

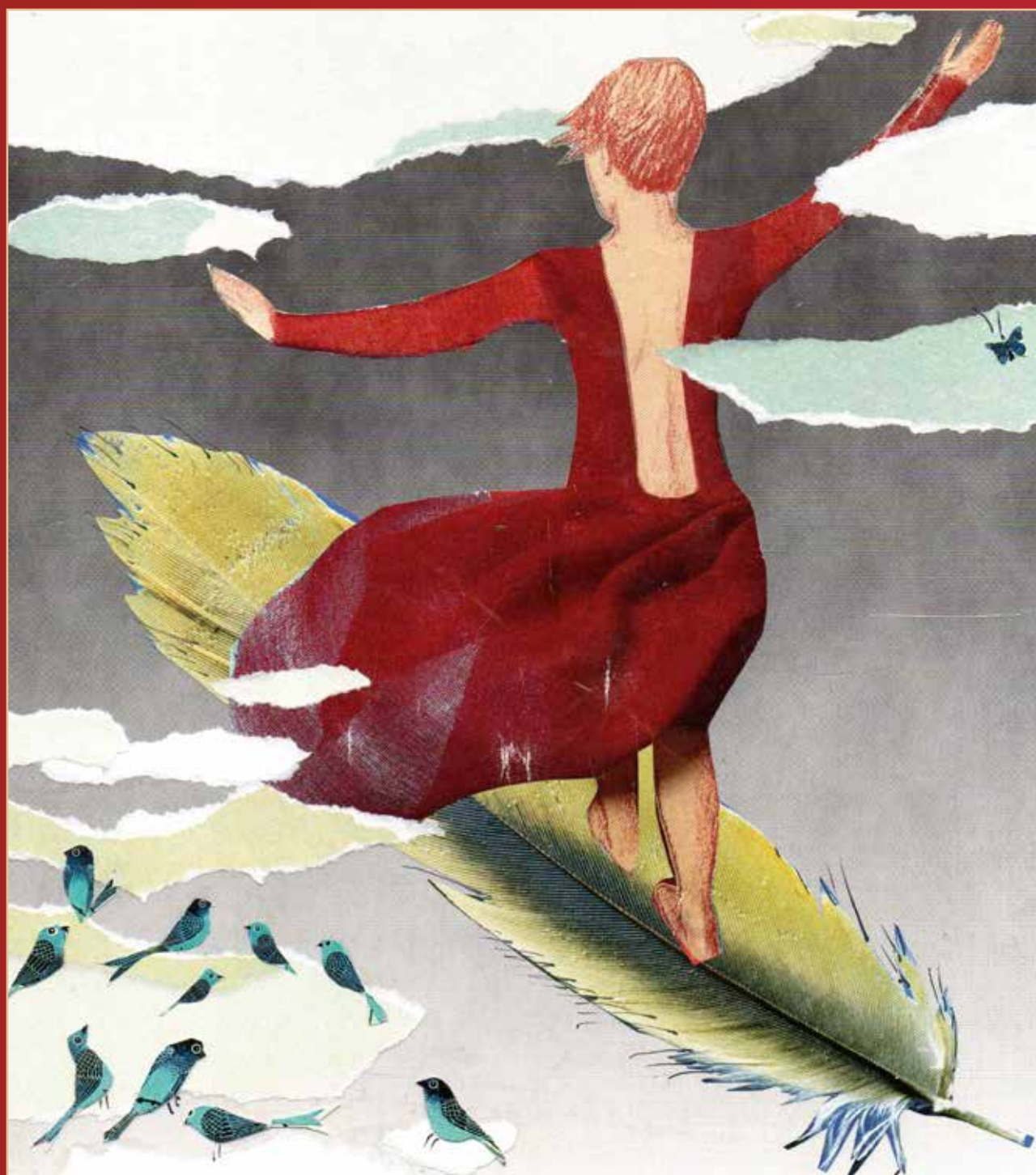
Nr 1/2023 (Rok XXVI)

ISSN 2719-9738

KWARTALNIK

# TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH





## **W następnym numerze między innymi**

- o programie specjalizacji
- terapia koherencji
- terapia par

## WSTĘP



Pandemia przynosi nam już rozpoznawalne psychologiczne skutki, wojna w Ukrainie je pogłębia. Sytuacja polityczna nie sprzyja odzyskiwaniu poczucia bezpieczeństwa czy budowaniu społeczeństwa wzajemnej troski. Wszystko razem sprawia, że globalnie czuć bolesne pęknięcia, kruche miejsca, a przy tym niedostatki każdego systemu, rodziny, polityki społecznej.

Wielokrotnie na tych łamach pisałem, że nie wyprzedzimy problemów, ale przewidując, że nastąpią, możemy im wychodzić naprzeciw. To pozwala obniżyć dramatyczne często konsekwencje właśnie takich zjawisk. Najłabsze w systemie zwykle są dzieci. W szerszym rozumieniu obserwujemy to również dziś. Mówię oczywiście o kryzysach dzieci i ludzi młodych, o sposobach w jaki sobie z nimi radzą. O uzależnieniach i pytaniu, czy jesteśmy na nową falę tych uzależnień przygotowani? Czy jesteśmy przygotowani na nową falę kryzysów psychologicznych rodziców tych dzieci? Czy nadążamy za spo-

łecznymi skutkami politycznych tąpnięć, zagrożeń i głębokich traum?

Myszę o tym, zamykając ten numer Terapii. Wiele miejsca poświęcamy w nim pracy grupowej, dlatego że grupa przede wszystkim jest przestrzenią korekcyjnych doświadczeń i w niej to, co było zablokowane, ma szansę zostać rozpoznane i uwolnione w bezpiecznych warunkach. To taki mikrokosmos, niewielkie wyspy, na których możemy tworzyć warunki dla odzyskiwania równowagi. Organizm tkwi bowiem w zamrożonym bezruchu, dopóki nie doświadczy bezpieczeństwa, a to poczucie zawsze tworzy relacja i więź. Pisze o tym Karolina Srebrna w kontekście właśnie osób młodych, a przybliży charakter tych problemów Magda Müller-Ksycyca, a także kilku innych autorów tego numeru.

W tym numerze zdecydowaliśmy się kontynuować temat wyzwań etycznych, zapoczątkowany w ubiegłym roku. Wypowiada się o nich Rajmund Janowski, opisując zjawiska, z którymi każdy terapeuta się mierzy. I to od terapeuty zależy, czy będą one wyzwaniem rozwojowym czy nadużyciem.

Postanowiliśmy również publikować cykl artykułów o prawnych aspektach zawodu. Język trudny, ale odpowiadamy w ten sposób na postulat uczestników ubiegłorocznej konferencji w Toruniu, którzy żywo reagowali na te treści. Oby sytuacji, które definiują autorki tego cyklu, było jak najmniej. Mamy jednak nadzieję, że jeśli już do nich dojdzie, będzie wiadomo, na czym można się oprzeć, szukając dla nich rozwiązania.

Potrzebujemy siebie w mądry sposób. Wiemy już, że obecność leczy. I to w tę stronę zmierzamy z poszukiwaniem sposobów i metod pomagania. Przesuwając

się powoli z redukcji objawu na proces zmiany, uwzględniając przy tym źródła emocjonalnego bólu. Właśnie te kierunki wskazuje program specjalizacji w dziedzinie psychoterapii uzależnień, obejmując możliwie najszerzej i najgłębiej obszary wymagające leczenia, ale nie tylko w wymiarze korekty zachowania, ale szerzej właśnie, korekty sposobu przeżywania życia, siebie, relacji. Im więcej bowiem bólu emocjonalnego, tym większa potrzeba jego opatrzenia, a nie tylko zalecenia. Głęboko wierzę, że za kilka lat przybędzie psychoterapeutów tak rozumiejących proces terapii. Tak jak wierzyłem w to głęboko, zaczynając pracę w lecznictwie.

Królowały wtedy anticol i relanium. Dziś po trzydziestu latach mamy otwarte ścieżki kształcenia we wszystkich nurtach psychoterapii. Na rzecz pacjenta, jeszcze niedawno „gorszego” i wykluczonego. Przeniósł nas w to miejsce prof. Jerzy Mellibruda i wielu innych specjalistów, którzy wciąż tę misję podtrzymują. Będziemy się starać wspierać ten proces merytorycznie, tak jak to robimy i robię osobiście od wielu lat.

Niebawem zaprezentujemy w Terapii komentarze do programu specjalizacji osób, które go tworzyły. Uznajemy, że może to być potrzebne zarówno podmiotom, które będą tworzyć programy specjalizacji, a także jej potencjalnym uczestnikom, a może również wykładowcom. Jesteśmy pismem o takim misyjnym charakterze i takim pozostaniemy, pozostawiając trudy zmian instytucjom, które są do tego powołane.

Zapraszam do lektury.

Redaktor Naczelny

## SPIS TREŚCI

str. 5 Szkolenie w nowym trybie – **BARBARA BĘTKOWSKA – KORPAŁA**  
*Certyfikowani specjaliści są cenionymi dydaktykami i będą nadal kształcić w szkoleniu specjalizacyjnym w poszczególnych modułach i kursach oraz jako opiekunowie staży klinicznych*

- str. 7 Troski i nadzieje – Rozmowa z **AGNIESZKĄ LITWĄ – JANOWSKĄ** – Przewodniczącą Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień.
- str. 9 Grupowo czyli jak? – **JOANNA WAWERSKA – KUS**  
*Przyzwyczajaliśmy się do myśli, że mocną stroną terapii uzależnień są oddziaływania grupowe. Może jednak warto zadać sobie kluczowe pytanie: czy samo istnienie i różnorodność grup jest zasobem czy raczej deficytem w postaci przerostu ilości nad jakością?*
- str. 13 Koniec jak początek – proces kończenia psychoterapii grupowej – **JUSTYNA MATKOWSKA, KATARZYNA SĘKOWSKA**  
*Siadając do pisania tego tekstu, przyglądamy się wszystkim swoim stratom. Tym niechcianym, zaskakującym, jak również tym dobrym*
- str. 18 Szukając wzorców – **GRZEGORZ SZCZEBLEWSKI**  
*Wielu mężczyzn mówi, że Męski Krąg jest jedynym miejscem, gdzie mogą swobodnie, bez lęku wyrażać swoje myśli i emocje, mogą w atmosferze zaufania mówić o czułości i miłości*
- str. 22 Gdzie są TE dzieci – **MAGDALENA MÜLLER-KSYCKA**  
*W Polsce oficjalnie funkcjonują dwa ośrodki detoksykacyjne dla młodzieży, co jest kuriozalną liczbą, patrząc na opisywaną skalę problemu. Tym bardziej, że, jak powszechnie wiadomo, szpitale psychiatryczne nie mają miejsc*
- str. 25 Specyfika pracy z młodzieżą używającą substancji – **KAROLINA SREBRNA**  
*Alkohol i narkotyki coraz częściej stają się elementem życia codziennego nastolatków. W tym artykule staram się przybliżyć sposób pracy z młodzieżą w podejściu psychodynamicznym*
- str. 28 Obecność w życiu i psychoterapii – **MAGDALENA LEWANDOWSKA**  
*Nieadaptacyjne schematy emocjonalne osób wzrastających w rodzinie z problemem uzależnienia, które początkowo pozwalały przetrwać, w późniejszym czasie tracą swoją ochronną moc, zatrzymując ruch ku pełnemu życiu*
- str. 33 Depresja w uzależnieniach niejedno ma imię – **KAMIL CHORAŻKA**  
*Przychodzi czas, by zmotywować pacjenta do konsultacji psychiatrycznej, by postawić oficjalną diagnozę i włączyć leki przeciwdepresyjne. Nie zawsze okazuje się to prostym zadaniem*
- str. 36 Cierpienie jako źródło dylematów osobistych i etycznych psychoterapeuty uzależnień – **RAJMUND JANOWSKI**  
*Cierpienie jest doświadczeniem powszechnym, dotyczącym w życiu każdego człowieka*
- str. 39 Prawne aspekty wyzwań etycznych terapeuty uzależnień – część II – **AGNIESZKA ZWIERZCHOWSKA – ŁUCKA, PATRYCJA ALEKSANDROWICZ, KAMILA KOCAŃDA**
- str. 42 Jak pracować z parami i rodzinami z problemem uzależnienia? – **EWA MITURSKA**  
*Bardzo często w parze z rozpoznaniem uzależnienia mamy do czynienia z dwojgiem ludzi z pierwotnymi deficytami w zakresie budowania wzajemnych relacji, mającymi trudności z dbaniem o związek w oparciu o zaufanie, bliskość i szacunek*
- str. 47 Hiperseksualność. Potrzeby badawcze są ogromne – Rozmowa z **ŁUKASZEM MÜLDNEREM-NIECKOWSKIM**
- str. 49 Żary – nasze centrum świata  
*Poradnia Profil w Żarach, założona i kierowana przez Grzegorza Mutwila, oferuje mieszkańcom miasta kompleksową opiekę psychiatryczną i psychoterapeutyczną. 1 kwietnia tego roku placówka świętowała dziewiętnastą rocznicę powstania*
- str. 51 O roli sztuki w terapii – 20 lat Teatru Roczego w Pławniowicach – **ANNA GROCHOWICZ**  
*W tym roku mija dwadzieścia lat, odkąd w ośrodku NZOZ „Szansa” w Pławniowicach realizowany jest projekt Teatru Roczego, który prowadzi Kama Stoilowa i Maciej Bogucki*
- str. 53 Amerykańscy studenci w Poznaniu – **JAROSŁAW BANASZAK**

ISSN 2719-9738

# TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH

Pismo bezpłatne, dostępne wyłącznie w prenumeracie. Zamówienia prenumeraty na [www.touib.pl](http://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.pmis@gmail.com](mailto:touib.pmis@gmail.com); [www.touib.pl](http://www.touib.pl)



**Barbara Bętkowska – Korpała**

*Certyfikowani specjaliści są cenionymi dydaktykami i będą nadal kształcić w szkoleniu specjalizacyjnym w poszczególnych modułach i kursach oraz jako opiekunowie staży klinicznych*

# SZKOLENIE W NOWYM TRYBIE

Szkolenie specjalizacyjne jest nowym trybem szkolenia w zakresie specjalistów psychoterapii uzależnień w obszarze ochrony zdrowia, którego podstawy prawne można znaleźć w Ustawach można znaleźć w Ustawie z dnia 24 lutego 2017 roku o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz w ustawie o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym oraz niektórych innych ustaw z dnia 17 grudnia 2021 r.

Konsultant Krajowy został powołany w następnym roku 31 sierpnia 2022 roku i działa w oparciu o obowiązującą ustawę<sup>1</sup>. Natomiast zespół ekspertów został powołany przez dyrektora CMKP kilka tygodni później. Tworzą go pracownicy naukowcy działający w obszarze uzależnień z dużym doświadczeniem w pracy klinicznej z osobami uzależnionymi oraz ich bliskimi, będący jednocześnie dydaktykami w obszarze psychoterapii uzależnień. Zespół przygotował program w oparciu o standardy obowiązujące w specjalizacjach medycznych i w ochronie zdrowia.

Do pracy nad poszczególnymi kursami w programie zaproszono osoby cieszące się autorytetem w swojej dziedzinie w leczeniu uzależnień, które wsparły zespół ekspertów w ich pracy nad programem. Dzięki bardzo intensywnej pracy całego zespołu mogliśmy przygotować program merytorycznie i przekazać do dalszej analizy do Centrum Medycznego Kształcenia

Podyplomowego (CMKP), dotrzymując ustawowych terminów.

## RÓŻNICE W SZKOLENIU

Tworząc program, korzystaliśmy z dotychczasowych doświadczeń w szkoleniu specjalistów psychoterapii uzależnień. Finałnie są to jednak dwa różne szkolenia, nie tylko w zakresie wymiaru czasowego, ale przede wszystkim celów i założeń programowych. Program specjalizacyjny trwa cztery lata, a jego standardy nie tylko

wiera opis treści szkolenia, zakładane efekty, czas i formę realizacji zajęć, sposób zaliczenia oraz kompetencje kadry szkolącej.

Zgodnie z zapisem art. 12.2 we wspomnianej ustawie z 2021, zespół ekspertów przygotowuje program szkolenia szkolenia uzupełniającego dla instruktorów, którzy uzyskają wykształcenie wyższe, uprawniające do starania się o tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

## ORGANIZACJA

Dotychczasowe programy szkolenia specjalistów psychoterapii uzależnień, które przygotowywały podmioty szkolące, były akredytowane przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (wcześniej Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych). Podmioty, które aplikują do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień, mają obowiązek opierać się na założeniach programu specjalizacyjnego oraz złożyć wniosek o akredytację, który znajduje się

na stronach CMKP. Wniosek jest oceniany od strony formalnej przez pracowników CMKP, a kolejnym krokiem jest ocena merytoryczna dokonywana przez zespół akredytacyjny powołany przez Dyrektora CMKP, w którym przewodniczącą jest dr Katarzyna Nowakowska-Domagala, a członkiniami dr Bogusława Bukowska, dr Anna Przenzak oraz Krajowa Konsultant. Wnioskodawcy otrzymują informację o wynikach oceny i będą mogli – jeśli będzie taka potrzeba – dokonać uzupełnień lub korekty swoich pro-



pozwolą zapewnić wysoką jakość świadczenia usług leczniczych dla pacjentów, ale też będą służyły dalszemu rozwojowi systemu leczenia uzależnień w Polsce. Dotyczy to podobnych warunków kształcenia przyszłych kadr specjalistów oraz dalszego ich kształcenia poprzez korzystanie z krótkich ścieżek uzyskiwania kompetencji pomiędzy specjalizacjami w ochronie zdrowia.

W programie specjalizacyjnym szczegółowo zostały opisane założenia programowe wraz z zakresem wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych. Każdy z dziesięciu modułów za-

<sup>1</sup> Zadania krajowego konsultanta zostały omówione w poprzednim numerze Terapii.

gramów. Z informacji, które do mnie docierają, niektóre jednostki, które szkoliły specjalistów w poprzednim trybie, przygotowują się do złożenia wniosku o akredytację. Korzystają przy tym ze swojego doświadczenia w kształceniu, ze swoich zasobów kadrowych i organizacyjnych. Liczbę miejsc specjalizacyjnych wyznacza placówka, która ubiega się o akredytację. Zgodnie z ustawą, o której pisałam wcześniej, o przyznanie miejsca specjalizacyjnego we właściwym Urzędzie Wojewódzkim (po ogłoszeniu naboru na specjalizację) mogą ubiegać się osoby, które posiadają tytuł magistra lub równorzędny w zakresie: lekarskim, pedagogiki, pedagogiki specjalnej, pielęgniarstwa, położnictwa, pracy socjalnej, psychologii, socjologii, resocjalizacji, nauk o rodzinie i zdrowia publicznego.

Koszty realizacji szkolenia szacują placówki, które wnioskuje o przyznanie akredytacji do prowadzenia specjalizacji w ochronie zdrowia. Regulamin dopuszcza możliwości dofinansowania lub finansowanie udziału w specjalizacji przez różne podmioty. Pojawiają się czasem – na co wskazują doświadczenia innych specjalizacji – projekty krajowe lub unijne, które umożliwiają staranie się o środki na szkolenia. Ustawa z 17 grudnia 2021 roku dopuszcza również możliwość indywidualnego starania się o dofinansowanie specjalizacji. Jeśli takie możliwości pojawią się i będą rozważane do wdrożenia w systemie kształcenia, będę o tym informować.

## STAN AKTUALNY

Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom do 2025 roku prowadzi szkolenia w dotychczasowym trybie i przeprowadza egzaminy państwowe nadające certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień.

Należy pamiętać, że art. 11 cytowanej wyżej ustawy z 17 grudnia 2021 r. podkreśla równoważność certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień z tytułem specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień. To znaczy, że specjaliści psychoterapii uzależnień i przyszli specjaliści w dziedzinie psychoterapii uzależnień mają takie

same uprawnienia w odniesieniu do zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, co znajduje odzwierciedlenie w takim samym wynagrodzeniu, o ile specjalista psychoterapii uzależnień zatrudniony jest w podmiocie leczniczym. To jest bardzo ważny zapis prawny, dlatego go przypominam.

Istnieje też taka możliwość, że jeśli certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień chce dodatkowo uzyskać tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień i spełnia kryteria, to może starać się o uznanie dorobku naukowego lub zawodowego za równoważny ze zrealizowaniem czteroletniego programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Kryteria uznania znajdują się na stronie CMKP. Po uzyskaniu decyzji Ministra Zdrowia o uznaniu dorobku może przystąpić do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego – PESoz w Centrum Egzaminów Medycznych (CEM).

Certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień i dyplom specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień, tak jak podkreśliłam wcześniej, na mocy ustawy są równoważne. Osoby, które mają decyzję Ministra Zdrowia o uznaniu dorobku za równoważny ze zrealizowaniem programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień lub uzyskają dyplom specjalisty, mogą być kierownikami specjalizacji osób specjalizujących się. Certyfikowani dotąd specjaliści są cenionymi dydaktykami i będą nadal kształcić w szkoleniu specjalizacyjnym w poszczególnych modułach i kursach oraz jako opiekunowie staży klinicznych.

## SUPERWIZJA

Kształcenie w obszarze superwizji jest kolejnym ważnym obszarem zdobywania kwalifikacji przez specjalistów psychoterapii uzależnień, zwłaszcza że powstają nowe regulacje prawne dotyczące superwizji i określenia kompetencji do prowadzenia superwizji w placówkach medycznych. We współpracy z KCPU oraz z podmiotami szkolącymi w obszarze superwizji psychoterapii uzależnień tworzymy dokument dotyczący warunków rekomendacji szkolenia superwizorów psychoterapii uzależnień

oraz zasad przeprowadzania egzaminów superwizorskich przez towarzystwa lub stowarzyszenia, które jednocześnie dawałyby podstawę do wpisu na Listę Superwizorów Psychoterapii Uzależnień lub na Listę Superwizorów-aplikantów Psychoterapii Uzależnień prowadzonych przez KCPU.

Role superwizorów w naszym systemie leczenia uzależnień jest nie do przecenienia i z założenia pełnią wiele zadań m.in. superwizje w placówkach leczniczych, superwizje zespołów terapeutycznych, superwizje w celach szkoleniowych. (szerzej o sytuacji superwizji mówi w numerze Agnieszka Litwa – Janowska przyp.red).

\* \* \*

Proces wdrażania programu jest dynamiczny. Obecnie rozpatruje się kolejnych kilkadziesiąt wniosków o uznanie dorobku. Biorę udział w rozmowach dotyczących poszukiwania innych możliwości zdawania egzaminu przez zainteresowanych, certyfikowanych specjalistów psychoterapii uzależnień, którzy nie spełniają kryteriów uznania dorobku zawodowego za równoważny z czteroletnim programem specjalizacyjnym.

Pracuję nad przeprowadzeniem pierwszych egzaminów, odpowiadam na wiele kierowanych do mnie pytań, biorę udział w licznych spotkaniach dotyczących aktualnej sytuacji w leczeniu. Korzystając z dobrych praktyk współpracy z mediami środowiskowymi i zgodnie z zakresem moich zadań określonych w ustawie o konsultantach w ochronie zdrowia, będę informować o dalszym przebiegu procesu kształcenia specjalizacyjnego. Mam gotowość współpracy z osobami i podmiotami dbającymi o rozwój i integrację systemu leczenia uzależnień.

## BARBARA BĘTKOWSKA-KORPAŁA



prof. UJ, specjalista psychologii klinicznej, psychoterapeuta, trener. Kierownik Zakładu Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medium,

kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej Szpitala Uniwersyteckiego, członek Komisji Psychologii Polskiej Akademii Nauk, od 2022 roku Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychoterapii Uzależnień.

Rozmowa z **AGNIESZKĄ LITWĄ – JANOWSKĄ** – Przewodniczącą Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień.

## TROSKI I NADZIEJE

– W ostatnim czasie wiele się zmienia w lecznictwie uzależnień. To dotyczy również superwizorów. RSPU żywo się interesuje tymi procesami. Możesz przybliżyć aktualną sytuację?

– Rada Superwizorów Psychoterapii Uzależnień intensywnie współpracowała przy nowych rozwiązaniach dotyczących lecznictwa uzależnień. Jednym z ostatnich, niestety wciąż nierozstrzygniętych tematów, jest superwizja w psychoterapii uzależnień. W tej dziedzinie mamy kilkudziesięciu dobrze przygotowanych i z długoletnią praktyką oraz doświadczeniem w lecznictwie uzależnień superwizorów (ze starej listy PARPA i KBdsPN). Chcemy, by nasze kompetencje nie zniknęły z rozporządzeń MZ.

Tak było w październiku 2022 r w sprawie koszyka świadczeń i definicji, gdzie uwzględniono tylko kompetencje dotyczące superwizorów z obszaru psychiatrii (co powtórzyło rozporządzenie Prezesa NFZ) i w projekcie rozporządzenia kryterialnego MZ ze stycznia 2023, w którym mimo naszych zeszłorocznych uwag, nadal jest mowa wyłącznie o superwizorach, ale nie tych z psychoterapii uzależnień. Opisano również konsultanta krajowego z dziedziny psychiatrii, a nie ma nic o konsultancie krajowym w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Nawet jeśli to przeoczenie, może być brzemienne w skutki.

– Jakież?

– Już w grudniu 2022 w konkursie na świadczenia z korkowego w Krakowie w warunki konkursu wpisano – cytując rozporządzenie MZ i NFZ – wyłącznie superwizorów z innej dziedziny niż z listy KCPU (PARPA i KbdSPN).

W praktyce okazało się, że w tym mieście placówki leczące osoby z uzależnieniami oraz ich bliskich mają obowiązek zmienić dotychczasowych superwizorów na tych z psychiatrii. To zaskakujący obrót sytuacji, niekorzystny dla ośrodków, stałości ich relacji z superwizorami i naszych pacjentów.

– Specjalizacja również uruchomiła na nowo dyskusję wokół kwestii superwizji.

– Z inicjatywy RSPU odbyliśmy serię spotkań dotyczących superwizji w uzależnieniach. Miały one charakter trójstron-

ny. Udział wzięli: Krajowy Konsultant w dziedzinie psychoterapii uzależnień profesor Barbara Bętkowska – Korpala, KCPU reprezentowane przez Dyrektora dr Bogusławę Bukowską oraz reprezentanci całego środowiska superwizorów,



a w tym oczywiście RSPU. Uzyskaliśmy konsensus w sprawie zapisów definicji, warunków kształcenia superwizorów przez towarzystwa lub stowarzyszenia działające w dziedzinie uzależnień, po pozytywnym zaopiniowaniu tych szkoleń dla aplikantów przez naszą Krajową Konsultant, wymagań i organizacji egzaminów z udziałem trzech superwizorów – członków komisji egzaminacyjnej (w tym rekomendowanego przez KCPU, Krajowego Konsultanta oraz podmiot szkolący) oraz wpisu na listę superwizorów po egzaminie i uzyskaniu certyfikatu.

Mamy obietnicę kontynuowania przez KCPU prowadzenia listy superwizorów psychoterapii uzależnień, a także uruchomienia listy superwizorów aplikantów psychoterapii uzależnień. To, czy po naszej wspólnej pracy będzie możliwe wprowadzenie tych zapisów, zależy teraz od akceptacji Ministra Zdrowia i przychylności dla naszych potrzeb. Mamy na to wielką nadzieję. Opracowaliśmy szczegółowe wymagania, jednak nie dają sobie prawa, by je tu przytaczać, dopóki nie mają prawnej podstawy. Czekamy na zapisy Ministra Zdrowia w rozporządzeniu kryterialnym i innych możliwych aktach prawnych. Potrzebujemy nawet krótkiego, ale ustawowego zapisania roli, czy definicji superwizji, by wreszcie uporządkować miejsce superwizorów i superwizji w naszym systemie.

#### – Czekacie i działacie dalej...

– Rada Superwizorów Psychoterapii Uzależnień powstała, by tworzyć płaszczyznę merytorycznego rozwoju i kształcenia ustawicznego. My wciąż się staramy tę ideę realizować. Mimo, że uzyskanie certyfikatu superwizora w ścieżce RSPU nie przekładało się dotąd na automatyczny wpis na listę superwizorów prowadzoną przez PARPA, KBPN, czy aktualnie KCPU, to już niemal trzydzieści osób zaufało nam i zdecydowało się u nas rozpocząć proces aplikacji. Jeśli powiodą się nasze wspólne plany, Rada wystąpi do Krajowego Konsultanta w dziedzinie psychoterapii uzależnień z wnioskiem o zaopiniowanie naszej ścieżki szkolenia aplikantów. Jeśli opinia będzie pozytywna, to nasi aplikanci, absolwenci SuperKRAK-UZ, gdy zrealizują minimum sześćdziesiąt godzin superwizji w indywidualnym kontakcie ze swoim superwizorem – opiekunem i uzyskają od niego rekomendację, będą mogli podejść

do egzaminu i ubiegać się o certyfikat superwizora psychoterapii uzależnień. Po jego zdaniu zostaną wpisani na listę superwizorów prowadzoną przez KCPU.

Uzgodniliśmy, że egzamin organizuje stowarzyszenie prowadzące szkolenie, a członkami komisji egzaminacyjnej będą superwizorzy wyznaczeni przez KCPU, Krajowego Konsultanta oraz podmiot szkolący. Dotyczy to nie tylko RSPU, ale także potencjalnych szkoleń dla aplikantów, które mogą uruchamiać inne stowarzyszenia, jeśli otrzymają pozytywną opinię Krajowego Konsultanta i działają w dziedzinie uzależnień. Mam nadzieję, że większość naszych aplikantów podejmie ten krok i zdobędzie certyfikat superwizora psychoterapii uzależnień. Zasiłoby to nasz system leczenia i dało szersze oparcie dla placówek, zwłaszcza, że chcemy zapisów formalnych, by aplikanci mogli pracować w ośrodkach i prowadzić tam superwizję.

Pamiętajmy, że mają w zapleczu swoich doświadczonych superwizorów, którzy będą im pomocni w procesie rozwoju. Prowadzimy przecież różnorodną superwizję i nigdy nie zawężaliśmy się do szkoleniowej.

Myślę, że nasza dziedzina może sobie pogratulować wysokiego poziomu odpowiedzialności za dostęp do superwizji w ramach pracy w lecznictwie uzależnień, a nie tylko w trakcie uczenia się, jak taką rolę wykonywać.

#### – Jak wygląda sytuacja superwizorów w kontekście specjalizacji?

– Prof. Bętkowska-Korpała wspiera nasze postulaty, by prawnie uregulować superwizję w naszej dziedzinie i uporządkować kwestię szkoleń aplikantów. Dzieje się to z przychylnością KCPU we współpracy z pozostałymi przedstawicielami środowiska superwizorów. Mogę z dumą podkreślić, że się porozumieliliśmy.

Odnosząc się do modułu superwizji, którego jestem współautorem, uważam, że rola superwizora będzie szczególna. W trakcie superwizowania pracy z pacjentami w stałej, około czteroletniej grupie, uczestnicy specjalizacji będą scalać jak w soczewce wszelkie odkrycia, wiedzę i umiejętności z pozostałych modułów i przekładać je na rozumienie swoich pacjentów oraz relacji z nimi, planować interwencje oraz badać ich skuteczność.

Ten obszar pracy wymaga od prowadzącego superwizora przygotowa-

nia psychoterapeutycznego (całościowe szkolenie lub certyfikat), tak zdecydował Zespół, wiem, że można tu usłyszeć wątpliwości, ale ja myślę o tym podobnie. Bardzo wielu terapeutów w naszym obszarze jest psychoterapeutami po całościowym szkoleniu, ich superwizorzy powinni być tu także wszechstronnie wykształceni, co większość z nas, nawet jeśli nie mieliśmy takiego wymagania, zrobiła. To wymaganie jest realizowane przez aplikantów RSPU i będzie też standardem w warunkach aplikacji, na które się zgodziliśmy wszyscy w ostatnich rozmowach. Oznacza to, że podchodząc do egzaminu, trzeba będzie mieć ukończone szkolenie z psychoterapii.

Wracając do zajęć specjalizacyjnych, wszyscy superwizorzy w jej ramach mogą prowadzić wiele z modułów i sądzę, że powinni stanowić trzon kadry.

#### – Czy można już dziś mówić o integracji superwizorów w całym systemie?

– Mam dobre środowiskowe wieści. Jako Rada Superwizorów Psychoterapii Uzależnień zaproponowaliśmy, by dołączyły do nas kolejne organizacje, np. działające dotychczas w obszarze leczenia osób z uzależnieniami współpracujące dawniej z KBPN. Nie udało się namówić na to wszystkich, do czego zachęcał dyrektor Piotr Jabłoński, jednak w marcu dołączyły do nas dwa stowarzyszenia: Polska Federacja Społeczności Terapeutycznej oraz „W Dobrą Stronę”. Wkrótce rekomendowani przez nich superwizorzy dołączą do składu RSPU oraz Komisji ds. Etyki przy RSPU.

To naprawdę duża zmiana, jestem jej bardzo ciekawa. Myślę też o wspólnych mianownikach i ich efektach w postaci opracowanych ram z ostrożną nadzieją, licząc na współpracę tych, którzy mogą i obiecują mieć na to wpływ.

#### – Dziękuję za rozmowę.

rozm I.K.

#### AGNIESZKA LITWA – JANOWSKA



psycholog, superwizor i specjalista psychoterapii uzależnień, psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, dyrektor Krakowskiego Centrum Psychoterapii Uzależnień



Joanna Wawerska – Kus

*Przyzwyczailiśmy się do myśli, że mocną stroną terapii uzależnień są oddziaływania grupowe. Może jednak warto zadać sobie kluczowe pytanie: czy samo istnienie i różnorodność grup jest zasobem, czy raczej deficytem w postaci przerostu ilości nad jakością?*

## GRUPOWO CZYLI JAK?

**M**oje wieloletnie doświadczenie prowadzenia grup terapeutycznych oraz supervizyjne przyglądanie się temu, jak robią to inni, niejako z lotu ptaka, skłoniło mnie do refleksji na temat kondycji terapii grupowej w placówkach leczenia uzależnień.

Nie bez znaczenia jest dla mnie także doświadczenie czasu pandemii, w którym okazało się, że wiele placówek wtedy całkiem zrezygnowało z oferty terapii grupowej, niektóre grupy przeszły w tryb zdalny, inne, np. szpitalne, stały się grupami o wydłużonym czasie trwania i do tego w warunkach izolacji. Ta wymuszona przez okoliczności zmiana pokazała, że pacjenci mogą się bez grup obejść i nie skutkuje to masowym łamaniem abstynencji, że czasami zintensyfikowanie oddziaływań indywidualnych przynosi lepszy, z punktu widzenia skuteczności terapii, efekt. Pewnie na podsumowania badawcze dotyczące pandemii przyjdzie jeszcze czas, ale to, co już widać, to odmityzowanie znaczenia grupy w leczeniu uzależnień, a przynajmniej takiej grupy, z jaką mieliśmy dotychczas, w systemie leczenia uzależnień, do czynienia.

Zanim przejdę do próby usystematyzowania moich obserwacji dotyczących tych szczególnych grup, kilka słów o tym, czym w ogóle jest psychoterapia grupowa.

### FENOMEN PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ

Uczestnictwo w psychoterapii grupowej to jedyne w swoim rodzaju doświadczenie życiowe, które wzbogaca, ośmielię się to powiedzieć, każdego, kto ma okazję przez nie przejść. Bez względu na to, z jakiej „okazji” ma miejsce. To doświadczenie wspomagające rozwój osobisty, wzbogacające samoświadomość dotyczącą własnego funkcjonowania w relacjach interpersonalnych,



poszerzające wgląd i uczące empatii. Nie oznacza to, że psychoterapia grupowa ma same zalety i pozbawiona jest jakichkolwiek wad. Niemniej, ma ona wiele zalet, które trudno przecenić. Istnieje tylko jeden warunek, zarówno wystarczający, jak i konieczny do tego, aby te zalety wybrzmiły i zaowocowały pożądanym efektem: musi być prawdziwą psychoterapią grupową.

To oznacza, że mają w niej zaistnieć wszystkie fazy procesu grupowego, a w oparciu o spontaniczne interakcje między poszczególnymi uczestnikami, grupa w poczuciu gwarantowanego bezpieczeństwa wytworzy spójność i w wyniku działania tej zmiennej każdy z uczestników będzie mógł doświadczyć osobistego wglądu dającego możliwość dokonania trwałej zmiany (rekonsolidacja pamięci).

Nie wdając się w roztrząsanie różnic w systematyzowaniu procesu grupowego przez różnych teoretyków i praktyków, możemy uznać, że proces grupowy zaczyna się od konstytuowania się grupy.

Na tym etapie grupa jest jeszcze zbiorem pojedynczych osób, które nastawione są bardziej na autoprezentację niż na poznawanie innych. W tej fazie dominującym uczuciem wśród uczestników jest lęk, z którym radzą sobie, zazwyczaj wchodząc w role

społeczne, w jakich funkcjonują poza grupą. To w tym momencie możemy obserwować, kto będzie próbował być liderem, grupowym błaznem, kto wycofany będzie obserwował innych, a kto nie wytrzymując napięcia, będzie starał się doprowadzić do forsowania własnych warunków. Warto pamiętać, że role przyjęte w tej fazie procesu nie muszą być użyteczne w następnych etapach, pacjenci mogą się w nich wymieniać czy tworzyć nowe. To etap początkowy, a ponieważ grupa nie wytworzyła jeszcze własnej tożsamości zbiorowej, praca opiera się na energii terapeuty.

Choć terapeuci nie lubią kolejnej fazy i czasami, mniej lub bardziej świadomie, jej unikają lub opóźniają jej nadejście, jest ona nieunikniona – to konflikt. Etap, w którym uwalnia się tłumiona złość, dochodzi do konfrontacji na poziomie wartości i postaw, wyczerpuje się limit powierzchownej, deklaratywnej akceptacji. Przejście przez konflikt stanowi kluczowy moment dla wytworzenia się spójności grupy. To w konflikcie grupa dokonuje uświadomienia celów, konsoliduje się wokół nich, zaczyna mieć tożsamość wyrażaną poprzez „my”, ponieważ poszczególne „ja” zostały już wystarczająco dowartościowane. Interakcje rozgrywane się w konflikcie stanowią

dowód na to, że grupa nie jest prostą sumą składników (uczestników), ale złożonym iloczynem interakcji pomiędzy wszystkimi uczestnikami.

Dopiero po konstruktywnym przejściu przez konflikt, grupa osiąga etap, który nazywany jest różnie w różnych teoriach – mnie najbardziej odpowiada określenie „faza efektywnej współpracy”, po której następuje faza kończenia grupy. Te dwa etapy opierają się na energii samej grupy, rola terapeuty staje się mniej widoczna – można żartobliwie powiedzieć, że w tych fazach grupa prowadzi się sama, a terapeuta powinien podążać w kierunku wyznaczanym przez grupę i umiejętnie ten kierunek identyfikować.

Na czym polega niezwykłość tego doświadczenia? Przede wszystkim na niemożności kontrolowania wszystkich czy nawet większości interakcji zachodzących w grupie. Tym samym człowiek musi zaufać innym, nawet kiedy to jest sprzeczne z jego dotychczasowym doświadczeniem życiowym, uczestniczy w sytuacjach, które niejako dzieją się same, doświadcza własnego wpływu na innych (bądź jego braku) i ulegania (bądź nie) wpływowi. Grupa terapeutyczna rozgrywa się w bezpiecznych, izolowanych warunkach, a tym samym może się stać polem „bezkarnych” eksperymentów w obszarze relacji interpersonalnych. Bezkarne, bo w grupie ponosi się mniej dotkliwe konsekwencje popełnianych błędów niż w życiu poza grupą, bo błędy można skorygować, zarówno w przestrzeni „tu i teraz”, jak i w wymiarze symbolicznym „tam i wtedy”.

## PRAKTYKA TERAPII UZALEŻNIEŃ

Żeby doszło do takiego doświadczenia w pełnym wymiarze, muszą zaistnieć wszystkie etapy procesu grupowego. Grupa musi więc funkcjonować w specyficznych warunkach – powinna być grupą zamkniętą (lub najwyżej półotwartą) i powinna spełniać kryteria małej grupy społecznej (od ośmiu do dwunastu osób: mniejsza grupa

nie dysponuje odpowiednim potencjałem energii, a większa ma wyraźne tendencje odśrodkowe, tworząc podgrupy rozpraszające energię).

Niestety, w terapii osób uzależnionych grupy zamknięte należą do rzadkości. To uzasadnione wieloma względami – przede wszystkim ekonomicznymi (jednoczesna opieka sprawowana przez jednego terapeuty nad wieloma pacjentami jest tańsza i skondensowana w czasie), kwestią dostępności (zamykanie grup oznacza konieczność tworzenia kolejek, oczekiwania na nową grupę, wstrzymywania przyjęć), ale także tzw. wypadalnością (pacjenci uzależnieni uchodzą za populację słabo zmotywowaną i często rezygnującą z terapii). Tym samym proces grupowy nie ma szansy zaistnieć we wszystkich fazach – zazwyczaj zatrzymuje się w konflikcie.

Poczucie utknięcia i zmęczenie złością pacjentów (wyrażaną wprost lub bierno – agresywnie), to częste doświadczenie terapeutów prowadzących grupy dla osób uzależnionych. Jeśli grupy są otwarte, każdorazowo, kiedy dochodzi do grupy nowa osoba (a często to kilka osób jednocześnie lub w krótkich odstępach), wracają do etapu konstytuowania się. Szczególnie dotyczy to grup krótkoterminowych, a takie dominują w opiece szpitalnej dla osób uzależnionych od alkoholu i oddziałach dziennych. Grupy długoterminowe, oparte na modelu społeczności terapeutycznej (częściej funkcjonującej w terapii osób uzależnionych od narkotyków) mają większe szanse na wytworzenie spójnego rdzenia grupy, który odpowiada za dominację starszych stażem uczestników grupy nad dochodzącymi nowymi osobami. Grupy w pełni otwarte, szczególnie



krótkoterminowe, są więc nieustająco w fazie konstytuowania się, czasami tkwią w fazie konfliktu – bardzo rzadko idą dalej, epizodycznie doświadczając efektywnej współpracy, nigdy nie wchodząc w bardzo twórczą i rozwojową fazę kończenia. Tym samym grupy takie czerpią energię z działań terapeuty, nadmiarowo cedując na niego odpowiedzialność za to, co dzieje się w grupie.

W placówkach terapii uzależnienia istnieje dość powszechne przekonanie, że terapia grupowa jest skuteczniejsza od terapii indywidualnej.

Pamiętam, kiedy zaczynałam pracę w gabinecie prywatnym, ilekroć zgłaszał się do mnie pacjent uzależniony, odsyłałam go do placówki, która miała w ofercie terapię grupową. Kiedy decydowałam się na pracę indywidualną, miałam poczucie, że robię coś eksperymentalnego, że skazuję mojego pacjenta na mniejszą skuteczność jego wysiłków. Ku mojemu zdumieniu, pacjenci bez grup (zarówno terapeutycznych, jak i samopomocowych) utrzymywali abstynencję, a nawet, jak to mówimy w slangu terapeutycznym, trzeźwieli. Decydowała o tym ich własna motywacja, moje i ich zaangażowanie w terapię (relacja) oraz wiele innych czynników, a nie to, czy uczestniczą czy nie w grupie.

Jak dowiedziałam się później, drążąc temat, żadne badania nie potwierdzają większej skuteczności psychoterapii grupowej w stosunku do psychoterapii indywidualnej. Według badań, najmniejszą skuteczność mają grupy psychoedukacyjne, największą treningowe.

## FETYSZYZACJA WIEDZY

Tymczasem grupy psychoedukacyjne w ofercie placówek ambulatoryjnych, stacjonarnych i oddziałach dziennych leczenia uzależnień „trzymają się mocno”. Rozumiem, że „dostarczanie wiedzy” to pewna tradycja, zakorzeniona w czasach powstawania pierwszych programów terapeutycznych w Polsce. Wielu młodych terapeutów nie ma pojęcia, jak wyglądały



czasami bez internetu. Literatura fachowa była bardzo trudno dostępna – książki, jeżeli w ogóle zostały wydane, krążyły wśród studentów w postaci wielokrotnie powielanych kserokopii. Wiedza na temat uzależnienia skąpo i z trudem przenikała do świadomości społecznej, a współpraca międzynarodowa i tym samym wymiana myśli i idei pomiędzy specjalistami dopiero raczkowała, była więc bardzo fragmentaryczna.

Choć to truizm, ale pozwolę sobie na niego: dziś żyjemy w zupełnie innych czasach. I w tych innych czasach pracujemy z pacjentami uzależnionymi. To czasy nadmiaru wiedzy, nieograniczonych możliwości jej pozyskiwania, weryfikowania i aktualizowania. Terapeuci nie mają już przywileju posiadania wiedzy na wyłączność i jedynie słusznej, bo jedynie dostępnej. Musimy się sprawnie poruszać w mnogości i różnorodności teorii, wydawnictw, nowości, koncepcji dystrybuowanych już nie tylko przez książki, ale przez podcasty, blogi, streamingi etc. Zatem, tak jak nauczyciele w nowoczesnej szkole, terapeuci powinni uczyć pacjentów, jak wiedzę selekcjonować, sprawdzać źródła i aktualizować własne zasoby.

Jednak, żeby terapeuta tego uczył, musi sam też to robić. Pacjent nie musi

wiedzieć – terapeuta tak. Nie chodzi o to, żeby terapeuta wiedział, jak ma żyć pacjent i co jest dla niego dobre. Chodzi o to, żeby terapeuta wiedział według jakiej koncepcji pracuje, jakie są źródła tej koncepcji, co w niej działa, a co nie zawsze, co potwierdzają badania, a co tylko opiera się na praktyce terapeutycznej i intuicji. Nie ma takiej teorii (na razie), w której nie byłoby słabych elementów i rolą terapeuty jest dostosowanie teorii do potrzeb i możliwości pacjenta, a nie na odwrót.

Opierając terapię grupową na aspekcie poznawczym, musimy zdawać sobie sprawę z tego, że nie dość, iż odbieramy grupie jej główny atut, czyli charakter doświadczeniowy, to dodajemy jej w sposób niezamierzony charakter szkolny. Żebyśmy bowiem, nie wiadomo jak się starali, to uczestnicy gru-

py piszący i czytający prace, mogący je zaliczyć lub nie, prezentujący na forum grupy, tworzący prace na jakiś temat – wpadają w rzeczywistość systemu klasowo – lekcyjnego. Tymczasem system szkolny w naszym kraju należy do systemów opresyjnych, generujących traumy, wymuszających uruchomienie osobistych strategii przetrwania – nie dziwny się więc pacjentom, że chcąc nie chcąc w tak prowadzonych grupach terapeutycznych (najczęściej nazywanych zadaniowymi), wchodzą w rolę uczniów, oporują. To nie jest sytuacja rozwojowa.

W systemie terapii uzależnień, w opozycji do tzw. grup zadaniowych stoją grupy, o których terapeuci mówią, iż są „prowadzone na procesie”. Często jednak zdarza się, że to po prostu grupy oparte na treściach wnoszonych przez pacjentów, bez zadań, ale też bez korzystania z procesu grupowego jako takiego, ponieważ ten proces nie ma szansy zaistnieć w grupie otwartej, bez zbudowanego poczucia bezpieczeństwa i spójności grupy. Proces to nie tylko kwestia dyrektywności terapeuty lub jej braku, ale to przede wszystkim kwestia warunków funkcjonowania grupy. Tzw. praca na procesie polega na uważnej obserwacji tego procesu,

korzystania z jego faz i towarzyszących mu atrybutów, czasami „podkreśniania”, a czasami tonowania emocji uczestników, a nie tylko na komentowaniu z pozycji autorytetu treści wnoszonych przez pacjentów.

## PLAN NAPRAWCZY

Do tej pory skupiałam się na warunkach formalnych towarzyszących prowadzeniu psychoterapii grupowej. Myślę jednak, że zmiana podejścia do grup terapeutycznych w naszym środowisku powinna obejmować także weryfikację treści terapii grupowej. W wielu placówkach nadal proponuje się pacjentom pracę nad obszarami tyleż archaicznymi, co kontrowersyjnymi. Mam na myśli przede wszystkim temat tzw. tożsamości.

Badania dotyczące osób chorych na schizofrenię i na anoreksję, wykazały, że wyłączenie choroby z tożsamości osoby chorej stanowi swoisty przełom w procesie leczenia. Od momentu, kiedy pacjent przestaje o sobie mówić „jestem schizofrenikiem” czy „jestem anorektyczką”, a zaczyna mówić o sobie, że choruje na schizofrenię czy anoreksję, następuje znaczna poprawa poziomu zaangażowania w leczenie i poprawa samopoczucia. Nasze przekonanie o tym, że u osób uzależnionych miałyby być odwrotnie, opieramy wyłącznie na samopomocowym programie AA. Prace nad słownikiem dotyczącym uzależnień prowadzone przez Instytut Psychiatrii i Neurologii wykazały, że pacjenci pracę nad tzw. tożsamością odbierają jako opresyjny przejaw dyskryminacji, mówienie o sobie „ja – alkoholik” jako język wykluczenia.

Kolejny temat, który wydaje się być nadmiarowo eksploatowany w terapii grupowej, to tzw. bezsilność (znów koncepcja zaczerpnięta z AA), czyli praca nad destrukcją/stratami alkoholowymi. Wiemy z innych dziedzin (np. pedagogika, dydaktyka, psychologia sportu), że straszenie, motywacja oparta na zagrożeniu, wzmocnienia negatywne (awersyjne) działają, owszem, ale krótkotrwale, tylko w odniesieniu do bodźca, wytwarzając reakcje posttraumatyczne, niemające nic wspólnego z wewnętrzną motywacją do zmiany. Większość programów leczenia uzależnień opiera się tymczasem na rozliczaniu ze złych uczynków

(choć oczywiście inaczej to nazywamy i odzegnujemy się od wchodzenia w moralne oceny postępowania naszych pacjentów, ale czy w takim razie jest cały blok pracy dotyczący wpływu picia/zażywania na poszczególne obszary życia?), straszeniu głodem i nawrotami, narzucaniu przestrzegania zaleceń (znów pseudonaukowa koncepcja nieuwzględniająca efektów desensytyzacji).

W wyniku skupienia grupy terapeutycznej na opisanych treściach, grupa przeraża się trochę w twórz szkolno – religijny, raczej opresyjny, z całą pewnością nie inkluzywny. Myślę, że raturkiem i sposobem na przywrócenie grupom charakteru leczącego byłoby wprowadzenie treści wzmacniających zasoby pacjentów, odwoływanie się do ich doświadczeń sprzed uzależnienia, marzeń i planów na przyszłość – łatwiej i bardziej rozwojowo jest dążyć do czegoś „dobrego” niż unikać czegoś „złego”.

Warto także zająć się funkcjonalnością używania substancji. W pracy opartej na koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia rzadko zajmujemy się pytaniem „po co pacjent pije/zażywa” – koncentrujemy się na skutkach uzależnienia, unikamy rozmowy na temat tego, jak pacjent czuje się, będąc pod wpływem substancji, czego brakuje mu w życiu, że po nie sięga. Przecież musi to być szalenie ważne, skoro czasami pacjenci poświęcają dla tego czegoś wszystko, co mają. Mechanizm iluzji i zaprzeczeń to kuszące wytłumaczenie takiego stanu rzeczy, jednak wydaje się niewystarczające dla całościowego rozumienia pacjenta uzależnionego, któremu dajemy czasami zadanie napisania „Piciorysu” (okropne słowo), a nie zyciorysu (jakby uzależnienie czy nawet samo zażywanie/picie dało się wyłączyć z historii życia).

Wiem, że w warunkach leczenia stacjonarnego trudno o indywidualizację programu leczenia, trudno o poszerzanie treści i form oddziaływań, o pogłębianie emocji i doświadczenia pacjenta. Może właśnie dlatego warto zdawać sobie sprawę, że krótkoterminowe tzw. intensywne programy to zaledwie propedeutyka terapii, że wprowadzenie akcentu na relacje, na grupę jako źródło oddziaływań może być dla pacjentów cenniejsze niż napisanie iluś prac i dowiedzenie się, jakie są fazy

uzależnienia i jak działa mechanizm rozdławiania i rozpraszenia Ja. Ambulatoryjnie, w średnio i długoterminowych procesach terapeutycznych może warto podjąć próby rezygnacji ze sztywnych podziałów, które rozgościły się w placówkach: na etap podstawowy i pogłębiony, grupy zadaniowe, warsztatowe i terapeutyczne (bez względu na to, na ile te nazwy odzwierciedlają stan faktyczny), na terapię indywidualną i grupową (np. nie wszystkim proponując czy wręcz nakazując udział w grupach).

Przyzwyczajaliśmy się do myśli, że mocną stroną terapii uzależnień stanowią oddziaływania grupowe. Jednak może warto zadać sobie kluczowe pytania: czy samo istnienie i różnorodność grup jest zasobem, czy może właśnie deficytem w postaci przerostu ilości nad jakością? Czy narzucanie pacjentom przestarzałych, niepotwierdzonych naukowo treści nie skazuje nas na obniżenie rangi wykonywanej przez nas pracy i opór pacjentów? Czy przywiązanie do fałszywego przekonania o skuteczności grup nie zmniejsza naszego zaangażowania w oddziaływania indywidualne? I w końcu, czy te oddziaływania, które zwykliśmy nazywać terapią grupową, rzeczywiście nią są?

## JOANNA WAWERSKA – KUS



certyfikowana  
psychoterapeutka  
integratywna, supervizorka  
RSPU i PTPi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Beck A.T, Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S.: „Terapia poznawcza uzależnień”, WUJ, Kraków 2007;
2. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z.: „Integracyjna psychoterapia uzależnień”, IPZ, Warszawa 2011;
3. Miller P.M. (red.): „Terapia uzależnień, metody oparte na dowodach naukowych”, WUW, Warszawa, 2013;
4. Miller W.R., Forchimes A.A., Zweben A. „Terapia Uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów”, WUJ, Kraków 2014;
5. Vinogradov S., Yalom I.D.: „Psychoterapia grupowa, krótki przewodnik dla terapeutów”, IPZ, Warszawa, 2007.

**Justyna Matkowska, Katarzyna Sękowska**

*Siadając do pisania tego tekstu, przyglądamy się wszystkim swoim stratom. Tym niechcianym, zaskakującym, jak również tym dobrym. Pożegnaniom, w których było miejsce na niezgodę, na żal, na opłakanie, jak również na wdzięczność i radość, bo dobre zakończenia to te w pełni przeżyte, i omówione*

# KONIEC JAK POCZĄTEK — PROCES KOŃCZENIA PSYCHOTERAPII GRUPOWEJ

**W**artykule opiszemy proces kończenia psychoterapii grupowej na przykładzie dwunastomiesięcznej grupy zamkniętej, spotykającej się raz w tygodniu na dwie godziny, w połączeniu z dwudniowym maratonem raz w miesiącu. Terapia była realizowana w ramach programu finansowanego przez UM st. Warszawy. Spotkania z założenia miały odbywać się stacjonarnie, ale dość szybko dopuściliśmy formę hybrydową – w której w wyjątkowych sytuacjach możliwe było dołączenie online do spotkania odbywającego się na miejscu.

## UCZESTNICY

W grupie brało udział dziesięć osób (pięć kobiet i pięciu mężczyzn). Oto krótka charakterystyka składu grupy i problemów (dane zostały zmienione) dla pełniejszego ukazania procesu:

Matylda, 35 latka po rozwodzie, bez ustabilizowanej sytuacji zawodowej (często zmieniała miejsce pracy), skarżyła się na dużą liczbę toksycznych relacji w życiu, obecnie singielka.

Małgorzata, 35 lat, po rozwodzie, w drugim związku, pracuje w korporacji, prowadzi aktywny tryb życia pełen sportu i podróży, „pod którym” doświadczała pustki i pogubienia, kwestionowania własnej tożsamości.

Weronika, 25 lat, w związku, pracuje w zmaskulinizowanym środowisku, skupiona na zadaniach, bez kontaktu z emocjami, somatyzuje, w rolach i w „odcięciu” od siebie.

Maria, 30 lat, adwokatka, w związku małżeńskim, mama dwójki małych dzieci, w żałobie po samobójczej śmierci brata,

doświadczająca wiele napięcia, w przymusie kontrolowania wszystkiego.

Anna, 31 lat, zamężna, mama syna w wieku wczesnoszkolnym, pracuje w sektorze państwowym, zgłosiła się z poczuciem bezsensu, objawami depresyjno – lękowymi, kwestionując prawdziwość swoich przeżyć, relacji, wartości, z dużym poczuciem zagubienia, straciła siostrę w tragicznych okolicznościach.

Marek, 28 lat, lekarz, w związku narzeczeńskim, z nieprzeżytą żałobą po stracie matki, bez kontaktu z emocjami, w zamrożeniu, po wielu traumatycznych wydarzeniach w życiu.

Piotr, 42 lata, singiel, pracuje w korporacji, uprawia sport, wiele zainteresowań, ale z poczuciem pustki i brakiem umiejętności budowania głębokich relacji z kobietami, w izolacji od siebie samego, z historią samobójczej śmierci w najbliższej rodzinie.

Adam, 40 lat, singiel, pracuje w korporacji, ze zdiagnozowaną depresją i dużym lękiem społecznym, samotny, bez żadnych kontaktów z innymi, z powierzchownymi relacjami w rodzinie.

Nikodem, 30 lat, w krótkotrwałym związku, ojciec córki w wieku wczesnoszkolnym, z niestabilnym zatrudnieniem, nadużywający marihuany i niepewny „jak być” najlepszym tatą dla swojego dziecka, z historią przemocy w rodzinie pochodzenia i licznych traum w okresie dzieciństwa.

Krystian, 26 lat, singiel, pracuje w IT, z napadami lęku, izolowaniem się od ludzi i brakiem umiejętności utrzymania stałych relacji, w tle relacja z niestabilną i nadużywającą tej relacji matką, oraz

przemocowym ojcem, który stracił prawa rodzicielskie.

## ZAŁOŻENIA

Zanim przejdziemy do tematu przewodniego tego artykułu, czyli kończenia terapii, zatrzymajmy się na chwilę na jej prologu, czyli zbieraniu uczestników. Chociaż przeprowadzanie naboru do grupy terapeutycznej może być materiałem na osobny, obszerny tekst, to w ramach obecnego tematu chcemy podkreślić, że już w momencie pierwszego kontaktu z osobami zgłaszającymi się do grupy pojawia się w głowie pytanie: „Jak ta osoba może reagować/radzić sobie z tematem straty?”. Nawet po tak bardzo pobieżnym opisie profilu uczestników, jaki mogliście przeczytać powyżej, widać, że zebrana przez nas grupa została bardzo doświadczona, jeśli chodzi o przedwczesne i dramatyczne straty – samobójcze śmierci rodzeństwa, śmierć rodzica w więzieniu, śmierć najbliższych w wyniku nadużywania substancji czy anoreksji, to tylko niektóre z nich.

Temat końca terapii jest obecny na wszystkich jej etapach. Postaramy się pokazać, w jaki sposób się wyłania, jakie pełni funkcje i jak pacjenci sobie z nim radzą, na każdym z nich.

## PO CO W OGÓLE ZACZYNAĆ, SKORO TO SIĘ SKOŃCZY. POCZĄTEK.

W fazie początkowej ujawnia się cały arsenał sposobów radzenia sobie z lękiem. Od zaprzeczania („Czego tu się bać, przecież terapia to bezpieczne miejsce”), reakcji upozorowanej (pełne opty-

mizmu deklaracje radości i zadowolenia z faktu, że ma się możliwość uczestniczenia w takiej grupie), zamrożenie (wycofanie, niewielka aktywność), nadmierna aktywność (chęć wypowiedzenia wszystkiego naraz) i inne. Pacjenci nie mają jednak dobrej relacji z własnymi emocjami, dlatego więc mieliby potrafić konstruktywnie przetwarzać w pełni uzasadniony lęk związany z początkiem takiego poważnego przedsięwzięcia, jakim jest psychoterapia grupowa. To naturalne, że osoby uczestniczące w grupie zazwyczaj są bardzo niepewne, poszukujące, załężnione, bojące się zależności.

Jesteśmy od początku wyczuwane na ich indywidualne sposoby regulowania lęku, w tym *acting outy* np. spóźnianie się na pierwsze spotkanie, wychodzenie w trakcie itp. To właśnie w tym kontekście może pojawić się temat końca terapii, który wybrzmiewa brakiem sensu w pełne zaangażowanie się w proces, „bo przecież i tak się skończy”, „po co mam o tym mówić, przecież za rok nie będziemy już się znali”.

Tak było również na naszej grupie. Marek spóźnił się na pierwsze spotkanie 25 minut, wcześniej uprzedzając smsowo, że spóźni się tylko chwilę. Podkreślał, że praca może tego od niego wymagać. Skupił w ten sposób na sobie uwagę grupy, wydając się tego zupełnie nieświadomym. Początek to też czas, kiedy każdy wykorzystuje jakąś swoją strategię do zaistnienia w grupie. Piotr jest bardzo miły i usłużny dla innych osób, Weronika chce być dobrą uczennicą i uzyskać aprobatę nauczycielek – terapeutek. Wszyscy zdają się być tak zaabsorbowani przetrwaniem tej napięciotwórczej i nienaturalnej sytuacji, że nie zostaje wiele przestrzeni na myślenie o odległym końcu. Hasło końca pojawia się tylko jako tarcza chroniąca przed zbyt szybkim odsłonięciem się w kontakcie, ale to nie jest czas na głębszą refleksję o jego nadejściu.

Anna, radząca sobie z napięciem płacząc, podsumowuje całą sytuację za nas, mówiąc: „*Chciałoby się może mówić otwarcie o tym, co się czuje i jak jest, po to tu przyszliśmy, ale przecież jesteśmy bandą obcych ludzi, nic o sobie nie wiemy!*”.

Zdajemy sobie sprawę, że wszystkie te obawy muszą wystąpić, więc kierujemy uwagę na „tu i teraz”, od samego początku chcąc pomóc osobom w przetworzeniu tego doświadczenia. Zachęcamy ich do wyrażania lęku i niepewności. Tam, gdzie pojawia się nadmierny optymizm czy zaprzeczanie zagrożeniu, nazywamy możliwy drugi biegun – uzasadnionej niepewności, czy nadzieje się spełnią. Przy nadmiernym wycofaniu albo z drugiej strony zalewaniu delikatnie nazywamy, co się dzieje, i sugerujemy, co się może za tym kryć. To naturalny początkowy opór przed wejściem



w bliskość i zależność. Rozumiejąc, co dzieje się z uczestnikami, nie skupiamy uwagi na przełamywaniu tych stanów, a raczej jesteśmy przy wszystkich uczuciach, które się wyłaniają, towarzyszymy im w tym i nazywamy. Mniej skupiamy się na opowiadanych historiach z przeszłości, a bardziej jaką obecnie pełni funkcję opowiadanie ich w grupie. Jeśli pojawia się temat końca, to w podobny sposób uznajemy możliwą potrzebę, jaka się za tym kryje, podkreślamy, że jednak przed zakończeniem czeka nas jeszcze wiele innych etapów.

Temat końca w tej grupie został spotęgowany wybuchem wojny na Ukrainie. Wzbudziło to w uczestnikach, zwłaszcza w Piotrze, jeszcze więcej lęku

przed zaangażowaniem się w proces, nawiązywaniem więzi, odsłanianiem się przed innymi. Ponieważ było to również naszym doświadczeniem, to otwarcie mówiliśmy o lęku. Równocześnie skupiliśmy się na tym, jak możemy budować wspólnotę w tych warunkach, w jakich przyszło nam być. Pracując na relacji, nie wchodziłyśmy w pozycję „ponad” – ekspertek, które wiedzą, jak radzić sobie z każdym kataklizmem, a raczej otwarcie, empatycznie, z lękiem i bezsilnością, jednocześnie dzieląc się tym co pomaga, czyli byciem razem.

Proces grupowy, który decydujemy się prowadzić w takiej dynamice, jest bardzo intensywny i wymaga od nas dużego zaangażowania w zatrzymywanie uczestników przy sobie, odnoszenia się do „tu i teraz”, pomimo ciągłych pokus, żeby odbiegać od tego.

Od początku tej grupy temat straty i lęku przed nią, wybrzmiewał bardzo intensywnie, w odniesieniu do osobistych strat uczestników. Większość z nich doświadczyła tragicznej śmierci w rodzinie lub strat związanych z rozwodem rodziców. Od samego początku nasze interwencje dotyczyły budowania spójności i poczucia bezpieczeństwa pomimo i na przekór temu, co działo się w świecie. O rozwijającym się zaufaniu świadczyło to, że coraz częściej i chętniej osoby odnosiły się do siebie bezpośrednio nie tylko z poziomu opowiadanych historii. Podstawowym zadaniem było nauczenie się odpowiedzi

na pytanie: „Jak mi z Tobą jest?” „Jakie to dla mnie jest, że mogę z Tobą dzielić się moim przeżyciem?”, „Co czuję, gdy słyszę to, co mówisz?”. Moderowałyśmy: „Popatrz po uczestnikach, sprawdź, do kogo chcesz skierować te słowa”, „Z jaką intencją opowiadasz tę historię?”, „Do kogo kierujesz te słowa?”. Te pytania początkowo wydają się bardzo trudne, dlatego podkreślałyśmy, że mają prawo takie być, bo nikt inny wcześniej ich nie zadawał.

Uczestnicy, każdy w swoim tempie, ale stosunkowo szybko „załapali”, o co nam chodzi. Ważne było, że na bardzo wczesnym etapie pojawiły się głosy niepokoju o ciągłość uczestnictwa w grupie poszczególnych osób.

Wycofany i raczej obserwujący Nikodem powiedział do Anny, że zaniepokoiło go, kiedy na pierwszym spotkaniu mówiła, płacząc, że nie wie, czy to wytrzyma. Przytrzymałyśmy go przy tym, wtedy zwerbalizował, że obawiał się, że odejdzie z terapii. Badaliśmy z nim, co by to dla niego znaczyło i jak doświadcza tego, że wyraża swoje obawy wprost do Anny.

W początkowym etapie grupy, zdecydowałyśmy się wprowadzić również elementy focusingu takie jak: robienie przestrzeni, zatrzymywanie się na oddechu, sprawdzanie doznań płynących z ciała, oglądanie pojawiających się odczuć z ciała i związanych z nimi skojarzeń, obrazów, wspomnień. Odnoszenie się do „tu i teraz” dało wymierny skutek w zbudowaniu dobrej bazy do dalszego doświadczenia i doświadczania. Powoli wchodziliśmy w etap bezpiecznego osadzania się w grupowej wspólnoty.

### TERAŻNIEJSZOŚĆ. JESTEŚMY RAZEM, POMIMO WOJNY/ KOŃCA. OSADZANIE.

Na tym etapie rozkołysana łódź terapii grupowej dostaje wiatru w żagle i wypływa na otwarte morze. Nie wiemy, czy przypisać to szczęściu, zrządzeniu losu czy fenomenalnie przeprowadzonemu naborowi, ale miały tygodnie i nie było w nas lęku o wypadnięcie kogokolwiek z uczestników.

Jedną z osób, która mogłaby wypaść, był Nikodem, z niestabilną pracą był zmuszony brać wszelkie zlecenia i przez to miało go nie być już na drugim i trzecim spotkaniu. Wówczas bezprecedensowo zaproponowałyśmy, aby połączył się zdalnie, ustawiając komputer na jego krześle.

Z perspektywy wydaje nam się, że zbudowało to mocny fundament pod przyszłe zaangażowanie. Ponadto, podejrzewamy, że wspólnota grupowa dodatkowo wzmocniła się dzięki autentycznemu doświadczeniu bycia razem wobec terroru wojny.

Wspomniany wcześniej Piotr, który czerpał energię z kompensacyjnego stylu życia pełnego sportowych i zawodowych wyzwań, kiedy był przez którąś z nas sprowadzony do intrapsychnego doświadczenia – spotykał się z przeraźliwą pustką i beznadzieją. Wojna i niepokój o bliskie mu osoby tylko spotęgowały te uczucia. Jednak „przy-

trzymany” przy tym, odsłonił się z tymi stanami i dostał uwagę oraz naszą obecność. Był to moment delikatnego przesunięcia, zarówno w nim (choć zapewne nie w pełni sobie zdawał z tego sprawę) jak i w będących świadkami tego odkrycia pozostałych osobach. Przesunięcia ku bliskości, ku gotowości podejmowania ryzyka dalszych odsłonień, których było sporo.

Jeśli bezpieczny grunt jest w grupie budowany od samego początku odpowiednio uważnie, to ten etap pracy daje bardzo dużo satysfakcji. Ludzie naprawdę się zbliżają. My również. Równolegle do indywidualnych tematów wnoszonych przez poszczególne osoby, nadal trzymamy rękę na „pulsie” relacji grupowych i wykorzystujemy każdą szansę na stymulowanie interpersonalnych, pogłębianych wymian. Pytamy np. „Z czym dziś jesteście? Ktoś chciałby coś od siebie, albo do kogoś...?”

Uczestnicy osmieleni faktem, że grupa nie rozpada się, a wręcz przeciwnie, od wyrażenia złości, niezadowolenia czy innych trudnych uczuć, wprost do drugiej osoby, podejmują ryzyko i wysiłek konfrontacji. Dzięki temu jest balans pomiędzy terapeutycznym „ciepełkiem” i wzmacnianiem, a radzeniem sobie z napięciem i niezgadaniem się. Oczywiście nie wszyscy uczestnicy w takim samym tempie i stopniu są w stanie docenić i korzystać z możliwości, jakie daje tak „utkane” środowisko grupowe. Niektórzy w grupie wiodą prym w eksplorowaniu autentycznej obecności, innych to onieśmiela i wycofuje. Jako prowadzące staramy się wyrównywać tempo i zadbać o tych, którzy potrzebują więcej czasu. Grupa podchwytuje nasze intencje i uczy się włączać oraz zapraszać milczące osoby.

To ważne doświadczenie dla Adama, dla którego sporym wyzwaniem było uczestniczenie w „śmieszkowaniu” grupy, w związku z czym popadał w błędne koło, bo czuł się wykluczony i miał jeszcze większe trudności ze spontanicznym włączaniem się. Zatrzymany przy tym, przyznał, że chciałby być zapraszany „do zabawy”, a jednocześnie ma ogromną potrzebę autonomii i decydowania, kiedy zabiera głos. Już wypowiedzenie tego konfliktu wewnętrznego pozwoliło zbudować bazę pod późniejszą decyzję Adama, żeby podzielić się swoimi naj-

większymi wstydliwymi doświadczeniami. To z kolei rozluźniło go i zaczął zupełnie swobodnie włączać się w dynamikę grupy.

Mogłybyśmy długo opowiadać o meandrach podróży z tą grupą, jednak wróciwszy do głównego wątku – kończenia, to na tym etapie na trochę pozwoliłyśmy, być może same ulegając pokusie „przyjemnego grzania się przy wspólnym ognisku”, aby temat końca odpłynął i przez jakiś moment trochę jakby nie istniał. To był czas, w którym tematy trudne i budzące grozę przeplatały się z dużą ilością śmiechu i zabawy. Uczestnicy czasami niepewnie patrzyli na nas, czy tak można się tak zachować, czy to na pewno wszystko w porządku, że nie tylko tutaj cierpimy i oplakujemy, ale też zdarza nam się śmiać do łez. Powiedzonka, przewiska, przytyki, inteligentne docinki dawały radość i energię i nie było przestrzeni na myślenie o końcu. Trochę przypominało to początek wakacji, kiedy ma się taką iluzję, że będą trwały wiecznie.

Najczęściej traktowałyśmy te śmieszki jako potrzebę samoregulacji grupy, która taki sposób sobie wybrała. Kilkakrotnie czuć było, że śmieszkowanie przykrywa jakiś temat budzący napięcie i długo nie dawało się temu zaprzeczać.

Znaczącym momentem było to, kiedy Małgorzata oznajmiła pod koniec takiego pełnego radości energii spotkania, że dostała pracę za granicą i za sześć tygodni wyjeżdża, w związku z czym będzie się łączyć zdalnie. Początkowa reakcja uczestników była „zabezpieczająca” – podobnie jak na początku zareagowali zaprzeczeniem jakichkolwiek trudnych uczuć, jakie mogłoby to budzić (Gratulacje, pełne zrozumienie dla decyzji, praca jest ważna.... ani słowa o tym, „jak to dla mnie jest, że Ciebie nie będzie”). Słowa, których Małgosia użyła, oznajmiając swoją decyzję – konkretne i beztrudne, stały jednak w dużym kontraście do jej napiętego ciała i pełnego przejęcia wyrazu twarzy. W grupie nastąpiło duże poruszenie. Spotkanie dobiegło końca i dopiero na kolejnym osobie miały okazję eksplorować swoją reakcję na komunikat Małgosi. My zaś miałyśmy żywą okazję, aby konkretniej, w „tu i teraz”, naświetlić przeżywanie straty i zasygnalizować też fakt, że terapia się kończy. Małgosia miała wyjechać

w sierpniu, czyli po siedmiu miesiącach terapii. Przekraczanie połowy danego życia grupy wydaje nam się również ważnym momentem do podsumowań – czyli patrzenia wstecz, a więc i naprzód – ku końcowi.

## **BÓL RZECZYWISTOŚCI. PRZEŁAMYWANIE TABU. PRZYGOTOWYWANIE DO ROZSTANIA.**

Im bliżej końca, tym mniej chętnie uczestnicy do niego wracają, wręcz unikają myślenia o nim. Tak, jak istotny jest początek terapii, w którym bardzo dużo uwagi poświęcamy na zbudowanie bezpiecznej przestrzeni na wyrażanie uczuć i świadome odkrywanie siebie, tak proces kończenia daje szansę, być może po raz pierwszy w życiu, przeżycia straty „czegoś dobrego”. W tym sensie, zakończenie, jeśli zostanie dobrze przeprowadzone, jest nie mniej istotne niż cała terapia. O ile w trakcie procesu psychoterapii grupowej każdy z uczestników doświadcza jej indywidualnie, o tyle wspólne przeżywanie końca może być bardzo ważnym elementem i siłą w procesie zmiany.

Małgosia swoją decyzją stworzyła sytuację „bycia nie w pełni” w grupie. Do tej pory, po precedensie Nikodema na drugim i trzecim spotkaniu, zdarzało się, że z powodu choroby czy wyjazdu zawodowego poszczególne osoby uczestniczyły zdalnie. Dzięki temu frekwencja była bardzo wysoka przez pierwsze pół roku trwania grupy. Jednocześnie uczestnicy najczęściej podkreślali, że sporo tracą, nie będąc obecnymi na żywo. Takie uczestnictwo miało więc łatkę „niepełnego”. Z naszej perspektywy dla spójności grupy było to o wiele lepsze niż nieobecność, więc dopuszczaliśmy taką możliwość, starając się omawiać sytuacje, kiedy wydawało się to nadużywane.

W przypadku Małgorzaty przede wszystkim omawialiśmy sposób, w jaki ona przeszła przez cały ten proces – nie ujawniła faktu, że aplikuje na taką pozycję, oznajmiła to grupie w pełnym odcięciu od przewidywania, jakiej reakcji może się spodziewać/obawiać. Ona sama, będąc wszak bardzo zorganizowaną i energiczną osobą, przedstawiła plan przyjeżdżania osobiście na dużą liczbę spotkań. Notabene, jako jedyna uczestniczka, nawet będąc zdalnie, była

bardzo aktywna i korzystała ze spotkań. Pomimo tego łątka, że Małgosia będzie już taką „niepełną” uczestniczką, gdzieś zawisła i wywołała różne reakcje. Niektórzy od razu jakby zaczęli się żegnać z nią, trudno im było dostrzec, że wirtualna obecność to też obecność. Ta sytuacja, pospołu ze zbliżającym się naszym urlopem i rozstaniem na trzy tygodnie, stanowiły wstęp do fazy, w której temat zakończenia wyszedł na pierwszy plan.

Świadomie i z pełną powagą, ale bez straszenia, zdecydowałyśmy się go wnieść już około czterech miesięcy przed faktycznym końcem terapii, czyli technicznie zostało dziesięć dwugodzinnych spotkań i trzy maratony. W uczestnikach obudził się lęk pomieszany ze złością na nas oraz niechęć. Pojawiały się głosy, że po co teraz o tym mówić, „przecież jest jeszcze dużo czasu” i „po co psuć coś, co jest dobre”, „niech to trwa i pożegnamy się na ostatnim spotkaniu”. Jednocześnie zaczęły się pojawiać zachowania podobne do zachowań na początku procesu, zgąsło zaangażowanie. Z naszej perspektywy uznaliśmy to za naturalne. Podchodziliśmy do tego spokojnie, choć oczywiście i w nas te uczucia się budziły. Podkreślaliśmy, że proces jeszcze trwa i jest dużo czasu na mówienie nie tylko o końcu, ale też na badanie siebie, interakcje pomiędzy uczestnikami, otwieranie lub domykanie wątków. Jednak widmo rozstania czało się za rogiem.

Na tym etapie pojawiła się większa niż dotychczas absencja uczestników, zdarzało się, że zamiast dziesięciu osób na spotkaniu pojawiało się sześć.

Piotr wyjechał na miesięczny kontrakt zawodowy i albo nie uczestniczył wcale, albo łączył się zdalnie. Matylda najczęściej opuszczała grupę, zasłaniając się obowiązkami w pracy lub chorobą. Jej pogłębiająca się nieobecność fizyczna i emocjonalna stawała się figurą. Grupa tak jak w początkowej fazie, tak i w końcowej doświadczała oporu przed konfrontowaniem się z tym, co trudne, i tym, co nieuchronne. Dużo było zaśmiewania sytuacji. Piotr wątpiewał w zmiany, które zachodziły i w ich trwałość. Nikodem wnosił brak sensu w wyrażaniu złości do Matyldy za jej nieobecności na spotkaniach, bo „po co ją ranić”. Weronika ponownie zaczęła uskarżać się na ból w klatce piersiowej i silny lęk, o którym mówiła „że nie wie,

o co chodzi”. Maria w ogóle przestała się odzywać, była obecna ciałem, ale wydawała się nie słuchać tego, o czym mówią pozostali. Małgorzata reagowała agresją, złościła się z niezrozumiałych powodów, trochę to kierowała na siebie, trochę nie wprost na grupę. Wszystkie te i jeszcze wiele innych reakcji starałyśmy się brać pod lupę i rozumieć w kontekście kończenia i radzenia sobie ze stratą. Nadal dawałyśmy przestrzeń na wnoszone wątki, emocje, ale zawsze, gdy była ku temu sposobność, kierowałyśmy uwagę uczestników na uczucia związane z zakończeniem terapii, czasami bez ogródek nazywając to, co się dzieje w grupie.

Wszystkie emocje i zachowania wymagały zbadania, podkreślaliśmy też, że nie trzeba ich załagadzać, zagłuszać, że można je przyjąć. Próbowaliśmy być w tym doświadczeniu razem z nimi, jednocześnie trzymając się obranego kursu i wierząc, że dobrze go wytyczyliśmy. Regularna superwizja była tutaj niczym światło latarni potwierdzające obrane współrzędne.

Grupa była świadoma nieuchronności zakończenia i każdy radził sobie z tą stratą tak, jak potrafił. Ważne było poświęcenie czasu na dokończenie spraw związanych z relacjami i procesem grupowym. Podkreślaliśmy, że konflikty i niezgody nie muszą być za wszelką cenę rozwiązane i zamknięte. Ważne, aby uczucia mogły wybrzmieć, potrzeby zostać nazwane, aby pozwolić współistnieć różnicom, odkrywając przy tym, że jest to do zniesienia, że to nie musi niszczyć.

Tak jak w przypadku Matyldy – stłumiona złość Nikodema na jej nieangażowanie się, wycofała go z własnego zaangażowania w grupę. W końcu zdecydował się wyrazić to, co czuje, i z naszą pomocą udało się uzyskać katharsis. Grupa odetchnęła z ulgą, że udało się Matyldę, tak jak wcześniej Adama, ponownie włączyć w grupę. Anna z kolei podniosła wątek, że może nie rozwiązała swoich wszystkich problemów życiowych, ale zdecydowanie lepiej radzi sobie z emocjami, prosi o pomoc i podtrzymuje relacje, które są wystarczająco dobre.

Na tym etapie nieuniknione okazało się również ponowne doświadczenie straty bliskich z rodziny. Tak jak pisałyśmy na początku, w tej grupie większość osób została nią dotknięta.



W połączeniu ze smutkiem „tu i teraz” pojawiał się ból „stamtąd i wtedy”. Ten aspekt również wymagał zaopiekowania. Anna, Maria i Piotr dzięki wsparciu grupy mogli opłakać ten ból, odbarczyć się od poczucia winy, że zrobili za mało, by uratować swoje rodzeństwo. Zostali „zobaczeni” w swojej rozpaczy i pewnie pierwszy raz nie czuli się samotni i opuszczeni w swojej stracie.

Dbając o domknięcie procesu grupowego, co kilka sesji zachęcałyśmy do szukania odpowiedzi na pytanie „*Jakie jest\było to dla mnie doświadczenie?*”, „*Czego się dowiedziałem/lam o sobie?*”, a także do wyrażania uczuć względem nas.

Dla Krystiana koniec grupy okazał się równie zagrażający jak jej początek. Podobnie jak rozpaczliwie bał się uczestnictwa, tak samo zaczął bać się końca. Jednak dość otwarcie o tym mówił, zaczął też poszukiwać możliwości profesjonalnego wsparcia dla siebie poza grupą.

Wśród uczestników pojawiały się obawy, że bliskość, jakiej doświadczyli w grupie, jest nieosiągalna w świecie zewnętrznym. Podkreślałyśmy, że fakt doświadczenia takiej bliskości i spójności jest ich udziałem, że dzięki swojemu zaangażowaniu, odwadze, zaufaniu, akceptacji zbudowali taką przestrzeń, że to nie jest dzieło przypadku, że wspólnie pracowali nad konfliktami, próbami porozumienia między sobą, nawet jeśli nie do końca i nie zawsze się rozumieli. Podkreślałyśmy wagę zmian i fakt, że jeśli mu pozwolimy, dobre doświadczenie zapisuje się w nas trwale.

### **LUDZIE ODCHODZĄ. MIŁOŚĆ ZOSTAJE. ROZSTAWANIE I ROZSTANIE.**

Ostatni maraton, który poprzedzał jeszcze dwa domykające dwugodzinne spotkania, podzieliliśmy na dwie części, z których obie dotyczyły podsumowania.

Pierwszego dnia dużo uwagi poświęciliśmy żalowi, smutkowi, wspólnemu byciu, łzom, podkreślaniu tego, ile zrobili dla siebie nawzajem, jak dawali sobie akceptację, zmianom, jakie w nich zaszły. Pytałyśmy o to, co było szczególnie ważne w grupie.

Nikodem powiedział, że niepotrzebnie tłumił swoją złość do Matyl-

dy. Dzięki tej sytuacji przekonał się, że złość, której doświadcza, nie jest aż tak zagrażająca. Matylda zaś zaobserwowała, że w takich momentach od razu staje się defensywna i nie słyszy intencji drugiej osoby. Weronika zauważyła, że jak tłumili swoje uczucia, to pojawiają się dolegliwości psychosomatyczne. Pytałyśmy o to, czego nauczyli się w grupie, co było punktem zwrotnym, szczególnie momentem, co było dla nich wyjątkowe. Uczestnicy dzielili się konkretnymi spostrzeżeniami, bardzo wnikliwymi. Drugiego dnia maratonu zaplanowałyśmy serię dwudziestominutowych spotkań w parach w taki sposób, żeby każda osoba mogła spotkać się indywidualnie z każdym. Tak jak zazwyczaj nie narzucamy, ani nie prowadzimy spotkań tematycznych, tylko podążamy za grupą, tym razem zaproponowałyśmy konkretną strukturę, a także obszary, na których mieli się skupić, dając sobie informacje zwrotne. Poruszali się w obrębie pytań:

- Jak mi z Tobą było?
- Czego dowiedziałem się o sobie w relacji z Tobą?
- Czego mi zabrakło?
- Czego było za dużo?

Oczywiście każdy spotkał się również osobno z każdą z nas, mając możliwość domknięcia poszczególnych relacji, osobistego pożegnania.

To doświadczenie wymiany informacji zwrotnych pomiędzy sobą było bardzo cenne dla grupy. Kilka osób żałowało, że nie zrobiliśmy tego wcześniej – np. w połowie. „Wtedy moglibyśmy nad tym pracować, zmieniać się według otrzymanych wskazówek”. Padały też stwierdzenia, że widzą, jak innym doświadczeniem jest mówić coś do kogoś na tle grupy, a spotkać się z nim sam na sam.

\* \* \*

Tak dobiegała końca nasza cudowna, trudna i intensywna podróż. Pojawiła się metafora pociągu, z którego chcielibyśmy wysiąść razem, ale jeśli chodzi o emocje, to każdy wysiądzie z niego w swoim tempie. Adam stwierdził, że on dopiero, jak już wszyscy wysiądą, zorientuje się, że to już koniec, bo nie dopuszcza tego do siebie. Piotr w zamyśleniu powiedział, że boi się przespac przystanku i obudzić nagle w pustym przedziale. Zostały dwie ostatnie sesje,

na których domykało się doświadczenie informacji zwrotnych w parach. Na ostatnim spotkaniu pożegnaliśmy się w świątecznej atmosferze.

Miałyśmy okazję obserwować wiele zjawisk opisywanych w klasycznych pozycjach dotyczących pracy z grupą, a przede wszystkim to, co leczy i jak leczy. Widziałyśmy, jak to, co dzieje się między ludźmi, wpływa na to, co dzieje się w każdym z nich. I odwrotnie. Naszym zadaniem było tworzenie takiej przestrzeni, w której wszyscy mieli możliwość świadomego przeżywania tego procesu.

### **CO ZOSTAJE PSYCHOTERAPEUTOM? PODSUMOWANIE.**

Aby ułatwić uczestnikom grupy etap kończenia terapii, pozostawiałyśmy w kontakcie z własnym smutkiem. Między sobą rozmawiałyśmy o stratach, które stały się naszym udziałem. Czasami mówiłyśmy, że to jest nie do przeżycia, a czasami, że wszystko da się przeżyć. Czasami się złościłyśmy w proteście, że świat został tak urządzony, a czasami ze spokojem przyjmowałyśmy realność rozstania. Odważałyśmy się ujawnić nasze uczucia do grupy i później na spotkaniach w dwójkach. Dla nas jako koterapeutek, to również było szczególne pożegnanie, gdyż po tej grupie planowałyśmy na jakiś czas zawiesić naszą trwającą dekadę współpracę. Pytania, które zaproponowałyśmy uczestnikom dotyczyły w znacznym stopniu również relacji między nami a rozstanie z grupą zwińczyło naprawdę wielki i bogaty rozdział w naszych życiach.

#### **JUSTYNA MATKOWSKA**



psychoterapeutka humanistyczno-doświadczeniowa. Pracuje z osobami dorosłymi, parami w Centrum Terapii i Psychoedukacji, oraz terapię grupową w Ambulatoryjnym Zespole Leczenia Uzależnień przy IPIŃ w Warszawie

#### **KATARZYNA SĘKOWSKA**



psychoterapeutka integracyjna, prowadzi psychoterapię indywidualną osób dorosłych w CT Dialog oraz terapię grupową w Ambulatoryjnym Zespole Leczenia Uzależnień przy IPIŃ w Warszawie.

**Grzegorz Szczeblewski**

*Wielu mężczyzn mówi, że Męski Krąg jest jedynym miejscem, gdzie mogą swobodnie, bez lęku wyrażać swoje myśli i emocje, mogą w atmosferze zaufania mówić o czułości i miłości*

# SZUKAJĄC WZORCÓW

*„Mężczyźni boją się wyrażać swoje emocje i potrzeby, ponieważ boją się być postrzegani jako słabi. To prowadzi do izolacji i braku wsparcia, co z kolei pogłębia kryzys męskości”*

Jed Diamond

Istnienie męskich kręgów ma związek z tradycjami wielu rdzennych kultur na całym świecie, takich jak kultury afrykańskie, azteckie, celtyckie, indiańskie, aborygeńskie, maoryskie i wiele innych. W rdzennych kulturach męskie kręgi często były związane z inicjacją młodych mężczyzn do dorosłości, szkoleniem wojowników, przekazywaniem wiedzy i dziedzictwa kulturowego, a także z ceremoniami religijnymi.

Pierwsze męskie współczesne kręgi powstały w latach osiemdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. W Stanach Zjednoczonych pierwszy taki krąg został założony w 1983 roku przez Michaela Kellehera, który nazwał go „Iron John Circle”. W 1986 roku w Wielkiej Brytanii powstał pierwszy męski krąg o nazwie „Men's Network”, który jest uważany za prekursora tego typu grup na terenie Europy. Miał na celu stworzenie przestrzeni dla mężczyzn, w której mogliby dzielić się swoimi doświadczeniami, wyzwaniem i emocjami w bezpiecznym i wspierającym środowisku. Członkowie kręgu spotykali się regularnie, aby dyskutować na różne tematy, takie jak relacje z kobietami, ojcostwo, praca i rola mężczyzny w społeczeństwie.

„Iron John Circle” stał się inspiracją dla wielu kolejnych kręgów i organizacji, które powstały w Stanach Zjednoczonych i na całym świecie. Od tamtej pory ruch męskich kręgów rozprzestrzenił się na całym świecie, a ich cele i formy działalności różnią się w zależności od kraju i kultury.

## MĘCZYŻNA W KRYZYSIE

Przyglądając się dzisiejszemu funkcjonowaniu mężczyzn, można

stwierdzić, że narażeni są na ryzyko różnych problemów w sferze emocjonalnej, które wynikają z kulturowych, społecznych i indywidualnych czynników. W wielu kulturach męskie role społeczne zostały ściśle określone, a mężczyźni często oczekują od siebie, że będą silni, niezależni i władający sytuacją. Emocjonalne wyrażanie słabości jest przez nich uważane za brak sprawczości, za zachowanie, które nie przystoi mężczyźnie. Takie oczekiwania kulturowe mogą prowadzić do trudności w wyrażaniu emocji i potrzeb przez mężczyzn. Ponadto, często mają oni trudności w nawiązywaniu intymnych relacji, zarówno ze swoimi partnerkami, jak i z przyjaciółmi, co może prowadzić do poczucia samotności, izolacji i braku wsparcia emocjonalnego.

Mężczyźni mają większe prawdopodobieństwo doświadczania problemów zdrowia psychicznego, takich jak depresja, lęki i uzależnienia. Rzadko szukają pomocy i wsparcia psychologicznego, co prowadzi do pogłębiania się problemu. Wysokie wymagania zawodowe i społeczne, które nieustannie stawiają sami sobie, mogą prowadzić do zmęczenia, wypalenia zawodowego, a także do konfliktów w życiu prywatnym, rodzinnym czy zawodowym.

Nie bez znaczenia jest brak pozytywnych wzorców męskości, które umożliwiałyby mężczyznom wyrażanie emocji w sposób zdrowy i konstruktywny. Brak takich wzorców może prowadzić do wewnętrznego konfliktu i poczucia niepewności.

Mężczyźni mają również trudności w radzeniu sobie z traumą, zarówno emocjonalną jak i fizyczną, co może prowadzić do długotrwałych problemów emocjonalnych i psychologicz-

nych. Nie odkrywają się przed kolegą z obawy przed kpiną czy szydzeniem. Dodatkowo, przyjaźnie między mężczyznami często kojarzą się z homoseksualizmem, a w niektórych kulturach homoseksualizmu się nie akceptuje.

To może utrudniać mężczyznom budowanie bliskich relacji z innymi mężczyznami bez narażania się na ostracyzm społeczny. Wszystkie te problemy wynikają z różnych czynników i są złożone, jednak coraz więcej mężczyzn zaczyna zdawać sobie sprawę z ich istnienia i szuka pomocy w radzeniu sobie z nimi. Niektórzy z nich trafiają do grup wsparcia dla mężczyzn lub na Męski Krąg.

## TERAPIA GRUPOWA A MĘSKI KRĄG

Męski Krąg zazwyczaj ma swobodną strukturę, a uczestnicy sami decydują, co chcą poruszyć i jakie tematy uważają za ważne. Głównym celem jest stworzenie bezpiecznej przestrzeni, w której mężczyźni mogą dzielić się swoimi doświadczeniami, emocjami, myślami i obawami z innymi mężczyznami. Lider pomaga utrzymać porządek i zapewnić równowagę w grupie, ale nie udziela pomocy terapeutycznej w odróżnieniu od grupy terapeutycznej, prowadzonej przez wykwalifikowanego terapeute, którego celem jest zapewnienie pomocy psychologicznej i emocjonalnej dla jej uczestników. W grupie tej istnieją określone cele terapeutyczne i jasna struktura, a terapeuta kieruje sesją oraz dostarcza narzędzia terapeutyczne.

Zarówno męski krąg, jak i grupa terapeutyczna powinny być bezpiecznymi i poufnymi przestrzeniami, w których uczestnicy mogą dzielić się swoimi doświadczeniami. W grupie terapeu-

tycznej zazwyczaj obowiązują bardziej rygorystyczne zasady poufności.

Procesy grupowe w terapii i męskim kręgu mogą się przenikać poprzez techniki pracy grupowej, takie jak dzielenie się historiami życiowymi, ćwiczenia relaksacyjne czy ćwiczenia empatii. Te techniki mają na celu wspieranie uczestników w odkrywaniu i zrozumieniu swoich emocji, potrzeb i sposobów radzenia sobie z trudnościami. Terapia grupowa, jak i męskie kręgi, mogą być sposobem na rozwiązanie trudności w relacjach międzyludzkich poprzez nawiązywanie bliskich relacji, budowanie zaufania, pracę nad własną komunikacją czy zrozumieniem emocji innych ludzi.

Do męskich kręgów trafiają często osoby uzależnione lub ich bliscy. W czasie spotkań mogą zdobyć umiejętność budowania zdrowych, przyjaznych i wspierających relacji z innymi ludźmi. Uczą się, jak mogą wyrażać swoje emocje i potrzeby w sposób pozytywny i budujący. Uczestnicy kręgów często odczuwają poczucie samotności i izolacji, a udział w grupie może pomóc im w znalezieniu wsparcia i zrozumienia w wśród ludzi, którzy również zmagają się z podobnymi problemami. Męski krąg może być dla osób uzależnionych lub ich bliskich źródłem motywacji i wsparcia w postaci motywujących rozmów, konkretnej pomocy w zmianie swojego stylu życia oraz dostępności do wiedzy i doświadczeń innych ludzi. Ponadto, mogą dowiedzieć się, jakie kroki muszą podjąć, aby zmienić swoje zachowanie i jakie konkretne metody mogą zastosować, aby osiągnąć swoje cele.

### JAK SIĘ TO ZACZĘŁO?

Kilka lat temu trafiłem na podcast Jacka Masłowskiego „Bliskie relacje w życiu mężczyzny”, który opowiadał o tym, jak mężczyzna doświadcza i buduje bliskość, także z innym mężczyzną. Próbowałem odpowiedzieć na pytanie, jakie bariery muszą zostać pokonane, aby stworzyć i utrzymać dobre oraz czułe relacje. W tym czasie pracowałem w środowisku zdominowanym przez mężczyzn, więc zacząłem obserwować, jakie wygładają męskie więzi w ich naturalnym otoczeniu. Zastanawiałem się, czy są zażyłe, na ile mężczyźni mogą pozwolić sobie na otwartość i okazywanie uczuć.

Przyglądałem się także sobie, jakich emocji doświadczam z innymi mężczyznami. Rozmawiałem również z moim przyjaciółmi, kolegami i znajomymi o męskiej stronie wrażliwości. Okazywało się w większości przypadków, że mężczyźni nie bardzo wiedzieli, o co pytam. Wyrażanie uczuć kojarzą głównie ze słabością, a jedyną sytuacją, gdy panowie mogą wyrazić, co czują, szczególnie do innego mężczyzny, to momenty po spożyciu alkoholu. Moje obserwacje uczuć u mężczyzn okazały się zbieżne z literaturą oraz publikacjami na ten temat, które zacząłem intensywnie zgłębiać.

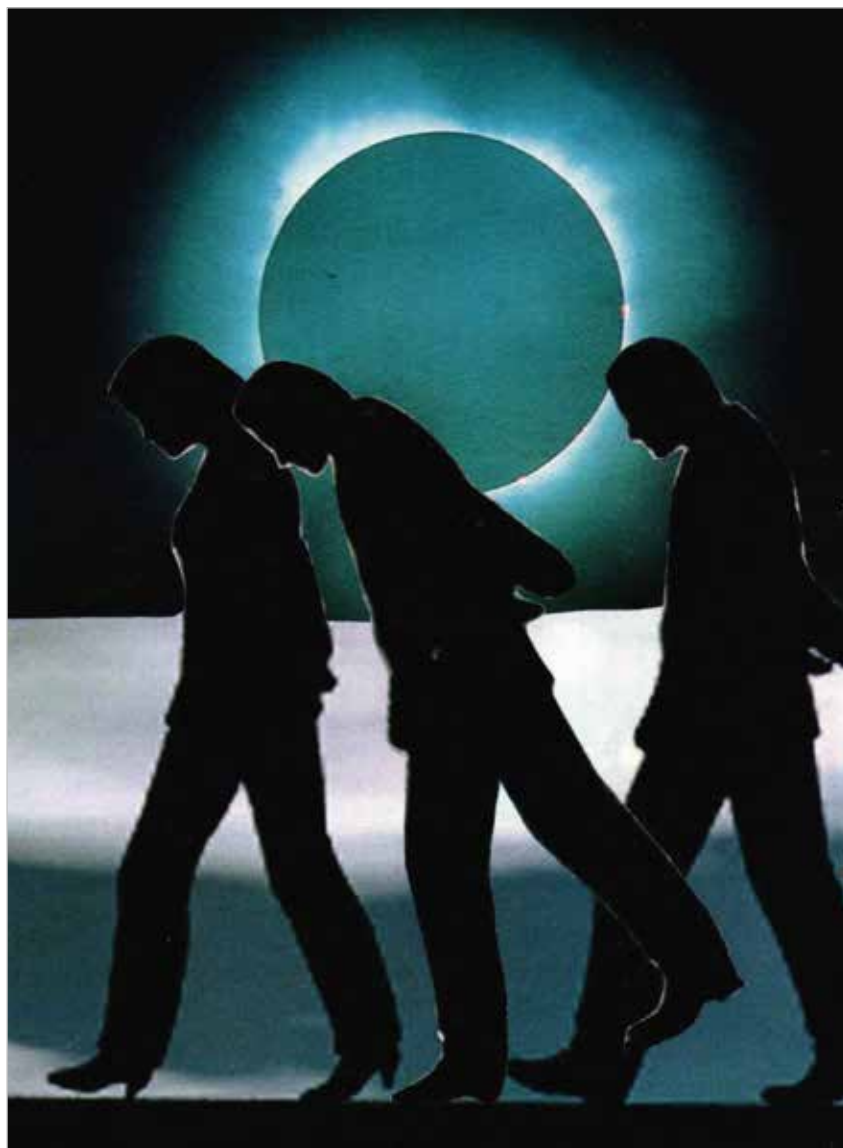
### POWSTANIE MĘSKIEGO KRĘGU

Zdobywając doświadczenie terapeutyczne oraz pogłębiając wiedzę o męskim świecie, wpadłem na po-

myśl, aby podzielić się tym z innymi mężczyznami i zwrócić ich uwagę w stronę własnego życia uczuciowego.

Rozpocząłem poszukiwania grupy mężczyzn, z którą mógłbym poprowadzić warsztaty na temat doświadczania emocji. Okazało się, że w moim mieście, Koszalinie, nie ma takiej grupy (poza grupami skupionymi wokół np. sportu). Mój entuzjazm przegasał aż do chwili, gdy rozpocząłem współpracę z Centrum Psychoterapii i Terapii Uzależnień Anon w Koszalinie, gdzie zaproponowano mi zorganizowanie grupy i prowadzenie zajęć o wybranej przeze mnie tematyce. Wybór był oczywisty.

Przygotowałem cykl wykładów i warsztatów na temat męskości: o stereotypach i mitach, o rolach, relacjach, seksualności, emocjach itp. Za cel postawiłem sobie przeprowadzenie kil-



ku spotkań psychoedukacyjnych lub warsztatowych dla mężczyzn zainteresowanych poszerzeniem wiedzy i doświadczenia w obszarze własnej sfery uczuciowej.

Już na drugim spotkaniu zauważyłem, że panowie są zainteresowani głównie rozmową ze sobą, dzieleniem się własnymi doświadczeniami oraz udzielaniem wsparcia. Wsłuchując się w potrzeby uczestników grupy, uznałem, że warto za tą potrzebą pójść i przeformułować cele naszych spotkań. Ustaliłem (a uczestnicy grupy wyrazili na to zgodę), że w czasie naszych spotkań wspólnie zajmować się będziemy: obalaniem mitów na temat tego, kim jest, a kim nie jest tzw. prawdziwy mężczyzna; rolą mężczyzny we współczesnym świecie, relacjami z ważnymi osobami (żonami / partnerkami, rodzicami, dziećmi), ale także budowaniem spójności wewnątrz grupy. Jednak na pierwszym miejscu postawiłem umiejętność wyrażania, doświadczania i regulacji emocji podczas naszych spotkań.

## STRUKTURA KRĘGU

Mój Krąg działa przy Centrum Psychoterapii i Terapii Uzależnień ANON w Koszalinie i przy wsparciu finansowym Miejskiego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii Biura Pełnomocnika ds. Uzależnień Urzędu Miejskiego w Koszalinie. Grupa ma charakter półotwarty, ale w praktyce udział uczestników nie ma limitu czasowego, więc przez prawie dwa lata spotkań skład uczestników w niewielkim stopniu się zmienił, a do grupy dołączyło tylko kilku nowych członków. Ustaliliśmy, że maksymalna liczebność grupy to piętnaście osób. Spotykamy się regularnie dwa razy w miesiącu, w soboty, przez cały rok z wyłączeniem miesięcy wakacyjnych, a spotkania trwają do sześciu godzin. Dodatkowo w czerwcu zorganizowałem weekendowy wyjazd grupy poza Koszalin i podobny planuję również w tym roku.

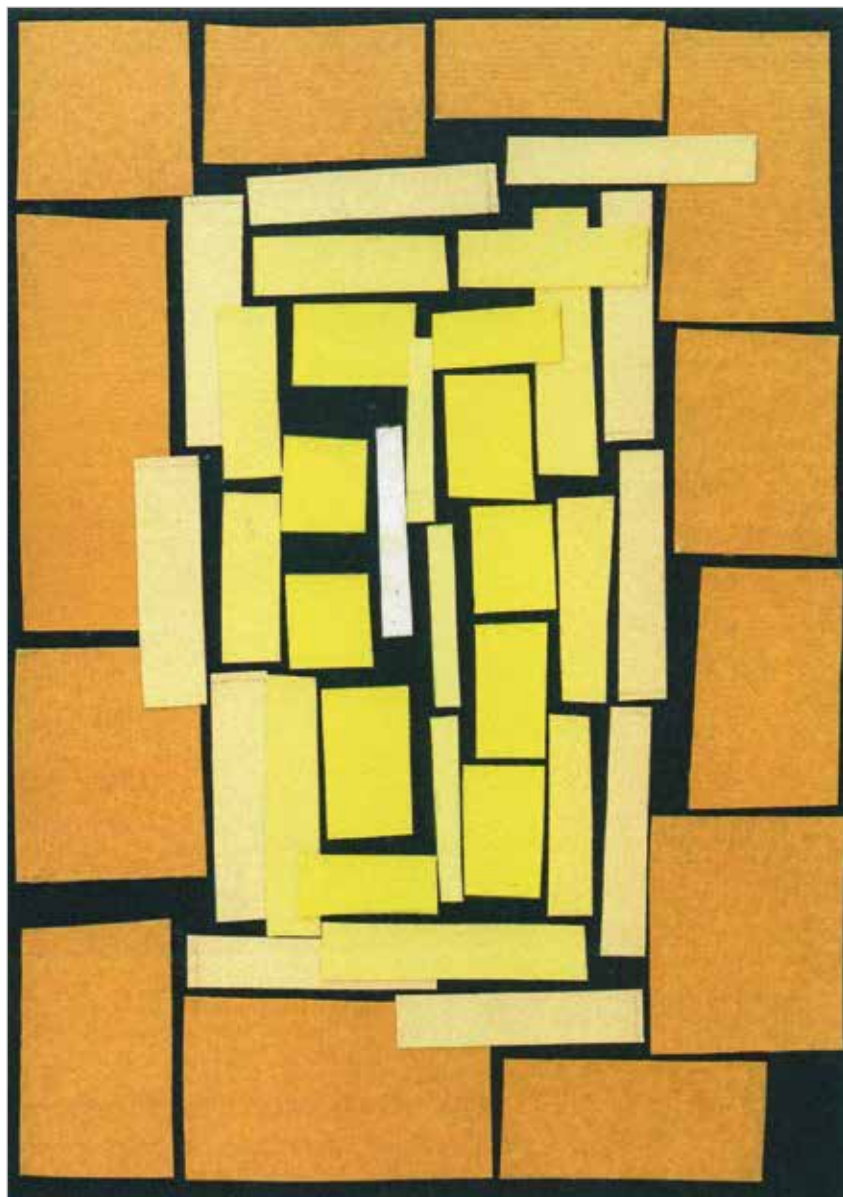
Od kandydatów do udziału w grupie wymaga się ukończenia podstawowego programu terapii uzależnień, podstawowego programu terapii DDA lub podstawowego programu terapii osób współuzależnionych. Udział

w grupie konsultowany jest każdorazowo z terapeutą prowadzącym terapię indywidualną lub grupową. Uczestników obowiązuje kontrakt taki jak podczas grup terapeutycznych, ze szczególnym naciskiem na zachowanie tajemnicy. Większość uczestników męskich spotkań odbywała swoje leczenie w budynku i pomieszczeniach ANONu, w związku z czym bardzo zależało mi, aby Krąg Męski odbywał się w innym miejscu, niekojarzonym bezpośrednio z wcześniejszą terapią. Okazało się, że ANON posiada takie pomieszczenie.

## UCZESTNICY KRĘGU

Prawie każdy z uczestników grupy ma osobiste bądź relacyjne doświadczenia z uzależnieniem. Wydaje się,

że to ważny czynnik łączący, ale te przeszłe doświadczenia z różnych perspektyw mają znaczący wpływ na budowanie relacji i rozumienia wzajemnych emocji, a także dzielenia się wsparciem. Członkowie Kręgu wykonują różne zawody, mają różne wykształcenie, różny status społeczny i są w różnym wieku. Najmłodszy uczestnik kręgu ma 25 lat, a najstarszy 62. Ta różnorodność pozytywnie wpływa na relacje w grupie, w której panuje atmosfera wsparcia, zaufania oraz szacunku. Mężczyźni pojawiają się na spotkaniach z różnymi sprawami i problemami. Przez te kilkanaście spotkań zdążyliśmy się już dobrze poznać. W czasie naszych kręgów byliśmy emocjonalnie przy narodzinach córki jednego z chłopaków, przeży-



waliśmy żałobę po śmierci jednego z nas. Wspólnie przyglądaliśmy się emocjom spowodowanym wybuchem wojny na Ukrainie. Mężczyźni, którzy są w trakcie rozwodu, korzystają z emocjonalnego wsparcia tych, którzy takie doświadczenie mają już za sobą. Problemy w relacjach z dziećmi, żonami (partnerkami), rodzicami, problemy ze zdrowiem itp. są wnoszone na spotkania i uczestnicy kręgu mogą zawsze liczyć na obiektywną informację zwrotną i duże wsparcie.

Wielu mężczyzn mówi, że Krąg jest jedynym miejscem, gdzie mogą swobodnie, bez lęku wyrażać swoje myśli i emocje, mogą w atmosferze zaufania mówić o czułości i miłości. Na jednym z naszych spotkań, usłyszałem, że nasz Krąg to miejsce, w którym kruszymy mury męskiego, zamkniętego świata.

Dla mnie bardzo cennym jest również to, że uczestnicy kręgu stworzyli między sobą relacje przyjacielskie poza grupą i spotykają się wspólnie, jeżdżąc na rowerach czy biegając. Na potrzeby tego artykułu poprosiłem Kamila, Marka i Bartka o opinię na temat ich uczestnictwa w Kręgu Mężczyzn.

**Kamil:** *Spotkania z grupą dają mi poczucie, że nie jestem sam. Wraz ze mną jest wielu mężczyzn, którzy często zmagają się z brakiem zrozumienia, więzi i miłości. Z brakiem szacunku do nich jako ojców i mężczyzn.*

*W grupie, w poczuciu szacunku, możemy wypowiedzieć to, co najtrudniejsze i często niemożliwe do wypowiedzenia w domu. Możemy liczyć na radę, pomoc i wspólne rozwiązanie problemu czy choćby odpowiedź. Dodatkowo wspólnie jest obserwować przemiany niektórych z nas, te momenty, kiedy widzimy, że ktoś stał się silny, poradził sobie, wyszedł na prostą, bądź ułożył sobie życie na nowo.*

**Bartek:** *To jedna z najciekawszych grup, w których uczestniczę. Ma potencjał do transponowania jej wyżej, bardziej w kierunku użytkowej, co zawsze najbardziej rozpala moją wyobraźnię i oczekiwania. Zdaję sobie sprawę, że będzie to niezwykle karkołomne, ale coś może być piękniejszego od przelamywania własnych granic.*

*Gdyby grupa pozostała na tym etapie, to i tak bilans jest niezwykle korzystny. Tutaj bowiem nauczyłem się,*

*że MĘŻCZYŻNA to niezwykle złożone i wrażliwe urządzenie, a wszystkie ramy, oczekiwania czy wymagania względem nas, Panów, są już nieadekwatne. Wielki marsz emancypacji kobiet, różnorodność seksualna, zbliżenie się wielokulturowości głównie za sprawą internetu, to wszystko powoduje, że błyskawicznie stajemy się nowym gatunkiem, który na nowo trzeba definiować. Tego się właśnie uczyć w tej grupie i to jest bezcenne.*

**Marek:** *Do grupy męskiej dołączyłem w grudniu 2021r., gdy byłem w poważnym kryzysie życiowym. Byłem chory, bezrobotny, niedawno podjąłem terapię z powodu alkoholizmu, na dodatek żona zapowiedziała mi rozwód. To wtedy właśnie usłyszałem od żony, że nie chce być dłużej ze mną, bo jestem niemęski.*

*Czym jest męskość? Skoro ją utraciłem, to czy mogę ją odzyskać? Kim teraz jestem, skoro najważniejsza dla mnie osoba twierdzi, że mężczyzną już jakby nie?*

*Z tymi pytaniami pojawiłem się pierwszy raz na grupie. Poznałem grono ludzi o zróżnicowanych poglądach i doświadczeniach życiowych. Bardzo szybko się zaaklimatyzowałem i poczułem dużą siłę grupy. Po ponad roku aktywnego uczestnictwa nie odczuwam już unoszącego się nade mną widma niemęskości. Okazało się bowiem, że do grona facetów pasuję idealnie i nie czuję żadnej dysharmonii. A skoro tak, to chyba jednak jestem męski. Systematyczne pogłębianie relacji w zorganizowanej grupie mężczyzn uważam za bardzo wartościowe doświadczenie życiowe. Polecam!*

## ROLA LIDERA

Połączenie roli lidera grupy i jej uczestnika nie jest łatwym zadaniem. Uczestnicy z racji swoich wcześniejszych doświadczeń oczekiwali ode mnie bycia terapeutą grupowym w czasie naszych spotkań. Ja jednak staram się nie pełnić tej funkcji. Moja praca polega na wspieraniu mężczyzn w poznawaniu i rozumieniu własnych emocji, zwiększaniu swojej samoświadomości i rozwijaniu zdrowych relacji z innymi ludźmi. W naszej grupie staram się tworzyć atmosferę zaufania i szacunku, pełniąc jednocześnie rolę moderatora procesu grupowego.

Uczestnicy kręgu postrzegają mnie także jako psychologa, do którego mogą zwrócić z pytaniami związany-

mi z moją profesją, a ja chętnie odpowiadam i dzielę się swoją wiedzą. Założyłem także, że chcę zapraszać na spotkania innych mężczyzn, którzy chcieliby podzielić się z Kręgiem własnym emocjonalnym światem. Mamy za sobą np. spotkanie z poetą Dominikiem Zyburtowiczem, który przedstawił nam własną twórczość, a po spotkaniu rozmawialiśmy o poezji w kontekście emocjonalnym.

## PODSUMOWANIE

Spotkania z mężczyznami w pierwotnym założeniu miały być skierowane na psychoedukację i poszerzenie wiedzy na temat doświadczania uczuć i emocji. Zakładałem, że odbędzie się kilka spotkań i na tym mój projekt się zamknie. Okazało się jednak, że mężczyźni mają potrzebę przebywania wspólnie z innymi mężczyznami i dzielenia się z nimi swoimi doświadczeniami, emocjami, budowania więzi i wzajemnego wsparcia. Cóż – ja poszedłem za tą potrzebą.

Mężczyźni z grupy po niemal dwóch latach spotkań odnieśli wiele korzyści. Do najistotniejszych zaliczyłbym: wzmacnianie poczucia przynależności i braterstwa, radzenie sobie z wyzwaniem, które pojawiają się w ich życiu, a także rozwój duchowy i emocjonalny. Krąg zapewnia bezpieczne i poufne miejsce do dzielenia się emocjami i doświadczeniami, gdzie mężczyźni mogą odnaleźć sens i cel życia oraz budować trwałe i wartościowe relacje z innymi mężczyznami.

Prowadzenie tej męskiej grupy sprawia mi bardzo dużo przyjemności i satysfakcji. Idąc w sobotę rano na spotkanie, jestem zawsze ciekaw, co ono przyniesie, czym panowie będą chcieli się zająć, co będzie ważne. Mam przekonanie, że krąg umożliwia doświadczanie bliskich relacji mężczyznom, którzy go tworzą, a także wpływa na budowanie wartościowych relacji w ich codziennym życiu.

## GRZEGORZ SZCZEBLEWSKI



*Psycholog, psychoterapeuta w trakcie szkolenia w KCP. Pracuje w Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień ANON w Koszalinie.*

## Magdalena Müller-Ksycka

*W Polsce oficjalnie funkcjonują dwa ośrodki detoksykacyjne dla młodzieży, co jest kuriozalną liczbą, patrząc na opisywaną skalę problemu. Tym bardziej, że, jak powszechnie wiadomo, szpitale psychiatryczne nie mają miejsc*

# GDZIE SĄ TE DZIECI

Poradnia Monar w Poznaniu jako placówka terapii uzależnień zajmuje się również leczeniem uzależnień narkotykowych, a w związku z tym od zawsze dużą część naszych pacjentów stanowi młodzież. Jest dla nas oczywiste, że praca z nastolatkami musi uwzględniać oddziaływania dla ich rodziców, a czasami również zaangażowanie całych systemów rodzinnych.

W odpowiedzi na zmieniające się potrzeby zgłaszających się do nas pacjentów, rozszerzamy ofertę Poradni. Próbuje nie tylko leczyć, a także przeciwdziałać problemom dorastającej młodzieży, w związku z tym realizujemy program profilaktyczny w szkołach, a także międzynarodowy program wczesnej interwencji Fred Goes Net dla osób okazjonalnie zażywających środki psychoaktywne. Terapią objęte są dzieci i młodzież od dwunastego do dziewiętnastego roku życia, a także ich rodziny: w poradni funkcjonują dwie grupy terapeutyczne, dla młodzieży w wieku od dwunastu do szesnastu lat, oraz starszych nastolatków, szeroka oferta terapii indywidualnej, konsultacje wsparciowe dla rodziców, terapia systemowa – rodzinna oraz grupa terapeutyczna dla rodziców osób uzależnionych.

Zgłoszeniom zażywania narkotyków towarzyszą często inne problemy i zaburzenia, z którymi borykają się młode osoby (młodzieńcze depresje i zaburzenia nastroju, zachowania autoagresywne, zaburzenia jedzenia), których leczenia także się podejmujemy.

Pacjenci mają również możliwość korzystania ze wsparcia lekarza psychiatry i farmakoterapii.

Nasza placówka ma wyjątkowo kompleksową i różnorodną ofertę, co daje nam możliwość skutecznej reakcji na zgłaszane przez młodzież problemy oraz działania w obrębie całego systemu rodzinnego.

Terapię skierowaną do młodzieży prowadzą młodzi, zaangażowani i kom-

petentni psychoterapeuci. Z kolei procesami zajmującymi się wsparciem rodziców zajmują się pracownicy wiekiem i doświadczeniem adekwatnym do dojralszej grupy odbiorców. Oba procesy nie kolidują ze sobą, odbywają się równolegle, młodzież może pracować bezpiecznie, w atmosferze dyskrecji i anonimowości. Grupa odbiorców naszych oddziaływań nieustannie się powiększa, powodując coraz większą kolejkę oczekujących na pomoc. W związku z brakiem alternatywy w postaci podobnej placówki w mieście, niedostępnością miejsc, do których moglibyśmy odsyłać pacjentów, pozostając jedynym takim ośrodkiem w Poznaniu, miewamy kolizję w postaci znających się uczestników grupy, co utrudnia, a czasami uniemożliwia zaproponowanie tak ważnej w tym okresie rozwoju formy pomocy grupowej. Ten artykuł to efekt wewnętrznej dyskusji na temat obserwowanych przez nas trudnych, wymagających uwagi zjawisk i zagrożeń.

## BYWA ZA PÓŹNO

Od lat zajmujemy się pomocą nastolatkom, co pozwala nam śledzić zachodzące zmiany w obszarze zgłaszanych przez młodzież problemów. Trudności, z którymi borykają się młodzi ludzie, są powiązane z postępującymi zmianami w otoczeniu, w jakim dorastają, stanowią bezpośrednią reakcję na środowisko kształtowane przez dorosłych. Kontekst społeczny ostatnich lat sprzyja powstawaniu problemów, a także utrudnia naukę skutecznych i terapeutycznych metod radzenia sobie z nimi.

Pandemia, która dla wielu dorosłych stała się trudnym doświadczeniem, nastolatków dotknęła w sposób szczególny. Miesiącami byli zmuszeni do przebywania w zamknięciu, pozbawieni kontaktu z grupami rówieśniczymi, których obecność jest kluczowa dla prawidłowego rozwoju na tym etapie życia.

Wojna w Ukrainie wpłynęła na destabilizację poczucia bezpieczeństwa i przewidywalności świata, a brak koniecznych, odgórnych oddziaływań w ramach systemu szkolnego, który również zmagają się z jej konsekwencjami, sprawia, że nastolatki zostały pozostawieni z tą trudnością bez wsparcia.

System edukacji w szkole nie daje oparcia młodzieży: nauczycieli są przeciążeni, sfrustrowani, program nauczania nie odpowiada potrzebom rozwojowym i nie jest dostosowany do zmieniającej się rzeczywistości, budynki szkół bywają przeładowane. Brakuje sensownego programu zajęć pozaszkolnych oraz form pomocy osobom o specyficznych potrzebach edukacyjnych. Poza systemem edukacji publicznej, państwo nie oferuje systemowej oferty psychiatryczno – terapeutycznej, a większość nielicznych form wsparcia to oddolne inicjatywy obywateli, często krótkoterminowe i niemające możliwości rozwoju, przez niepewne finansowanie. Jednocześnie rynek narkotykowy oferuje coraz groźniejsze środki psychoaktywne, a terapeuci zaczynają tęsknić za czasami, w których najpopularniejszym narkotykiem wśród młodzieży była marihuana. System stał się niewydolny, a konsekwencje tego stanu rzeczy najdotkliwiej dotyczą młodych osób.

Poczucie bezsilności i bezradności towarzyszy nam w naszych gabinetach coraz częściej, głównie dlatego, że moment zgłoszenia na terapię często odbywa się, kiedy problem jest już na bardzo głębokim poziomie.

Jeszcze parę lat temu nastolatkom rzadko stawiało się u nas diagnozę uzależnienia, głównie pracowało się ze szkodliwym używaniem lub eksperymentowaniem. Traktowano sięganie po substancję jako objaw innych problemów – i nadal tak o tym myślimy. Jednak dziś coraz częściej absolutną koniecznością w pierwszych fazach pomocy jest praca interwencyjna, zadbanie

o bezpieczeństwo przeżycia nastolatków, zarządzanie głębokim kryzysem, nie ma tutaj miejsca na formy bardziej terapeutyczne. Codziennością stała się aktualnie młodzież w wieku czternaście, piętnaście lat zgłaszająca się po długich, ponad kilkumiesięcznych, ciągach zażywania „kryształu” – często ani oni, ani rodzice nie wiedzą, że brali dopalacze, zresztą niespecjalnie zainteresowani są szkodliwością tych substancji.

## BYŁE UCIEC ZE SZPITALA

Obserwujemy w Poradni coraz mniejszy instykt samozachowawczy nastolatków, autodestrukcyjne i ryzykowne zachowania (także seksualne) oraz znaczny wzrost samookaleczeń i zaburzeń odżywiania wśród naszych młodych pacjentów. Do tego dochodzi lęk rodziców i bezradność wobec problemów dziecka, a także brak wsparcia systemowego dla opiekunów.

W 2022 roku diagnozę F 19.1 (następstwa szkodliwego używania substancji) otrzymały łącznie 54 osoby do osiemnastego roku życia, w tym 23 dziewczyny. Z kolei diagnozę F 19.2 (zespół uzależnienia) postawiono 41 nastolatkom, w tym 20 dziewczynom.

Okazuje się, że brak jest oferty pomocowej dla nastolatków, która skupiałaby się na zachowaniu ich zdrowia i życia. W Polsce oficjalnie funkcjonują dwa ośrodki detoksykacyjne dla młodzieży, co jest kuriozalną liczbą, patrząc na opisywaną skalę problemu, a szpitale psychiatryczne nie mają miejsc. Do nas przychodzą pacjenci, którzy właśnie wyszli ze szpitala. Ze względu na dramatyczne warunki tam panujące zaprzeczają istnieniu myśli samobójczych tylko po to, żeby znaleźć się poza murami szpitala. Wiąże się to z brakiem odpowiedniej i wystarczającej oferty opiekuńczej – terapeutycznej nadającej pacjentom podmiotowość. W przepelnionych szpitalach brakuje adekwatnej opieki, młodzieży nie proponuje się jakiegokolwiek terapii, brakuje zajęć rozwojowych czy warsztatowych. Te placówki stają się niejako „przechowalnią”, miejscem odosobnienia (oderwaniem od środowiska i od dostępności substancji), co pozornie daje rodzicom poczucie bezpieczeństwa.

W związku ze znikomą ofertą bezpłatnie udzielanej terapii oraz pomocy psychiatrycznej dla młodzieży trafiają

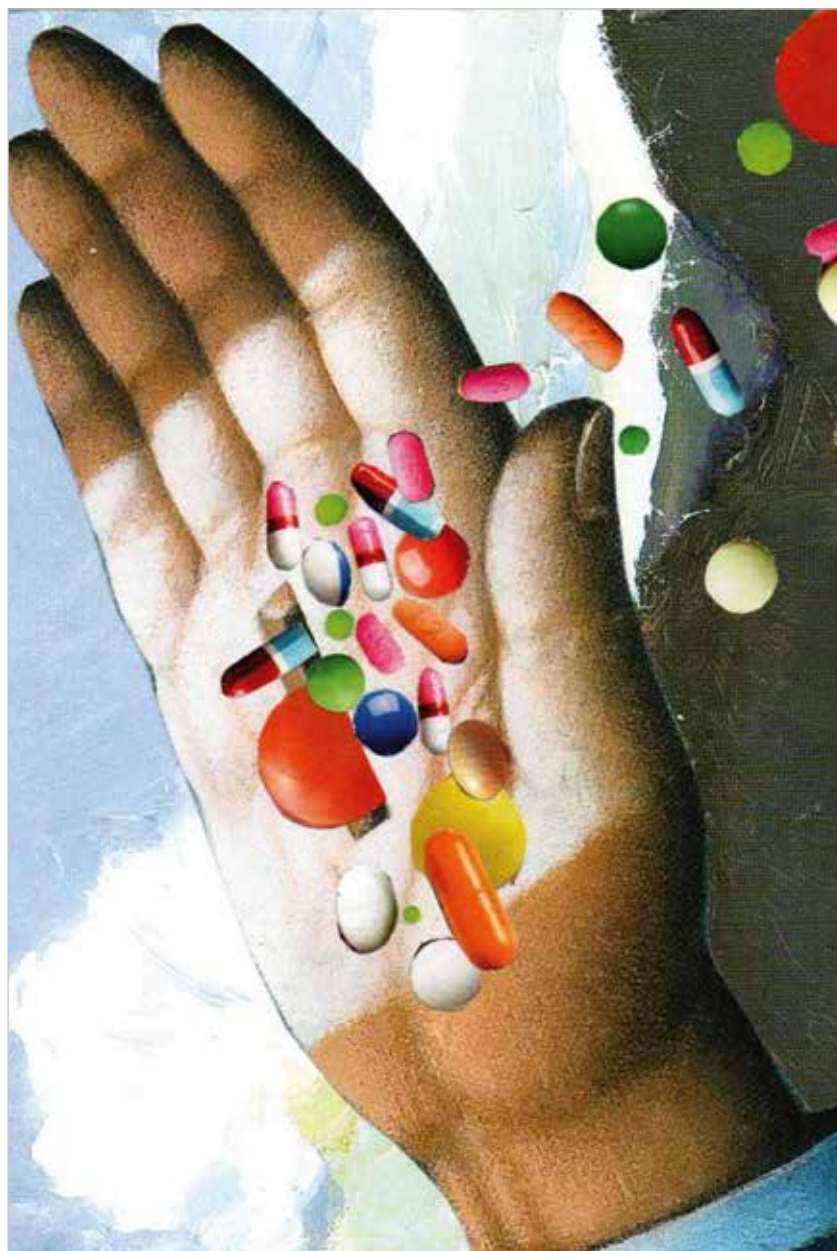
do nas osoby głęboko zaburzone, pacjenci po wielokrotnych hospitalizacjach, niekiedy w stanie zagrożenia życia lub w konieczności znalezienia się na natychmiastowym detoksie. Skupiamy się na interwencji kryzysowej, którą powinny zajmować się placówki bezpośrednich reakcji.

## RODZIELSKIE POTKNIĘCIA

W dzisiejszych czasach widać duże zaangażowanie rodziców i chęć wyposażenia dzieci w różne zasoby (języki, sport, zajęcia dodatkowe), ale opiekunom brakuje kompetencji wychowawczych. Nieumiejętność stawiania granic, bycia konsekwentnym, stopniowego oddawania odpowiedzialności i mierzenia się z indywidualnymi trudnościami

wynikającymi z bycia rodzicem staje się przeszkodą w zdrowym rozwoju samodzielnego nastolatka. Wysokie wymagania stawiane młodzieży nie idą w parze z równoczesnym wzmacnianiem ich emancypacji, rozwoju poczucia sprawczości i odpowiedzialności. Dla współczesnych rodziców wzmacnianie dziecka oznacza stawianie niemożliwych do spełnienia oczekiwań i egzekwowanie ich. Dorośli nie mają wiedzy na temat metod wsparcia i rzadko są oparciem dla nastolatka, który wyjątkowo, w okresie, w którym buduje swoją niepewną i fluktuującą, tożsamość, go potrzebuje.

Z drugiej strony bywa, że rodzice, chcąc ochronić swoje dzieci, mocno ograniczają im sprawczość w obszarach, gdzie jest im najbardziej potrzeb-



na, a tam gdzie należałoby dzieci zatrzymać, dyrektywnie postawić granice i zakazy – nie reagują, a wręcz wzmacniają wadliwe postawy.

Przykładem jest sytuacja, w której wyręcza się dziecko w codziennych czynnościach, takich jak obowiązki domowe czy samodzielne chodzenie do szkoły. Natomiast po jego powrocie o czwartej rano w stanie odurzenia środkami psychoaktywnymi, pozwala się imprezę odsypiać przez kolejne kilka dni czy pomaga przetrawić „zjazd”. Trudno rodzicom rozróżnić karę od konsekwencji i nadopiekuńczość od wsparcia. Często dodatkowo okazuje się, że matka prezentuje jedną z postaw, a ojciec skrajnie inną.

Ważne jest zatem angażowanie do procesu terapeutycznego całego systemu rodzinnego – taka idea i misja przyświeca pracy naszej Poradni. Efekt terapeutyczny bez wsparcia rodziny bywa mniejszy, a często nawet niemożliwy do osiągnięcia. Błędy rodzicielskie nierzadko wynikają z braku wiedzy i znajomości narzędzi wychowawczych, a także potrzeb rozwojowych odpowiednich dla tego wieku.

Cieszymy się, przyglądając się wzrostowi zainteresowania rodziców udziałem w terapii. Obserwujemy, że coraz chętniej decydują się wspólnie uczestniczyć w sesjach, pracować na grupach dla rodziców czy korzystać z indywidualnych sesji terapeutycznych. Sukcesy terapeutyczne, które obserwujemy, kiedy cała rodzina bierze udział w leczeniu, są wyjątkowo budujące.

## DIAGNOZA TO NIE TERAPIA

Kolejna kwestia dotyczy upowszechnienia diagnoz nozologicznych. Obecnie, gdy dostęp do informacji jest powszechny, a w mediach społecznościowych można bez problemu znaleźć informacje o zaburzeniach psychicznych, coraz więcej pacjentów zgłaszających się do Poradni przychodzi z gotową autodiagnozą o charakterze nozologicznym (często jej nie rozumiejąc lub operując nią w kategoriach pozaosobowych). Opisywane zjawisko jest naturalną reakcją na próbę zrozumienia przez nastolatka i jego bliskich, co się z nim dzieje, jednak biorąc pod uwagę zadania rozwojowe w tym wieku, związane z określeniem tożsamo-

ści, może to powodować zaburzone postrzeganie własnej osoby.

Odnosimy wrażenie, że trend ten jest wzmocniony przez system opieki psychiatrycznej, który, by pacjent został uwzględniony przez finansowanie NFZ, wymaga nadania konkretnej diagnozy. Bez koniecznej rozmowy na temat znaczenia i rozumienia podanej diagnozy, pacjent pozostaje sam z krzywdzącą etykietą, czuje się stygmatyzowany, co utrudnia mu dalszą drogę zdrowienia. Z tego powodu na początku terapii zajmujemy się sprawdzaniem postawionych diagnoz i badaniem ich znaczenia dla pacjenta.

Chcielibyśmy podkreślić, że bardzo ważną rolę pełnią rozmowy specjalistów (osób dorosłych) z nastolatkami o nich samych, przy zachowaniu ich podmiotowości. Nierzadko proponujemy sesje rodzinne, by móc lepiej zrozumieć mechanizmy tworzące, utrzymujące i rozwijające zaburzenie, odciążając nastolatki w niesieniu brzemienia w postaci niezrozumiałych diagnoz.

## DORASTANIE

Przeżywanie lęku, trudności z regulacją burzliwie zmieniających się emocji, poszukiwanie tożsamości, przemiany w kreowaniu własnego wizerunku, planów, aspiracji, to norma rozwojowa wieku dojrzewania. Stygmatyzowanie tych procesów diagnozami poważnych zaburzeń psychicznych sprzyja romantyzacji kryzysów psychicznych, co obserwujemy od dłuższego czasu w treści rozmów w prowadzonych przez nas grupach terapeutycznych. Młodzież szuka przyjęcia, akceptacji, normalizowania swoich, często trudnych do pomieszczenia indywidualnie, stanów psychicznych. Wobec poczucia osamotnienia, braku wsparcia ze strony rodziców, szkoły i systemu pomocy, grupa terapeutyczna staje się miejscem, w którym bezpiecznie można wymienić się doświadczeniami, uczyć rozumienia siebie, a także swoich reakcji na innych. Sukcesy terapeutyczne w ramach grup prowadzonych przez poradnie bywają poruszające. To niezwykle, że młodzież często po raz pierwszy w życiu ma szansę doświadczyć zrozumienia, poczucia własnej sprawczości, akceptacji indywidual-

nych słabości i ograniczeń, a także przenieść doświadczenia grupowe do wymagań codzienności. Niepokojący jest brak odpowiedniej liczby oddziaływań grupowych dla nastolatków, zwłaszcza że bywają one najskuteczniejszą formą terapii na tym etapie rozwoju, a także dla trudności związanych z nadużywaniem substancji.

W odniesieniu do lat wcześniejszych, w ramach naszych grup, coraz rzadziej obserwujemy „wypadnięcia” pacjentów z procesu terapeutycznego. Frekwencja mocno się zwiększyła, nastolatki rekomendują sobie nawzajem grupy terapeutyczne, co zachęca ich do poszukiwania pomocy, mówienia o swoich trudnościach. W obliczu podnoszenia się młodych ludzi z dotkliwych konsekwencji lockdownu, formy grupowe, możliwość uczenia się na nowo bycia w relacjach powinny być nieustannie poszerzane i wzmacniane przez system opieki zdrowotnej.

## ODPOWIEDZIEĆ NA ALARM

Starając się z uważnością śledzić zmiany w otaczającej rzeczywistości, dostosowujemy ofertę naszej Poradni do wymogów i potrzeb nastolatków oraz ich rodziców. Jesteśmy jednak placówką ambulatoryjną, która nie jest w stanie odpowiedzieć na zwiększające się potrzeby związane z leczeniem zamkniętym oraz psychiatrycznym. Brakuje wsparcia związanego z kompleksowym systemem profilaktyki, ochrony i wreszcie leczenia uzależnień wśród młodzieży. Brak reakcji powoduje nawarstwianie się problemów i prowadzi do głębokiego kryzysu, którego początki obserwujemy już od jakiegoś czasu w psychiatrii dzieci i młodzieży. Nowe placówki zamykane są po krótkim czasie funkcjonowania, a rosnąca liczba samobójstw wśród nastolatków jest alarmująca. Do dorosłych należy odpowiedzialność za reakcję na ten alarm.

### MAGDALENA MÜLLER-KSYCKA



certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień, trener programu wczesnej interwencji wobec młodych osób używających narkotyków FreD goes net. W Poradni pracuje z nastolatkami, rodzicami oraz całymi rodzinami.

Swoje umiejętności rozwija w Wielkopolskim Towarzystwie Terapii Systemowej w Poznaniu.



**Karolina Srebrna**

*Alkohol i narkotyki coraz częściej stają się elementem życia codziennego nastolatków. W tym artykule staram się przybliżyć sposób pracy z młodzieżą w podejściu psychodynamicznym*

# SPECYFIKA PRACY Z MŁODZIEŻĄ UŻYWAJĄCĄ SUBSTANCJI

**K**im jest nastolatek? Czemu sięga po substancje? Odpowiedź na pytanie „kim jestem?” jest podstawowym zadaniem rozwojowym, przed którym stoi nastolatek. Stawiając sobie to pytanie, myślę o kimś, kto znajduje się „pomiędzy”, czyli o kimś, kto pozostaje trochę w dziecięcym świecie, a trochę wychyla się ku światu dorosłych. Taka osoba buduje swoją tożsamość poprzez testowanie tego, co się znacząco różni od znajomego świata dorosłych. To jednocześnie osoba, która ma potrzebę wracać do rodziców stanowiących dla niej wciąż „bezpieczną bazę”. Osoby w tym wieku „przymierzają” różne wersje siebie, co widać chociażby po różnych eksperymentach z wyglądem, takich jak zmiany stylu ubrania, koloru włosów, makijażu czy piercingu. Elementem tego „przymierzania” jest również sprawdzanie siebie w kontakcie z substancjami.

Wiek młodzieńczy charakteryzuje duży poziom zaciekawienia sobą i potrzeba doświadczania różnych stanów. Częścią tego jest używanie substancji, co na tym etapie wpisuje się w normę rozwojową. Niestety, ze względu na swoją rozwojową specyfikę, adolescenty są podatni na uzależnienia, o czym wiedzą zapewne specjaliści zbierający wywiad od dorosłych pacjentów. Wielu uzależnionych dorosłych zaczęło nadużywać substancji w tym okresie życia.

Nastolatki poszukują intensywnych doznań i pragną szybkich nagród, nie lubią nudy. Potwierdza to także neurobiologia. Nastoletni mózg jest ukształtowany w taki sposób, że ma niski poziom dopaminy przy wysokiej reaktywności układu dopaminowego jednocześnie. Oznacza to, że potrzeba intensywnych doznań, nowych zadań czy bodźców jest u nastolatków wyższa, ponieważ zwią-

szają one znacznie poziom dopaminy. W związku z tym młodzi ludzie bywają impulsywni, skupiają się na tym, co daje szybką przyjemność i mniej myślą o konsekwencjach swoich czynów. Potrzebują czegoś, co szybko doda im dopaminy, czegoś, na co zareagują dużą ekscytacją i szybko się „wkręcą”. Niestety narkotyki wpisują się w to bardzo dobrze. Działają szybko i, zwłaszcza na samym początku, dostarczają ekscytacji.

Nastolatków, którzy się do mnie zgłaszają, bardzo rzadko „boli” używanie substancji. To zasadnicza różnica między nimi a dorosłymi, którzy często zgłaszają się po pomoc wtedy, kiedy doświadczyli już licznych strat spowodowanych używaniem. Młodzi ludzie często trafiają do mnie jeszcze „w fazie zachwytu”, cieszenia się substancją i są wściekli, że rodzice dostrzegają w tym problem. Dzieje się tak nie tylko w kontekście zażywania substancji, ale też np. zaburzeń odżywiania, samouszkodzeń. Często się zdarza, że to świat się boi, a dziecko nie widzi problemu. Wynika to z tego, że nastolatekowie komunikują się za pomocą projekcji, co oznacza, że „wyrzucają” emocje, takie jak np. lęk, na zewnątrz. Nastolatek potrafi mówić spokojnie o tym, ile zażywa. Często są to ogromne ilości, na granicy przedawkowania, co wywołuje przerażenie rodziców czy terapeutów. To ważna konstatacja dla pracy z młodymi osobami – to naturalne, że terapeuta będzie czuł momentami silny lęk o zdrowie, czy nawet życie młodej osoby. Młodzi ludzie, w związku z tym, że ich mózg wciąż się kształtuje, mniej myślą o konsekwencjach swoich czynów, co oznacza, że czasem trzeba to robić za nich i ich tego uczyć.

Okres nastoletni to również czas wielu zmagani i przeżywania emocjo-

nalnego bólu. Młodzi ludzie żegnają dzieciństwo, podejmują nowe wyzwania, są bardzo wrażliwi na to, jak inni ich postrzegają. Sięgają po różne strategie, żeby nie myśleć, a w związku z tym, także nie czuć. Jednym z takich sposobów jest podejmowanie działania w celu pozbycia się cierpienia i wewnętrznych konfliktów. Może to oznaczać przyłączenie się do niebezpiecznych grup, rozhamowanie seksualne, dokonywanie kradzieży czy nadużywanie alkoholu i narkotyków. Konfrontacja z problemami, refleksja nad nimi może nastolatka wprowadzać w stan smutku i bólu, który oprócz tego, że jest dla niego trudny do wytrzymania, to dodatkowo może go kierować w stronę większej zależności od dorosłych, czego bardzo chciałby uniknąć.

Warto też podkreślić, że używanie przez młodzież substancji – podobnie jak w przypadku osób dorosłych – jest objawem, manifestacją ich wewnętrznych trudności. Młode osoby mogą używać substancji z wielu różnych powodów – może to być zwykła ciekawość, poszukiwanie ekscytacji, sposób na bycie w grupie rówieśniczej czy próba regulacji niemożliwych do wytrzymania stanów emocjonalnych. Co więcej, wśród młodzieży używanie substancji często współwystępuje z różnymi innymi trudnościami emocjonalnymi, jak zaburzenia depresyjne czy lękowe.

## SPOSÓB PRACY Z MŁODZIEŻĄ UŻYWAJĄCĄ SUBSTANCJI

Mój sposób pracy z młodzieżą używającą substancji wypracowałam podczas szkoleń, superwizji oraz pracy w warszawskiej Poradni Leczenia Uzależnień dla dzieci i młodzieży oraz

w prywatnej praktyce. Poniżej przedstawiam najważniejsze etapy tego procesu.

## KONSULTACJA

Pierwszą i zasadniczą sprawą jest przeprowadzenie konsultacji w celu przeprowadzenia wywiadu. To ważne, żeby zapoznać się ze zgłaszanym problemem zarówno z perspektywy rodziców, jak i nastolatka. To ciekawe, jak bardzo te opowieści mogą się od siebie różnić. Drugim celem konsultacji jest ustalenie, czy zgłaszany problem wymaga psychoterapii, a jeśli wymaga, to w jakiej formie. Młodzieży używającej substancji możemy zaproponować psychoterapię indywidualną, grupową w warunkach ambulatoryjnych oraz leczenie stacjonarne, które zwykle trwa minimum pół roku. To niestety często nie jest prosty i jednoznaczny wybór. Pomocnym kryterium może być kwestia świadomego uczestniczenia w terapii. Sposób pracy, którego założeniem jest przekonanie, że zażywanie substancji to manifestacja stanów wewnętrznych, wymaga, aby pacjent był dość świadomy, co wymaga pozostawania w trzeźwości. Jeśli nastolatek używa substancji ciągami i/lub nie jest w stanie przychodzić trzeźwy na sesje, stanowi to wskazanie do rozważania leczenia w trybie stacjonarnym.

W przypadkach, gdy decyduje się na podjęcie pracy ambulatoryjnej z używającym substancji nastolatkiem, zawsze informuję zarówno pacjenta, jak i rodziców, że daję sobie prawo, by w trakcie leczenia wprowadzić zmianę, jeśli nastolatek stanowi dla siebie na tyle duże zagrożenie, że leczenie stacjonarne staje się konieczne. Na każdym etapie terapii jestem też otwarta na rozważenie z rodzicami takiej formy leczenia.

Dobrą praktyką jest także udzielenie pomocy często przestraszonym rodzicom. Można im zaproponować konsultacje lub warsztaty rodzicielskie. Jeśli zachodzi taka konieczność, proponuję im podjęcie własnej psychoterapii. Otoczenie opieką rodziców pełni funkcję pomieszczającą – grupa warsztatowa albo terapeuta stają się kontenerem na ich poczucie lęku, złości czy bezsilności. Co więcej, rodzice mogą się w ten sposób uczyć, jak postępować w trudnej dla nich sytuacji. Rodzic, który ma odpowiednią pomoc, jest w sta-

nie lepiej się opiekować nastolatkiem i łatwiej pomieszczać jego stany emocjonalne i impulsy.

## KONTRAKT

W pracy z młodzieżą zawieram umowy kontrakt z dzieckiem i jego rodzicami. Są w nim zawarte zarówno reguły obowiązujące pacjenta, jak i ewentualnego kontaktu z rodzicami. Ta druga kwestia wymaga szczególnej uwagi – zasada poufności musi zostać bardzo dokładnie omówiona. To wyjątkowo istotne dla adolescenta, który może być nieufny wobec dorosłych. Jasne komunikaty, co jest, a co nie jest przekazywane rodzicom, ułatwia mu zbudowanie zaufania. W tego typu pracy treść, czyli to, co mówi do mnie mały pacjent, jest poufna. Wyjątek stanowią supervizja oraz sytuacja zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta.

Tu warto zaznaczyć, że szeroko pojęta autodestrukcja jest wpisana w większość zgłoszeń ze strony pacjentów adolescentnych. Na gruncie podejścia do używania substancji oznacza to nieustanny dylemat, w którym momencie używanie staje się na tyle poważne, że konieczne jest powiadomie-

nie rodziców. Z jednej strony, gdybyśmy mówili rodzicom o każdym zażyciu przez pacjenta substancji, stalibyśmy się policjantem i strażnikiem norm, ale z drugiej, również do nas należy dbanie o tego pacjenta i myślenie o konsekwencjach jego czynów.

## WSKAZÓWKI DO PRACY

Praca z młodzieżą ma swoją specyfikę, inną od pracy z dorosłymi. W pracy z nastolatkiem stosuję więcej psychoedukacji niż z dorosłymi pacjentami. Adolescent bardzo często nie wie, na czym polegają emocje, jak je rozpoznawać, jak się łączą z działaniem. Dzielę się też z młodymi ludźmi różnymi biologicznymi ciekawostkami na temat mózgu, zwłaszcza w kontekście zgłaszanych przez nich problemów. Rozmawiam też edukacyjnie na tematy związane z używaniem substancji – jak sobie radzić z głodem, jakie są konsekwencje używania, na czym polegają objawy uzależnienia. Nastolatki czasem są bardzo zdziwieni, że ta sama substancja po dłuższym czasie zażywania przestaje działać na nich tak samo, co na przykład otwiera możliwość rozmowy na temat wzrostu tolerancji na zażywane substancje.



W pracy z młodymi ludźmi absolutnie nie mam ambicji, żeby sprawić, aby już nigdy nie zażywali substancji. Nie próbuję ich też do tego namawiać. Wiąza trzeźwości do końca życia to dla nich abstrakcja. Skupiam się przede wszystkim na pracy nad powodami zażywania substancji i dążę do ograniczenia potrzeby ich zażywania. W pracy z młodzieżą bardzo przydaje się umiejętność mówienia w sposób prosty i konkretny. Zdarza się też, że gram z nastolatkiem w różne gry, które pomagają rozegrać się w tym, co czuje.

Dobrze jest też orientować się w tym, czym się interesuje współczesna młodzież. Warto się dowiedzieć, o czym traktują gry, książki czy seriale, o których młodzi ludzie wspominają. To pomaga w budowaniu kontaktu z pacjentem i stanowi wstęp do podjęcia rozmowy o trudniejszych sprawach. Ponadto stanowi to dobry „test projekcyjny”, który wnosi nowe informacje o pacjencie. Warto sprawdzać, jakich bohaterów najbardziej lubi nastolatek, z kim się identyfikuje i dlaczego. Taka wiedza stanowi klucz do jego wewnętrznego świata.

Młodzi ludzie są w procesie budowania siebie, swojej tożsamości, w związku z czym dużo w nich sprzeczności, a także częsta potrzeba odreagowywania trudnych stanów w działaniu, np. przez zażycie substancji zamiast próby pochylenia się nad swoim światem wewnętrznym. Dlatego naszą rolą jest też pytanie, dlaczego młody człowiek myśli o czymś w określony sposób, jak rozumie różne sprzeczne tendencje w sobie, skąd takie, a nie inne działanie. Dla nastolatka to trudna praca, ponieważ on podejmuje dużo działań właśnie po to, żeby unikać refleksji. Myślenie oznacza też czucie, zatrzymanie się, a to jest dla młodego człowieka bolesne doświadczenie, bo czuje się wówczas słabszy i bardziej zależny. Istotne jest też pomieszczanie różnych stanów nastolatka – lęku, wściekłości, smutku. Młodego pacjenta często „rozsadzają emocje”. Bardzo często czuje, że ich nie wytrzyma. Winnicott stworzył pojęcie holdingu, czyli trzymania. Dawanie takiego trzymania jest bardzo ważne w pracy z nastolatkiem. Oznacza wytrzymywanie i przyjmowanie jego uczuć, wspólne poszukiwanie ich znaczenia, dzięki czemu można mu je od-

dać w formie przetworzonej i łatwiejszej do przyjęcia i wytrzymania.

Specyfika pracy z młodzieżą polega też na konieczności kontaktu z rodzicami, którzy przede wszystkim muszą wyrazić zgodę na podjęcie przezeń psychoterapii. Z rodzicami również należy nawiązać sojusz oparty na współpracy. Bardzo często warto kierować nastolatka na grupę psychoterapeutyczną i/lub różne warsztaty. Takich, które bezpośrednio podejmują temat nadużywania substancji jest niestety bardzo mało, nawet w stolicy. W grupie młodzież może uczyć się, jak być z innymi ludźmi na trzeźwo. Pacjenci często mówią o tym, że boją się, że nie będą wiedzieć, o czym rozmawiać z innymi lub obawiają się nudy. Grupa jest przestrzenią, w której ich emocje mogą zostać pomieszczone. Mówiąc prościej – młodzi ludzie mogą w niej mówić, co czują i doświadczyć, że grupa to przyjmuje i wytrzymuje. To ważny sygnał dla nastolatka, że on również może być w stanie wytrzymać swoje stany emocjonalne, a dzięki temu, że się nimi dzieli, staje się to dla niego łatwiejsze.

Grupa stanowi również dobrą przestrzeń do interpersonalnego uczenia się. Daje możliwość zaobserwowania, jak inni radzą sobie z używaniem substancji i co innym pomaga ograniczyć czy zrezygnować z sięgania po nie. Często fakt, że mówi o tym rówieśnik, a nie terapeuta, ma większą wartość. W innych osobach z grupy nastolatek może umieszczać różne wewnętrzne części siebie, np. ograniczenia, wady, zalety i dzięki czemu one już nie budzą w nim tak dużego niepokoju.

Na przykład, jeśli nastolatek się wstydzi, że jest nudny i nieciekawym i zobaczy, że inni też czasem tak o sobie myślą, to stanie się to dla niego łatwiejsze doświadczenie.

Warto również przygotować się do tego, że dynamika interakcji z młodym człowiekiem będzie zmienna. Nastolatek często zmienia się kilkukrotnie w ciągu dnia. Będzie się zdarzać tak, że z tygodnia na tydzień nie będziemy go poznawać lub że będzie mówił albo zachowywał się skrajnie różnie. Naszą rolą jest próbować to z nim wspólnie zrozumieć. Nie należy się tym bardzo niepokoić, a raczej się tym wspólnie z nastolatkiem zaciekać.

## CO POMAGA?

Zamiast podsumowania, podejmę próbę zebrania czynników leczących w psychoterapii małoletniej osoby używającej substancji. Najogólniej rzecz ujmując, lecząca jest relacja, w której i poprzez którą nastolatek uczy się, jak regulować swoje wewnętrzne stany. Leczący staje się już sam kontakt z dorosłym, który potrafi przyjmować trudne dla nastolatka emocje, a także będzie mu pomagać je zrozumieć, dzięki czemu ten ostatni nie będzie czuł, że jest przez nie rozrywany na kawałki.

Ponadto leczące jest wszystko, co zachęca nastolatka do myślenia – zadawanie mu pytań, wspólne próby zrozumienia motywów jego postępowania, analizowanie sprzecznych tendencji, które się w nim pojawiają oraz podawanie interpretacji. Pomocne jest również wszystko, co udrażnia mentalizację, czyli świadomość tego, co sam nastolatek wie o swoim wewnętrznym świecie oraz o tym, co myślą i czują inni. Sprzyja temu rozmawianie z nastolatkiem o tym, jak działa ludzki mózg, czym są emocje i do czego się przydają.

Przekazywanie wiedzy na temat uzależnień, ich konsekwencji, metod radzenia sobie z głodem jest również ważne, ponieważ nastolatek może się odwołać do konkretnych informacji w chwilach kryzysu.

Pomocne jest również angażowanie rodziców i uważność na to, czy potrzebują wsparcia. Oni są z pacjentem o wiele dłużej niż my i mają o wiele więcej do pomieszczenia. Tak więc otoczenie ich opieką sprawi, że będzie łatwiej nie tylko im, ale także nastolatkowi.

### KAROLINA SREBRNA



psycholożka,  
psychoterapeutka,  
pracuje w nurcie  
psychodynamicznym,  
certyfikowana specjalistka  
psychoterapii uzależnień.  
Pracuje z dorosłymi  
i młodzieżą w ośrodku

„Znaczenia. Psychoterapia” oraz w Poradni Rodzinnej Centrum Odwykowego w Warszawie.

## BIBLIOGRAFIA

1. Siegel, D., *Burza w mózgu nastolatka. Potencjał okresu dorastania*, 2016
2. Waddell, M., *O nastolatkach. Opowieści o światach wewnętrznych*, 2019

**Magdalena Lewandowska**

*Nieadaptacyjne schematy emocjonalne osób wzrastających w rodzinie z problemem uzależnienia, które początkowo pozwalały przetrwać, w późniejszym czasie tracą swoją ochronną moc, zatrzymując ruch ku pełnemu życiu*

# OBECNOŚĆ W ŻYCIU I PSYCHOTERAPII

*„To, co jest odcięte, nieodczone, pozostaje bez zmian.  
Kiedy zostanie odczone, zmienia się.”  
Eugene T. Gendlin*

Osoby wychowujące się w rodzinach z problemem uzależnienia zmagają się w dorosłym życiu z wieloma trudnościami przejawiającymi się w różnych sferach ich funkcjonowania. Wiele z ukształtowanych w przeszłości niesłużących schematów dotyczy sfery emocji. Dziecko, które było narażone na urazowe doświadczenia ze strony najbliższych, robi wszystko, aby poradzić sobie z trudnymi uczuciami – nie rozpaść się, przetrwać. Odcina się od doznawanych emocji czy odczuć z ciała, które nie mają możliwości zostać przetworzone przy pomocy dorosłego, pomagającego w ich odzwierciedlaniu i pomieszczeniu. Dziecko chwytą się innych sposobów kontaktu ze sobą i otaczającą rzeczywistością. Ucieka w świat myśli, wyobrażeń, skupiania się na innych – „byciu nie przy sobie”.

Kiedy po latach zagrożenie mija, te schematy nadal pozostają aktywne, co utrudnia pełne przeżywanie siebie w dorosłym życiu.

Osoby z syndromem DDA<sup>1</sup> mają problem z identyfikowaniem swoich emocji, ich przeżywaniem i wyrażaniem. Uniemożliwia to (lub w dużym stopniu utrudnia) nadanie znaczenia pojawiającym się na bieżąco doświadczeniom, zarówno tym aktualnym, jak i związanym z przeszłością. Nieakceptowanie swoich emocji, pojawiający się w związku z tym wstyd i lęk przed odrzuceniem ze strony innych blokuje swobodny przepływ uczuć. Pacjenci podczas spotkań często ujawniają narrację, która zatrzymuje dostęp do przeżywania – wnoszone przez nich treści odkrywają kształtujące się

w trakcie wzrastania warunki własnej wartości (Rogers, 2016): „Jeśli będę okazywała uczucia, inni mnie takiej nie przyjmą”, „Boję się, że jak pozwolę sobie na płacz, inni uznają mnie za histeryczkę”, „Nie mogę się złościć, bo na pewno spotka mnie wtedy kara”, „Będę zaakceptowana tylko wtedy, kiedy nie będę okazywać słabości”. To tylko niektóre z zasłyszanych podczas sesji terapeutycznych zdań, które ukazują, jak doświadczenia z domu rodzinnego blokują podążanie za swoimi emocjami, a zamiast tego kształtują człowieka, który „musi być jakiś”, „nie-sobą”, by został zaakceptowany.

W mojej pracy z osobami wzrastającymi w rodzinie z problemem uzależnienia spotykam się z wyżej opisanymi trudnościami. Uczestnicząc aktualnie w procesie szkolenia psychoterapeutycznego w nurcie humanistyczno-doświadczeniowym, zauważam, jak wspierająca zmianę jest praca w tym podejściu. Bliskie mi jest uwzględnianie relacji terapeutycznej jako podstawowego czynnika służącego pacjentom w procesie przekształcania swojego doświadczenia. Nieustannie utwierdzam się w przekonaniu, że podążająca, pełna autentyczności, empatii i akceptacji obecność terapeuty jest dobrą kotwicą służącą pacjentowi w pełniejszym stawianiu się sobą. Relacja oparta na zaufaniu i dostrojeniu stwarza bezpieczny grunt, wspierając sięganie przez pacjentów do swoich emocji. Najwięcej przełomowych momentów zmiany i znaczących przesunięć w procesie terapeutycznym miało miejsce właśnie podczas zanurzania się w doświadczenie. Pacjenci mó-

wią, że wgląd we własne, niesłużące schematy funkcjonowania nie zawsze idzie w parze z poprawą ich codziennego funkcjonowania. Świadomość i zrozumienie siebie jest niezwykle ważne, jednak z mojego doświadczenia wynika, że niewystarczające. W swojej pracy uwzględniam rolę docierania do bieżących przeżyć pacjentów, kierowania uwagi do ich wnętrza (ciała i emocji), a także stosuję techniki doświadczeniowe (praca z pustym krzesłem, praca z częściami siebie itp.) czy elementy focusingu. Przynosi to efekt w postaci poszerzenia pola doświadczenia, namacalnej zmiany w wewnętrznym poczuciu, która nawet jeśli jest początkowo niejasna czy nienazwana, otwiera możliwości ku dalszemu zgłębianiu i integracji siebie.

## DOŚWIADCZANIE „TU I TERAZ”

„Doświadczenie (...) jest tym, z czym wewnętrznie „jesteśmy”, co „czujemy”, czego „doznajemy” w danej chwili. To doznanie konkretne, fizyczne, odczuwalne. Jako rzeczywistość wewnątrzcielesna jest przestrzenią przemieszczających się płynów, pulsacji, skurczów i rozkurczów, impulsów, nakładających się na siebie procesów (...)” – tak o dziejących się w nas ruchach wrażeń wewnętrznych pisze Maria Król-Fijewska (2019). Według Gendlina, większość przeżyć z naszego życia odzwierciedla się w formie utajonych, zapisanych w ciele doświadczeń (tzw. treściach implícite). Przeszłe wydarzenia, także te mające znamię traumy, zakotwiczone są

w ukrytych doznaniach, które aktywują się w reakcji na terażniejsze zdarzenia i obiekty (Król – Fijewska, 2019). Bieżące wydarzenia są widziane i przeżywane przez pryzmat przeszłości. Nakłada się na nie swoista „kalka”, która deformując terażniejszość, uniemożliwia adekwatne reagowanie. Nadanie prawidłowego znaczenia doświadczeniu pozwala umiejscowić je odpowiednio na osi życia. Aby to się stało, najpierw potrzebne jest dotknięcie pojawiających się emocji i doznań, aby móc je później usymbolizować.

Osoby z syndromem DDA często zmagają się z trudnościami w dostępie do swoich emocji. Aby zatem móc eksplorować przeszłe, traumatyczne doświadczenia, przydatne będzie wykształcenie umiejętności kontaktowania się ze swoimi uczuciami pojawiającymi się na bieżąco, co może mieć miejsce w trakcie sesji, z pomocą terapeuty.

## BEZPIECZEŃSTWO

Aby pomóc pacjentom dotrzeć do ich uczuć czy głęboko zakorzenionych doświadczeń, niezbędne jest stworzenie bezpiecznego miejsca do ich eksploracji. Może nim być wspierająca przestrzeń Ja – Ty, w której pacjent czuje się w pełni przyjęty, widziany. Tworzenie przez terapeutę poczucia bezpieczeństwa dzięki empatycznemu przyjmowaniu świata pacjenta ułatwia dostęp do własnych uczuć, komunikowanie ich i większą akceptację na ich doświadczenie (Rogers, 2018). Poczucie bycia zrozumianym i usłyszonym przez drugiego człowieka sprawia, że podobną postawę pacjent zaczyna wykształcać wobec siebie, dzięki czemu zbliża się do większej akceptacji tego, kim i jaki jest. Zwracając uwagę na emocje pacjenta, stajemy się w pełni obecnym towarzyszem, którego wcześniej często brakowało, aby móc przetworzyć trudne stany czy doświadczenia.

Podczas eksplorowania bolesnych przeżyć, których doświadczyły osoby z syndromem DDA, ważne jest, aby proces ten odbywał się w tempie dostosowanym do pacjenta. Zdarzenia traumatyczne to sytuacje, które wydarzały się zbyt szybko i w zbyt dużej intensywności, aby mógł być w stanie je przetworzyć. Zapisują się w postaci

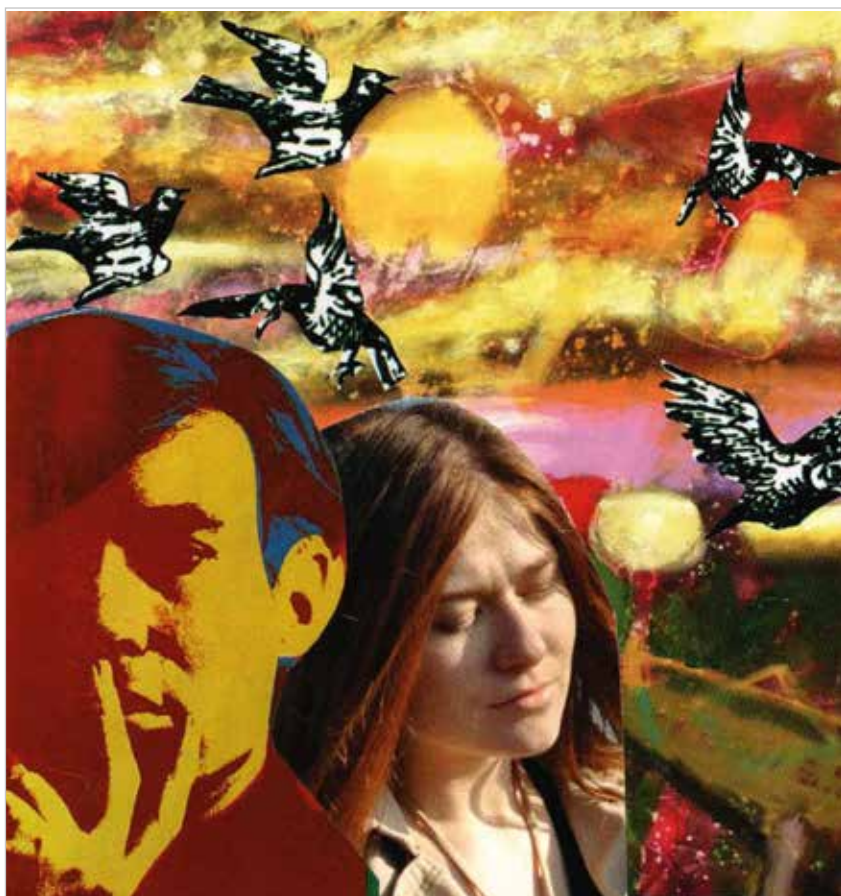
pofragmentowanych, oddzielonych od siebie i kontekstu wrażeń, trudnych do przetworzenia (Van der Kolk, 2018). Dlatego proces zbliżania się do emocji z nimi związanych wymaga powolności i uważności, aby pacjent mógł w odpowiednim dla siebie tempie zgłębiać wszelkie mroczne zakamarki swojego wnętrza.

## JAKIE TO JEST

Z mojego doświadczenia pracy z osobami z syndromem DDA wynika, że większość z nich wykształciła umiejętność odcinania się od swoich emocji, ich pomijania lub blokowania. Kiedy zauważam przejawy pobudzenia emocjonalnego, które uwidacznia się najczęściej w ciele, kieruję na te sygnały uwagę. W empatycznej atmosferze zachęcam do zatrzymania się na tym, co pojawia się w danej chwili. Pomocne są odzwierciedlenia w obszarze postawy niewerbalnej, ruchu, jakiegokolwiek pojawiającej się zauważalnej zmiany. Zatrzymywanie się na „tu i teraz” otwiera możliwość eksplorowania doświadczenia w atmosferze otwartości i ciekawości na to, co może się pojawić.

Kiedy pacjenci odczuwają trudność w nazwaniu pojawiającej się emocji, pomaga przyglądanie się doznaniom poprzez inne „kanały” – ciało, wyobrażenia. Zachęcam pacjentów do zgłębiania odczuć, aby uzyskali do nich większy dostęp i poznali je, a dopiero później zrozumieli. Dlatego ważniejsze dla mnie jest zachęcanie pacjentów do szukania odpowiedzi na pytania „jakie to jest” niż „dlaczego to się pojawia”. Eksploracja odczuć może ostatecznie ujawniać ich znaczenie, co prowadzi ku usymbolizowaniu doświadczenia. Początkowo jednak ważne jest, aby pacjent zaakceptował pojawiające się uczucie, nie odrzucał go. Aby mogło się to wydarzyć, istotne jest samo przywitanie pojawiającej się emocji czy wrażeń z ciała.

Sens tego zabiegu dobrze opisuje metafora traktująca emocje jak gości, którzy zjawiają się w naszym domu – aby poznać je lepiej, najpierw warto powiedzieć im „witaj” (Cornell, 2015). Kiedy uczucia zostaną już zauważone i przywitane, pacjent może je zgłębiać i próbować opisać, kierując uwagę na doznania płynące z ciała. Pomocne są wtedy zadawane z łagodnością pyta-





nia i cierpliwe oczekiwanie na płynącą z wnętrza odpowiedź: „Jakie jest to uczucie?”, „Gdzie w ciele je czujesz?”, „Czy to doznanie ma jakiś kształt, formę?”, „Gdyby to odczucie miało coś do Ciebie powiedzieć, co by to było?”, „Jaka emocja przyływa wraz z tym odczuciem?”, „Czego to potrzebuje?”.

Kiedy pojawiają się odpowiedzi, podążamy za nimi, sprawdzając, dokąd nas zaprowadzą. Towarzystwo pacjentom w procesie przyjmowania i zgłębiania pojawiającego się „wewnętrznego poczucia” (*felt sense*)

wspiera ich umiejętność świadomej obecności w strumieniu bieżącego doświadczenia (Cornell, 2015). Terapeuta pełni w tym procesie ważną rolę. Jest nie tylko empatycznym świadkiem przeżyć pacjenta, ale także pomaga mu w skontaktowaniu się z jego światem wewnętrznym, usymbolizowaniu go i uporządkowaniu.

### PRZYKŁADY

Jeden z pacjentów często odczuwał lęk, jednocześnie go nie akceptując. Chciał się go pozbyć, ponieważ

znacznie utrudniał mu funkcjonowanie. Pomoc w przywitaniu się z lękiem i zaproszeniu go do dialogu pomogła pacjentowi zmienić swoją relację z tym uczuciem. Kiedy pacjent wyobraził sobie swój lęk jako postać obecną w gabinecie, był zaskoczony, w jakiej formie go zobaczył. Lęk okazał się mniej przerażający niż w momencie, kiedy czuł go całym sobą. Wyobrażenie lęku w takiej odsłonie pomogło mu przywitać się z nim, a także lepiej go poznać i odkryć, skąd jest, po co przychodzi, czego potrzebuje. Pacjent powracał do rozmowy z lękiem w momentach, kiedy pojawiał się w intensywności trudnej do zniesienia. Kontaktował się z nim w formie pracy z krzesłem, dialogu spisanego na kartce czy po prostu zadając pytania do swojego wnętrza. Wychodząc naprzeciw doznaniom z ciała, obejmował je uwagę. Sprawdził, co za emocje się za nimi kryją i jaką historię chcą opowiedzieć.

Inny pacjent miał trudność z przeżywaniem i wyrażaniem złości. Kiedy zaczynał ją odczuwać, pojawiało się w nim poczucie dyskomfortu. Nie akceptował tego uczucia, m.in. ze względu na ukształtowany na podstawie doświadczeń z domu, negatywny obraz złości (agresywny ojciec). Pacjent, zachęcony do skupiania się na doznaniach z ciała, zlokalizował swoją złość w obszarze klatki piersiowej jako uczucie silnego ucisku. Podążając za pojawiającymi się wyobrażeniami i doznaniem, pacjent zobaczył złość jako wyraźną, groźną postać. Czuł się przez nią przytłoczony, więc radził sobie z tym odczuciem poprzez zupełne odcinanie się od niej. Pacjentowi w trakcie terapii udało się przywitać ze swoją złością, która przyjęła konkretną formę.

Następnie, wsłuchując się w siebie, podejmował dialog ze złością. Dzięki technikom doświadczeniowym pacjent „dogadał się” ze swoją złością i nazwał, czego by od niej potrzebował, aby dopuszczać ją częściej do głosu. Usłyszenie i przyjęcie swojej złości pozwoliło mu na bardziej służący kontakt ze swoimi emocjami w późniejszej pracy terapeutycznej.

### BLOKADY W DOSTĘPIE DO PRZEŻYWANIA

Niejednokrotnie podczas prób do-tarcia przez pacjentów do swoich emocji

można napotkać przeszkody. Przyjmują one różne formy i skutecznie utrudniają proces przepływu doświadczenia. Te blokady to najczęściej mechanizmy obronne, które wykształciły osoby z syndromem DDA, aby nie czuć zagrożających im (kiedyś) uczuć. Akceptująca postawa terapeuty w przyjmowaniu utrudnień pojawiających się w trakcie docierania do swojego doświadczenia przez pacjenta pomaga w budowaniu bezpiecznego rusztowania, które ułatwia zgłębianie nieprzyjemnych uczuć, wspiera „roztapianie” mechanizmów obronnych. Każdej przeszkodzie warto zatem poświęcić czas i uwagę, zrobić jej miejsce, przyjąć ją, przywitać.

## „NIE WIEM”

Elementem utrudniającym zgłębianie stanów pojawiających się w trakcie sesji może być zaporą w postaci zatrzymującego „nie wiem”. Zwracanie uwagi pacjentów na ujawniające się uczucia i zachęcanie do ich eksplorowania wywołuje momenty utknieć: „Nie wiem, co czuję”, „Nic nie czuję”, „Coś w środku czułam, ale to już zniknęło”. Pomoc terapeuty w akceptowaniu stanu „niewiedzenia” i zachęcanie do zaciekawienia się swoim wnętrzem bez oczekiwań, że pojawi się coś konkretnego, niezwykle pomaga w kontaktowaniu się z emocjami. Pomocna jest akceptująca postawa terapeuty wobec wszystkiego, co przychodzi, również pustki.

Według Gendlina, moment, w którym pojawia się „nie wiem”, jest niezwykle ważny – nazywa on ten stan dotarciem do „zamglonego brzegu” (Gendlin, 1996). Opisuje jako doświadczenie napawające nadzieją, gdyż z każdej mgły wyłania się ostatecznie „coś więcej”, kiedy się na to cierpliwie poczeka.

Pacjenci, którzy mają trudność z dotarciem do swojego doświadczenia, niekiedy próbują nazwać pojawiające się emocje za pomocą rozumu. Trudno im być w stanie niejasności, więc chwytają się czegokolwiek, aby wyjść poza stan „nienazwany”. Niekiedy zgadują, tłumacząc sobie, że wiedzą, co powinni czuć w konkretnej sytuacji. Szybko nazywają swoje emocje, przedwcześnie nadając im (niejednokrotnie błędne) znaczenie.

W takich sytuacjach zachęcam ich do postawy cierpliwości i sprawdzania ze sobą, czy pojawiająca się nazwa lub określenie dla danego odczucia

rzeczywiście do niego pasuje. Staram się również znosić presję szybkiego znajdowania odpowiedzi. Wspieram się założeniem (którym dzielę się ze swoimi pacjentami), że spotykając się ze swoimi odczuciami, lepiej uznać, że skoro się pojawiają, to nie są do końca poznane i chcą nam przekazać ważną wiadomość („Jak długo w Twoim ciele jest jakieś poczucie, które czeka na Twoją uwagę, oznacza to, że czegoś o nim nie wiesz” – A. W. Cornell). Cierpliwe oczekiwanie wraz z pacjentem na to, co wyłoni się z jego wnętrza, prowadzi do zmiany. W ten sposób możemy tworzyć bezpieczną przestrzeń na pojawienie się tego, co prawdziwie wydarza się w pacjencie tu i teraz oraz pomóc mu przyjąć to takim, jakie właśnie jest.

Pacjent, któremu trudno było poczuć jakiegokolwiek doznania wewnętrzne, często doznawał stanu „nie wiem”. Miał trudności z pozwoleniem sobie na chwilę ciszy, czekanie z czułością na to, co się pojawi w sferze odczuć z ciała, wyobrażeń czy emocji. Cierpliwe czekanie i akceptująca obecność dla „nie wiem” z czasem pomagała mu przyjmować momenty niewiedzy, a także bardziej swobodnie oczekiwać na to, co może nadejść z jego wnętrza. Praca w tym obszarze przyniosła też efekt w postaci wyodrębnienia się w pacjencie wspierającej części siebie, która była niezwykle ważna w dalszej pracy terapeutycznej. Wprowadzenie na początku spotkań krótkich momentów skanowania ciała – sprawdzanie, czy jakieś doznanie domaga się uwagi – pozwoliło na zwiększenie kontaktu z przepływającym w ciele doświadczeniem.

W procesie terapeutycznym innego pacjenta, na jednym ze spotkań pojawiła się przeszkoda w postaci poczucia utknięcia. Pacjent mierzył się z odczuciem pustki w obszarze jednego z ważnych dla niego tematów. Nie wiedział, czego ona dotyczy, czuł się zagubiony. Cierpliwe przyglądanie się pojawiającej się pustce – sprawdzanie, jaką przybiera formę, jak przejawia się w ciele, jak ją sobie pacjent wyobraża – zaprowadziło go do metafory zakleszczenia się pomiędzy skałami i poczucia bezruchu. Towarzystwo pacjentowi w jego trudzie, lęku przed niemożnością wyjścia z utknięcia oraz kierowanie jego uwagi na bieżące doznania spowodowało przesunięcie w doświadczeniu ku

doznaniu ulgi, poczuciu wewnętrznej przestrzeni i przepływu. Umożliwiło to pacjentowi zrobienie kolejnego kroku w pracy nad obszarem, wobec którego czuł się zablokowany.

## LĘK PRZED DOŚWIADCZANIEM

Blokadą w docieraniu do swoich przeżyć może być też silny niepokój przed ich przeżywaniem. Często spotykam się w pracy z takimi obawami – lękiem przed pochłonięciem, zalaniem przez swoje emocje, zupełnym rozpadem wewnętrznym. Empatyczne przyjęcie tego lęku, przyjrzenie się mu i pobycie z nim pomaga przesunąć się do przodu w procesie doświadczania siebie.

Jeden z pacjentów obawiał się czucia swoich emocji. Wiedział, że się w nim pojawiają, lecz odsuwał je od siebie z powodu doznawanego lęku. Dzięki zachęceniu go do przyjrzenia się lękowi, udało mu się zlokalizować go w ciele, a także nazwać, czego lęk się obawia. Uwzględnienie części, która boi się doświadczyć swoich uczuć, pomogło pacjentowi ten lęk obniżyć. Dodatkowo, zwizualizowanie sobie blokady jako zamkniętej szuflady, w której trzyma uczucia, sprawiło, że pacjent był w stanie dotknąć ich w takiej formie, na jaką był gotowy. Udało mu się „lekko uchylić szufladę” i z odległości zobaczyć schowane w niej uczucia, nazwać je, zbliżyć się do nich choć trochę.

## KRYTYK WENĘTRZNY

Podczas docierania do przeżyć ujawnić się może również część krytyczna. W książce „Focusing. Mądrość ciała” autorka podkreśla, jak niezwykle ważne jest przyjęcie wszystkich części, które pojawiają się w bieżącym doświadczeniu, również tych krytycznych. Nawet ten wewnętrzny, nieakceptujący głos zasługuje na poświęcenie mu uwagi. Przywitanie przez pacjenta krytycznej części siebie może sprawić, że będzie się on domagał uwagi mniej natarczywie. Powiedzenie swojemu krytykowi „słyszę cię” ma większą skuteczność niż odpychanie go, ponieważ jest on nieodłączną częścią każdego z nas. Niektóre części krytyczne są jednak na tyle surowe i uporczywe, że mogą wymagać większej uwagi i pracy terapeutycznej w tym obszarze.

## KIEDY NAPIĘCIE JEST ZBYT DUŻE

Zdarza się, że lęk przed doznaniem emocji jest zbyt silny lub pojawiające się w bieżącym doświadczeniu uczucia tak zalewające, że pacjentowi ma trudności w ich doznawaniu. Kiedy ich intensywność jest zbyt duża, by móc je przetworzyć, warto zadbać o obniżenie napięcia emocjonalnego.

Posługując się metaforą jeziora, kiedy siedzimy na jego brzegu, zanurzając stopy w wodzie, możemy skupić się na doznawaniu wody i poczuć, jak otula nasze stopy, ale i objąć percepcją całość jeziora, zauważyć jego wielkość, formę.

Kiedy wpadamy do jeziora zanurzeni w wodzie po szyję, tracąc grunt pod nogami, próbujemy się ratować. Nie czujemy wiele więcej poza obezwładniającym doznaniem bycia pochłoniętym przez wodę. Podobny mechanizm można zauważyć w kontekście odczuwania – łatwiej nam być przy emocjach, kiedy mamy z nimi kontakt umożliwiający ich tolerowanie. W momentach, kiedy pacjent „wypada” poza okno tolerancji przeżywanych emocji, pomocne są techniki „gruntowania”: sprowadzanie uwagi do „tu i teraz”, kojenie układu nerwowego za pomocą przywracania poczucia bezpieczeństwa. Służyć w takich sytuacjach może kierowanie uwagi pacjenta do doznań płynących ze zmysłów („poczuj krzesło, na którym siedzisz”, „jakie dźwięki z zewnątrz teraz słyszysz”) lub krótka podróż do bezpiecznego miejsca w jego wyobraźni.

## TERAPEUTYCZNE WYZWANIA

Towarzyszenie swoim pacjentom w postawie pełnej akceptacji na pojawiające się treści, ale też bycie w obecności wypełnionej cierpliwością przy napotykanym utknieniu, nie zawsze bywa łatwe. Pojawiające się niekiedy zniecierpliwienie, wątpliwości, czy do czegoś wspólnie z pacjentem dojdziemy, mogą utrudniać pozostawanie w kontakcie sprzyjającym doświadczeniu. Trudności w postaci zniecierpliwienia mogą ukazywać się szczególnie w pracy z pacjentami mającymi niewielki dostęp do swoich emocji, posługującymi się racjonalizacjami, żyjącymi „w głowie”.

Kiedy pacjent ma kłopot z dotarciem do własnych uczuć, kontaktem z ciałem, skupianiem się na bieżących przeżyciach, można mieć poczucie przestoju, braku nadziei. Czasem jednak nawet niewielkie drgania namierzone przez pacjenta mogą być momentami zmiany, którymi warto się wspierać.

Niekiedy wyzwaniem dla terapeuty może być także postawa pełnego zaufania do pacjenta, odłożenie na bok własnych teorii, hipotez na temat tego, co dzieje się z pacjentem (a tym bardziej co się stać powinno). Nie zawsze swobodnie przychodzi zaufanie procesowi i wewnętrznemu doświadczeniu pacjenta, a także bycie przy założeniu, że tylko on w pełni może dotrzeć do swoich odczuć i prawdy o nim – jeszcze nieodkrytej, lecz odkrywanej w procesie psychoterapii. W trudnych momentach może uruchamiać się część „terapeuty – profesjonalisty”, która z roli eksperta będzie chciała nazwać za pacjenta jego doświadczenie czy przyspieszyć wydarczając się w nim proces.

## PRACA Z BOLESNYMI DOŚWIADCZENIAM

Pacjent poczuje emocje i co dalej? Samo dopuszczenie do siebie swoich odczuć pozwala na udrożnienie przepływającego procesu doświadczenia, a to nierzadko samo w sobie pozwala „przesunąć życie dalej” (Król – Fijewska, 2019). Poprzez emocje pacjent dociera do istoty siebie i swoich potrzeb, otwiera możliwość ruchu ku ich zaspokojeniu. Przyjęcie przekazywanej przez uczucia wiadomości z samego rdzenia Ja to także pierwszy krok do większej akceptacji swoich przeżyć. Często prowadzi do wykształcenia większej troski wobec siebie, przyjmowania z większym szacunkiem pojawiających się doznań, zapraszania ich do swojego życia. Ta zmiana już sama w sobie jest korektywnym doświadczeniem dla osób z syndromem DDA – pomaga usłyszeć różne części siebie i je zintegrować. W terapii powinno znaleźć się miejsce na dalszą, głębszą pracę, uwzględniającą zmianę w obszarze utrwalań schematów przeżywania i doznanych traum, aby móc ostatecznie uwolnić się z wewnętrznego więzienia przeszłości.

Doświadczenie przewlekłego zaniedbania emocjonalnego, życie w nieprzewidywalnym środowisku, w którym poczucie bezpieczeństwa zostaje mocno zachwiane, a granice i normy są niejasne, jest niezwykle urazowe. Odzyskanie połączenia z odczuciami z ciała i emocjami może być drogą do przetworzenia traumatycznych zdarzeń, nadania sensu powtarzającym się w aktualnie doznaniom, zbudowaniem pomostu między różniemością i przeszłością oraz kierunkiem ku przywracaniu poczucia bezpieczeństwa w życiu.

\* termin „syndrom DDA” używany jest nie w kontekście diagnostycznym, lecz jako skrótowa, potoczna nazwa.

## MAGDALENA LEWANDOWSKA



psycholog, specjalista psychoterapii uzależnień, w procesie szkolenia psychoterapeutycznego w INTRA, pracuje na Oddziale Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym oraz Poradni Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia w Gdańsku.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cornell, A.W.: *Focusing. Mądrość ciała. Przewodnik po emocjonalnym uzdrawianiu siebie*. Wyd. MiND, 2015.
2. Gendlin, E.T.: *Focusing – oriented psychotherapy: A manual of the experimental method*. Guilford Press, 1996.
3. Król – Fijewska, M. (red.): *Doświadczenie a psychoterapia*. Wyd. Ośrodek Pomocy i Edukacji Psychologicznej Intra, Warszawa 2019.
4. Rogers, C.R.: *O stawianiu się osobą*. Wyd. Rebis, Poznań 2018.
5. Rogers, C.R.: *Teoria terapii, osobowości i relacji interpersonalnych*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2016.
6. Rothschild, B.: *Ciało pamięta. Psychofizjologia traumy i terapia osób po urazie psychiczny*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
7. Van der Kolk, B.: *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2018.



Kamil Chorążka

*Przychodzi czas, by zmotywować pacjenta do konsultacji psychiatrycznej, by postawić oficjalną diagnozę i włączyć leki przeciwdepresyjne. Nie zawsze okazuje się to prostym zadaniem*

# DEPRESJA W UZALEŻNIENIACH NIEJEDNO MA IMIĘ

**D**epresja i uzależnienia bezspornie często ze sobą współistnieją. Poniższe przemyślenia dotyczące tematu czerpią ze źródła piśmiennictwa medycznego oraz doświadczeń autora w pracy na oddziale dziennym odwykowym oraz w ambulatorium.

W przypadku uzależnienia od alkoholu współchorobowość może sięgać nawet dziewięćdziesięciu procent. Dotyczy to również nadużywania innych substancji psychoaktywnych (m. in. kanabinoli, stymulantów, halucynogenów, leków uspokajających i nasennych). Powyższa współchorobowość przede wszystkim zwiększa ryzyko lekooporności i samobójstwa, dlatego tak bardzo wymaga czujności i zaopiekowania się pacjentem.

Warto za każdym razem zastanowić się, co było pierwsze, czy „samoleczenie” depresji substancją o potencjale uzależniającym, czy może nadużywanie substancji powikłane zaburzeniem afektywnym (nastroju). Związek przyczynowo-skutkowy wpływa na postępowanie terapeutyczne.

Jeśli nadużywanie substancji lub obniżenie nastroju jest objawem, można podjąć próbę zajęcia się przede wszystkim przyczyną. Teoretycznie wycofanie się depresji może ułatwić pacjentowi zachowanie abstynencji.

W przypadku, gdy uzależnienie było pierwsze, abstynencja zdecydowanie zwiększa szanse na stabilizację nastroju. Niezależnie od korelacji zazwyczaj wydaje się zasadne, by zająć się pacjentem całościowo i nie dzielić go sztywno na części składowe. Depresja to większe ryzyko nawrotu uzależnienia, a czynne uzależnienie to powikłany przebieg depresji.

## CZYM WŁAŚCIWIE JEST DEPRESJA?

Depresję rozumiemy na wiele różnych sposobów. Oczywiście depresja nie jest lenistwem, gorszym dniem, chandrą czy zwykłą melancholią. Wąchlarz potencjalnych synonimów w mowie potocznej nie ma końca. Przejawy depresji spotykamy w innych zaburzeniach nastroju (chorobie afektywnej dwubiegunowej, dystymii, cyklotymii), zaburzeniach lękowych, zaburzeniach adaptacyjnych, chorobach somatycznych i oczywiście w uzależnieniach. Objawy depresyjne mogą utrzymywać się w ramach zespołu odstawiennego i zazwyczaj wtedy wycofują się w ciągu kilku tygodni. Już samo „bycie pod wpływem” lub przysłowiowy „kac” lub „zjazd” mogą w swoim obrazie przypominać stan depresyjny. Charakterystycznym zespołem występującym u osób nadużywających marihuany jest zespół amotywacyjny manifestujący się szeregiem objawów natury depresyjnej.

Rozpoznanie oficjalne depresji (epizodu depresyjnego) stawiamy na podstawie kryteriów, w Polsce nadal aktualnej międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10. Diagnoza opiera się na analizie pewnych wymiarów. Przede wszystkim wymiaru objawowego, czasowego oraz funkcjonalnego. Osoba z depresją musi przejawiać konkretną ilość objawów opisanych poniżej. Ponadto muszą one występować przez większość czasu przez minimum dwa tygodnie. Psychopatologia ta ogranicza codzienne funkcjonowanie w różnych sferach życia.

Jeśli w przebiegu zaburzenia występowały również epizody hipomanii

lub manii, mamy do czynienia z innym schorzeniem – z chorobą afektywną dwubiegunową. Gdy obecność hipomanii lub manii jest wykluczona, a pacjent zmaga się z nawracającymi epizodami depresji diagnozujemy zaburzenia depresyjne nawracające. By takie rozpoznanie postawić pomiędzy epizodami depresyjnymi, musi wystąpić przynajmniej dwumiesięczny okres wolny od psychopatologii.

Podstawowe objawy doświadczane przez osobę z epizodem depresyjnym obejmują: obniżony nastrój, przewlekający się smutek, utratę zainteresowań, anhedonię, spadek energii lub zwiększoną męczliwość. Spośród licznych objawów dodatkowych należy wymienić takie jak: obniżona samoocena, wyrzuty sumienia lub poczucie winy, myśli rezygnacyjne lub samobójcze, ograniczenie wydolności poznawczej, zmiany w zakresie aktywności psychoruchowej, zaburzenia snu (często zdarza się wczesne wybudzanie nad ranem), zaburzenia łaknienia (wraz ze zmianą masy ciała).

By rozpoznać epizod depresyjny, potrzebujemy przynajmniej dwóch objawów podstawowych oraz dwóch dodatkowych. Zależnie od sumy objawów możemy mówić o epizodzie łagodnym (4), umiarkowanym (6) lub ciężkim (8). W przypadkach szczególnie ciężkich nie ma obowiązku ścisłego trzymania się kryterium ilościowego symptomatologii. Wykluczyć należy zawsze przyczyny somatyczne oraz wpływ używania substancji psychoaktywnych.

W diagnozie depresji mogą pomóc skale kliniczne, np. inwentarz depresji Becka (BDI), skala depresji Hamiltona (HDRS), czy Montgomery Asberg De-

pression Rating Scale (MADRS). Niemniej jednak, oficjalną diagnozę można postawić bez ich użycia.

Istotną z punktu widzenia uzależnień jest forma depresji zwana maskowaną. Oznacza to, iż kardynalnym objawem epizodów jest zazwyczaj jeden specyficzny symptom (maska). Objaw ten niejako przyćmiewa inne charakterystyczne dla depresji. Pośród masek depresji wyróżnia się bezsenność, zespoły bólowe, dolegliwości gastryczne czy też okresowe nadużywanie substancji.

Tak jak wspomniano wcześniej, epizod depresyjny rozpoznajemy zazwyczaj po dwóch tygodniach przewlekania się psychopatologii. Przewlekanie jest ważnym słowem – kluczem, bo to właśnie chroniczny stan obniżonego nastroju cechuje depresję, a nie krótkie okresy przemijającego smutku, które dotyczą co jakiś czas każdego z nas. Ważne też, by psychopatologia istotnie ograniczała codzienne funkcjonowanie (np. praca, relacje, dbanie o siebie). Pierwsze wczesne przejawy obniżonego nastroju warto jednak poobserwować. Oceń dynamikę progresji i wpływ na ogólne samopoczucie. W łagodnych epizodach może wystarczyć oddziaływanie psychoterapeutyczne, bez konieczności wdrażania farmakoterapii. Ponadto dalsza obserwacja stanu psychicznego nierzadko ukazuje zupełnie inny charakter pogorszenia. Depresyjny nastrój może być przytłoczeniem sytuacji życiową, licznymi

szkodami nadużywania substancji lub poczuciem wstydu i winy. Depresją nie nazwiemy również niepewności jutra czy poczucia skrępowania nową sytuacją – na przykład przyjęciem na terapię. W wielu przypadkach obniżenie nastroju stopniowo wycofuje

się lub utrzymuje się na poziomie subdepresyjnym.

## JAK WYLECZYĆ SIĘ Z DEPRESJI?

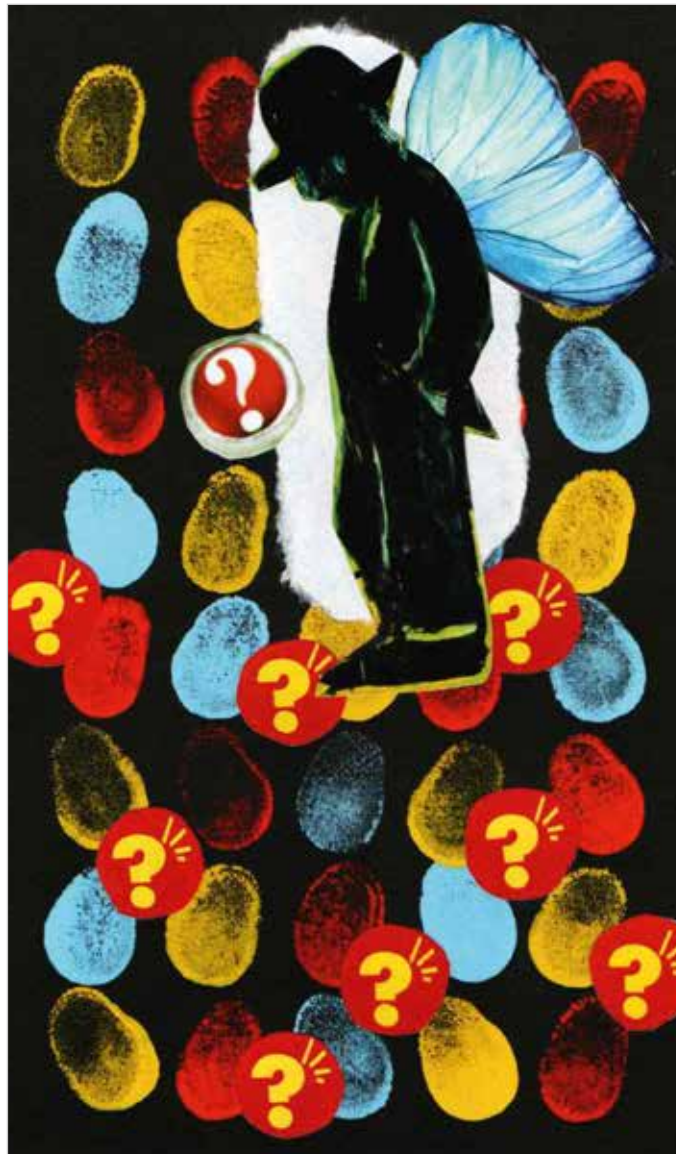
Włączenie leków przeciwdepresyjnych zbyt pochopnie może paradoksalnie utrudnić proces leczenia. Łagodniejsze formy depresji z całą pewnością poddają się skutecznie oddziaływaniom psychoterapeutycznym. Leki w pewnych przypadkach mogą pogłębić zubożenie emocjo-

Coraz więcej też mówi się o istotnej roli psychoterapii w długoterminowym zapobieganiu nawrotom depresji bardziej skutecznym niż farmakoterapia. Niezależnie od decyzji wdrożenia leków psychoterapia ma znaczący udział w zmniejszaniu objawów depresji na każdym etapie jej leczenia. Coraz częściej w związku z przemianami kulturowymi pacjenci zgłaszają się z poczuciem braku sensu, problemami egzystencjalnymi, czego leki na dłuższą metę nie rozwiążą. Coraz więcej badań potwierdza biologiczne zmiany aktywności w obszarach limbicznych i przedczołowych ośrodkowego układu nerwowego w przebiegu psychoterapii bez udziału farmakologii.

Nie zapominajmy również o innych pozafarmakologicznych formach leczenia: aktywności fizycznej, zbilansowanej diecie, zdrowych relacjach międzyludzkich, hobby czy różnych formach medytacji. Powyższe formy leczenia wydają się oczywiste, choć w warunkach gabinetowych i oddziałowych pacjenci zadziwiająco często odkrywają je na nowo.

Dodatkowo przyczyną stanu depresyjnego mogą być choroby somatyczne, będące konsekwencją zdrowotną uzależnienia. Choroby wątroby, nerek, trzustki, tarczycy to góra lodowa potencjalnych przyczyn. Dlatego też warto motywować pacjentów do wizyty

u lekarza rodzinnego celem badań ogólnych (badanie przedmiotowe, badania laboratoryjne, ewentualnie obrazowe). Wydaje się to szczególnie istotne w dzisiejszych czasach, kiedy łatwiej zadbać o przegląd własnego samochodu niż swój własny.



nalne i wywołać tzw. efekt anhedonii polekowej, który utrudnia pacjentowi pracę nad sobą. Mogą też obniżyć motywację do terapii i wzmocnić postawę poszukiwania zewnętrznych źródeł zmiany, odsuwania odpowiedzialności za proces przemiany swojej osoby.

## GDY PRZYCHODZI CZAS NA FARMAKOTERAPIĘ

W innych nasilonych stanach afektywnych pozostaje rozważyć farmakoterapię. Zwłaszcza, gdy objawy się przewlekają, obniżają jakość życia, powodują osobiste cierpienie, coraz bardziej utrudniają pracę nad sobą i zwiększają ryzyko nawrotu uzależnienia. Przychodzi czas, by zmotywować pacjenta do konsultacji psychiatrycznej, by postawić oficjalną diagnozę i włączyć leki przeciwdepresyjne. Nie zawsze okazuje się to prostą kwestią.

Część pacjentów nie przepada za służbą zdrowia z różnych przyczyn, obawiają się wizyty u psychiatry, stygmatyzacji i stosowania leków. Warto wtedy nadmienić kilka kluczowych zjawisk dotyczących takiego leczenia. Przede wszystkim depresja nieleczona przewleka się, zwiększa ryzyko kolejnych epizodów coraz dłuższych i cięższych. Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają, choć może się okazać, że dany epizod depresyjny nie będzie jedynym w życiu pacjenta. Wtedy w bliżej nieokreślonej przyszłości istnieje prawdopodobieństwo powtórzenia takiej kuracji.

Leki należy stosować codziennie zgodnie z zaleceniem lekarza, nie wolno ich odstawić samodzielnie. Poprawa objawowa może pojawić się dopiero po około dwóch, czterech tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Jeśli nadal nie ma efektu, prawdopodobnie lekarz rozważy zmianę dawki lub substancji. Działania niepożądane występujące na początku są zazwyczaj łagodne i przemijają z czasem, zwłaszcza gdy lek wprowadzany jest stopniowo. Zdarza się, że pacjenci obawiają się pojawienia się myśli i tendencji po wdrożeniu leczenia. Rzeczywiście w porównaniu do placebo na początku leczenia wzrasta takie ryzyko, jednak jest ono bardzo niskie i w praktyce spotykane rzadko. Wskazana jest wtedy wcześniejsza konsultacja celem oceny ryzyka i dalszego postępowania.

Ostatecznie po uzyskaniu poprawy leczenie przeciwdepresyjne trwa przynajmniej sześć miesięcy. Niezwykle istotną kwestią warunkującą dalszą dobrą współpracę z lekarzem jest podejście samego psychoterapeuty do kwestii farmakoterapii. Dewalu-

acja zaleceń lekarskich i idealizacja oddziaływań nefarmakologicznych może przysporzyć wiele szkód pacjentowi w zaawansowanym stanie depresyjnym. Podważa zaufanie do lekarza i wręcz uniemożliwia współpracę między specjalistami tak niezbędną w procesie zdrowienia pacjenta. Wątek ten dotyczy również lekarzy zbyt pewnych nieskazitelnej roli leków w terapii pacjentów uzależnionych i depresyjnych.

Do najczęściej stosowanych leków przeciwdepresyjnych należą selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny oraz selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny, tzw. SSRI (np. sertralina, fluoksetyna, escitalopram, paroksetyna) i SNRI (np. wenlafaksyna, duloksetyna). Leki te, zwłaszcza SSRI, są stosunkowo dobrze tolerowane, ryzyko interakcji z alkoholem lub zagrażającego życia przedawkowania uważa się za małe.

W leczeniu depresji stosuje się leki również z innych grup, zazwyczaj w celu potencjalizacji działania leków przeciwdepresyjnych, m. in. stabilizatory nastroju – lamotrygina, kwas walproinowy, karbamazepina, lit oraz leki przeciwpyszotyczne – kwetiapina, olanzapina, aripiprazol, rysperydon.

W przypadku depresji dwubiegunowej stabilizatory nastroju i leki przeciwpyszotyczne stanowią wręcz podstawę leczenia, a leków przeciwdepresyjnych unika się, gdyż zwiększają ryzyko zmiany fazy choroby (w kierunku hipomanii lub manii). Dodatkowo łączenie dwóch leków przeciwdepresyjnych często spotyka się w praktyce. Inne leki przeciwdepresyjne niż SSRI i SNRI to m. in. trazodon, mirtazapina, mianseryna, wortioksetyna, bupropion i tianeptyna.

Poza powyższymi preparatami warto rozważyć u pacjentów z częstymi nawrotami uzależnienia leki zmniejszające w różnym mechanizmie ryzyko łamania abstynencji. Redukują one nasilenie zjawiska głodu substancji, zwiększają szansę przerwania ciągu, nasilają awersję do używek, wydłużając dzięki temu okres abstynencji. Chodzi tu chociażby o akamprozat, naltrekson, nalmefen, czy też disulfiram. Rzadsze nawroty nadużywania to większa szansa na stabilizację nastroju oraz poprawę motywacji do pracy nad sobą. Pewne badania pokazują, iż połączenie

na przykład sertraliny z naltreksonem może przynieść lepszy efekt terapeutyczny niż przyjmowanie tych leków osobno.

## PODSUMOWANIE

Stan depresyjny utrudnia trzeźwienie, a czynne uzależnienie stabilizację nastroju. Tytułowe jednostki chorobowe nierozdzielnie przeplatają się ze sobą i często wymagają kompleksowego leczenia. Zgodnie z przesłaniem artykułu depresja przejawia się w różnych formach u osób uzależnionych, co wymaga adekwatnego podejścia. Zdecydowanie nie każdy pacjent potrzebuje leków. Warto pamiętać o wielu nefarmakologicznymi możliwościach leczenia.

Z drugiej strony, stanów afektywnych, które istotnie potęgują cierpienie pacjenta oraz pogarszają przebieg uzależnienia, nie należy bagatelizować. Wymagają one pilnego objęcia opieką specjalistyczną. Dlatego też współpraca i zaufanie pomiędzy terapeutą i lekarzem będzie prawdopodobnie najlepszą receptą na holistyczne podejście do potrzebującego.

### KAMIL CHORAŻKA



lekarz specjalista psychiatra, student szkoły psychoterapii Ośrodka Intra w Warszawie. Na co dzień konsultuje pacjentów w ramach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej. Jest również członkiem zespołu Oddziału Dziennego Centrum Odwykowego SPZOZ w Warszawie.

## BIBLIOGRAFIA

1. Jarema M., *Standardy leczenia farmakologicznego niektórych zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Via Medica, 2015
2. Puzyński S., Wciórka J., *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2000
3. Rybakowski J., *Psychofarmakologia kliniczna*. Warszawa: PZWL, 2022
4. Siwek M., *Dekalog leczenia depresji*. Warszawa: ITEM Publishing, 2019
5. Taylor D. M., *The Maudsleyu Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Croydon: Wiley Blackwell, 2021

**Rajmund Janowski**

*Cierpienie jest doświadczeniem powszechnym, dotykającym w życiu każdego człowieka. Jest dolegliwe, wzmagające potrzebę zmiany z jednej strony, z innej powodujące różnorodne obrony celem zmniejszenia bólu. Może przerastać możliwości poradzenia sobie z nim, co niejednokrotnie skutkuje szukaniem pomocy, także w psychoterapii*

# CIERPIENIE JAKO ŹRÓDŁO DYLEMATÓW OSOBISTYCH I ETYCZNYCH PSYCHOTERAPEUTY UZALEŻNIEŃ

**S**potkanie z cierpieniem jest wyzwaniem dla osoby cierpiącej, ale także i dla osoby leczącej. Wystawia na próbę zasoby i system wartości terapeuty, któremu nie zawsze udaje się wyjść z takiej sytuacji bez szwanku. W efekcie może się zdarzyć przekroczenie zasad i norm w leczeniu, mnożąc cierpienie obu stron relacji.

Psychoterapia uzależnień jest obszarem intensywnego i głębokiego cierpienia wszystkich tych, którzy pozostają w kręgu skutków niszczących prób niwelowania bólu w życiu przez osobę uzależnioną. W obszarze tym znajduje się również terapeuta ze swoim doświadczeniem cierpienia oraz poziomem dojrzałości radzenia sobie z nim. Osobiste zaangażowanie w leczenie jest niezbędnym czynnikiem umożliwiającym zdrowienie pacjenta, ale też stanowi istotne obciążenie dla terapeuty.

Jednym z synonimów cierpienia jest „znoszenie kogoś lub czegoś cierpliwie”, co jak się wydaje, stanowi ważny element definiujący relację osoby leczącej z osobą leczoną.

Można więc podjąć próbę porządkowania opisu psychoterapii na trzech płaszczyznach:

1. Relacja terapeuty w stosunku do cierpienia pacjenta.
2. Wpływ cierpienia pacjenta na terapeutę.
3. Wpływ cierpienia terapeuty na pacjenta.

## RELACJA TERAPEUTY W STOSUNKU DO CIERPIENIA PACJENTA

Umysł pacjenta uzależnionego zaprzęgnięty jest do szybkiego redukowania, niedostrzegania lub zaprzeczania cierpieniu, odraczania kontaktu z nim, a w sytuacji, gdy się ono „przebije”, szukania mocy we wtórnych korzyściach przyjmowania pozycji ofiary. Terapeuta natomiast stara się rozumieć i dostrzegać źródła cierpienia pacjenta oraz próbuje mu pokazać perspektywę, że pozostawanie w nim jest groźne i niebezpieczne dla jego życia.

Pacjent na skutek mechanizmów uzależnienia usilnie nie widzi swojego problemu, broni się, oszukuje siebie i innych, zniekształca rzeczywistość. Do tego często dochodzi wzmocnienie przez jego zaburzenia osobowości, popychające go do omnipotentnego wpływu i kontroli w przestrzeni relacji, czy też do nadmiernej w niej zależności. Ta ostatnia niejednokrotnie prowadzi do przekroczenia granic w relacji po stronie pacjenta jak i terapeuty w postaci budowania prywatnej więzi celem dawania „korektywnych doświadczeń życiowych” czy szukania dodatkowych form kontaktowania się, aby zwiększać u leczonego poczucie wpływu na relację.

Przykładem może być sytuacja, w której terapeuta w jednej z mniejszych miejscowości celem dowartościowania pracy pacjenta zaczyna go zapraszać na spotkania do prywatnego domu, a następnie zachęca do współprowadzenia

cyklu warsztatów z przekonaniem o lepszym w ten sposób kontrolowaniu postępów trzeźwości osoby uzależnionej.

W innej sytuacji w trakcie płatnego turnusu terapeuta prowadzi leczenie pacjentów bez granic, niejednokrotnie nocami, celem osłabienia mechanizmów obronnych i uzyskiwania odpowiedniego poziomu bezsilności wobec alkoholu.

Opór pacjenta może rodzić w terapii frustrację i celem jej łagodzenia potrzebę „pokonania” pacjenta na tej swoistej wojnie poprzez np. stosowanie naznaczonej agresją konfrontacji w celu „udowodnienia prawdy”, osiągnięcia przewagi i zwycięstwa. Niekiedy prowadzi do moralnej oceny postępowania pacjenta i przyjęcia postawy wyższości w tym obszarze, co usprawiedliwia niepowodzenia w budowaniu trudnej relacji z osobą tak mocno obronnie nastawioną.

Pracujący w ośrodku leczenia uzależnień terapeuta na skutek wymiany informacji z kolegami prowadzącymi pracę z żoną pacjenta dowiadyuje się, że zgłasza ona łamanie abstynencji męża, co nie było wnoszone do terapii. Terapeuta przeżywa poczucie porażki, wstydu wobec kolegów, że nie udało mu się tych informacji uzyskać w osobistym kontakcie z pacjentem i postanawia „zaostrzyć” konfrontowanie pacjenta, aby dociec prawdy.

Zwycięzca narcystycznie może sobie dawać na tej podstawie prawo do przyjmowania pozycji przewagi. Przegrana może budzić w nim ból, złość, upokorzenie, agresję. Stać się to może drogą

do szukania rewanzu, nadużyć w relacji, swoistych „reparacji wojennych”.

Pacjenci z syndromem współuzależnienia mogą budzić współczucie, ale i litość, męczą nadkontrolą w relacji, złością powtarzaniem „głupich” zachowań, podtrzymujących cierpienie swoje i bliskich, mogą zaprosić do swojego „oddziału” i zachęcać do zwycięstwa nad uzależnionym, do tworzenia sojuszy przeciwko niemu i egzekwowania założeń. Sytuacja ta prowokować może terapeutę do przekraczania reguł etycznych w realizowaniu przymierza terapeutycznego. Znanym zjawiskiem jest podział wśród terapeutów na tych, co wolą pracować głównie z uzależnionymi lub tylko ze współuzależnionymi. Łączenie tych doświadczeń utrudnione bywa poprzez wnoszoną przez te grupy pacjentów do kontaktu patologię, budzącą silne emocje.

Na tym podłożu zdarzają się ingerencje w system rodzinny.

Na przykład terapeuta prowadząc pracę z uzależnionym ojcem i mężem, kontaktuje się telefonicznie z rodziną celem weryfikacji niewystarczających, jego zdaniem, sposobów wspierania trzeźwości swojego pacjenta.

Kiedy indziej terapeuta naciśka żonę osoby uzależnionej na rozwód z mężem jako jedyny sensowny sposób zmiany sytuacji w rodzinie.

Pacjenci z syndromem DDA natomiast w związku z głębokością swoich ran testują pojemność kontenera terapeuty, niejednokrotnie zapraszając do „trójkąta dramatycznego”, porażając wielkością nieufności, testując porządek umysłu terapeuty. W odpowiedzi w samoobronie niejednokrotnie naruszane są zasady budowania relacji.

Zjawiska te szerzej omawiam poniżej.

## WPLYW CIERPIENIA PACJENTA NA TERAPEUTĘ

Terapeuta uzależnień pracuje, biorąc przede wszystkim pod uwagę specyfikę objawów swoich pacjentów, ale sami pacjenci przecież wnoszą do relacji różnorodne swoje cierpienie – większość osób uzależnionych i współuzależnionych ma doświadczenia syndromu DDA, pacjenci DDA i współuzależnieni ujawniają swoje

uzależnienie itd. Wszyscy natomiast odkrywają i prezentują w trakcie procesu leczenia zakłócenia w swoim rozwoju oraz traumy ze swojego życia.

Zdarzają się jednocześnie sytuacje zaniechania prowadzenia z pacjentami głębszego wywiadu życiorysowego zgodnie z założeniem, że bieżące problemy wynikające z uzależnienia są wystarczającą kanwą leczenia. Niejako chroni to terapeutę przed zetknięciem się z obszarami przeszłego cierpienia, co stawia wyzwanie poczuciu kompetencji zawodowej, ale i gruntuje przekonanie, że znane i wypróbowane technologie



postępowania w leczeniu są wystarczająco uniwersalne, aby pomóc każdemu pacjentowi.

Natomiast w sytuacji decydowania się na pracę z podstawowymi problemami pacjenta wynikającymi w znacznej części z zaburzeń rozwoju więzi i emocji w dzieciństwie, co, jak się wydaje jest coraz powszechniejszą praktyką w leczeniu, mogą zdarzyć się kolejne konsekwencje zakłócające psychoterapię. Mogą to być:

- A. Zastępcza trauma (traumatyzacja).
- B. Stres wtórnej traumy.
- C. Traumatyczne przeciwprzeniesienie.

**Zastępcza trauma** (Mc Cann, Pearlman, 1990 za: Maria Beisert op.cit) oznacza głębokie i trwałe negatywne zmiany w obszarze poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym jako wynik spotykania się z traumą pacjentów i swojej w tym obszarze empatii. Do częstych objawów zaliczamy podobnie jak w PTSD: wtargnięcia i unikanie treści traumatycznych, zakłóce-

nia w obszarze tożsamości i poczucia siły.

Jest ona wynikiem długotrwałego oddziaływania na empatycznego terapeuty opowieści o drastycznych przeżyciach pacjenta w trakcie wielogodzinnego procesu leczenia i stanowi poniekąd naturalną reakcję pomagacza. Staje się on zaangażowanym świadkiem ujawnianych przez pacjenta zdarzeń, jednocześnie mając na nie ograniczony wpływ. Wydaje się, że bez przesady można powiedzieć, że doświadczają zastępczej traumy wszyscy ci, którzy zdecydowali się towarzyszyć ofiarom przemocy w procesie ich leczenia. Jeżeli nie uda się zrównoważyć tego stanu pobudzeniem u siebie czerpanej od pacjenta siły rozwojowej wynikającej z „cudu” radzenia sobie z takim stresem i dokonywania przez niego niejednokrotnie rozwojowych zmian, trudno będzie w pracy zachować profesjonalizm i nie szkodzić.

Dobrym przykładem realności takich zmian są analizy teoretyczne oraz badania w zakresie potraumatycznego rozwoju (Tedeschi, Calhoun za: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Zmiany te zachodzą w obrazie siebie, relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej w kierunku wzrostu osobistej siły, wrażliwości w relacjach z innymi i większej świadomości przeżywanego życia.

**Stres wtórnej traumy** (Figley, 1995 za: Maria Beisert, op. cit) oznacza występowanie objawów postraumatycznych w wyniku pomagania ofiarom. Wymienić tu można:

- psychologiczne wskaźniki stresu i dysfunkcje – trudne emocje, koszmary, wtargnięcia, zachowania kompulsywne, objawy psychosomatyczne, izolację, alienację, spóźnienia, rezygnację z kontaktu;
- zmiany poznawcze, nieufność, brak poczucia bezpieczeństwa, bezradność, poczucie braku wpływu;
- przemiany w traktowaniu siebie i innych w obszarze zawodowym i prywatnym, co może znaleźć wyraz w oddalaniu się od ludzi i zobojętnieniu emocjonalnym lub wycofywaniu się z osobistych relacji;
- inną sytuację nadmiernej bliskości z przeżyciami pacjenta, objawiają-

cą się *poczuciem winy świadka* (Herman, 2004). Oznacza to obwinianie się terapeuty za normalność w swoim życiu wobec skali cierpienia doświadczonego przez pacjenta. Przypomina to w dużym stopniu poczucie winy ofiary przeżywane przez pacjenta, co jest jego próbą przywrócenia kontroli nad doświadczoną traumą. *Poczucie winy świadka* wiła terapeutę w branie na siebie nadmiernej odpowiedzialności za życie pacjenta, co uruchomić może w tym ostatnim obronę przed traumatycznym przeżyciem w formie przechodzenia z pozycji ofiary do pozycji sprawcy na zasadzie: „Jak możesz tak dobrze żyć, skoro ja tak cierpię. W związku z tym należy mi się od ciebie jeszcze więcej czasu, uwagi, bliskości, kompetencji, a ty nie masz prawa w kontekście głębokości moich traum do swojego przyjemnego życia. Jak nie dasz sobie z tym rady, to mnie skrzywdzisz.” W ten sposób terapeuta może stać się ofiarą ofiary, odzyskującej wpływ na sytuację na drodze wtórnych korzyści krzywdzenia innych, tzn. przyjmowania pozycji sprawcy w relacji. Pokazuje to pacjentowi możliwość zmniejszania napięcia i odzyskiwania osobistej mocy kosztem wykorzystywania innych, a u terapeuty często prowadzi do zniekształcenia rozumienia sytuacji w relacji terapeutycznej i w konsekwencji do porażki w leczeniu lub wycofaniu się z niego. Takie zdarzenie wtórnie traumatyzuje pacjenta, pozostawiając go z doświadczeniem, że jego problemy są nie do wyleczenia, a on sam jest „niereformowalny” i pozbawiony pomocy. Na tej drodze niebezpieczeństwo patologii rośnie dwukrotnie.

- *nadidentyfikacja z pacjentem*, która może prowadzić do unikania konfrontowania pacjenta z prawdą o krzywdzie oraz prób kontrolowania i urządzania życia pacjenta celem ochrony go przed kolejną traumą. Natomiast jeżeli terapeuta przerazi się szczegółami cierpieniami pacjenta (a poznanie ich niezbędne jest do zbudowania adekwatnego obrazu zdarzeń) i da temu jakiś wyraz to bywa, że osoba leczona zacznie minimalizować ich znaczenie, aby ochronić terapeutę.

**Traumatyczne przeciwprzeniesienie** odnosi do bezpośredniej relacji terapeuty z pacjentem. Zdarza się, że obrona przed bezradnością wobec problemów pacjenta zachęca terapeutę do przyjmowania pozycji „wybawiciela”, osoby wyjątkowej i wszechpotężnej.

W innym przypadku leczący może utożsamić się z gniewem ofiary czy przyjmować postawę sędziego wobec niej. Tego typu reakcje, jeśli są nieświadome, zniekształcają relację terapeutyczną i utrudniają realizowanie celów leczenia.

Skutkiem tych wyczerpujących procesów może być **wypalenie zawodowe** oraz **zmęczenie współczuciem** (wypalenie empatią), co może przejawiać się przeżywaniem traumy jak swojej, izolacją od innych ludzi, nadpobudliwością, dystansowaniem się i utratą zainteresowania wykonywaną pracą.

Wspomniane doświadczenia są dużym wyzwaniem dla zachowania etycznych granic w pracy terapeuty. Niezbędne jest wsparcie, supervizja, dbałość o higienę własnej pracy celem niezamieniania relacji z pacjentem w sytuację będącą swoistym powtórzeniem doświadczenia przemocowego.

## WPŁYW CIERPIENIA TERAPEUTY NA PACJENTA

Własne trudne doświadczenia, nieprzepracowane traumy i emocje niejednokrotnie prowadzą do przenoszenia ich na pacjenta, co bez uświadomienia sobie tego procesu przez terapeutę, przyczynić się może do nadużyć w tej relacji. Jedną z możliwości jest na przykład narcystyczna rywalizacja o to, czyje cierpienie jest większe i sprawiedliwsze czy bardziej uzasadnione. Możliwe też jest „obdarzenie” pacjenta reakcjami własnych destrukcyjnych obiektów wewnętrznych, mitami, stereotypami czy światopoglądem.

Inną sytuacją bywa ocena gotowości pacjentów do zagłębiania się w swoje problemy na podstawie faktu nieporuszania przez nich trudności w niektórych obszarach. Konfrontacja z przebiegiem terapii w innych analogicznych grupach pacjentów pokazuje, że nieporuszanie przez pacjentów, na przykład, problematyki nadużyć seksualnych, wynika z braku wewnętrznej

gotowości terapeutów do poruszania tych tematów ze względu na osobiste skrepowanie i obawy.

Frustracje zawodowe, organizacyjne i finansowe terapeuty są dużym zagrożeniem dla postępowania etycznego w pracy z pacjentem. Terapeuta jako „ofiara” swojej pracy może obronnie przechodzić w pozycję „sprawcy” wobec pacjenta, oczekując od niego rekompensaty swoich niedostatków. Może to wyrażać się brakiem ochoty na angażowanie się, krypto lub wprost agresją, nieprzestrzeganiem kontraktu i granic w relacji, używaniem pacjenta do swoich celów.

Niekiedy przybiera to formę szybkiej rezygnacji z pracy niesatysfakcjonującej ekonomicznie czy organizacyjnie z małą dbałością o skutki przerywania lub szybkiego kończenia relacji z pacjentami obciążanych konsekwencjami takich decyzji.

Podsumowując – terapeuta, w tym też terapeuta uzależnień, w trakcie swojej pracy obcuje w zawodowych sytuacjach z cierpieniem swoim i ludzi prawdopodobnie w większym stopniu niż inni. „Współbycie” z cierpiącymi i pomaganie im daje satysfakcję, ale również uczy pokory wobec siły tego zjawiska. Rozmawianie o nim, rozumienie, wspieranie w unoszeniu jego ciężaru i przenikanie do własnego doświadczenia jest niezbędne, ale również buduje zasoby i kompetencje do dalszego rozwoju i dbania o ograniczanie niszczących skutków tej części ludzkich doświadczeń

### RAJMUND JANOWSKI



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

### BIBLIOGRAFIA

1. Beisert M., „Ryzyko związane z wykonywaniem zawodu terapeuty seksuologa” w : M. Brzeziński, L. Cierpiatkowska: „Zdrowie i choroba” GWP 2008
2. Herman J.T., „Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi” GWP 2004
3. Ogińska – Bulik N., Juczyński Z., „Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar” *Psychiatria* t.7 nr 4 2010

**Agnieszka Zwierzchowska – Łucka, Patrycja Aleksandrowicz, Kamila Kocańda**

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie kwestii prawnych, wobec których terapeuta uzależnień zetknie się w toku wykonywania zawodu.

# PRAWNE ASPEKTY WYZWAŃ ETYCZNYCH TERAPEUTY UZALEŻNIEŃ – CZĘŚĆ II

Istotnymi problemami, z którymi coraz częściej spotykają się terapeuci uzależnień, są kwestie związane z tajemnicą zawodową, udostępnianiem dokumentacji medycznej z prowadzonej terapii czy innych informacji pozyskanych w trakcie terapii oraz kontakty z organami wymiaru sprawiedliwości (sądami, prokuraturami). Z uwagi na zwiększające się potrzeby społeczeństwa dotyczące leczenia uzależnień, wzrasta również liczba sytuacji, co do których terapeuci uzależnień zwracają się o wsparcie prawne. W związku z tym poniżej przedstawione zostaną wybrane, najczęściej występujące, zagadnienia, o wyjaśnienie których zwracają się do prawników. Autorki przytoczą również wstępne uwagi teoretyczne, które umożliwią pełniejsze zrozumienie przytoczonych problemów.

## UWAGI WSTĘPNE

Zadania z zakresu przeciwdziałania alkoholizmowi określa Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 165 z późn. zm.), wskazując, iż obejmują także leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych od alkoholu. Oprócz wskazanych zadań Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1862), wskazuje również na działania diagnostyczne w zakresie diagnozy nozologicznej i problemowej oraz programy psychoterapii uzależnień, a Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz.

U. z 2023 r. poz. 172), wymienia również leczenie, rehabilitację i reintegrację osób uzależnionych.

Według rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19.06.2019 r. (Dz.U. poz. 1285 ze zm.), specjalista psychoterapii uzależnień należy do personelu udzielającego świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych zostały uwzględnione w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Classification of Diseases – ICD-10*). Uzależnienie leczy się z wykorzystaniem farmakologii i psychoterapii, przez co współdziałanie specjalistów z obu dziedzin [lekarza i psychoterapeuty uzależnień – przyp.] jest niezbędne do sporządzenia prawidłowej opinii o stanie uzależnienia danej osoby [1].

Zgodnie z definicją określoną w art. 3 ust. 1 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2022, poz. 1876 t.j. ze zm.) w zw. z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2022, poz. 633 t.j. ze zm.), osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Świadczenia zdrowotne to – wedle art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej – działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

Powyższe pozwala na przyjęcie, że psychoterapia uzależnień stanowi nieodłączną i integralną część procesu leczniczo – terapeutycznego w ramach szeroko rozumianego leczenia uzależnień. Pomimo tego, że zawód terapeuty uzależnień nie został wprost określony jako zawód medyczny, należy przyjąć, że udział specjalisty tego rodzaju w procesie leczenia uzależnień obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych, przez co obowiązują go określone standardy i zasady dotyczące wykonywania tego zawodu. Ponieważ jednak przepisy wprost ich nie określają, źródła pochodzenia poszukiwać należy gdzie indziej.

Definicja „zawodu zaufania publicznego” wywodzi się z art. 17 Konstytucji Rzeczy-



pospolitej Polskiej. Ustawodawca wskazał, że w drodze ustawy można tworzyć samorządy zawodowe, reprezentujące osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, posiadające określone kompetencje, w tym sprawujące pieczę nad prawidłowym wykonywaniem zawodu (np. pod względem dyscyplinarnym).

Jednak niekiedy może wystąpić sytuacja, gdzie pomimo braku istnienia samorządu zawodowego dany zawód należy uznać i zakwalifikować jako zawód zaufania publicznego. O takiej kwalifikacji decydować powinny czynniki takie jak: dopuszczenie przez pacjenta (klienta) osoby wykonującej dany zawód do sfery jej prywatności, powierzenie spraw szczególnie istotnych z perspektywy dobra i ochrony praw jednostki [2].

W świetle kompetencji należy wskazać, że zawód terapeuty uzależnień jest zawodem zaufania publicznego, z czym nierozdzielnie wiążą się określone skutki prawne.

W kontekście powyższych wniosków warto przywołać jedno ze stanowisk ekspertów, sformułowane podczas konsultacji publicznych poprzedzających skierowanie do ogłoszenia Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 marca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, wprowadzającego specjalizację z dziedziny psychoterapii uzależnień do ustawowego katalogu specjalizacji mających zastosowanie w ochronie zdrowia, które dodatkowo akcentuje charakter zawodu psychoterapeuty uzależnień, gdzie wskazano: „(...) Należy zauważyć, że problematyka uzależnień jest bardzo złożona, wymaga nie tylko wiedzy na temat psychopatologii w tej dziedzinie ale i szerszej wiedzy klinicznej, ponieważ problemy związane z uzależnieniem nakładają się na różne stany związane ze zdrowiem psychicznym i somatycznym. (...)” [3].

Wobec powyższego przyjąć należy, że terapeuta uzależnień jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy informacji, które uzyska w związku z wykonywanym zawodem, co wynika z art. 14 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nie można w tym miejscu wszakże pomijać regulacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2022, poz. 2123 t.j. ze zm.). W literaturze słusznie zwraca się uwagę na brak precyzji w określeniu katalogu osób zobowiązanych do przestrzegania tajemnicy psychiatrycznej [4].

Dotąd dodatkowe wątpliwości budzi kwestia zastosowania obowiązku tajemnicy do działalności prywatnych ośrodków leczenia uzależnień.

Biorąc pod uwagę, iż ustawodawca szeroko definiuje działania wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, obowiązek tajemnicy w procesie leczenia uzależnień ma zastosowanie do wszelkich podmiotów oraz osób, które udzielają świadczeń zdrowotnych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego [5].

## ZAKRES TAJEMNICY

Problematyka zakresu tajemnicy w przypadku zawodu terapeuty uzależnień wynika, przede wszystkim z okoliczności związanych z brakiem prawnej regulacji tego zawodu zarówno w kontekście samorządu zawodowego, jak i – w konsekwencji – standardów jego wykonywania. Tymczasem nawet w przypadku zawodów mających ugruntowaną regulację ustawową dylematy prawne dotyczące zakresu obowiązywania tajemnicy zawodowej oraz przypadków jej wyłączeń lub możliwości uchylenia, budzą w doktrynie prawa wątpliwości [6].

W literaturze prawa wskazuje się, że w przypadku tajemnicy lekarskiej objęte są nią zarówno wyniki badań, diagnoza postawiona na ich podstawie, historia choroby, uprzednie postępowanie terapeutyczne, metody i postępy w leczeniu, wcześniejsze lub współistniejące schorzenia, hospitalizacje, przyjmowane leki oraz wszelkie materiały związane z leczeniem [7]. Imiona, nazwiska i adresy są objęte tajemnicą medyczną na tych samych zasadach, co informacje dotyczące przebiegu leczenia [8].

D. Karkowska postuluje wprowadzenie „tajemnicy pacjenta” czy „tajemnicy medycznej” na wzór np. tajemnicy bankowej, wskazując, że w ten sposób obowiązek zachowania tajemnicy w przypadku osób niemających odrębnie uregulowanego obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej zostałby nałożony na wszystkie osoby, które uzyskały poufne informacje z racji swego funkcjonowania w ramach podmiotu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej [9]. Wydaje się, że decydujące znaczenie dla zakresu tajemnicy dotyczącej pacjenta ma kryterium formalne dotyczące okoliczności uzyskania informacji poufnych w związku z wykonywaniem określonego zawodu [10].

Należy zaznaczyć, że w literaturze prawa nie jest sporne, że tajemnica obejmuje wszystkie informacje uzyskane od pacjenta, albowiem ustawodawca nie różnicuje w żaden sposób danych o charakterze medycznym i pozamedycznym [11]. Tajemnicą medyczną objęte są nie tylko dane z dokumentacji medycznej, lecz także pozostałe informacje, również niezwiązane ze stanem zdrowia pacjenta [12].

Z tych względów przyjąć wypada, iż dane pozyskiwane przez terapeutę uzależnień w szeroko rozumianym procesie leczniczym, niebędące danymi medycznymi w ścisłym znaczeniu, także objęte są tajemnicą.

Określając od strony podmiotowej osobę, wobec której należy zachować tajemnicę, należy odwołać się do definicji odbiorcy świadczeń na gruncie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Przez „osobę, wobec której podjęto czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego” rozumieć należy zatem nie tylko osoby wskazane w art. 3 pkt 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, lecz także wszystkie inne osoby, wobec których podjęto jakiegokolwiek czynności wskazane w ustawie, w tym takie, które swoim zachowaniem przejawiają możliwość zdiagnozowania zaburzeń psychicznych i to bez względu na ich wiek [13].

Z kolei przez czynności wynikające z powołanej ustawy rozumie się nie tylko diagnostykę psychiatryczną, lecz także psychologiczną, podejmowane wobec każdej osoby badanej psychicznie, a nie tylko względem osoby ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi [14].

## DOKUMENTACJA MEDYCZNA

Pomimo, iż obowiązujące przepisy nie zawierają legalnej definicji dokumentacji medycznej, art. 25 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa jej zawartość jako, co najmniej, oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości, oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych oraz datę sporządzenia. Nie jest to jednak katalog zamknięty.

Przepis art. 50 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego reguluje zasady zwalniania z tajemnicy osób wykonujących czynności wynikające z tej ustawy



i dotyczy ujawniania informacji, w posiadanie których weszły te osoby.

W piśmiennictwie wskazuje się, że dokumentacja medyczna jest dokumentacją podmiotu leczniczego, zatem jej udostępnienie stanowi czynność tego podmiotu, a nie osoby wykonującej zawód medyczny. W związku z tym do udostępnienia dokumentacji medycznej zastosowanie mają przepisy art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który w katalogu zawartym w tym przepisie określa krąg podmiotów uprawnionych, z mocy prawa, do dostępu do niej [15].

W sytuacji żądania przez uprawniony podmiot dokumentacji medycznej należy zatem udostępnić ją po dokonaniu weryfikacji tegoż uprawnienia w katalogu, o którym mowa, jak również zabezpieczyć przed dostępem osób nieupoważnionych, tj. opiekunów w odrębnej kopercie opatrzonej adnotacją o treści przykładowej: „dokumentacja medyczna: nie otwierać w obiegu wewnętrznym”.

W doktrynie wskazuje się, że przez dokumentację psychiatryczną należy rozumieć zbiór dokumentów bądź pewną ich część, która została sporządzona wskutek wykonywania wobec określonej osoby czynności wynikających z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zarówno w szpitalu, jak i podczas leczenia ambulatoryjnego [16]. Z przepisu art. 51 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wynika wprost, że w dokumentacji dotyczącej badań lub przebiegu leczenia osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, nie utrwała się oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary. Zasadę tę stosuje się również do dokumentacji dotyczącej badań przeprowadzonych na żądanie uprawnionego organu. Zdanie drugie cytowanego przepisu określa jednoznacznie, że w tym zakresie zakaz utrwalania oświadczeń dotyczy nie tylko dokumentacji wytworzonej wskutek prowadzenia leczenia z inicjatywy osób wskazanych w ustawie, lecz także wytworzonej na żądanie uprawnionego organu, np. sądu czy prokuratury.

Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentację medyczną udostępnia się także osobie bliskiej, która w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

Pacjenta została zdefiniowana jako małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub wskazana przez pacjenta, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. W przypadku sporu między osobami bliskimi o udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodę na jej udostępnienie wyraża sąd na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny.

Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy występujący o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiający się jej udostępnieniu jest osobą bliską. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się udostępnieniu dokumentacji medycznej osobie bliskiej po swej śmierci, sąd, na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na udostępnienie tej dokumentacji i określić zakres jej udostępnienia, jeżeli jest to niezbędne w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta lub dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

\* \* \*

W następnym artykule omówiona zostanie problematyka postępowania terapeuty uzależnień względem określonych organów. Niejednokrotnie bowiem, w związku z wykonywanym zawodem, ma on kontakt z Policją, sądami, prokuraturami czy kuratorami sądowymi. W tym zakresie powstają problemy związane z przesłuchaniem w charakterze świadka, uzyskaniem w toku terapii informacji o popełnieniu przestępstwa, zawiadomieniem o podejrzeniu popełnienia przestępstwa czy udzielaniu informacji odnośnie realizacji przez osobę uzależnioną orzeczonej kary – obowiązku poddania się terapii. W tym zakresie poruszona zostanie kwestia obowiązków i uprawnień terapeutów uzależnień względem organów.

## KAMILA KOCAŃDA



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.

## AGNIESZKA ZWIERZCHOWSKA-ŁUCKA



Radca prawny, wykładowca prawa medycznego. W praktyce zawodowej zajmuje się obsługą podmiotów medycznych.

## PATRYCJA ALEKSANDROWICZ



Radca prawny. W praktyce zawodowej zajmuje się obsługą podmiotów medycznych.

## BIBLIOGRAFIA

1. M. Koszowski [w:] I. Niżnik-Dobosz, M. Koszowski, *Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Komentarz*, LEX/el. 2022, art. 28(a).
2. P. Samecki [w:] *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Tom I, wyd. II, red. L. Garlicki, M. Zubik*, Warszawa LEX/el. 2016, art. 17.
3. *Raport z konsultacji publicznych i opinionowania projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego Rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia*, str. 22 – 24, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12355951>, dostęp: 20.03.23 r.
4. M. Szewczyk, *Kilka uwag dotyczących przestępstw przeciwko wymiarowi sprawiedliwości*, *Prokuratura i Prawo* 2000;6:25.
5. G. Wymysłowski [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, red. P. Drembkowski, B. Kmiecik, R. Tyimiński, Warszawa LEX/el. 2023, art. 51; por. także: M. Urbaniak, *Czy do działalności komercyjnych ośrodków leczenia uzależnień stosuje się przepisy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi?* LEX/el., nr 1493128.
6. K. Podsiadły-Gęsikowska, A. Powierża, E. Wasilewska [w:] *Ochrona zdrowia psychicznego. Komentarz*, red. P. Drembkowski, B. Kmiecik, R. Tyimiński, Warszawa LEX/el. 2023, art. 50.
7. *Wyrok z dnia 20 kwietnia 2020 r. Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 20 kwietnia 2020 r., III SAB/Gl 45/20, LEX nr 3021205.*

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: [www.touib.pl](http://www.touib.pl)

**Ewa Miturska**

*Bardzo często w parze z rozpoznaniem uzależnienia mamy do czynienia z dwojgiem ludzi z pierwotnymi deficytami w zakresie budowania wzajemnych relacji, mającymi trudności z dbaniem o związek w oparciu o zaufanie, bliskość i szacunek*

# JAK PRACOWAĆ Z PARAMI I RODZINAMI Z PROBLEMEM UZALEŻNIENIA?

Artykuł zawiera krótkie wprowadzenie do zastosowania terapii par i rodzin w leczeniu uzależnień oraz końcowe refleksje ze zrealizowanego programu szkoleniowego „Szkolenie doskonalące umiejętności terapeutów uzależnień w zakresie prowadzenia terapii par i rodzin z problemem alkoholowym”. Program był realizowany w okresie szkoleniowym maj – październik 2022 r na zlecenie Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom, przy współpracy z Fundacją ETOH, dzięki wsparciu środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

## ZASTOSOWANIE TERAPII PAR I RODZIN W LECZENIU UZALEŻNIENIA

Uzależnienie rozwija się w tle obciążeń wynikających z rodziny generacyjnej i rodziny prokreacyjnej. Bardzo często w parze z rozpoznaniem uzależnienia mamy do czynienia z dwojgiem ludzi z pierwotnymi deficytami w zakresie budowania wzajemnych relacji, mającymi trudności z dbaniem o związek w oparciu o zaufanie, bliskość i szacunek, a na dodatek poranionymi jeszcze doświadczeniami wynikającymi z uzależnienia. Pary takie tworzą relację w klimacie intensywnych emocji i niewyrażonego napięcia. W takiej atmosferze para przechodzi przez kolejne etapy życia w rodzinie: narzeczeństwo, konstruowanie związku, wychowywanie dzieci i normalizację w okresie pustego gniazda. Każdy z tych etapów niesie za sobą kolejne wyzwania rozwojowe.

Terapia par pozwala partnerom poprzez edukację i różne ćwiczenia wyjść

z impasu w ich relacji, przyczynia się do lepszego rozumienia siebie oraz reakcji partnera. Wprowadzona na którymkolwiek ze wspomnianych etapów umożliwia analizę obciążeń zgłaszanych przez pacjentów oraz zrozumienie doświadczanych trudności między dwojgiem ludzi zarówno z perspektywy jednostki, jak i wzajemnej historii ich związku. Pozwala wyjaśnić wzorce i skrypty z rodziny generacyjnej oraz ich znaczenie w aktualnej rodzinie prokreacyjnej. Daje szansę na ogląd tego, jak są realizowane wzajemne potrzeby partnerów i konstruowane oczekiwania w stosunku do siebie nawzajem oraz jak przebiega komunikacja pary w wielu ważnych dla niej kwestiach. Zwraca uwagę na aktualny cykl życia rodziny oraz obserwuje odśrodkowe procesy pomiędzy dążeniem do niezależności (autonomii) i ujawnianiem zależności (przywiązania). Pozwala przepracować wzajemne koluzje w obrębie schematów interpersonalnych; szczególnie zapobiec destrukcji wynikającej z poświęcania, uwikłania, perfekcji, zależności, dominacji i roszczeniowości. Wzmacnia zdrowe, dorosłe formy reakcji u obojga partnerów. Terapia par może pomóc związkowi wyznaczyć kierunek rozwoju i uruchomić zasoby warte zastosowania w dalszym zdrowieniu. Jej celem jest również skuteczne przeciwdziałanie nawrotowi choroby.

## OBSZARY DO PRACY TERAPEUTYCZNEJ Z PARĄ W LECZENIU UZALEŻNIENIA

W literaturze jako podstawowe cele do pracy terapeutycznej z parą borykającą się z uzależnieniem, wymienia się:

- Poprawę wzajemnej komunikacji;
- Naukę w zakresie rozpoznawania i wyrażania uczuć;
- Pomoc w konstruktywnym rozwiązaniu konfliktów;
- Wprowadzenie równowagi w zakresie podziału obowiązków;
- Wsparcie w okazywaniu bliskości emocjonalnej w związku;
- Wzmocnienie wzajemnego wsparcia w relacji;
- Uświadomienie i urealnienie wzajemnych oczekiwań wobec partnera i siebie;
- Pomoc w dookreśleniu ról i zadań w związku;
- Rozwiązanie problemów lub eliminację innych obciążeń dla związku;
- Wzmocnienie postawy bycia zaangażowanym w dbanie o wzajemne relacje;
- Pracę w obszarze seksualności w związku i wzmocnienia intymności;
- Nabywanie odpowiedzialności za własne funkcjonowanie w związku;
- Pomoc w podjęciu decyzji dotyczącej bycia razem lub rozstania.

Priorytetowym warunkiem do terapii par jest podjęcie leczenia w zakresie uzależnienia i zatrzymanie używania alkoholu i/lub innych substancji. Ponadto, para zgłaszająca się do terapii powinna być gotowa do podjęcia pracy nad sobą i mieć zdolności do rozumienia interakcji między sobą. Partnerzy muszą też umieć kontrolować swój afekt, znosić frustrację i unikać agresji. Wskazane, aby oboje przejawiali otwartość na zmianę i wzajemnej rela-

cji i co oczywiste, byli chętni do nauki nowych zachowań.

Kryteria wykluczające możliwość udziału w terapii par to: aktywne uzależnienie, występowanie u któregoś z partnerów poważnych problemów natury psychicznej i ryzyko suicydalne. Przeciwwskazaniem jest obecność w relacji czynnej przemocy oraz wysoka wrogość i duża konfliktogenność. Dodatkowo, terapię par wyklucza podjęta decyzja o rozwodzie lub życie w tzw. podwójnym związku. Czynnikiem dyskwalifikującym jest brak lub niska motywacja do zaangażowania w ratowanie związku.

## DYLEMATY I DOŚWIADCZANE TRUDNOŚCI W PROCESIE TERAPII PAR

Na początku leczenia narracja między małżonkami jest wypełniona komunikatami na temat wcześniejszych i bieżących zranień. Na tym etapie częste jest wzajemne oskarżanie się lub tylko pozorne wybaczenie. Problemem może być oddzielenie przeszłych doświadczeń bez ponownego „rozdrapywania” bolesnych treści. Konfrontacja z faktami, zderzenie się z punktem widzenia drugiej strony może być bardzo trudne dla obojga partnerów. Niekiedy nie jest łatwo partnerom kontrolować emocje lub znosić frustracje wynikające z deprivacji potrzeb. Bywa, że partner/ka osoby uzależnionej doświadczył/a tak wielu urazów, że bez dodatkowej pomocy nie będzie w stanie podjąć otwartej rozmowy i zaangażować się w ratowanie związku, poczucie żalu może być zbyt blokujące. Partner uzależniony doznaje wglądu w rozumieniu wpływu uzależnienia na dynamikę relacji, zestawienie z tym, jak wiele szkód we wzajemnej relacji wynika z picia/zażywania wzmaga z reguły poczucie winy. Możliwość wyjścia poza kontekst uzależnienia i osłabienie języka opartego na poczuciu krzywdy i winy stanowi podstawę dalszego bycia ze sobą. Partnerzy muszą we wzajemnych interakcjach zrozumieć swój wpływ na siebie nawzajem. Odczytując pętle sprzężeń zwrotnych między małżonkami/partnerami, poszukuje się tych zachowań, które sprzyjają powrotowi do używania substancji. Ich identyfikacja i wyeliminowanie pro-

wadzi do „zdrowienia” pary, ważne jest kształtowanie postawy dialogu i współdziałania jako strategii zaradczych.

Prowadzenie terapii par wymaga od terapeuty neutralności wobec obojga partnerów, zaciekawienia perspektywą każdego z nich. Pamiętać należy, że para wykazuje zmienną motywację do pracy nad sobą i zróżnicowany poziom zaangażowania w odbudowę związku. Każda strona związku ma swoją historię, inaczej rozumie wiele zdarzeń, śledzenie tych narracji wymaga od terapeuty dużej uważności. Praca z parą wymaga postrzegania partnerów jako całości przy jednoczesnym zachowaniu obiektywizmu wobec każdego z nich osobno i umiejętności

przyjmowania różnych perspektyw widzenia wobec przedstawianych spraw. Terapeuta powinien być bezstronny, musi unikać wciągania w relację oraz wyraźnie nie popierać którejkolwiek ze stron, winien balansować między swoją ciekawością a zachowaniem autentyczności. Zadaniem terapeuty jest rozpoznanie problemów, wyznaczenie celów i nadzorowanie procesu terapii, przede wszystkim jednak zbudowanie takiego przymierza terapeutycznego, które w bezpiecznej atmosferze pozwoli partnerom czuć się na równi wysłuchanymi i wspomaganiymi.

Pomocne w tworzeniu takiego sojuszu są m.in. jasne zasady komunikacji, modelowanie aktywnego sposobu

## ZAKRES TEMATYCZNY I CELE SZKOLENIA OPRACOWANIE WŁASNE:

Zagadnienia	Cele
Terapia par i rodzin w leczeniu uzależnień.	Zastosowanie terapii par w leczeniu uzależnienia: diagnostyka, motywowanie, dylematy i trudności. Modele terapii par w różnych podejściach psychoterapii.
Krótkoterminowa terapia par.	Nauka umiejętności prowadzenia krótkoterminowej terapii par. Wzmacnianie relacji w diadzie partnerskiej.
Metodyka pomocy parom.	Poprawa komunikacji w parze. Nauka wyrażania emocji i radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Zastosowanie wybranych technik w terapii par.
Rodzina z problemem uzależnienia w ujęciu systemowym.	Poprawa komunikacji w systemie rodzinnym. Odciążenie z pełnienia dysfunkcyjnych ról przez dzieci – zapobieganie parentyfikacji i triangulacji.
Wpływ rodziny pochodzenia na związek.	Rozpoznanie wzorców z rodziny pochodzenia i próba zmiany wybranych przekazów transgeneracyjnych. Praca w parze z genogramem.
Style więzi w relacjach partnerskich.	Budowanie bezpiecznych więzi, intymności i bliskości.
Odkrywanie i wzmacnianie zasobów w związku.	Wzmacnianie systemu wsparcia wewnątrzsystemowego. Pomoc w kształtowaniu współpracy, współdziałania w parze.
Proces zdrowienia w parze.	Wzmacnianie abstynencji i funkcjonalnych zachowań w parze. Pomoc w podjęciu ról partnerskich/mażeńskich/rodzicielskich.
Seksualność w relacji partnerskiej.	Psychoedukacja seksuologiczna. Rozwijanie intymności i seksualności w parze.

Ewa Miturska

rozmawiania o problemach, niewchodzenie w koalicje oraz wzmacnianie kompetencji partnerów w odbudowywaniu więzi emocjonalnych. Zasadniczą część pracy opiera się na tym, co aktualne dla pary „tu i teraz” – taka perspektywa czasowa jest przestrzenią do zastanawiania się każdego z partnerów, co można zmienić, by było lepiej, bez nadmiernej potrzeby rozliczania się z tego, co już było.

## REFLEKSJE Z ZAJĘĆ

Szkolenie adresowane było do szerokiej grupy: specjalistów psychoterapii uzależnień, psychoterapeutów, osób w trakcie szkolenia na specjalistę psychoterapii uzależnień i szkoleń psychoterapii, psychologów pracujących z osobami uzależnionymi. Obejmowało trzydzieści godzin dydaktycznych, dwanaście godzin różnych tematycznie wykładów oraz osiemnaście godzin praktycznych zajęć warsztatowych. Zrealizowano trzy edycje, łącznie udział wzięło 45 osób.

Zainteresowanie szkoleniem przerosło jakiegokolwiek oczekiwania, zgłosiło się bardzo dużo osób. Wydaje się, że tak szeroki odzew świadczy o zaciekawieniu tematyką, jak i zapewne o potrzebie pogłębienia umiejętności w prowadzeniu terapii par i rodzin w obszarze leczenia uzależnienia.

Program merytoryczny szkolenia miał charakter autorski i został opracowany w oparciu między innymi o wiedzę z zakresu leczenia uzależnienia i pomocy partnerom oraz członkom rodzin osób z rozpoznaniem uzależnienia. Struktura programu odnosiła się do niektórych umiejętności praktycznych w prowadzeniu krótkoterminowych i długoterminowych terapii par/rodzin, w adaptacji do danej grupy pacjentów. Wykładowcami byli profesjonalni trenerzy i zarazem praktycy kliniczni, intencjonalnie reprezentujący różne podejścia terapii w zakresie prowadzenia par i rodzin. Przy opracowywaniu zajęć korzystano z wybranych elementów podejścia poznawczo – behawioralnego, w tym koncepcji reprezentujących tzw. III falę CBT oraz podejścia systemowego. Uwzględniono także wątki z innych podejść: nurtu psychodynamicznego czy humanistycznego. Pod uwagę brano głównie te tematy, które mogą

zastosowanie w pracy z parą/rodziną z rozpoznaniem uzależnienia. Uczestnikom celowo zaprezentowano metodykę i techniki terapii stosowane w ramach różnorodnych koncepcji pracy z parami/rodzinami, przyświecało temu założenie prezentacji ciekawych i „nowszych” wątków oraz wzbogacenie standardowego warsztatu pracy terapeuty pracującego w leczeniu uzależnień.

Korzystając z podejścia CBT, uczestnicy ćwiczyli między innymi pracę w obszarze komunikacji, regulacji emocji i rozwiązywania problemów w diadzie partnerskiej. Uczyli się stymulować dynamikę pary w zakresie wzajemnego wzmacniania siebie i udzielania sobie konstruktywnego wsparcia w okresie zdrowienia. Rozpoznawali zachowania podtrzymujące w parze abstynencję i wzmacniające relację tzw. zachowania nagradzające.

Celem części ćwiczeń była również praca z dysfunkcyjnymi przekonaniami na temat miłości, modyfikacja nierealistycznych oczekiwań co do związku i partnera oraz niwelowanie typowych zniekształceń poznawczych szkodliwych dla relacji. Odwołano się również do zastosowania wybranych elementów z tzw. III fali CBT: terapii

schematów TS, dialektyczno – behawioralnej terapii DBT czy treningu mindfulness MBSR.

W przypadku zastosowania terapii schematów w pracy z parą istotne było m.in. rozpoznawanie relacji krzyżowych w trybie Rodzic – Dziecko i nauka wzmacniania partnerów w kształtowaniu postaw charakterystycznych dla trybu Zdrowego Dorosłego oraz niwelowania trudności będących wynikiem wybranych dezadaptacyjnych schematów obojga partnerów. Pod lupę brano najczęściej występujące schematy w związkach z diagnozą uzależnienia takie jak: samopoświęcenia, podporządkowania, bezwzględnych standardów, zależności, roszczeniowości, wadliwości i wstydu, deprivacji emocjonalnej, opuszczenia/niestabilnych więzi, nieufności/skrzydzenia oraz izolacji społecznej.

W ramach szkolenia zaprezentowano ciekawe wątki do pracy w parze w oparciu o zastosowanie technik z treningu mindfulness m.in. zaprezentowano naukę wzajemnej uważności w obszarze zaspokojenia swoich potrzeb, werbalizowania emocji i uważnej komunikacji. Uczestnicy poznali także wybrane techniki mindfulness w pracy z ciałem i sek-



sualnością. Również dialektyczno – behawioralna terapia znalazła swoje zastosowanie w zakresie nauki zdolności samoukojenia emocji oraz w pracy z parą eskalującą, szczególnie w tzw. tańcu narcyzm – borderline.

Podejście psychodynamiczne zostało w danym szkoleniu wykorzystane do nauki zrozumienia wielu obciążeń partnerów z rodzin pochodzenia, zgodnie z założeniem, iż jakość związku/małżeństwa i powstające w nim problemy są zdeterminowane rozwojem osobowości partnerów w pierwotnych relacjach z opiekunami. Kwestie poruszane na szkoleniu dotyczyły m.in. nieświadomego wyboru partnera i poziomu dopasowania pary, występowania w parze tzw. projekcyjnego systemu pary, wspólnych nieświadomych fantazji i narcystycznych zranień.

Ważnym wątkiem była praca nad związkami koluzyjnymi, za takie uważa się w tym podejściu, związki powstałe na przesłance dopełnienia pierwotnych deficytów, gdzie partner/współmałżonek ma spełniać standardy „ja idealnego” i uzupełniać braki wynikające ze zranień w relacji z rodzicem/ami. Koluzja polega na nieświadomym współdziałaniu partnerów, którego celem jest poradzenie sobie z lękami i wewnętrznymi konfliktami. Istota tego podejścia to osiągnięcie przez parę wglądu, który pozwoli zrozumieć swoje obciążenia z przeszłości i przepracować je w kierunku tworzenia realistycznej, bezpiecznej więzi.

Ważnym aspektem jest szczególnie przepracowanie lęku przed bliskością emocjonalną i kształtowanie otwartej, ufnej postawy w relacji z obiektem. Podejście to mocno akcentuje dla dobra jakości relacji w związku tworzenie więzi opartej nie na wyobrażeniach, projekcjach i wspólnych fantazjach, lecz stabilnej i rzeczywistej wymianie na płaszczyźnie intelektualnej, emocjonalnej, duchowej i seksualnej.

Ponadto, tworzenie i wzmacnianie bezpiecznego stylu więzi między partnerami jest kluczowym elementem pracy w terapii par w różnych podejściach terapeutycznych. Mając to na uwadze, uczestnikom szkolenia przedstawiono wybrane metody



pracy wzmacniające budowanie bezpiecznych więzi w oparciu o wspomniane już podejście psychodynamiczne, a także terapię schematów TS, narracyjną terapię więzi oraz podejście skoncentrowane na emocjach EFT. Z kolei ten ostatni model pracy z parą – EFT, reprezentujący podejście humanistyczne, ma szerokie zastosowanie w terapii par w nauce kształtowania zdrowej więzi opartej nie na zależności, tylko na wzajemnym współdziałaniu, gdzie ważnym elementem we wspólnym tańcu jest komunikacja, wsparcie i bliskość emocjonalna.

Partnerzy uczą się, jak funkcjonować w związku, aby wytworzyć bliskość i poczucie bezpieczeństwa,

których pragną. Dowiadują się, jak rozpoznać swoje emocjonalne potrzeby i jak subtelnie, bez roszczeniowości i obarczania winą uzyskać od siebie pomoc i zrozumienie. Terapia par skoncentrowana na emocjach poszukuje powtarzających się wzorców interakcji między partnerami oraz pracuje nad ich zmianą na bardziej elastyczne i lepiej służące związkowi. Tak, aby pary mogły przejść symbolicznie od tańca pełnego chaosu i szarpaniny do tańca pełnego gracji i równowagi.

Uzupełnieniem do pracy nad bezpieczną więzią są narracje obojga partnerów dające obraz zaspokojenia potrzeb przywiązaniowych w rodzinie pochodzenia każdego z nich

i w aktualnie tworzonemu związku. Narracyjna terapia więzi wskazuje na styl budowania więzi oraz uczy zachowań budujących i podtrzymujących tzw. bezpieczną bazę we wzajemnych kontaktach.

Z kolei terapia schematów dokładnie wyjaśnia obciążenia w zakresie tworzenia konstruktywnej, stabilnej więzi w zakresie rozpoznanych schematów, jakie posiada każdy z partnerów i trybów w jakich funkcjonuje w relacji z drugą osobą.

Uzupełnieniem dla myślenia linearnego było założenie o cyrkularności w relacji, jedno z wiodących założeń paradygmatu systemowego.

Uczestnicy szkolenia stosując wiedzę z podejścia systemowego w terapii par oraz rodzin, uczyli się m.in. rozumienia trudności, z jakimi mierzy się tzw. pacjent identyfikowany w parze lub rodzinie, rozpoznawali cyrkularne koła w diadzie partnerskiej oraz identyfikowali problemy pary/rodziny podtrzymujące dysfunkcyjne mechanizmy. Ważne wątki, jakie poruszane były na szkoleniu, dotyczyły badania przeszłości pary/rodziny i historii zgłaszanego problemu tzw. narracja pary. W oparciu o informacje zawarte w przykładowych genogramach par i rodzin uczestnicy zajęć uczyli się rozpoznawać niektóre wzorce transgeneracyjne w zakresie m.in. komunikacji, bliskości, wsparcia i regulacji emocji. W pracy z genogramem analizowali różne obciążenia z rodziny generacyjnej oraz ich wpływ na dobór partnerów, jakość i stałość tworzonych związków oraz budowanie relacji w rodzinie nuklearnej.

Ważnym elementem zajęć było wzmacnianie potencjału rozwojowego pary, kształtowanie wzajemnej współpracy i wsparcia w procesie wspólnego zdrowienia oraz praca z wykorzystaniem zasobów partnerskich i poziomu prężności danej rodziny. Problemy w rodzinie są często rozumiane jako odbicie trudności w podsystemie partnerskim, stąd kluczowe wydaje się dbanie o to, aby dana para i zarazem rodzina mogła dostosować się do zmian wynikających z wydarzeń życiowych i zadań wynikających z etapu rozwoju rodziny. Podejście systemowe było dodatkowo omawiane na szkoleniu w kontekście

pracy z rodziną osób uzależnionych, analizowano m.in. granice pary i rodziny, podsystemy w rodzinie, wzorce transgeneracyjne rodzin, role osób dorosłych i dzieci oraz występowanie triangulacji i fuzji w parze. Rozpatrywano także zjawisko parentyfikacji i jego konsekwencje dla funkcjonowania dorosłych osób, szczególnie w zakresie budowania relacji w związkach intymnych. Zgodnie z istotą podejścia systemowego akcentowane było wzmacnianie elastycznej struktury pary i rodziny oraz korzystanie wewnątrzrodzinnego wsparcia.

Wprowadzono uczestników w tematykę pracy z seksualnością i intymnością w parze obciążonej uzależnieniem. Zaprezentowano wybrane elementy z zakresu seksuologii oraz przedstawiono najczęściej zgłaszane przez pary problemy w tej sferze. Uczestnicy zapoznali się przykładowo z takimi zagadnieniami jak: wzmacnianie pożądania, dopasowanie seksualne w parze, satysfakcja seksualna, spełnienie i orgazm, świadomość i komunikowanie swoich potrzeb seksualnych, wzorce intymności i seksualności w parze oraz stawianie granic w sferze seksualnej. Poznali także główne obciążenia i blokady w seksualności obojga partnerów. Podstawą pracy w parze z uzależnieniem było wzmacnianie świadomej i uważnej relacji emocjonalnej między partnerami oraz tym samym wzbogacanie seksualności w związku.

\* \* \*

Uczestnicy szkolenia bardzo pozytywnie zareagowali na program, tematyczny dobór treści i praktyczny wymiar zajęć ukierunkowany na rozwój kwalifikacji w zakresie pracy z parą i rodziną. Wysoko oceniono styl prowadzenia zajęć przez trenerów, atmosferę i możliwości wykorzystania zdobytych informacji i umiejętności w dalszej pracy zawodowej. Najważniejsze, że uczestnicy wyrazili dużą chęć wykorzystywania nabytych treści w pracy z uzależnionymi i ich bliskimi. Wydaje się dawać to nadzieję na wprowadzenie niektórych elementów w pracy z parą i rodziną do programów leczenia uzależnień. Większość uczestników zadeklarowała chęć prowadzenia psychoedukacyjnych konsultacji

w parze i systemie rodziny. Część ma zamiar podjąć próbę prowadzenia i doskonalenia w zakresie krótkoterminowej terapii par. Uczestnicy wyrażali dużą gotowość do udziału w rozszerzonej, wzbogaconej o inne treści wersji szkolenia, zaś niektórzy wyrazili zainteresowanie dalszą edukacją w zakresie prowadzenia terapii par/rodzin w ramach długoterminowych szkoleń w wybranych podejściach terapii oraz poddawanie swojej pracy superwizji.

Wydaje się, że tak duże zainteresowanie szkoleniem oraz jego korzystny odbiór daje podstawy do wzmacniania dalszego kierunku pracy z parą i rodziną w programach leczenia uzależnień. Większa dostępność takiej formy wsparcia mogłaby wzbogacić ofertę terapeutyczną dla pacjentów oraz sprzyjać poprawie efektywności terapii w zakresie leczenia uzależnień.

#### EWA MITURSKA



Psycholog, specjalista terapii uzależnienia, specjalista przeciwdziałania przemocy w rodzinie, psychoterapeuta poznawczo – behawioralny  
CBT: (TS, MBSR, DBT, ACT oraz program Family Connections FC), psychoterapeuta systemowy rodzin i par,

#### BIBLIOGRAFIA

1. Arntz A., Jacob G. *Terapia schematów w praktyce*. Gdańsk: GWP; 2016
2. Barbaro de B. (red.) *Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1994
3. Beattie M. *Koniec współuzależnienia*. Poznań: Media Rodzina; 2003
4. Beck A.T, Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: UJ; 2007
5. Beck A. *Miłość nie wystarczy*. Poznań: Media Rodzina; 1995
6. Bętkowska-Korpała B. (red.) *Uzależnienia w praktyce klinicznej. Zagadnienia diagnostyczne*. Warszawa. Wyd. Parpa Media; 2009
7. Bradshaw J. *Powrót do swego wewnętrznego domu*. Łódź. Medium; 2008

Pozostałe pozycje bibliografii dostępne na stronie: [www.touib.pl](http://www.touib.pl)

Nasza książka może być przydatna dla osób, które chcą poszerzyć swoją wiedzę na temat hiperseksualności oraz poszukiwać nowych narzędzi i strategii terapeutycznych  
Rozmowa z **ŁUKASZEM MÜLDNEREM-NIECKOWSKIM**, współautorem publikacji pod tytułem „Hiperseksualność”

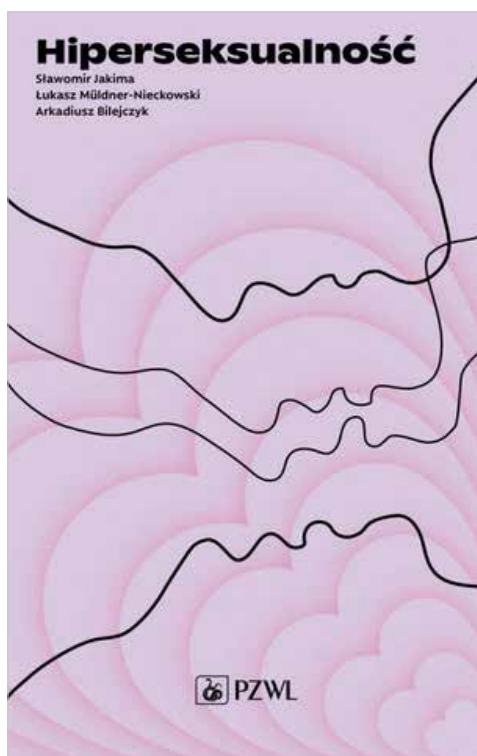
# HIPERSEKSUALNOŚĆ. POTRZEBY BADAWCZE SĄ OGROMNE

**IREK KACZMARCZYK:** Podjęliście się ze Sławomirem Jakimą i Arkadiuszem Bilejczykiem próby opisanie zjawiska, które budzi wiele dyskusji, kontrowersji, co dla psychoterapeutów stanowi pewien kłopot. Pojawia się bowiem pytanie, jak pracować w tym obszarze, opierając się na naukowych teoriach. Jest ich za dużo? Za mało? Są niespójne? Potrzebne to było trójce doświadczonych i zapracowanych klinicystów? Jak się zaczęła Wasza współpraca?

**ŁUKASZ MÜLDNER-NIECKOWSKI:**

Zjawisko hiperseksualności rzeczywiście stanowi trudność dla psychoterapeutów ze względu na jego skomplikowany charakter. Istnieje wiele teorii, które mogą pomóc w zrozumieniu i pracy z tym zjawiskiem, ale nie ma jednej, najlepszej teorii ani metody. Wynika to z tego, że ludzie są różni, w tym i nasi pacjenci, i sami terapeuci. Ponadto, jak zresztą dość szeroko opisujemy w książce, jedynie spojrzenie na sytuację osoby cierpiącej z powodu nadmiernej instrumentalnej aktywności seksualnej z wielu perspektyw jednocześnie, z uwzględnieniem kilku przynajmniej wymiarów, pozwala wybrać odpowiednie metody i kierunki w terapii. W książce opieramy się w związku z tym na różnorodnych teoriach i podejściach, żeby przedstawić jak najbardziej kompleksową i zróżnicowaną perspektywę na hiperseksualność.

Jest sporo prawdy w tym, że wszyscy trzech autorzy są zapracowani. Jednak właśnie to zapracowanie, związane przede wszystkim z zaangażowaniem każdego z nas w działalność kliniczną i dydaktyczną, pozwoliło nam się nie tylko spotkać i poznać w wielu okolicznościach, ale także



wzajemnie zmotywować do zbudowania koncepcji tej publikacji, a potem doprowadzenia jej do formy, którą mogą Państwo wziąć do ręki (lub pobrać online) i przeczytać.

Kolejny raz przekonałem się, że praca zespołowa inspiruje i pobudza do twórczego myślenia. Jestem za to wdzięczny moim kolegom współautorom.

**Metodologicznie nie było zapewne proste pisanie tej książki...**

ŁMN: Rzeczywiście, pisanie książki na temat hiperseksualności było metodologicznie skomplikowane. Sama hiperseksualność to zjawisko wielowymiarowe, a do jej zrozumienia potrzebne jest spojrzenie zarówno z perspektywy biologicznej, psychologicznej, jak i społecznej. Z doświadczenia wiemy też, że terapeuci zajmują się tym

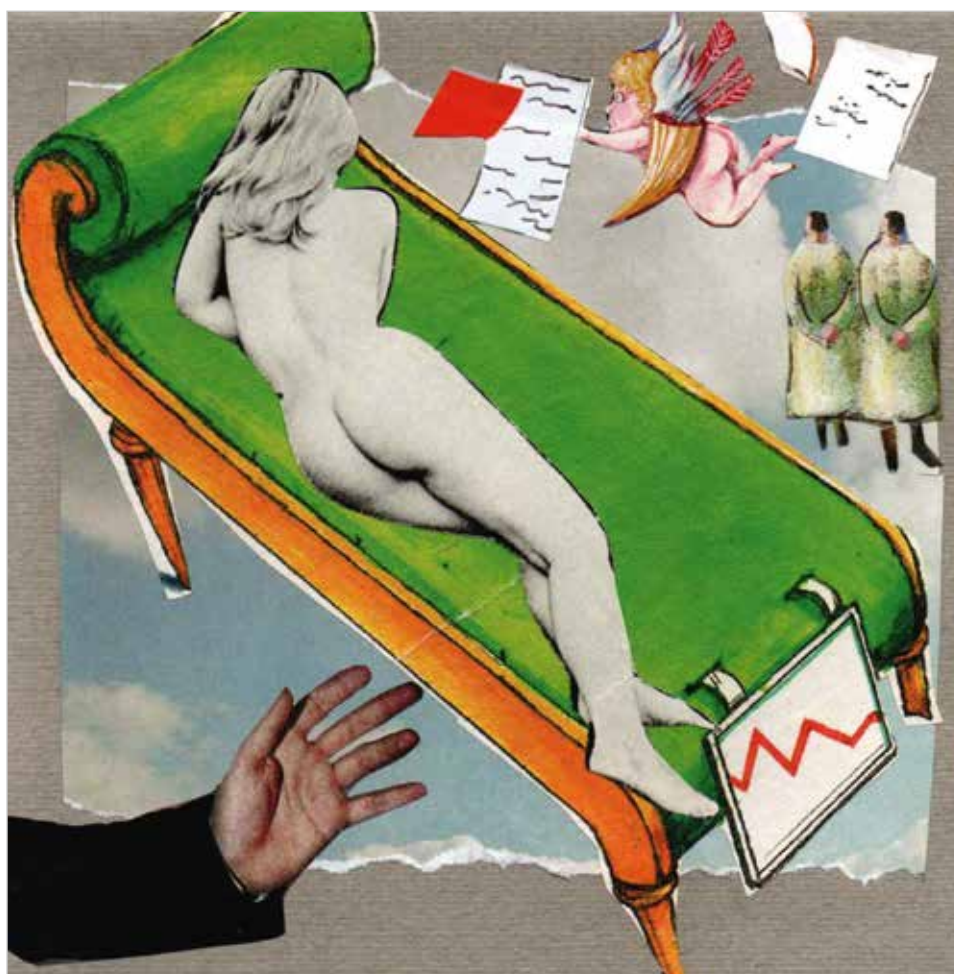
zjawiskiem w różny sposób. W związku z tym nie skupiliśmy się na stworzeniu jednej, zintegrowanej, idealnej metody, bo w taki omnipotentny ideał po prostu nie wierzymy. Zdajemy sobie sprawę, że skuteczny jest przede wszystkim konkretny terapeuta, a nie określona metoda, jeśli tej metody dany psychoterapeuta „nie czuje”, nie identyfikuje się z nią, to ona się nie sprawdzi.

Jednocześnie uznajemy również za ważne, żebyśmy jako profesjonalisci poszerzali swoje horyzonty myślenia i uczyli się od siebie nawzajem. Współcześnie dążenie do integrowania podejść jest widoczne jako osobne zjawisko, jakże inne od dawnego udowadniania „jedynie słusznej” teorii psychoterapii. To samo dotyczy zajmowania się kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi jako przedmiotem oddziaływań terapeutycznych.

Dlatego w naszej pracy skupiliśmy się na opisanie różnych teorii i podejść, które mogą pomóc w leczeniu hiperseksualności, a także na przedstawieniu konkretnych narzędzi i strategii terapeutycznych. Każdy terapeuta może zaczerpnąć z tych podejść to, co uzna za przydatne i bliskie swoim sposobom pracy.

**Rozmawiamy w piśmie kierowanym do terapeutów uzależnień, którzy najczęściej mają do czynienia z wieloma problemami jednocześnie, choćby chemsex. Czy Czytelnik dostanie jakąś w takich obszarach odpowiedź?**

ŁMN: Myślę, że tak. Nasza książka jest adresowana między innymi do nich, do terapeutów uzależnień, którzy pracują z osobami zmagającymi się z różnymi problemami, w tym z nalogową regulacją emocji za pomocą instrumentalnego seksu, chemsexu



czy ryzykownych zachowań seksualnych. Zajmujemy się w niej zarówno wewnątrzpsychicznymi mechanizmami związanymi z tą problematyką, jak też staraliśmy się przekazać konkretną wiedzę na temat diagnostyki i oceny hiperseksualności, a także na temat różnych form leczenia, w tym terapii poznawczo-behawioralnej, terapii uzależnień oraz psychoterapii psychodynamicznej.

**Gdybyś miał się zwrócić bezpośrednio do Czytelników, to z jaką wskazówką do czytania lub wprost – na co mogą liczyć, sięgając po Waszą publikację?**

ŁMN: Jeśli chodzi o wskazówki dla Czytelników, to zależy to przede wszystkim od ich potrzeb i zainteresowań. Nasza książka może być przydatna dla osób, które chcą poszerzyć swoją wiedzę na temat hiperseksualności oraz poszukiwać nowych narzędzi i strategii terapeutycznych. Proponowałbym nie czytać jej „od deski do deski”, a raczej mozaikowo, podążając za własnym zaciekawieniem i intuicją. Choć może sugestia ta wynika ze sposobu, w jaki ja sam podchodzę do podręczników. Staraliśmy się uporządkować treść w taki

sposób, żeby każdy podrozdział stanowił zamkniętą całość, choć odnoszą się one do całości. Jednak obraz, jaki chcemy przekazać, można ułożyć jak puzzle, w dowolnej kolejności, składając poszczególne elementy, niekoniecznie analizując je sekwencyjnie.

**Przy takich projektach najciekawsze są czasem różnice w spojrzeniach, wyłaniają się jakieś problemy badawcze, potrzeba dalszych poszukiwań. Jakie więc wnioski w trakcie i już teraz po ukazaniu się książki macie?**

ŁMN: Praca nad książką na temat hiperseksualności była dla nas ciekawym wyzwaniem i pozwoliła nam na pogłębienie naszego myślenia o tym zjawisku, ale także o metodach pracy terapeutycznej.

Potrzeby badawcze są ogromne. Można to chociażby stwierdzić, przeszukując zbiory danych pod kątem istniejącego już piśmiennictwa. Za mało wiemy na temat epidemiologii. Znaleźliśmy podobne wyniki statystyczne, a zebranie informacji, np. na temat występowania w populacji określonych aspektów hiperseksualności w Polsce, jest utrudnione, takie dane nie są dostępne. Dysponujemy niewielką liczbą badań doty-

czących wybranych wymiarów seksualności – tu w szczególności warto z wdzięcznością wymienić działalność badawczą prof. Mateusza Goli i prof. Michała Lew-Starowicza, którzy opisali niektóre mechanizmy neurobiologiczne związane z nałogowymi zachowaniami seksualnymi, gdzie wcześniej we wnioskowaniu opierano się bardziej na psychoterapeutycznej intuicji.

Znaczącym problemem stojącym przed badaczami jest tabuizacja seksualności, a zwłaszcza takiej, która nie ma typowego (według normy społecznej, a nie ilościowej) charakteru. Stąd szczególnie analizowanie tego, w jaki sposób pacjenci pracują ze swoimi psychoterapeutami, jest w istocie ograniczone, podobnie jak możliwość przeprowadzenia badań populacyjnych.

W naszej książce staraliśmy się oddzielać twierdzenia oparte o analizę literatury naukowej od naszych własnych przemyśleń, intuicji czy opisu własnych terapeutycznych i superwizyjnych doświadczeń, mając świadomość, że ograniczenie się wyłącznie do cytowania empirycznie potwierdzonych wniosków byłoby podobnie frustrujące dla Czytelnika, jak i płynięcie przez nas w narracji w stronę własnych wyobrażeń o naturze poszczególnych zjawisk.

Mam nadzieję, że te starania, a także wzajemne korygowanie swojej pracy przez każdego z trzech autorów książki, pozytywnie wpłynęło na ostateczny rezultat. Ocenę zostawiamy oczywiście samym Czytelnikom.

**Dziękuję za rozmowę**

**ŁUKASZ MÜLDNER-NIECKOWSKI**



specjalista psychiatra i seksuolog, certyfikowany psychoterapeuta i superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego. Jest psychoanalitykiem

jungowskim, członkiem indywidualnym International Association for Analytical Psychology.



Poradnia Profil w Żarach, założona i kierowana przez Grzegorza Mutwila, oferuje mieszkańcom miasta kompleksową opiekę psychiatryczną i psychoterapeutyczną. 1 kwietnia tego roku placówka świętowała dziewiętnastą rocznicę powstania

# ŻARY – NASZE CENTRUM ŚWIATA

## Jak to jest być psychologiem i terapeutą w małym mieście?

– *Cóż, przywilejem jest to, że zna się bardzo dużo osób, uśmiechamy się albo machamy do siebie na ulicy, bo wiele z nich to obecni albo dawni pacjenci* – mówi Grzegorz Mutwil, kierownik Poradni Profil w Żarach w województwie lubuskim. Placówka mieści się w pięknej, wyremontowanej niedawno kamienicy w centrum 37-tysięcznego miasta. Poradnia na trwałe wpisała się już w świadomość jego mieszkańców jako miejsce, gdzie można uzyskać pomoc w bardzo wielu życiowych problemach, nie tylko w problemie uzależnienia czy współuzależnienia, ale także w zaburzeniach psychicznych czy kryzysach życiowych, na przykład w kryzysie związanym z chorobą nowotworową.

## MOJE MIASTO, A W NIM...

Grzegorz Mutwil jest mocno związany z Żarami. Wychował się w tym miejscu. Jak wielu ludzi z mniejszych miast, wyjechał na studia do większego miasta, a potem wrócił w rodzinne strony przyciągnięty przywiązaniem do rodzinnych kątów.

Żary są bardzo ciekawym miastem z ponad tysiącletnią historią i niebanalną architekturą. To jednak również miasto poturbowane przez dziejowe zawieruchy.

– *Spoleczność jest chyba szczególnie dotknięta tym, że przez wiele lat była zaplaczem dla wojska* – mówi Piotr Cholerzyński, superwizor zespołu z Żar. W mieście od 1950 do 1995 roku funkcjonował garnizon 42 Pułku Zmechanizowanego, który ostatecznie został zamknięty w 2001 roku.



– *Pełno tu historii i traum wojennych, zaniedbanych ludzi, dzieci. Oczywiście, takie problemy można spotkać wszędzie, ale słowo daję, że tutaj ich więcej* – relacjonuje Piotr Cholerzyński.

Kiedy Grzegorz Mutwil wrócił do Żar po studiach psychologicznych w latach dziewięćdziesiątych i rozpoczął pracę na oddziale psychiatrycznym miejscowego szpitala, zorientował się, że mieszkańcy miasta bardzo potrzebują także specjalistycznej poradni.

– *Owszem, jedna była, ale terapia w niej opierała się głównie na przepisywaniu antykoagulantów. Miałem w sobie ogromny sprzeciw, żeby ludzie uzależnieni korzystali z takiej pomocy* – mówi Grzegorz Mutwil. Przez kilka lat próbował przekonać do otwarcia takiej placówki żarski samorząd. Jego propozycja spotkała się wprawdzie z zainteresowaniem, ale jak to z urzędowymi decyzjami – wszystko się przedłużało, rozmywało, decydenci się zmieniali, zmieniały priorytety.

## Tak przyszedł rok 2003.

– *Kiedyś zobaczyłem, że w jednej z żarskich kamienic jest do kupienia lokal* – wspomina Grzegorz. W zaniedbanej, ale pięknej kamienicy z czerwonej cegły było miejsce jakby stworzone

na poradnię, choć bardzo zniszczone.

– *Zachwylił mnie styl tego budynku i pomieszczeń. Architektura to mój konik i od razu zobaczyłem oczami wyobraźni, jak można byłoby pięknie odnowić fasadę budynku i wyremontować lokal* – mówi kierownik Profilu. Postawił wszystko na jedną kartę. Kupił lokal jako niezależny przedsiębiorca i własnymi siłami stworzył przy

ulicy Jagiellońskiej 13-13a nowoczesną placówkę funkcjonującą jako niepubliczny zakład opieki zdrowotnej. Poradnia została otwarta dla pierwszych pacjentów 1 kwietnia 2004 roku.

– *Choć otworzyliśmy się na Prima Aprilis, nasza placówka wcale nie była żartem* – uśmiecha się Grzegorz Mutwil.

Na początku Profil lepiej wyglądał wewnątrz niż na zewnątrz. Dopiero kilka lat temu ruszył etapowy remont całego budynku, aby finalnie w ubiegłym roku zakończyć rewitalizację fasady kamienicy. Teraz to jeden z najładniejszych budynków w Żarach, który zwraca uwagę mieszkańców. Wnętrza też urządzone są stylowo i ze smakiem.

– *Staralem się, aby pomieszczenia były wygodne, nowoczesne, a jednocześnie miały przytulny, domowy klimat. Jego tworzeniu służą wygodne kanapy, lampy dające ciepłe światło oraz rozstawione wszędzie kolorowe, ceramiczne anioły* – znak rozpoznawczy naszej poradni – mówi Grzegorz Mutwil.

## ŻYCZLIWA POMOC DLA KAŻDEGO

Dzisiaj w placówce funkcjonuje formalnie kilka poradni: poradnia zdrowia psychicznego, poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu, poradnia uzależnienia od środków

psychoaktywnych oraz poradnia uzależnienia od hazardu i gier online.

Osobom zgłaszającym się do poradni oferowana jest diagnoza psychiatryczna i psychologiczna, terapia indywidualna i grupowa w programie podstawowym oraz zaawansowanym.

– *Przez jakiś czas grupa terapii pogłębionej była zawieszona, ale za chwilę będzie reaktywowana* – zapowiada Grzegorz Mutwil. Na razie poradnia działa głównie w trybie terapii indywidualnej. Pacjentów przyjmuje w ramach kontraktu z NFZ, prowadzi też programy profilaktyczne z funduszy samorządowych.

Na początku Poradnię Profil tworzyło pięć osób. Oczywiście z biegiem czasu zwiększał się zespół, utworzono drugą placówkę w sąsiednim mieście. Obie mają podpisane kontrakty z NFZ. Do pracy w Profilu dochodzą nowe osoby, nieustająco szkolące się w różnych szkołach terapii i sposobach pomocy psychologicznej.

– *Udało mi się zaprosić do współpracy naprawdę wspaniałych ludzi i jestem im nieustannie wdzięczny, że są i chcą dalej być „profilową kadrą”. I to jest nasza największa siła* – mówi Grzegorz Mutwil. Dzisiaj w ośrodku zatrudnionych jest w sumie 22 pracowników: lekarzy psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów i instruktorów terapii uzależnień, nie zapominając o wspaniałych paniach w rejestracji, które jako pierwsze witają podopiecznych i zapraszają w gościnne progi. Wszyscy są świetnie wykształceni, z certyfikatami lub w drodze do ich uzyskania. Pogłębiają również swoją wiedzę w różnych szkołach psychoterapii: są osoby pracujące w nurcie terapii psychodynamicznej, inni specjalizują się w podejściu poznawczo-behawioralnym, pracują osoby kształcące się w psychoterapii integracyjnej. W różnorodności ludzi i ich osobistych problemów różne podejścia dają możliwość znalezienia skutecznego sposobu ich rozwiązania oraz poprawy jakości życia. Niemalże co roku ktoś nowy przybywa.

– *Teraz również na stażu jest młoda, szkoląca się psychoterapeutka uzależnień, która świetnie wkomponowuje się w charakter zespołu i niebawem zostanie etatowym pracownikiem* – mówi kierownik placówki.



Poradnia Profil oferuje również pomoc psychologiczną osobom z chorobą nowotworową oraz ich bliskim. Grupy wsparcia dla pacjentów oraz terapię według Programu Simontona prowadzi psychoonkolożka Gosia Wawrzynkowska.

– *Moi pacjenci zazwyczaj nie mają problemu z uzależnieniem, częściej dotyczy ich problem współuzależnienia. Wtedy oczywiście prowadzę kompleksową terapię takiej osoby* – mówi terapeutka. Placówka organizowała wiele warsztatów terapeutycznych, których celem było wsparcie osób chorych onkologicznie oraz osób z ich otoczenia. Wymienić można chociażby warsztaty: Mindfulness, Biodanza, Praktyki śmiechu, czy też warsztaty kobiecości.

– *W ubiegłych latach, przed pandemią, zorganizowaliśmy także trzy Ogólnopolskie Konferencje Psychoonkologiczne pod nazwą „Rak to nie wyrok”, które oceniam jako duży sukces. Zresztą, mówię się, że jaki pan, taki kram. Grzegorz bardzo nas wspiera i daje dużą autonomię w działaniu* – mówi Gosia.

Dla kierownika Profilu poradnia jest dziełem życia i wielką pasją, która udziela się zespołowi.

– *Bez wątplenia Grzegorz jest bardzo ważną postacią dla poradni* – mówi Piotr Cholerzyński, superwizor zespołu z Żar. – *Grzegorz w moim odczuciu pełni taką rolę odgromnika, ma wielkie serce i niesamowitą ciepłą energię, która koi w zespole wszelkie napięcia. Większość ekipy przyjaźni się ze sobą, słyszę, jak się spotykają, umawiają, jak im ze sobą dobrze. Kibicują sobie nawzajem. Zawsze jeżdżą tam z ogromną przyjemnością* – opowiada Piotr Cholerzyński.

## NIEUSTANNA EWOLUCJA I ROZWÓJ

Tę pozytywną, przyjazną atmosferę odczuwają pacjenci, których placówka ma mnóstwo.

– *Kolejki do nas wciąż rosną, co jest dla mnie bardzo frustrujące. Rocznie przyjmujemy tysiąc pięćset osób, a zapotrzebowanie na terapię jest tak duże, że kilka lat temu otworzyliśmy drugi ośrodek w pobliskim Żaganiu i tam też rocznie pojawia się około półtora tysiąca pacjentów* – mówi Grzegorz Mutwil.

Profil prowadzi też kilka punktów konsultacyjnych w pobliskich miasteczkach. Dyżurują tam terapeuci placówki.

Profil nieustannie zmienia się i rozszerza swoją ofertę, ale pacjenci też zmieniali się podczas niemal dwudziestoletniej historii placówki.

– *Te zmiany widzę zarówno u osób młodych, jak i starszych, wśród osób biorących narkotyki i pijących alkohol* – mówi Piotr Grolewski. Wśród dorosłych, podobnie jak w ośrodkach w całej Polsce, widać większe wyrównanie liczby pacjentów pod względem płci.

– *Kiedyś to zazwyczaj żona przyciągała męża na terapię, dzisiaj często jest odwrotnie, to panowie zapisują na konsultacje swoje żony, czy partnerki. Wciąż jest też sporo osób kierowanych przez sądy, a w ostatnim czasie również kierowców, którzy stracili prawo jazdy za jazdę pod wpływem alkoholu i warunkiem jego przywrócenia było odbycie terapii* – mówi Piotr Grolewski. Jak dodaje Grzegorz Mutwil, w Profilu zdecydowana większość pacjentów to osoby, które mieszają różne substancje psychoaktywne, alkohol i inne aktywności. Niewiele jest już „czystych”, wyselekcjonowanych uzależnień.

– *Zaczynamy zajmować się nie osobami uzależnionymi od alkoholu czy narkotyków, ale coraz bardziej osobami ze spektrum zachowań uzależnieniowych w szerokim rozumieniu* – komentuje kierownik placówki.

Jeszcze większe zmiany zaszły wśród młodych ludzi. Zdaniem Piotra Grolewskiego, w ostatnich latach były trzy punkty zwrotne, wpływające na to, z jakimi problemami młodzi ludzie zgłaszali się do placówki.

– *Kiedy zaczynałem pracę, zanim jeszcze powstał Profil, na przełomie lat 1999/2000, wśród młodzieży dominowały problemy z narkotykami, alkohol jako problem do terapii pojawiał się u nas stosunkowo rzadko* – opowiada Piotr Grolewski. Przełomem były lata 2010-2011, kiedy do Polski szturmem wkroczyły sklepy z dopalaczami.

– *Pamiętam, że w Żarach było siedem sklepów z dopalaczami, a w mniejszym Żaganianiu aż osiem. Z powodu dopalaczy*

*zmarło w tamtych latach dziewięciu moich pacjentów* – mówi ze smutkiem mój rozmówca. Kolejnym punktem zwrotnym na scenie młodzieżowych uzależnień był lockdown i zamknięcie szkół.

– *Wcześniej wielu młodych ludzi kierowały do nas szkoły, które dostrzegały różne niepokojące symptomy. To się skończyło, młodzież utknęła w domu na półtora roku i mieliśmy niewielu pacjentów w wieku szkolnym* – wspomina Piotr Grolewski. Po lockdownie za to przybyło młodzieży uzależnionej bądź szkodliwie pijącej alkohol, często w wieku młodszym niż wcześniej.

– *Ostatnio w jednym z naszych programów dla młodzieży, skierowanym do dzieciaków od trzynastego roku życia, wzięły udział dwie dwunastolatki, uczennice szóstej klasy podstawówki* – mówi Piotr Grolewski.

Do tak młodych ludzi Poradnia Profil kieruje kilka programów profilaktycznych, które odbywają się w żarskich

i żagańskich szkołach. To programy takie jak Fred Goes Net, Candis, Debata, NOE, Bezpieczna sieć, a ostatnio także Unplugged, uniwersalny program edukujący młodzież w zakresie substancji psychoaktywnych, przekazujący podstawowe umiejętności interpersonalne i intrapsychiczne, w dziedzinie asertywności, rozmawiania o emocjach i nieulegania naciskowi rówieśniczemu.

– *Myszę, że młodych pacjentów będzie nam przybywać* – mówi Grzegorz Mutwil. – *Naszym wielkim problemem staje się kryzys więzi wywołany przez inwazję nowych technologii. Już teraz widzę, że z młodzieżą, która do nas trafia, trudno jest nawiązać relację, jakby byli oddzieleni od realnego świata szklaną szybą swojego smartphonu. Coraz trudniej do nich dotrzeć, a oni z biegiem czasu coraz bardziej potrzebują pomocy. Mówię to z ciężkim sercem, pracy nam niestety nie zabraknie* – podsumowuje Grzegorz Mutwil.

AL

## Anna Grochowicz

*W tym roku mija dwadzieścia lat, odkąd w ośrodku NZOZ „Szansa” w Pławniowicach realizowany jest projekt Teatru Roczego, który prowadzą Kama Stołtowa i Maciej Bogucki*

# O ROLI SZTUKI W TERAPII – 20 LAT TEATRU ROCZNEGO W PŁAWNIOVICACH

Wszystko zaczęło się w 2003 roku od spotkania z przedstawicielami węgierskiej organizacji Leo Amici:

– *Opowiadali, że przygotowania do spektaklu to u nich główny element programu* – wspomina dyrektor NZOZ „Szansa” w Pławniowicach, Krzysztof Czekał. – *Zaciekawiło nas to i postanowiliśmy wpleść zajęcia teatralne w podstawowy program terapii. Znaleźliśmy wspaniałych ludzi do tego projektu* – dodaje.

W „Szansie” pojawili się Kama – polonistka, miłośniczka teatru, prowadząca wiele grup teatralnych, oraz Maciej – pedagog i psychoterapeuta, który czuwa nad pacjentami podczas spotkań grupy, nazwanej przez pacjentów grupą teatrologów. Początkowo w zajęciach brali

udział wszyscy członkowie społeczności terapeutycznej, jednak z czasem forma wyewoluowała do cotygodniowych spotkań dla chętnych.



Przez te dwadzieścia lat działa się sporo – wystawiano sztuki na niezależnych festiwalach, takich jak Festiwal Teatrów Nieinstytucjonalnych X-OFF, o którym Joanna Szczepkowska napisała felieton, ciepło wspominając wystawioną przez uzależnionych „Iwonę, księżniczkę Burgunda” Witolda Gombrowicza.

Kama i Maciek wraz z pacjentami zdobyli także pierwszą nagrodę w Przeglądzie Grup Teatralnych Placówek Leczenia Uzależnień za „Męczeństwo Piotra O'heya” Sławomira Mrożka; pierwsze miejsce w Przeglądzie Wojewódzkim Widowsk Bożonarodzeniowych za jasełka „W tę noc”, wyróżnienie w Wojewódzkim Przeglądzie Teatralnym Maska za spektakl według twórczości Mirona Białoszewskiego pt. „3K, czyli Klimaty Kici

Koci”, a także wyróżnienie w ogólnopolskim konkursie na projekt do wybranego dzieła Henryka Sienkiewicza z okazji Roku Sienkiewiczowskiego za „Szkice węglem”.

Przez minione dwadzieścia lat grupa teatrologów wystawiła ponad dwadzieścia spektakli teatralnych, a o całej historii na różnych scenach można napisać osobny tekst.

Warto jednak zatrzymać się na głównych bohaterach – odtwórcach ról, uczestnikach grup, członkach społeczności terapeutycznej, pacjentach, osobach uzależnionych. Dlatego, że ten teatr w zasadzie powstał dla nich, a udział w projekcie stał się dla wielu elementem osobistego rozwoju i ważnym terapeutycznym doświadczeniem.

## STANĄĆ NA SCENIE

Do grupy zgłaszają się wyłącznie ci pacjenci, którzy chcą tego doświadczyć. Nie ma w tej kwestii ani przymusu, ani ograniczeń – co często bywa wyzwaniem dla Kamy i Maćka. Bowiem dynamika społeczności terapeutycznej nie raz niosła konieczność nagłej zmiany scenariusza, w związku z przerywaniem terapii przez odtwórców głównych ról, innym razem z braku chętnych trzeba było sztukę napisaną na kilkanaście osób przerobić na bardziej kameralną.

Pacjenci dołączają zazwyczaj z pewnymi wyobrażeniami i oczekiwaniami.

– *Na pierwszym spotkaniu podczas zapoznawczej „rundki” zadajemy dwa kluczowe pytania – mówi Kama. – Pytamy, dlaczego tu przyszli, co nimi kierowało, a także co chcieliby tu osiągnąć i z czym się zetknąć. Najczęściej mówią o zaciekawieniu, o chęci wystąpienia na scenie, o pozytywnych doświadczeniach z przedstawień, które mieli okazję obejrzeć jako widzowie.*

Ten pierwszy okres to także czas budowania relacji – nie tylko z prowadzącymi, ale też między sobą – oraz ustalenie tytułu, jaki będzie wystawiany na scenie. Po wytyczeniu wspólnego celu następuje podział ról i rozpoczyna się praca związana z opanowaniem tekstu i regularnymi próbami. To ważny moment, gdyż pacjenci biorą odpowiedzialność za dane słowo, zobowiązują się do nauki tekstu, często kosztem własnego wolnego czasu i przyjemności, mają szansę zmierzyć się z własną niechęcią, czy potrzebą lepszej organizacji czasu. To także trudne momenty dla prowadzących, któ-

rzy na tym etapie zmagają się z oporem czy konfliktami w grupie.

– *Staramy się rozładowywać napięcie na bieżąco, rozmawiamy o trudnościach, czasem weryfikujemy role czy scenariusz. W cięższych sytuacjach zawsze możemy zwrócić się o pomoc i wsparcie do terapeutów ośrodka – opowiada Maciek. – Na zebrania zespołu klinicznego zapraszamy Kamę i Maćka – podkreśla Krzysztof Czekaj.*

Etap przygotowań to również pewien proces – od siły jednostki, kiedy dominują osoby oporujące, mniej zdyscyplinowane czy konfliktowe – po siłę grupy, gdzie budują się więzi i pewien rodzaj bliskości. Wtedy prowadzący i uczestnicy stanowią jedność, mają świadomość wspólnego celu, co jest ważnym doświadczeniem dla pacjentów w ogóle. Nieraz bowiem zdarzało się, iż w sytuacjach kryzysowych poczucie odpowiedzialności oraz lojalności wobec grupy pomagało im zatrzymać się, nie rezygnować z terapii. To doświadczenie bycia w grupie, otrzymywania wsparcia, realizowania wspólnych planów jest istotne także w szerszym kontekście – dążenia do trzeźwości w relacji z innymi.

## KIEDY GDY ZGASNĄ ŚWIATŁA...

Premiera jest dla całej społeczności wielkim wydarzeniem. Na przedstawienie przychodzą wszyscy pacjenci, terapeuci, często rodziny osób leczących się w ośrodku. To jednak nie sam spektakl, a wspólne, popremierowe spotkanie prowadzących z aktorami jest tym, co zamyka grupę teatralną. Wówczas przychodzi czas na podsumowanie, co jest niezwykle ważne w kontekście leczenia.

– *Pytamy pacjentów, co im dał udział w projekcie i co przeżywali. To są dla nas bardzo poruszające spotkania – mówią zgodnie Kama i Maciek.*

Pacjenci mówią bowiem o pierwszym przeżywaniu dużych emocji na trzeźwo, o doświadczeniu czegoś, czego wcześniej nie próbowali, a także o satysfakcji płynącej z faktu, że po raz pierwszy w życiu coś rozpoczęli i doprowadzili do końca. Wielu mówi o przełamywaniu wstydu, co przekłada się później na funkcjonowanie w społeczności, mają bowiem więcej odwagi i pewności, żeby się wypowiedzieć lub podjąć jakieś funkcje. Często są pozytywnie zaskoczeni tym, że opanowali pamięciowo tekst,

bo wcześniej mieli poczucie, iż narkotyki bardzo destrukcyjnie wpłynęły na ich mózg, że już się nie potrafią uczyć, a na grupie teatralnej zmieniają to przekonanie i ćwiczą pamięć. U wielu z nich znacznie poprawia się fluencja słowna, płynność mowy, zasób słownictwa czy technika wypowiedzania się.

– *Uczestnicy mówią też często o wzroście poczucia własnej wartości, o radości i dumie, a także o tym, jak ważne było dla nich, że rodzina zobaczyła ich w innej roli – nie tylko osób uzależnionych, ale też osób, które czegoś dokonały – podkreślają prowadzący.*

Czasami grupa jest katalizatorem, który uruchamia trudne emocje u osób występujących, a wchodzenie w role dla części z nich jest doświadczeniem, którego nie potrafią unieść. Pomimo ogromnej uważności Kamy i Maćka na osobiste historie, na ruch, na emocje czy na bliskość na scenie w poszczególnych spektaklach, czasem u pacjentów uruchamiają się dotychczas nieuświadomione tematy do pracy terapeutycznej. Bywa tak, że podejmują je potem na terapii indywidualnej czy grupowej.

Niektórzy dzięki grupie teatralnej odkrywają nowe pasje: zaciekawiają się literaturą, teatrem, chcą po leczeniu dalej rozwijać te zainteresowania.

– *Grupa jest ważna również dla nas, mamy świadomość, że nie tylko my dajemy coś pacjentom, ale także pacjenci i praca z nimi bardzo wiele daje nam. My razem współtworzymy ten projekt – podsumowują Kama z Maćkiem.*

Oczywistym jest, że uczestnictwo w tych zajęciach nie jest psychoterapią w ścisłym sensie. Ma jednak olbrzymi potencjał rozwojowy i bezpośrednio wzmacnia podstawowy cel terapii, jakim jest realna, pozytywna zmiana w obszarze poczucia wartości. Pozwala odkrywać zasoby, których pacjent dotychczas w sobie nie zauważał, wzmacniać poczucie sprawczości, a więc wszystko to, co stanowi bazę, podstawę do realnej zmiany życia na lepsze.

### ANNA GROCHOWICZ



psycholog, trenerka i polonistka. Od 2019 roku związana z ZLO NZOZ „Szansa” w Pławniowicach.

Jarosław Banaszak

Zakończyła się kolejna wizyta studentów Jack, Joseph and Morton Mandel School of Applied Social Sciences Case Western Reserve University w Cleveland w Ohio na Wydziale Socjologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

# AMERYKAŃSCY STUDENCI W POZNANIU

Od ponad dziesięciu lat z inicjatywy naszego wieloletniego autora dr Ryszarda Romaniuka, który na amerykańskim uniwersytecie jest wykładowcą na kierunku Praca Socjalna, ma miejsce współpraca z poznańską uczelnią, również oferującą studentom naukę w tej dziedzinie. Współpraca ta owocuje wspólnymi badaniami, publikacjami i wymianą doświadczeń, także z udziałem studentów obu uczelni, instytucji zajmujących się pomaganiem i przedstawicielami poznańskich NGO-sów.

W tym roku wiodącym tematem spotkań były problemy grup osób wykluczonych i niejako niewidzialnych w systemach pomocowych. W ramach tej problematyki zaprezentowaliśmy studentom z USA m.in. doświadczenia zebrane przez poznańskich streetworkerów realizujących w ramach projektu SIN CARE program „SIN przy Browarze” skierowany do osób nieletnich eksperymentujących z alkoholem, gromadzących się w popularnym w Poznaniu centrum handlowym.

Prezentacja spotkała się z ogromnym zainteresowaniem amerykańskich studentów i stanowiła dowód na to, że współpraca Poznań – Cleveland w obszarze pracy socjalnej może przynieść korzyści obu stronom.

Obszar problemów związanych z używaniem substancji i nałogowych zachowań jest ważną płaszczyzną tej współpracy. Wynika to zarówno z obecności tych zjawisk zarówno w Polsce, jak i USA. W obu krajach dotyczy wielu osób korzystających z pomocy społecznej.

Warto nadmienić, że w Stanach Zjednoczonych pracownicy socjalni stanowią najbardziej liczną grupę profesjonalistów, spośród których rekrutują się terapeuci uzależnień. To istotna różnica w stosunku do naszego kraju, w którym ukończenie studiów na kierunku Praca Socjalna nie daje wstępu ani do szkół psychoterapii, ani do pracy w lecznictwie uzależnień. Nie daje też absolwentom możliwości pracy z klientem w zakresie, który stanowi obszar wiedzy i umiejętności, w które są

wyposażeni amerykańscy pracownicy socjalni. Ten obszar opisany jest jako dwanaście podstawowych funkcji i kompetencji, które posiadać musi osoba zajmująca się doradztwem w zakresie uzależnień.

Pierwszą z tych kompetencji jest umiejętność przeprowadzenia pogłębionego wywiadu mającego na celu podjęcie decyzji o możliwości lub konieczności objęcia klienta systemową pomocą.

Drugą kompetencją jest wprowadzenie klienta do programu pomocy, obejmujące zarówno umiejętność zmotywowania go do skorzystania z możliwości systemu, jak i przebrnięcie przez formalności temu towarzyszące.

Kolejna rzecz, której uczą się studenci, to dostarczenie klientowi informacji tak, aby zaspokoić potrzeby nie tylko systemu, ale także osoby potrzebującej wsparcia. Ta informacja powinna współgrać z innymi elementami procesu motywowania i angażowania klienta w proces korzystania z pomocy.

Umiejętnością, której program studiów poświęca najwięcej uwagi, jest diagnoza problemowa. Jej ustalenia w dużej mierze determinują dalszy tok postępowania, w którym doradca we współpracy z klientem tworzy plan jego terapii. To wymaga znajomości skutecznych metod, zweryfikowanych programów i optymalnych z punktu widzenia potrzeb i możliwości klienta placówek je realizujących.

Siódmą kompetencją uzyskiwaną przez pracowników socjalnych w trakcie studiów i licznych praktyk im towarzyszących jest wspieranie pacjentów w uzyskaniu niezbędnej pomocy materialnej, mieszkaniowej, prawnej, itp.

Amerykański Doradca w Zakresie Uzależnień posiada niezbędną wiedzę i umiejętność prowadzenia interwencji kryzysowej, a także mikro – i psychoedukacji. Potrafi też, w przypadku konieczności skorzystania z pomocy psychiatry lub lekarza innej specjalności, umożliwić klientowi uzyskanie takiego kontaktu. Do obowiązków tego specjalisty należy również dokumentowanie, monitorowanie

i prowadzenie ewaluacji działań podejmowanych w ramach systemowej pomocy. Realizowanie tych zadań wymaga oczywiście od pracowników socjalnych umiejętności w zakresie nawiązywania i budowania relacji, kompetencji w zakresie komunikacji i pomocy psychologicznej.

Warto zaznaczyć, że w pracy chętnie korzystają z Dialogu Motywującego, którego znajomość wśród studentów wydaje się czymś oczywistym. W dalszych etapach swojego rozwoju zawodowego doskonałą umiejętności terapeutyczne w podejściach poddających się naukowej weryfikacji i biorą udział w kursach dotyczących pracy z zaburzeniami współwystępującymi z uzależnieniami.

Ścieżka zawodowa amerykańskich gości, z którymi rozmawiałem, łączy edukację z działaniami dającymi możliwość kontaktu z osobami, w pracy z którymi w przyszłości chcą się specjalizować. Stosunkowo szybko uzyskiwana możliwość podjęcia zatrudnienia i zarabiania pozwala im samodzielnie finansować kolejne etapy edukacji.

Innym walorem tego rozwiązania jest dostrzegalny w rozmowach z nimi bardzo realistyczny obraz problemów i wyzwań, z jakimi łączy się wybrany przez nich kierunek rozwoju zawodowego. Z polskiej perspektywy, w której możliwość zbliżania się do pacjenta staje się coraz bardziej obwarowana licznymi ograniczeniami, amerykański system tworzenia kadr pracujących z osobami uzależnionymi wydaje się bardziej ufać kwalifikacjom nabywanym w doświadczeniu, do którego dostęp jest możliwy już po uzyskaniu licencji.

Refleksja, która może być podsumowaniem jest taka, że otwarcie drogi polskim studentom, pragnącym w przyszłości być „pomagaczami”, możliwości nabywania już w trakcie studiów praktycznych umiejętności pracy z klientami i uzyskiwania kwalifikacji pozwalających te prace wykonywać w świetle rosnącego ciągle zapotrzebowania na te usługi, może stać się wkrótce koniecznością.



Pierwszy tegoroczny numer kwartalnika dociera do Czytelników w okolicach Świąt Wielkanocnych, których obchodzenie nasycone jest wieloma ludowymi zwyczajami, których korzenie wywodzą się ze świętowania nadejścia wiosny, czyli czasu, gdy przyroda odżywa po zimowym śnie i rozkwita we wszystkich swych barwach.

Na tegorocznym przednówku wiele też się dzieje w naszej branży. Krystalizują się i ujawniają rozwiązania dotyczące kształcenia specjalistów w dziedzinie psychoterapii uzależnień i superwizowania ich pracy. Choć sprawa w zasadzie odnosi się do przyszłości i nie narusza status quo specjalistów, którzy swe uprawnienia zdobyli w dotychczasowym trybie kształcenia, jest ważna dla całego środowiska i przyciąga uwagę.

Jako wydawcy i redaktorzy kwartalnika śledzimy te procesy i będziemy się starać przybliżać Czytelnikom zarówno szczegóły wprowadzanych rozwiązań, jak i wyjaśniać źródła dyskusji i kontrowersji im towarzyszących.

Na kanwie moich spotkań z amerykańskimi studentami, którzy przygotowują się do pracy z osobami uzależnionymi i ich bliskimi, po rozmowach o przyszłości leczenia uzależnień i całego systemu pomagania tym osobom zasadne wydaje mi się wyjście poza dyskusję o psychoterapii uzależnień i psychoterapeutach, którzy stanowią ważną, ale nie jedyną grupę specjalistów, którzy de facto pracują z tą grupą klientów.

Mnogość i skala problemów towarzyszących używaniu substancji psychoaktywnych i nałogowych zachowań, w rozwiązywaniu których niezbędna jest elementarna wiedza o ich istocie i umiejętności „pomagania”, rodzi potrzebę kształcenia nie tylko dobrze przygotowanych psychoterapeutów, ale być może także tych, których w systemach anglosaskich określa się mianem „doradców” lub „konsultantów” w dziedzinie uzależnień, którzy zajmują się definiowaniem problemów tej grupy, jej edukowaniem, motywowaniem do podjęcia leczenia i wspieraniem w tym procesie, a potem towarzyszeniem w podejmowanych przez nich wyzwaniach i zmianach. Nie wydaje się, że byłoby to szkodą dla systemu, gdyby podobnie, jak na tzw. Zachodzie, to oni byłiby tymi, do których uzależnieni i ich bliscy trafiają w pierwszej kolejności.



## OD REDAKTORA WYDANIA INTERNETOWEGO

To swoisty paradoks, w czasach kryzysu nadużywania internetu zachęcać ludzi do korzystania zeń. Namawianie do tego psychoterapeutów uzależnień brzmi już jak dowcip albo mem.

Niemniej, uznając się z zakłopotaniem za redakcyjnego zgrzywusa, proszę przyjąć wyrazy

wdzięczności za Państwa udział w ożywianiu strony (<https://touib.pl/>) oraz za aktywność na fanpage'u. Szczególnie cenne są Państwa komentarze pod postami oraz wszelkie głosy polemiczne.

Osobne podziękowania należą się osobom, które zdecydowały się podzielić swoimi przemyśleniami w postaci dłuższych tekstów, które publikujemy na stronie w zakładce „recenzje” i „aktualności” (<https://touib.pl/recenzje/>)

Nie ustępujemy w nakłanianiu Państwa do korzystania z tej formy ekspresji, tym bardziej że konsekwencją napisania tekstu, który opublikujemy, jest obciążenie Waszej domowej półki książką Wydawnictwa Uniwersytetu Jagie-

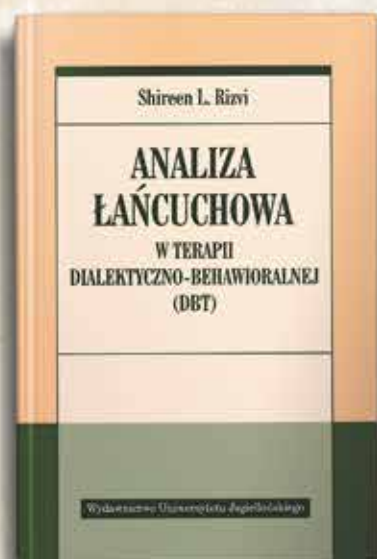
łńskiego. Nadmieniam, że już wiele cennych publikacji kurierzy i listonosze dostarczyli do autorów.

Swoją drogą, kurier to chyba taki współczesny listonosz, choć brzmi mniej romantycznie.



## 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 w współpracy ze specjalistami z ośrodków naukowych w całej Polsce.



Poznaj możliwości analizy łańcuchowej w terapii DBT



Poszerzone i zaktualizowane wydanie uznanego poradnika dla osób z zaburzeniami lękowymi



Kompleksowy podręcznik poświęcony zespołom konsultacyjnym w DBT



Nowe, uzupełnione wydanie bestsellerowego poradnika o BPD



Praktyczny poradnik pomagający zrozumieć związek ciała, umysłu i relacji społecznych z poczuciem bezpieczeństwa



WYDAWNICTWO  
UNIwersytetu  
JAGIELLOŃSKIEGO

[www.wuj.pl](http://www.wuj.pl)

