samego siebie uległ załamaniu. Z sil-

nego, pewnego swej wartości „macho” stał się załęczonym, wycofanym mężczyzną nie bardzo wiedzącym, czego chce. Czuł pustkę i beznadzieję, nic nie sprawiało mu radości. Partnerka, aby wesprzeć go psychicznie, również odstawiła narkotyki. Ich relacja stała się inna, pusta, przestali uprawiać seks, mało rozmawiali.

Sytuacje te pomogły pacjentowi podjąć decyzję o rozpoczęciu psychoterapii, a także o odstawieniu narkotyków.

ROZMOWA ZAMIAST ODREAGOWANIA – TERAPIA INDYWIDUALNA W KONTEKŚCIE TERAPII PARY

Jako cel terapii pacjent stawiał sobie poprawę relacji z partnerką. Już na etapie konsultacji formułował swój problem w obszarach dotyczących narkotyków oraz seksualności.

Pierwsza faza terapii polegała na pomocy pacjentowi w ustabilizowaniu nastroju i radzeniu sobie z ochotą na branie. Zmiany spowodowane odstawieniem narkotyków nie podobały mu się, potrzebna była więc pomoc w budowaniu motywacji do abstynencji. Z tygodnia na tydzień pacjent radził sobie coraz lepiej z panowaniem nad chęcią powrotu do nałogu.

Pomagało mu również wsparcie partnerki, która po odstawieniu narkotyków czuła się dużo lepiej. Uważała, że służy im jako parze abstynencja, zaczynają się lepiej poznawać i być ze sobą naprawdę. Niepokoiła ją tylko kwestia współżycia – ale miała nadzieję, że z czasem i ta sfera się poprawi.

Pacjent wciąż miał problemy ze wzwodem, ponadto dla obojga jakość

seksu na trzeźwo była mało atrakcyjna. Aby zmienić nastawienie pacjenta do seksu, terapeutka zaleciła zakaz współżycia. Para mogła się przytulać całować, pieścić się i nawet doprowadzać do orgazmu, ale bez penetracji. Pacjenci uczyli się bliskości i czułość. Robili sobie wzajemnie masaże, które czasem przeradzały się w pieszczoty, a czasem nie. Zaczęli odczuwać przyjemność z wzajemnego widoku i dotyku. Po miesiącu obcowania bez penetracji złamali zakaz i doszło do pełnego stosunku z ejakulacją.

Od tej pory nawet nieudane próby współżycia nie budziły w partnerach frustracji. Nauczyli się również penetracji na niepełnym wzwodzie i czerpali przyjemność z aktu obcowania za sobą, nie nastawiali się wyłącznie na orgazm.

Pan Krzysztof w psychoterapii po raz pierwszy w życiu rozmawiał o swoich uczuciach, myślach oraz poddawał je analizie.

W jego rodzinie nie było rozmów. Liczyły się sukcesy, pieniądze, dobra prezencja, społeczne uznanie i prestiż. Swoje dzieciństwo do tej pory idealizował. Okres przed-szkolny wspomina dobrze, pamięta głównie kolegów i zabawy. Z przedszkola odbierała go babcia (mama mamy) i zajmowała się nim do wieczora. Babcia kochała go i rozpieszczała. Z rodzicami spędzał głównie weekendy, zazwyczaj wyjeżdżali na wycieczki, gdzie zawsze były jakieś inne dzieci lub zajęcia zorganizowane. W okresie szkoły podstawowej grał w tenisa oraz w piłkę nożną. Sportowi towarzyszyły częste wyjazdy na obozy, wycieczki – miał mnóstwo znajomych i przyjaciół.

Analizując wspomnienia, zrozumiał, że miał w życiu bardzo wiele przeżyć i ekscytujących doświadczeń, a bardzo mało bliskości i relacji. Nie wiele wiedział o swoich rodzicach – poza tym, że pracowali i dobrze się dogadywali (nie pamięta kłótni ani awantur). Pacjent nauczył się ukrywać przed sobą i innymi uczucia, nie wiedziałby nawet, co z nimi zrobić. Traktował siebie i swoje życie jako „projekt”, starał się go dobrze zrealizować. Nie



czuł się niekochany, ale też nie miał poczucia bycia kochanym przez kogoś – poza babcią, która zmarła, gdy miał trzynaście lat. Pacjent nigdy nie odczuwał osamotnienia. Zawsze miał, co i z kim robić. Nie zastanawiał się nad sobą.

Związek z panią Katarzyną był kolejnym powtórzeniem stylu wchodzenia w relacje. Narkotyki przedłużały ekscytację, która w naturalny sposób zanikała w miarę trwania relacji.

W trakcie terapii przyznał, iż nie chce, aby jego życie polegało na imprezach, narkotykach, przyjemnościach. Bolesne było dla pacjenta odkrywania siebie na nowo. Często płakał podczas sesji, wspominając liczbę partnerek, ekscesów seksualnych oraz ich funkcji w swoim życiu. W końcu odkrył w sobie potrzebę utrzymania więzi – z jej wszystkimi aspektami.

Wielomiesięczna praca nad sobą pozwoliła pacjentowi zaangażować się w związek z panią Katarzyną i wieść satysfakcjonujące życie seksualne. Nauczył się, że jeśli utrzymywanie relacji wpływa zarówno z popędu seksualnego, jak i z pragnienia więzi w zrów-

noważonych proporcjach, relacja będzie satysfakcjonująca dla obojga partnerów. Ekstazy doznania miały charakter bardziej intymny i relacyjny.

PODSUMOWANIE

Używanie środków psychoaktywnych jest atropą prawdziwej bliskości, namiętności, poczucia swojej wyjątkowości czy mocy. Motywy i potrzeby seksualne realizowane przy użyciu alkoholu i narkotyków wynikają z potrzeby redukcji zahamowań seksualnych, neutralizacji lęku i wstydu, a także pragnienia zwiększania przyjemności. Osoby używające narkotyków uzależniają się, ale negują ten fakt. Nie mają świadomości, jak zażywanie wpływa na ich sprawność seksualną.

Zaburzenia seksualne występujące głównie na tle organicznym dotyczą większości osób przyjmujących narkotyki już w pierwszych miesiącach uzależnienia. Najczęściej występujące zaburzenia seksualne u uzależnionych mężczyzn to obniżenie libido, zaburzenia erekcji, opóźnienie lub brak wytrysku nasienia, a u kobiet – bolesne stosunki, zanik lubrykacji, orgazmu, spadek libido.

Eksperymentowanie czy wspomaganie się przy kontaktach seksualnych narkotykami jest jak gra w „rosyjską ruletkę” – podniecająca, ekscytująca, dająca ogromną satysfakcję, jednak bardzo ryzykowna. Nie zawsze powrót sprawności seksualnej czy odwrócenie skutków działania narkotyków jest możliwe lub następuje tak szybko jak u przedstawionego pacjenta.

ANNA KAŻMIERCZYK



Psycholog, seksuolog, certyfikowany psychoterapeuta SNP PTP, specjalista terapii rodzin, superwizor aplikant SNP PTP. Specjalista Psychoterapii Dzieci i Młodzieży. Prowadzi własną praktykę.

Ireneusz Kaczmarczyk

Wspólnota Anonimowych Alkoholików stanowi najbardziej znaną na świecie i powszechnie dostępną formę wsparcia dla poszukujących pomocy osób uzależnionych od alkoholu. W dniach 26 i 27 września odbyła się w Krakowie konferencja pod tytułem „12 kroków – droga od kryzysu do wolności”

TERAPEUTYCZNE FUNKCJE WSPÓLNOTY ANONIMOWYCH ALKOHOLIKÓW

Wspólnota AA opiera się na idei wzajemnej pomocy, ma własną tożsamość, bogate tradycje, wyraziste zasady i stabilny program zdrowienia. Jednym z najważniejszych pytań dla każdego teoretyka i praktyka zajmującego się pomocą psychologiczną, psychoterapią osób uzależnionych jest to, w jaki sposób Wspólnota AA wpływa na swoich członków, na ich osobistą i społeczną przemianę. Niniejszy tekst stanowi próbę odpowiedzi na to pytanie. To jednocześnie temat mojego wystąpienia w trakcie krakowskiej konferencji pod takim właśnie tytułem, który zanim jeszcze konferencja się zaczęła, wywołał w środowisku wiele dyskusji.

Problemy osób uzależnionych mają taki poziom złożoności, że uzasadnione jest wykorzystywanie do wyjaśniania terapeutycznych funkcji Wspólnoty kilku koncepcji teoretycznych. Odwoływanie się wyłącznie do powierzchownych obserwacji tworzy najczęściej karykaturę jednego z najważniejszych fenomenów społecznych ubiegłego wieku. Dlatego też rozważania na ten temat prowadzę w ujęciu socjologicznym, psychologicznym i filozoficznym. W artykule odwołuję się do literatury przedmiotu i badań, świadectw, dokumentów, tekstów źródłowych AA oraz badań Wspólnoty AA w Polsce, jakie realizowałem w latach 2000–2004*.

HISTORIA IDEI

Kilka zdań na temat historii poszerza tło, na którym lepiej widać dzisiaj-

szky kształt wspólnoty. W 1931 roku Rowland Hazard, amerykański biznesmen, przyjechał do Zurychu, aby spotkać się z Carlem Gustavem Jungiem (1875–1961). Szukał u niego pomocy w związku ze swoim piciem. Kilka miesięcy terapii u Junga niewiele jednak pomogło i Hazard wrócił do picia. Jung przyznał się swojemu pacjentowi, że wobec jego problemu pozostaje bezsilny, zasugerował, że jedynie jakaś wewnętrzna przemiana i pomoc innych ludzi mogą przynieść rezultaty (Kurtz, 1979).

Hazard już wcześniej korzystał z pomocy terapeutycznej proponowanej przez Kościół Episkopalny, założony w 1860 roku. Twórcą idei tego Kościoła był Elwood Worcester (1862–1940), duchowny, profesor filozofii i psychologii. Łączył on w swoim Kościele i pracy terapeutycznej – zarówno grupowej, jak i indywidualnej – psychologię z religią i duchowym wymiarem człowieka.

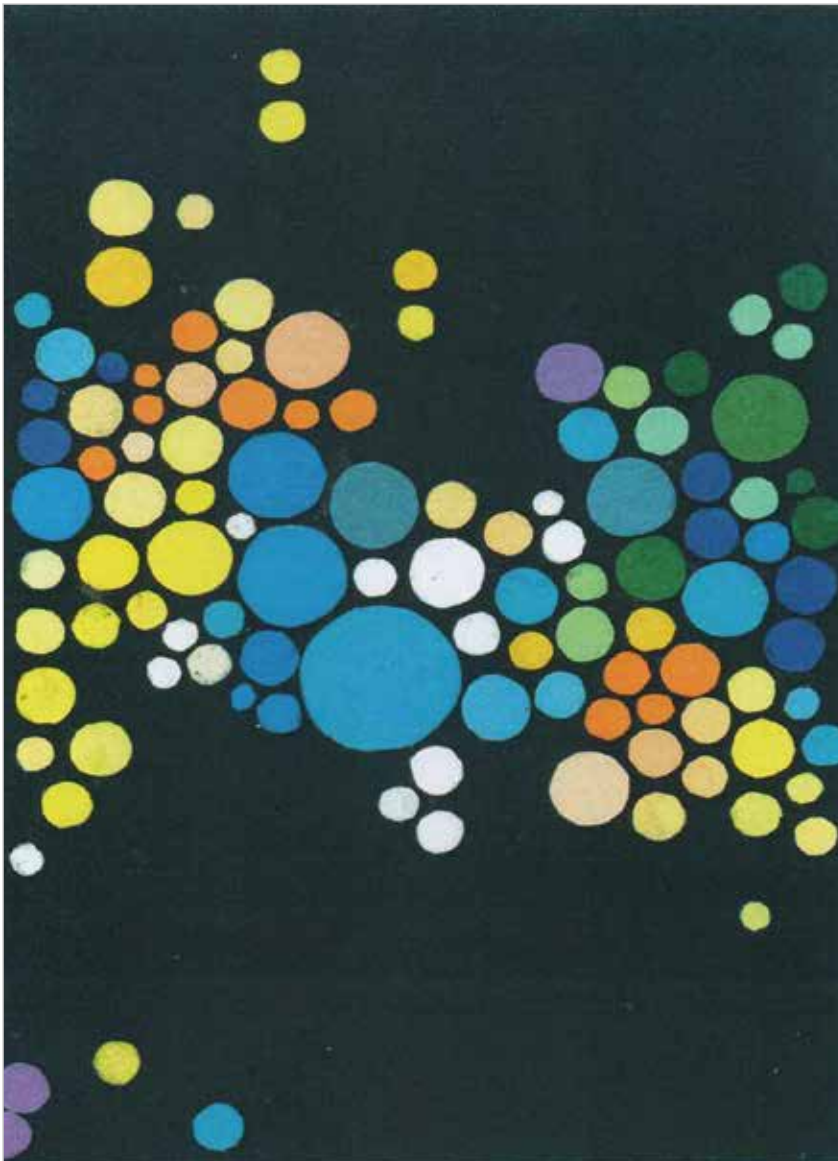
Tą problematyką zajmował się w Ameryce również William James (1842–1910) – uważany za twórcę psychologii amerykańskiej. James był fenomenologiem, zainspirowany osobistymi przeżyciami badał religijne doświadczenia ludzi, zajmował się problematyką woli, świadomości, zagadnieniami wartości i duchowości. Wywarł wpływ na duchowy nurt w psychologii i psychoterapii, a także – jak się później okazało – na Wspólnotę AA. Zmarł w 1910 roku i nigdy się nie

dowiedział, jak bardzo jego dokonania zmieniły losy wielu ludzi.

Warto w tym miejscu wspomnieć o początkach wspólnoty (Woronowicz). Na przełomie XIX i XX w. za sprawą luterańskiego pastora, dr. Franka Buchmana, powstała Chrześcijańska Wspólnota Pierwszego Wieku, której celem było odnowienie tego, co stanowiło istotę chrześcijaństwa z I wieku n.e. Z tej Wspólnoty wyłoniła się później tzw. Grupa Oksfordzka. Obowiązywała w niej m.in. zasada czterech absolutów, tj. absolutnej uczciwości (w stosunku do siebie i innych, w słowach, czynach i myślach), absolutnego altruizmu (stałej gotowości do pomagania innym), absolutnej czystości (ciała, umysłu i zamierzeń) oraz absolutnej miłości (do Boga i do bliźniego, takiej jak do siebie samego). Z Grupą Oksfordzką spotkali się również późniejsi założyciele Wspólnoty AA.

R. Hazard, którego losy tu śledzimy, swoje doświadczenia i świadectwa osobistej przemiany, jakiej dokonał przy pomocy Grup Oksfordzkich, przekazał Williamowi Wilsonowi, maklerowi giełdowemu z Nowego Jorku, który również borykał się z problemem alkoholowym.

Jak wspominałem powyżej, w Grupach Oksfordzkich obowiązywała zasada czterech absolutów: absolutnej uczciwości, absolutnej stałej gotowości do pomagania innym, absolutnej czystości oraz absolutnej miłości (do Boga i do bliźniego). Moralność i na-



woływanie do odnowy „grzeszników” stawiano tam na pierwszym miejscu. Oczekiwano, że również alkoholicy, członkowie tych grup, będą „padać” na kolana jako grzesznicy, a wstawać jako osoby nawrócone. Jednak Wilson nie był w stanie podporządkować się surowym wymogom grup religijnych. Podczas kolejnego ciągu alkoholowego trafił do szpitala, gdzie doświadczył opisywanego często w literaturze przeżycia duchowego. Padł rzeczywiście na kolana, jednak nie jako grzesznik, ale jako ofiara choroby. Dramaturgia tego doświadczenia spowodowała, że pacjent był przekonany, iż zwariował. Pod wpływem lektury Williama Jamesa „Różnorodność doświadczeń religijnych” znajdujący się w beznadziejnej sytuacji alkoholik zrozumiał swój kryzys. Dziś można przyjąć, że powiązanie głębokiego doświadczenia z jego

wyjaśnieniem – przez wgląd i akceptację własnej sytuacji – stanowiło początek jego wewnętrznej przemiany.

To i wiele innych podobnych zdarzeń wielu osób złożyło się na treść pierwszego z 12 kroków Programu AA. „Przyznaliśmy, że jesteśmy bezsilni wobec alkoholu i przestaliśmy kierować własnym życiem” – Bill W. (William Wilson) już jako legendarny współtwórca Wspólnoty korespondował z Jungiem. W jednym z listów zwrócił uwagę, że doświadczenia opisywane przez Williama Jamesa w jego wydanej wiele lat wcześniej publikacji odnajduje w doświadczeniach alkoholików „hurtowo”. Publikacja Jamesa inspirowała również wewnętrzną przemianę drugiego z twórców Wspólnoty AA, Roberta Smitha (Boba S.), chirurga z Akron. Spotkanie Billa W. i Boba S. w Akron (Ohio, USA) w czerwcu 1935

roku uważa się za początek ruchu AA. Dziś w domu Boba S. mieści się muzeum Wspólnoty AA.

Bill W. do doświadczeń wspólnot religijnych – zarówno o charakterze ortodoksyjnym (Grupy Oksfordzkie), jak i duchowym (Kościół Episkopalny) – włączył, tworząc program AA, dokonania wybitnych przedstawicieli nauki, przede wszystkim Jamesa i Junga, ale także psychiatry Harry’ego Stocka Sullivana (1892–1949). Ten ostatni postawił tezę, iż budowanie poczucia bezpieczeństwa nie odbywa się przez unikanie zagrożeń, lecz wychodzenie im naprzeciw. To znalazło swój zapis w programie zdrowienia.

Bill W. zrezygnował jednak z patronatu Grup Oksfordzkich. W ten sposób problem grzechu wynikającego z picia alkoholu został zamieniony na problem człowieka. W kierunku zdrowienia zaproponowanym przez Billa W. i jego współpracowników pojawiło się:

- uznanie bezsilności wobec nałogu zamiast grzechu,
- Siła Wyższa zamiast jedyne Boga,
- pokora wobec ograniczeń zamiast upadku na kolana,
- przemiana duchowa zamiast moralności,
- rozwój wewnętrzny zamiast religijności.

W tych założeniach uwidacznia się filozofia Jamesa, gdzie religia jest przede wszystkim filozofią doświadczenia. Doświadczenia, w którym nie chodzi o doświadczenie Boga, lecz transcendencji, wyjścia poza własne ograniczenia. Otwiera na coś więcej niż instytucje i symbole, co się przejawia w sformułowaniu „jakkolwiek go pojmujemy”. Dziedzictwa duchowego dostarczył rodzącemu się ruchowi również Kościół Episkopalny (protestancki), a jego przedstawiciel, Sam Shoemaker, w sposób zasadniczy wpłynął na kształt zawartej w tym programie filozofii. Duchowy kierunek procesu trzeźwienia zawarty został w programie znanym dziś jako Program 12 Kroków AA.

Mimo rozwoju wspólnot nie stanowił on panaceum na tak powszechny problem, jakim było nałogowe picie. Budziło to troskę zarówno AA, jak i ekspertów od pomocy psychologicznej. Świadczenia osobiste, wyjątkowe i specyficzne nie przekładały się na metodologicznie spój-

na etiologię choroby i metody leczenia. Dokonał tego dopiero Elvin Morton Jellinek (1890–1963), kiedy to po raz pierwszy w 1946 roku nazwał alkoholizm chorobą (Jellinek, 1987).

Pojawienie się tych dwóch perspektyw – oddolnej, duchowej oraz naukowej, profesjonalnej – zaowocowało bardzo szybkim rozwojem pomocy psychologicznej dla osób uzależnionych. Analizy doświadczeń AA oraz efektów oddziaływań wspólnoty ukazują osadzenie jej idei w antropologii filozoficznej, psychologii egzystencjalnej, fenomenologii i historii człowieka w ogóle. William James i jego teorie woli, świadomości, doświadczeń duchowych oraz Carl G. Jung, który skierował poszukujących pomocy alkoholików na drogę wewnętrznej przemiany uznawani są dziś za „ojców duchowych” Wspólnoty AA. Ślady tego procesu znajdujemy w rodzącej się wiele lat później amerykańskiej psychologii i psychoterapii egzystencjalnej, a w Europie filozofii Karla Jaspersa.

EGZYSTENCJALNE PROBLEMY OSÓB UZALEŻNIONYCH

Bez znajomości problemów egzystencjalnych AA trudno zrozumieć terapeutyczne znaczenie Wspólnoty dla procesu ich zmiany. Osoby pijące odczuwają przymus picia. Jest doświadczeniem utraty wolności psychologicznej, rozumianej jako zdolność człowieka do kierowania swoim życiem. W konsekwencji ogranicza to bądź uniemożliwia poszukiwanie odpowiedzi na podstawowe pytania, jakie stawia sobie w życiu człowiek, o to „kim jest” i „jaki jest”. Życiowe zdarzenia zdeterminowane uzależnieniem od alkoholu układają się w „codziennosc” w określony sposób życia często przez wiele lat. Towarzyszy mu zwykle poczucie winy i wstyd, a w końcowych etapach picia rozpacz (*Anonimowi Alkoholicy*, 1996). Dotyka więc fundamentów Osoby, jej godności, wartości, sensu życia.

Celem Wspólnoty Anonimowych Alkoholików jest przywrócenie podmiotowości człowiekowi uzależnionemu.

Alkoholicy starają się „przetwać” w świecie, z którym zerwali więzy bądź z którego zostali wykluczeni. Przed przystąpieniem do Wspólnoty byli samotni i wyobcowani. Choroba w znac-

nym stopniu ograniczała ich świadomość i zdolność kierowania swoim życiem. We Wspólnocie AA uzyskali wsparcie niezbędne do osiągnięcia, utrzymywania i utrwalaenia abstynencji, a także dalszej zmiany osobistej. Wspólnota AA zapewnia – adekwatnie do destrukcyjnej struktury kryzysu – warunki do przeprowadzenia konstruktywnej osobistej przemiany.

Analizując funkcjonowanie wspólnoty i jej uczestników z perspektywy egzystencjalnej, można wyodrębnić zjawiska i warunki wpływające na ten proces zmiany: zbudowanie poczucia bezpieczeństwa i wsparcie uczestników, uruchomienie autorefleksji i zmiana świadomości, analizowanie doświadczeń i kształtowanie tożsamości, odzyskiwanie wpływu na swoje życie, nauka nowych umiejętności, powrót do wartości, odzyskanie sensu życia.

WARUNKI ZMIANY I OSOBOWY ROZWÓJ

Dla terapeuty uzależnień może się okazać ważnym i przydatnym to, co w konstrukcji i działaniu wspólnoty sprawia, że jej członkowie doświadczają zmiany.

Po latach doświadczeń terapeutycznych i własnych badań mógłbym postawić dziś tezę, że ten oddolny ruch oparty na bezpieczeństwie jego członków może być inspiracją dla psychoterapeutów i punktem odniesienia dla budowania, zarówno strategii terapeutycznej, jak i terapeutycznej relacji. Analizując bowiem z różnych perspektyw zjawiska typowe dla Wspólnoty, można w nich wyodrębnić „czynniki leczące”. Członkowie wspólnoty nie są tu „w terapii”, ale znajdują się w procesie, który dzięki nim stał się ich „terapeutycznym procesem”. To oczywiście teza przyjęta na użytek zawartej tutaj metaanalizy, jednak tylko w ten sposób mogą zwrócić uwagę psychoterapeutów, że często anegdotyczne opinie na temat wspólnoty AA w istocie te czynniki pomijają. Nie uwzględniając jej głębokiej tradycji, filozoficznych i psychologicznych korzeni, udziału w jej ostatecznym kształcie największych myślicieli i praktyków tamtego czasu, pozbawiają się ważnego źródła wiedzy o procesie zmiany osób uzależnionych.

Można powiedzieć, że wszyscy wyrastamy z tego samego źródła idei niesienia pomocy. Przyglądając się więc zjawiskom zachodzącym we wspólnotcie, możemy rozpoznać w nich funkcje dynamizujące proces zmiany jej członków.

• Standardy terapii i sojusz stanowią fundament każdego procesu leczenia.

We wspólnotcie na te ramy składają się: dorobek i mądrość wspólnoty, wyjaśnienia źródeł cierpienia, przewidywalność i cykliczność spotkań AA. Sojusz, czyli świadomość uczestnika „na co może tu liczyć, jaki jest cel i misja wspólnoty”. Całość struktury jest oparta o 12 tradycji i 12 kroków czyli ramy autoterapii, a także o wyraźne i przewidywalne role osób, które dobrowolnie angażują się w działania na rzecz tej struktury. AA wie, gdzie i po co przychodzi, i na co może liczyć.

• **Bezpieczeństwo w relacji.** W terapii stanowi jeden z najważniejszych predyktorów zmiany. We wspólnotcie relacje oparte są o akceptację dla każdego, kto się w niej pojawia, bez żadnych warunków wstępnych. Wynika to ze zrozumienia i uznania, że ma „swoją historię”. Przyjęcie jest więc bezwarunkowe, a autentyczność w tej kwestii członków wspólnoty nie podlega dyskusji. Nawijanie bliższych relacji w kontekście samopomocy buduje znaczenie wartości, kształtuje w dalszym procesie zdolności uczestników do przywiązania, dawania i przyjmowania oparcia. Ten czynnik leży u podstaw zarówno uzależnienia (zerwane więzy) jak i procesu zdrowienia (odzyskanie zdolności do ich nawiązywania)

• **Zrozumienie siebie w innej (niż własna) perspektywie.** W terapii dzięki obiektywnej wiedzy i nadawaniu znaczenia swoim doświadczeniom nabiera się dystansu do nich. We wspólnotcie umożliwia to mądrość wynikająca z doświadczeń AA i tradycji. Dla wielu osób to zupełnie nowe, właśnie korekcyjne doświadczenie, które wpływa na samoocenę.

• **Perspektywa egzystencjalna** – procesualne rozumienie swojej historii stanowi kierunek uspołnienienia

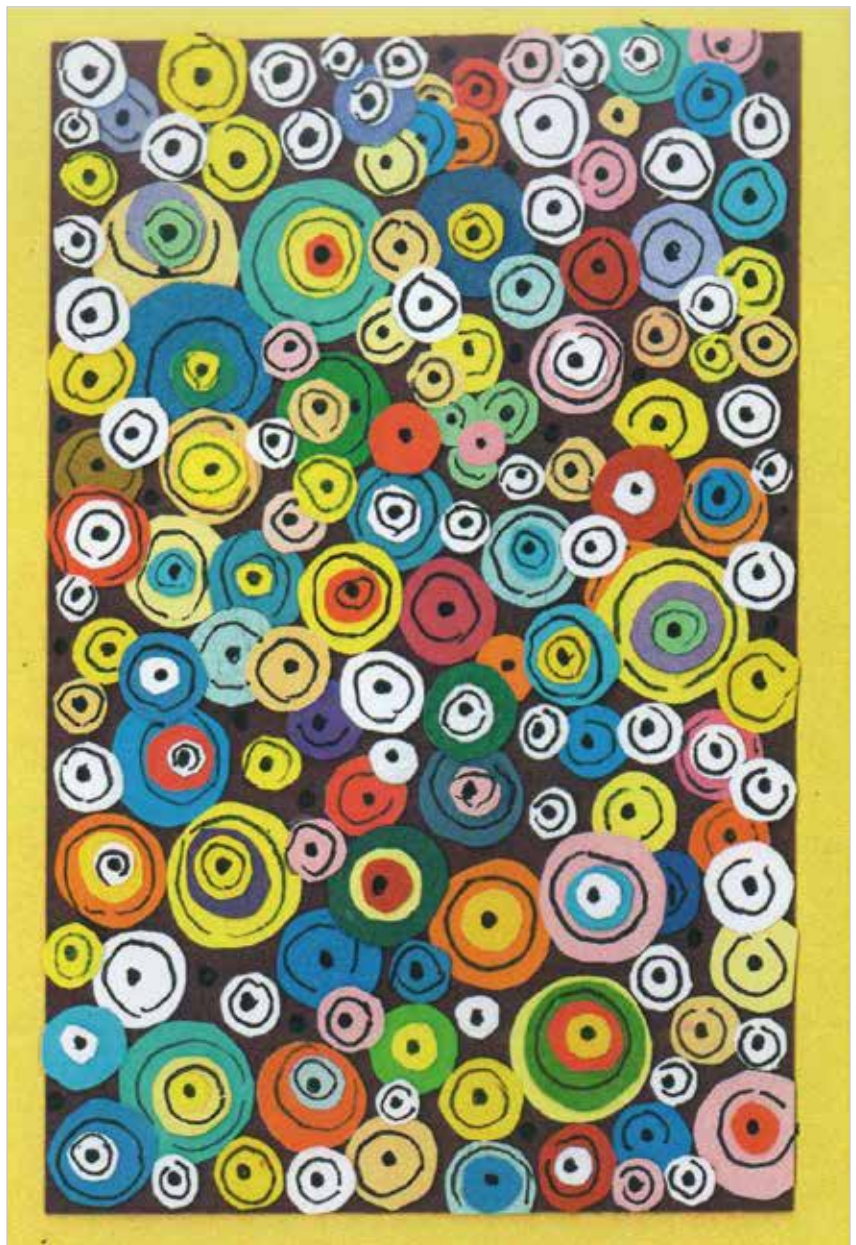
własnych doświadczeń, odzyskanie w świadomości ich ciągłości. W terapii ta perspektywa prowadzi do zmian w obszarze tożsamości. We wspólnocie następuje rekonstrukcja życia (jak było) i rekonstrukcja (jak jest dziś). To struktura, według której przebiegają często świadectwa uczestników mityngów AA. Powtórne nadawanie znaczenia swojej historii prowadzi również do zmiany systemu i poczucia wartości, ale także w efekcie wolność wyboru, podejmowania wyznań i szerzej do afirmacji życia.

- **Normalizowanie** – to jedno z najważniejszych psychologicznych doświadczeń człowieka. W terapii prowadzi do zrozumienia siebie i samoakceptacji, co jest warunkiem osobistej zmiany. We wspólnocie cierpienie i jego charakter przestaje być czymś wyjątkowym. Identyfikacja i przynależność pozwalają na rozpoznanie swoich doświadczeń w szerszej środowiskowej perspektywie, co przynosi ulgę, bo „wszyscy mamy ten sam problem”, w którym sobie pomagamy. W ten sposób następuje wyjście z cienia izolacji, samotności i wstydu, w stronę innych ludzi. Dodatkowym wzmocnieniem jest fakt, że ten rodzaj zaplecza we wspólnocie jest bezterminowy.
- **Motywacja** – wzbudzanie nadziei w terapii jest jednym z najważniejszych zadań terapeuty. We wspólnocie dokonuje się to poprzez obserwowanie innych uczestników, którzy doświadczają zmiany, odkrywanie jej warunków, radzenie sobie z trudnymi sytuacjami i kryzysami, na bazie wymiany doświadczeń. Wzmacnia tę nadzieję kultywowanie trzeźwości jako wartości, umacnianie procesu zmiany (rytuały rocznicowe). Czynnikiem motywacyjnym jest również ciekawość i emocjonalne pobudzenie (każdy mityng jest inny lub może wnieść coś nowego).
- **Regulacja emocji** – uwolnienie silnych, tłumionych uczuć jest w terapii jednym z jej ważniejszych celów. Pozwala też na głębsze zrozumienie doświadczenia związanego z tymi uczuciami. We wspólnocie każda historia opowiedziana w trakcie mityngu może być opowiedziana, niesie za sobą ulgę, jest bowiem słuchana

przez innych. Często, aby dotrzeć do jej doświadczenia (przeżycia), trzeba powtórzyć ją wiele razy. We wspólnocie nikt nie będzie z tego powodu nikogo popędzał ani oceniał. To swoiste katharsis uczy regulacji i „wytrzymywania” z mityngu na mityng kryzysowych sytuacji życiowych, a więc zaufania do samopomocy.

- **Wiedza** – w terapii tę rolę spełnia psychoedukacja oparta często o język psychologiczny. We wspólnocie dominuje wiedza i język potoczny, którego alfabetem jest „filozofia codzienności AA”, a która bardzo mocno odwołuje się do świadomości „tu i teraz”. Ten kierunek jest widoczny w fenomenologicznie i duchowo zorientowanych nurtach psychoterapii.

- **Duchowość** – w terapii ten obszar otwiera się wraz ze świadomością kwestii istotnych dla życia człowieka i jego egzystencji. We wspólnocie jest nim „siła wyższa”, termin stanowiący podstawę programu zmiany (transcendencji). W psychoterapii jest również obecny i widoczny w okolicznościach radzenia sobie z doświadczeniami emocjonalnymi przekraczającymi zdolność regulacji emocjonalnego bólu. W obu obszarach najbardziej wspólny dla człowieka, który cierpi. W przypadku osób uzależnionych doświadczających kryzysów osamotnienia i wstydu w wewnętrznym przekonaniu o zbędności dla świata, siła wyższa (jakkolwiek ją rozumieć) jest kierunkiem da-



jącym oparcie i akceptację w obliczu utraty sensu swojego życia i nadziei.

To tylko niektóre z czynników tworzących przestrzeń dla zmiany. To oczywiście jakościowa analiza procesów nieuwzględniająca ich zakłóceń. Tak jak w psychoterapii często źródłem tych zakłóceń jest psychoterapeuta, tak w ramach wspólnoty są nim sami członkowie AA. Dla AA źródłem korekty w takich sytuacjach jest struktura i tradycje, dla psychoterapeuty superwizja. Przy tej okazji trzeba jednak podkreślić dla porządku kilka istotnych różnic pomiędzy obiema formami pomagania:

- **Psychoterapeuta.** We wspólnocie przede wszystkim nie ma terapeuty, który z racji przygotowania kieruje tymi wszystkimi procesami.
- **Proces.** Podczas meetingów każdy mówi o sobie, a proces grupowy jest zablokowany. Mądrość pierwszych AA polegała na tym, żeby tworzyć przestrzeń do mówienia o sobie i słuchania innych. Niekontrolowane impulsy mogłyby skutecznie uniemożliwić proces refleksji. Nie ma więc możliwości korekty schematów interpersonalnych poszczególnych uczestników, korzystania z pomocy w odsłanianiu źródeł problemów, poddawania ich refleksji innej niż tylko wzajemne słuchanie. W grupie terapeutycznej pracującej na procesie wszystkie zjawiska są odblokowane i stanowią czynnik dynamizujący terapię. Umożliwia to nie tylko korekcyjne doświadczenie, wgląd, ale także świadomą weryfikację dokonywania zmian.
- **Traumatyczne doświadczenia.** We wspólnocie pomija się źródła cierpienia wczesnych traumatycznych doświadczeń, a tym samym poszerzenia świadomości i odzyskiwania mocy sprawczej, co jest celem terapii i treningów terapeutycznych. W terapii jest przestrzeń na pracę z bolesnymi doświadczeniami, nadawanie im znaczenia, aktualizowanie zablokowanych procesów rozwojowych, diagnozę zaburzeń i korzystanie z profesjonalnej pomocy. We wspólnocie radzenie sobie z impulsami posttraumatycznymi odbywa się w oparciu o cotygodniowy meeting i emocjonalną regulację („wyrzucenie z siebie”) poprzez relacjonowanie kryzysowych okoliczności. Istotnym oparciem jest tu więc

spotkanie z innymi członkami AA i „siła wyższa” oraz kontakt ze sponsorem. Duchowy pierwiastek pozwala sobie radzić z nieusymbolizowanymi traumatycznymi doświadczeniami (*tylko siła wyższa może przywrócić nam zdrowie...*).

- **Leczenie a trzeźwienie.** We wspólnocie zachodzi zmiana osobowa w adaptacyjnym procesie do problemów osobistych. Samopomoc polega na podtrzymywaniu równowagi emocjonalnej, rozumienie siebie w potocznym języku Wspólnoty. W terapii ten proces leczenia odbywa się w wyniku przetwarzania aktualnych i przeszłych doświadczeń, korzystania z pomocy ekspertów, farmakoterapii, poszerzenia w sposób celowy świadomości przy pomocy metod i technik terapeutycznych.

Oba obszary, choć bardzo się od siebie różnią, jednak często się przenikają. Terapia uzależnienia czerpie mniej lub bardziej świadomie z tradycji Wspólnoty. Doświadczenia terapeutyczne i superwizyjne wskazują z kolei, że stosowanie różnych technik terapii przez samych AA w ramach Wspólnoty, w tak zwanej „terapii 12 kroków” może przynieść odwrotny skutek. Nie obejmuje bowiem całości doświadczeń, a zwłaszcza problemów psychicznych. Program AA stanowi kierunek procesu zmiany, którą zapewne miał na myśli Jung czy James. Nie powstawał jako terapeutyczna strategia, lecz duchowy program zmiany i autoterapii. Takie analizy, choć zapewne zasadne, nie są jednak celem tego artykułu.

* * *

Samopomoc pomaga poradzić sobie z emocjonalnymi skutkami trudnych doświadczeń życiowych. Podtrzymuje proces adaptacji oraz zmianę zachowań, uwzględniając czynniki środowiska samopomocowego w długim terminie. Psychoterapia (choć nie każda) opierając się na wiedzy, doświadczeniu klinicznym i kompetencji, pomaga przetwarzać trudne doświadczenia w celu zmiany schematów emocjonalnych oraz ich treści.

Nie sposób omówić w jednym artykule tych fenomenów. Podsumowując już, kiedy zdarza mi się jednak utknąć w procesie terapeutycznym z uzależnio-

nym pacjentem, przyglądam się temu, co się dzieje w tym procesie przez filtr mądrości Wspólnoty i trafiam zwykle na wskazówkę, której potrzebowałem.

Dalsze porównanie opisywanych tu zjawisk samopomocowych z czynnikami leczącymi w psychoterapii, zwłaszcza w psychoterapii humanistycznej, niech pozostanie zadaniem dla zacieka-wionych Czytelników.

DR IRENEUSZ KACZMARCZYK



Psychoterapeuta humanistyczno-doświadczeniowy. Superwizor terapii uzależnień. Superwizor grupowego treningu (PTP). Wraz z grupą certyfikowanych psychoterapeutów zorientowanych focusingowo tworzy przy ośrodku INTRA Polski Instytut Focusingu.

* W tekście używam określenia „alkoholik”, aby być bliżej nomenklatury Wspólnoty.

BIBLIOGRAFIA

1. *Alcoholics Anonymous World Services, Inc. (1998). Anonimowi Alkoholicy wkraczają w dojrzałość. Krótka historia AA. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej.*
2. *Denzin, N. (1989). Interpretative Biography. Qualitative Research Methods, vol. 17, Newbury Park: Sage Publications.*
3. *Bill, W. (2000). Jak to widzi Bill? AA jako droga życia. Wybór pism współzałożyciela AA. Warszawa: Fundacja Biuro Służby Krajowej AA w Polsce.*
4. *Kaczmarczyk, I. (2008). Wspólnota Anonimowych Alkoholików w Polsce. Alkoholowe dno i co to znaczy trzeźwieć. Warszawa: ENETEIA.*
5. *Kurtz, E. (1989). Intelktualne znaczenie ruchu Anonimowych Alkoholików. Nowiny Psychologiczne, 3–4, 136.*
6. *Kurtz, E. (1990). Duchowy bardziej niż religijny charakter ruchu anonimowych alkoholików. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.*
7. *Kurtz, E. (1979). Not – God. A History of Alcoholics Anonymous. Center City Minnesota: Hazelden.*

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: www.touib.pl

Jarosław Banaszak

Twórcy Dialogu Motywującego nie wymyślili ani pytań otwierających, ani odzwierciedleń. Stworzyli jednak swego rodzaju instrukcję ich świadomego, celowego i efektywnego stosowania w terapii.

ZASTOSOWANIE DIALOGU MOTYWUJĄCEGO W TERAPII GRUPOWEJ

Terapia grupowa stanowi dominującą formę leczenia proponowaną osobą uzależnionym i ich bliskim w programach placówek leczenia uzależnień. Wynika to z faktu, że praca grupowa „jest bardzo skuteczną formą psychoterapii, a pod względem zdolności zapewnienia istotnych korzyści, co najmniej dorównuje psychoterapii indywidualnej”¹. W większości przypadków ponad dziewięćdziesiąt procent czasu, który pacjenci spędzają na realizacji programów oferowanych im w placówkach, to różne formy pracy w grupach. Sposób wykorzystania tego czasu przez terapeutów ma kluczowe znaczenie dla przebiegu i efektów terapii. Jednocześnie w programach szkół, przygotowujących specjalistów psychoterapii uzależnień, ta część pracy z pacjentami stanowiła dotąd, jeśli nie marginalny, to dalece niedowartościowany temat. Terapeuci mają świadomość potencjału tkwiącego w „grupach”, dostrzegają to, co znajduje potwierdzenie w badaniach – to nie psychoedukacja powinna być główną formą pracy. Nie dziwi więc ogromne zainteresowanie terapeutów udziałem w szkoleniach doskonalących umiejętności terapeutów uzależnień w zakresie prowadzenia psychoterapii grupowej w leczeniu uzależnień, realizowanych przez Pracownię Motywacji i Zmian w Poznaniu pod merytorycznym kierownictwem dr Ireneusza Kaczmarczyka. Szkolenia korzystają z dofinansowania Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji KCPU. Celem tych szkoleń jest dostarczenie uczestnikom wiedzy o podstawowych

zjawiskach pracy grupowej, zapoznanie z założeniami i wybranymi metodami psychoterapii grupowej w podejściach terapeutycznych, których efektywność potwierdzona jest wynikami badań naukowych.

Połączenie wiedzy, doświadczeń i umiejętności oferowanych przez podejścia: humanistyczne, psychodynamiczne, dialog motywujący, a także terapię poznawczo-behawioralną zwiększa wydajnie kompetencje terapeutów w zakresie pracy w grupach. Wspólną osią zastosowania tych podejść jest koncentracja na procesie doświadczania. Obszar emocji i relacji grupowych stanowi potencjał do zmiany jej uczestników. Wydobycie go i kierowanie procesami wymaga kompetencji i wiedzy. To bardzo praktyczny projekt ukazujący zarówno możliwości jak i kierunek rozwoju warsztatu terapeutycznego. Integracja podejść skupia się na czynnikach leczących, ich propozycje pojawiają się na różnych etapach pracy grupowej. Jedną z nich jest Dialog Motywujący (DM).

ZADANIA TERAPEUTY

W terapii grupowej fundamentalne znaczenie ma konsekwentne i skuteczne realizowanie przez terapeutów prowadzących grupy ich podstawowych zadań, którymi są: pełnienie funkcji wykonawczej, czyli kierowanie procesem, opieka, stymulacja emocjonalna i nadawanie znaczeń².

Funkcje wykonawcze terapeutów odnoszą się do tego, w jaki sposób prowadzący ustanawia i utrzymuje granice, często związane z regułami,

oczekiwaniami i normami grupowymi³. Kierowanie procesem skupia w sobie: wyznaczanie granic, sugerowanie lub ustalanie zasad, a także ograniczeń i norm, określanie celów lub kierunków podążania grupy, zarządzanie czasem, sekwencjonowanie, monitorowanie tempa, zatrzymanie, blokowanie oraz interwerniowanie. Wyraża się też w takich interwencjach jak zapraszanie, wywoływanie, zadawanie pytań, sugerowanie procedur dla grupy lub osoby oraz podejmowanie decyzji.

Opieka prowadzących wyraża się w oferowaniu i promowaniu przez nich więzi opartych na akceptacji, ochronie, przyjaźni i wsparciu, docenianiu i informacjach zwrotnych, ale także na blokowaniu zachowań antygrupowych i innych zachowań zagrażających bezpieczeństwu i rozwojowi grupy. Prowadzący potrafiący realizować tę funkcję są postrzegani przez członków grupy jako otwarci i autentyczni w okazywaniu zrozumienia, empatii, ciepła i życzliwości, a jednocześnie odważni i pewni w swych interwencjach.

Stymulacja emocjonalna to przede wszystkim umiejętność tworzenia przestrzeni, która sprzyja ujawnianiu przez uczestników grupy ich uczuć, osobistych wartości, postaw, przekonań. To także umiejętność kreowania zaangażowania i aktywności członków grupy oraz ich uważności odnoszącej się do siebie i innych osób.

Nadawanie znaczeń doświadczeniom pojawiającym się w grupie; dotyczącym poszczególnych osób, relacji pomiędzy nimi i grupie, jako całości. Celem jest do-

¹ Yalom I, Leszcz M., (2006) Psychoterapia Grupa – teoria i praktyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków.

² Liberman, M.A., Yalom, I.D. & Miles, M.D., (1973) Encounter groups; first facts. New York. Basic Books.

³ Editors: Janice L. DeLucia-Waack, Cynthia R. Kaldner, Maria TRiva Handbook of Group Counseling & Psychotherapy, SAGE Publications 2014

starczenie nowej perspektywy tym doświadczeniem. To korektywne przeżycie, w którym swoje doświadczenia rozumie się już inaczej niż do tej pory.

W psychoterapii indywidualnej czynnikiem leczącym jest relacja między terapeutą a pacjentem; spójność w terapii grupowej to odpowiednik tej relacji⁴. Warunkiem jej zaistnienia jest stworzenie przez prowadzących grupy takich warunków, w których będzie możliwe spotkanie, doświadczenie akceptacji i przyjęcia. Na temat potrzeby, istoty i warunków spotkania, w wyniku którego możliwe jest osiągnięcie prawdziwej i trwałej zmiany, wypowiadały się kolejne pokolenia wybitnych myślicieli, reprezentantów „Filozofii Dialogu”, zwanej też Filozofią Spotkania: Ferdinand Ebner (1882-1931), Franz Rosenzweig (1886-1929), Karl Barth (1886-1968), Emanuel Levinas (1906-1995), Martin Buber (1878-1965)⁵ i Józef Tischner (1931-2000)⁶.

NARZĘDZIA TERAPEUTY

Próba zogniskowanej właśnie na relacji jest dokonany przez twórców Dialogu Motywującego opis „nastawienia umysłowego i emocjonalnego”, którego uczy praktykowanie DM, nazywany przez autorów jego Duchem⁷. Nowatorskie i przełomowe w tym Duchu jest nadanie nowego znaczenia motywacji i roli klienta oraz ról terapeutów, aby możliwie najlepiej radzić sobie z często nakładanym nam (terapeutom) „brzemieniem, że to my musimy (lub możemy) skłonić ludzi do zmiany”⁸. Abyśmy dostrzegli i zaakceptowali, że pożądanego jest – jak piszą Miller i Rollnick – „zrzeczenie się władzy, której przede wszystkim nigdy nie mieliśmy”. Miller i Rollnick, tworząc Metodę Dialogu Motywującego, dokonali analizy przebiegu skutecznej rozmowy o zmianie i wyodrębnili procesy, które w jej trakcie zachodzą. Ich opis można z powodzeniem dostrzec w przebiegu procesu grupowego.

Twórcy DM przededefiniowali pojęcie aktywnego słuchania i ujawnili jego nowe aspekty. Przydali mu atuty pozwalające rozpoznać miejsce, w jakim znajdujemy się w tym procesie i wskazali, jak stosować adekwatne narzędzia umożliwiające postęp w rozwoju poszczególnych osób pracujących w grupie, relacji pomiędzy nimi i grupy jako całości. Twórcy metody desygnowali elementy dialogów, których poszczególne sekwencje generują zmiany. Usystematyzowali je i nadali im kształt interwencji, stanowiących podstawowe umiejętności związane ze stosowaniem Dialogu Motywującego. Wśród tych interwencji, szczególnie skuteczne w realizacji zadań terapeuty grupowego mogą być pytania otwierające i odzwierciedlenia.

Pytania otwierające w sensie gramatycznym są tym samym, co pytania otwarte. Jednak nie każde pytanie otwarte jest pytaniem otwierającym. Nie jest nim, np. pytanie otwarte, które może zawierać oskarżenie: Dlaczego to lekceważysz? Dlaczego przychodzisz tak późno? Dlaczego nie chcesz?, itp. Dobre pytanie otwierające to takie, które zachęcają do wypowiedzi, współgrając z aktualnymi potrzebami emocjonalnymi i merytorycznymi uczestników grupy, dotyczą tego, co ważne tu i teraz, jednocześnie uwzględniając stopień poczucia bezpieczeństwa w grupie. Pytania otwierające nie sugerują odpowiedzi, angażują, jednocześnie budząc refleksję. Nie są pytaniami retorycznymi, będącymi ukrytym wyrazem niepokoju, w miejsce wyrażenia tego niepokoju wprost. Niezależnie czy zadajemy pytanie uczestnikowi grupy, czy kierujemy je do całej grupy, rezonuje ono na wszystkich poziomach interwencji: intrapersonalnym, interpersonalnym i grupowym. Warto wsłuchać się w to, jak rezonuje ono na tych wszystkich poziomach.

Sposób słuchania, jaki proponuje DM, jest aktywnym słuchaniem; odczytywaniem i nadawaniem znaczeń. Sprzyja temu odzwierciedlenie obecnych w grupie emocji, myśli, słów i zachowań. Stosowanie odzwierciedleń zachęca do dalszej eksploracji, manifestuje uwagę i pogłębia zrozumienie, ukierunkowuje również proces. W odróżnieniu od pytań, które zawierają żądanie odpowiedzi, odzwierciedlenia niosą oczekiwania i skłaniają bardziej do syntezy niż analizy. Mogą one doty-

czyć treści zawartych w wypowiedziach lub emocji (niekoniecznie zwerbalizowanych), ale także dostrzeganych przez prowadzących procesów zachodzących w grupie.

Terapeuta stosujący odzwierciedlenia wzmacnia uważność uczestników grupy, ale także odróżnia to, co dzieje się w grupie, od tego, co się dzieje w jego głowie. Stanowi też nieopresyjny (zapobiegający wrażeniu odrzucania lub dystansowania się od grupy) sposób oddawania obrazu „tego, co w grupie”, modelowania „wzroku siebie z zewnątrz i patrzenia na innych od środka”⁹ oraz powierzenia grupie odpowiedzialności.

Tworzenie odzwierciedleń prostych jest bliskie temu, co znamy jako parafrazowanie. To krótkie powtórzenie/streszczenie usłyszanych słów, bliskie temu co zostało powiedziane (nie ma te same słowa). Nie pojawiają się w nich nowe informacje. Komunikują zainteresowanie i uwagę.

Odzwierciedlenia złożone powstają poprzez dodanie znaczenia, wydobycie głębi (to, co pod powierzchnią, a nie bezpośrednia treść) – bez daleko idących interpretacji. Mogą wykraczać daleko poza to, co zostało powiedziane, jeśli pogłębiają sens i ujmują informacje zawarte w słowach w nowy sposób, nadają im nowy kierunek lub dynamikę. Pomagają w lepszym zrozumieniu tego, co zostało wypowiedziane, ponieważ np. kontrastują wybrane elementy w konfiguracji, która do tej pory nie była brana pod uwagę.

Odzwierciedlenia wzmocnione są szczególnie przydatne wówczas, gdy słyszane deklaracje lub sądy są kategoryczne, prawie absolutne i wskazane jest ich sprecyzowanie i urealnienie lub gdy sytuacja wymaga tonowania emocji czy modyfikacji sposobu ich wyrażania. Obserwując dynamikę działania takich odzwierciedleń, łatwo zauważyć, że działają w sposób paradoksalny.

Podobnie rzecz się ma w sytuacji używania **odzwierciedleń osłabionych** – raczej wyostrzają sądy i podnoszą poziom emocji. To też okazuje się pożyteczne i przydatne.

Odzwierciedlenia dwustronne wydobywają, wzmacniają lub formułują obecną w wypowiedziach, okazywa-

⁴ Vinogradov S., Yalom I.D., Psychoterapia grupowa. Krótki przewodnik dla terapeutów, IPZ 2007, str.17

⁵ Buber.M., Y and Thou, A Touchstone Book, 1996

⁶ Tischner J., Filozofia Dramatu, Wyd. ZNAK, 2021

⁷ William R.Miller i Stephen Rollnick” Dialog Motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie, WUJ Kraków 2014

⁸ tamże

⁹ Allen jon G.,Bateman Anthony W, Fonagy Peter, Mentalizowanie w praktyce klinicznej, WUJ 2014

NARZĘDZIE INTERWENCJI »		ODZWIERCIEDLENIA	
POZIOM INTERWENCJI »	Poziom intrapersonalny	Poziom interpersonalny	Poziom całej grupy
FUNKCJA INTERWENCJI			
Wsparcie i ochrona grupy i jej członków (Support)	Potrzebujesz czegoś więcej, aby zacząć wypowiadać się w obecności całej grupy	Są w tej grupie osoby, którym jesteś skłonna zaufać bardziej niż innym	Każdy ma prawo czuć się w tej grupie bezpiecznie i każdy na wpływ na to, czy w tej grupie jest bezpiecznie
Równoważenie uczestnictwa członków grupy (Drawing Out)	Trudno Ci się zatrzymać, gdy zaczynasz mówić o...	To, co o tym myśli Jola, jest dla Ciebie szczególnie ważne	Zastanawiacie się, jak zadbać o to, aby nikt nie czuł się pominięty ani nadmiernie wyróżniony
Blokowanie treści i zachowań antygrupowych (Blocking)	Trudno Ci zadbać o grupę, chociaż jej potrzebujesz.	Oczekujesz, że będą reagował na zachowania w grupie, którymi czujesz się dotknięty	Jest potrzeba powrotu do rozmowy o zasadach obowiązujących w tej grupie
Modelowanie (Modeling)	Potrzebujesz na to więcej czasu	Najbardziej boli to, co mówią o nas ludzie dla nas ważni	W grupie czasem trudno powiedzieć to samo, co koleżde w przerwie, ale powiedzieć to w grupie, znaczy coś więcej
Łączenie/ Różnicowanie (Linking)	Są sprawy, o których łatwo Ci mówić i takie, o których mówić jest Ci bardzo trudno	Jest coś, co powoduje, że do wypowiedzi niektórych osób z grupy chętnie się odnosicie, a do wypowiedzi innych nigdy	Wspólnie w Waszych wypowiedziach jest to, że każdy chce się trochę różnić od innych.
Udziałanie informacji zwrotnych (Feedback)	Dowiadujesz się nowych rzeczy o sobie	Rozmawiacie ze sobą inaczej niż na początku naszych spotkań	Grupa jest teraz w innym miejscu niż na początku
Przeformułowywanie (Reframing)	W tym, co mówisz, jest dużo smutku	Nie chodzi tylko o to, że macie różne opinie na ten temat	Poziom otwartości w tej grupie zależy od tego, co się w niej dzieje, a to co się dzieje, zależy od poziomu otwartości
Odkrywanie się Terapeuty (Self-disclosure)	Chciałbyś znać moje zdanie na ten temat	Sluchając tego, doświadczam mieszanych uczuć	Zastanawiam się, kiedy grupa oczekuje moich interwencji
Bycie Tu i Teraz (Processing)	Tu też się czasem tak czujesz	To, co się zdarzyło tydzień temu, pewnie jakos wpływa na Wasze relacje dziś	W tym milczeniu są różne emocje

nych emocjach i toczących się procesach ambiwalencję, której ujawnianie, wydobywanie i rozwiązywanie jest niezbędnym krokiem w osiągnięciu trwałych zmian. Podsumowania dokonywane w formie odzwierciedleń mają zastosowanie przede wszystkim w przypadku interwencji prowadzącego podejmowanych po dłuższych wypowiedziach lub wymianach mających miejsce w grupie. Mogą mieć charakter zbierający to, co się zadziało, łączący z wcześniejszymi wypowiedziami, emocjami lub procesami albo stanowić sposób na zamknięcie jednej sekwencji pracy grupy i przejście do następnej. W celu zilustrowania możliwości realizowania poprzez odzwierciedlanie różnych funkcji interwencji terapeutycznych w grupie na różnych poziomach przedstawiam tabelę zawierającą przykłady takich interwencji.

* * *

Pytania otwierające i odzwierciedlenia nie są narzędziami nieznanymi terapeutom. Dialog Motywujący ich nie wymyślił. Niewątpliwym wkładem twórców DM jest odkrycie, poparte wynikami badań naukowych, dotąd nieznanych funkcji i możliwości tych narzędzi oraz stworzenie swego rodzaju instrukcji ich świadomego, celowego i efektywnego stosowania. Instrukcji prostej, ale nie łatwej. Dialog nie jest bowiem „technika”, łatwym do nauczenia chwytym, który można włączyć ad hoc do swojego repertuaru narzędzi. Jest stylem bycia z ludźmi, którego nabywa się poprzez uważne i odpowiedzialne „aktywne słuchanie”, będące istotą DM. Jednak ich uważne i odpowiedzialne używanie jest możliwe tylko wtedy, gdy zostanie poparte integracją wiedzy i określonych umiejętności klinicznych oraz postawy współpracy, akceptacji i troski. No i bycia pewnym swej niedoskonałości.

JAROSŁAW BANASZAK



Specjalista Psychoterapii Uzależnień, Terapeuta Motywujący PPTM, Trener Warsztatu PTP, członek MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers. Kieruje Pracownią Motywacji i Zmian w Poznaniu

Opracował na podstawie literatury przedmiotu: Jarosław Banaszak

Karolina Załęga

Programy redukcji szkód służą ograniczeniu szkód zdrowotnych i społecznych wśród osób przyjmujących substancje odurzające, stanowią też ochronę dla całego społeczeństwa. Czy mamy odwagę rozumieć je w taki właśnie sposób?

„NA PIERWSZEJ LINII”

W ostatnich tygodniach odbyły się dwa bardzo ważne wydarzenia z punktu widzenia Programów Redukcji Szkód, zorganizowane przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Pierwszym był wyjazd studyjny Ekspertów Wojewódzkich ds. Informacji o Narkotykach i Narkomanii do Lizbony, gdzie mieści się Agenda Komisji Europejskiej, Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomani – EMCDDA. Mieliśmy okazję zapoznać z najnowszym Europejskim Raportem Narkotykowym oraz poznać i porównać najlepsze europejskie praktyki związane z monitorowaniem rynku narkotykowego. Zostaliśmy również zaproszeni przez „SICAD”, Dyrektoriat Generalny Działań wobec Zachowań Uzależniających i Uzależnień, portugalski odpowiednik naszego Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, aby poznać ich programy redukcji szkód i zobaczyć działania praktyczne Fundacji Ares do Pinhal – Organizacji Pozarządowej ds. Integracji Społecznej.

Drugim wydarzeniem była Ogólnopolska Konferencja Programów Redukcji Szkód, przygotowana przez Dział Badań, Monitorowania oraz Współpracy Międzynarodowej KCPU oraz Fundację Salida z Wrocławia. W tym artykule chciałabym się podzielić doświadczeniem i refleksjami, z obydwu tych wydarzeń.

* * *

W trakcie wspomnianych wizyt spotkałam ludzi bardzo zaangażowanych w swoją pracę, wyposażonych w ogromną wiedzę w obszarze realizowanych działań, często działających w oparciu o niewystarczające środki, jakimi dysponują ich organizacje. Jednak ludzie ci zmotywowani byli do pracy z osobami używającymi sub-

stancji psychoaktywnych w sposób, który często nie mieściłby się w ramach pomocy ambulatoryjnej czy stacjonarnej. Praca na pierwszej linii, a jak niektórzy twierdzą – na ostatnim odcinku – wymaga często przewartościowania myślenia na temat pomocy osobom przyjmującym substancje odurzające.

W 2001 roku Portugalia wprowadziła zmiany ustawodawcze dotyczące posiadania narkotyków, w kraju zdekryminalizowano posiadanie i używanie narkotyków na własny użytek. Narkotyki nie są legalne,

ale możemy powiedzieć, że sędzięgo zastąpił lekarz. Osoba używająca i posiadająca narkotyk na własny użytek zostaje skierowana do tzw. Komisji Odwodzenia, a ta kieruje ją do odpowiedniej formy leczenia bądź programu redukcji szkód. To procedura, która zachęca społeczeństwo do zmiany myślenia o osobach przyjmujących środki odurzające – z przestępców, którzy często byli karani bezwzględnym pozbawieniem wolności, na osoby z problemem, które mogą skorzystać z pomocy specjalistycznej. Kara więzienia została



zastąpiona tzw. karą administracyjną i zamieniona np. na nakaz leczenia lub prace społecznie użyteczne.

Z punktu widzenia epidemiologii o wiele mniejszy jest odsetek nowych zakażeń wirusowych HIV i HCV. W 2018 roku odnotowano tylko szesnaście nowo zarejestrowanych przypadków w całym kraju. To dzięki programowi wymiany igieł i strzykawek, których wykorzystuje się prawie dwa miliony rocznie.

W trakcie pobytu w Lizbonie mieliśmy okazję zobaczyć, jak działa Mobilny Punkt Metadonowy, a dokładniej: Mobilny Metadonowy Program Niskoprogowy (PSBLE) realizowany przez Fundację Ares do Pinhal. Program w całości finansowany jest z dotacji SICAD. Mobilny Punkt to busik, który jeździ po ulicach Lizbony, zatrzymując się w stałych miejscach o jednakowych porach dnia, gdzie można przyjść i dostać dawkę leku. Do programu można zarejestrować się, oddając do badania próbkę moczu. Pozytywny test na obecność substancji psychoaktywnych już wystarczy do zakwalifikowania Uczestnika do programu. Ważne, że nie trzeba do tego specjalnych skierowań, dodatkowych badań czy wręcz biurokracji, która często jest progiem zaporowym dla naszych Klientów.

Rejestracja polega na przydzieleniu odpowiedniego kodu, którym Uczestnik będzie się komunikował w programie. Ponadto każdemu z Uczestników w momencie rejestracji przydzielany jest indywidualny opiekun, tzw. Key Manager (kluczowy opiekun), który nawiązuje z nim osobisty kontakt i ustala formy leczenia, terapii bądź kieruje właśnie do programów redukcji szkód. Uczestnik jest zobowiązany do kontaktu ze swoim indywidualnym opiekunem, bez względu na program czy kierunek leczenia, to ważny element monitorowania skuteczności leczenia czy procesu motywacji do przyjęcia oferty pomocowej.

W trakcie naszej może godzinnej wizyty do punktu przyszło kilkadziesiąt osób, na pewno więcej niż pięćdziesiąt. Byli to mężczyźni i kobiety w różnym wieku. Wielu korzystało z przerwy w pracy na lunch, aby przyjąć swoją porcję leku. Byli też rodzice

z dziećmi, które właśnie odebrali ze szkoły, kobiety i mężczyźni, którzy funkcjonują w społeczeństwie i realizują swoje plany życiowe. Niewielu spośród korzystających z programu to osoby w kryzysie bezdomności. Mobilny Punkt prowadzi dwa projekty. Drugi z nich to program wymiany sprzętu do iniekcji. Pakiety higieniczne, dostępne w busie są dla wszystkich, którzy się zgłoszą, nie tylko dla zarejestrowanych uczestników. Wymiana to nie tylko higieniczna iniekcja, ale przede wszystkim kontakt z pracownikami Fundacji. Wtedy możliwa jest rozmowa, wymiana serdeczności, co z czasem przeradza się w więź, która bywa najsilniejszą motywacją do podjęcia decyzji o przystąpieniu do programu.

Ponadto, wymiana jest ważnym elementem monitorowania rynku narkotykowego na danym terenie. Pozostałości substancji, jakie można pozyskać ze zwróconych strzykawek, są ważnym źródłem informacji. Zwróciłam uwagę na jeszcze jeden istotny element – użytkownicy są uczeni, że odpowiedzialnie jest zadbować o zużyty sprzęt, a pozostawianie go w miejscach ogólnie dostępnych stanowi spore zagrożenie zarówno dla postronnych ludzi, jak i zwierząt.

Dla porównania, w Polsce mamy 23 programy ambulatoryjne i jeden stacjonarny, w województwie małopolskim działają dwa programy metadonowe: pierwszy w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera, gdzie w 2021 roku mieliśmy 89 miejsc w programie, drugi w Areszcie Śledczym, gdzie z programu skorzystało w 2021 roku 19 osób.

Portugalska Fundacja Ares do Pinhal, prowadzi również drugi program w zakresie redukcji szkód,

a mianowicie Ośrodek Pomocy Zintegrowanej (Pokój nadzorowanej bezpiecznej iniekcji).

* * *

Świetlica DROPin znajduje się w dzielnicy, która jest określana jako „dzielnica socjalna”, większość bloków wybudowało miasto i są to mieszkania socjalne. Fundacja dociera więc ze swoją ofertą docelowo do miejsca zamieszkania swoich odbiorców.

Przychodzimy do świetlicy w trakcie trwania południowej przerwy sanitarnej. Nie ma w niej uczestników, ale kilku z nich czeka przed wejściem na ponowne otwarcie. W budynku witają nas pracownicy Fundacji, jest recepcja, gdzie Uczestnicy mogą się zarejestrować. Ze względu na różne formy świadczonej pomocy przestrzeń jest tak zaprojektowana, aby osoby uczestniczące w warsztatach edukacyjnych, terapii zajęciowej czy zajęciach rehabilitacyjnych nie przeszkadzały sobie wzajemnie.

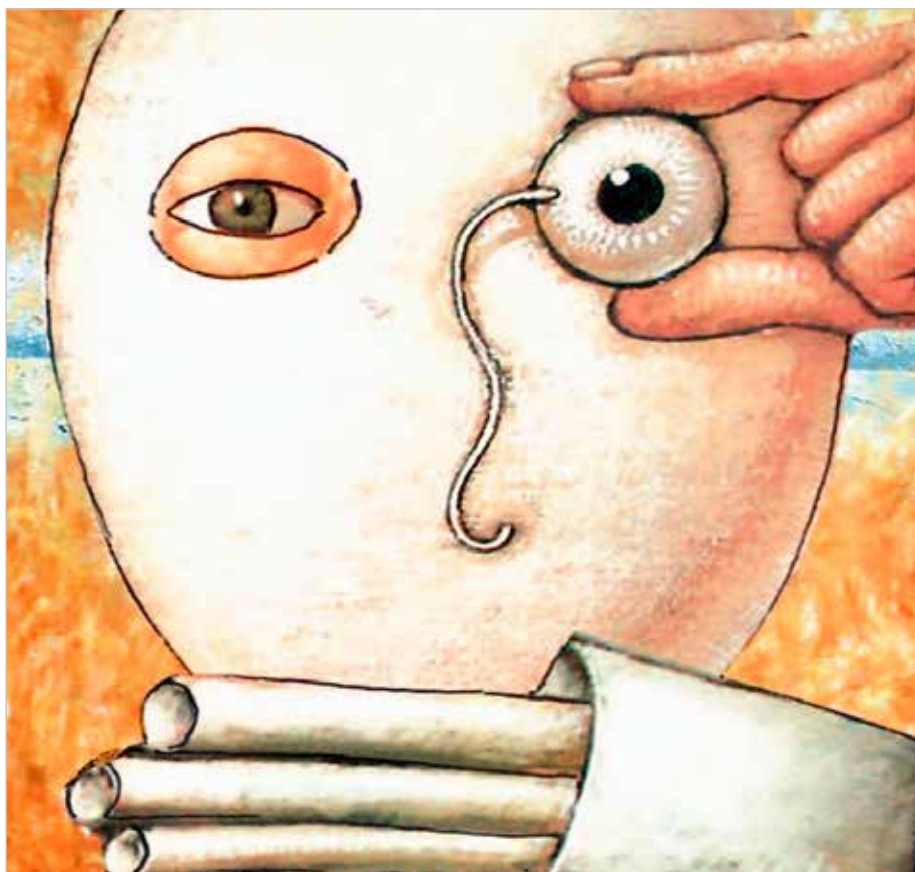
Pierwsza sala to sala spotkań wypełniona pracami artystycznymi Uczestników. Zajęcia w niej realizują nie tylko pracownicy Fundacji, ale przede wszystkim sąsiedzi zaangażowani społecznie: literaci, artyści oraz każdy, kto chciałby podzielić się swoim talentem i znaleźć czas dla podopiecznych Fundacji.

Do pokoju „bezpiecznej iniekcji” prowadzi wąski korytarz, w którym Uczestnicy zatrzymują się tylko raz, aby podpisać zgodę na ewentualne udzielenie im pomocy medycznej oraz żeby pokazać, czy posiadają przy sobie substancję. Niweluje to konflikty w sali iniekcji, bo warunkiem koniecznym do skorzystania ze

WALKA Z NARKOTYKAMI

W 2020r. w Europie zgłoszono 1600 konfiskat LSD (dietyloamid kwasu lizergowego), co stanowi 71.000 dawek. Dziewiętnaście krajów zgłosiło tysiąc konfiskat grzybów halucynogennych o łącznej wadze 158 kg. Trzydzieści państw UE zgłosiło dwieście konfiskat DMT (dimetylotryptaminy) o łącznej wadze 42 kg, głównie w Portugalii (16 kg), Polsce (12 kg) i we Włoszech (11 kg), cztery litry DMT, głównie w Rumunii oraz 30.600 sztuk, głównie w Hiszpanii.

Źródło: Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii (2022), Europejski raport narkotykowy 2022: Tendencje i osiągnięcia, Urząd Publikacji Unii Europejskiej, Luksemburg.



gdzie można uzyskać wsparcie w postaci wymiany sprzętu i odzieży, prysznic czy ciepłego posiłku. Niektóre, jak krakowski, dysponują miejscami noclegowymi, w których można odpocząć i przetrwać ciężkie momenty. Osoby bezdomne mogą korzystać z miejskich noclegowni, ale wymóg bycia trzeźwym, „czystym”, często jest trudny do osiągnięcia.

Niestety, jeśli chodzi o porządek higieniczny, nie mamy takiej możliwości jak Portugalczycy. W trakcie Wrocławskiej Konferencji kolejny raz podejmowaliśmy tematy związane z możliwością depenalizacji używania i posiadania narkotyków na własny użytek. W naszym kraju w myśl art. 62a Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, sprawę za posiadanie „nieznacznej ilości” na własny użytek prokurator lub sędzia może umorzyć, jeśli

orzeczenie kary wobec sprawcy byłoby niecelowe ze względu na okoliczności popełnienia czynu, a także stopień jego społecznej szkodliwości.

W praktyce jednak takich umorzeń jest niewiele, a przede wszystkim nie ma zdefiniowanej tabeli tzw. wartości granicznych, które umożliwiłyby rozeznanie, czy taka ilość narkotyku spełnia założenia „nieznacznej ilości”.

Wielu z nas nie trzeba przekonywać, że rozwiązania przedstawione powyżej mają sens i wymierny pozytywny efekt. Portugalczycy mogą tego doświadczyć w codzienności, a nam marzy się taka sytuacja, że możemy efektywnie pracować i z tymi Użytkownikami, którzy nie są w stanie zadeklarować pełnej abstynencji.

Wielu z nas nie trzeba przekonywać, że rozwiązania przedstawione powyżej mają sens i wymierny pozytywny efekt. Portugalczycy mogą tego doświadczyć w codzienności, a nam marzy się taka sytuacja, że możemy efektywnie pracować i z tymi Użytkownikami, którzy nie są w stanie zadeklarować pełnej abstynencji.

Wielu z nas nie trzeba przekonywać, że rozwiązania przedstawione powyżej mają sens i wymierny pozytywny efekt. Portugalczycy mogą tego doświadczyć w codzienności, a nam marzy się taka sytuacja, że możemy efektywnie pracować i z tymi Użytkownikami, którzy nie są w stanie zadeklarować pełnej abstynencji.

Wielu z nas nie trzeba przekonywać, że rozwiązania przedstawione powyżej mają sens i wymierny pozytywny efekt. Portugalczycy mogą tego doświadczyć w codzienności, a nam marzy się taka sytuacja, że możemy efektywnie pracować i z tymi Użytkownikami, którzy nie są w stanie zadeklarować pełnej abstynencji.

Wielu z nas nie trzeba przekonywać, że rozwiązania przedstawione powyżej mają sens i wymierny pozytywny efekt. Portugalczycy mogą tego doświadczyć w codzienności, a nam marzy się taka sytuacja, że możemy efektywnie pracować i z tymi Użytkownikami, którzy nie są w stanie zadeklarować pełnej abstynencji.

Wielu z nas nie trzeba przekonywać, że rozwiązania przedstawione powyżej mają sens i wymierny pozytywny efekt. Portugalczycy mogą tego doświadczyć w codzienności, a nam marzy się taka sytuacja, że możemy efektywnie pracować i z tymi Użytkownikami, którzy nie są w stanie zadeklarować pełnej abstynencji.

KAROLINA ZAŁĘGA



Psychoterapeutka,
Specjalista Terapii
Uzależnień, Ekspert
Wojewódzki ds. Informacji
o Narkotykach i Narkomanii
Województwa Małopolskiego

Elżbieta Rachowska

W Toruniu z inicjatywy Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Odwykowej Uzależnień i Współuzależnienia, 12 października bieżącego roku odbyła się konferencja na temat "Etyka i etos w zawodzie psychoterapeuty uzależnień"

REFLEKSJE
POKONFERENCYJNE

W konferencji z wykładami wzięli udział: dr hab. Marcin Zdrenka – prof. UMK, Wydziału Filozofii i Nauk Społecznych, dr n. hum. Ireneusz Kaczmarczyk, dr n. pr. Kamila Kocańda, Rajmund Janowski.

Profesor Marcin Zdrenka w niezwykle inspirującym wystąpieniu, „Etos, mores, kodeks – a między nimi człowiek” jako filozof i etyk zwrócił uwagę, iż zwieńczenie prac nad kodeksem etycznym jakiejś grupy zawodowej i proklamacja stosownych dokumentów jest ukoronowaniem długiego, niekiedy żmudnego i pracochłonnego, ale szczęśliwie zakończonego procesu. Tym samym, kodeks wydaje się w takiej perspektywie końcem drogi i finalnym rozwiązaniem węzłowych problemów etycznych w danej dziedzinie działalności społecznej czy zawodowej. Czy nowy kodeks etyczny oznacza jednak koniec troski i dylematów?

Prof. Zdrenka zwracał uwagę na problematyczność kodeksów etyki zawodowej. Etycy w swoich głównych zarzutach wobec pewnej mody na kodeksy zawodowe podkreślają, że moralność jest powszechna, a jej zasady uogólnione, w przeciwieństwie do etyki zawodowej, która jest ograniczona i relatywna. Podmiot moralności stanowi człowiek jako człowiek. Natomiast etyka zawodowa skupia się na jego społecznych rolach. Moralność jest bezinteresowna, a etyka zawodowa jest interesowna. Odnosząc się jednak do złożonej problematyki zawodowych kodeksów etyki, tak być nie musi. Kodeksy stanowią próbę uchwycenia stanu chwiejnej równowagi między sferami pozostającymi w stałym napięciu, a być może i konflikcie. Takie napięcie sytuuje się między, na przykład, sferą uniwersalnych międzyludzkich wymagań mo-

ralnych, a partykularnymi standardami profesjonalnego działania w danym zawodzie. Inna „przestrzeń napięcia” to dążenie do tego, by instruktywny kodeks skutecznie zwalniał z wątpliwości, podczas gdy wyzwania etyczne mają nieusuwalnie charakter dylematu.

Odrębnym wyzwaniem jest także odnalezienie spójnego języka etycznego dla nazwania praktyk moralnych w danym zawodzie. W centrum moralnych relacji zawsze pozostanie człowiek (nie norma, nakaz, wzorzec). Żadne, nawet najsprawniejsze narzędzie, nie wyręczy nas w moralnych wyzwaniach. Kodeksy mogą być świetną mapą albo kompasem, ale nie samą podróżą.

Celem wystąpienia było rozpoznanie tych problematycznych „miejs” – jednak nie w celu podważenia idei budowania kodeksów czy podważania zawartych w nim zapisów, ale otwarcia dróg dla dalszej samorefleksji i etycznego doskonalenia.

* * *

Wystąpienie dr Kamili Kocańdy „Czy ustawodawca postąpił etycznie wobec psychoterapeutów uzależnień?” było nie tylko ciekawe, ale pobudzało do pytań nad stanem prawnym zawodu psychoterapeuty uzależnień. Prelegentka odniosła się do nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym z końca 2021 roku, gdzie zawód psychoterapeuty uzależnień stał się specjalizacją w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Ustawodawca, dokonując w ten sposób podniesienia rangi tego zawodu, przesądził o podwyższeniu wynagrodzeń osób go wykonujących oraz poprzez określone przepisy zapowiedział ujednoczenie procesu kształcenia. To rozwiązanie ustawowe skłania wszakże do sformułowania kilku

pytań, dotyczących istotnych kwestii związanych ze standardem wykonywania tego zawodu oraz prawną odpowiedzialnością osób go uprawiających, na które prelegentka starała się szukać odpowiedzi, a mianowicie:

- *Czy dokonana na poziomie specjalizacji w ochronie zdrowia regulacja zawodu psychoterapeuty uzależnień jest wystarczająca z punktu widzenia sposobu oraz zakresu tej regulacji?*
- *Czy specjalistę psychoterapii uzależnień obowiązuje tylko etos pracy czy skodyfikowane normy etyczne, a może jedno i drugie?*
- *Jaką moc prawną ma Kodeks Etyki Terapeuty Uzależnień?*
- *Czy skodyfikowane normy etyczne mogą zastępować lub uzupełniać normy prawne, a jeżeli tak, to kiedy oraz w jakim zakresie?*
- *Czy normy etyczne, „obowiązujące” specjalistę psychoterapii uzależnień, będą tożsame w zależności od tego, jaki kierunek studiów ukończył ten specjalista przed przystąpieniem do szkolenia specjalizacyjnego.*

Cieszę się, że w „Terapii” ukaże się artykuł pani Kamili Kocańdy, szczegółowo przedstawiający jej doświadczenia i refleksje w tej ważnej dla nas kwestii.

* * *

Dr Ireneusz Kaczmarczyk w wystąpieniu „Psychologiczne podstawy etosu zawodu psychoterapeutów uzależnień” odniósł się do kwestii, czym w naszej codziennej praktyce zawodowej jest etyka, etos i anomia. Dynamiczny proces, w jakim obecnie się znajdujemy w związku z sytuacją polityczną (wojną w Ukrainie), ekonomiczną, epidemii Covid-19 stawia nam moralne i etyczne wyzwania, na które

nie ma instrukcji postępowania. Układ sytuacji jest taki, że dwa podstawowe motywy ludzkiego działania – wartości i korzyści – wchodzą w konflikt i stawiają nas przed koniecznością dokonywania wyborów.

Dr Kaczmarczyk odniósł się do etyki zawodowej jako zespołu norm związanych bezpośrednio z wykonywaniem zawodu i charakterystycznych dla niego stosunków społecznych. Zwracał uwagę na zasady pełnienia funkcji zawodowej, profesjonalnego działania zapewniające skuteczność a zarazem pozostające w zgodzie z etyką.

Nie bez znaczenia było zwrócenie uwagi na etyczne wyzwania w miejscu pracy, które mogą przyczyniać się do anomii. Anomia osobista nie polega na braku normatywnych przekonań o tym, co słuszne i wartościowe, lecz na funkcjonowaniu obok nich innych przekonań – usprawiedliwień, które osłabiają oddziaływanie wartości na zachowanie człowieka. W codziennej praktyce terapeuci stają przed różnymi dylematami etycznymi, które często omawiają podczas superwizji.

* * *

Rajmund Janowski, który pracował w zespole przygotowującym nowy Kodeks Etyki, odniósł się do kwestii doświadczenia cierpienia nie tylko przez pacjenta, ale także przez terapeuty. W wystąpieniu zatytułowanym „Cierpienie jako źródło dylematów etycznych psychoterapeutów uzależnień” prelegent zwrócił uwagę, iż frustracje zawodowe, organizacyjne, finansowe terapeuty stanowią duże zagrożenie dla postępowania etycznego w pracy z pacjentami. Terapeuta „ofiara” w swojej pracy, może obronnie przechodzić w pozycję „sprawcy” wobec pacjenta, oczekując od niego rekompensaty swoich niedostatków. Może to przejawiać się w małym zaangażowaniu w proces terapeutyczny, nieprzebrzeganiem kontraktu i granic w relacji. Ważną kwestią jest świadomość własnych trudnych doświadczeń terapeuty i ich wpływu na relację terapeutyczną. Poza tym, częste towarzyszenie pacjentom w analizie ich trudnych, traumatycznych

doświadczeń może skutkować wtórną traumatyzacją terapeuty. W procesie terapeutycznym cierpienie pacjenta może sprzyjać poczuciu psychicznego obciążenia terapeuty. Ważną rolę w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami i radzeniu sobie z cierpieniem może pełnić terapia własna psychoterapeuty i superwizja.

* * *

Mam nadzieję, że konferencja przyczyniła się do refleksji nad najważniejszymi aspektami etyki w obszarze deontologii zawodowej, pozostającej w służbie naszych pacjentów i naszych kolegów wypełniających ten niełatwy zawód.

ELŻBIETA RACHOWSKA



Psycholog kliniczny,
specjalista psychoterapii
uzależnień, superwizor
KBPN i PARPA. Kierownik
Ośrodka Terapii Odwykowej
Uzależnień w Toruniu.

Agnieszka Krzysztoń

Czy my, jako specjaliści psychoterapii uzależnień, mamy na coś wpływ? Czy możemy oddolnie coś zmienić? Czy warto się starać, rozwijać, brać udział w konferencjach? Czy warto skoro stare metody pracy działają, szukać nowych rozwiązań?

CO WPŁYWA NA NAS I NA CO MAMY WPŁYW

W terminie od 19 do 21 września tego roku odbyła się coroczna konferencja organizowana przez Fundację Res Humanae „Uzależnienia-Polityka, Nauka, Praktyka”. Wiele lat z rzędu miałam okazję brać udział w tym wydarzeniu. Ciągle zastanawia mnie fakt stosunkowo małego zainteresowania transmisją online (na żywo obserwowało konferencję maksymalnie kilkanaście osób). Jednocześnie cieszy to, że w tym roku pośród odbiorców na żywo pierwszy raz pojawiło się tak wiele młodych osób – zarówno terapeutów jak i profilaktyków.

Zasmuciło mnie, że to kolejne branżowe spotkanie, na którym zabrakło

reprezentanta Ministerstwa Zdrowia. Żał, bo poruszanych ważnych tematów z zakresu zdrowia było mnóstwo. Można tutaj wymienić chociażby zagadnienia dotyczące spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (FASD), całą sesję poświęconą językowi w leczeniu uzależnień, nowych badań i wniosków w obszarze zdrowia publicznego i alkoholu czy wpływu pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne młodzieży.

* * *

Mnie najbardziej zaciekawiły wystąpienia dotyczące chociażby reklam alkoholu w internecie, głównie w mediach społecznościowych. Mimo za-

kazu reklamowania innych alkoholi niż piwo (którego reklamy według krajowego prawa podlegają wysokim obostrzeniom), wielu internetowych celebrytów podejmuje współpracę ze znanymi markami wina czy wódki. Przyznaję, że moja świadomość sytuacji prawnej w tym temacie była bardzo niska. Jednocześnie instynktownie tego typu reklamy każdorazowo wzbudzały we mnie sprzeciw. Z przytoczonych na Konferencji badań wynika, że na reklamy alkoholu narażone są najbardziej dzieci i młodzież. Dodatkowo aspekt występujących celebrytów czy influencerów będących dla niektó-

rych rodzajem autorytetu oddziałuje wzmacniająco na młodych odbiorców.

W tym miejscu niepokoić powinna bardzo ostatnio głośna sprawa z reklamowaniem przez osoby znane kroplówek „na kaca”.

Czy jako terapeuci, profilaktycy, rodzice mamy na to jakiś wpływ? Okazuje się, że mamy. Możemy takie reklamy zgłaszać albo samodzielnie albo poprzez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Jak przekazała Anna Puchacz – Kozioł, która prowadziła ten wykład, KCPU odnosi sukcesy i wygrywa wiele spraw w tym temacie. Jednocześnie sumy odszkodowań, jakie wyrokują sądy w tych sprawach, wydają się nieadekwatne do zysków branży alkoholowej. Może jednak większa świadomość społeczeństwa w tym temacie oraz wywieranie wpływu na osoby znane, aby brały większą odpowiedzialność za swój reklamowy wizerunek (co widać powoli na forach internetowych) przyniesie pozytywne efekty.

* * *

Kolejnym ciekawym obszarem omawianym na Konferencji była sesja dotycząca nazewnictwa: „Komunikacja a stygmatyzacja”. Dr hab. Krzysztof Ostaszewski poddał pod refleksję termin „uzależnienie”. Pokazał ciekawe spojrzenie na skróty w medycynie. Przedstawił pomysł, że również w naszej branży takie skróty (np. SUD, ZzUS) mogłyby ułatwić terapeutom, pacjentom oraz społeczeństwu komunikowanie się. Może warto zastanowić się nad tym rozwiązaniem, żeby znaleźć nazwę lub skrót, który jednocześnie jest jasny, nieetykietujący, ale niezbyt długi jak chociażby używanie sformułowania „zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych”.

Temat ten wywołał niemałe poruszenie wśród uczestników spotkania. Zarówno tych, którzy stosują empatyczne terminy w duchu dialogu i podmiotowości pacjenta, jak i tych, którzy pracując starą terminologią, odnoszą sukcesy terapeutyczne.

W tym samym obszarze słów, etykiet i przyjaznych nazw poruszała się dr hab. Justyna Kligenmann. Opowiedziała o projekcie przeprowadzonym w ubiegłym roku wśród pacjentów, terapeutów, lekarzy, specjalistów od



języka. Zadaniem tego grona ekspertów było znalezienie nieetykietujących słów między innymi określających odbiorców leczenia, prowadzących terapię itd. Wielu uczestników spotkania wnioski z tego projektu nie zaskoczyły. Od dawna wiemy przecież, że to jak mówimy, pokazuje, jak myślimy.

Istnieje także szereg badań o tym, że podmiotowe zwracanie się do pacjenta, akceptacja i empatia zachęca do podjęcia leczenia oraz sprzyja postępom w terapii.

W trakcie wykładu przytoczono badania, z których wynika, że w Polsce nadal 80% osób cierpiących z powodu zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych nie zgłasza się po pomoc. Nasuwa się więc smutna hipoteza, że może to mieć wpływ ze stosowanym nadal w naszym społeczeństwie (i niestety środowisku terapeutycznym oraz w mediach) języku etykiet, konfrontacji, słów takich jak pijak, narkoman, ćpun i idących za tymi słowami myślami i postawami.

Odnosnie mediów i znaczenia słów, jakie pojawiają się między innymi w tej przestrzeni, ciekawie wystąpienie zaprezentowała Marta Sierakowska z Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę. Zwróciła uwagę na ogromny problem powtórnego ranienia dzieci, między innymi doświadczających wykorzystywania seksualnego. Skala tego zjawiska jest widoczna chociażby, gdy poszukamy artykułów związanych z głośną niedawno sprawą zaginięcia kilkunastoletniej dziewczynki, którą porwały znane jej osoby. Dziewczynka odna-

laża się dość szybko. Okazało się, że została wykorzystana przez dorosłego mężczyznę.

Niestety w mediach już po odnalezieniu dziewczynki nadal podawano jej imię, wiek, wymieniano okolice, z których pochodziła, w połączeniu z opisem tragicznych dla niej zdarzeń. Dodatkowo w tym przypadku, jak i wielu innych, które przytaczała prowadząca wykład, pojawiały się sformułowania sugerujące, że dzieci mogą mieć wpływ na to, że dochodzi do ich wykorzystania. Wyrażenia takie jak „nieletnie prostytutki”, „uwodzące nastolatki” i temu podobne, sprawiają, że czytelnicy mogą zapomnieć, że dziecko jest zawsze ofiarą wykorzystywania. Tutaj także mamy wpływ – możemy zgłaszać takie artykuły do odpowiednich organów lub stowarzyszeń zajmujących się prawami dzieci.

* * *

Podsumowując moją tegoroczną obecność na Konferencji, muszę przyznać, iż cieszy mnie fakt pojawienia się tam bardzo wielu ważnych zagadnień przekazanych w ciekawy sposób, z możliwością swobodnej i żywej dyskusji. Cieszą także przedstawiciele młodego pokolenia, których obecność napawa nadzieją na zmianę.

Po Konferencji na pewno zostają z większą uważnością na te słowa, których używam i z którymi spotykam się jako odbiorca w sytuacji zawodowej lub jako przypadkowy świadek, czytelnik, słuchacz.

AGNIESZKA KRZYSZTOŃ



Certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, asystent w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

ZAMIAST BIBLIOGRAFII:

Zachęcam Czytelników Terapii do obejrzenia nagrań z Konferencji na kanale YouTube Fundacji ResHumanae. Znajdziecie tam Państwo wszystkie prezentacje i informacje o badaniach przytaczanych w tekście. Program Konferencji znajduje się na stronie www.uzaleznienia2022.pl

Anna Czerniejewska, Anna Wendołowska

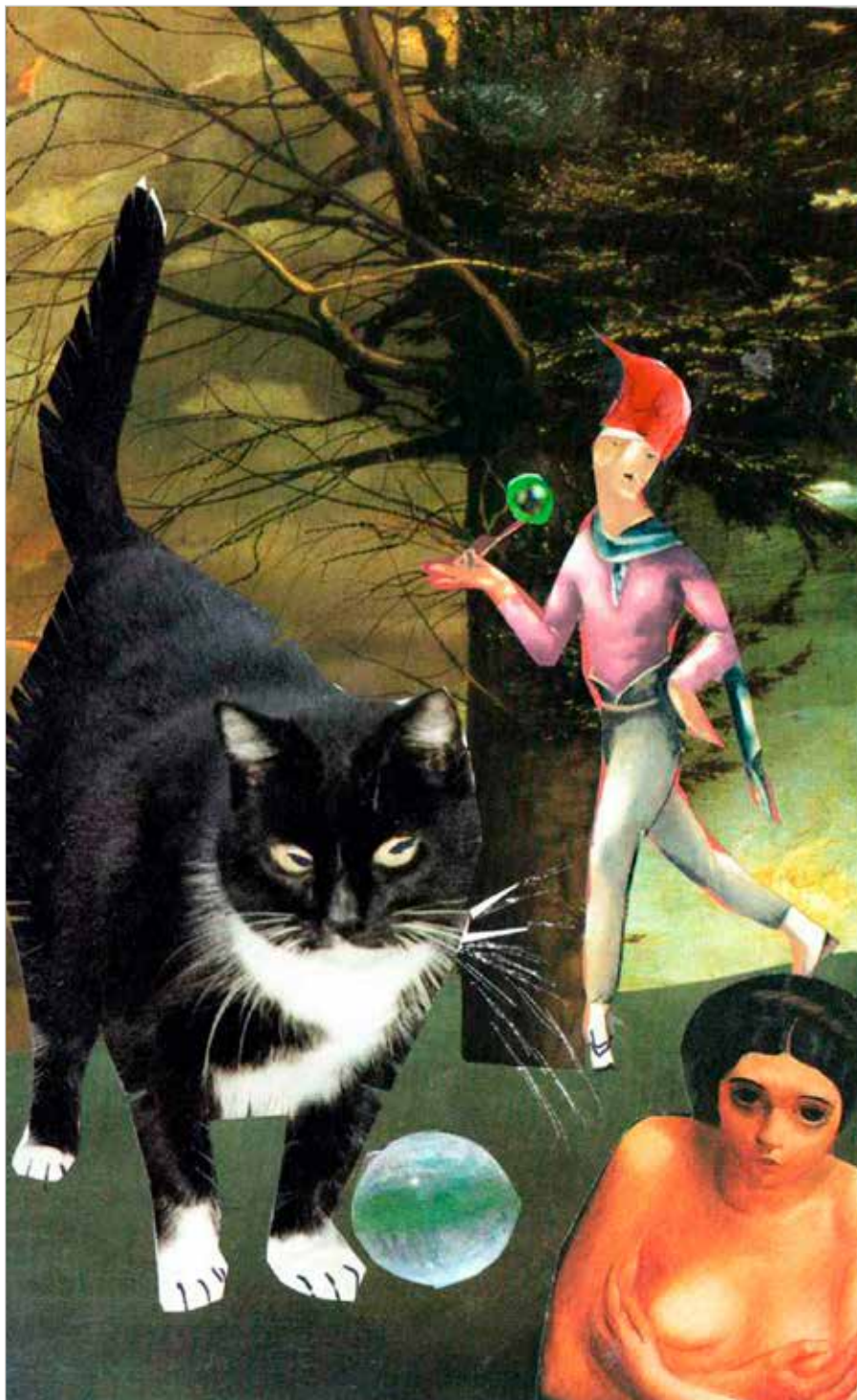
Wszyscy rodzimy się z gotowością na poziomie mózgu i oczekiwaniem na doświadczenie przywiązania. Do jakości więzi oraz doświadczenia przeżytych traum odnosi się Wywiad Przywiązania Osób Dorosłych (Adult Attachment Interview, AAI)

PRZYWIĄZANIE CZY UWIĄZANIE

Na całym świecie nadużywanie substancji chemicznych oraz rozwijanie się uzależnień behawioralnych jest kryzysem zdrowia publicznego i pochłania miliardy. Osoby i ich rodziny cierpią na zaburzenia związane z używaniem przez wiele lat lub przez całe życie. Coraz więcej badań wykazuje, że traumatyczne doświadczenia we wczesnym dzieciństwie i pozabezpieczne przywiązanie są zarówno niezależnymi jak i wzajemnie powiązаныmi czynnikami ryzyka rozwoju zaburzeń związanych z używaniem substancji i rozwojem uzależnień (Davidson i Ireland, 2009; Thorberg i Lyvers, 2010; Molnar, Sadava, Courville i Perrier, 2010). Substancje psychoaktywne są wykorzystywane przez osoby uzależnione do wspomaganie samoregulacji (Fischer, 2007). Flores w swoich badaniach wykazała, że przywiązanie i psychoterapia mogą zmienić układ nerwowy osoby, a także chemię mózgu (Flores, 2004). Natomiast doświadczenia oparte na uczeniu się w procesie psychoterapii zmieniają łączność neuronową, a wzmocnienie aktywizuje siłę i autonomiczne wzorce funkcjonowania mózgu, dzięki czemu zmieniają się stare wzorce funkcjonowania.

* * *

Kiedy pojawiła się propozycja stworzenia projektu szkoleniowego dla psychoterapeutów uzależnień opartego o przywiązanie i traumę, byłam zafascynowana pomysłem (Anna Czer-



niejewska została koordynatorem tego projektu – przyp. red). Zaczęłam zgłębiać literaturę i badania dotyczące przywiązania i traumy w kontekście rozwoju uzależnień. Im bardziej poznawałam temat i odnosiłam do własnego doświadczenia terapeutycznego, tym bardziej byłam przekonana, że więź ma ogromne znaczenie w procesie psychoterapii, w tym w psychoterapii wszelkich uzależnień i pracy z bliskimi osób uzależnionych.

Fascynacja tematem doprowadziła do bliższej współpracy z Anną Wendołowską, która przywiązaniem zajmuje się naukowo od prawie dwudziestu lat. Jest też, wedle naszej najlepszej wiedzy, jedynym w Polsce licencjonowanym koderem Wywiadu Przywiązania Osób Dorosłych (*Adult Attachment Interview*, AAI; George, Kaplan, Main, 1996), certyfikowanym przez Mary Main i Erica Hesse w administrowaniu i ocenie AAI według systemu Berkeley/ABC+D. Jednocześnie rozpoczęło się budowanie zespołu, który miałby ten projekt realizować. Do współtworzenia projektu zostały zaproszone psychoterapeutki uzależnień, będące jednocześnie psychoterapeutkami pracującymi w różnych modalnościach.

Znaczna część programu szkoleniowego jest ściśle osadzona w ramach AAI. Narzędzie pozwoliło nam wyznaczyć cele i zadania realizowane w projekcie. Wywiad odnosi się do dorosłej reprezentacji przywiązania (tj. wewnętrznych modeli operacyjnych), do których docieramy poprzez wspomnienia ogólnych i szczegółowych doświadczeń z dzieciństwa. Opracowane przez Mary Main i wsp. w 1984 roku narzędzie służy do oceny mentalnego stanu osoby dorosłej w odniesieniu do przywiązania (Main, Kaplan, Cassidy, 1985).

Przez wiele lat AAI mogło być używane wyłącznie jako narzędzie badawcze, administrowane i kodowane według ścisłego i systematycznego protokołu. Właściwe administrowanie i kodowanie AAI do celów badawczych wymaga intensywnego szkolenia (Hesse, 2008), ale w 2010

roku Mary Main wydała zezwolenie na używanie wywiadu do celów klinicznych. Oznaczało to, że po stosunkowo krótkim przeszkoleniu terapeuci są gotowi do zastosowania AAI w praktyce terapeutycznej, co może przełożyć się w sposób znaczący na rezultaty terapii.

Wywiad zajmuje od około jednej do półtorej godziny, przeprowadza się go zgodnie z zalecanym formatem, w którym zadawanych jest dwadzieścia pytań w ustalonej kolejności. Aby „zaskoczyć nieświadome”, ale jednocześnie zrobić to w sposób



możliwie jak najbardziej delikatny, do trudnych wspomnień, dotyczących przeżytej traumy czy żaloby, docieramy poprzez stopniowanie trudności pytań i powracanie do wątków na malejącym poziomie ogólności (Main, Goldwyn, Hesse, 2002).

Wczesne doświadczenia kształtują strukturę i funkcję mózgu i determinują w sposób fundamentalny ekspresję genów (Siegel, 2020; Shonkoff i in., 2010). Okazuje się, że poprzez obserwację relacji między opiekunem a dzieckiem jesteśmy w stanie przewidzieć wzorzec przywiązania dziecka na poziomie od 40 do 45 %, podczas gdy zastosowanie AAI zwią-

sza nasze przewidywania aż do 85% (George, Kaplan, Main, 1996). To było fascynujące odkrycie prowadzące do wniosków, że przywiązanie dziecka kształtuje się na bazie sposobu, w jaki jego rodzice nadają sens własnym doświadczeniom z dzieciństwa.

Wszyscy rodzimy się z gotowością na poziomie mózgu i oczekiwaniem na doświadczenie przywiązania (Bowlby, 2004). W sposób elastyczny adaptujemy własne strategie do rodzaju doświadczeń, które są naszym udziałem. W procesie rozwoju, szczególnie w okresie dojrzewania, tworzy się przestrzeń do autorefleksji w kontekście naszej narracji autobiograficznej (Siegel, 2014). W toku życia refleksja ta utrwała się, tworząc specyficzny model funkcjonowania i wchodzenia w relacje. Ideą wywiadu jest poruszenie wątków z dzieciństwa w celu rozpoczęcia drogi do integracji. Sposób narracji użytej w czasie wywiadu do zobrazowania wspomnień z dzieciństwa odzwierciedla szczególnie schemat organizacji umysłu. Zatem bardziej istotne jest nie to, co mówimy, ale jak o tym mówimy. Identyfikacja strategii i mechanizmów przywiązaniowych charakterystycznych dla poszczególnych wzorców może znacznie ułatwić zrozumienie problemu, z jakim pacjent zgłasza się na terapię i ukierunkować oddziaływanie terapeutyczne.

Dodatkowo już sam wywiad, rozmowa o wydarzeniach z dzieciństwa, stymuluje aktywację i wzrost neuronów w kierunku integracji (Siegel, 2012), co jest jednym z bardziej istotnych celów terapii.

* * *

W pierwszej edycji projekt „Przywiązanie czy Uwiązanie” finansowany przez (KBPN) KCPU obejmował pięćdziesiąt godzin szkoleniowych i zgłosiło się na niego ponad sześćdziesiąt osób na zaplanowanych czterdzieści miejsc.

Z jednej strony byliśmy zachwyceni, a z drugiej zaniepokojone wyzwaniem, jakiego się podjęliśmy i którego nie czułyśmy się do końca gotowe podjąć. Miałyśmy dużo obaw,

czy psychoterapeuci uzależnień zrozumieją naszą ideę, czy będą chcieli wdrażać w życie to, co im proponujemy, czy sposób, w jaki przekazujemy wiedzę, jest dla nich przystępny, czy uda nam się zmieścić w czasie ambitnie przygotowany materiał. Bardzo nam zależało na zarażeniu uczestników naszym entuzjazmem, przekazaniu jak największej ilości wiedzy i wyposażeniu w kompetencje przekładające się na praktykę terapeutyczną. Jednocześnie liczyliśmy na informacje zwrotne od uczestników szkoleń.

Na ich podstawie oraz kierując się własnymi przemyśleniami, dokonywałyśmy modyfikacji, które miały służyć większej efektywności szkoleń. Zaobserwowaliśmy, że dziesięć, dwanaście godzin szkolenia dziennie odbija się na nas i na uczestnikach. Wszyscy byliśmy bardzo zmęczeni. Dla wielu uczestników wiedza na temat znaczenia więzi w życiu człowieka, zmian neurobiologicznych, wpływie traumy na nasz rozwój, a także na rozwój uzależnień była absolutnie czymś nowym. Pojawiające się pytania, podczas szkolenia a także w ankietach, pokazywały nam dalsze kierunki pracy.

W drugiej edycji szkolenie podzieliliśmy na dwie części. Pierwsza dotyczyła głównie przywiązania, gdzie uczyliśmy technik poprawnego przeprowadzania wywiadu AAI, rozpoznawania strategii przywiązaniowych na podstawie narracji użytej przez pacjenta oraz zwracaliśmy uwagę, jak układ nerwowy może wpływać na rozwój uzależnień. W części drugiej, opierając się na wiedzy o przywiązaniu i traumie, zajmowałyśmy się konkretnymi uzależnieniami behawioralnymi, m.in. uzależnieniem od hazardu, internetu, seksu i pornografii oraz pracy.

Do tej pory przeprowadziłyśmy trzy edycje w ramach projektu „Przywiązanie czy Uwiązanie” dla psychoterapeutów uzależnień. Za każdym razem wnosimy jakieś zmiany także dzięki nieocenionej pomocy uczestników szkolenia. Ich pytania, wątpliwości, sugestie są naszym kierunkowskazem. Problemem na pewno jest to, żeby w minimalnym okresie czasowym zmieścić maksymalną

ilość wiedzy. To wymaga szukania rozwiązań w kierunku optymalizacji i kompromisów.

Najwięcej obaw wśród uczestników budzi implementacja wywiadu AAI do codziennej pracy z pacjentami, która dotyczy po pierwsze, kwestii technicznych związanych z systemem i organizacją pracy w placówkach leczenia uzależnień, do których odnosimy się z propozycjami rozwiązań, a po drugie, kwestii merytorycznych, związanych z brakiem poczucia biegłości w posługiwaniu się narzędziem.

W odpowiedzi na zgłaszane zapotrzebowanie, pojawiła się w naszej ofercie również Superwizja pracy z wywiadem przywiązania osób dorosłych, dla słuchaczy, którzy ukończyli szkolenie. W dalszej perspektywie planujemy też rozszerzenie modułu związanego z pracą terapeutyczną, również w oparciu o narzędzie.

W celu zmaksymalizowania korzyści ze szkolenia, zarówno dla terapeutów, jak i w konsekwencji dla pacjentów, pracujemy nad przygotowaniem oferty będącej pewnym całościowym programem szkoleniowym, który obejmowałby następujące moduły:

1. ugruntowanie wiedzy na temat przywiązania i traumy wczesnodziecięcej oraz ich wpływu na rozwój zaburzeń, w tym uzależnień;
2. przygotowanie terapeutów do prawidłowego przeprowadzenia wywiadu AAI, w celu pełnego wykorzystania jego potencjału;
3. superwizję wywiadów AAI przeprowadzonych przez uczestników z własnymi pacjentami,
4. (następnie) szkolenia w zakresie prowadzenia terapii w odniesieniu do poszczególnych wzorców przywiązania. Dla budowania bezpiecznej więzi pacjenta z terapeutą ważne by też było rozpoznanie przez terapeutów własnego wzorca przywiązania.

Podsumowując, istnieje duża szansa, że nasza działalność szkoleniowa nadal będzie się rozwijać, by sprostać wymaganiom i oczekiwaniom, jakie stawiają przed nami zarówno psychoterapeuci jak i pacjenci.

ANNA WENDOŁOWSKA



psycholog, pracownik nieetatowy Uniwersytetu Jagiellońskiego, Licencjonowany koder AAI, certyfikowany przez Mary Main i Erica Hesse w administrowaniu i ocenie AAI według systemu Berkeley/ABC+D

ANNA CZERNIEJEWSKA



psycholog, psychoterapeuta, trener III stopnia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego,

BIBLIOGRAFIA

1. Benfield J. (2018), *Secure Attachment: An Antidote to Sex Addiction? A Thematic Analysis of Therapists' Experiences of Utilizing Attachment-Informed Treatment Strategies to Address Sexual Compulsivity, Sexual Addiction & Compulsivity*,
2. Bowlby J. (1998), *Attachment and loss. T. 3. Loss. Sadness and depression*, London, Sydney, Glenfield, Parktown: Pimlico.
3. Bowlby J. (2004), *A secure base. Clinical applications of Attachment theory*, Hove, New York: Brunner-Routledge.
4. Fletcher K., Nutton J. Brend D. (2014). *Attachment, A Matter of Substance: The Potential of Attachment Theory in the Treatment of Addictions*. Springer Science+Business Media New York 2014
5. George, C., Kaplan, N., Main., M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley (third edition)
6. Hesse, E. (2016), *The Adult Attachment Interview Protocol, Method of Analysis, and Selected Empirical Studies: 1985–2015*, W: J. Cassidy, P.R. Shaver, *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. New York, London: The Guilford Press.

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: www.touib.pl

Monika Kisła

Czym dla mnie jest teatr? Przede wszystkim narzędziem, które otwiera przestrzeń do dialogu z drugim, często dużo młodszym, człowiekiem i co ważne – narzędziem prowadzącym do zmiany. Zmiany w twórcach i zmiany w odbiorcach, którzy w niektórych formach teatru stają się także współtwórcami

TEATRALNA PRZESTRZEŃ ZMIANY

„Nieważne, że działanie jest fikcyjne, ważne, że to działanie”

AUGUSTO BOAL

Prawdziwość motta dostrzegam, prowadząc różne grupy teatralne, zapraszając młodzież do wspólnego tworzenia przestrzeni zmiany. Chcę podzielić się własnym doświadczeniem teatru, by przyjrzeć się, co jest w nim tak magicznego, że zmiana jest możliwa, a nawet pewna i trwała. Opiszę, co z mojej perspektywy oznacza magia teatru, która stwarza przestrzeń do zmiany u samych twórców jak i odbiorców spektakli.

Projekty teatralne, do których nawijają, tworzyłam z młodzieżą w wieku od 12 do 25 lat dzięki bezpiecznej przestrzeni Towarzystwa Aktywności Dzieci SZANSA. W tekście kursywą przywołuję wypowiedzi młodych twórców, które otrzymywałam w ramach informacji zwrotnych po spotkaniach.

Prolog – poczucie bezpieczeństwa niezbędne do podejmowania wyzwań

Coś, czego nie mogę pominąć, to integracja oparta o techniki dramowe, która pozwala poznać nie tylko siebie, ale pozostałych między innymi poprzez poszukiwanie cech wspólnych i różnic, współdziałanie w grupie z wykorzystaniem słowa i ruchu. To zmniejsza poziom lęku i podnosi poczucie bezpieczeństwa. Dlaczego drama? Dlatego, że wymaga jednoczesnego zaangażowania umysłu, emocji i ciała, aktywności serca i rozumu. Poza tym, to świetna zabawa, która uwalnia spontaniczność i pozwala na wymianę emocjonalną z innymi uczestnikami, wpływając na budowanie relacji. Jeśli się z kimś dobrze bawimy, śmiejemy, to chcemy się z nim spotykać i kontynuować zabawę.

Z każdą z grup pracuję w tym zakresie trochę inaczej, bo każda wymaga innych narzędzi, ale walizka z dramowymi narzędziami jest ogromna.

AKT I

Podmiotowość uczestników – niczego nie musisz, możesz, we własnym rytmie i czasie – to słowa, które pozwalają działać, wejść w grupę, zaryzykować mimo lęku przed oceną.

Teatr Ot Tak – grupa „po przejściach”, z którą pracuję około dziesięciu lat, bardzo żywa, otwarta na „starych” i „nowych” członków. Początki nie były łatwe, grupa powstała pierwotnie w państwowej instytucji kultury. Tam odbywały się castingi, które były dla potencjalnych uczestników dużym stresem.

Gdy to zrozumieliśmy, zmieniliśmy zasady, każdy mógł przyjść, być z nami, przyglądać się i dołączyć lub zrezygnować.

Jedna z uczestniczek przychodziła już dłuższy czas, brała udział w ćwiczeniach grupowych, ale nie miała odwagi wejść na scenę. Czula jej chęć, ale i lęk przed oceną. Zaproponowałam, by usiadła na scenie i wyobraziła sobie, że wróciła ze szpitala z diagnozą, że nigdy nie będzie chodzić, siedzi w domu już drugi dzień, nie odbiera telefonu, nie odpisuje na wiadomości. Ustaliśmy, że nic nie musi robić, nic nie musi mówić, może wejść i zobaczyć, co się stanie. Wiedziała, że może odmówić – to jedna z podstawowych zasad w prowadzonych przeze mnie grupach. Zgodziła się i stała się magia. Równe klaśnięcie całej grupy siedzącej na widowni oznaczało, że zaczynamy improwizację.

Na scenę wszedł chłopak, który zaczął ją przeproszać, że się nie odzywał, że szkoła, rodzice no i że ma nadzieję, że jej się poprawi i będą mogli pojechać w góry, jak zaplanowali. Potem trajkocząc bez sensu przyjaciółki opowiadające

o wszystkim. Dziewczyna siedziała milcząco, zmieszana sytuacją i coraz głębiej wchodziła w rolę. I wtedy, w płaszczu tej roli, odezwała się po raz pierwszy ze sceny. To była wzruszająca improwizacja, po której nastąpiły długie, przynoszące satysfakcję i rozładowujące „sceniczne” napięcie brawa od całej grupy.

Ważna jest dobrowolność udziału, ważny jest czas dostosowany do potrzeb konkretnej osoby, wycucie chwili, w której staje się gotowa, by podjąć ryzyko ekspozycji na scenie.

Z mojego doświadczenia wynika, że satysfakcja z działań scenicznych wpływa na obniżenie lęku oraz chęć podejmowania kolejnych wyzwań nie tylko w świecie fikcji, ale także tych w realnym życiu.

AKT II

Współdecydowanie i współodpowiedzialność budują zespół i wzmacniają poczucie sprawczości i wartości uczestników.

Początkowo pracowałam w oparciu o gotowe scenariusze poddawane każdorazowo weryfikacji przez grupy, które były w tym względzie bardzo wymagające.

Doświadczyłam odrzucenia scenariusza – wydał się młodzieży banalny, przyjął to z pokorą i zrozumieniem (wspominamy ten fakt, więc mogę sądzić, że miało to dla nich duże znaczenie). Mam poczucie, że zaliczyłam wtedy ważny test – przestałam być „panią od teatru”, stałam się równoprawnym członkiem grupy.

TEATR FORUM

Wraz z prowadzonym przeze mnie teatrem wprost wystąpiliśmy dla społeczności Ośrodka Readaptacyjno-Re-

habilitacyjnego. Młodzi aktorzy zastanawiali się, jak to się dzieje, że tacy mili, fajni ludzie sięgają po narkotyki i postanowili coś zrobić dla swoich rówieśników w obszarze profilaktyki uzależnień.

Stworzony z ich udziałem w 2008 roku projekt NIEbraNIE dostał certyfikat „European Action on Drugs” w konkursie „10 najciekawszych projektów zrealizowanych w ramach Europejskiej Kampanii w Sprawie Narkotyków”.

Po kilku latach postanowiłam go „uaktualnić”, zapraszając do współtworzenia nowego projektu młodych dorosłych z teatru wprost i młodzież – wcześniejszych członków dzisiejszego teatru Ot Tak. Nie bez znaczenia okazał się element darmowej integracji przedstawicieli dwóch teatralnych grup czternasto – i dwudziestokilkulatków oraz dwójki prowadzących dorosłych. Dużo śmiechu i zabawne improwizacje stworzyły przestrzeń do szczerej rozmowy i pozwoliły nam dorosłym zobaczyć, co jest ważne dla najmłodszych uczestników projektu. To był moment, w którym zrozumiałam, że to ich perspektywa jest najważniejsza, że to oni są specjalistami, a my się od nich uczymy. Nasza wiedza, pomysły i założenia wylądowały w koszu, a młodzi twórcy zyskali na poczuciu sprawczości i wartości. Stworzyliśmy wspólnie projekt decyZJA – nazwa podkreśla wagę własnych decyzji.

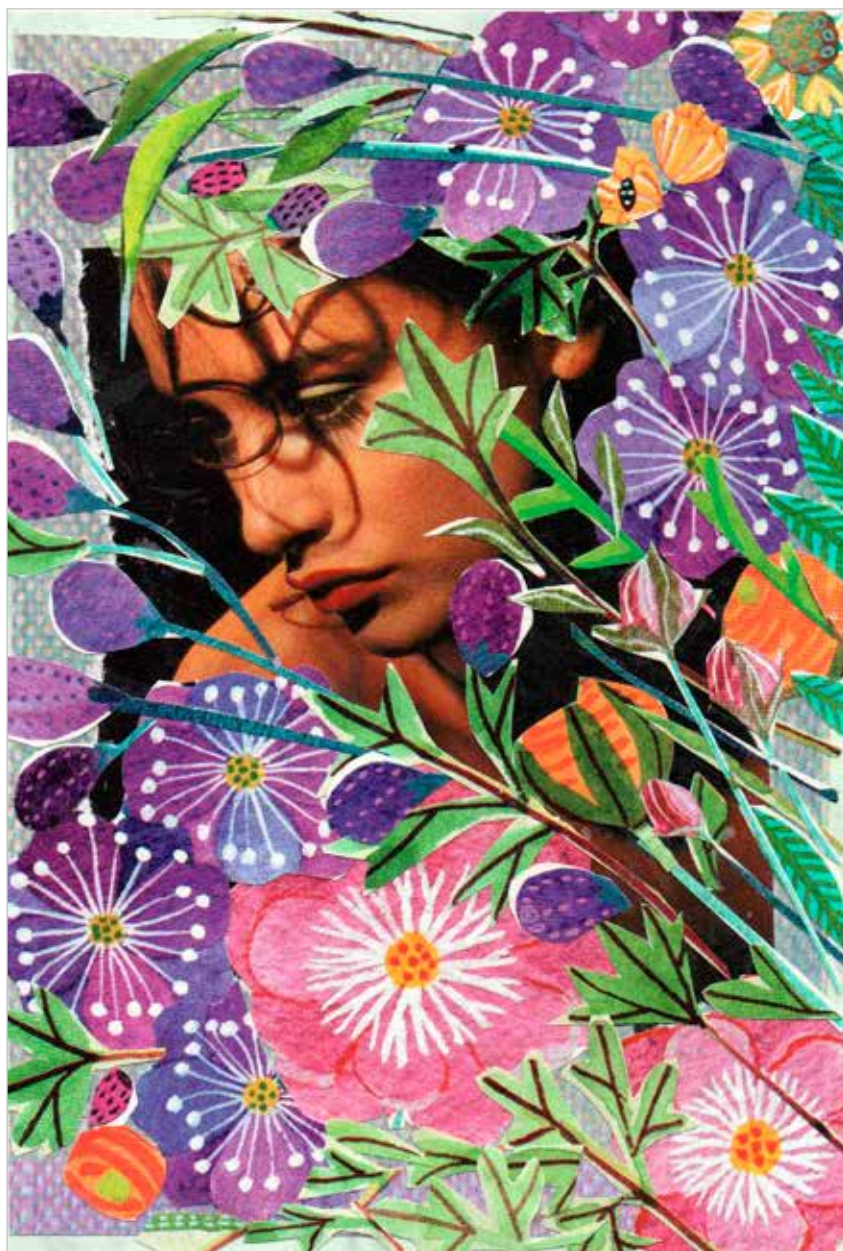
Powstał spektakl w formule Teatru Forum. Formuła ta stwarza ogromne możliwości do pracy nad szeroko pojętą zmianą także dla widzów, gdyż daje im szansę na bezpośrednie działanie, a nie tylko na refleksję. Wymagało to zapoznania młodszych i starszych aktorów z filozofią Augusto Boala – brazylijskiego praktyka dramy, twórcy Teatru Forum. Stworzyliśmy Antymodel – spektakl poruszający ważne dla naszych najmłodszych współtwórców i ich rówieśników (grupy potencjalnych odbiorców) problemy.

Bohaterka opowiadanej historii jest zbliżona wiekiem do widzów, zmagając się z trudnościami, których na co dzień i oni mogą doświadczać. Pokazujemy jej wartości, motywacje, potrzeby, relacje z innymi. Historia kończy się, gdy wszystko wymyka jej się spod kontroli, znajduje się w sytuacji właściwie bez wyjścia, bo każda decyzja wydaje się być niekorzystna. Widzowie zostają z pytaniami: Czy ta historia musiała się tak skończyć? Czy

bohaterka mogła zachować się inaczej? Czy mogła podjąć inne, sprzyjające sobie decyzje?

Po krótkiej dyskusji z widownią zaczyna się gra zwana Teatrem Forum. Aktorzy jeszcze raz odgrywają ten sam spektakl, ale tym razem prowadzący umożliwia widzom, a właściwie Widzo-Aktorom zatrzymanie historii w momentach, gdy ich zdaniem bohaterka mogła podjąć inną decyzję. Każdy Widz, wchodząc w jej rolę, może sprawdzić swoje rozwiązania i przyrzeć się ich konsekwencjom. Podczas tych improwizowanych spektakli pracują nie tylko aktorzy (którzy, adekwatnie do propozycji Widzo-Aktorów, decydują się na zmiany u odgrywanych przez siebie postaci), ale również widzowie, którzy stają się ak-

torami, angażując swoje emocje, umysł i ciało. To oni decydują, co zrobi lub powie bohater, w którego „buty” wchodzi. Dzięki temu zyskują przekonanie, że mogą coś zrobić, coś zmienić, że nie muszą godzić się na wszystko, co niesie los. Dostrzegają, że brak decyzji też jest decyzją. I wszyscy – aktorzy, widzowie, prowadzący – są w tej teatralnej przestrzeni zmiany, ucząc się od siebie wzajemnie swoich perspektyw na tę jedną historię. Możemy się nie zgadzać, możemy się spierać – najważniejsze, że działamy. Nieistotne, że działanie jest fikcyjne, w bezpiecznym płaszczu roli, nasz mózg, nasze emocje, nasze ciała działają tak samo, jak gdyby to działa się naprawdę. Można sprawdzać, doświadczać i w przy-



szości przenieść te doświadczenia do realnego życia.

Za nami już dziesięć lat pracy, ponad trzysta zagranych spektakli dla prawie siedem tysięcy uczniów. W kolejnych edycjach grają młodzi aktorzy z teatru Ot Tak, a starsi koledzy z teatru wprost wchodzą w role nauczycieli i rodziców. Spotykamy się z młodzieżą w zwyczajnych klasach szkolnych, które na chwilę stają się przestrzenią teatralnej zmiany. Nie trzeba wielkiej scenografii, wystarczą cztery krzesła, by zadziała się magia, by młodzi widzowie „weszli w historię” i poczuli potrzebę jej zmiany.

Wystarczy dwa, trzy krótkie ćwiczenia dramowe, by oddać im głos i zamienić ich w Widzo-Aktorów współdecydujących o tym, jak zakończy się ich wersja naszej historii.

Doświadczenie tej pracy i informacje zwrotne od młodych twórców i uczestników projektu pozwalają mi sądzić, że formuła Teatru Forum daje przestrzeń do decydowania i brania odpowiedzialności, co znacząco wpływa na poczucie sprawczości, a co za tym idzie również poczucie wartości u obu tych grup.

AKT III

Trudności mogą oddalać lub zbliżać, rozluźniać lub zaciskać więzi – siła grupy to suma sił i słabości wielu jednostek.

SPOSÓB NA „KRYTYKA”

Wydaje się, że aktorstwo to prosta praca – człowiek chodzi po scenie i mówi. Próby do spektaklu wymagają jednak ogromnej cierpliwości. Czekasz, aż przyjdzie twoja kolej, powtarzasz scenę, bo pomyliłeś tekst, coś trzeba zmienić, bo się „nie klei”.

Wiem, że uwagi dotyczące pracy na scenie bywają trudne do przyjęcia dla większości osób. Gdy dołącza ktoś nowy, to jest mu dwa razy trudniej – ekspozycja na scenie, nowi ludzie, którzy mogą ocenić. Staram się być delikatna, ale jeśli ktoś w swoim krótkim życiu słyszał dużo krytycznych uwag od rodziców, nauczycieli, rówieśników, to jego ciało reaguje automatycznie, spina się i trudno o dalszą pracę.

W teatrze Ot Tak istnieje taka niepisana zasada, by za uwagi dotyczące pracy na scenie wzajemnie sobie dziękować, bo są po to, by pomóc, a nie krytykować czy ośmieszać – uwielbiam tę wdzięczność, sama jestem otwarta na uwagi od grupy i lubię za nie dziękować.



Gdy nowy członek zespołu słyszy, jak inni sobie dziękują za „krytykę”, to łatwiej mu przyjąć coś na swój temat.

„Teatr nauczył mnie wrażliwości i dyscypliny. Chcesz być na każdej próbie, musisz nauczyć się tekstu i znać go w każdej możliwej chwili. Nauczył mnie również, że warto mieć swoje zdanie i mówić, co się ma na myśli, ponieważ na przykład „wytknięcie błędu” nie musi ranić, a może pomóc w dalszej pracy nad swoją rolą.”

SIŁA JEDNOSTKI – SIŁA GRUPY

Zbliżała się premiera, rozwieszono zostały plakaty, rozdane zaproszenia, gdy dowiedzieliśmy się, że zmarł tata jednej z młodych aktorek, a dzień premiery jest dniem jego pogrzebu. Rozważaliśmy zmianę terminu, wszyscy to poparli, ale dziewczyna stanowczo powiedziała, że chce zagrać. Rano odbyła się próba, a potem wszyscy poszliśmy do kościoła. Wieczorem znów byliśmy razem i razem zagraliśmy spektakl. Wcześniejsze łyż smutku, pomieszały się z łzami wdzięczności dla tej, dzięki której wystąpiliśmy. To był moment, kiedy silnie poczułam, że jesteście jedną grupą.

ZDANIE O EMPATII

Kiedy zaproponowałam jednej z aktorek główną rolę w nowym spektaklu, wskazała na koleżankę i powiedziała, że ta jeszcze nie grała głównej roli i chciała by, żebym jej zaproponowała. Tak się stało, a dziewczyny dziś są przyjaciółkami.

SIŁA GRUPY

Siły grupy doświadczyłam w sytuacji, która nas początkowo bardzo zasmuciła, potem jeszcze bardziej scaliła, a dziś stała się dla mnie pośrednim impulsem do napisania tego artykułu.

Kilka lat temu zaskoczyła nas decyzja pani pełniącej wówczas obowiązki dyrektora instytucji, w której działaliśmy, o likwidacji współprowadzonej przeze mnie przez około siedem lat młodzieżowej grupy teatralnej. Nie miały znaczenia liczne nagrody zdobywane przez młodzież na konkursach i festiwalach, wypełnione po brzegi sale na naszych spektaklach, łyż i słowa uczestników, że ten teatr to ich drugi dom. Jednym z ważnych argumentów przemawiającym za zamknięciem teatru było to, że według niej to grupa terapeutyczna, a nie artystyczna.

Na ostatnie spotkanie przyszli obecni i byli członkowie teatru. Ze łzami w oczach stanęliśmy w kręgach twarzami do siebie i dziękowaliśmy sobie wzajem-

nie za ten wspólny czas, nie wiedząc, co będzie z nami dalej. Potem improwowaliśmy nasze odczucia na scenie, wierząc, że to spotkanie nie jest ostatnim. Usłyszałam między innymi:

„Gdy dołączyłem, nie sądziłem, że te zafekcja mogą nieść za sobą coś więcej.”

„Mogłem tu uciec w ciszę i przestrzeń wyłącznie dla mnie.”

„Tylko tu mogę być sobą bez lęku przed oceną.”

„Czułem się tu ważny, ważniejszy niż na boisku czy gdziekolwiek indziej.”

„Wcześniej czułam się bardzo samotna, ale nie boję się, że znów tak będzie.”

Ta wdzięczność mieszała się z poczuciem pewności, że razem damy radę. Pozwoliła poradzić sobie ze złością, związaną z poczuciem niesprawiedliwości, że wyrzucają nas z miejsca, które przez lata było naszym drugim domem.

UMIĘTNOŚĆ ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW I SZUKANIA POMOCY

Grupa działa dalej, zmieniała miejsce spotkań i nazwę, a ostatnio jeden z członków Teatru *Ot Tak* powiedział mi: *„Zastanawiałem się potem naprawdę długo nad tym, co powiedziała ta pani i doszedłem do wniosku, że ma rację. Grupa teatralna może być grupą terapeutyczną, ale to wcale nie oznacza, że teatr nie powinien takim miejscem być! Co więcej, po czasie zacząłem myśleć, że to ogromny komplement. Teatr pomaga nam, młodym (albo ciut starszym) ludziom, rozwija nas, kształtuje, daje satysfakcję, pozwala czuć się ważną częścią całości. Uważam, że KAŻDE miejsce, gdzie młodzi ludzie, dzieci i nastolatki, tacy jak my wtedy, dobrowolnie uczęszczają, poświęcają swój czas i energię, może być nazwane grupą terapeutyczną w szerszym tego słowa znaczeniu. Skoro dzieci czują się tam dobrze i bezpiecznie mogą porozmawiać o swoich problemach, przemyśleniach, to tylko stanowi wartość dodaną. Według mnie tak powinno być. Czy to treningi siatkówki, szachy, pływanie czy lekcje pianina. (...) Dla nas liczy się to, że jesteśmy razem, w ekipie, wspólnie. Nie mieliśmy gdzie grać? Przygarnęła nas SZANSA. Nie mieliśmy co grać? No to sami wzięliśmy się za scenariusz. Nawet czasu za dużo nie mieliśmy, a i tak się udało. To działa jak lekarstwo na smutną duszę. To mnie napędzało. Jestem pewien, że każdego z nas.”*

BEZPIECZNE EKSPERYMENTY W PŁASZCZU ROLI MOŻNA PRZEŁOŻYĆ NA REALNE ŻYCIE

Mam pewność, że bezpieczny świat fikcji daje przestrzeń do stawiania się sobą. Potwierdzają to wypowiedzi:

„Teatr pomógł mi dowiedzieć się, jak mogę różnie zachować się w danej chwili, jak różnie poradzić sobie z problemami.”

„Teatr jest przestrzenią, gdzie anonimowo mogę opowiedzieć o swoich problemach, napisać o tym, co mnie boli naprawdę, a widownia może to usłyszeć, a ja odczuwam ulgę.”

„Teatr rozwija, każdy przed zagranieniem roli musi zastanowić się, jak chce zagrać daną postać, co ona lubi, jakie miała dzieciństwo, czemu podejmuje takie decyzje... I tak przekazać swoje emocje, by widz czuł je razem z nim.”

„Zyskałam trochę pewności siebie, umiejętności pracy w grupie, wyrażania swojej opinii, radzenia sobie ze stresem, patrzenia na sytuację z różnych perspektyw.”

„Dzięki scenie miałem możliwość szukania swoich granic, szukania swoich poglądów oraz szukania przede wszystkim samego siebie. Siła relacji, emocje przed spektaklem oraz świadomość, ile pracy w to włożyliśmy, były na tyle silne, że mogliśmy przenosić góry.”

Dziś, mając dwadzieścia lat wiem, że zaangażowanie się w teatr było najlepszą decyzją w moim życiu.”

EPILOG – WTEDY „DZIEJE SIĘ MAGIA”

Aktorzy teatru *Ot Tak* lubią wracać do cytatu z pierwszego wspólnego spektaklu autorstwa Williama Mastrosimone: *„Więc zakładasz maskę, maska skrywa twarz, twarz skrywa ból, ten ból wyrzywa Ci serce, serce, którego nie zna nikt.”*

Tylko gdzie zazwyczaj jest ta maska? W teatrze? W życiu? Tak to widzi jedna z aktorek:

„Teatr pozwala nam wyjść ze swojej strefy komfortu i jednocześnie scena sprawia, że wciąż w niej jesteśmy, tylko ona (ta strefa) staje się większa, bo nikt na widowni nie wie, że w roli, którą gram, jest częścią mnie, więc mogę być odważna, mądra, pozwolić sobie na łzy i śmiech i nikt nie będzie wiedział, że to ja. A jak już sobie pozwolę na scenie, to czemu nie spróbować tego w prawdziwym życiu? (...) Na co dzień, będąc w strefie komfortu, mamy taką maskę, która ukrywa nasze wszystkie problemy, ale

czasem warto wejść na scenę i skoczyć ze spadochronem i dać masce odlecieć. I wtedy właśnie dzieje się magia.”

Teatr towarzyszy mi od zawsze. Gdy byłam dzieckiem, pomagał wyrazić siebie i zrozumieć świat, dziś jest okazją do satysfakcjonujących spotkań ze sobą i z drugim człowiekiem. Myślę, że ciągnęło mnie do teatru, bo intuicyjnie czułam, że stwarza on bezpieczną przestrzeń, która otwiera, zachęca do współdziałania, uczy cierpliwości, współodpowiedzialności, rozbudza spontaniczność, daje odwagę, by rozmawiać o tematach ważnych, trudnych i zabawnych, pozwala realizować potrzeby i pomysły każdego z członków grupy i daje poczucie wspólnoty, sprawczości i sukcesu.

Chcę zwrócić uwagę na moc teatru w pracy z dziećmi i młodzieżą, którą można wykorzystać także w pracy z grupami (nie)terapeutycznymi. Dlatego powtórzę za Augusto Boalem: *W teatrze działanie, mimo że fikcyjne, staje się treningiem, który daje szansę na realne zmiany w prawdziwym życiu.*

Dotychczas współtworzyłam trzy młodzieżowe grupy teatralne, reżyserowałam spektakle ze Społecznością Ośrodka Readaptacyjno – Rehabilitacyjnego w Karczewie oraz współtworzyłam projekty metodą Teatru Forum w Mazowieckim Oddziale Terenowym Towarzystwa Rozwijania Aktywności Dzieci SZANSA. Szkoliłam się i współpracowałam w obszarze dramy i Teatru Forum z SPD STOP KLATKA oraz Fundacją Drama Way (na ich stronach można znaleźć wiedzę i informacje o warsztatach i szkoleniach).

Czytelnikom, których zainteresował ten temat polecam dwie lektury: Augusto Boal *„Gry dla aktorów i nie aktorów”*, Sara Cliford, Anna Herrmann *„Teatr przebudzenia”*.

MONIKA KISŁA



Aktorka, specjalistka terapii uzależnień i terapeutka EMDR. Twórczyni i realizatorka projektów teatralnych, członkini zarządu MOT TRAD SZANSA. Pracuje w Ośrodku JA w Warszawie i OPTU w Wołominie

Osoby z problemem uzależnienia, współuzależnienia, z trudnościami, jakie wynikają z dorastania w rodzinach z problemem alkoholowym, a także osoby w kryzysie psychicznym oraz dzieci wymagające troski – tymi wszystkimi mieszkańcami Tarnowskich Gór zajmuje się istniejący tam od 20 lat Tarnogórski Ośrodek Terapii Uzależnień, Profilaktyki i Pomocy Psychologicznej TOTU

OŚRODEK ZE ŚLĄSKĄ DUSZĄ

Kiedy zaczynałem swoją pracę konsultanta ds. uzależnień w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w latach dziewięćdziesiątych XX wieku, wydawało mi się, że odkryłem swoistą śląską odmianę choroby alkoholowej – to mężczyzna w średnim wieku, często górnik, niemający swojej rodziny, a mieszkający z leciwą matką. Tacy pacjenci wówczas do mnie trafiali, bo akurat taka była specyfika dzielnicy, w której rozpocząłem pracę – wspomina Piotr Sobczak, dyrektor TOTU. Z biegiem czasu okazało się jednak, że tacy pacjenci to tylko wierzchołek góry lodowej a potrzebujących pomocy jest o wiele więcej. Piotr Sobczak dostał od miasta zadanie zaopiekowania się nimi wszystkimi i tak zaczęła się jego przygoda z prowadzeniem tej imponującej placówki.

Dzisiaj tarnogórski ośrodek ma już 20 lat, a swoją ofertą terapeutyczną i pomocową obejmuje tysiące osób z najróżniejszymi problemami z zakresu zdrowia psychicznego. Dwudziestolecie TOTU jest okazją nie tylko do wspomnień i podsumowań, ale też do zorganizowania konferencji naukowej, której tematyka została mocno osadzona w śląskiej tożsamości zarówno osób tworzących placówkę, jak i jej pacjentów.

– *Ta śląskość jest w nas wpisana, w nasze codzienne życie w pobliżu kopalni, w wartości, które na Śląsku są szczególnie silne: przywiązanie do rodziny, do tradycji, do uczciwości.*

Kiedy w 2002 roku powoływaliśmy TOTU do istnienia, wiedzieliśmy, że placówka ma działać na rzecz lokalnej społeczności. Uznaliśmy więc, że musimy wykazać się nie tylko wiedzą na temat powstawania mechanizmów zaburzeń psychicznych i sposobów ich leczenia, ale również, a może przede wszystkim, potraktować ich śląską tożsamość, powiązaną z lokalną kulturą i tradycją jako zasób w procesie zdrowienia pacjentów – mówi Piotr Sobczak.



TRANSFORMACJE I PRZEŁOMY

Śląsk w tamtym czasie szybko się zmieniał, jak zresztą cała Polska. Lata dziewięćdziesiąte XX wieku, czas przejścia od komunizmu do państwa rządzonego prawami wolnego rynku wielu ludziom umożliwił zupełnie nowe życie, kwitła mała i średnia przedsiębiorczość, rosły majątki i możliwości.

Jednak z drugiej strony, gdzieś na obrzeżach tego coraz szybciej pędzącego i rozwijającego się nowego świata zostali Ślązacy, którzy nie odnaleźli się w nim. Nie założyli biznesu, nie zrobili kariery, a praca w kopalniach od pokoleń będąca podstawą egzystencji śląskich rodzin stała się niepewna i wcale nie tak pożądana jak kiedyś. Uzależnienia, depresje, lęki – to była codzienność wielu Polaków, w tym również mieszkańców Tarnowskich Gór.

– *Nie wiem, kto zauważył te narastające problemy, kto jako pierwszy wpadł na pomysł utworzenia placówki, która będzie pomagała tym wszystkim ludziom. Decyzja o stworzeniu takiego miejsca z pewnością nacechowana była niezwykłą wrażliwością na sprawy społeczne – mówi Piotr Sobczak. Burmistrzem miasta był wówczas Piotr Hanysek, jego zastępcą ds. społecznych Stanisław Beśka, a Pełnomocnikiem Burmistrza ds. Uzależnień Bożena Boruta-Gojny. Od tych osób wyszła inicjatywa utworzenia ośrodka, a misję tę kontynuuje obecny dyrektor.*

Przez pierwsze dwa lata TOTU finansował ze swoich środków Urząd Miasta Tarnowskie Góry. Już w chwili otwarcia Ośrodka w styczniu 2002 roku wiadomo było, że Ośrodek będzie musiał się zmieniać tak, jak zmieniała się rzeczywistość, w której funkcjonował.

– *Przystąpienie Polski do Unii Europejskiej, otwarcie granic dla poszukujących pracy, zwycięstwa Małyszka, to wszystko uwalniało nadzieję, że jakoś staniemy na nogi – wspomina Piotr Sobczak.*

Wtedy TOTU postanowił działać na własny rachunek i przekształcił się w Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej. To była bardzo ważna decyzja.

– *Z instytucji finansowanej przez Miasto Tarnowskie Góry staliśmy się „partnerem biznesowym” Narodowego Funduszu Zdrowia. Gmina Tarnowskie Góry przestała utrzymywać Ośrodek, a stała się jego klientem – mówi dyrektor placówki. To pozwoliło na szybki rozwój i dodawanie kolejnych usług terapeutycznych do jej oferty.*

– *Dość powiedzieć, że w 2002 roku zakontraktowana kwota w NFZ wynosiła 126 tys zł, a w 2021 podpisałem z NFZ kontrakt na kwotę przewyższającą milion złotych – podkreśla Piotr Sobczak. Przed pandemią TOTU przyjmował około 1.200 pacjentów rocznie, w pandemii liczba ta wzrosła do 1.700 osób, przybyło głównie pacjentów młodych, dzieci, młodzieży, młodych dorosłych.*

NIE TYLKO ALKOHOL

Dzisiaj w dużym budynku przy ulicy Karłuszowiec 11 w Tarnowskich Górach pomoc znajdują ludzie w najróżniejszych życiowych kryzysach. Do niedawna placówka obsługiwała większość z nich na bieżąco, bez konieczności czekania w kolejce, jednak ostatnio kryzys zdrowia psychicznego w całym społeczeństwie nasilił się na tyle, że pacjenci pierwszorazowi muszą poczekać w kolejce, na przykład

w programie podstawowym leczenia uzależnienia czas oczekiwania wynosi około dwóch miesięcy.

W ramach struktury organizacyjnej Ośrodka TOTU istnieje obecnie sześć podmiotów: Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży; Poradnia Leczenia Nerwic; Poradnia Leczenia Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu; Dzienny Oddział Leczenia Uzależnienia od Alkoholu; Świetlica Socjoterapeutyczna "Kryjówka" oraz Punkt Konsultacyjny.

W ramach oferty placówki prowadzony jest też program terapeutyczny dla osób uzależnionych od hazardu oraz "FreD Goes Net" – program wczesnej interwencji dla młodzieży, która dopiero rozpoczęła eksperymentowanie z alkoholem czy narkotykami, głównie z marihuaną. Zapytany o największy dziś powód do dumy dyrektor odpowiada:

– To, że mamy tak kompleksową ofertę, która naprawdę odpowiada potrzebom tejże społeczności i pomaga rozwiązywać problemy całej rodziny. Tarnowskie Góry są zaściankiem wielkiej, śląskiej metropolii, ale to, co oferujemy naszym pacjentom, bynajmniej nie jest zaściankowe – odpowiada Piotr Sobczak.

Personel ośrodka stanowią, oprócz administracji i wychowawców świetlicy, lekarze psychiatry i psychoterapeuci. Psychoterapeuci legitymują się certyfikatami zarówno w dziedzinie uzależnień, jak i różnych szkół i nurtów psychoterapeutycznych. Wszyscy superwizują swoją pracę.

– Jestem bardzo dumny z mojej kadry, bo wiem, że wszyscy starają się nieustannie rozwijać w kierunku nie tylko terapii uzależnienia, ale także pogłębionej psychoterapii, tak żeby móc pomagać pacjentom na każdym etapie ich drogi ku zdrowiu i według ich indywidualnych potrzeb – mówi Piotr Sobczak.

Standardy, jakie obowiązują w procesie leczenia, określa oczywiście Narodowy Fundusz Zdrowia. Podstawowym narzędziem oddziaływania w ośrodku TOTU jest psychoterapia w dwóch formach: indywidualnej i grupowej, poprzedzona diagnozą. Celem diagnozy jest nie tylko rozpoznanie problemów pacjenta, ale również zawarcie kontraktu, który obejmuje cele terapeutyczne, czas trwania terapii oraz warunki, w jakich ona będzie się odbywać.

– Staramy się pamiętać o tym, że psychoterapia powinna służyć zmianie. Ludzie przychodzą do nas po to, żeby coś się zmieniło w ich życiu. Powszechnie o takich



placówkach jak nasza, mówiło się poradnia odwykowa. Nigdy nie byliśmy poradnią odwykową. Zawsze w centrum naszego zainteresowania był człowiek oraz to, co chce zmienić w swoim życiu i za czym chce podążać – mówi dyrektor.

DLA KOGO TO WSZYSTKO?

W ciągu minionych dwudziestu lat zmieniali się też pacjenci. Dzisiaj kadra placówki może wyróżnić cztery grupy osób korzystających z jej oferty.

Pierwsza to osoby uzależnione stanowiące około 25 procent pacjentów. Oferta dla nich obejmuje program podstawowy realizowany w warunkach ambulatoryjnych, gdzie zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu popołudniami przez okres pół roku, lub podstawowy program realizowany w ramach dziennego oddziału, w którym zajęcia są codziennie od poniedziałku do piątku przez osiem tygodni. Pacjenci, którzy ukończyli program podstawowy, mają możliwość kontynuowania terapii przez następny rok w ramach grupy dalszego zdrowienia. Program Dalszego Zdrowienia jest finansowany ze środków gminnych, tzn. każda gmina powiatu tarnogórskiego opłaca swojego pacjenta.

Drugą grupę stanowią kobiety (około 17 procent pacjentów ośrodka) doświadczające przemocy psychicznej i fizycznej ze strony osób, z którymi pozostają w bliskich relacjach, a także kobiety doznające negatywnych konsekwencji (psychicz-

nych, fizycznych, społecznych i ekonomicznych) zamieszkiwania z osobą uzależnioną od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz od hazardu.

– Zakładamy, że uczestnicząc w sesjach indywidualnych i grupie psychoedukacyjnej, te pacjentki nabywają umiejętności planowania i wprowadzania zmian w swoim funkcjonowaniu w bliskiej relacji z osobą stosującą przemoc lub zmagającą się z problemem uzależnienia – mówi Piotr Sobczak. Celem terapii jest wypracowanie nowych, bardziej konstruktywnych strategii radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych, np. w postaci korzystania z rozwiązań prawnych – powiadomienie policji i prokuratury, wszczęcie procedury „Niebieskiej Karty”, zgłoszenie problemu alkoholizmu Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych lub nawiązanie współpracy z MOPS-em.

Trzecia grupa pacjentów (około 30 procent) to osoby z szerokim spektrum zaburzeń emocjonalnych, które są skutkiem dorastania w rodzinie dysfunkcyjnej lub alkoholowej (to tak zwane Dorosłe Dzieci Alkoholików z syndromem DDA).

– Z naszych doświadczeń wynika, że nie wszystkie osoby wzrastające w rodzinie alkoholowej lub dysfunkcyjnej doświadczają nasilonych objawów syndromu DDA – mówi Piotr Sobczak. – Większość radzi sobie dobrze ze sobą i swoimi problemami, a jeśli przeżywają trudności, skutecznie rozwiązują je bez pomocy specjalistów.

Osoby z syndromem DDA mogą osiągać wiele sukcesów w życiu, zwłaszcza zawodowym. Nasilenie cech DDA może jednak przeszkadzać w codziennym funkcjonowaniu i wówczas wymagają psychoterapii. Warto też pamiętać, że około 80% pacjentów uzależnionych od alkoholu to właśnie DDA – podkreśla szef TOTU.

Czwarta grupa pacjentów to dzieci i młodzież (28 procent pacjentów).

– Spektrum problemów, jakie zgłaszają rodzice względem swoich dzieci oraz które zgłaszają same dzieci, jest bardzo szerokie. Trudno tutaj jednoznacznie wskazać na dominujący problem, jednak bardzo często powtarza się opinia lekarzy i psychologów, że za zgłaszanymi problemami stoi słabe środowisko wychowawcze, a szczególnie podkreśla się mocno osłabioną rolę ojca – mówi Piotr Sobczak. Ośrodek

TOTU organizuje szereg programów terapeutycznych tak w ramach Świetlicy Socjoterapeutycznej „Kryjówka” jak i w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Program skierowany jest do dzieci i młodzieży z trudnościami w adaptacji do grupy rówieśniczej, z zaburzeniami funkcji percepcyjno – motorycznych (dysleksja, dysgrafia, dysortografia), jak również uczniów z objawami nadpobudliwości psychoruchowej oraz zaburzeniami koncentracji w młodszym wieku szkolnym. Głównym założeniem programu i najbardziej ogólnym celem jego realizacji jest poprawa funkcjonowania dziecka w sferze poznawczej, emocjonalnej oraz społecznej.

Czuć, że gdzieś w tym wszystkim przewija się ta śląskość, zarówno twórców

placówki, jak i korzystających z jej pomocy pacjentów.

– Czujemy to zwłaszcza w przypadku osób spoza miasta, z wiosek, gdzie ta śląska tożsamość i związany z nią ideał rodziny jako najwyższej wartości jest wciąż bardzo silny. Przecież ci pacjenci najczęściej trafiają do nas właśnie wtedy, kiedy rodzina zagraża im wykluczeniem – opowiada Piotr Sobczak. Dlatego śląskość ma znaczenie na początku terapii, jako czynnik motywujący do leczenia, ale też dużo później, w psychoterapii pogłębionej, kiedy pacjent konfrontuje się ze swoimi realnymi problemami, kiedy sięga głębiej do życiorysu. Wtedy to osadzenie się w swoich korzeniach, duma z pochodzenia jest ogromnym zasobem, z którego można czerpać siłę do zdrowienia.

Agata Łato

NASZE RECENZJE

SKALA PICIA PROBLEMOWEGO I POLSKA ADAPTACJA SKALI UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU – NOWE NARZĘDZIA DO DIAGNOZY PICIA ALKOHOLU

Aktualnie, kontrolowane picie alkoholu jest jednym z celów leczenia problemów związanych z używaniem alkoholu. W ostatnich latach dostępne stały się nowe narzędzia pomocne w badaniu nadużywania i uzależnienia od alkoholu. Pozwalają one na ocenę głębokości uzależnienia oraz szans na skuteczne ograniczanie picia.

Pierwsze narzędzie to Skala Picia Problemowego (SPP), a drugie to Skala Uzależnienia od Alkoholu (ADS-PL), które powstały w ramach projektu pt. „Utworzenie, obsługa i promocja platformy e-terapii oraz aplikacji telefonicznej wspierającej ograniczenie spożywania alkoholu” (nr SAP K/PBI/000096) dofinansowanego ze środków na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego określonych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020. Projekt prowadzony był pod kierownictwem prof. UJ Barbary Bętkowskiej – Korpały na Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum.

Skala Picia Problemowego (SPP) to narzędzie autorskie, które powstało na podstawie koncepcji zaburzeń używania alkoholu wg DSM-V. To krótki, 22 itemowy kwestionariusz pozwalający na ocenę, jak poważny problem z używaniem

alkoholu występuje u pacjenta. Wynik pozwala na wskazanie, czy to problem łagodny, umiarkowany, a może już głęboki. Szczegółowa analiza wyników SPP może dostarczyć m.in. informacji porównawczych od społecznego funkcjonowania po neurobiologiczne aspekty picia alkoholu. Samo narzędzie oraz więcej informacji na jego temat można znaleźć w artykule pt. Skala Picia Problemowego (SPP) właściwości psychometryczne autorstwa Justyny Kotowskiej i wsp. opublikowanym w czasopiśmie Psychiatria Polska (<https://www.psychiatriapolska.pl/pdf-130991-80574?filename=Problem%20Drinking%20Scale.pdf>).

Drugie narzędzie, ADS-PL, to praktyczna skala przesiewowa, służąca do oceny szans na powodzenie w kontrolowaniu picia alkoholu. Może również ułatwiać monitorowanie zmian w terapii. Skala ADS-PL jest krótka i dostępna bezpłatnie do użytku po bezpośrednim kontakcie z autorami polskiej adaptacji i uzyskaniu ich zgody. ADS-PL zawiera 25 pozycji. Osoba badana wypełnia skalę samodzielnie, co zajmuje średnio od pięciu do dziesięciu minut. Im niższy uzyskany wynik, tym większa jest szansa na picie pod kontrolą.

Terapeuci korzystający ze skali ADS-PL mają dostępne normy z podziałem na płeć dla wyniku ogólnego oraz trzech czynników takich, jak utrata kontroli i zawansowane picie, przymus picia alkoholu oraz poznawcze i psychofizjologiczne objawy odstawienia. Analiza jakościowa udzielonych odpowiedzi daje także możliwość pogłębienia wywiadu dotyczącego funkcjonowania osoby badanej i przyjrzenia się, w jakich sferach potrzebuje ona większego wsparcia w procesie leczenia.

Skala została opublikowana w artykule autorstwa Katarzyny Olszewskiej – Turek i wsp. pt. Polska Adaptacja Skali Uzależnienia od Alkoholu w czasopiśmie „Resocjalizacja Polska”. Więcej informacji na temat adaptacji skali, jej parametrów statystycznych oraz norm można znaleźć pod linkiem <http://resocjalizacjapolska.pl/index.php/tp/article/view/441>.

Powyższe narzędzia mogą przydać się w codziennej praktyce terapeutów, zwłaszcza wtedy, gdy należy ocenić nasilenie problemu picia alkoholu i zdecydować, czy pacjentowi zaproponować program zorientowany na abstynencję, czy też program ograniczania picia.

Redakcja



Ostatni kwartał tradycyjnie jest czasem obfitującym w liczne wydarzenia związane z tym, co dzieje się w i wokół terapii uzależnień. Liczne sympozja, seminaria i konferencje, a także szkolenie wypełniają jesienne miesiące. Wiele się w tym czasie dzieje i choć jakiś

fragment tego chcielibyśmy przybliżyć czytelnikom tego numeru. Jednym z tych ważnych wydarzeń była konferencja „Uzależnienia-Polityka, Nauka, Praktyka”, która odbyła się w Warszawie we wrześniu br. (Brawo Fundacja res Humanae za doskonałą organizację). Zaczęło się bardzo uroczyście, bo od wręczenia zasłużonym dla budowy systemu rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii samorządowcom, terapeutom, urzędnikom, psychologom i badaczom odznaczeń „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. Wśród nich uhonorowany został nasz Redaktor Naczelny. Mamy nadzieję, że to trochę tak, jakby i nasz kwartalnik został uznany zasłużonym dla ochrony zdrowia. Konferencja

zaprezentowała swego rodzaju bilans otwarcia, z jakim nasza branża wchodzi w okres, w którym finalizować się będą rozpoczęte w tym roku zmiany prawne i organizacyjne dot. uwarunkowań w jakich działać będzie leczenie uzależnień, system szkoleń terapeutów i ich certyfikacja. I nie tylko to. Mimo wielu niewiadomych w tej materii cieszy fakt, że Konsultantem Krajowym w dziedzinie Psychoterapii Uzależnień została prof. Barbara Bętkowska – Korpała, która doskonale zna i rozumie potrzeby pacjentów i pracowników leczenia uzależnień i w imponującym tempie realizuje i swoje zadania.

W grudniowym czasie, gdy nasz kwartalnik dotrze do Waszych rąk, a mamy nadzieję że dotrze, będzie tuż przed Świątami. I pewnie będziemy się znowu siebie zapytywać, jak świętować, gdy za miedzą okrutna wojna, wokół tyle biedy i nieszczęścia. A w domu choinka, rodzina i potrzeba wytchnienia, uśmiechu i beztrioski. Pomieścimy to wszystko.

Życzę Radości trwalszej niż przyjemność i Wdzięczności silniejszej niż zadowolenie. Zdrowia, w którym jest miejsce na dolegliwości oraz Miłości i Przyjaźni mocniejszych niż ich czas.



OD REDAKTORA WYDANIA INTERNETOWEGO

Mija drugi rok istnienia kwartalnika w wersji elektronicznej. Mamy przekonanie i sygnały, że tworzenie wydania online Terapii to sensowne działanie. W każdej chwili i warunkach można posiłkować się dawką wiedzy, zamyślić się, czytając tekst na przykład w smartfonie. Zdajemy sobie sprawę, że artykuły nasze-

go kwartalnika bywają niełatwe w odbiorze, zatem trudno mierzyć się z nimi w autobusowym tłoku lub odrywać się od chwili od czytania. Jednak mimo wszystko dostęp do nowoczesnej myśli o uzależnieniach jest niezaprzeczalnie prostszy, gdy ma się do dyspozycji adres strony internetowej.

Tymczasem ruch na stronie touib.pl nie przytłacza. Wydaje się, że chętniej Państwo zaglądacie na fanpage Terapii na Facebooku, gdzie pojawiają się zajawki tekstów i komentarze Redakcji. Dużą popularnością wśród Państwa cieszy się nadal wersja papierowa. To zrozumiałe, jednak musimy uprzedzić, że w najbliższym czasie nakład się nie zwiększy. Docieramy

z papierowym wydaniem głównie do ośrodków finansowanych przez NFZ. Na to jesteście umówieni.

Bardzo nam zależy na informacji zwrotnej. Prosimy gorąco o komentarze dotyczące funkcjonowania strony internetowej oraz fanpage'a. Co budzi największe zainteresowanie, co moglibyśmy zmienić, czego jest za mało, a może za dużo? Co się podoba, co drażni? Czekamy na Państwa sugestie dotyczące prowadzenia strony i fanpage'a?

Komentarze i refleksje prosimy kierować na adres: piotr.cholerynski@touib.pl

Niezmiennie również zachęcamy do komentowania treści pojawiających się w kwartalniku.

Przypominamy, że istnieje możliwość otrzymania książki z wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego przez tych z Państwa, którzy zdecydują się na dłuższą formę wypowiedzi (do 1800 znaków), którą będziemy mogli umieścić w aktualnościach na naszej stronie.

Pozdrawiam i Dobrych Świąt :)

Piotr Choleryński
– redaktor wydania internetowego



SuperKRAK-UZ
Krakowska Szkoła Superwizorów
Psychoterapii Uzależnień

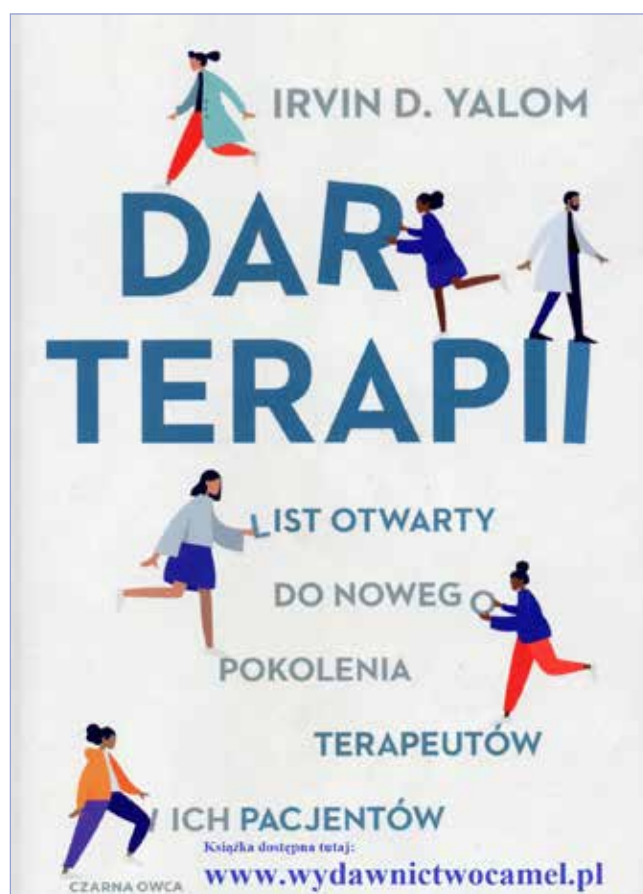


KSTU ogłasza nabór chętnych do udziału w III edycji szkolenia teoretyczno – warsztatowego na rok 2023/24 dla aplikantów, którzy chcą rozwijać swoje umiejętności prowadzenia superwizji i uzyskać certyfikat RSPU.

Szkolenie posiada akredytację Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień, jest zasadniczą częścią pierwszej w Polsce ścieżki aplikacji superwizora w zakresie nabywania i rozwijania umiejętności prowadzenia superwizji dla osób zajmujących się psychoterapią osób uzależnionych i członków ich rodzin, umożliwiającą uzyskanie certyfikatu superwizora psychoterapii uzależnień nadawanego przez RSPU*.

Szkolenie jest adresowane do osób, które zamierzają ubiegać się o certyfikat superwizora psychoterapii uzależnień RSPU i uzyskają status aplikanta (szczegółowe informacje: www.radasuperwizorow.pl)

* uzyskanie certyfikatu superwizora RSPU nie jest równoznaczne z wpisem na listę superwizorów prowadzoną przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii



Seria PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA

Podręczniki autorstwa światowej klasy specjalistów przeznaczone dla psychiatrów i psychoterapeutów opisujące techniki terapii oraz monografie na temat konkretnych zaburzeń psychicznych i poszczególnych szkół terapeutycznych. Zaletą publikowanych w serii tytułów jest przede wszystkim ich bardzo wysoki poziom merytoryczny. Wszystkie publikacje powstają we współpracy ze specjalistami z ośrodków naukowych w całej Polsce.



Poznaj możliwości analizy łańcuchowej w terapii DBT



Oryginalna monografia dostarczająca materiału, który zmusza do przemyślenia, czym jest koncept diagnozy psychoterapeutycznej



Klarowny opis podstawowych pojęć i technik DM, uzupełniony o dialogi, ćwiczenia i praktyczne zadania



Kompleksowy podręcznik poświęcony zespołom konsultacyjnym w DBT



Po dogoterapii i hipoterapii nadszedł czas na ptakoterapię!



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
JAGIELLOŃSKIEGO

www.wuj.pl

