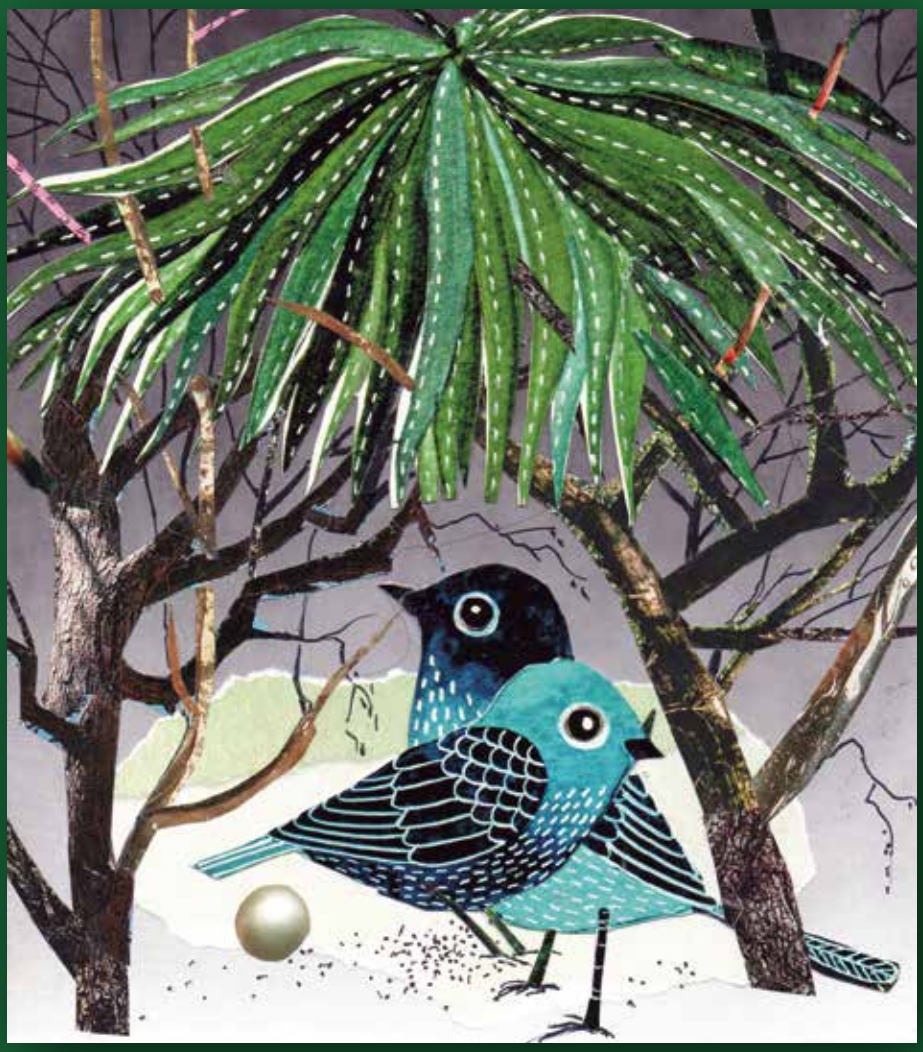
Nr 2/2023 (Rok XXVI)
KWARTALNIK
ISSN 2719-9738

TERAPIA

OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH



W następnym numerze między innymi

- Trauma i jej skutki
- Terapia dialektyczno – behawioralna w pracy młodymi
- EFT w pracy z parami
- Rodzina w terapii

WSTĘP

Rozwój w naszej dziedzinie opiera się na badaniach, wiedzy, praktyce, superwizji, potwierdzaniu kompetencji. Te elementy zawiera program specjalizacji. Tak się również kształtuje tożsamość, profesja, coś, co odróżnia psychoterapię od innych zawodów, co pomaga radzić sobie psychoterapeucie z szufladkowaniem, ograniczeniami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Z czasem to wyjątkowość terapeutycznej relacji i zobowiązanie staje się figurą w sposobie uprawiania tej właśnie profesji. Oznacza rzetelność terapeuty i kontakt z jej wartościami. Rzecz w tym, że nie można ich narzucić, można je jedynie rozpoznawać we własnym procesie rozwojowym. Wiemy to z własnych doświadczeń, z przekazów, tradycji terapeutycznej, bazy, jaką jest filozofia.

Na psychoterapeutę wpływa niewątpliwie jego własna historia. To ona w dużej mierze determinuje sposób pracy, wybór szkoły terapii. Taka świadomość również pozwala w sobie odróżnić zawód od profesji. Ta druga jest czymś osobistym, wyjątkowym, czasem intymnym, jest efektem świadomości siebie i swojej roli, wyborem spośród wielu. Kształtujemy ją całe życie.

Paul Tillich, znany teolog i filozof, zaproponował filozoficzną podstawę psychoterapii, opartą na prostym stwierdzeniu, że „można opisać esencjalną naturę człowieka i można opisać egzystencjalną trudność człowieka". W naturze człowieka jest moc tworzenia samego siebie, dzięki i poprzez wolność wyboru. Psychoterapeuta w swojej pracy może dla niej tworzyć przestrzeń, a to wymaga właśnie wiedzy, kompetencji, praktyki, superwizji. Bez pierwiastka wolności zajmowanie się trudnościami będzie tę moc ograniczać. Odnosi się do każdej relacji, uznania indywidualnego doświadczenia uczestników zarówno psychoterapii jak i superwizji. Bez własnej bowiem troski o ten proces, nie będzie to możliwe.

Po raz kolejny – przygotowując do druku ten numer – zastanawiałem się, czy przybliżany tu program tej specjalizacji zawiera wszystko, co potrzebne, aby kierować rozwojem jej uczestników w stronę profesji, a nie tylko zawodu? Czy sprzyja zmianie opartej na wolności i kształtowaniu, a nie narzucaniu wartości? Wszystko już w rękach tych, którzy będą ją realizować. Ważne, aby nie utknąć w schematycznych rozwiązaniach, mieć w uwadze żywą zawsze aktualizację człowieka i niezbędną wiedzę, zachować tu równowagę, o której mówił Tillich. To nieustanny taniec między muzyką a tendencją ciała i ruchem do przodu, ryzyko wyjścia poza poprawność przy świadomości ograniczeń. A to wymaga światła.

Takie światło niosła w swoim długim życiu dr Lidia Mieścicka. W ostatniej naszej rozmowie dawała świadectwo takiemu kierunkowi. Uczyła się do ostatnich dni, uznawała swoje ograniczenia, była z ludźmi, starając się ich rozumieć i akceptować, szanowała ich wolność wyboru. Była obecna i ostrożna wobec naukowych aksjomatów. Proste zasady wobec trudnej rzeczywistości. Pierwszeństwo dla człowieka, człowieczeństwa wobec zagrożeń i jednak niezbędnych – żeby się było, o co oprzeć – ram, jakie tworzy i nakłada system.

Ambicją naszego pisma – co często podkreślamy – jest pomaganie w szukaniu takiego światła, naświetlaniu procesów, odsłanianiu dylematów, zaciekawieniu, budzeniu refleksji, inspirowaniu do szukania odpowiedzi, dzieleniu się doświadczeniami.

W tym numerze obok komentarzy przybliżających program specjalizacji publikujemy teksty pokazujące pracę z pacjentem w różnych modalnościach. Michał Jasiński pisze o rekonsolidacji pamięci i zmianie terapeutycznej. O zmianie i koncepcji swojej pracy pisze z kolei Bożena Maciek-Haściło. Prezentujemy również spojrzenie systemowe: o samookaleczeniach pisze Anna Osowska-Bielińska, a o pracy z rodzinami Damian Szestopałko. Jędrzej Kosewski przybliża nam terapię schematów, a Barbara Czardybon zastosowanie grup Balinta w profilaktyce wtórnej traumatyzacji. Widać w tych artykułach doświadczenie kliniczne autorów.

W tym numerze zwracamy uwagę na źródła cierpienia dzieci. Agnieszka Widera-Wysoczańska opisuje to, co się dzieje w rodzinach, co bywa niewidoczne dla innych oczu, a o czym dowiadujemy się często, kiedy jest już za późno.

Zapraszam do lektury.

Redaktor Naczelny

6 czerwca 2023,
w wieku 90 lat, zmarła

dr Lidia Mieścicka

psychiatrka, psychoterapeutka,
superwizorka,
nauczycielka warsztatu
wielu psychoterapeutów.

Pozostanie w naszej pamięci.

SPIS TREŚCI

Str. 5 Dziesięć modułów programu specjalizacji – **BARBARA BĘTKOWSKA – KORPAŁA**
Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychoterapii uzależnień jest nową formą uzyskiwania kwalifikacji zawodowych

Str. 15 Alkoholowa przemoc rozmyta – **AGNIESZKA WIDERA – WYSOCZAŃSKA**
Nigdy nie ma stuprocentowej gwarancji, że dana osoba się nie uzależni. Może znaleźć się w dużym niebezpieczeństwie, gdy podporządkuje się mitom, że używki są obyczajowo, społecznie lub prawnie obowiązującą normą

Str. 19 Samouszkodzenia u młodzieży – rola systemu rodzinnego – **ANNA OSOWSKA – BIELIŃSKA**
Samouszkodzenia u młodzieży stanowią problem, na który często patrzymy jako na wyraz osobistej trudności, gdy tymczasem znaczącą rolę w jego tworzeniu (i leczeniu) może odgrywać system rodzinny

Str. 23 Rodzina, która potrzebuje pomocy – **DAMIAN SZESTOPAŁKO**
Zapraszam do systemowego, kontekstualnego spojrzenia na zgłaszaną dysfunkcję. Pomaga to dostrzec wieloaspektowość problematyki. Szersza perspektywa bywa odbarczająca dla pacjenta identyfikowanego (IP), wpływa na powiązanie wydarzeń w sprzężenia zwrotne i dostrzeżenie alternatywy dla spojrzenia przyczynowego

Str. 26 Uzależnienie jako zaburzenie więzi. Model pracy z osobami uzależnionymi w oparciu o teorie psychodynamiczne – **BOŻENA MACIEK – HAŚCIŁO**
Emmanuel Levinas niestrudzenie uzasadniał tezę, że więź jest darem, który pozwala poczuć, że ludzkie JA zaczyna się w Innym. Podkreślał przy tym, że usłyszenie go wymaga naszego wysiłku

Str. 33 Terapia schematu w pracy z osobami z syndromem DDA – **JĘDRZEJ KOSEWSKI**
Interwencje poznawczo-behawioralne zapewniają wgląd, zmianę perspektywy, narzędzia do dialogu wewnętrznego, jak również bardzo pomocne umiejętności regulacji emocji

Str. 38 Rekonsolidacja pamięci i zmiana transformacyjna w psychoterapii – **MICHAŁ JASIŃSKI**
Neuronaukowe odkrycie rekonsolidacji pamięci dało psychoterapeutom wiedzę na temat tego, jak regularnie doprowadzać do głębokich, transformacyjnych zmian i trwałego ustąpienia objawów prezentowanych przez naszych klientów. Proces rekonsolidacji pamięci został opisany na przykładzie studium przypadku klientki z traumą relacyjną

Str. 42 Grupa Balinta w profilaktyce wtórnej traumatyzacji – **BARBARA CZARDYBON**
Ryzyko wtórnej traumatyzacji i wypalenia zawodowego terapeutów zdaje się być niedoceniane. Jednocześnie osoby zajmujące się kwestiami zdrowia psychicznego napotykają określone trudności w poszukiwaniu pomocy dla samych siebie.

Str. 46 Alkohol i człowiek – toksyczny związek – Rozmowa z **PROF. MARKIEM WIERGOWSKIM**, współautorem publikacji
Dostępność do napojów alkoholowych jest nazbyt łatwa, a świadomość szkód, jakie powoduje alkohol – znikoma

Str. 47 Prawne aspekty wyzwań etycznych terapeuty uzależnień – część III – **AGNIESZKA ZWIERZCHOWSKA – ŁUCKA, PATRYCJA ALEKSANDROWICZ, KAMILA KOCAŃDA**
Kiedy terapeutę obowiązuje tajemnica zawodowa i jakie organy mogą uzyskać chronione informacje? Czy skarbówka może zaglądać do dokumentacji medycznej pacjentów albo przepytywać terapeutów? Co zrobić, jeśli w rozmowie z pacjentem wejdziemy w posiadanie informacji o popełnionym przez niego przestępstwie?

Str. 53 Asertywność wczoraj i dziś – Rozmowa z **MARIĄ KRÓL – FIJEWSKĄ**, psychoterapeutką i superwizorką
Ludzie niezmiennie popadają w dylemat: Upierać się przy swoim czy ulegać potrzebom innych?

ISSN 2719-9738

TERAPIA
OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH

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

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

Wydawca: **PRACOWNIA MOTYWACJI I ZMIAN**

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

Ministerstwo Zdrowia
NPZ NARODOWY PROGRAM ZDROWIA
KCPU Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
pracownia motywacji izmian .pl

Barbara Bętkowska – Korpała

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychoterapii uzależnień jest nową formą uzyskiwania kwalifikacji zawodowych

DZIESIĘĆ MODUŁÓW PROGRAMU SPECJALIZACJI

Intencją zaprezentowania w tym numerze Terapii krótkich komentarzy do treści poszczególnych modułów jest zapoznanie środowiska pracowników lecznictwa uzależnień oraz osób, które rozważają kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie psychoterapii uzależnień, z ogólnymi założeniami i celami dydaktycznymi, sposobem realizacji szkolenia oraz uzyskiwanymi kwalifikacjami zawodowymi.

Ten czteroletni program specjalizacyjny został przygotowany przez Zespół Ekspertów powołany przez Dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) i inne osoby zaproszone z naszego środowiska, a będzie realizowany przez jednostki, które otrzymają akredytację CMKP. Podstawą prawną programu jest Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, a jego treści obejmują wiedzę opartą na dowodach naukowych i zasadach dobrej praktyki klinicznej.

Wśród głównych celów kształcenia jest poznanie aktualnej wiedzy dotyczącej psychoterapii ogólnej skoncentrowanej na problematyce uzależnień oraz wybranych aspektów z psychologii klinicznej, nauk medycznych, nauk społecznych i neuronauki pozwalającej na rozumienie funkcjonowania pacjentów i określenie kierunków w obszarze leczenia osób z rozpoznaniem zaburzenia używania substancji psychoaktywnych i/lub kontroli impulsów i/lub zachowaniami uzależniającymi oraz udzielania pomocy psychologicznej i/lub psychoterapii członków ich rodzin. Wiedza ta ma służyć umiejętnościom diagnozowania oraz ukierunkowania procesu leczenia, a także uzyskania kompetencji do samodzielnego prowadzenia procesu psychoterapii zgodnie ze standardami etycznego funkcjonowania zawodowego w kontakcie z pacjentem i jego rodziną oraz współpracy w interdyscyplinarnym zespole diagnostyczno-terapeutycznym.

W programie nacisk kładzie się na rozwijanie kwalifikacji pozwalających na wykorzystanie w psychoterapii uzależnień rozumienia pacjenta i korzystania z osiągnięć naukowych i praktycznych z podstawowych podejść psychoterapeutycznych: psychodynamicznego, poznawczo-behawioralnego, humanistyczno-doświadczeniowego, systemowego i integracyjnego. Kompetencje zawodowe, które ma uzyskać osoba po ukończeniu specjalizacji, umożliwią jej samodzielne przeprowadzenie diagnozy (psychoterapeutycznej i/lub nozologicznej i/lub psychologicznej klinicznej w zależności od posiadanych kompetencji wynikających z uprawnień uzyskanych w toku kształcenia przeddyplomowego), rozpoznawanie czynników i mechanizmów istotnych w etiologii i rozwoju zaburzeń używania substancji i kontroli impulsów oraz zachowań uzależniających zarówno u dorosłych, jak i u dzieci i młodzieży, oraz zaburzeń wynikających z doświadczania relacji z osobą uzależnioną, a także czynników i mechanizmów wspierających proces leczenia.

Szczegółowe cele szkolenia, opis kompetencji zawodowych po jego ukończeniu oraz sposób organizacji procesu szkolenia został przedstawiony w programie specjalizacji, który umieszczony jest na stronach Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Opis każdego kursu programu zawiera zakres umiejętności teoretycznych i praktycznych, czas trwania, formy pracy, przygotowanie kadry dydaktycznej oraz sposób zaliczenia. Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychoterapii uzależnień trwa cztery lata i obejmuje dziesięć modułów, w tym 23 kursy specjalizacyjne i osiem staży kierunkowych oraz kurs specjalizacyjny jednolity. To 1736 godzin szkolenia specjalizacyjnego zorganizowanego przez akredytowaną jednostkę szkolącą, w tym 1016 godzin kursów specjalizacyjnych i 720 godzin staży kierunkowych oraz staż podstawowy wynoszący 5048 godzin wykonywania czynności zawodowych zgodnych z programem specjalizacji w swoim miejscu pracy w placówce leczenia uzależnień.

W tabeli na następnej stronie znajduje się spis modułów, kursów specjalizacyjnych i staży klinicznych.

PLAN SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO Moduły, kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe	*Liczba godzin*
MODUŁ I **Podstawy wiedzy medycznej dla specjalisty psychoterapii uzależnień** 1. „Psychopatologia zaburzeń psychicznych i zachowania – diagnoza i ich leczenie" 2. „Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i zachowania z uzależnieniami" 3. „Zaburzenia używania substancji i kontroli impulsów, zachowania uzależniające, a choroby somatyczne"	*16* *16* *8*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*40*
MODUŁ II **Podstawy wiedzy psychologicznej dla specjalisty psychoterapii uzależnień** 1. „Teorie i mechanizmy psychologiczne wyjaśniające zaburzenia używania substancji i kontroli impulsów oraz zaburzeń uzależniających" 2. „Psychologiczna diagnoza kliniczna w leczeniu uzależnień"	*16* *24*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*40*
MODUŁ III **Psychoterapia osób uzależnionych i członków ich rodzin** 1. „Wprowadzenie do psychoterapii" 2. „Psychoterapia osób uzależnionych – diagnoza i proces psychoterapeutyczny" 3. „Psychoterapia grupowa w pracy z osobami uzależnionymi"	*24* *104* *72*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*200*
MODUŁ IV **Programy terapeutyczne w lecznictwie uzależnień** 1. „Programy ograniczania używania substancji psychoaktywnych" 2. „Programy terapeutyczne osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w specyficznych grupach" 3. „Wybrane metody pracy w lecznictwie uzależnień"	*40* *16* *32*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*88*
MODUŁ V **Rodzina z problemem uzależnienia – diagnoza i terapia** 1. „Systemowe rozumienie funkcjonowania rodziny" 2. „Problemy partnerek/ów i bliskich osób uzależnionych" 3. „Rodzina z problemem uzależnienia, a rozwój dzieci. Osoby dorosłe z doświadczeniem życia w rodzinie z problemem uzależnienia"	*40* *40* *40*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*120*
MODUŁ VI **Dzieci i młodzież w obliczu uzależnień – diagnoza i terapia** 1. „Prawidłowości rozwoju u dzieci i młodzieży – czynniki ryzyka i czynniki ochronne zaburzeń używania substancji i kontroli impulsów oraz zachowań uzależniających" 2. „Psychoterapia dzieci i młodzieży"	*16* *40*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*56*

MODUŁ VII **Podstawy prawne i organizacyjne w lecznictwie uzależnień**	
1. „Organizacja systemu leczenia uzależnień i podstawy prawne pracy psychoterapeuty uzależnień"	*8*
2. „Podstawy opiniowania sądowego i ekspertyz dla innych instytucji"	*8*
3. „Integracja działań wielospecjalistycznych wobec uzależnionych i ich rodzin"	*8*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*24*
MODUŁ VIII **Staże kierunkowe**	
1. „Diagnostyka i terapia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania osób dorosłych"	*120*
2. „Diagnostyka i terapia zaburzeń psychicznych w okresie dzieciństwa i dorastania"	*120*
3. „Leczenie zespołów abstynencyjnych i ostrych zatruć"	*40*
4. „Leczenie osób uzależnionych – diagnoza i programy terapeutyczne w stacjonarnym trybie leczenia uzależnień"	*120*
5. „Leczenie osób uzależnionych – diagnoza i programy terapeutyczne w ambulatoryjnym trybie leczenia uzależnień"	*120*
6. „Leczenie osób uzależnionych – terapia i rehabilitacja w oparciu o odziaływanie społeczności terapeutycznej"	*40*
7. „Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla osób doświadczających trudności w związku z uzależnieniem bliskich – diagnoza i metody pracy"	*120*
8. „Leczenie substytucyjne"	*40*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*720*
MODUŁ IX **Treningi szkoleniowe rozwoju zawodowego**	
1. „Treningi grupowe"	*128*
2. „Kompetencje zawodowe specjalisty psychoterapii uzależnień"	*32*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*160*
MODUŁ X **Superwizja**	
1. „Superwizja kliniczna procesu diagnostycznego"	*32*
2. „Superwizja procesu psychoterapeutycznego"	*240*
Razem czas szkolenia w ramach modułu	*272*

KURS JEDNOLITY „PRAWO MEDYCZNE"	*16*
PODSUMOWANIE CZASU TRWANIA WSZYSTKICH MODUŁÓW	*1736*
STAŻ PODSTAWOWY (W MIEJSCU PRACY ZAWODOWEJ)	*5048*
SAMOKSZTAŁCENIE	*320*
ŁĄCZNIE CZAS TRWANIA KSZTAŁCENIA SPECJALIZACYJNEGO	*7104*

KATARZYNA WIŚNIEWSKA

Moduł I

Podstawy wiedzy medycznej dla specjalisty psychoterapii uzależnień

We współczesnym lecznictwie uzależnień, ze względu na charakter zaburzenia, jakim jest uzależnienie i współwystępujące problemy zdrowotne, wykorzystuje się wiedzę interdyscyplinarną dotyczącą medycyny i psychoterapii. Jako lekarz i specjalista psychoterapii uzależnień o przydatności takiego podejścia przekonuję się na co dzień, a jako dydaktyk osób niemających wykształcenia medycznego, dostrzegam potrzeby słuchaczy związane ze zdobywaniem wiedzy z biomedycznych podstaw uzależnień.

Moduł składa się z trzech kursów specjalizacyjnych: „Psychopatologia zaburzeń psychicznych i zachowania-diagnoza i leczenie", „Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i zachowania z uzależnieniami" oraz „Zaburzenia używania substancji i kontroli impulsów i zachowania uzależniające a choroby somatyczne".

Po kursie pierwszym osoba specjalizująca się uzyska wiedzę dotyczącą aspektów medycznych istotnych w kwalifikacji do wybranych form oddziaływania psychoterapeutycznego wobec osób uzależnionych i członków ich rodzin. Będzie potrafiła ocenić potrzebę współpracy ze specjalistami psychiatrii w przypadku prawdopodobnej konieczności stosowania dodatkowej farmakoterapii. Nauczy się biegle poruszać się w systemach klasyfikacyjnych zaburzeń psychicznych i zachowania dzieci, młodzieży oraz dorosłych, co ma szczególne znaczenie w procesie diagnozy i planowania leczenia według obowiązujących standardów. Ponadto kurs dostarczy wiedzy o neurobiologii uzależnień i sposobach jej umiejętnego wykorzystania w zakresie rozumienia związków między funkcjonowaniem mózgu osoby uzależnionej a objawami uzależnień. To szczególnie istotne w dostosowywaniu procesu psychoterapii do potrzeb i możliwości konkretnej osoby. Wreszcie znajomość toksycznego wpływu substancji psychoaktywnych na organizm i zachowanie człowieka będą bardzo pomocne w planowaniu, przebiegu i monitorowaniu leczenia.

Kurs drugi ma za zadanie dostarczyć wiedzę w zakresie współchorobowości i tzw. podwójnej diagnozy oraz znajomości patogenezy współistniejących z uzależnieniami zaburzeń psychicznych. Osoba specjalizująca się nabędzie umiejętności praktycznego wykorzystywania znajomości standardów leczenia osób ze współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi w ramach kompleksowego leczenia, we współpracy ze specjalistami psychiatrii. Szczególnie istotne znaczenie kładzie się na występowania myśli, tendencji i zachowań samobójczych wraz z oceną ryzyka popełnienia samobójstwa. Osoba specjalizująca się będzie miała umiejętności postępowania w takich przypadkach, stosując odpowiednie standardy.

Ostatnią istotną kwestią w ramach kursu jest znajomość problemów klinicznych związanych z pacjentami z podwójną diagnozą kierowanych przez sądy do placówek leczenia uzależnień na terapię uzależnień w ramach środka zabezpieczającego. Umiejętność oceny i znalezienia odpowiedniej formy oddziaływań (nie tylko psychoterapeutycznych) potrzebnych pacjentowi, który popełnił czyn zabroniony oraz miejsca, gdzie miałyby one być realizowane, jest obecnie wyzwaniem dla lecznictwa uzależnień.

Kurs trzeci dotyczy wpływu substancji psychoaktywnych i zachowań na zdrowie somatyczne. W zakresie zachowań szczególna uwaga zwrócona jest na coraz bardziej niebezpieczne zjawisko chemseksu. Osoba specjalizująca się w czasie kursu pozna wpływ poszczególnych grup substancji na ośrodkowy układ nerwowy i będzie potrafiła ocenić znaczenie somatycznych skutków zdrowotnych wywoływanych przez poszczególne grupy substancji w procesie psychoterapii. Nauczy się wykorzystywać wiedzę o somatycznych skutkach zdrowotnych działania substancji oraz zachowań na organizm w prowadzeniu efektywnej psychoedukacji. Ponadto, dowie się o zastosowaniu kanabinoidów i innych substancji psychoaktywnych w celach leczniczych. ■

BARBARA BĘTKOWSKA – KORPAŁA

Moduł II

Podstawy wiedzy psychologicznej dla specjalisty psychoterapii uzależnień

Znajomość psychologicznych czynników i mechanizmów funkcjonowania człowieka jest ważna dla zrozumienia etiologii, rozwoju zaburzeń używania substancji i kontroli impulsów oraz zaburzeń uzależniających, a także procesu leczenia. Współczesna wiedza psychologiczna dotycząca uzależnień integruje wiedzę z różnych obszarów psychologii, między innymi klinicznej, osobowości, rozwojowej a także neuronauki, medycyny i innych nauk społecznych.

Koncepcje rozwoju uzależnienia opisywane są w uznanych nurtach psychologicznych, które w różny sposób kładą nacisk na specyficzne czynniki lub mechanizmy regulujące zachowanie człowieka w chorobie i zdrowieniu. Wiedza o nich daje szerokie spojrzenie na mechanizmy uzależnienia, co wzbogaca rozumienie problemów pacjenta i ułatwia identyfikowanie czynników i mechanizmów istotnych w etiologii i rozwoju zaburzeń używania substancji i kontroli impulsów oraz zachowań uzależniających. Ponadto, rozumienie złożoności psychologicznego funkcjonowania osób uzależnionych kształtuje warsztat pracy psychoterapeuty uzależnień i ułatwia adekwatne do problematyki pacjenta ukierunkowanie jego procesu leczenia, w tym kwalifikację do procesu psychoterapii i wspieranie zmian w kierunku zdrowienia.

W module zawarto także treści odnoszące się do wykorzystania psychologicznej diagnozy klinicznej w leczeniu uzależnień, a temu ma służyć zapoznanie się z założeniami psychologii klinicznej jako

dziedziny praktyki klinicznej, etapów postępowania diagnostycznego w kontekście formułowania celów, hipotez diagnostycznych, pytań badawczych, doboru metod i technik diagnostycznych, wnioskowania, opiniowania. Diagnoza stanowi podstawową formę oddziaływań, będącą nie tylko podstawą do przyjęcia pacjenta do leczenia i ukierunkowania oddziaływań leczniczych, ale też monitorowania postępów w zdrowieniu.

Diagnoza kliniczna jest procesem poznawania drugiego człowieka, jego sposobu przystosowania, doświadczanych trudności, potrzeb, ale także szeroko rozumianych zasobów. W kontekście złożoności problemów osoby uzależnionej od diagnosty wymaga się konkretnej wiedzy i umiejętności, a także stosowania celowo dobranych metod i narzędzi badawczych. Zwykle w placówkach leczenia uzależnień pracujemy w interdyscyplinarnych zespołach, a często wśród specjalistów psychoterapii uzależnień znajdują się psycholodzy, którzy mają uprawnienia do stosowania specyficznych narzędzi oceny stanu psychicznego, osobowości czy też sprawności intelektualnej. Ważną pozyskiwaną tu kompetencją jest umiejętność stosowania przesiewowych narzędzi badających nasilenie objawów psychopatologicznych oraz oceniających funkcje poznawcze.

Istotnym elementem kształcenia w tym module pozostaje wiedza kliniczna o osobowości (prawidłowej i zaburzonej) oraz procesach regulacyjnych, w tym motywacyjnych, co ma bezpośrednie przełożenie na kształtowanie relacji terapeutycznej i możliwość zaplanowania leczenia, a także oszacowanie ryzyka nawrotów i innych zachowań charakterystycznych dla różnych zaburzeń osobowości.

Umiejętność wykorzystania diagnozy psychologicznej osobowości i/lub diagnozy neuropsychologicznej dla prowadzenia procesu psychoterapii i/lub doboru innych form oddziaływań wobec pacjenta ułatwi zapewnienie pacjentowi adekwatnego leczenia. ■

JAN CZESŁAW CZABAŁA

Moduł III

Psychoterapia osób uzależnionych i członków ich rodzin

Zasady stosowania psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego określają, że psychoterapia stanowi istotną składową w programach leczenia uzależnień. Tak jest również w programie specjalizacji psychoterapii uzależnień. Wśród metod stosowanych w leczeniu osób uzależnionych wymienia się m.in. poradnictwo i pomoc w kryzysie, rehabilitację, wsparcie społeczne, metody kontroli impulsów i pomoc dla członków rodzin oraz bliskich osób uzależnionych. Miller i in. (2014) piszą, że podejście do terapii uzależnień powinno być interdyscyplinarne, holistyczne i oparte na współpracy.

Psychoterapia jest podstawową metodą w leczeniu osób uzależnionych. Za cel stawia zmianę właściwości intrapsychicznych mającą doprowadzić do zmiany zachowań na takie, które pozwalają na adekwatne zaspokajanie własnych potrzeb i na realizację zadań życiowych. Te właściwości intrapsychiczne to: nieadekwatne wzorce reagowania emocjonalnego, nieadekwatne przekonania, nieadekwatne wzorce zachowań.

Stąd pierwszym celem szkolenia specjalizacyjnego jest zapoznanie się z aktualną wiedzą o psychologicznych, społecznych i medycznych czynnikach związanych z powstawaniem uzależnień. Kolejnym celem jest nabywanie wiedzy o istniejących metodach psychoterapii, mających empirycznie udowodnioną skuteczność w leczeniu osób uzależnionych. Pozwala to na wykorzystanie tej wiedzy do formułowania indywidualnej diagnozy.

Leczenie osób uzależnionych musi być dostosowane do indywidualnych problemów każdej z nich. Potrzebna jest zatem diagnoza rodzaju zaburzeń, identyfikacja doświadczeń życiowych, które doprowadziły do ukształtowania się określonych wzorców reagowania emocjonalnego i nieadekwatnych przekonań. Taka diagnoza stanowi podstawę do formułowania hipotez o rodzajach zmian, jakie powinny być osiągnięte w procesie psychoterapii u każdej osoby uzależnionej, która podejmuje leczenie. Jest też podstawą do prezentowania tych hipotez osobie podejmującej psychoterapię i uzgadniania z nią potrzeby takich zmian. Stąd duże znaczenie mają umiejętności potrzebne do przeprowadzenia diagnozy, takie jak: tworzenie warunków budowania zaufania osoby leczonej, umiejętności pozyskiwania informacji oraz ich wykorzystania dla rozumienia aktualnych doświadczeń i aktualnych właściwości (oraz ich źródeł) osoby diagnozowanej. Celem diagnozy jest także poszukiwanie najlepszej metody pomocy psychologicznej osobie leczonej, wśród takich metod, jak psychoterapia indywidualna, grupowa, rodziny, ambulatoryjna, w warunkach oddziału czy społeczności terapeutycznej.

Kolejnym elementem szkolenia specjalizacyjnego psychoterapeutów uzależnień jest nabycie umiejętności stosowania oddziaływań psychoterapeutycznych, które pozwolą na uzyskanie przez osobę uzależnioną tych zmian, które zostały wcześniej zidentyfikowane jako potrzebne do odzyskania własnej sprawczości. Oznacza to, że pracujący z pacjentem specjalista psychoterapii uzależnień powinien posiadać konkretne umiejętności, takie jak: tworzenie relacji terapeutycznej opartej na okazywaniu osobie leczonej rozumienia i akceptacji. Istotne jest także nabycie umiejętności potrzebnych do przechodzenia przez kolejne etapy procesu zmiany: odreagowywania uczuć; uzyskiwania nowej wiedzy o sobie i o tym, jakie doświadczenia życiowe mogły wpływać na aktualne sposoby przeżywania i spostrzegania siebie i innych; zdobywania nowej wiedzy o stratach poniesionych w wyniku własnych zachowań; pozyskiwania nowej wiedzy o swoich zasobach i możliwościach

w przeprowadzaniu pożądanych zmian; na etapie planowania i przeprowadzania zmian. Specjalista powinien posiadać umiejętności stosowania oddziaływań dopasowanych do rodzajów psychoterapii, indywidualnej, grupowej czy rodziny.

Psychoterapia leczonych osób uzależnionych jest częścią wielu oddziaływań terapeutycznych i musi być z nimi zintegrowana. Nabywanie wiedzy o naturze uzależnienia (psychoedukacja), treningi umiejętności, dialog motywujący, tworzenie warunków wsparcia społecznego, pomoc socjalna – to różne elementy programów leczenia osób uzależnionych. Są one wzajemnie powiązane, uzupełniają się i stanowią pomoc w zmianach potrzebnych do odzyskania sprawczości i zdolności kierowania własnym życiem przez osoby uzależnione.

Psychoterapia pozwala na emocjonalne uwolnienie się od negatywnych doświadczeń z przeszłości i aktualnych, na uzyskanie nowej świadomości zmieniającej dotychczasowe nieadekwatne przekonania i kształtujące nowe możliwości intrapsychiczne. Takie zmiany będą bardzo istotne dla uczenia się nowych zachowań, dla utrwalania wiedzy o naturze uzależnienia, dla poszukiwania wsparcia społecznego i pomocy socjalnej, gdy takie będą potrzebne. ■

ANNA PRZEZNAK

Moduł IV

Programy terapeutyczne w lecznictwie uzależnień

Program specjalizacyjny zapoznaje z różnymi programami oraz podstawowymi metodami pracy terapeutycznej, aby uczestnicy kursu i przyszli psychoterapeuci mogli elastycznie korzystać z już wypracowanych w lecznictwie uzależnień programów, dostosowanych do diagnozy, celów psychoterapii, oddziaływań i preferencji oraz specyfiki pacjenta. Wybrane programy terapeutyczne ujęte są w Module IV, podzielonym na trzy kursy specjalizacyjne: programy ograniczania używania substancji psychoaktywnych, programy terapeutyczne osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w specyficznych grupach oraz wybrane metody pracy w lecznictwie uzależnień.

Wszystkie trzy kursy poruszają bardzo ważne kwestie w psychoterapii uzależnień. Jedną z nich jest stworzenie pacjentowi możliwości wyboru własnych celów terapii. Aktualnie w Polsce w placówkach leczenia uzależnień przeważają programy terapeutyczne oparte o paradygmat pełnej abstynencji. Jest on optymalnym, najbardziej pożądanym celem terapii osób uzależnionych, lecz nie dla wszystkich osiągalnym. Dlatego osoby podejmujące szkolenie specjalizacyjne zostaną zapoznane z definicjami oraz celami programów redukcji szkód i ograniczenia przyjmowania substancji psychoaktywnych: dla użytkowników konopi – programem CANDIS, programem profilaktyki selektywnej Fred Goes Net, Programem Ograniczania Picia – POP, Redukcji Szkód oraz programem antynikotynowym. Nauczą się kwalifikowania pacjentów do prezentowanych programów oraz formułowania w ich zakresie celów terapeutycznych.

Program specjalizacyjny, w module IV, przygotowuje przyszłych specjalistów także do pracy z różnorodnymi grupami pacjentów, różnymi ze względu na ich specyfikę potrzeb (m.in.: osoby z poważnymi zaburzeniami funkcji poznawczych; kobiety i mężczyźni-różnice w uzależnieniu i leczeniu; osoby doświadczające przemocy i stosujące przemoc; doświadczające marginalizacji społecznej i innych specyficznych problemów zdrowotnych, psychologicznych i społeczno-kulturowych) oraz miejsc świadczenia psychoterapii – poza systemem ochrony zdrowia (terapia uzależnień w warunkach izolacji więziennej oraz domach pomocy społecznej dla osób uzależnionych). Specyfika pracy terapeutycznej z pacjentami ze wszystkich wymienionych grup będzie dotyczyła rodzaju problemów, stawianych celów i przebiegu terapii uzależnień. Dodatkowo, z niektórymi grupami będzie wymagała uwzględnienia pomocy wielospecjalistycznej oraz prawnej czy też znajomości organizacji instytucji, w której jest prowadzona psychoterapia. Ważne będą tu umiejętności diagnostyczne przyszłych specjalistów. Psychoterapia specyficznych grup pacjentów wymaga uważności na problemy zgłaszane przez pacjentów, konieczności poszerzenia diagnozy psychologicznej, często uwzględnienia ich somatycznego stanu zdrowia oraz dostosowania psychoterapii do możliwości i tempa zmiany zachowań danej osoby. Uwzględnienie specyfiki pacjenta jest jednym z ważnych czynników wpływających na przebieg i efektywność procesu psychoterapii.

Osoby podejmujące szkolenie specjalizacyjne, w ramach Modułu IV, będą też mogły zapoznać się z wieloma metodami wykorzystywanymi w psychoterapii osób z uzależnieniem i członkami ich rodzin/osób bliskich. Nauczą się podstaw dialogu motywującego, bardzo skutecznej, popartej wieloma badaniami naukowymi metody budowania motywacji do zmian życiowych, niesienia pomocy w różnych typach kryzysu, zastosowania krótkiej interwencji jako metody prewencyjnej w uzależnieniach, pracy metodą społeczności terapeutycznej – szeroko wykorzystywanej w Polsce do leczenia osób uzależnionych od narkotyków. Zostaną zapoznane z ważnymi elementami terapii poznawczo-behawioralnej: psychoedukacją oraz treningiem umiejętności społecznych i nowych zachowań. Poznają możliwości wykorzystania nowych technologii – aplikacji jako narzędzi wspomagających proces leczenia osoby uzależnionej (E-POP, mWSPARCIE). Nauczą się odpowiedniego doboru narzędzi psychometrycznych służących do diagnozy uzależnienia, w tym różnych zachowań uzależniających. Poznanie tak różnych metod pracy terapeutycznej stworzy uczestnikom kursu możliwość różnorakich oddziaływań na pacjenta, dobranych w procesie diagnozy do jego indywidualnych potrzeb. ■

KRZYSZTOF GĄSIOR

Moduł V

Rodzina z problemem uzależnienia – diagnoza i terapia

Zaburzenia psychiczne dotykają nie tylko jednostek w ich indywidualnym i osobistym funkcjonowaniu, ale poprzez zmianę tegoż funkcjonowania również ich bliskich. To proste spostrzeżenie niesie ze sobą znaczne konsekwencje dla osób uzależnionych i ich najbliższego otoczenia. Właśnie w przypadku uzależnienia kontekst ten został niezwykle dobitnie dostrzeżony, na co wskazuje historia ruchów samopomocowych, ale też profesjonalnych podejść do terapii. Nowoczesna pomoc, leczenie i psychoterapia uzależnień winna obejmować zarówno rodziny osób uzależnionych, jak ich bliskich oraz osoby wzrastające czy żyjące w rodzinach z problemem uzależnienia. W ostatnich dwóch dekadach obserwujemy pojawianie się znaczących zmian zarówno w diagnostyce i terapii następstw przewlekłego/ złożonego stresu pourazowego związanego z traumą interpersonalną jak i w rozumieniu funkcjonowania rodzin i par z problemem uzależnienia. Musiało to znaleźć swoje odbicie w programie szkolenia specjalistów w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Moduł V Programu szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień „Rodzina z problemem uzależnienia, diagnoza i terapia" realizowany jest w formie trzech kursów specjalizacyjnych.

Kurs „Systemowe rozumienie funkcjonowania rodziny" wprowadza w systemowe rozumienie rodziny, jej cyklu rozwojowego, właściwości systemu rodzinnego oraz specyficznych problemów związanych z funkcjonowaniem pary rodzicielskiej, rozwojem dzieci oraz ich dróg życiowych. Umiejętności nabywane w trakcie kursu skupiają się wokół prowadzenia konsultacji rodzinnych, diagnozy systemu rodzinnego uwzględniającej zagrożenia jak i zasoby rodziny oraz projektowania i realizowania różnorodnych form pomocy dostosowanych do sytuacji rodzinnej. Podczas zajęć uczestnicy zapoznają się z krótkoterminowymi formami terapii par i rodzin, jak i interwencji związanej z występowaniem przemocy w rodzinie.

Kurs drugi – „Problemy partnerek/ów i bliskich osób uzależnionych" – odnosi się do problematyki współuzależnienia. Zjawisko to współcześnie budzi liczne kontrowersje, ale wydaje się, że w oparciu o praktykę i obecny stan wiedzy kontrowersje te w znacznej mierze zostały usunięte bądź ograniczone. Uczestnik kursu uzyska wiedzę i umiejętności w zakresie pomagania bliskim osób uzależnionych (partnerkom, partnerom) z uwzględnieniem specyfiki doświadczeń związanych z bliską i wieloletnią relacją. Nabędzie też umiejętności pracy z partnerami osób uzależnionych nie tylko w obszarze destrukcyjnej relacji, ale i w zakresie terapii złożonego stresu pourazowego (CPTSD).

Trzeci kurs – „Rodzina z problemem uzależnienia a rozwój dzieci. Osoby dorosłe z doświadczeniem życia w rodzinie z problemem uzależnienia" obejmuje ważny obszar związany z problematyką Dorosłych Dzieci Alkoholików oraz osób z doświadczeniem traumy dziecięcej wynikającej z negatywnych doświadczeń dzieciństwa. Choć klinicznie nie potwierdzono syndromu DDA, to najnowsze badania i doświadczenia terapeutyczne wskazują, że złożony zespół stresu pourazowego (CPTSD) jest pierwotnym następstwem wzrastania m.in. w rodzinach z problemem uzależnienia. Uczestnicy kursu zostaną zapoznani z rekomendowanymi metodami pracy z osobami z następstwami traumy złożonej wczesnodziecięcej.

Moduł pracy z osobami bliskimi i rodziną jest ważną częścią szkolenia specjalizacyjnego, a kursy realizowane w jego ramach dają możliwość nabycia realnych umiejętności do pracy w tym obszarze. ■

JOLANTA RYNIAK

Moduł VI

Dzieci i młodzież w obliczu uzależnień – diagnoza i terapii

Programu specjalizacji z psychoterapii uzależnień ma na celu przygotowanie przyszłych specjalistów psychoterapii uzależnień do przeprowadzenia diagnozy i prowadzenia procesu psychoterapeutycznego dzieci i młodzieży zagrożonej uzależnieniem zarówno od substancji psychoaktywnych, jak i czynności uzależniających, a także dzieci i młodzieży pochodzącej z rodzin z problemem uzależnień oraz w pomocy terapeutycznej ich rodzicom/ opiekunom w lepszym wypełnianiu ról rodzicielskich oraz poszerzaniu umiejętności wspierania rozwoju młodej osoby. Program zakłada, że „rozwój uzależnienia od substancji oraz zachowań u dzieci i młodzieży jest rozumiany jako przejaw lub efekt innych problemów rozwojowych, emocjonalnych, relacyjnych lub współwystępujących zaburzeń psychicznych i zachowania". Moduł VI składa się z dwóch kursów. Omawiają one prawidłowości rozwoju u dzieci i młodzieży, czynniki ryzyka i czynniki ochronne zaburzeń używania substancji i kontroli impulsów oraz zachowania uzależniające, a także psychoterapię dzieci i młodzieży. Treści kursów uzupełniają się.

Prezentowany moduł czerpie z całościowego programu specjalizacyjnego, dlatego koncentruje się jedynie na wybranych zagadnieniach specyficznych dla diagnozy i psychoterapii pacjentów w wieku rozwojowym. Zakotwicza problemy związane z uzależnieniem w całościowym rozumieniu rozwoju biologicznego i psychospołecznego młodej osoby oraz w jej funkcjonowaniu w systemie rodzinnym. W programie uwzględnione zostało współwystępowanie (z uzależnieniem) innych zaburzeń zdrowia psychicznego i zachowania, które mogą powodować nasilenie

problemów zdrowotnych i relacyjnych młodej osoby, utrudniając jednocześnie efektywność podejmowanych oddziaływań terapeutycznych.

W czasie kursu dużą wagę przykłada się kształtowania umiejętności przeprowadzenia diagnozy nozologicznej, psychologicznej oraz diagnozy dla potrzeb psychoterapii, które mają za zadanie opracowanie strategii oddziaływań psychoterapeutycznych, a w razie potrzeby włączenia leczenia farmakologicznego. To pomaga w adekwatnym kierowaniu do form pomocy. Z tego względu w programie kładzie się nacisk na uczenie umiejętności współpracy w zespole interdyscyplinarnym (specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży, specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista psychologii klinicznej itd.). Kurs dostarcza wiedzy na temat możliwości współpracy z placówkami opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży, stwarzając możliwość stażu klinicznego w tym obszarze. Moduł obejmuje również zadania z zakresu diagnozy systemu rodzinnego, przygotowuje do pracy konsultacyjnej z rodzicami/opiekunami w kontekście leczenia pacjenta młodzieżowego.

Wiek dorastania niesie za sobą wiele zagrożeń, z tego względu istnieje potrzeba posiadania wiedzy i umiejętności reagowania w sytuacjach kryzysowych (np. zagrożenia próbą samobójczą, ryzykownymi zachowaniami, samouszkodzeniami, występującej przemocy w systemie rodzinnym lub w grupie rówieśniczej).

Program obejmije praktyczne umiejętności budowania przymierza terapeutycznego, kształtowania poczucia bezpieczeństwa i zaufania w relacji z pacjentem w wieku rozwojowym. Uwzględnia trudności w zakresie m.in. wzmacniania motywacji i zaangażowania, zachowań ryzykownych, samouszkodzeń, przyjmowania substancji mimo leczenia.

Ważnym elementem będzie opracowywanie kontraktu terapeutycznego, w którym określone zostaną zasady kontaktu z rodzicami/opiekunami oraz innymi specjalistami i instytucjami.

W przypadku używania substancji psychoaktywnych oraz zachowań uzależniających pracuje się nad zaprzestaniem ich używania lub znaczącym ograniczeniem, które umożliwi bezpieczną dalszą współpracę. Uczestnicy kursu nabędą zatem wiedzę i umiejętności w zakresie w pracy nad alternatywnymi sposobami radzenia sobie przez młodą osobę z napięciem, natężeniem przykrych stanów emocjonalnych, impulsów itp. Zostaną również zapoznani z całościowym procesem pracy psychoterapeutycznej i jego ewaluacją, zjawiskami zachodzących w relacji terapeutycznej z młodą osobą, rozumieniem i radzeniem sobie w sytuacji impasu lub kryzysów w leczeniu, współpracą z rodzicami/opiekunami itp.

Oczekuje się, że przyszli specjaliści będą dobrze przygotowani do pracy z pacjentem w wieku rozwojowym w placówkach profilaktyki i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych. ■

BOGUSŁAWA BUKOWSKA

KAMA DĄBROWSKA

Moduł VII

Podstawy prawne i organizacyjne w lecznictwie uzależnień

Moduł realizowany będzie w formie czterech kursów specjalizacyjnych.

Celem kształcenia pierwszego kursu jest nabycie przez specjalistów psychoterapii uzależnień wiedzy i kompetencji w zakresie podstaw prawnych pracy specjalisty psychoterapii uzależnień, ze szczególnym uwzględnieniem zasad wykonywania czynności zawodowych zgodnie z obowiązującym prawem i poszanowaniem standardów etyki zawodowej. Kształtowanie świadomości etycznej przyszłych specjalistów psychoterapii uzależnień będzie zatem jednym z najważniejszych zadań tego modułu, choć zagadnienia etyczne poruszane będą także przy okazji prowadzenia innych modułów.

Drugi z kursów poświęcony jest podstawom opiniowania sądowego i ekspertyz dla innych instytucji. Podczas zajęć nacisk zostanie położony na umiejętność sporządzania ekspertyz na potrzeby sądu lub innych instytucji z uwzględnieniem celu jej wydania.

Zarówno pierwszy jak i drugi kurs kończyć się będą pisemnym sprawdzianem z zakresu wiedzy określonej programem zaliczanym u kierownika naukowego kursu.

Integracja działań wielospecjalistycznych wobec osób uzależnionych i ich rodzin to obszar kształcenia trzeciego kursu specjalizacyjnego w module siódmym. Wiedza i doświadczenie oparte o wyniki badań naukowych jednoznacznie wskazują na konieczność rozpoznawania zróżnicowanych potrzeb pacjentów doświadczających problemów w związku z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnionych behawioralnie oraz ich rodzin i zapewnienia im zintegrowanych modeli opieki. Wiedza w zakresie potencjalnych form wsparcia dla pacjentów jest niezbędna do pełnego wykorzystania potencjału wielu specjalistycznych placówek i zaplanowania kompleksowego planu terapii i opieki uwzględniającego reintegrację społeczną pacjentów.

Podstawę zaliczenia stanowić będzie pisemne opracowanie zintegrowanego modelu opieki nad pacjentem z problemem uzależnienia oraz jego bliskimi.

Ostatni z kursów tego modułu dotyczy organizacji systemu leczenia uzależnień. Jego celem jest nabycie przez przyszłego specjalistę psychoterapii uzależnień umiejętności prawidłowego kierowania pacjentów do placówek leczenia uzależnień o zróżnicowanych profilach programowych i formach organizacyjnych oraz nabycie umiejętności prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej.

Program całego modułu jest bardzo obszerny w stosunku do liczby godzin zaplanowanych na jego realizację, dlatego wymagać będzie od słuchaczy intensywnej pracy własnej i samokształcenia[1]. Znajomość wszystkich omawianych w module zagadnień jest jednak niezbędna dla realizacji przez specjalistów psychoterapii uzależnień obowiązków zawodowych w sposób zgodny z wymaganiami stawianymi przez obowiązujące przepisy, ze szczególnym uwzględnieniem poszanowania praw pacjenta. ■

[1] W programach specjalizacji w ochronie zdrowia dodatkowo realizowane są kursy jednolite „Prawo medyczne"

KATARZYNA NOWAKOWSKA – DOMAGAŁA

Moduł VIII

Staże kierunkowe

W ostatnich latach zdecydowanie zmienił się profil pacjentów korzystających z oferty placówek leczenia uzależnień. Coraz częściej zgłaszają się osoby z chorobami i zaburzeniami psychicznymi, z którymi współwystępują problemy wynikające z uzależnienia od substancji psychoaktywnych i zachowań uzależniających. Częściej leczą się bardzo młodzi ludzie, u których uzależnienie dopiero się rozwija, a konsekwencje nie są jeszcze zbyt widoczne w wielu obszarach funkcjonowania. Z problemami uzależnień zmagają się dzieci i młodzież. Powyższe zmiany sprawiły, że współcześnie specjaliści pracujący w tym obszarze ochrony zdrowia psychicznego muszą być wykształceni bardziej wszechstronnie niż wcześniej.

W rozmowach z praktykami, specjalistami leczenia uzależnień, szczególnie osobami, które nie ukończyły studiów psychologicznych czy medycznych, pojawiały się często wątpliwości diagnostyczne dotyczące stanu zdrowia psychicznego pacjenta. Sama wiedza dotycząca uzależnienia, mechanizmów jego powstawania i leczenia to zbyt mało, aby poradzić sobie z wyzwaniami, jakie stawiają w procesie leczenia pacjenci zmagający się ze złożonymi trudnościami w obszarze zdrowia psychicznego.

W rozmowach z psychologami klinicznymi, psychoterapeutami dzieci i młodzieży czy psychiatrami bardzo często pojawiał się wątek znaczenia różnorodnych staży klinicznych dla efektywności procesu kształcenia i przyszłej pracy zawodowej. Także z mojej perspektywy umożliwienie przyszłym specjalistom psychoterapii uzależnień zdobycia doświadczeń praktycznych w wielu miejscach wydawało się jednym z istotnych wyzwań nowego modelu kształcenia.

Wiedzę teoretyczną można uzupełniać w procesie samokształcenia, natomiast niewielu specjalistów kształconych według poprzedniego modelu miało szansę zobaczyć, jak wygląda praca kliniczna z pacjentami z chorobami czy zaburzeniami psychicznymi w zespołach terapeutycznych w oddziale psychiatrycznym dla dorosłych czy dla dzieci i młodzieży. Specjaliści odbywali tylko dwutygodniowy staż w jednej placówce leczenia uzależnień.

W obecnej formie w module stażowym każdy kandydat na specjalistę będzie miał szansę zdobyć doświadczenie kliniczne w różnych miejscach: w placówce ambulatoryjnej, stacjonarnej, w miejscu realizującym świadczenia dla bliskich osób doświadczających trudności w związku z nadużywaniem substancji psychoaktywnych czy uzależnieniem, w poradni leczenia substytucyjnego czy placówce pracującej metodą społeczności terapeutycznej.

Z mojej perspektywy, praktykującej od dwudziestu lat specjalistki psychoterapii uzależnień i specjalistki psychologii klinicznej, ważnym wydawało się zapewnienie przyszłym profesjonalistom doświadczenia klinicznego w kontakcie z pacjentami leczącymi się w różnych placówkach oraz stworzenie możliwości sprawdzenia, już na etapie kształcenia, w którym miejscu pracy i w kontakcie z jakimi pacjentami będą się czuli najbardziej komfortowo. ■

IRENEUSZ KACZMARCZYK

Moduł IX

Treningi szkoleniowe rozwoju zawodowego

Procesowi rozwoju zawodowego osób przygotowujących się do udzielania pomocy psychologicznej i prowadzenia psychoterapii z osobami uzależnionymi i ich rodzinami sprzyja zintegrowanie dostarczanej wiedzy z własnym doświadczeniem udziału w grupowych formach pracy.

Kurs specjalizacyjny „Treningi grupowe" składa się z trzech części: sesji otwarcia, której celem jest budowanie poczucia bezpieczeństwa uczestników sprzyjające współpracy i integracji wokół celów procesu szkolenia (może się odbywać na początku edukacji); treningu interpersonalnego, który służy odkrywaniu i zrozumieniu przez jego uczestników własnych reakcji w kształtowaniu relacji, towarzyszących temu procesowi emocji oraz przyjmowaniu i przekazywaniu informacji zwrotnych oraz treningu intrapsychicznego, który umożliwia uczestnikom poszerzenie i pogłębienie świadomości własnych reakcji, jakie ujawniły się podczas treningu interpersonalnego, poznania ich przyczyn i znaczenia dla kształtowania relacji terapeutycznej.

Doświadczenie tego kursu sprzyja pogłębianiu i gruntowaniu wiedzy w zakresie komunikacji interpersonalnej i bezpieczeństwa grupowego procesu, dynamiki procesu grupowego i jego etapów, znaczenia nawiązywania relacji w procesie grupowym, związku procesów interpersonalnych z intrapsychicznym doświadczeniem. Uczestnik treningów nabędzie w praktyce umiejętność wykorzystania technik aktywnego słuchania, posługiwania się językiem emocji, udzielania i przyjmowania informacji zwrotnych, rozpoznania własnych reakcji w powiązaniu z doświadczaniem relacji w grupie, wykorzystania w praktyce rozpoznanych podczas treningów osobistych doświadczeń dla kształtowania relacji terapeutycznej i dalszego rozwoju osobistego i zawodowego (trening intrapsychiczny). Kurs będzie trwał przez szesnaście dni i 128 godzin zajęć.

Kurs specjalizacyjny: „Kompetencje zawodowe specjalisty psychoterapii uzależnień" , prowadzony w formie warsztatów, składa się z dwóch części. W ostatnim roku odbywania szkolenia specjalizacyjnego, przed przystąpieniem do PES specjalisty psychoterapii uzależnień, odbędą się warsztaty poświęcone omówieniu umiejętności mających związek z kształtowaniem relacji terapeutycznej i prowadzeniem psychoterapii, a także planowaniem zmiany. Podstawą tego warsztatu jest doświadczenie udziału w cyklu treningów grupowych oraz udziału w warsztatach poszczególnych modułów. Sesja podsumowująca jest poświęcona omówieniu efektów całego procesu szkoleniowego osób specjalizujących się, identyfiko-

waniu warunków, które sprzyjały rozwojowi kompetencji specjalisty psychoterapii uzależnień oraz zmianie.

Po ukończeniu tego kursu uczestnik wykaże się wiedzą dotyczącą: znaczenia rozwoju kompetencji dla specjalisty psychoterapii uzależnień, rozpoznawania własnych potrzeb w tym zakresie, możliwości i kierunków procesu dalszej zmiany, warunków sprzyjających procesowi zmiany, wpływu kompetencji na prowadzenie psychoterapii i jej efektywność. Celami nadrzędnymi są: nabycie umiejętności dokonywania aktualizacji własnych kompetencji w obszarach prowadzonej psychoterapii, korzystania z superwizji jako metody wspomagania rozwoju kompetencji specjalisty psychoterapii uzależnień, transformowanie do pracy terapeutycznej doświadczeń o charakterze rozwojowym. ■

AGNIESZKA LITWA – JANOWSKA

Moduł X

Superwizja

Moduł składa się z dwóch kursów.

Treści kursu pierwszego „Superwizja kliniczna procesu diagnostycznego" koncentrują się na rozwijaniu umiejętności współpracy w interdyscyplinarnym zespole leczącym, korzystaniu z wiedzy innych dyscyplin klinicznych i jej integrowaniu w celu przeprowadzenia rzetelnej diagnozy trudności pacjenta i jego zasobów oraz optymalnego ukierunkowania pomocy i dbania o jakość procesu leczenia osób uzależnionych i ich bliskich.

Kurs „Superwizja procesu psychoterapeutycznego" w ramach szkolenia specjalizacyjnego pełni szczególną rolę. Prowadzona podczas nabywania kwalifikacji przez przyszłych specjalistów w dziedzinie psychoterapii uzależnień superwizja będzie realizowana w systematyczny sposób przez cały okres specjalizacji, w stałej grupie (8-10 osób), z jednym prowadzącym (oczywiście z możliwością zmiany prowadzącego w trakcie jej trwania). Oznacza to częstotliwość spotkań co miesiąc lub dwa. Dzięki temu powinna pełnić funkcję modelującą, tworzącą warunki integrowania przez kandydata na specjalistę wiedzy, umiejętności i praktyki zdobywanej na innych kursach i osadzania tego w swoim wewnętrznym profesjonalnym i osobistym wyposażeniu. Ta pożytkująca całe bogactwo specjalizacyjnych doświadczeń i odnosząca je do początkowych praktycznych dokonań zawodowych uczestników superwizja ma charakter szkoleniowy. Jest zatem istotnym bodźcem i równocześnie wyznacznikiem własnego rozwoju w roli psychoterapeuty uzależnień.

Rozumiana jest jako metoda konsultowania pracy diagnostyczno-terapeutycznej realizowanej w formie indywidualnej lub grupowej z pacjentami z problemami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych i z zachowaniami uzależniającymi oraz z ich bliskimi/członkami rodzin.

Pożyteczną stroną tego modułu będzie wartość uczenia się od siebie nawzajem, bowiem oprócz prowadzącego superwizora, w funkcji zbiorowego superwizora grupowego będą pozostali uczestnicy tego kursu. To da wielowymiarowość oddziaływań i intensyfikację procesu uczenia się, a w tym diagnozy, zawierania kontraktu, planowania kierunków terapii, rozumienia zjawisk, narzędzi i metod oraz kształtowania relacji terapeutycznej. Jej zadaniem będzie pomaganie w doskonaleniu interwencji terapeutycznych, rozwijanie zdolności ewaluacji i oceny ich skuteczności, dostrzeganie i rozstrzyganie dylematów etycznych, wspieranie w rozumieniu i pożytkowaniu znaczenia etapów psychoterapii. Ma umożliwić postrzeganie pacjenta w jego niepowtarzalnej indywidualności i dać terapeucie zdolność konceptualizacji i planowania strategii pracy.

W związku z funkcją szkoleniową, z natury tego rodzaju superwizji wynika także monitorowanie i merytoryczne nadzorowanie bieżącej pracy z pacjentami. Oczekiwane będzie poddawanie superwizji swojej pracy indywidualnej i grupowej z pacjentami o różnorodnej diagnozie, a przede wszystkim przedstawianie długoterminowego procesu prowadzonej psychoterapii. W warunkach oceny pracy uczestników tego modułu, wartościowe będzie tworzenie bezpiecznych ram do zawierania potencjalnego niepokoju i lęku przed wstydem superwizanta, m.in. poprzez tworzenie stałej stabilnej relacji z superwizorem prowadzącym i grupą. Superwizor w ten sposób będzie pełnił rolę osoby wspierającej i kierunkującej rozwój przyszłego specjalisty.

Istotnym założeniem tej pracy będzie budowanie przekonania o wartości superwizji, wzmacnianie motywacji do stałego korzystania jej potencjału w dalszym rozwoju zawodowym, zarówno indywidualnie jak i w zespołach terapeutycznych. To znacząca inwestycja w kształtowanie odpowiedzialności zawodowej przyszłych specjalistów. ■

Po ukończeniu szkolenia, osoba specjalizująca się składa wniosek o egzamin, który odbywa się w Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi. Po zdanym egzaminie teoretycznym i praktycznym uzyskuje tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Agnieszka Widera – Wysoczańska

Nigdy nie ma stuprocentowej gwarancji, że dana osoba się nie uzależni. Może znaleźć się w dużym niebezpieczeństwie, gdy podporządkuje się mitom, że używki są obyczajowo, społecznie lub prawnie obowiązującą normą

ALKOHOLOWA PRZEMOC ROZMYTA

Niektóre osoby zgłaszające się po pomoc w wyniku traum doświadczonych w różnym okresie dzieciństwa piją alkohol i zażywają narkotyki, aby dać sobie radę z samotnością, depresją, napięciem i lękiem społecznym. Taki sposób nawiązywania kontaktów z innymi i samym sobą poznały w trakcie wychowywania się w rodzinie i kontaktów z rówieśnikami. Nie każdy, kto przeżył traumę, będzie miał problemy z alkoholem lub uzależnieniem, ale każdy uzależniony doświadczył interpersonalnej traumy złożonej i chronicznej bądź rozmytej. Nie każdy młody człowiek, który pije, uzależni się, ale u każdego ryzyko jest ogromne.

Istnieją dorośli, którzy w domu i środowisku narzucają swoje patologiczne normy używania alkoholu, narkotyków, leków, krzywdząc w ten sposób innych. Wiedzą, że takie zachowanie jest niezgodne z moralnością i czasami łamie prawo, ale są zadowolone, ponieważ zaspokoją swoje potrzeby.

Nadużywanie środków uzależniających akceptowane, a nawet pożądane przez społeczeństwo, nazywa się przemocą rozmytą (Widera-Wysoczańska, 2021).

Trauma alkoholowa pozornie nie musi być czymś strasznym. Dorośli i rówieśnicy, nadużywając alkoholu, naruszają podstawowe bezpieczeństwo psychiczne i fizjologiczne dziecka, nie pozostawiając siniaków na ciele, a rany psychiczne nie od razu da się zauważyć. Warto zastanowić się więc, na czym polega alkoholowa przemoc rozmyta, jaki ma związek z patologicznymi normami, jakie pozostawia konsekwencje oraz jak można ją leczyć.

PRZEBIEG

Zgłosiła się do mnie Kasia, abym pomogła jej odnaleźć siebie. *Jako pięciolatka, gdy ojciec wracał po pracy do domu, biegła do lodówki, aby podać mu piwo. Jak twierdzi, nie był uzależniony, pił tylko jedno piwo po pracy, aby postawić się na nogi. Wieczorem pił kilka do kilkunastu piw. Nic złego wtedy nie robił, wypoczywał i łatwiej było mu zasnąć. Matka była milcząca, nie sprzeciwiała się, a po jakimś czasie piła razem z nim. W ten sposób mogła wpłynąć na to, ile pije ojciec. W trakcie wakacji, siedząc na plaży, na ławce, w barze przy rybie pił kilka piw, w trakcie kolacji kilka kolejnych. W ten sposób rozluźniał się i przyjemnie spędzał czas, opowiadał dowcipy, z których się wszyscy śmiali. Nic złego się nie działo – tak przynajmniej to wyglądało. Nie wrzeszczał, nie bił, nie spał pod ławką, nie sikał pod siebie, chociaż może wtedy ktoś zauważyłby, że problem istnieje. W dzieciństwie Kasia nie wiedzia-*

ła, że żarty były seksistowskie. Nie miał czasu zajmować się córką.

Jak wygląda życie dzieci w rodzinie, w której nadużywa się środków zmieniających świadomość?

Niemal codzienne lub w weekendy spożywa się jedno, dwa lub kilkanaście piw albo alkohol wysokoprocentowy i przy okazji sięga się po narkotyki lub ogląda pornografię. W niektórych rodzinach nie zwraca się uwagi na erotyczne treści rozmów pijanych opiekunów, które odbywają się w obecności małoletnich. Biesiadnicy są błędnie przekonani, że „dziecko na pewno nie słyszy lub nie rozumie". W innych, od najmłodszych lat dziecko ma obowiązek przyprowadzania z baru do domu pijanego rodzica. Naruszane są intymne granice. Mniej pijący rodzic, zazwyczaj matka, mając dosyć śmierdzącego alkoholem partnera, który przymusza ją do aktywności seksualnej czy do słuchania pijackich wywodów, zarządza, że sama będzie spała z jednym dzieckiem, a ojciec z drugim. Nie martwi się konsekwencjami, jakie dziecko poniesie, leżąc w jednym łóżku z „fermentującym" rodzicem, który nie kontroluje swoich zachowań.

Dorośli nie mają świadomości, że bezalkoholowy szampan dla małych dzieci czy bezalkoholowe piwo to również używka i jego picie wyrabia nawyk sięgania po alkohol. Nawet jeżeli ktoś myśli inaczej, to głupio mu się do tego przyznać, bo zostanie wyśmiany i zakrzyczany. Bywa, że jeden z opiekunów przychodzi do psychologa, aby żalić się na jego zdaniem „irracjonalne" postępowanie drugiego, który twierdzi, że bezalkoholowy szampan czy piwo są szkodliwe dla dorastającego dziecka. Opisani dorośli są sprawcami alkoholowej przemocy rozmytej wobec członków rodziny oraz mogą zwiększyć ryzyko uzależnienia się dzieci od środków chemicznych.

Nadużywanie alkoholu przez młodzież może być spowodowane różnymi czynnikami (Vrasti, Eisemann,1994): biologicznymi (geny, temperament), rodzinnymi (model rodziny, liczba członków w rodzinie, rodzinne rytuały, dyscyplina, praktyki wychowawcze), socjokulturowymi (rówieśnicy, płeć, przekonania, mity i stereotypy, media) i intrapersonalnymi (wysoka emocjonalność, impulsywność, niska zdolność do samouspokojanie się). Geny aktywują się, gdy nieletni trafi w „sprzyjające" temu środowisko. W rodzinie alkoholowej rodzice nie uczestniczą w pełni w wychowaniu dzieci, a one naśladują alkoholiczne zachowania dorosłych. Jednak nie tylko dzieci, które miały rodziców nadużywających alkohol oraz z predyspozycjami genetycznymi, mogą mieć problem z uzależnieniem. Pojawia się on również u tych, które wychowywane są w rodzinie, w której nigdy, z pokolenia na pokolenie nie było problemu z uzależnieniem, natomiast relacje cechują się dystansem, okrucieństwem, brutalną i karzącą dyscypliną oraz zachowaniami „nie fair", a przede wszystkim dużym poczuciem odrzucenia przez rodziców wynikającym z zaburzonych więzi. W konsekwencji nadużywanie jest wyrazem buntu młodzieży (Vrasti, Eisemann,1994). Stwierdzono, że niemal identycznie zachowują się rodzice wobec dzieci w rodzinach alkoholowych (Widera-Wysoczańska, 2010).

NORMALIZOWANIE PATOLOGII

Młodzi są „przebodźcowani" reklamami o alkoholu. Filmy dla młodzieży są naszpikowane nadużywaniem alkoholu i narkotyków jako podstawą „dobrej zabawy" i dowodem na osobistą „pseudocharyzmę". Ta wszechobecna i akceptowana ekspansja napojów alkoholowych na podświadomość dziecka jest nieetyczna. Nie każdy nieletni potrafi odróżnić, które zachowania są dobre, a które złe. Nagminne picie alkoholu przez młodzież (nie zajmuję się tu jednorazowym eksperymentem) społecznie bywa uznawane za normę, a to patologia. Jednocześnie osoba, która w wyniku takiego postępowania uzależni się, traktowana jest jak z marginesu społecznego. To nielogiczne i okrutne.

Normalizowanie picia niezależnie od wieku nieletnich to powszechnie akceptowana przemoc. Jest ona osadzona w polityce, ekonomii i występuje w każdej warstwie społecznej. Osoby narzucające ten wzorzec twierdzą, że codzienne picie jest w porządku, bo *„wszyscy tak piją, a są porządnymi ludźmi"*. Określenie granicy pomiędzy normą a patologią nie jest proste. „Normy patologiczne" stają się czynnikami ryzyka zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia wobec dzieci, kobiet, mężczyzn innej przemocy: emocjonalnej, fizycznej i seksualnej. Ograniczają potencjał dzieci, młodzieży oraz dorosłych do rozwoju zdrowej osobowości (Dhawan, 2020).

Evan Stark (Stark, 2009) uważa, że chociaż napaść fizyczna jest jednym z drastyczniejszych sposobów kontrolowania drugiej osoby, należy wyjść poza model „ostrych obrażeń" i skupić się na „grach sygnałami dźwiękowymi", „mikrozarządzaniu" za pomocą stroju, jedzenia, alkoholu, narkotyków, dopalaczy, języka agresji, aktywności seksualnej i pracy – czyli na przemocy rozmytej.

Młodzież naśladuje w tym dorosłych. „Przymusowa kontrola" za pomocą używek *„jeżeli nie będziesz z nami pić, będziesz wykluczony"* jest przestępstwem przeciwko wolności człowieka. Patologiczne reguły pozwalają „unicestwić" kogoś, jeżeli postępuje on wbrew oczekiwaniom i potrzebom kata i jego współpijących zwolenników (zobacz role w bullyingu). Fundamentem norm patologicznych jest niewolnictwo – uprzedmiotowiony człowiek staje się „własnością", przymuszaną do zaspokajania potrzeb i realizowania woli władcy. Wiele osób pije, ponieważ boi się mu sprzeciwić i ponieść konsekwencje w postaci bolesnego wykluczenia z towarzystwa.

KONSEKWENCJE

Dorośli i młodzi z analizowanych rodzin raczej nie zastanawiają się nad tym, że alkohol pozostawia poważne konsekwencje, w tym niebezpieczeństwo uzależnienia. Akceptowanie używek wpływa na atmosferę w rodzinie, na wzajemne relacje, na rozwój dziecka w każdym wieku, zdrowie psychiczne i fizyczne. Im wcześniej dziecko sięga po używki, tym poważniejsze konsekwencje pozostawiają one w jego życiu. Najgroźniejsze jest sięganie po nie do osiemnastego, a według amerykańskiego prawa do 21 roku życia, ponieważ negatywnie oddziaływają na mózg dojrzewających ludzi.

Dzieci odczuwają duży stres w sytuacjach, w których inni nie czuliby go wcale, brak im umiejętności szukania pomocy, odczuwają wysokie

napięcie, mają stany depresyjne oraz zachowania agresywne, niskie poczucie wartości, zaniżoną samoocenę, wyparte uczucia i stawiają sobie niewłaściwe cele w życiu (Vrasti, Eisemann,1994). Nie ufają innym, nie czują emocji oraz brakuje im zdrowej przynależności i bycia potrzebnym oraz kochanym, pojawia się napięcie w ciele i psychice. Aby dziecko miało z rodzicem więź i czuło się akceptowane, musi wyrzec się siebie, własnych myśli, potrzeb, uczuć. Poddaje się i gubi siebie, a to jest bardzo frustrujące i wpływa na jego psyche i somę (Widera-Wysoczańska, 2006; 2015). Trudno pozytywnie adaptować się do życia, gdy młody człowiek wypiera emocje i odcina się od „autentycznego ja" (Mate, 2021; Mate, Mate, 2022). Pije, aby na chwilę rozluźnić się, a potem cierpi, a u alkoholika pojawiają się dokuczliwe objawy zespołu abstynencyjnego: drżenia mięśniowe, duże napięcie, niepokój, drażliwość, ból i zawroty głowy, zmęczenie, osłabienie, pragnienie, bóle mięśni, nudności, wymioty, ból żołądka, nadwrażliwość na światło i dźwięk, pocenie się, dreszcze, biegunki, bezsenność, rozszerzenie źrenic, tachykardia i podwyższone ciśnienie krwi. Trzeźwieje przez kilka dni, ponieważ „upite" ciało i mózg regeneruje się długo. Czy to ma sens?

Młody człowiek czuje się samotny i boi się kontaktu z inną osobą. Aby się z tym uporać, pije alkohol, przy okazji zażywa jakiś narkotyk. Potem nawet nie pamięta, z kim i o czym rozmawiał. Brak logiki takiego zachowania nie jest widoczny dla osoby mającej problem z alkoholem czy uzależnionej.

Nadużywanie alkoholu wynika z potrzeby przynależności do „bohemy" – jak się młodym wydaje. Jest sposobem na akceptację i na dopasowanie się do rówieśników. Ludzie młodzi mogą nie zdawać sobie sprawy z tego, że te normy, które kierują ich życiem, są patologiczne. Walczą o to, aby tworzone przez nich dysfunkcjonalne zasady picia dużej ilości alkoholu były rozpowszechniane na szerszą grupę osób, tak aby coraz więcej ludzi uznawało je za obowiązujące i stosowało w swoim życiu. Pewność, że własne

patologiczne normy są najwłaściwsze, doprowadza do tego, że przestają trzeźwo patrzeć na rzeczywistość i niszczą siebie nawzajem. Nadużywający mają złudne uczucie, że alkohol włącza lepszą wersję ich samych. To doświadczenie formujące – umysł zapamiętuje, że alkohol jest „użyteczny", ponieważ przez chwilę łatwiej jest podejmować niebezpieczne decyzje, udać się na podbój świata, robić głupoty, uprawiać niebezpieczny seks z mało znaną osobą, czyli robić to, do czego by nie doszło bez alkoholu.

PRZYPADKI

Kasia zaczęła pić piwo, gdy miała około dwunastu lat. Gdy miała około piętnaście lat, z kolegami na ławce piła wino i wódkę – tę specjalną dla młodzieży, 22% alkoholu. Dzięki temu była rozluźniona, lubiana, śmiała się z seksistowskich żartów. Pod koniec studiów poznała chłopaka, świetnie się bawili, pijąc alkohol, nie przeszkadzało im, że przez dwa następne dni leczyli kaca. Było o czym opowiadać znajomym. W zasadzie nie trzeźwieli. Pobrali się, urodziło się dziecko. Pracowali i osiągali sukcesy. Codziennie pili kilka piw, dla rozluźnienia, aby zasnąć lub uprawiać szalony seks, bez alkoholu się nie udawał. W weekendy pili wódkę. Najpierw ze znajomymi, a potem już tylko we dwoje. Byli przekonani, że mogą przestać pić w każdym momencie. On bywał coraz częściej rozdrażniony, krzyczał na nią, że jest leniwa i zrzędzi. Znikał w garażu, aby samotnie pić alkohol i palić marihuanę. Znajdowała dziesiątki butelek po piwie i wódce. Nie reagował, gdy prosiła go, aby przestał pić, bo jej i dziecku jest potrzebny. Nie poznawała tego człowieka. Gdy ona przestała pić, on był coraz bardziej nią rozczarowany. Już nie była luzacką i śmiejącą się kobietą, ale nudną żoną. Okazało się, że on jej zupełnie nie zna. Skupiała się na dziecku, a on chciał, aby zajęła się nim. Ze zdziwieniem stwierdzili, że nie znają siebie nawzajem, bo poznali się i pobrali, gdy w zasadzie nie trzeźwieli. On wniósł pozew o rozwód. Rozwód z orzekaniem o winie rozpoczął się, gdy mieli po 29 lat.

Kasia na początku terapii mówiła, żebym jej pokazała chociaż jedną osobę, która w jej wieku nie pije i nie ogląda pornografii. Nawyk picia nabyła, modelując zachowania rodziców. Uznała, że nadużywający mężczyzna jest normą, a pijąca kobieta jest atrakcyjna. W takiej atmosferze rodzinnej nie słucha się zakazów rodziców. Wówczas nie wystarczy, żeby opiekunowie powiedzieli dziecku „Nie pij, jesteś za młody". Nie są już wiarygodni. Dziecko widzi, że rodzic pije i świetnie się bawi. Czemu więc ono ma nie pić?

Na początku pojawia się uzależnienie psychiczne. Alkoholizm i narkomania są romantyzowane i jest to szkodliwe, bo fałszuje rzeczywistość. Młodzi są przekonani, że każdy dobry artysta musiał być uzależniony lub „naćpany".

Club 27 dotyczy uzależnionych od alkoholu przedwcześnie zmarłych artystów z powodu przedawkowania narkotyków lub samobójstwa. Znaleźli się tam: Jimi Hendrix, Janis Joplin, Jim Morrison i Kurt Cobain, Amy Winehouse i w wieku 28 lat zmarł szwedzki DJ Avicii. Młodzież uważa, że wszyscy zrobili karierę pomimo, a może dlatego, że byli uzależnieni. Nie dostrzega ich tytanicznej pracy prowadzącej do sławy, która została zrujnowana z powodu używek.

Odwoływanie się do tych osób wynika z potrzeby posiadania jakiejś tożsamości, ponieważ własna została zagubiona w dysfunkcjonalnym czy patologicznym domu. Tożsamość osoby nadużywającej i uzależnionej jest atrakcyjna tylko na początkowym etapie, ponieważ ważne jest bycie akceptowanym przez kolegów funkcjonujących podobnie. Niestety alkoholowi „dominanci" („gatunek przeważający ilościowo w zespole organizmów lub osobnik zajmujący najwyższe miejsce w hierarchii stada", za: PWN) z czasem wpływają na przekonania osoby o sobie, o innych, o zasadach w świecie, w stereotypowy, pijacki i seksistowski sposób (Widera-Wysoczańska, 2021). Znaczenie osób w grupie postrzegane jest przez pryzmat ilości spożywanego alkoholu, narkotyków oraz seksualizację wyglądu, im więcej, tym lepiej, do tego stopnia, że wyklucza się wagę innych wartościowych cech i umiejętności oraz odbiera się osobie możliwość podejmowania niezależnych działań i decyzji.

„Niesubordynowane" osoby, które nie chcą nadużywać alkoholu lub zupełnie z niego rezygnują, narażają się na odrzucenie i dyskryminację. „Dominanci", aby zagłuszyć swój wewnętrzny konflikt między potrzebą picia a wstydem, że nadużywają alkoholu, ośmieszają, szkalują, grożą i wykluczają osoby niepijące. Młodzi ludzie mówią, że jest to tym okrutniejsze, im więcej „dominant" spożywa alkoholu. Boją się, że on nie „odpuści" i będą musieli zmagać się z jego kpinami, upokarzaniem i wyzwiskami.

Młodzież zawsze spożywała alkohol, jednak kiedyś spotykała się, by czytać zakazane książki czy rozmawiać o teatrze i przy okazji pić, teraz spotyka się, żeby pić. Ta substancja jest dla nich „lekarstwem" na ból i cierpienie, „ożywia" stłumione emocje. Nie widzą, że alkohol, narkotyki, pornografia są podstępne – na chwilę działają jak antydepresanty i zmniejszają przygnębienie. W rzeczywistości są silnymi środkami wywołującymi długoterminową depresję i lęki.

Gdy picie przestaje być tylko eksperymentem, a trwa długo, gdy pojawiają się duże ilości alkoholu, to młodzi czują, że dzieje się coś nie tak i zaczynają szukać pomocy. Nieświadomie wysyłają rodzicom sygnały – „zobacz mnie, mam problem, pomóż", gdzieś w domu leży kapsel czy puszka po piwie, butelka po wódce lub dziecko między wierszami opowiada o imprezie.

Są rodziny dokładające wszelkich starań, aby małoletni nie spożywał alkoholu, dorośli sami nie piją i pokazują, co jest naprawdę wartościowe w życiu. Niestety w innych rodzinach dorośli nie reagują na to, a w jeszcze innych podają alkohol bardzo małemu dziecku. Tego doświadczył Wiktor.

Pochodzi z „porządnej" rodziny. Rodzice po raz pierwszy dali mu spróbować alkohol, gdy miał pięć lat. Nikt temu się nie sprzeciwiał, a raczej było to zabawne. Najpierw była to pianka z piwa, potem wysokoprocentowy. Mówili, że dzięki temu, że w ich obecności, w kontrolowanych warunkach, pije wysokiej jakości alkohol, nie zostanie alkoholikiem. Nie będzie też bał się im powiedzieć, gdy będzie pił z kolegami. Teraz, siedemnaście lat później, Wiktor leczy się z uzależnienia. Zastanawia się, kim tak naprawdę jest, co odczuwa, jakie są jego potrzeby. Wiele lat temu zagubił siebie, najpierw w rodzinie, nie mając wyboru, a potem aby zaspokoić oczekiwania kolegów.

LECZENIE

Nigdy nie ma stuprocentowej gwarancji, że osoba się nie uzależni. Może znaleźć się w dużym niebezpieczeństwie, gdy podporządkuje się mitom, że używki są obyczajowo, społecznie lub prawnie obowiązującą normą.

Brak jest profilaktyki, szkoleń, kursów oraz bezpłatnych zajęć dla młodzieży. Może i uczyliby się tańczyć czy grali w koszykówkę, ale ich rodziców, czy ich samych, na to nie stać. Na tym etapie swojego życia nie widzą, że więcej pieniędzy wydają na alkohol niż zapłaciliby za te zajęcia.

Gdy specjalistyczna diagnoza wykaże uzależnienie od alkoholu czy narkotyków, młodzi leczą się w poradni odwykowej. Gdy nie jest stwierdzone uzależnienie, kontynuują terapię traumy, w trakcie której rozpoznają, co niebezpieczna tożsamość alkoholowa im daje i znajdują sposób na budowanie zdrowej. Osoba musi odkryć, kim jest w rzeczywistości, poszukać autentycznego self. Młodzi pacjenci zadają sobie pytania: „Po co piję?", „Jakie mam z tego korzyści lub jakie chcę mieć?", „Czy są one warte kaca i uczucia, że umieram?". Zastanawiają się, co się stanie, gdy przestaną pić. Najczęściej boją się samotności, odrzucenia, utraty towarzystwa i akceptacji, niemożności rozluźnienia się oraz negatywnej oceny kolegów. Zastanawiają się, jak inaczej mogą zaspokoić swoje potrzeby, jakie mogą mieć korzyści z rezygnacji z używek. Gdy przestają pić, analizują zyski wynikające z trzeźwego życia. Zaskoczenie u nich wywołuje, że nie są namawiani przez towarzystwo do picia albo dają sobie radę z nagabywaniem. Dziwią się, że poznają nowych ludzi, dobrze bawią się bez alkoholu i są akceptowani przez innych. Okazuje się, że nie jest on im potrzebny.

AGNIESZKA WIDERA – WYSOCZAŃSKA

Doktor psychologii, Ekspert Senatu RP. Posiada Europejski Certyfikat Psychoterapii (EPA), certyfikat specjalisty w zakresie Przeciwdziałania Przemocy (PARPA). Jest adiunktem w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego, Zakładzie Psychologii Klinicznej i Zdrowia. .

BIBLIOGRAFIA

1. *Dhawan, P. (2020). Legacy of Harm: The Path from Patriarchy to Intimate Partner Violence. Asian American Policy Review. Vol. 30, p18-21. 6p.-*
2. *Mate G. (2021). Bliskie spotkania z uzależnieniem. W świecie głodnych duchów. Czarna Owca.*
3. *Mate G., Mate, D.(2022). The Myth of Normal, Ebury.*
4. *PWN: https://sjp.pwn.pl/slowniki/dominant.html*
5. *Stark, E. (2012). Coercive Control. How Men Entrap Women in Personal Life. Oxford University Press.*
6. *Widera-Wysoczańska, A. (2021). Przemoc rozmyta, czyli śladów brak. Polish Journal of Applied Psychology.*
7. *Widera – Wysoczańska, A. (2010). Mechanizmy przemocy w rodzinie. Z pokolenia na pokolenie. Warszawa: Difin.*

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

Anna Osowska – Bielińska

Samouszkodzenia u młodzieży stanowią problem, na który często patrzymy jako na wyraz osobistej trudności, gdy tymczasem znaczącą rolę w jego tworzeniu (i leczeniu) może odgrywać system rodzinny

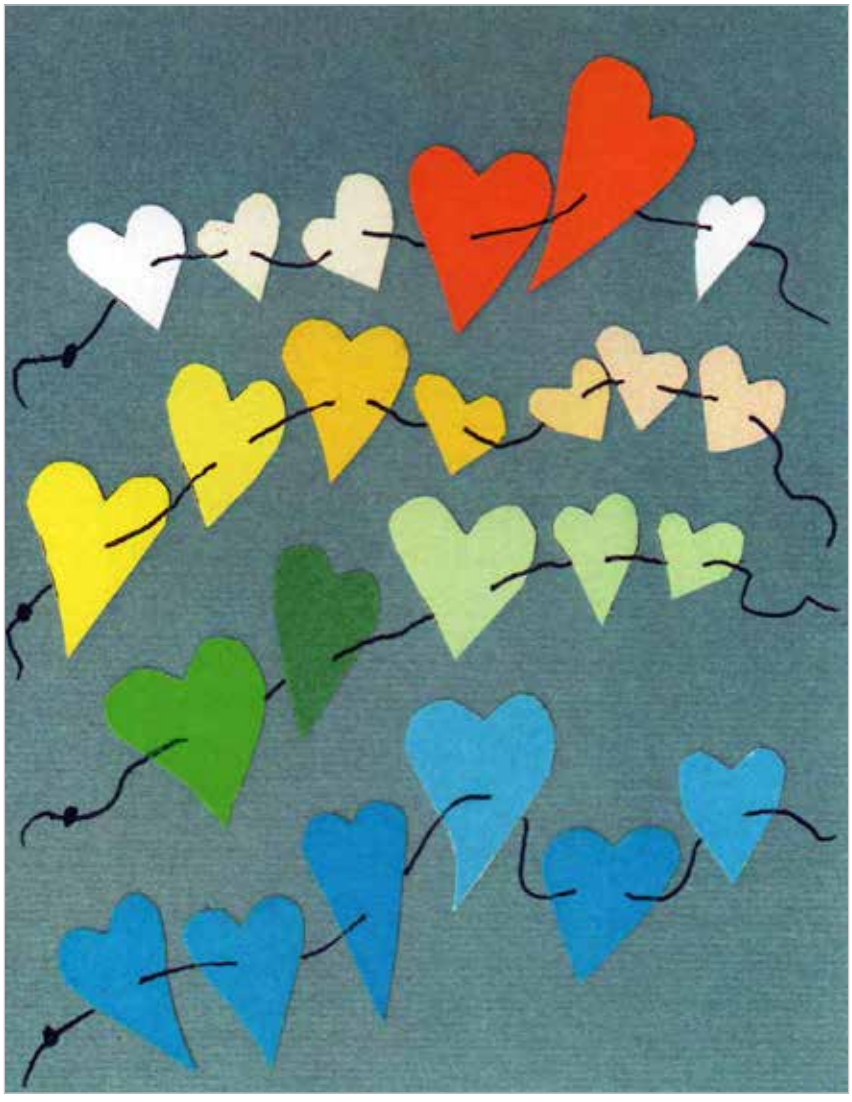
SAMOUSZKODZENIA U MŁODZIEŻY – ROLA SYSTEMU RODZINNEGO

W ostatnich latach badacze i praktycy zajmujący się problemami młodzieży zwracają uwagę na wzrastającą liczbę nastolatków i młodych dorosłych dokonujących samouszkodzeń. Samouszkodzenie rozumiane jest jako bezpośrednie i intencjonalne okaleczanie własnego ciała bez zamiaru popełnienia samobójstwa, dokonywane w celach innych niż usankcjonowane warunkami społeczno-kulturowymi (International Society for the Study of Self-Injury, 2018). Najczęściej występującą formą samookaleczenia jest wykonywanie nacięć na skórze, ale można spotkać się także z takim zachowaniem jak: przypalanie, intensywne drapanie, wbijanie w skórę ostrych przedmiotów, ciągnięcie za włosy czy uderzanie się. Problem ten występuje przede wszystkim u młodszych nastolatków, w wieku od dwunastu do czternastu lat, częściej u dziewczynek niż chłopców (Bean, Hicken i Fox, 2022). Ujawnia się zarówno w populacji klinicznej, jak i w populacji ogólnej, jako odrębny problem lub objaw towarzyszący takim zaburzeniom jak m.in.: zaburzenie osobowości borderline, depresja, PTSD, zaburzenia jedzenia czy uzależnienia od substancji psychoaktywnych (Kostić, Žikić, Stanković, Nikolić i Ignjatović, 2019).

Zgodnie z dość rozpowszechnionym poglądem samookaleczenia nastolatków uważa się za sygnał wołania o pomoc, przejaw cierpienia, które łatwiej jest pokazać niż wyrazić słowami. Wydaje się jednak, że to zbyt uogólniona i nie do końca trafna interpretacja, zwłaszcza że najbliższe otoczenie młodych osób często nie tylko nie reaguje na problem w oczekiwany sposób, ale wręcz nie ma świadomości jego istnienia.

Badacze zajmujący się tym zagadnieniem wskazują na kilka funkcji samouszkodzeń, przy czym do najbardziej rozpowszechnionych należą dwie: regulacja emocji oraz karanie samego siebie (Klonsky, 2007).

W odniesieniu do pierwszej, samookaleczenie stanowi strategię łagodzenia ostrych negatywnych stanów emocjonalnych i towarzyszącego im pobudzenia afektywnego. Wyniki badań rzeczywiście pokazują, że samouszkodzenie zwykle poprzedzone jest doświadczeniem silnych negatywnych emocji, które ulegają znacznemu osłabieniu w wyniku dokonania samookaleczenia, czemu towarzyszy odczucie ulgi i zmniejszenia pobudzenia (Klonsky, 2007).



Z kolei funkcja karania siebie polega na dokonywaniu samookaleczeń jako wyrazu złości skierowanej na siebie oraz chęci unieważnienia siebie samego.

W literaturze przedmiotu funkcjonuje szereg koncepcji wyjaśniających mechanizm powstawania problemu samouszkodzeń (Żechowski i Namysłowska, 2008), w niniejszym artykule chciałabym pokazać, jak można rozumieć tę kwestię z perspektywy systemowej, uwzględniającej kontekst rodzinny.

RODZINA JAKO SYSTEM

Z perspektywy systemowej rodzina jest całością stanowiącą nową jakość, a nie jedynie prostą sumę swoich elementów, jakimi są członkowie rodziny. Wszystkie osoby w rodzinie tworzą sieć wzajemnych zależności, oddziałując na siebie nawzajem – zachowanie jednej osoby wpływa na zachowanie drugiej, a jednocześnie jest modyfikowane przez jej reakcję. Oznacza to, że do zrozumienia rodziny nie wystarczy poznać tylko jeden jej element i analogicznie – aby zanalizować problem jednego z członków, należy uwzględnić cały kontekst systemu rodzinnego, którego ta osoba jest częścią.

Wieloaspektowy opis działania rodziny dostarcza wyrosły na gruncie systemowym Model Kołowy Systemu Małżeńskiego i Rodzinnego Olsona (Olson i Gorall, 2003; Olson, Waldvogel i Schlieff, 2019), który zawiera główne pojęcia opisujące system rodzinny, a także analizuje dynamikę procesów zachodzących w jego obrębie.

W ramach modelu wyodrębnia się trzy podstawowe wymiary funkcjonowania rodziny: spójność, elastyczność oraz komunikację.

Spójność rodziny rozumiana jest jako emocjonalna więź łącząca poszczególnych członków rodziny, a do jej opisu wykorzystuje się takie kategorie jak: wzajemna bliskość emocjonalna, granice psychologiczne oraz koalicje rodzinne, a także: czas i przestrzeń życiowa, kontakty z przyjaciółmi, zainteresowania, sposoby rekreacji, podejmowanie decyzji – na ile są to obszary dzielone przez członków rodziny, a na ile realizowane osobno. Nasilenie spójności można przedstawić na kontinuum od poziomu niskiego (system niezwiązany) do wysokiego (system splątany).

Elastyczność wyraża zakres, w jakim system jest zdolny do dokonywania zmian w obszarze zasad organizowania życia rodzinnego, a do jej określenia wykorzystuje się informacje dotyczące władzy i przywództwa w rodzinie, stylów negocjacyjnych, ról oraz reguł rządzących relacjami w obrębie systemu. Podobnie jak w wypadku spójności, wymiar ten można przedstawić na kontinuum od poziomu niskiego (system sztywny) do wysokiego (system chaotyczny), co pozwala na wyłonienie kilku typów systemów rodzinnych.

Wymiar komunikacji odnosi się do umiejętności efektywnego porozumiewania się w małżeństwie i w rodzinie. Pełni funkcję pomocniczą względem pozostałych wymiarów, pozwalając systemom rodzinnym na uzyskanie optymalnego poziomu spójności i elastyczności.

W ramach modelu przyjmuje się, że dobrze funkcjonujące rodziny z dużymi możliwościami adaptacyjnymi charakteryzują się zrównoważonym stopniem spójności i elastyczności oraz wysokimi kompetencjami komunikacyjnymi. Rodziny o zbalansowanym poziomie spójności pozwalają z jednej strony na budowanie własnej autonomii i niezależności, z drugiej – na utrzymanie więzi emocjonalnych z rodziną wraz z poczuciem przynależności do niej. Z kolei rodziny zrównoważone pod względem elastyczności zachowują względną równowagę między dążeniem do zmiany i dążeniem do zachowania stałości. Panuje w nich bardziej wyrównany podział ról i władzy między rodzicami, przywództwo o charakterze demokratycznym lub egalitarnym, możliwość dość swobodnego zmieniania pełnionych ról, a członkowie rodziny posiadają zdolność prowadzenia efektywnych negocjacji oraz konstruktywnego rozwiązywania problemów i konfliktów. Zrównoważeniu systemów rodzinnych towarzyszy wysoki poziom komunikacji, wyrażający się w dobrze rozwiniętych umiejętnościach: uważnego i empatycznego słuchania, mówienia o sobie w swoim imieniu (komunikaty Ja), wyrażania uczuć, podtrzymywania zaangażowania czy odnoszenia się do siebie z szacunkiem.

Zrównoważenie spójności i elastyczności wydaje się szczególnie istotne w wypadku rodzin z dorastającym dzieckiem. Podstawowym zadaniem rozwojowym tej fazy rozwoju rodziny jest separacja nastolatka, co stawia system rodzinny przed szeregiem zadań i wyzwań Z jednej strony wymaga

pozwolenia na większe oddalenie się dziecka od rodziny na rzecz budowania coraz bogatszych relacji z otoczeniem zewnętrznym, z drugiej – podtrzymania więzi i wsparcia rodzinnego, które na tym etapie jest ciągle niezwykle istotne dla dobrego rozwoju młodej osoby. Rodzice powinni także stopniowo wycofywać się z pozycji autorytetu i bardziej otwierać się na różnice wnoszone przez dzieci w toku budowania własnej tożsamości. Stąd objawy pojawiające się u nastolatków stanowią nie tylko wyraz ich osobistych problemów, ale pełnią również funkcję systemową – pokazują zarówno trudności i słabe strony systemu, jak i niepowodzenia, jakie miały miejsce na wcześniejszych etapach. Nie bez powodu uważa się tę fazę rozwoju rodziny za jedną z najtrudniejszych.

SAMOUSZKODZENIA U MŁODZIEŻY Z PERSPEKTYWY SYSTEMOWEJ

Powstaje jednak pytanie, czy dzieci z problemem samouszkodzeń wychowują się w systemach rodzinnych odznaczających się specyficzną charakterystyką funkcjonowania? Okazuje się, że młodzież dokonująca samookaleczeń częściej pochodzi z rodzin, których charakterystyka odpowiada systemowi niezwiązanemu (o skrajnie niskim poziomie spójności), sztywnemu (o skrajnie niskim stopniu elastyczności), ze słabo rozwiniętymi kompetencjami komunikacyjnymi.

Członkowie rodzin niezwiązanych nie czują emocjonalnej bliskości, nie angażują się w relacje, wykazują nikłe zainteresowanie sobą nawzajem, ich granice psychologiczne są sztywne, pozbawione przepływu informacji i emocji (Olson i Gorall, 2003; Olson i in., 2019). Skupiają się przede wszystkim na realizacji własnych zadań, większość czasu spędzają oddzielnie, nie podzielają również zainteresowań czy kontaktów towarzyskich. Nie potrafią zwracać się do siebie z prośbą o pomoc i wsparcie w rozwiązywaniu problemów. Wychowywane w takich warunkach nastolatki nie mają możliwości rozwijania bezpiecznych więzi. Brakuje im doświadczeń, w których mogą poczuć, że są widziane i słyszane, nie mają przestrzeni do wyrażania swoich emocji i nie doznają akceptacji dla własnych uczuć – tymczasem przeżycia te są niezbędne do rozwijania adaptacyjnych strategii regulacji emocji. Nie otrzymują wsparcia emocjonalnego, mają poczucie odłączenia i braku przynależności do rodziny, czują się nieważne i osamotnione. Tego rodzaju trudności uniemożliwiają rozwijanie adaptacyjnych strategii regulacji emocji, otwierając furtkę do sięgania po sposoby bardziej destrukcyjne, jak okaleczanie własnego ciała (Bean i in., 2022; Fortune, Cottrell i Fife, 2016; Halstead, Pavkov, Hecker i Seliner, 2014; Kostić i in., 2019).

Kolejną cechą charakterystyczną systemów rodzinnych nastolatków z problemem samookaleczeń jest ich niska elastyczność i związany z nią wysoki poziom kontroli sprawowanej przez rodziców (Bean i in., 2022; Baetens, Claes, Martin, Onghena, Grietens, Van Leeuwen, Pieters, Wiersema i Griffith, 2014; Fortune i in., 2016; Halstead i in., 2014; Kostić i in., 2019). W rodzinach sztywnych władza sprawowana jest zwykle przez jednego z rodziców, który kieruje rodziną i kontroluje pozostałych jej członków. Ewentualne negocjacje podlegają ograniczeniu na rzecz jednostronnego narzucania swoich decyzji przez osobę sprawującą władzę. Role i reguły są dokładnie określone i nie podlegają przeformułowaniu, niezależnie od zmian rozwojowych rodziny i jej członków czy oddziaływań płynących z otoczenia zewnętrznego. W takich systemach nastolatki mają niewielkie możliwości rozwijania własnej autonomii, nie doświadczają poczucia wpływu, czują się przytłoczone i pozbawione pola do negocjacji z apodyktycznymi rodzicami.

Ryzyko samouszkodzeń wzrasta u nastolatków w rodzinach, w których dominują dysfunkcyjne wzory komunikacji, zwłaszcza wyrażające się w unieważnianiu i odrzucaniu ekspresji emocjonalnej nastolatków, ich buntu i sprzeciwu, w regularnych, ostrych i nie znajdujących konstruktywnego rozwiązania konfliktach oraz częstej krytyce dziecka (Bean i in., 2022; Crowell, McCauley, Potapova, Fitelson, Barth, Smith i Beauchaine, 2013; Fortune i in., 2016; Halstead i in., 2014; Sitton, Du Rocher Schudlich, Byrne, Ochrach i Erwin, 2020). Unikanie czy odrzucanie uczuć nastolatków może być doświadczeniem przytłaczającym dla młodych osób, prowadzącym do coraz częstszego i intensywnego przeżywania przez nie frustracji, złości czy rozpaczy (Crowell i in., 2013). Unieważniający rodzice mają natomiast skłonność do mocniejszego reagowania na silne negatywne emocje. Powstający w ten sposób wzorzec reakcji może prowadzić do deregulacji emocjonalnej przejawiającej się wysokim poziomem wrażliwości emocjonalnej, intensywnym reagowaniem emocjonalnym i powolnym powrotem do stanu podstawowego, a w konsekwencji – do samookaleczeń jako metody radzenia sobie ze zbyt nagłym i silnym

pobudzeniem. Z drugiej strony wzorzec ten przyczynia się do powstawania i eskalacji konfliktów, które podtrzymują zarówno sam mechanizm, jak i towarzyszący im problem samouszkodzeń. Z kolei krytyczne uwagi, oskarżenia czy obwinianie przez rodziców może być internalizowane przez dzieci jako poczucie wstydu, które kierują przeciwko sobie („zrobiłem coś złego, a więc jestem złym człowiekiem"), by ochronić obraz rodzica (Amoss, Lynch i Bratley, 2016). Poczuciu wstydu towarzyszy często brak nadziei i rozpacz, a powtarzanie tego wzorca reakcji między rodzicami a dzieckiem może prowadzić młode osoby do okaleczania własnego ciała. W tym wypadku samouszkodzenia stanowią nie tylko szkodliwą strategię regulacji emocji, ale także pełnią funkcję karania samego siebie.

W celu zobrazowania specyfiki systemu rodzinnego nastolatka z problemem samouszkodzeń posłużę się przykładem trzynastoletniej pacjentki. Rodzice nie wiedzieli o jej samookaleczeniach, dziewczynka sama poprosiła rodziców o konsultację psychoterapeutyczną, uzasadniając to chęcią sprawdzenia, „czy wszystko jest z nią w porządku".

Pacjentka była jedynaczką, a jej rodzice głównie koncentrowali się na swojej pracy. Rodzina bardzo mało czasu spędzała wspólnie, rzadko poruszano tematy inne niż zawodowe czy szkolne, rozmowy miały charakter relacjonowania zdarzeń zewnętrznych. Ojciec rzadko bywał w domu, spędzając czas w pracy lub zajmując się swoją największą pasją – sportem. Pacjentka mówiła o nim: „nie znam go, ale chciałabym go poznać, gdyby on też chciał". Matka była bardziej obecna w domu, decydowała o większości spraw, a jej kontakt z córką ograniczał się przede wszystkim do rozmów o ocenach szkolnych i obowiązkach domowych. Dziewczynka często była krytykowana za zbyt słabe zaangażowanie w naukę, matka usiłowała też znajdować sposoby rozwiązania tego problemu, m.in. wprowadzając system nagród za bardzo dobre oceny. Pacjentka skarżyła się na uczucie pustki, uważała, że jest „beznadziejna, głupia i nijaka", o sobie w relacji z rodzicami mówiła: „myślę, że oni mnie nie znają, tak naprawdę chyba nikt nie wie, jaka jestem". Jej kontakt z rówieśnikami był słaby ze względu na niedawną przeprowadzkę i znaczne ograniczenie spotkań z osobami z dotychczasowego miejsca zamieszkania.

IMPLIKACJE TERAPEUTYCZNE

Jakkolwiek trudno jest ustalić, które podejścia czy interwencje terapeutyczne są szczególnie skuteczne w leczeniu samouszkodzeń (Kaess, Edinger, Fischer-Waldschmidt, Parzer, Brunner i Resch, 2020), można stwierdzić zdecydowaną przewagę oddziaływań zorientowanych na pomoc indywidualną niesioną młodym osobom. (Bean i in., 2022; Sitton i in., 2020). Tymczasem w świetle współczesnej wiedzy, przedstawionej częściowo także w niniejszym artykule, wydaje się zasadne, a być może nawet konieczne, włączanie rodzin w proces leczenia nastolatków. Uważa się, że nieuwzględnianie środowiska rodzinnego może wręcz odpowiadać za niezbyt wysoki stopień skuteczności prowadzonych interwencji terapeutycznych (Bean i in., 2022). Oczywistą formą takiego włączenia jest terapia rodzinna jako główna metoda leczenia lub jako interwencja wspomagająca, realizowana równolegle do psychoterapii indywidualnej dziecka. W trakcie jej prowadzenia niezwykłą wagę ma diagnoza systemu rodzinnego i praca nad jego słabymi obszarami. Zbyt silna koncentracja jedynie na redukcji objawu nie tylko sprawi, że problem prawdopodobnie nie zostanie rozwiązany, ale może doprowadzić do przemieszczenia symptomu w obrębie systemu. Terapia powinna skupiać się przede wszystkim na poprawie relacji między członkami rodziny, a także pomocy w uporaniu się z bieżącymi i przeszłymi trudnościami czy konfliktami – dziecko powinno mieć możliwość ujawnienia swoich przeżyć i uczuć w obecności rodziców oraz doświadczenia bycia wysłuchanym i zrozumianym. Rodzina musi jednak posiadać niezbędne ku temu umiejętności, dlatego część oddziaływań powinna być ukierunkowana na psychoedukację i trening w zakresie takich obszarów jak: regulacja emocji, efektywna komunikacja czy rozwiązywanie konfliktów i problemów. Ważnym aspektem leczenia jest też praca nad obniżaniem tendencji do krytykowania i obwiniania przez rodziców poprzez wspieranie ich w radzeniu sobie z doświadczanym przez nich samych poczuciem winy i wstydu.

ANNA OSOWSKA – BIELIŃSKA

Doktor psychologii, absolwentka ISNS UW, psychoterapeutka rodzinna, trenerka psychologiczna, pracuje w Ośrodku Psychoterapii i Rozwoju Sensum w Warszawie.

BIBLIOGRAFIA

1. *Amoss, S., Lynch, M., & Bratley, M. (2016). Bringing forth stories of blame and shame in dialogues with families affected by adolescent self-harm. Journal of Family Therapy, 38(2), 189-205.*
2. *Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R., Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self injury associated with parenting and family factors? The Journal of Early Adolescence, 34(3), 387-405.*
3. *Bean, R. A., Hicken, B., Fox, C. (2022). Treatment of adolescent non suicidal self-injury: a review of family factors and family therapy. The American Journal of Family Therapy, 50 (3), 264-279.*
4. *Crowell, S. E., Baucom, B. R., McCauley, E., Potapova, N. V., Fitelson, M., Barth, H., Smith, C. J., Beauchaine, T. P. (2013). Mechanisms of contextual risk for adolescent self-injury: invalidation and confict escalation in mother-child interactions. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 42 (4), 467-480.*
5. *de Barbaro, B. (red.) (1994). Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Collegium Medicum UJ.*
6. *Fortune, S., Cottrell, D., Fife, S. (2016). Family factors associated with adolescent self-harm: a narrative review. Journal of Family Therapy, 38, 226-256.*
7. *Halstead, R. O., Pavkov, T. W., Hecker, L. L., & Seliner, M. M. (2014). Family dynamics and self- injury behaviors: a correlation analysis. Journal of Marital and Family Therapy, 40(2), 246-259.*

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

Damian Szestopałko

Zapraszam do systemowego, kontekstualnego spojrzenia na zgłaszaną dysfunkcję. Pomaga to dostrzec wieloaspektowość problematyki. Szersza perspektywa bywa odbarczająca dla pacjenta identyfikowanego (IP), wpływa na powiązanie wydarzeń w sprzężenia zwrotne i dostrzeżenie alternatywy dla spojrzenia przyczynowego

RODZINA, KTÓRA POTRZEBUJE POMOCY

Wchodzę do gabinetu. W rogu na sofie kuli się nastolatka, jej matka siedzi na fotelu bliżej miejsca terapeuty – na kolanach ściska torebkę. Przez głowę przebiegają mi myśli integrujące wstępne hipotezy wynikające ze zgłoszenia z tym, co widzę. Zaczyna się proces konceptualizacji. W przeciwprzeniesieniu pojawia się współczucie i obawa, przez głowę przebiega myśl: „ Jest im trudno tu być" . Zastanawiam się nad ich przeniesieniem, za chwilę zapytam o uczucia...

Myślę o tym, czego nie widać – np. o ojcu Majki, przeszłości małżonków, przeszłych relacjach rodzinnych, utraconym szczęściu, marzeniach o szczęśliwym życiu...

A co widać? Kłopoty szkolne, dysfunkcje rodzinne, rozpady rodzin, choroby somatyczne, uzależnienia, problemy szkolne, konflikty z prawem. Widać statystyki policji mówiące o samookaleczeniach jako trzecim co do częstości sposobie odebrania sobie życia. Także informujące o nieporozumieniach rodzinnych jako istotnym czynniku podejmowania prób samobójczych. Czego i kto nie widział, nim doszło do poważnych problemów tej rodziny?

Dzień dobry – zaczęliśmy rozmawiać...

KONTEKST ZGŁOSZENIA I CYRKULARNE ROZUMIENIE DYSFUNKCJI

Rodzina została skierowano do terapii przez szpital psychiatryczny, po kilkudniowej hospitalizacji w wyniku próby samobójczej dokonanej przez samookaleczenie. Badania na obecność substancji zmieniających świadomość wykazały obecność THC i alkoholu. Zalecono psychoterapię rodzinną, kontynuowanie konsultacji psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym oraz diagnozę w kierunku uzależnienia. Rodzina zastosowała się do zaleceń, podejmując poszczególne działania.

Leczenie psychiatryczne oraz terapia uzależnień skoncentrowane są głównie na podmiocie leczenia, na jego intrapsychice. Wówczas objaw rozumie się jako dysfunkcyjną reakcję jednostki na czynniki psychiczne, psychospołeczne czy relacyjne.

Terapia rodzinna charakteryzuje się odmiennymi założeniami. Podmiotem oddziaływań jest cała rodzina, czasem elementy szerszego systemu społecznego lub podsystemy. Terapeuta koncentruje się na relacjach, interakcjach, a nie na konkretnej osobie. W tym przypadku objaw rozumie się jako wyraz dysfunkcji całego systemu. Umożliwia to myślenie cyrkularne, w którym problematykę rozumie się jako sieć zależności połączonych w pętle sprzężenia zwrotnego.

Podejście linearne określałoby problematykę Majki jako zależność – przyczyna – skutek: separacja rodziców – próba samobójcza. Podejście cyrkularne opisuje kolistość problematyki – konflikt między rodzicami wystąpił wraz z oddaleniem się ich od siebie i spędzaniem więcej czasu poza domem, równolegle pojawił się brak poczucia bezpieczeństwa Majki i zbliżenie do ryzykownych zachowań, to nasiliło konflikt między rodzicami, a u Majki poszukiwanie ukojenia w używkach. Zachowanie córki zaogniało wzajemne obwinianie się rodziców i zaostrzało konflikt, który stawał się nie do zniesienia przez Majkę, która umacniała się w dysfunkcji, itd...

PROCES DIAGNOZY

Do diagnozy systemu rodzinnego używam kolistego modelu Olsona zawierającego wymiar spójności i elastyczności rodziny. Spójność określa stopień bliskości, lojalności, zależności oraz tendencję do koncentracji na sprawach własnych lub bliskich. Sprawdzenie stopnia elastyczności uzupełni diagnozę o jakość przywództwa, możliwość zmiany ról rodzinnych, surowość lub niekonsekwencję dyscypliny oraz gotowość do wszelkich zmian.

W przypadku tej rodziny brak jednoznacznej decyzyjności, częste i nadmierne zmiany (również przywództwa), niestabilne role, koncentracja na swoich sprawach, niewielki poziom bliskości i zależności wstępnie wskazują na rodzinę „ chaotycznie niezaangażowaną" . Praca w tym przypadku polegała na zwiększeniu spójności oraz zmniejszeniu elastyczności. Rosnąca spójność wpływała na uwzględnienie obok spraw własnych także problematykę innych. Zwiększała poziom bliskości i lojalności oraz zależności. Spadek elastyczności zaowocował zarysami podzielonego przywództwa, zwiększył stabilność ról oraz zmniejszył liczbę zmian.

HIPOTEZY

Kolejny krok to budowanie hipotez, które w toku terapii ulegają potwierdzeniu lub wykluczeniu. Powstają także nowe, weryfikowane w trakcie rozmów. Terapeuta rodzinny w oparciu o założenia systemowe stawia hipotezy dotyczące funkcji tego, co widać (objawu). Czasem dysfunkcja zatrzymuje zmiany rodzinne, a czasem je wymusza. W powyższym procesie postawiłem następujące założenia:

- H1: Objaw przywołuje rodziców do ról rodzicielskich w okresie separacji – indywiduacji Majki. Rodzina w tej fazie potrzebuje silnego podsystemu rodziców stanowiącego oparcie dla przekraczania granic przez nastolatkę.
- H2: Objaw przywołuje rodziców do ról małżeńskich.
- H3: Ryzykowne zachowania jako nieświadomy pretekst do zatrzymania zmian rozwojowych i pozostania w rodzinie pochodzenia.
- H4: Dysfunkcja jako sposób na obniżenie lęku rodziny/podsystemu rodziców przed wzrostem niezależności Majki.
- H5: Objaw pełni funkcję odwrócenia uwagi od traumy związanej z rozpadem rodziny nuklearnej.

Weryfikacja hipotez polegała na wchodzeniu w tematykę zbieżną z założeniami tychże hipotez w sytuacjach otwarcia. Rodzina ujawniła dużo lęku, co było źródłem pracy nad wzmocnieniem przywództwa, uwypukleniem ram i zasad. To obniżało niepokój i zapewniało podtrzymanie niezależności z utrzymaniem więzi.

WYBÓR MODALNOŚCI

Dokonując wyboru paradygmatu pracy, opieram się na diagnozie rodziny, określeniu stopnia i rodzaju dysfunkcji pacjenta identyfikowanego. Sprawdzam podsystemy i przynależność do szerszych systemów. Trudno jest pracować w obrębie zmiany struktury i funkcji systemu w sytuacji czynnego uzależnienia lub zaburzenia wymagającego interwencji intrapsychicznej. Wówczas przed dokonaniem interwencji na poziomie zmian drugiego rzędu (głębszych) potrzebne są decyzje terapeutyczne stanowiące zaopiekowanie się objawami i przygotowanie do dalszych zmian. Czasem należy zalecić konsultację psychiatryczną, uzależnień, medyczną stanowiącą uzupełnienie diagnozy psychoterapeutycznej. Komplet informacji ułatwia podjęcie decyzji terapeutycznej co do dalszego postępowania.

Na początku, kiedy objawy utrudniają mentalizację, bliższa jest mi praca z dominacją perspektywy komunikacyjnej modelu strategicznego. Omawiam także sprzężenia zwrotne np. Osoba 1: „Martwię się o Ciebie, jak nie wracasz."

Osoba 2: „Nie wracam, bo czuję się Twoim zmartwieniem nadmiernie kontrolowana." Umożliwia to rodzinie dostrzeżenie szerszej perspektywy oraz własnego udziału w błędnych kołach wzajemnych oskarżeń.

Zmiany punktu widzenia jako wspólne przeformułowanie sytuacji należą do zmian drugiego rzędu. Wówczas stosuję model strukturalny, transgeneracyjny lub konstrukcjonizmu społecznego kiedy to, obniżony poziom lęku utrzymuje motywację do zmiany, ale z drugiej strony daje poczucie bezpieczeństwa i możliwość dokonywania wglądu.

Uzupełnieniem informacji potrzebnych do doboru właściwego paradygmatu jest wykres kołowy. Rodzina określa na nim ważność i jakość problematyki, co odzwierciedla subiektywne spojrzenie na omawiane dysfunkcje. Np. inna praca potrzebna jest rodzinie zgodnie określającej używanie narkotyków, zaburzenie psychiczne, rozstanie małżonków lub ciągłe kłótnie jako 85% wagę rodzinnego problemu. Pozwala to adresować potrzebne interwencje terapeutyczne na kontinuum od interwencji kryzysowej, przez pracę strategiczną czy strukturalną, po podejście postmodernistyczne.

W toku tej terapii najbardziej przydatne okazało się zastosowanie modelu strukturalnego w zakresie pracy nad granicami, subsystemami, hierarchią i wzorami interakcji.

W pierwszej fazie przyłączenie i dostosowanie się do rodziny służyło odebraniu silnych emocji wraz ze zbudowaniem sojuszu terapeutycznego. Ważne było stworzenie przestrzeni na poczucie zaufania, bezpieczeństwa i otwartości na współpracę. Poznanie interakcji rodzinnych i dysfunkcji było weryfikowaniem wstępnych hipotez i akcentowaniem potrzebnych obszarów zmian. centralną fazą była przebudowa interakcji rodzinnych, wzorów zachowań i granic. Istotną techniką okazało się przeformułowanie, służące opisowi dawnego zachowania w nowym kontekście. Np. samookaleczanie nazwane wyrazem złości skierowanej na siebie w sytuacji bezradności na postępowanie rodziców i odczuwanej do nich złości.

Faza kończenia służyła podsumowaniu zawierającemu uznanie zmian, a także frustracji z tego, co okazało się niezmienialne.

ZARYS PRZEBIEGU TERAPII Z UWZGLĘDNIENIEM POSZCZEGÓLNYCH ETAPÓW

Faza przerażenia

Rodzice Majki wyglądali na przerażonych. Próba samobójcza oraz pobyt w oddziale psychiatrycznym wzbudziły poczucie winy, wzajemne oskarżenia i mnóstwo strachu o życie córki. Skupiłem się na odebraniu emocji, obniżeniu lęku i omówieniu sytuacji. Stworzyłem przestrzeń do wypowiedzenia się każdej z osób, co dało możliwość usłyszenia innych perspektyw. Utrzymywanie neutralności oraz empatia dały rodzinie poczucie, że jestem po ich stronie. Osoby zaczęły ze mną współpracować i z nadzieją na poprawę zaangażowały się w rozmowę.

Faza złości

Po omówieniu zagrożenia życia Majki i odzyskaniu równowagi psychicznej zaczęliśmy omawiać interakcje rodzinne. Kluczową kwestią było przepracowanie następującego sprzężenia zwrotnego: „ ... obniżenie nastroju matki zasilało wycofanie ojca, to wpływało na jeszcze większy smutek matki i odczucie Majki opuszczenia przez rodziców. To wzmacniało jej poszukiwania wsparcia w niebezpiecznej subkulturze, co rodzice odbierali jako atak na nich i wycofywali się w poczuciu bezradności z adekwatnych postaw rodzicielskich... itd.". Każdy z członków rodziny pracował nad wglądem we własny udział w interakcje cyrkularne z powściągliwością w obwinianiu innych. Pomogło to przerwać łańcuch wzajemnych oskarżeń w interakcjach przyczynowo – skutkowych. Pytania cyrkularne ożywiały empatię i zwiększały życzliwość.

Faza reorganizacji

Rodzina potrzebowała sprzecznych, z punktu widzenia faz rozwojowych, zmian. Z jednej strony usztywnienia struktury wraz z przywołaniem rodziców do ról, zaś z drugiej uznania rosnącej autonomii Majki. W tym przypadku: „rodzina z dorastającym dzieckiem" stoi na progu fazy „pustego gniazda" , co generuje dużo emocji

związanych z dynamicznymi zmianami. Istotą był lęk o reorganizację struktury rodziny przy zbliżającej się wyprowadzce Majki. Robocze zatrzymanie procesu separacji – indywiduacji było wykorzystane do omówienia nowych zasad, reguł rodzinnych i reorganizacji relacji.

Majka zyskała więcej zainteresowania i kontaktu, co dało jej oparcie o stabilniejszą strukturę podsystemu rodziców, poczucie bezpieczeństwa w atakowaniu i łamaniu zasad. Rodzice podjęli i zacieśniali współpracę, co dało córce przekonanie o silnym sojuszu rodzicielskim.

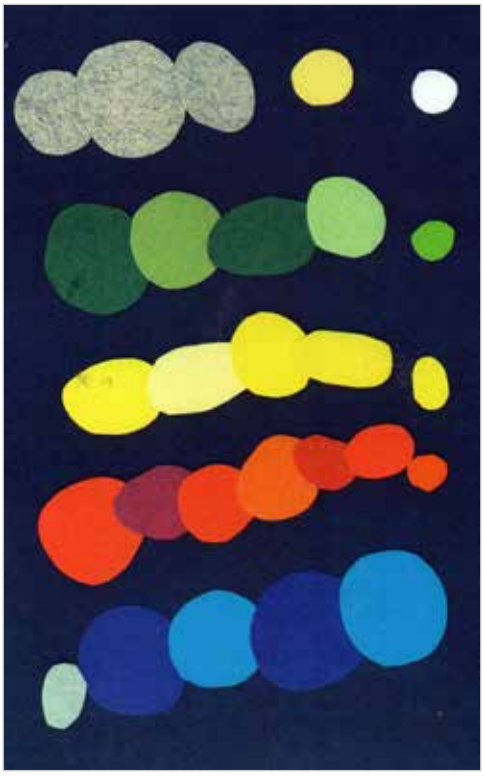
Faza końcowa

Rodzina zyskiwała więcej spokoju, bezpieczeństwa i wracała do stabilności. Odzyskiwała zasoby potrzebne do rozwiązywania konfliktów. Majka przekraczała granice, co współwystępowało z renegocjacją zasad. Częściowo zmieniła grupę rówieśniczą, ubiór, weszła w związek. Rodzice sprawniej współpracowali w funkcjach rodzicielskich. Zauważyli dystans w relacji małżeńskiej.

Zastanawiałem się, czy ich związek podtrzymuje coś więcej niż wspólna córka. Wracając myślami do mechanizmu sprzed terapii, zastanawiałem się nad trwałością zmiany. Byłem ciekaw, jak będzie współwystępowała siła odśrodkowa relacji rodzinnych w czasie postępującej separacji Majki wraz z siłą dośrodkową w podsystemie małżeńskim w czasie zbliżającej się perspektywy pustego gniazda. Czy kolejna zmiana fazy życia rodziny nie przekroczy zasobów umożliwiających adaptację? Pilnowałem granicy między sprawami rodzicielskimi a małżeńskimi. Zapowiadałem potrzebę kontynuacji tematów związku na konsultacji/terapii pary. Taka interwencja oprócz funkcji wzmacniającej wgląd w związek, ma to też na celu wyraźne stawianie granic między podsystemem rodziców i dziecka.

PODSUMOWANIE PROCESU TERAPII

Pojawiły się pozytywne sprzężenia zwrotne. Rodzina, kończąc terapię, funkcjonowała w większej bliskości z jednoczesnym uznaniem obszarów



autonomii córki. Zwiększało się zaufanie do utrzymania abstynencji, co związane było z rosnącą odpowiedzialnością córki, a to dawało jeszcze więcej zaufania. Poprawie uległa komunikacja. Komunikaty stały się wyrażane wprost i zwiększyła się ich liczba.

Na terapii uzależnień Majka nabyła umiejętności radzenia sobie z emocjami. Dotychczasowe dysfunkcjonalne wzorce zostały zastąpione transparentnością uczuć, asertywnością, wzrostem poczucia własnej wartości i pewności siebie.

Rodzice zostali poproszeni o konsultację par. Uznałem, że przestrzeń na rozmowę o relacji małżeńskiej umożliwi wyrażenie potrzeb i sprawdzenie, jakie zmiany są możliwe. Miałem nadzieję na dalsze wzmocnienie pary w rolach rodzicielskich niezależnie od tego, co zechcą zrobić z ich małżeństwem. Myślałem o wydobyciu do komunikacji wprost tego, o czym się nie rozmawiało w miejsce występującej dysfunkcji w postaci objawów.

ZAKOŃCZENIE

Na koniec chcę podkreślić potrzebę uzupełniania myślenia indywidualnego o systemowe i odwrotnie. Pomaga to dotrzeć do tego, czego w pierwszej chwili nie widać i pokonać naturalną koncentrację na aspektach wciągających w przeciwprzeniesienie. Zwykle głębiej drzemie dysfunkcja zasilana utrwalonymi wzorcami interakcji, możliwość zrozumienia zgłaszanego problemu w szerszym kontekście, a także obraz objawu w funkcji adaptacji do nowej czy trudnej sytuacji. Identyfikacja fazy życia rodziny kieruje uwagę terapeuty na wyzwania rozwojowe, które – jeśli są zablokowane – generują objaw. Również diagnoza granic rzuca światło na występujące koalicje, triangulacje czy parentyfikację. Procesy myślenia systemowego mogą z kolei potrzebować uzupełnienia o spojrzenie na jednostkę, na uzależnienie, sprawowanie przemocy czy objawy wytwórcze. To może być pomocne w skierowaniu na adekwatne wsparcie indywidualne, a także w ocenie spełnienia warunków progowych terapii rodzinnej czy par.

Spojrzenie na to, czego nie widać, czasem ma charakter prewencyjny i umożliwia wydobycie niemego wołania o pomoc w sytuacji dysfunkcji rówieśniczej lub rodzinnej zamiast koncentracji na widocznym. Koncentracja na objawie np. na samookaleczaniu się przesłania tło takiego wzorca zachowania. Zdarza się, że zablokowanie odreagowania powoduje przemieszczenie lub zmianę objawu na inny.

Niezależnie od modalności spojrzenie systemowe (na niewidoczne) może stanowić uzupełnienie diagnostyki o procesy równoległe, co przydaje się zarówno w konceptualizacji terapii, jak i superwizji. Mnie służy każdy sposób poszerzenia perspektywy. Podążanie za tym, o czym milczą, co jest niewidoczne, nieujawnione, co zasila afekt, zwykle odsłania figurę z tła i pozwala uzupełnić myślenie przyczynowe czy stygmatyzujące o kontekstualne.

DAMIAN SZESTOPAŁKO

Psycholog, certyfikowany psychoterapeuta PTP, superwizor w trakcie certyfikacji. Członek Sekcji Psychoterapii PTP. Pracuje w poradni Monar – Hoża 57 oraz prowadzi prywatną praktykę jako terapeuta i superwizor.

TERAPIA
OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH

Bożena Maciek – Haściło

Emmanuel Levinas niestrudzenie uzasadniał tezę, że więź jest darem, który pozwala poczuć, że ludzkie JA zaczyna się w Innym. Podkreślał przy tym, że usłyszenie go wymaga naszego wysiłku

UZALEŻNIENIE JAKO ZABURZENIE WIĘZI. MODEL PRACY Z OSOBAMI UZALEŻNIONYMI W OPARCIU O TEORIE PSYCHODYNAMICZNE

Badania i współczesne teorie uzależnienia ukazują wieloczynnikową etiologię tego zaburzenia, co znajduje swoje odzwierciedlenie w sposobach jego diagnozowania (DSM-5, ICD-11). Z uwagi na poszerzające się zjawisko i trudność leczenia uzależnień istnieje potrzeba poszukiwania wciąż nowych metod terapii. Za cel tego artykułu obrałam przedstawienie psychodynamicznego podejścia do rozumienia i leczenia uzależnień.

Odwołanie do teorii pozwala lepiej rozumieć zarówno doświadczenia osób uzależnionych, neurobiologiczne podłoża tych doświadczeń oraz kliniczne implikacje do pracy terapeutycznej, szczególnie podkreślające znaczenie budowania bezpieczeństwa w relacji z osobami uzależnionymi. Poniżej zaprezentuję podstawowe założenia modelu jak i koncepcję pracy terapeutycznej, odwołując się zarówno do teorii jak i dokonań innych praktyków.[1]

ZAŁOŻENIA TEORETYCZNE – ETIOLOGIA UZALEŻNIENIA

Źródło używania i w konsekwencji uzależnienia sytuuje się we wczesnym okresie dzieciństwa, w czasie tworzenia się więzi, bezpieczeństwa i rozwoju mózgu. Uzależnienie jest w tym kontekście efektem pozabezpiecznej więzi z obiektem, a motywacja do używania i nadużywania narkotyków lub angażowania się w zachowania uzależniające ma swój początek w nierozwiązanych konfliktach i traumatycznych doświadczeniach relacyjnych. Należy pamiętać, że substancja pozwala regulować wiele stanów emocjonalnych, od uspokojenia do pobudzenia. Jednym pomaga odciąć się od doświadczania trudnych uczuć, inni tylko dzięki substancji mogą mieć kontakt ze swoją emocjonalną częścią. Kojący efekt używania składa się na biologiczny charakter uzależnienia. Gabor Mate definiuje go w następujący sposób:

„Proces biologiczny manifestujący się zachowaniem, które daje tymczasową przyjemność i ulgę w cierpieniu, i w związku z tym prowadzi do silnego pragnienia ponowienia tego zachowania, wiąże się także z występowaniem negatywnych konsekwencji, a także prowadzi do niemożności zaprzestania tego zachowania."[2]

W publikacji „Uzależnienie od alkoholu – oblicza problemu" autorstwa polskich badaczy Lidii Cierpiałkowskiej i Jana Chodkiewicza znajdujemy wyjaśnienia uzależnienia w odwołaniu do klasycznych już publikacji, E.J. Khanziana, J. Levina, L. Dodesa (Cierpiałkowska, Chodkiewicz, 2020). Bazą teoretyczną dla prezentowanego poniżej modelu pracy stanowi również praca Philipa Floresa (Flores, 2012) „Addiction as an attachment disorder" (Uzależnienie jako zaburzenie więzi/przywiązania).

Flores opisuje, jak z perspektywy teorii przywiązania można rozumieć uzależnienie i aspekty związane z utrzymywaniem abstynencji. Podkreśla, że dopóki osoba uzależniona nie rozwinie zdolności do nawiązywania satysfakcjonujących relacji, pozostanie narażona na wpływ uzależnienia. Potwierdzają te tezy również badania prowadzone na świecie w ostatnich kilku latach, ukazując związki między pozabezpiecznym stylem przywiązania a uzależnieniem (Fairbairn, 2018)[3] (Schindler, 2019)[4]. Związek ten jest dużo silniejszy w okresie dorastania niż w wieku dorosłym (sprawą otwartą pozostaje natomiast współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych i dynamika pomiędzy przywiązaniem a uzależnieniem – to wymaga dal-

[1] Wypracowany i aktualizowany w zespole Laboratorium Psychoedukacji model stanowi oś programu Szkoły Psychoterapii Osób z Problemem Uzależnienia dla psychoterapeutów różnych modalności.

[2] Gabor, M. (2017) Trauma, stres i biologia uzależnień. Miesięcznik Znak.

[3] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5912983/

[4] https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.00727/full

szych badań.) W prezentowanych tu założeniach uwaga skupia się przede wszystkim na charakterze więzi.

Patrząc z perspektywy klinicznych doświadczeń, koncepcji wyjaśniających zjawisko uzależnienia, a także badań, można postawić tezę, że człowiek sięgając po substancję, oczekuje zaspokojenia swoich potrzeb związanych z obecnością drugiej osoby – bezpieczeństwa, przynależności, miłości. W tym ukierunkowaniu zawiera tęsknotę za bezpiecznym obiektem, którego obecności nie doświadczył w swoim życiu. Z jednej strony substancja w ten sposób „daje schronienie" przed bolesną rzeczywistością, z drugiej, w skutkach używania „odcina" od innych ludzi.

Te ogólne tezy w świetle psychodynamicznej koncepcji traktują uzależnienie jako objaw, a używanie substancji jako substytut bliskości. W trakcie terapii różne wypowiedzi czy zachowania pacjentów pozwalają odkrywać funkcje, jakie ma dla nich ich uzależnienie, które potwierdzają te ogólne tezy. W wypowiedziach takich jak: „jak się napiję, to czuję się sobą, czuje się bezpiecznie, tylko wtedy mogę oddychać" ujawnia się funkcja uzależnienia jako schronienia od trudnej dla pacjenta codzienności. Poza bezpieczną alternatywą dla niebezpiecznej rzeczywistości, można też rozumieć uzależnienie jako „obiekt przejściowy". Przez określenie to rozumie się szereg właściwości i funkcji, jakie substancja wnosi do świata psychicznego pacjenta. Zapewnia ukojenie, umożliwia separację od realnych relacji, zapewnia iluzję omnipotentnej kontroli, a także może być pomostem pomiędzy wewnętrzną i zewnętrzną rzeczywistością. Szereg podobnych przykładów pozwala rozumieć używanie i uzależnienie jak bezpieczną, bo stałą bazę (łatwo dostępną) trudnej codzienności – „dobrą matkę" czy mówiąc za D. Winnicottem „wystarczająco dobrą".[5]

Równocześnie jednak substancja bądź czynność i zachowania niszczą relacje. Mamy więc do czynienia z kontynuacją traumy – trudnej i bolesnej zależności od innego człowieka, dodatkowo dynamizowanej substancją.

[5]«To be good enough» – «Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession. Int. J Psychoanal 1953;34 (2):89-97.

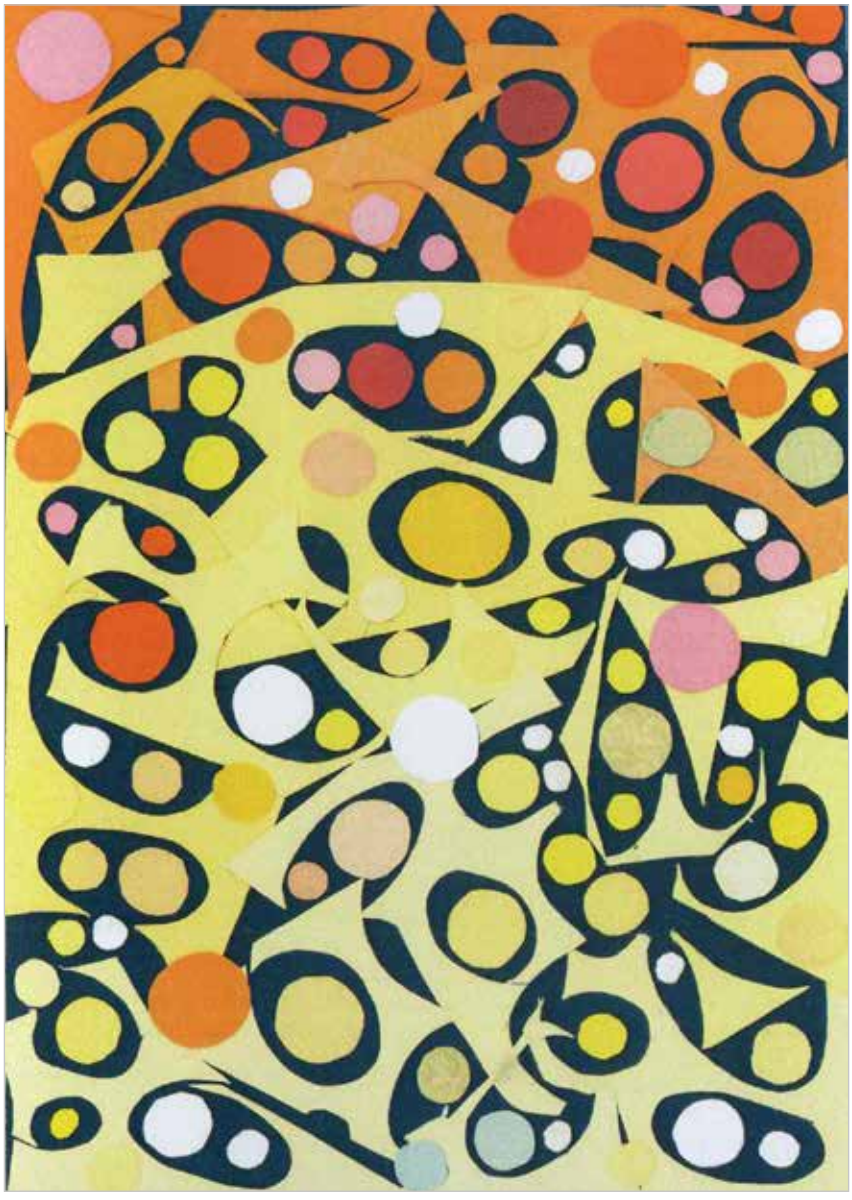
TRAUMA RELACYJNA A UZALEŻNIENIE

Alan Schore (Schore, 2017) definiuje przywiązanie jako diadyczną regulację emocji. Prawidłowy rozwój odbywa się w relacji, w której emocjonalne przeżycia dziecka (a w psychoterapii – emocjonalne przeżycia pacjenta) mogą zaistnieć i zyskują sens. Z kolei Wallin D. J. (Wallin, 2011) sformułował tezę, iż to, czego nie potrafimy zwerbalizować z powodu traum, zwykle zostaje odegrane w interakcjach z innymi (enacted) ożywione w innych (evoked) bądź ucieleśnione (embodied). W kontekście używania substancji i relacyjnej traumy całkowitemu zatarciu ulega wszelkie poczucie pomiędzy substancją czy zachowaniem oraz tłumionymi przez nie objawami.

Bohaterowie publikacji Janiny Fisher pod tytułem „Terapia osób, które przetrwały traumy złożone" doświadczają bezradności i uwięzienia w dylematach i problemach. Uzależnienie odwraca ich uwagę od cierpienia, dostarczając im przy tym złudnego poczucia kontrolowania bolesnych uczuć (Fisher, 2019).

W publikacji „W świecie głodnych duchów bliskie spotkania z uzależnieniem" Gabor Mate (Mate, 2021) podkreśla z kolei znaczenie traumy w doświadczeniu osób uzależnionych, opisując jej rolę jako czynnika mogącego doprowadzić do rozwoju uzależnienia.

Osobom z traumatycznymi doświadczeniami często towarzyszą nieidentyfikowalne napięcia, ich uczucia nie są nazwane, a przeżycia usymbo-



lizowane. To stan, który bardzo trudno jest tolerować. Wysiłek radzenia sobie z emocjami jest ogromny. Widzimy, jak bardzo by przetrwać trud codzienności, równocześnie narażają swoje życie, używając substancji czy nałogowej czynności do regulowania tego napięcia.

NEUROBIOLOGIA PRZYWIĄZANIA A UZALEŻNIENIE

Badania wskazują, że mózg osób z pozabezpiecznym stylem przywiązania zwiększa podatność na uzależnienia. Osoba o takiej neurobiologicznej konstrukcji czuje nieustannie deficyt bezpieczeństwa, ciepła i sytości. Jeśli te wymagania nie są zaspokojone, system limbiczny sygnalizuje lęk, niepokój i dyskomfort. Pragnienie zostaje wzbudzone i to motywuje jednostkę do działania, by wyeliminować bolesne emocje. U osób, które doświadczyły zaniedbania i traumy, stymulacja układu nagrody za pomocą zachowania lub substancji prowadzi do ulgi: zwiększenia obniżonego poziomu dopaminy w układzie nagrody, poprawy sprawności (w tym poznawczej), przywrócenia motywacji do działania, redukcji lęku (Pawełczyk, 2021). Wszystko to daje tymczasowe ukojenie.

Badania nad mózgiem wciąż się rozwijają, choć zdaniem współczesnego neuropsychologa Russell A. Poldracka wiemy o nim coraz mniej (Poldrack, 2022). Wiemy już jednak, że podatność na uzależnienia jest zakorzeniona w neurobiologicznych ścieżkach rozwoju, a używanie substancji wiąże się ze strategią regulacji emocjonalnej. Zaburzenie regulacji powiązane jest bezpośrednio z pozabezpiecznym przywiązaniem. System przywiązania oraz system nagrody są bowiem zarządzane przez te same centra w mózgu i te same receptory opioidowe. Robert Gregory w związku z tym sformułował następującą tezę „In other words, the brain's reward system cannot tell the difference between a hug and a drug"[6]. Wobec powyższych tez zaburzenia więzi, w związku z tym również regulacji emocji, otwierają kierunki pracy terapeutycznej właśnie w obszarze relacji i emocji.

To, co dla terapeuty staje się priorytetem, to rozumienie pacjenta jako Osoby, a używanie substancji rozpoznawane jest w funkcji i dynamice jego wewnętrznego świata. Terapia odbywa się w oparciu o dynamikę tego, co dzieje się pomiędzy objawem a jego źródłem (podejście fenomenologiczne). Psychoterapeuta/grupa tworzą relacyjną bazę dla pacjenta. To punkt wyjścia do mentalizacji i w sprzężeniu zwrotnym do odzyskania/uzyskania przez pacjenta poczucia bezpieczeństwa, internalizowania tego procesu, a w konsekwencji oparcia w sobie i zdolności do nawiązywania relacji w swoim życiu, co wcześniej nie było możliwe. Zakładanie pełnej abstynencji jako wstępu do leczenia lub czynienie go głównym efektem nie staje się podstawowym celem, ponieważ uzależnieni pacjenci właśnie tej abstynencji często nie mogą utrzymać. Zachowanie uzależnionej osoby nie jest podporządkowane jej wolicjonalnej kontroli. Zdeterminowane jest reakcjami obwodów nagradzających w mózgu i bodźców warunkowych. Pożądanie substancji czy konkretnego zachowania są wywołane odpowiedzią na wewnętrzne stany afektywne. Przedłużające się zażywanie powoduje w mózgu przejęcie „dowodzenia" części afektywnej nad systemem motywacyjnym. Symptomy i reakcje obronne utrzymują lęk oraz napędzające go uczucia z dala od świadomości. Jeśli tylko pacjent świadomie jest w stanie znieść bezpośrednie doświadczenie i wyrażenie afektu, potrzeba obrony przed nim poprzez ucieczkę w symptomatyczność przestaje być konieczna.

PRACA TERAPEUTYCZNA OPARTA NA KOMPETENCJACH ZWIĄZANYCH Z BUDOWANIEM RELACJI

Z opisanych wyżej koncepcji wynika, że substancje spełniają funkcję substytutu relacji. Dlatego jednym z najważniejszych zadań terapeutycznych jest tworzenie terapii, która będzie relacją konkurencyjną wobec niej. Dzieje się to poprzez dbanie – już od pierwszego spotkania – o rozwój dobrego i silnego przymierza terapeutycznego. Pacjent się uczy, że używając substancji w trakcie terapii, będzie ją sabotował.

Wielu pacjentów opowiada o tym, jak odczuwali pragnienie picia, jak wspominali słowa terapeuty, przyszli na spotkanie, co pomogło im nie sięgnąć po substancję. Inni, będąc w terapii, sięgają czasami po alkohol, a następnie nie przychodzą na kolejną sesję.

W tych historiach widać konflikt, jaki rozgrywa się w pacjentach, między relacją z substancją a relacją z terapeutą lub grupą terapeutyczną.

Ponadto w trakcie terapii staramy się budować wgląd pacjent wokół funkcji jego używania i pomagać dostrzegać jego związki z trudnymi uczuciami, których doświadcza oraz z problemami interpersonalnymi. Pacjent z czasem rozumie związek swojego używania z problemami emocjonalnymi i relacyjnymi i to, że używanie substancji w trakcie terapii jest równoczesnym jej – w świetle powyższych założeń – sabotowaniem. Często ten etap procesu terapii trwa dłużej. Z tymi pacjentami zawieramy kontrakty ograniczone w czasie, żeby sprawdzić, czy możliwe jest, by pacjent skierował się w stronę relacji terapeutycznej. Sprzymierzenie pacjenta do decyzji o nieużywaniu substancji nie jest tożsame z wymogiem całkowitej abstynencji, ponieważ większość pacjentów nie potrafi zachować całkowitej abstynencji. Oznacza to tylko i aż, że pacjent decyduje się na to, aby „zrobić miejsce" na psychoterapię i na relacje. I będzie robił wszystko, co możliwe, łącznie (czasem) z koniecznością skorzystania z farmakoterapii czy z oferty Ośrodka zamkniętego, aby tę przestrzeń uczynić.

Wiele uwagi i wysiłku wymaga więc sprzymierzanie pacjenta do decyzji o nieużywaniu, ograniczeniu używania i rozpoznawaniu rozumienia jego funkcji (używanie objęte decyzją nieużywania). Od pierwszej konsultacji, poprzez przymierze, do samego końca terapeuta rozumie i pracuje dynamiką związaną z systemem przywiązania i jego aktywacją w relacji i ścisłym powiązaniem tego faktu z używaniem. Staje się z czasem – będąc świadomym

[6] Gregory R.J., (2019) Dynamic deconstructive psychotherapy for substance uses disorders co-occuring with personality disorders. In: David Kealy, John S. Ogrodniczuk (Editors). Contemporary Psychodynamic Psychotherapy. Academic Press. (page 165)

tej zależności – bezpiecznym obiektem przywiązania.

Szczególnie trudne w pracy z pacjentami uzależnionymi jest to, że przeżywają w relacjach ogrom lęku, którego nie są w ogóle świadomi czy właśnie w minimalnym stopniu świadomi, mając równocześnie bardzo silne obrony przed doświadczaniem uczuć. Pacjentami targają silne, sprzeczne impulsy (unikać ludzi ze strachu przed atakiem albo z desperacją szukać u nich pomocy z obawy przed samotnością). Uczucia są dla nich przytłaczające i chaotyczne, a z pozoru (w ich przeżywaniu) autodestrukcyjne zachowania, pomagają w radzeniu sobie ze sprzecznymi najczęściej impulsami i emocjami, równocześnie chroniąc siebie przed ryzykiem relacji z człowiekiem. Terapeuci czy grupa terapeutyczna stają się „konkurencją" dla substancji czy czynności.

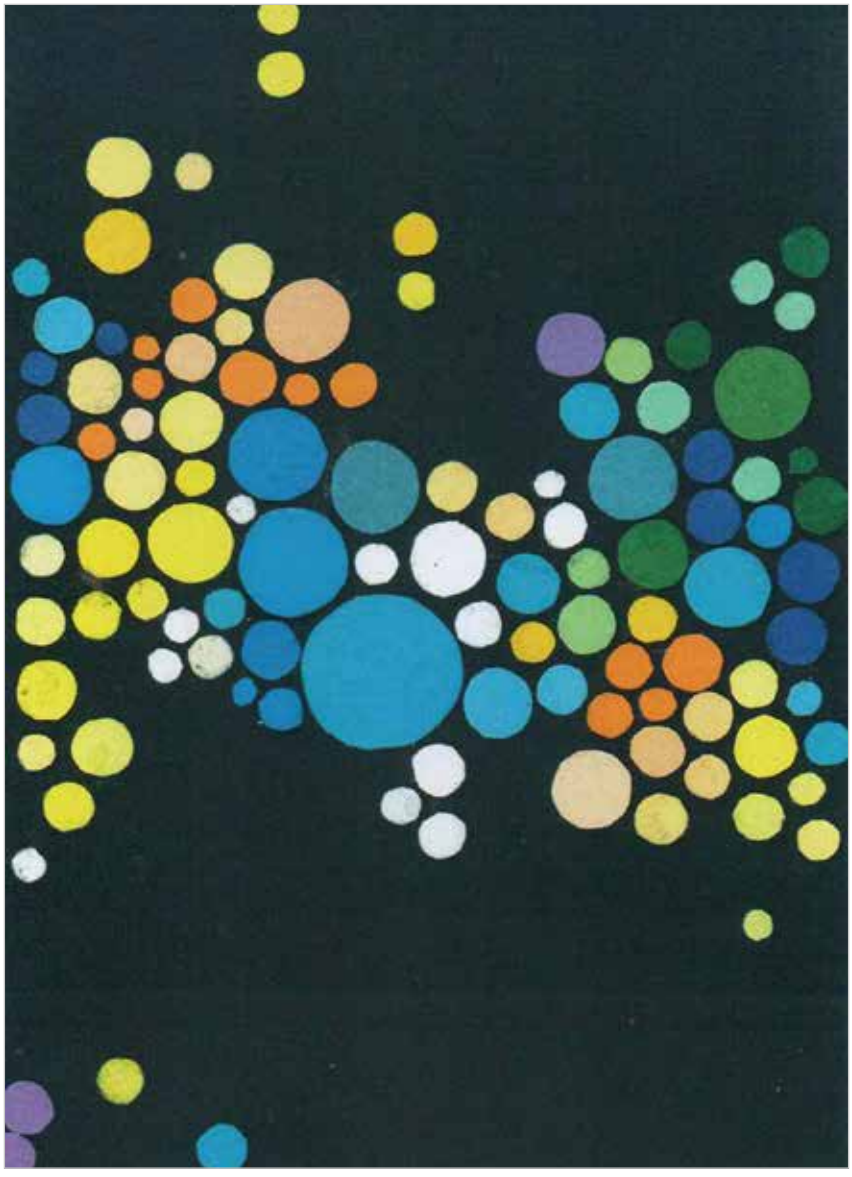
W pewnym momencie pacjent zaczyna czuć więcej satysfakcji, więcej bezpieczeństwa w kontakcie z psychoterapeutą, z nami jako z grupą, a w rezultacie z innymi ludźmi, niż w relacji z substancją bądź czynnością. Warunkiem takiej zmiany jest bezpieczeństwo w terapeutycznych relacjach. W pierwszej kolejności korzystamy z całego spektrum interwencji odnoszących się do bezpieczeństwa (sposobów ochrony przez pacjentów w postaci milczenia, wycofania, intelektualizowania) i jego budowania z wykorzystaniem odzwierciedlania, wsparcia aż do łagodnych, empatycznych konfrontacji. Konfrontując pacjenta, monitorujemy i aktualizujemy również poczucie tego bezpieczeństwa.

MIĘDZY RELACJĄ A REGULACJĄ

Alan Schore (Schore, 2017) mówi, że w okresie tworzenia przywiązania buduje się ludzka zdolność do regulacji emocji. W związku z tym, jeśli terapeutyczne interwencje i sposób pomocy nie będą ukierunkowane na regulację emocji i jej źródło, które tkwi w pierwszych latach życia, to trudno mówić o trwałym rozwiązaniu problemu uzależnienia. Rozwiązaniu, które oznacza uzyskanie poczucia emocjonalnego bezpieczeństwa w dorosłym życiu.

W grupie, którą prowadzę, cyklicznie ujawniają się dwa najbardziej charakterystyczne konflikty związane z doświadczaniem relacji. Pierwszy dotyczy emocjonalnego zaangażowania w kontakt z drugim człowiekiem. Drugi, bardzo charakterystyczny dla pacjentów, związany jest z pragnieniem wyrażenia uczuć i lękiem przed ich ujawnieniem. Na osi tych dwóch konfliktów zbudowana jest nasza pomoc pacjentom. Skąd to założenie? Obecność lub nieobecność istotnych wczesnych doświadczeń może wzmocnić lub osłabić neuronalne substraty mózgu. Emocje z perspektywy przywiązania są podstawowymi funkcjami mózgu, a nie wynikiem psychodynamicznych konfliktów. Zdolność do przeżywania uczuć jest obszerną funkcją mózgu, który „czyta" otoczenie i przygotowuje go do odpowiedniej reakcji – walki/ucieczki lub zamrożenia (Dana, 2021). Emocje są wehikułami wymiany informacji, która pojawia się w rozwijającej się relacji przywiązania i wzmacnia to przywiązanie.

Bezpieczeństwo i efekt całego procesu budowane jest poprzez rozumienie i „widzenie" przez terapeutę na pierwszym planie osoby z problemem uzależnienia, który jest ściśle związany i dynamizowany przez całość jej problemów psychicznych (bez rozdziału pomiędzy uzależnieniem a problemami psychicznymi). W pracy terapeutycznej należy pamiętać, że osoba, której pomagamy, doświadczyła wielu traum, a jej struktura i biochemia mózgu została tym zdeterminowana i ogranicza możliwości zmiany, dlatego właśnie wymaga bezpieczeństwa w relacji. Pytanie zadane pacjentowi: „Co dla Ciebie znaczy czuć się bezpiecznie?" – kreuje



od początku podwaliny do tworzenia bezpiecznej relacji, a w pacjencie porusza nieznany obszar. Budowanie przymierza terapeutycznego i sprzymierzanie pacjenta odbywa się – jak podkreślałam wcześniej – w otwarty i precyzyjny sposób, poprzedzony jasno sformułowanymi celami.

Rzetelność w budowaniu przymierza ważna jest dlatego, że w procesie terapeutycznym odnajdujemy kilka kluczowych momentów, gdy substancja ma dużo większą siłę niż relacja terapeutyczna.

Pierwszy z nich dotyczy początku terapii. Pacjent w naturalny dla siebie, wyuczony, sposób używa substancji bądź czynności do regulacji emocji. Zagrożenie intensywniejszego używania pojawia ponownie wtedy, kiedy między terapeutą a pacjentem zaczyna się tworzyć emocjonalna więź. Wiemy, że pierwotny system przywiązania aktywuje się właśnie w bliskości.

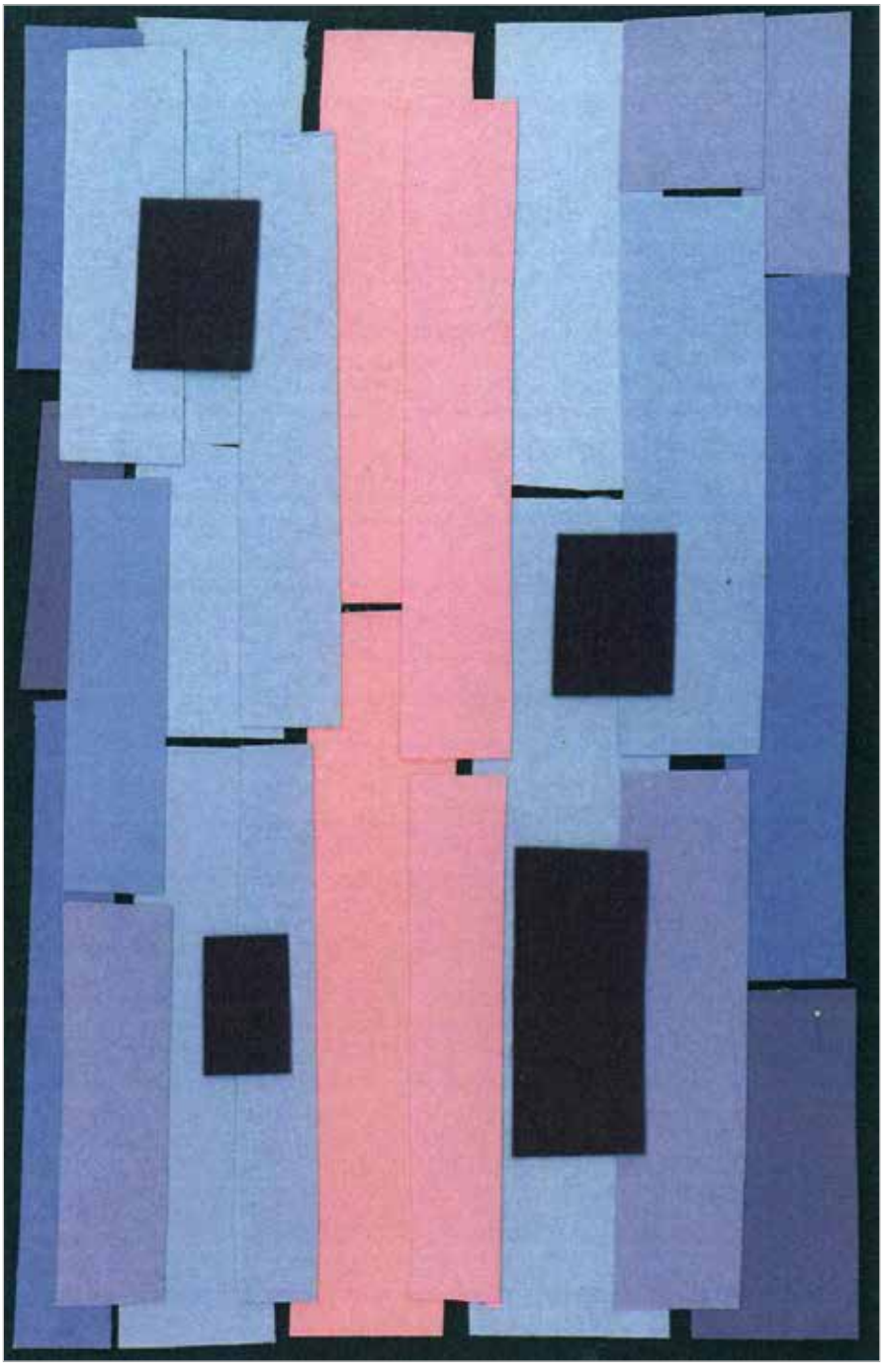
Kolejny trudny moment to zbliżanie się do końca terapii. Znając te newralgiczne obszary i zagrożenia, bardzo precyzyjne kontraktujemy pracę z pacjentem, opierając na antycypacji możliwości doświadczenia pozytywnej, korektywnej więzi z psychoterapeutą czy z osobami w grupie, w całym terapeutycznym procesie.

REGULACJA EMOCJI

Uzależnienie jest kompromisem pomiędzy potrzebą wyrażenia uczucia a obroną zarówno przed uczuciami jak i przed ich wyrażeniem.

Zadaniem terapeuty jest podtrzymywanie w swojej świadomości faktu, że biochemia mózgu osoby, której pomaga, jest zdeterminowana traumatycznymi doświadczeniami. Kontakt z pacjentem oznacza więc docieranie do wnętrza tej traumy (najczęściej relacyjnej) w emocjonalnym „tu i teraz". Celem pracy terapeutycznej w regulacji emocji jest pomaganie pacjentowi w rozpoznawaniu tego, co czuje, zanim emocje zostaną „rozładowane" w znany mu, wyuczony sposób. Oddziaływania terapeutyczne pomagają pacjentowi znieść uczucia, które do tej pory regulował przez substancje bądź zachowania. Założenia kliniczne tego procesu są następujące:

- Praca nad regulacją emocji wymaga przyjęcia perspektywy Tu i Teraz – (perspektywa doświadczeniowa).
- Odbywa się w relacji JA – INNI, w tym również w kontakcie z psychoterapeutą.
- Oznacza odzyskanie kontaktu z emocjami, ich różnicowanie, zdolności do ich kontenerowania oraz wyrażania, co stanowi podstawę budowania osobistych relacji.
- Pomoc pacjentowi w uruchomieniu wobec siebie funkcji samoopieki, poprzez internalizację opieki terapeuty czy osób w grupie.
- Sprzymierzenie pacjenta z opieką nad sobą samym.
- Praca nad znalezieniem rozwiązania konfliktu pomiędzy potrzebą wyrażenia uczucia, a dotychczasowym sposobem (poza wolą i świadomością) potrzebą obrony przed nim (uwarunkowania).



PRACA Z LĘKIEM I PROJEKCJAMI

Osoby uzależnione charakteryzuje bardzo wysoki poziom lęku przy silnym zaprzeczaniu jego przeżywania. To jest powodem, że w uwadze psychoterapeuty pozostaje przede wszystkim to uczucie i jego manifestacje, zwłaszcza w pierwszej fazie terapii i w trakcie relacjonowania bieżących zdarzeń, jak również historii życia. Treść i emocje sprawiają, że odtwarzają się w tych historiach, w sposobie ich przeżywania, traumatyczne doświadczenia i lęk. Projekcje, które temu towarzyszą, niosą chwilową ulgę, jednocześnie odsuwają pacjenta od swoich pragnień, potrzeb. Terapeuta, zatrzymując te projekcje, stara się pomóc pacjentowi w doświadczaniu uczuć i pragnień związanych z konkretnymi okolicznościami. Jedną z najczęściej występujących projekcji na tym etapie terapii stanowi „projekcja woli", która jest rozpoznawana jako oczekiwanie pacjenta, aby to ktoś inny, a nie on sam decydował o przebiegu terapii, o jej warunkach, organizacji. Tę projekcję zatrzymuje pytanie wprost – „Skąd wiesz, że to Ty sam tego chcesz? Jak chcesz korzystać z terapii? Co zamierzasz zrobić?". Zamiast przyjmować tę projekcje, oddajemy je, starając się jednocześnie pomagać w rozpoznawaniu towarzyszących tej sytuacji emocji.

Im więcej pacjent rozpozna w procesie terapii, w bieżących doświadczeniach uczuć i sposobów, w jaki sobie radził z nimi – właśnie poprzez między innymi projekcje – tym bardziej będzie mógł rozpoznać i znieść swoje uczucia bez nich w swoim bieżącym życiu. To sposób pomagania, w którym pacjent sam siebie zaczyna traktować poważnie. Jak mówi Jon Frederickson „to, że pacjenci ignorują pożar, nie znaczy, że my również mamy go ignorować."[7]

TERAPIA SUPEREGO (POCZUCIA WINY, ZŁOŚCI, WSTYDU)

Ważnym elementem psychoterapii osób uzależnionych jest praca wokół zniesienia wewnętrznej presji, uścisku superego, które według klasycznej teorii Freuda jest jedną z trzech podstawowych struktur wewnątrzpsychicznych. U osób uzależnionych patologia superego przejawia się poprzez:

- byciem wobec siebie agresywnym,
- projekcją i spodziewaniem się ataku ze strony innych,
- byciem wobec innych agresywnym (Frederickson, 2014).

Wobec wcześniejszych założeń można postawić tezę, że superego stanowi kolekcję agresywnych wspomnień z dzieciństwa. Zadaniem terapeuty jest przerywanie tych procesów podczas psychoterapii, zarówno indywidualnej jak i grupowej oraz poddawanie refleksji sposobów, w jaki pacjent traktuje siebie oraz źródeł, które najczęściej wiążą się z okresem dzieciństwa. Pacjenci traktują samych siebie tak, jak byli traktowani przez swoje bliskie i ważne osoby.

Jednym z kluczowych obszarów terapii superego jest praca ze złością. Złość to jedno z podstawowych uczuć, które pojawia się w sytuacji zagrożenia przede wszystkim w sytuacji frustracji potrzeb. W sytuacji traumy dziecko doświadcza wielu uczuć, z których jednym z fundamentalnych jest stan wstydu i bezradności, co powoduje pragnienie ucieczki, wycofania, „skulenia", ale zaraz potem pojawia się złość i wściekłość na tych, którzy je zranili. Niestety, bardzo często dziecko nie ma możliwości adekwatnego wyrażenia swojej złości, z powodu obawy przed reakcją opiekuna, na przykład karą lub odrzuceniem z jego strony. W teorii psychodynamicznej nosi to nazwę lęku przed utratą obiektu. I właśnie substancja lub nałogowa czynność pomagają znieść tę zablokowaną złość.

Pacjenci, z którymi pracuję, niezależnie od tego, czy można ją rozpoznać po zachowaniach lub reakcjach ciała, często sprawiają wrażenie lub funkcjonują w taki sposób, jakby w ogóle nie mieli kontaktu z tym uczuciem. Dotyczy to również osób agresywnych, które mimo takich widocznych zachowań, mają zablokowany kontakt ze swoją złością i nie są w stanie jej włączyć do swojego doświadczenia. Dzieje się tak właśnie dlatego, że została kiedyś zatrzymana, wycofana w funkcji ochrony więzi, tyle że obecnie, w dorosłym życiu, ta blokada nadal jest aktywna i pełni swoje funkcje. Podstawową metodą tego procesu jest więc badanie obron, projekcji i lęku przed jej doświadczaniem, a następnie pomoc w jej podłączaniu, nazywaniu, a przede wszystkim pomoc w tym, by w aktualnym jej przeżywaniu „tu i teraz" wyrazić ją do konkretnej Osoby, zarówno psychoterapeuty jak i uczestnika grupy terapeutycznej. Taka praca ze złością tworzy bezpieczną przestrzeń, aby pacjent zdał sobie sprawę ze swojego interpersonalnego doświadczenia i emocjonalnego bólu, zamiast stosować manewry obronne.

Kolejnym obszarem pracy z superego jest doświadczanie przez pacjentów poczucia winy. To bardzo trudno przez nich tolerowany stan. Praca nad urealnieniem winy, oddzieleniem tej genetycznej, pierwotnej leżącej u jej podłoża, związanej z niewyrażoną złością i wstydem, od tej, która dotyczy odpowiedzialności za swoje zachowania najczęściej związane z używaniem substancji. Doświadczenie winy ma więc różne wymiary. Wiąże się zadośćuczynieniem za te zachowania, aby stała się symbolem miłości tego, co dobre i trwałe. To zróżnicowanie i budowanie świadomości pacjentów wiąże się z rozumieniem przez nich kontekstów własnych reakcji i pojawiających się uczuć.

Ważne w tej pracy jest respektowanie autonomii pacjenta, uznawanie trudu ochrony siebie, co pozwala mu zachować poczucie wpływu. Terapeuta unika instrukcji i radzenia, moralizowania; przyjmuje krytykę, wątpliwości, udziela informacji o skutkach, pozostawiając pacjentowi wolność podjęcia decyzji (Gregory, 2019)).

Trudno w tym momencie nie podjąć również zagadnienia utrzymywania kontroli używania substancji i zachowań. Terapeuta nie wchodzi w system kontroli pacjenta, nie wspiera rozszczepienia pomiędzy używaniem a jego skutkami. Sprawdza, jak pacjent radzi sobie z używaniem i oddaje tę projektowaną wolę („zrób coś z tym moim piciem, braniem"), budując świadomość tego, by coraz pełniej rozumiał, jaką funkcję w jego życiu emocjonalnym i relacyjnym oraz w procesie terapeutycznych spełnia używanie. Ważne, by uczył się monitorowania swojej decyzji w sprawie utrzymywania abstynencji.

[7] Jon Frederickson (2022) Seminarium Szkoły Psychoterapii Osób z Problem Uzależnienia.

Zmiana terapeutyczna dokonuje się również przez uznanie siebie samego jako osoby wartościowej. Dokonuje się to poprzez korekcyjne doświadczenie akceptacji ze strony terapeuty. Jedynym antidotum na emocjonalny ból doświadczania wstydu jest empatyczna reakcja drugiej osoby w okolicznościach, w których się ten wstyd ujawnia (Tangney & Dearing, 2002). O tym należy wiedzieć, pracując z osobami uzależnionymi.

Szczęściarze, którzy w dzieciństwie zaznają wystarczającej miłości i empatii, potrafią czerpać z tych uwewnętrznionych doświadczeń i odczuwać empatię wobec siebie samych. U osób, które mają mniej szczęścia, wstyd może rozrastać się bez ograniczeń (Mollan, 2020). Do tej właśnie grupy należą pacjenci uzależnieni.

Używanie substancji reguluje także i to źródło bólu. W procesie terapii pacjent broni się przed doświadczaniem wstydu poprzez jego projekcje, zaprzecza i obronnie obwinia innych oraz dokonuje eksternalizacji sprawstwa i odpowiedzialności. To prowadzi często do negatywnego przeciwprzeniesienia. Trudno wtedy o empatyczne reakcje. Pojawiająca się presja na utrzymywanie abstynencji oparta jest na schemacie przyczyna – skutek i przekonaniu, że to kontrola chroni przed doświadczaniem wstydu.

Tymczasem przeświadczenie terapeuty, że może kontrolować uzależnienie za pomocą wglądu, edukacji czy sugestii najczęściej okazuje się być terapeutyczną pułapką. Dopiero rozpoznawanie tego w trakcie superwizji zmienia perspektywę pracy. Im w przeciwprzeniesieniu terapeuty większa presja konfrontacji pacjenta z rzeczywistością, tym skuteczniejsze może być w tej sytuacji tak potrzebne empatyczne odzwierciedlenie. Pod warunkiem jednak rozpoznania dynamiki procesów zachodzących w relacji.

Praca w tym obszarze wymaga szczególnej uwagi. Badacze zajmujący się wstydem zwracają również uwagę na fakt, iż gniew może być tak szybko aktywowany przez wstyd, iż osoba przeżywająca gniew nie będzie w stanie zauważyć jego źródła w przeżywaniu wstydu. Mówi się wtedy o wystąpieniu „pominiętego wstydu" (Tangney & Dearing, 2002). Doświadczanie wstydu pociąga za sobą zwiększoną skłonność do przeżywania gniewu, w przeciwieństwie do poczucia winy. Wstyd jest powodem zerwania więzi w relacjach interpersonalnych i to właśnie wystąpienie gniewu stanowi jedną z jego głównych przyczyn. Gniew pojawiający się w trakcie przeżywania wstydu ma być wyrazem protestu przed zerwaniem więzi.

Wiele znanych mi programów terapeutycznych akcentuje pracę z poczuciem winy – celowo rzucając na nią światło poprzez wielogodzinną pracę nad destrukcją alkoholową. Należy jednak brać pod uwagę, że zdolność do przeżywania winy rozwija się między trzecim a szóstym rokiem życia i wiąże się z rozwojem lewego mózgu. Łatwiej jest pacjentowi w związku z tym kontaktować się ze swoim poczuciem winy czy złością aniżeli ze wstydem. Jeśli mamy więc do czynienia z pacjentem, którego rozregulowanie nastąpiło w pierwszych latach życia, przepracowanie poczucia winy może jedynie stać się dodatkową obroną przed wyrażaniem złości bądź wstydu, co nie pomoże pacjentowi w zwiększeniu zdolności regulacji swoich emocji. Tu można upatrywać źródła wielu niepowodzeń w programach terapeutycznych, przede wszystkim w naszych ośrodkach stacjonarnych, gdzie pacjenci wiele godzin próbują zrozumieć, jakie szkody w ich życiu wyrządził alkohol i co oni uczynili innym i sobie. Jednym ze sposobów obronnych reakcji pacjenta na wstyd jest rozszczepienie self na świadome wielkościowe i wstydliwe oraz zawstydzające wewnętrzne obiekty. Najważniejsze kliniczne implikacje związane z dynamiką wstydu uwzględniające powyższe tezy to:

- Wspieranie poczucia wartości wartości pacjenta (nawet gdy ujawniają się wielkościowe postawy).
- Unikanie walki o kontrolę.
- Utrzymywanie konfliktu wewnątrz pacjenta.

Integracja doświadczeń i towarzyszących im uczuć jest kierunkiem prowadzącym do zmiany, a odzwierciedlanie jedną z ważniejszych wspomagających ten proces technik terapeutycznych.

Wspomniany na początku tego artykułu filozof Emmanuel Levinas pozostawił nam również przesłanie, że więź nie musi być przeżywana jako kajdany, jako ciężar którego się trzeba pozbyć, lecz stanowi istotę człowieka (Levinas, 2008). To mocne oparcie dla psychoterapeutycznej pracy w najbardziej dramatycznych doświadczeniach ludzkich losów.

BOŻENA MACIEK – HAŚCIŁO

psycholożka, certyfikowaną superwizorka psychoterapii PTP, specjalistka i superwizorka psychoterapii uzależnień. Kieruje Szkołą Psychoterapii Osób z Problemem UzależnieniawLaboratorium Kieruje Przychodnią Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia w Śremie.

BIBLIOGRAFIA

1. *Brecklighaus M. (2019) Psychodynamiczny model leczenia uzależnień w NiemczechTerapia Uzależnienia i Współuzależnienia nr 3/2009*
2. *Bowlby J. (2007). Przywiązanie. Przeł. M Polaszewska-Nicke. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa.*
3. *Cierpiałkowska L. Chodkiewicz J. (2020). Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa.*
4. *DeYoung P.A. (2019) Terapia chronicznego wstydu. Perspektywa relacyjna i neurobiologiczna. Wydawnictwo UJ. Kraków.*
5. *Dana D., (2021) Teoria poliwagalna w praktyce. Wydawnictwo UJ. Kraków.*
6. *Fischer Janina (2019) Terapia osób, które przetrwały traumy złożone Wydawnictwo U J. Kraków.*
7. *Gregory R.J. (2019) Dynamic deconstructive psychotherapy for substance uses disorders co-occurring with personality disorders. In: David Kealy, John S. Ogrodniczuk (Editors). Contemporary Psychodynamic Psychotherapy. Academic Press.*

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

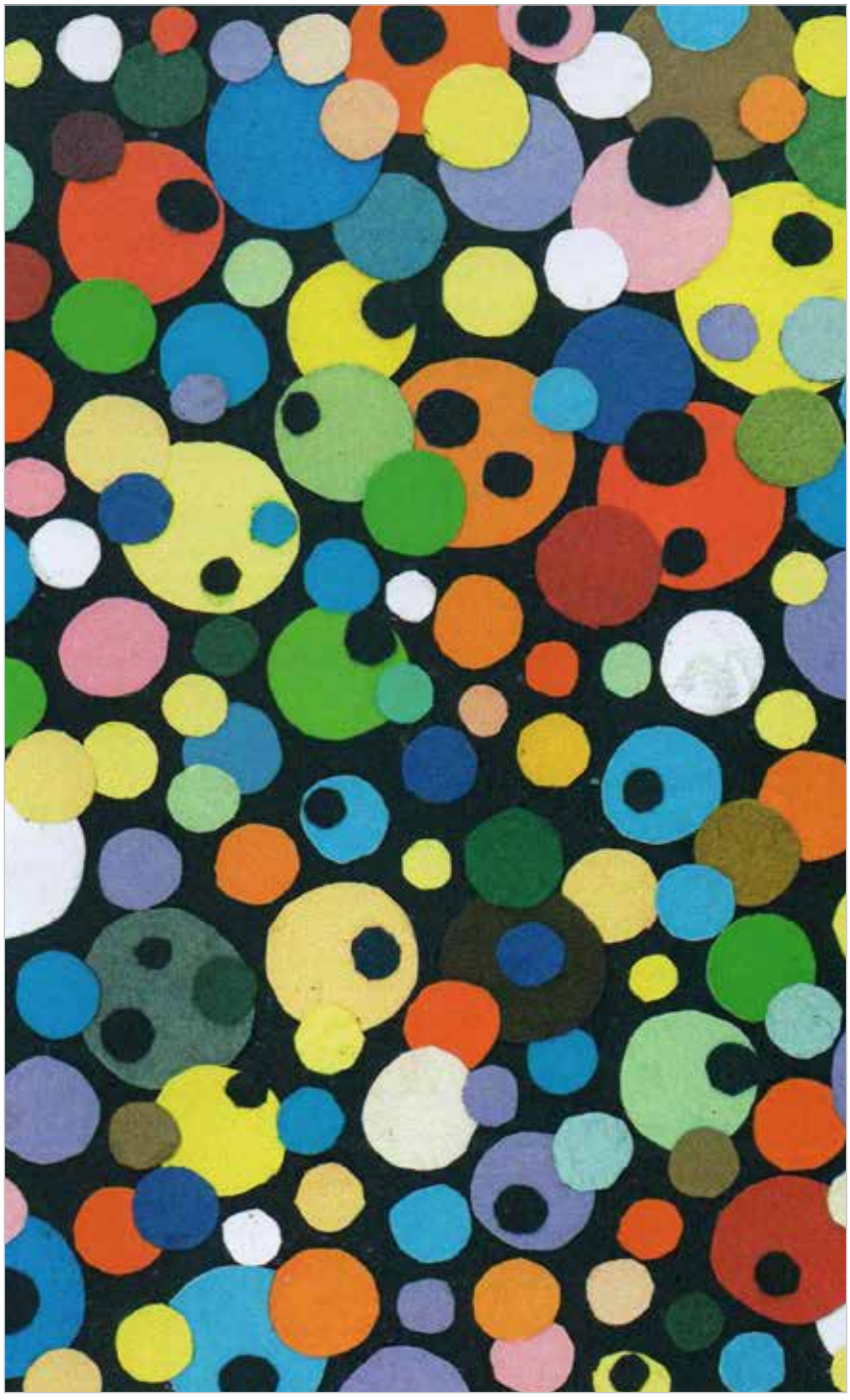
Jędrzej Kosewski

Interwencje poznawczo-behawioralne zapewniają wgląd, zmianę perspektywy, narzędzia do dialogu wewnętrznego, jak również bardzo pomocne umiejętności regulacji emocji

TERAPIA SCHEMATU W PRACY Z OSOBAMI Z SYNDROMEM DDA

Terapia schematu (*ST, schema therapy*) jest wersją terapii poznawczo-behawioralnej, stworzoną do pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości (Young, 1999; Young i in., 2013). Literatura dotycząca uzależnień, podobnie jak obserwacje kliniczne, wskazują, że skutki dorastania w rodzinach alkoholowych przekładają się na długotrwałe, charakterologiczne problemy (Melody, 2022; Woititz, 2002). Z tej perspektywy wydaje się, że zastosowanie ST wobec tej populacji pacjentów może przynieść istotne korzyści. Wskazują na to badania, pokazujące skuteczność terapii schematów wobec osobowości borderline i pacjentów z klastra C (Bamalis, 2014; Giesen-Blo, 2006; Nadort, 2009) – obie grupy pacjentów nierzadko pokrywają się z populacją osób dotkniętych syndromem DDA i współuzależnienia.

W artykule spróbuję przedstawić konceptualizację współuzależnienia i doświadczenia dorosłych dzieci alkoholików w kategoriach schematów oraz procedury terapeutyczne, które mogą być pomocne w trakcie leczenia. Aby uczynić ten przekaz bardziej przejrzystym, posłużę się opisem przypadku.



KONCEPTUALIZACJA: HISTORIA PACJENTKI I JEJ SCHEMATY

Maria, trzydziestoletnia pacjentka, przyszła na terapię w związku ze stanami lękowymi, depresyjnymi i poważnymi problemami relacyjnymi. W trakcie wywiadu okazało się, że jednym z kluczowych doświadczeń, kształtujących jej osobowość, był alkoholizm ojca. Objawiało się to w jego

krytycyzmie, zastraszaniu, niestabilności emocjonalnej oraz emocjonalnej niedostępności. Matka pacjentki z kolei zamartwiała się często, także zachowaniami męża, delegowała na Marię opiekowanie się ojcem, ale była też krytyczna wobec niej (np. w kwestii wyglądu) i niekiedy stosowała wobec niej przemoc fizyczną.

Ponieważ pacjentka była jednocześnie wyjątkowo wrażliwym, empatycznym jak i żywiołowym dzieckiem, przeżycia te odcisnęły na niej wyjątkowe piętno. Przede wszystkim, z perspektywy ST rozwinęła ona kilka wczesnych nieadaptacyjnych schematów (Young i in., 2003): emocjonalnej deprywacji („jestem nieważna"), porzucenia („ludzie mnie zostawiają"), nieufności/nadużycia („ludziom nie można ufać, ponieważ krzywdzą"), defektu („jestem nie do zaakceptowania") i samopoświęcenia („muszę ratować innych za wszelką cenę"). Według Younga, schemat to życiowy wzór, składający się z przekonań, emocji, wspomnień i reakcji fizjologicznych – jest on swego rodzaju emocjonalną raną związaną z niezaspokojonymi emocjonalnymi potrzebami, a jednocześnie poznawczym filtrem, który nadaje znaczenie ważnym aspektom doświadczenia (np. relacjom z ludźmi) (Young i in., 2013).

W przypadku Marii powyższe schematy rozwinęły się, ponieważ jej potrzeby bezpieczeństwa, stabilnego przywiązania, zrozumienia oraz troski, akceptacji i docenienia, a także swobody wyrażania uczuć i potrzeb były znacząco niezaspokojone w dzieciństwie, zaś procesy związane z uzależnieniem jej ojca walnie się do tego przyczyniły.

KONCEPTUALIZACJA: JEJ STRATEGIE RADZENIA SOBIE I WZORCE RELACJI

Doświadczając znacznego emocjonalnego bólu, już od wczesnych lat, który później przejawiał się w objawach lęku i depresji, Maria musiała znaleźć jakiś sposób, żeby przetrwać. Terapia schematu podpowiada nam, że pacjenci rozwijają wówczas dysfunkcjonalne strategie radzenia sobie (Young i in., 2003), aby złagodzić ból związany z istnieniem schematów. W przypadku tej pacjentki wybór padł na dwa: unikanie i poddanie się schematom.

Stosując ten pierwszy, wchodziła w stany dysocjacyjne, wycofywała się z aktywności i kontaktów z ludźmi, a także nadużywała alkoholu lub kompulsywnie uprawiała seks z przypadkowymi mężczyznami – wszystko po to, by zminimalizować aktywację schematów lub zagłuszyć ją intensywnymi doznaniami (np. kompulsywne aktywności seksualne). Strategia ta na dłuższą metę przykładała się do umacniania poczucia nadużycia przez mężczyzn, wzmacniała poczucie nieważności i porzucenia, a także dowodziła rzekomej gorszości pacjentki. Jednocześnie obejmowała ona ryzykowne zachowania, które także i ją wciągały w krąg uzależnienia (pacjentka spełniała kryteria umiarkowanego nadużywania alkoholu i kompulsywnych zachowań seksualnych – por. DSM 5, 2013; Sbraga T, O'Donohue, 2008).

W przypadku drugiej strategii, Maria prezentowała stereotypowe zachowania osoby współuzależnionej lub DDA: więcej dawała niż brała w relacjach, nigdy nie mówiła o swoich potrzebach i uczuciach, szukała dominujących mężczyzn i była wobec nich uległa, nierzadko też jej partnerzy to osoby uzależnione (np. od seksu, alkoholu) i niestabilne, scedowali na nią odpowiedzialność i oczekiwali od Marii różnych przejawów nieadekwatnej „troski" (np. utrzymywanie ich, wyciąganie z kryzysów emocjonalnych, ukrywanie ich uzależnienia, wyręczanie w codziennym życiu) (Melody, 2022; Woititz, 2002). We wzorzec ten wpisywały się również – wspomniane wcześniej – krucha samoocena, paniczny lęk przed porzuceniem oraz nieufność wobec ludzi i obawa przed skrzywdzeniem (Woititz, 2002).

Na skutek tego jej życie oscylowało między biegunem bardzo silnego emocjonalnego cierpienia (uaktywnione schematy, np. przez rozstanie), próby zagłuszenia go (np. intensywne imprezy) aż po pełne samopoświęcenia i uległości wejście w kolejną relację.

W tym kontekście warto wspomnieć o miłosnej chemii związanej ze schematami (*schema chemistry*) (Young i in., 2013). To zjawisko związane ze strategią poddania się schematom i opisuje proces znany również z literatury na temat DDA i współuzależnienia (Melody, 2022; Woititz, 2002) – emocjonalne i seksualne zainteresowanie budzą w nas osoby, które pasują do schematów (emocjonalnych ran) ukształtowanych w dzieciństwie. Biorąc pod uwagę przeżycia Marii, ponieważ miała schematy defektu, porzucenia, emocjonalnej deprywacji, nieufności i samopoświęcenia, ciągnęło ją bardzo intensywnie do mężczyzn, którzy się w nie wpasowywali, a więc odpowiednio: krytycznych, niestabilnych, niedostępnych emocjonalnie, nadużywających i wymuszających troskę o nich. Intensywność tych reakcji, a przez to lękowe i zdezorganizowane przywiązanie w miłosnych relacjach, było też jedną z największych przeszkód w trakcie terapii (Wallin, 2011).

PIERWSZA FAZA TERAPII: STABILIZACJA I ŁAGODZENIE OBJAWÓW

Gdy udało się zebrać wywiad, omówić wyniki kwestionariuszy (YSQ i YPI, por. Young i in., 2003), przedyskutować z pacjentką powyższą konceptualizację, a także jej cele (m.in. polepszenie samooceny, zbudowanie stabilnego związku) i przebieg terapii, po około dziesięciu sesjach rozpoczęła się zasadnicza część leczenia. Ponieważ Maria wykazywała znaczną motywację do pracy na sesji, przejście to nastąpiło bez większych problemów, jednak dla niektórych pacjentów bardzo istotnym elementem, przed rozpoczęciem właściwego leczenia, może być dialog motywujący (Miller, Rollnick, 2014). Na tym etapie skoncentrowano się najpierw na zapewnieniu pacjentce emocjonalnego bezpieczeństwa i stabilności. W tym celu zastosowano szereg procedur związanych z regulacją emocji (Bourne, 2011; Najvatis, 2010). Na sesji formułowano plany bezpieczeństwa (zwłaszcza dotyczące relacji), planowano zdrowe aktywności ze szczególnym naciskiem na zadbanie o siebie, omawiano i ćwiczono ugruntowanie i uważność, a w ramach zadań domowych Maria starała się wcielać to w swoje codzienne życie. Pomocne były też ściągawki, w których notowano wnioski płynące z poznawcze-

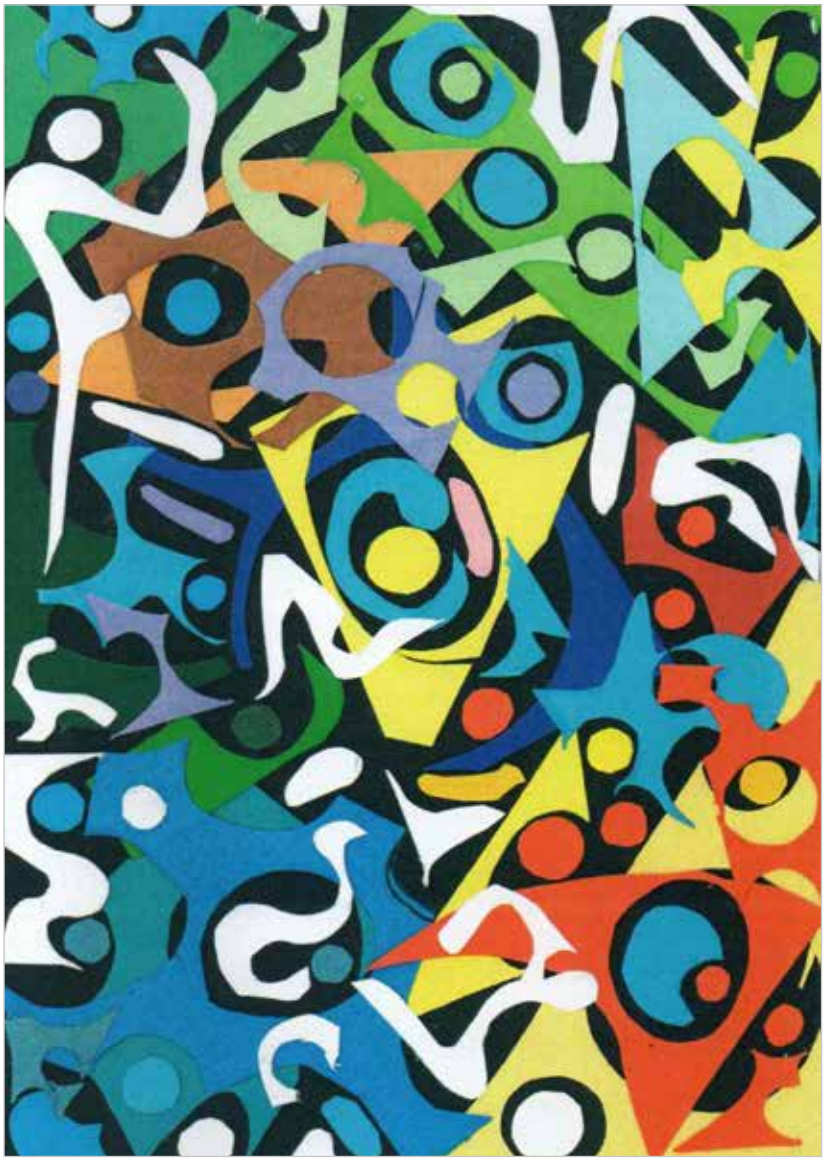
go weryfikowania jej schematów (np. argumenty przeczące schematowi defektu, podkreślające jej dobre cechy i umiejętności) (Beck, 2005, 2020; Beck i in., 2016; Najvatis, 2010). Maria prezentowała przy tym typowe objawy lęku uogólnionego i w odniesieniu do niego zastosowano protokół poznawczo-behawioralny, nakierowany na leczenie tego problemu (Bennet-Levy i in. 2004; Wells, 2010). W jego ramach pacjentka weryfikowała swoje przekonania na temat martwienia się, przeprowadziła szereg eksperymentów behawioralnych, uczyła się dekatastrofizacji, szukania rozwiązań, a także sposobów na zmniejszenie emocjonalnego napięcia (Bennet-Levy, 2004; Kabat-Zinn, 2014; Wells, 2010). Towarzyszyło temu zapewnienie pacjentce kluczowych elementów relacji terapeutycznej: akceptacji, zrozumienia i stabilności, które także łagodziły nieco jej cierpienie i tworzyły bazę do dalszej pracy (Miller, Rollnick, 2014; Young i in., 2013). Na skutek tego typu oddziaływań w ciągu kilku miesięcy Maria zredukowała swoje najbardziej szkodliwe zachowania (np. znaczące ograniczenie alkoholu, wyraźniejsze granice w seksie) i zmniejszyły się jej objawy lękowe i depresyjne, jednak tendencja do tworzenia dysfunkcjonalnych relacji, powielających wzorce wyniesione z dzieciństwa, niewiele się zmieniła.

DRUGI ETAP TERAPII: ZMIANA EMOCJONALNEJ TREŚCI SCHEMATÓW I TRYBÓW

Kolejny etap terapii koncentrował się na głębokim, emocjonalnym przetworzeniu schematów, które raz po raz sprowadzały pacjentkę do tego samego, typowego dla DDA i współuzależnienia typu związku. Zakładano, że zmiana behawioralna nie będzie mogła mieć miejsca, zanim poznawcze i emocjonalne komponenty problemu nie ulegną zmianie (Young i in., 2013). Główną interwencją stały się więc ćwiczenia doświadczeniowe, polegające na różnych formach wyobrażeń i psychodramy (Arntz, Genderen, 2009; Pugh, 2019; Young i in., 2013).

Aby dobrze zrozumieć ich przebieg, należy przywołać jeszcze jedno pojęcie, którym jest tryb schematu (Arntz, Jacob, 2016). Oznacza on stan umysłu pacjenta w danej chwili – terapia schematu opisuje zaś kilka istotnych klinicznie rodzajów trybów (Arntz, Jacob, 2016). Najważniejszym z nich jest tryb skrzywdzonego dziecka – stan mentalny, w którym pacjent dojmująco doświadcza bólu (np. smutku), związanego się z niezaspokojeniem emocjonalnych potrzeb i poczuciem bezsilności („nic nie mogę zrobić, aby to zmienić"). Wspomniane ćwiczenia doświadczeniowe mają intensyfikować ten stan – czego wielu pacjentów może unikać – po to, by bardziej bezpośrednio (jak chirurg bezpośrednio operujący chory narząd) wpłynąć na treść schematów.

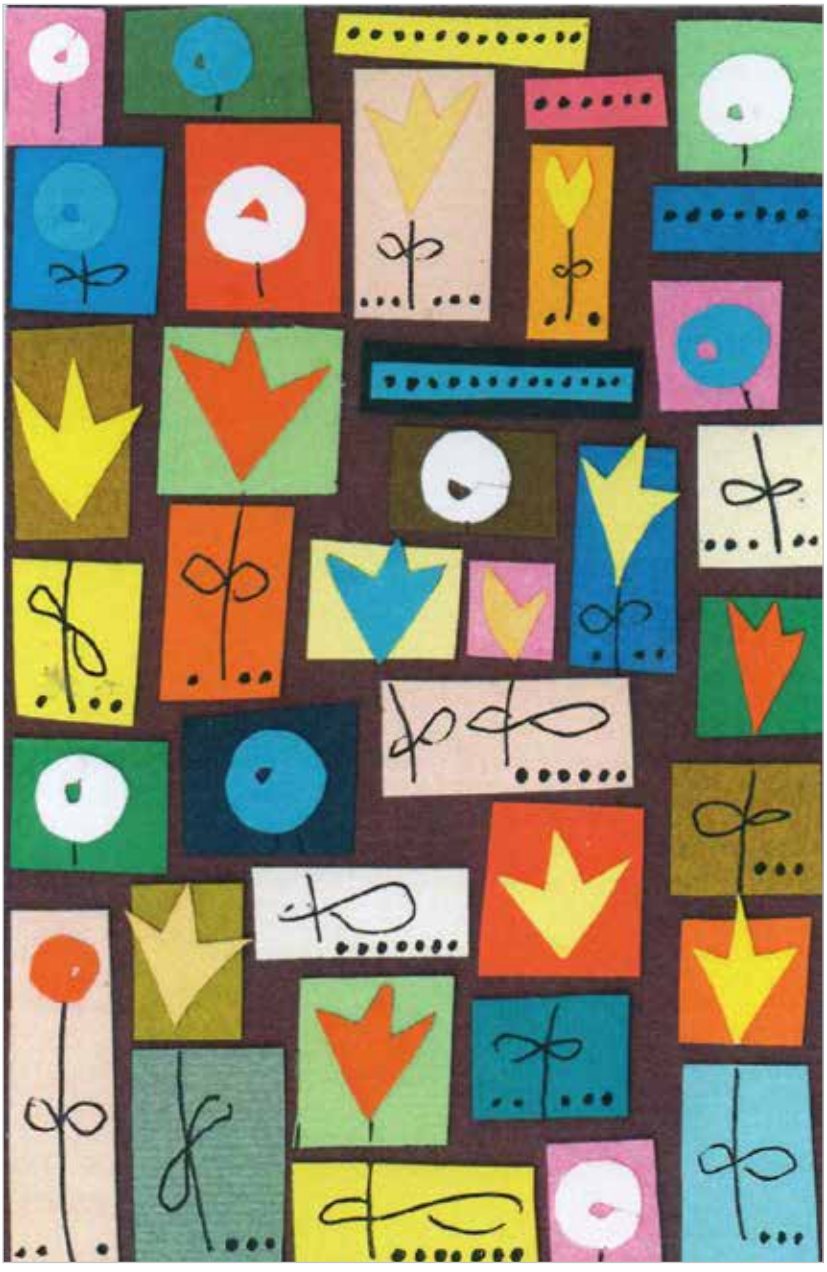
Najczęściej stosowaną metodą była w przypadku Marii zmiana scenariusza w wyobrażeniu (Arntz, Jacob, 2016; Beck, 2005a,2005b; Bennet-Levy i in., 2011; Young i in., 2013). Technika ta polega na przywołaniu wspomnienia bolesnej sytuacji z przeszłości (np. presja ze strony matki, żeby pacjentka wyszła z domu i szukała pijanego ojca), wyobrażeniu sobie jej z perspektywy dziecka, a następnie wprowadzeniu opiekuńczej postaci (na początku to często terapeuta, potem pacjent jako dorosły) i zmianie scenariusza tego, co dzieje się w wyobrażeniu, w taką stronę, by potrzeby pacjentki zostały bardziej zaspokojone. W tym konkretnym wypadku, terapeuta stanowczo przeciwstawił się matce, zapewnił Marię, że to nie jej rola, aby dbać przesadnie o innych, że jej potrzeby są ważne, że chce się chronić i że nie musi szukać ojca. Dodatkowo pacjentka wyobraziła sobie, że jej ojciec trafia na leczenie uzależnienia, a ona sama została „adopto-



wana" przez dorosłą wersję pacjentki i przeprowadza się do niej. Efektem tego była ogromna ulga oraz większa wiara – na płaszczyźnie emocjonalnej – w konstruktywne schematy („jestem ważna i mam prawo dbać o swoje potrzeby i je wyrażać").

Aby na trwałe mogło zmienić się jednak zachowanie Marii w relacjach, potrzebne było ponad czterdzieści takich ćwiczeń, rozłożonych na wiele miesięcy leczenia. Ważne było jednak to, że każde ćwiczenie doświadczeniowe kończyło się nie tylko wydobyciem konstruktywnych wniosków, lecz również sformułowaniem planu działania lub eksperymentów behawioralnych, które poza sesją, na płaszczyźnie codziennego życia, utrwaliłyby uzyskane zmiany (Beck, 2020; Bennet-Levy i in., 2004).

Oprócz tego typu interwencji, stopniowo wprowadzano również dialogi między trybami, czyli różnymi stanami umysłu pacjentki, które można także rozumieć jako części jej osobowości (Arntz, Genderen, 2009; Arntz, Jacob, 2016; Farrel, Shaw, 2016; Young i in., 2013). Przybierało to najczęściej formę psychodramy (Pugh, 2019). W jej ramach Maria ćwiczyła przede wszystkim – początkowo ze znaczącym wsparciem terapeuty – przeciwstawianie się jej wewnętrznemu krytykowi (Arntz, Jacob, 2016; Farrell, Shaw, 2016). Równocześnie pacjentka negocjowała również ze swoimi strategiami unikania i uległości, aby zostawiły jej więcej przestrzeni na działania w różnych obszarach, asertywność w relacjach i zdrowsze zadbanie o siebie (Pugh, 2019; Farell, Shaw, 2016). We wszystkich tych interwencjach istotne było także wzmacnianie trybu zdrowego dorosłego, czyli stanu umysłu, w którym Maria była w stanie regulować swoje emocje, okazywać sobie troskę i współczucie, a także wyrażać siebie i dbać o granice (Young i in., 2013). Pomocna była w tym wcześniejsza praca poznawcza wydobywająca jej mocne strony (np. refleksyjność, empatia, konsekwencja) oraz aspiracje i wartości (np. związek, rodzina, bezpieczeństwo, szacunek do siebie) (Beck, 2020; Miller, Rollnick, 2014; Pugh, 2019). Uzyskane w ten sposób informacje wykorzystywano w trakcie odgrywania ról, skłaniając pacjentkę, by z pozycji stojącej (np. w odniesieniu do krzesła reprezentującego jej wewnętrznego krytyka) wypowiadała stwierdzenia związane z docenieniem i akceptacją („jestem dobrą, wartościową osobą"), jak i deklaracje dotyczące kierunku w życiu (np. „chcę życia, w którym mam dobre relacje z ludźmi, którzy szanują moje potrzeby") (Pugh, 2019).



TRZECI ETAP TERAPII: PRACA NAD TRAUMĄ RELACYJNĄ

Ostatnim aspektem tego etapu terapii było przepracowanie traumy seksualnej (ujawnionej dopiero po pierwszym roku terapii), której doświadczyła jako nastolatka ze strony bliskiej osoby. Wykorzystano do tego zmianę scenariusza w wyobrażeniu, jednak zmodyfikowaną na potrzeby zajmowania się traumą (Young i in., 2013). Przede wszystkim, Maria wyobrażała sobie, że interwencja następuje, zanim dochodzi do nadużycia – terapeuta, pacjentka jako osoba dorosła i policja pojawiali się w tym wyobrażeniu, nim doszło do najgorszego; osoba krzywdząca była zabierana do więzienia, a Maria jako nastolatka doświadczała troski i opieki ze strony swojej dorosłej części i terapeuty.

Podejście to wynikało z faktu, że zmiana scenariusza w wyobrażeniu działa na innej zasadzie niż przedłużona ekspozycja (Foa i in., 2013; Young i in., 2013). Jej celem jest modyfikacja

znaczenia danej sytuacji przez wyobrażenie sobie znaczącego, przekonującego dla pacjentki i związanego z zaspokojeniem potrzeb przebiegu sytuacji z dzieciństwa (Arntz, Jacob, 2016). Kluczowym elementem tego procesu jest doświadczenie bezpiecznej więzi (np. ochrona ze strony terapeuty i dorosłego Ja pacjentki), a przez to stopniowe jej uwewnętrznienie, które prowadzi do modyfikacji znaczeń i emocji związanych ze schematem (w tym przypadku wynikających z traumy) (Arntz, Genderen, 2009; Bennet-Levy i in., 2011; Wallin, 2011). Badania zaś pokazują, że interwencja ta – także w odniesieniu do skutków zdarzeń traumatycznych – działa przynajmniej równie efektywnie co przedłużona ekspozycja (Langkass, 2017).

Ponieważ tego typu praca wiąże się z dużym obciążeniem emocjonalnym dla pacjenta (Najvatis, 2010), przed ćwiczeniem poczyniono też szereg przygotowań dotyczących czasu trwania i częstotliwości sesji (dwugodzinne sesje odbywały się dwa razy w tygodniu), sformułowania dodatkowych zabezpieczeń związanych z samym wyobrażeniem (np. co zostanie zrobione, jeśli emocje będą przytłaczające) oraz planu bezpieczeństwa na czas po sesji (Young i in., 2013). Wyobrażenie to zostało powtórzone trzy razy z drobnymi modyfikacjami, a Maria relacjonowała znaczną ulgę i zmianę perspektywy („to było złe i nie ma nic wspólnego z moją wartością ani z tym, na co zasługuję"). W efekcie, trwający przez drugi i trzeci rok terapii etap, który był skupiony na doświadczeniowej modyfikacji jej schematów, doprowadził do wyjścia z autodestrukcyjnych związków, znacznie lepszej samooceny, zgody na bycie poza relacją i wyraźnej wiary w sens asertywnych zachowań. Pacjentka nie czuła się już ani bezwartościowa, ani zmuszona do obsesyjnego poszukiwania związków i pozostawania w nich, nawet jeśli jej szkodziły.

CZWARTY ETAP TERAPII: WZMACNIANIE AUTONOMII, SAMODZIELNOŚCI I BUDOWANIE DOBRYCH RELACJI

Ostatnią część terapii poświęcono znalezieniu i zbudowaniu – na bazie wcześniejszej pracy – dobrej relacji romantycznej. Wsparcie w tym procesie stanowiło umacnianie zdrowego myślenia o sobie oraz funkcjonalnych przekonań na temat związków (Beck, 2020; Bennet-Levy, 2004; Bourne, 2011). Maria była więc zachęcana do intensywnej pracy poznawczej – na sesji i poza nią – aby konstruować nowe, przystosowawcze schematy (Beck, 2020; Farell, Shaw, 2016). Skupiano się również na interpersonalnych eksperymentach behawioralnych (np. dotyczących bliskości, współpracy, asertywności) (Bennet-Levy i in., 2004), wyciąganiu z nich wniosków i wzmacnianiu potrzebnych umiejętności, akcentując rolę jej aspiracji i wartości jako centralnego punktu odniesienia (Beck, 2020). Ważną rolę odegrało również bardzo rozbudowane i pogłębione docenianie pacjentki za czynione postępy. Ostatecznie, Maria znalazła odpowiadającą jej relację, w większości aspektów niespełniającą kryteriów współuzależnienia, i była gotowa na stopniowe rozrzedzanie sesji zmierzające do zakończenia terapii.

PODSUMOWANIE: ZALETY ST W PRACY Z DDA I WSPÓŁUZALEŻNIENIEM

Podsumowując, wydaje się, że terapia schematu ma wystarczające narzędzia, by na poziomie konceptualizacji dobrze opisać kluczowe elementy syndromu DDA i współuzależnienia (m.in. schematy defektu, porzucenia, samopoświęcenia, strategii uległości), zarówno w perspektywie rozwoju zaburzenia, jak i jego bieżącego utrzymywania się (Arntz, Genderen, 2009; Beck i in., 2016; Young i in., 2013). Pozwalają one uchwycić i właściwie zrozumieć niską samoocenę, niestabilne, niesatysfakcjonujące relacje oraz problemy z granicami typowe dla tej grupy pacjentów (Melody, 2022; Woitiz, 2002). Terapia schematu oferuje jednocześnie mieszankę technik, które mogą pomóc w przezwyciężeniu tych problemów. Interwencje poznawczo-behawioralne zapewniają wgląd, zmianę perspektywy, narzędzia do dialogu wewnętrznego, jak również bardzo pomocne umiejętności regulacji emocji i strukturę konieczną do wprowadzania znaczących zmian w życie (plany działania i eksperymenty behawioralne). Techniki doświadczeniowe i relacyjne interwencje dają z kolei szansę na głębokie, emocjonalne przetworzenie treści schematów, uwalniające wewnętrznie z zaklętego kręgu i dające szansę, by na bazie poznawczo-behawioralnej struktury i ze świadomością własnych potrzeb oraz aspiracji i wartości móc budować lepsze życie.

JĘDRZEJ KOSEWSKI

certyfikowany terapeuta poznawczo-behawioralny oraz certyfikowanym superwizorem terapii schematu. Prowadzi terapię indywidualną młodzieży oraz osób dorosłych oraz szkolenia dla profesjonalistów z zakresu CBT i terapii schematu.

BIBLIOGRAFIA

1. *Arntz, A., van Genderen, H. (2009). Schema Therapy for Borderline Personality Disorders. Wiley-Blackwell.*
2. *Arntz A., Jacob G. (2016), Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów. Gdańsk: GWP.*
3. *Bamalis L. i in. (2014) Results of a Multicenter Randomized Controlled Trialof the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. Am J Psychiatry 2014; 171:305–322.*
4. *Beck A.T., Freeman A. i in. (2016). Poznawcza terapia zaburzeń osobowości. Poznawcza terapia zaburzeń osobowości. Wydanie drugie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.*
5. *Beck J. (2005a) Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Kraków: WUJ.*
6. *Beck J. (2005b) Cognitive therapy for challenging problems. What to do when the basics don't work. New York: Guilford Press.*
7. *Beck J. (2020) Cognitive therapy. Basics and beyond. 3 edition. New York: Guilford Press.*
8. *Bennett-Levy J. i in. (2004) Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych w terapii poznawczej. Gdynia: Alliance Press.*

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

TERAPIA
OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH BLISKICH

Michał Jasiński

Neuronaukowe odkrycie rekonsolidacji pamięci dało psychoterapeutom wiedzę na temat tego, jak regularnie doprowadzać do głębokich, transformacyjnych zmian i trwałego ustąpienia objawów prezentowanych przez naszych klientów. Proces rekonsolidacji pamięci został opisany na przykładzie studium przypadku klientki z traumą relacyjną

REKONSOLIDACJA PAMIĘCI I ZMIANA TRANSFORMACYJNA W PSYCHOTERAPII

Jako gospodarze gabinetów terapeutycznych wiemy nie od dziś, że aby doszło do głębokiej zmiany i ustąpienia objawów zgłaszanych przez naszych gości, proces terapii musi być bardzo specyficznym doświadczeniem – korekcyjnym doświadczeniem emocjonalnym, zgodnie z wiekową sugestią Alexandra i Frencha (1946). Przez wiele lat nie wiedzieliśmy, co oznacza owa korekcyjność i jak możemy ją indukować – nie wiedzieliśmy, co musi się stać, by do takiego doświadczenia doszło (Bridges, 2006; Castonguay i Hill, 2017). W sukurs przyszli nam neuronaukowcy, którzy dzięki przełomowemu odkryciu rekonsolidacji pamięci dokładnie opisali kroki prowadzące do trwałej zmiany schematów emocjonalnych stojących za objawami naszych klientów (Agren, 2014; Ecker i in., 2017; Elsey i in., 2018).

Rekonsolidacja pamięci jest naturalnym mechanizmem mózgu pozwalającym, aby aktualne doświadczenie gruntownie zmieniło to, co zostało wyuczone w przeszłości i zostało zapisane w pamięci (por. Ecker, 2018; Ecker i Vaz, 2022). Opisano ją po raz pierwszy dzięki badaniom z lat 1997-2000 (Nader i in., 2000; wczesne badania na tym polu reasumują Riccio i in., 2006). W kolejnych latach neuronaukowcy sprecyzowali kroki procesu rekonsolidacji i udowodnili możliwość trwałej zmiany skonsolidowanych wcześniej śladów pamięciowych, zwanych też engramami (Becker i Kindt, 2017; Clem i Schiller, 2016; Nader, 2015). Dzięki przełożeniu wyników badań neuronaukowych na język psychoterapii wiemy, że to właśnie rekonsolidacja pamięci jest procesem neuroplastyczności odpowiadającym za zmianę transformacyjną. Zmiana ta charakteryzuje się trzema wyznacznikami:

1. Objawy cierpienia psychicznego, wynikające z konkretnych konstrukcji emocjonalnych, ustępują na stałe (np. osoba cierpiąca dotychczas na agorafobię nie odczuwa już lęku i paniki w zatłoczonym centrum handlowym).
2. Konstrukcje te nie są reaktywowane w obecności sygnałów, które aktywowały je w przeszłości.
3. Utrzymanie tego stanu nie wymaga wysiłku w postaci stosowania działań profilaktycznych czy przeciwdziałających (takie działania prowadziłyby jedynie do zmiany stopniowej, niestabilnej i obarczonej ryzykiem nawrotów problematycznych symptomów i stanów).

Podsumowując, zaobserwowanie tych trzech wyznaczników potwierdza trwałą, transformacyjną zmianę schematu emocjonalnego poprzez rekonsolidację pamięci (Ecker i in., 2017; Ecker, 2018).

O zmianie transformacyjnej zachodzącej w procesie terapii informowali od lat przedstawiciele różnorodnych podejść terapeutycznych (m.in. Coughlin, 2016; Ecker i Hulley, 1996; Greenberg, 2010; Lipton i Fosha, 2011). Jako że podejścia te różnią się między sobą na poziomie teorii i metodyki, trudno było zdefiniować wspólny mianownik, który mógłby w sposób uniwersalny dla całej dziedziny psychoterapii wyjaśnić, w jaki sposób dochodzi do transformacji. Odkrycie rekonsolidacji pamięci oraz zapoczątkowana przez Bruce'a Eckera i współpracowników praca nad przełożeniem go na grunt psychoterapii (Ecker, 2006; Ecker i in., 2017) dostarczyły nam transteoretycznej (niezależnej od szkoły terapeutycznej) i potencjalnie integrującej różne podejścia wiedzy na temat tego, jak regularnie doprowadzać do zmian transformacyjnych. Podsumowując, wiemy nareszcie, jakiego „zestawu" doświadczeń wymaga nasz mózg po

to, by doszło do prawdziwie korekcyjnego doświadczenia terapeutycznego.

REKONSOLIDOWAĆ PAMIĘĆ, CZYLI CO?

Co zmieniamy w psychoterapii przy pomocy rekonsolidacji pamięci? Zazwyczaj to niejawna wiedza emocjonalna (z ang. emotional learning[1]; Ecker, 2018; Ecker i in., 2017), czyli konkretne, zapisane w pamięci semantycznej, schematy będące adaptacyjnymi konstrukcjami rzeczywistości (subiektywnymi modelami funkcjonowania świata, Ja i innych), łącznie ze związanymi z nimi reakcjami emocjonalnymi czy somatycznymi. Tworzą się one głównie (choć nie tylko) w dzieciństwie w ramach interakcji w rodzinie pochodzenia czy w grupach rówieśniczych lub/i w sytuacjach zagrażających naszemu bezpieczeństwu, łącznie z tymi związanymi z traumą. Istotne doświadczenia wpływają zatem na stworzenie osobistego systemu znaczeń, zgodnie z którym funkcjonujemy na zasadzie antycypacji – nieświadomie przewidujemy, jak powinniśmy zachować się, między innymi po to by uniknąć odrzucenia i osamotnienia czy otrzymać akceptację i miłość. W ramach tego systemu objawy cierpienia psychicznego mają najczęściej głęboki sens i funkcję adaptacyjną, jakkolwiek bolesne i krzywdzące się wydają.

Co ciekawe, o takim sposobie funkcjonowania umysłu mówił już w połowie XX wieku George Kelly, twórca psychologii konstruktów osobistych i jeden z pionierów konstruktywizmu (Kelly, 1955/1991). W kolejnych dekadach jego nowatorskie tezy znalazły poparcie w obserwacjach psychologów i neuronaukowców (por. Ecker i in., 2017; Ekman i in., 2017; Toomey i Ecker, 2007).

Odkrycie schematów emocjonalnych i przeniesienie ich do świadomości umożliwia zrozumienie obronnej funkcji wynikających z nich objawów. W psychoterapii wydobycie owych konstruktów możliwe jest między innymi poprzez zastosowanie szeregu technik doświadczeniowych, proponowanych przez wiele szkół terapeutycznych (m.in. Dimaggio i in., 2020; Ecker i Hulley, 2019; Greenberg, 2010; Fosha, 2021).

Przykładem adaptacyjnej funkcji objawu może być np. uzależnienie od kokainy dające osobie zażywającej ją poczucie sprawczości i siły, które utraciła w dzieciństwie w relacji z apodyktycznym ojcem i którego nie jest w stanie odczuwać inaczej niż dzięki narkotykowi.

Alternatywną ilustracją symptomu jako adaptacji może być przypadek cierpiącej na depresję Magdaleny, która nauczyła się w dzieciństwie, że jedynie znajdując się „w dołku" staje się pełnoprawną członkinią rodziny i otrzymuje uwagę i miłość. Schemat ten będzie aktywny, dopóki nie zostanie w pełni zrekonstruowany – dopiero wtedy depresja straci ratę bytu.

PROCES REKONSOLIDACJI PAMIĘCI W PRAKTYCE

Transformacja śladów pamięciowych poprzez rekonsolidację pamięci zachodzi dzięki indukowaniu sekwencji trzech wewnętrznych doświadczeń.

Pierwsze z nich to reaktywacja schematu wymagającego obecności objawu. Krok drugi to destabilizacja (dekonsolidacja) owego schematu poprzez zestawienie go z doświadczeniem lub wiedzą zaprzeczającymi mu (to tutaj otwiera się tzw. „okno rekonsolidacji"), trzeci zaś to głębokie oduczenie i rekonstrukcja czy wręcz unieważnienie schematu poprzez kilkukrotne powtórzenie doświadczenia zestawienia (cały terapeutyczny proces rekonsolidacji, wraz z krokami poprzedzającymi fazę transformacji, przedstawiony został w Tabeli 1).

Obecność wymienionych wcześniej wyznaczników (ustąpienie objawu, brak reaktywacji schematu oraz bezwysiłkowe utrzymanie tego stanu) potwierdza zaistnienie zmiany transformacyjnej. Dochodzi do niej na poziomie neuronalnym oraz w ramach subiektywnego doświadczenia danej osoby, która wie i czuje, że ów schemat nie jest już dla niej prawdziwy. Jako że mowa tu o wewnętrznych uwarunkowaniach mózgu, neuronaukowcy i terapeuci mają pełną dowolność pod kątem wyboru procedur służących indukowaniu kolejnych kroków procesu rekonsolidacji – zmiana nie zależy od podejścia czy techniki terapeutycznej, a od spełnienia dokładnie zdefiniowanych „wymagań" mózgu. Stąd też nowatorska idea Eckera i współpracowników (Ecker i in., 2017; Ecker i Vaz, 2022) dotycząca integracji psychoterapii wokół rekonsolidacji pamięci jako uniwersalnego mechanizmu zmiany transformacyjnej.

Ecker (2018) określił sekwencję opisaną przez neuronaukowców jako *empirycznie potwierdzony proces wymazywania* (EPPW).

W ramach zilustrowania tego procesu posłużmy się przykładem czterdziestoletniej Katarzyny, która zgłosiła się do mnie na terapię w trybie online z szeregiem objawów psychicznych i somatycznych. Zastosowanym podejściem była terapia koherencji – konstruktywistyczny nurt doświadczeniowy stworzony przez Eckera i Hulley na początku lat dziewięćdziesiątych (Ecker i Hulley, 1996; 2019). Na pierwszej sesji pacjentka wśród doskwierających jej problemów wymieniła niską samoocenę, wieloletni, obniżający jakość jej życia i wpływający negatywnie na relacje z bliskimi pracoholizm, prokrastynację, poczuciu wstydu i bycia niewystarczająco dobrą, odcięcie od emocji (określone przez nią jako „zamrożenie"), zależność emocjonalną od partnera oraz poczucie dźwigania zbyt wielu spraw, również nie swoich. Na poziomie somatycznym skarżyła się zaś na przemęczenie, ciągłe napięcie i nieustępujący ból w barku.

Co oczywiste, w gabinecie terapeutycznym faza transformacji musi być poprzedzona wcześniejszym zidentyfikowaniem objawów i celów klienta (krok A terapeutycznego procesu rekonsolidacji) oraz odkryciem (wydobyciem do świadomości) i zwerbalizowaniem schematu (lub schematów), który ma zostać zrekonstruowany (krok B). Niezbędna jest też identyfikacja lub stworzenie od podstaw doświadczeń czy wiedzy zaprzeczającej lub znacznie odbiegającej od modelu rzeczywistości zawartego w danym schemacie emocjonalnym (krok C). Sama reaktywacja schematu (krok 1) oznacza doświadczeniowe zanurzenie danej osoby w świadomym przeżywaniu rzeczywistości zgodnej z odkrytą

[1] Określenie to nie jest tożsame z wiedzą emocjonalną (z ang. emotional knowledge) w znaczeniu zbliżonym do inteligencji emocjonalnej jako umiejętności rozumienia emocji oraz ich adekwatnej percepcji, oceny czy wyrażania.

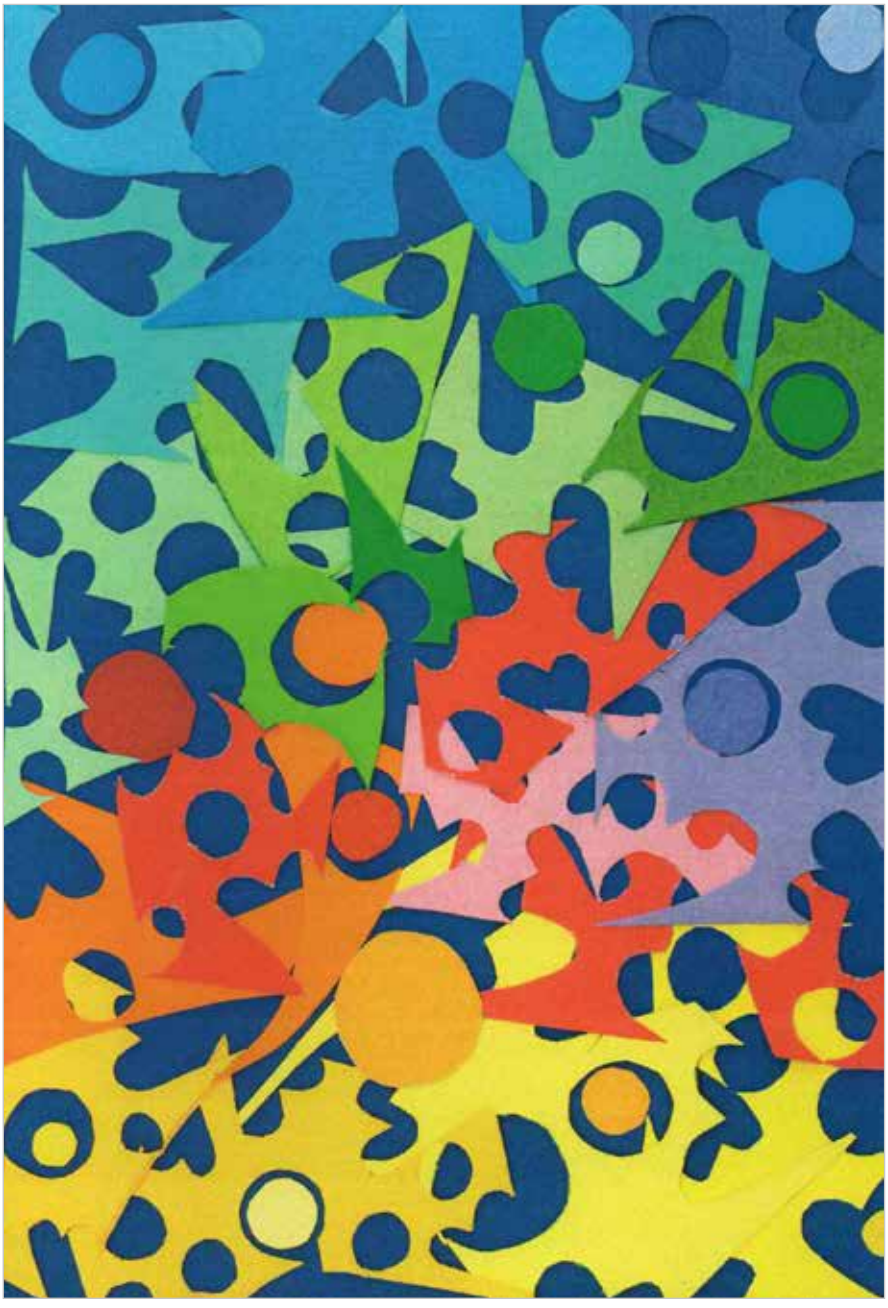
konstrukcją, łącznie z jej komponentami emocjonalnymi, poznawczymi czy somatycznymi. Klienci w tym stanie odczuwają i subiektywnie „wiedzą", że świat wygląda dokładnie tak, jak wynika to ze schematu emocjonalnego, w związku z czym są w świadomym kontakcie z faktem, że objaw jest im potrzebny zgodnie z treścią owego schematu.

W terapii tej pacjentki wcześnie zidentyfikowaliśmy fakt, że ciągłe poczucie wstydu i bycia niewystarczającą wiązało się bezpośrednio z traumą relacyjną. Wynikała ona z trudnej relacji z wymagającą i wiecznie niezadowoloną matką, która regularnie karała córkę, odcinając się od niej emocjonalnie i fizycznie, upokarzając ją lub wybuchając złością. Ojciec był zaś osobą wycofaną i niewspierającą, poddającą się woli żony. Dom rodzinny był dla Kasi miejscem nieprzewidywalnym, pełnym poczucia zagrożenia i braku wsparcia. Klientka była głęboko osamotniona. Nauczyła się nie płakać, by nie okazywać słabości wobec matki, unikać kar i, przede wszystkim, nie narażać się na utratę więzi. Schemat ten został zgeneralizowany na cały świat – latami nie płakała, odcinała się od emocji, nie prosiła o pomoc, stając się „Zosią samosią". Z czasem przełożyło się to na, związane jednocześnie z niskim poczuciem własnej wartości, uzależnienie od pracy, które doprowadziło ją do wypalenia zawodowego. W dorosłym życiu była też związana z dwoma przemocowymi partnerami, w wielu kwestiach podobnymi do matki.

Na piątej sesji odkryliśmy konstrukcję stojącą za prokrastynacją klientki. Okazało się, że nauczyła się ona, że gdy coś jest dla niej trudne, zawsze oznacza to niebezpieczeństwo. Spodziewała się, że dana sytuacja, podobnie jak bywało to w relacji z matką, z pewnością obróci się przeciwko niej i okaże się, że to ona jest „beznadziejna" i winna niepowodzeniu, co miałoby dalsze konsekwencje w postaci niechybnego odrzucenia. Dlatego odwlekanie stało się dla niej adaptacyjnym rozwiązaniem – dzięki niemu unikała owego czarnego scenariusza.

Schemat ten stanowi przejrzystą ilustrację centralnej w terapii koherencji (choć znanej w psychoterapii nie od dziś zasady spójności objawu. Mówi ona, że objaw istnieje, gdyż jest adaptacyjnie niezbędny zgodnie z co najmniej jedną, niejawną konstrukcją emocjonalną (Ecker i in., 2017).

Kluczowy dla całego procesu terapeutycznego schemat emocjonalny odkryliśmy w trakcie doświadczeniowej pracy skupionej na problemie niskiego poczucia własnej wartości. Zwerbalizowana konstrukcja brzmiała następująco: „Tylko czując i wiedząc, że jestem niewystarczająco dobra i wstydząc się moich osiągnięć mogę zachować relację z mamą i liczyć na to, że wreszcie dostanę jej akceptację. Moja dobra relacja z samą sobą oznaczać będzie utratę relacji z nią". Konstrukcja ta uwypukla reguły zachowania więzi (Ecker i in., 2017) i nadaje sens wieloletniemu trwaniu pacjentki w niskiej samoocenie, wstydzie czy braku dbałości o siebie i swoje potrzeby. W tym przypadku charakter schematu jest tożsamy z tym proponowanym przez Bowlby'ego w ramach wewnętrznych modeli roboczych (por. Frederick, 2021). Warto jednak zauważyć, że schematy te tworzone są także



poza sferą przywiązania, np. w ramach systemów motywacyjnych związanych z pozycją społeczną, sprawczością, współpracą, duchowością czy seksualnością (Dimaggio i in., 2020; Ecker i in., 2017).

Odkrycie adaptacyjnej funkcji objawów pozwala klientom na spojrzenie na nie ze zrozumieniem i empatią. Często przynosi również ulgę i odzyskanie poczucia sprawczości, jednak samo w sobie rzadko prowadzi do transformacji. Ta możliwa jest wtedy, gdy reaktywowany schemat emocjonalny zostanie zestawiony z wiedzą lub doświadczeniem zaprzeczającym mu w ramach swoistego „dysonansu doświadczeniowego" (nie jedynie poznawczego). Klienci mogą być już w posiadaniu żywej, choć nieuświadomionej, wiedzy odbiegającej od schematu (np. pod postacią wyjątków z wcześniejszego doświadczenia). Jeśli tak nie jest, musi ona zostać stworzona od podstaw, np. dzięki różnorodnym metodom pracy doświadczeniowej w gabinecie lub poza nim (w ramach zadań domowych) czy też poprzez leczącą, bezpieczną relację terapeutyczną.

W pracy z pacjentką pomocne okazały się obydwa sposoby identyfikacji sprzecznych ze schematem doświadczeń. W ciągu kilku sesji od odkrycia przedstawionego powyżej schematu znaleźliśmy zarówno istotne wyjątki z jej życia zaprzeczające mu, jak i stworzyliśmy, między innymi poprzez wyobrażeniową pracę z matką oraz częściami ja (zwłaszcza w ramach interakcji między dorosłą a wewnętrznym dzieckiem), doświadczenia mogące unieważnić pierwotną konstrukcję. Lecząca też okazała się sama relacja terapeutyczna, w której pacjentka czuła się bezpieczna, wysłuchana i akceptowana bezwarunkowo – było to więc zaprzeczenie zgenerelizowanym regułom przywiązania wyniesionym z domu. Nowy, alternatywny schemat, będący podsumowaniem pracy w kroku C, zreasumowaliśmy w następujących słowach: „Nie jestem już małą dziewczynką walczącą o akceptację mamy. Odpuszczam tę walkę. Jestem dorosła i wystarczająca dla samej siebie. Nie muszę robić wielkich rzeczy i udowadniać czegokolwiek sobie i innym, nie muszę zasługiwać".

Aby nowe doświadczenie stało się doświadczeniem korekcyjnym, musi zostać zestawione ze schematem będącym obiektem zmiany. W tym celu zanurzyłem pacjentkę ponownie w świadomym przeżywaniu pierwotnego schematu jako jak najbardziej prawdziwego modelu funkcjonowania rzeczywistości. Klientka poczuła ponownie, że musi bezwzględnie respektować reguły przywiązania wyniesione z domu. W tej rzeczywistości niska samoocena, wstyd i odcięcie od własnych potrzeb były konieczne po to, by uniknąć utraty relacji z matką (a w konsekwencji również z innymi ważnymi ludźmi w dorosłym życiu). Aktywowane emocje i reakcje somatyczne bezsprzecznie wskazywały na to, że pacjentka widzi świat przez pryzmat wyżej wymienionych konstrukcji – wymagania kroku pierwszego fazy transformacji zostały spełnione. Następnie, w kroku drugim, poprosiłem klientkę o to, by „wymazała ekran" z doświadczeniem schematu pierwotnego i zaprosiłem ją do głębokiego odczucia treści nowej, stworzonej przez nas konstrukcji, w ramach której jest dorosłą, autonomiczną kobietą, czującą się wystarczająco dobrą i odpuszczającą walkę o miłość matki. Odczuła tę nową rzeczywistość jako jak najbardziej prawdziwą, a jednocześnie stojącą w sprzeczności ze światem przedstawionym w pierwotnym schemacie. To właśnie owo doświadczenie zestawienia (neuronaukowo określane jako doświadczenie rozbieżności lub błąd w przewidywaniu; por. Ecker i in., 2017) dwóch, zaprzeczających sobie prawd prowadzi do dekonsolidacji starego śladu pamięciowego i wprowadza go w stan labilny, podatny na zmianę. Aby do niej doszło, należy, w kroku trzecim, kilkukrotnie powtórzyć to zestawienie, przenosząc klientkę ponownie od doświadczania schematu pierwotnego do zanurzenia w schemacie nowym, niewymagającym już objawów. Tak też zrobiłem w pracy z pacjentką, której mimika i język ciała bezsprzecznie wskazywały na zachodzącą właśnie zmianę. Na moje pytanie o to, co dzieje się w niej w momencie bycia w kontakcie z obydwoma prawdami, powiedziała: „Czuję dobry bezwład... odpuściło ciało... miękko... coś odpuściło, jakbym zdjęła z siebie coś niewygodnego i ciężkiego". W ten sposób wkroczyliśmy w fazę weryfikacji, w ramach której potwierdziliśmy obecność wszystkich trzech wskaźników zmiany transformacyjnej. Zarówno powrót do wyobrażeniowej pracy z matką, jak i samo życie potwierdziły w kolejnych tygodniach głęboką zmianę schematu emocjonalnego i, co za tym idzie, postawę pacjentki wobec matki, innych i siebie samej. Klientka uwolniła się od traumy relacyjnej. Objawy cierpienia psychicznego i fizycznego zniknęły (ból barku ustąpił niemal z dnia na dzień!), pojawiły się „lekkość, luz i wolność" oraz „ulga w środku". Po transformacji dwóch innych odkrytych schematów (związanych ze związkami z mężczyznami oraz jej relacją z pieniędzmi) zakończyliśmy terapię, która zamknęła się w trzydziestu spotkaniach. W pisemnej korespondencji kilka miesięcy później pacjentka potwierdziła utrzymanie się wszystkich zmian.

WIZJA UNIWERSALNEGO MECHANIZMU ZMIANY TERAPEUTYCZNEJ

Jak widzimy, neuronaukowcy przekazali nam przepis na terapeutyczny sukces – wiemy dokładnie, jak rekonstruować schematy emocjonalne i trwale usuwać objawy wynikające z nich. Co więcej, możemy z owego przepisu korzystać niezależnie od podejścia terapeutycznego czy preferowanych technik i strategii. Czas (i kolejne badania) pokaże, czy, zgodnie z sugestią Bruce'a Eckera, nasze środowisko będzie w stanie zjednoczyć się wokół tego uniwersalnego mechanizmu zmiany transformacyjnej i integrować przeróżne podejścia i techniki zgodnie ze wskazówkami neuronaukowców. Ich badania, a także obserwacje kliniczne terapeutów pracujących w ten sposób, pokazują, że to droga, na którą z pewnością warto wejść.

MICHAŁ JASIŃSKI

doktor psychologii, psychoterapeuta, filmoznawca, skandynawista, wykładowca Uniwersytetu SWPS w Sopocie. Prowadzi prywatną praktykę terapeutyczną w Barcelonie. Specjalizuje się w nurcie psychoterapii konstruktywistycznych. Jest certyfikowanym nauczycielem terapii koherencji oraz współpracownikiem naukowym Coherence Psychology Institute.

Barbara Czardybon

Ryzyko wtórnej traumatyzacji i wypalenia zawodowego terapeutów zdaje się być niedoceniane. Jednocześnie osoby zajmujące się kwestiami zdrowia psychicznego napotykają określone trudności w poszukiwaniu pomocy dla samych siebie. Ważne jest wskazanie, w jaki sposób mogą radzić sobie z objawami wtórnego stresu pourazowego

GRUPA BALINTA W PROFILAKTYCE WTÓRNEJ TRAUMATYZACJI

Tym, co stanowi siłę napędową pracy terapeuty, jest empatia wraz z właściwą jej energią emocjonalną. Empatia obejmuje próbę zrozumienia problemu pacjenta oraz złagodzenia cierpienia z nim związanego. Wyraża się jako troska i odpowiedź komunikacyjna ujawniająca zrozumienie punktu widzenia czy pozycji osoby cierpiącej (Ogińska-Bulik, 2019). To także umiejętność przekazywania pacjentowi informacji dotyczących jego sytuacji życiowej. Dzięki uruchomieniu afektywnych, kognitywnych i behawioralnych mechanizmów reagowania na jego przeżycia i doświadczenia możliwe staje się budowanie wzajemnego zaufania w relacji terapeutycznej. Ono zaś umożliwia uczestnictwo w świecie osoby, której się pomaga. Tym samym empatia ma bezpośrednie znaczenie terapeutyczne, stanowiąc jeden z kluczowych atrybutów terapeuty.

Wspólny motyw pracy terapeutów stanowi tworzenie warunków do zmian w życiu ich pacjentów. Pomaganie to ma różne przesłanki. Wśród terapeutów można zaobserwować szczególny rodzaj motywacji do okazywania wsparcia innym osobom. „Pomoc jest przeżyciem sensotwórczym, ponieważ życie nabiera sensu nie tylko dla wspomaganego, który w dialogu z drugą osobą odszukuje, wyznaje siebie i czuje wyraźnie swe istnienie, lecz także dla pomagającego, który dzieląc się, odczuwa pożądane przez człowieka usprawiedliwienie własnego bycia w świecie, a przyjmując wyznanie wspomaganego, sam zyskuje potwierdzenie własnego sensu istnienia" (Wilczek-Rużyczka, 2008, s. 84). Wrażliwość części osób próbujących ukoić ból i cierpienie innych nierzadko kształtowana jest przez ich własne bolesne doświadczenia życiowe. Osoby te same doświadczają wielu trudności i niepowodzeń, borykają się z podobnymi problemami, jak ich pacjenci (Sterna, 2022).

Transmisja traumy to nic innego jak przeciwprzeniesienie zgodne. Identyfikując się z osobą cierpiącą, terapeuta zaczyna spoglądać na świat z jej perspektywy, w pewnym sensie „bierze na siebie" jej problemy. Nie wpływa to jednak dobrze na dalszą pracę terapeutyczną. Samopoczucie terapeuty nie może być uwarunkowane tym, co przeżywa pacjent. Wypada pamiętać, że „relacja empatyczna nie oznacza utożsamiania się z drugim człowiekiem, zwłaszcza wtedy, gdy świat jego przeżyć okazuje się z jakiegoś powodu niepokojący, pogmatwany, zaburzony, pełen bólu, chaosu, poczucia bezradności, beznadziejności" (Wilczek-Rużyczka, 2008, s. 87). Terapeuta powinien zdawać sobie sprawę z niebezpieczeństwa nieświadomej identyfikacji.

W profesje związane z niesieniem pomocy innym wpisane są trudności ujawniające się na różnych poziomach relacji, stanowiących związki dynamiczne. W kontakcie z pacjentem terapeuta może doświadczać całej gamy różnorodnych uczuć: radości i poczucia spełnienia, niezadowolenia i frustracji; bywa, że czuje się niekompetentny (Kiliszek, 2013). Coraz częściej zwraca się uwagę na konieczność „kontrolowania" wrażliwości empatycznej w kontaktach z pacjentami. Ważne jest już nie tylko promowanie zaangażowania czy satysfakcji z pomagania (compassion satisfaction), ale również zapobieganie przeciążeniu stanowiącemu efekt dzielenia trosk i zmartwień osób wspieranych (Wilczek-Rużyczka, 2008). W spotkaniu terapeuty z doświadczeniem pacjenta niezmiennie fundamentalne miejsce przynależy refleksyjności.

EKSPOZYCJA TERAPEUTÓW NA SYTUACJE TRAUMATYZUJĄCE

Poważnym skutkiem empatycznego angażowania się w pomoc osobom cierpiącym staje się wtórna traumatyzacja (*secondary traumatization*) rozumiana jako wtórny stres pourazowy (*secondary traumatic stress, STS*) (inaczej jeszcze: wtórne zaburzenie pourazowe – *secondary traumatic stress disorder, STSD*). Do objawów wtórnego stresu traumatycznego zaliczamy intruzje, unikanie, negatywne zmiany w sferze poznawczej i emocjonalnej, a także wzmożone pobudzenie i reaktywność[1].

Ryzyko wtórnej traumatyzacji wiąże się z dużą liczbą pacjentów, długim czasem pracy z nimi, wreszcie – drastycznością omawianych „przy-

[1] Szerszym od pojęcia wtórnego stresu traumatycznego jest termin „zmęczenie współczuciem" (compassion fatigue), opisujący zjawisko ponoszenia przez specjalistów osobistych szkód w związku z pomocą, jaką okazują innym. Na zmęczenie współczuciem składa się wtórna trauma oraz wypalenie zawodowe (Ogińska-Bulik, 2019).

padków". Pewne znaczenie ma rodzaj doświadczanych przez pacjentów traum. Dla wystąpienia wtórnej traumy istotne znaczenie będą mieć również „nieprzepracowane" osobiste doświadczenia traumatyczne osób pomagających. Zachodzi tutaj ciekawy paradoks. Oto bowiem własna historia traumy terapeuty może wzmacniać zdolność rozumienia pacjenta wraz z możliwością radzenia sobie z jego traumą. Historia ta może jednocześnie być ważnym czynnikiem ryzyka wtórnych zaburzeń pourazowych. Innym ważnym czynnikiem ryzyka jest młody wiek osoby pomagającej. To ściśle wiąże się z jej mniejszym doświadczeniem w zakresie radzenia sobie z wydarzeniami traumatycznymi (Ogińska-Bulik, 2019).

Tym, co sprzyja wtórnej traumatyzacji, jest też brak wsparcia społecznego. Niestety, nie wszyscy terapeuci w sytuacjach trudnych czy wręcz „granicznych" aktywnie poszukują wsparcia koleżeńskiego. Tak dzieje się na przykład wtedy, gdy w wyniku zamachu samobójczego odchodzi ich pacjent. Tymczasem pierwsze tygodnie po stracie pacjenta przynoszą terapeucie intensywne przeżycia. I to zupełnie naturalne. Współpraca terapeutyczna jest bowiem interakcją, dla której podwaliny stanowi wzajemne zaufanie i zaangażowanie obydwu stron.

Traumatyzujący jest już sam charakter śmierci samobójczej. Samobójstwo stanowi bowiem brutalny atak przeciwko samemu sobie, ale też pewnym normom społecznym (Sterna, 2022). Na sposób doświadczania straty pacjenta będą wpływać osobiste predyspozycje terapeuty: obsesyjny styl osobowości, a także podatność na przeżywanie smutku i lęku. Ryzyko silnego przeżycia samobójstwa pacjenta jest proporcjonalne do stopnia intensywności relacji terapeutycznej. Najpewniej strata pacjenta długo leczonego również będzie znacząca. U terapeuty może pojawić się – oprócz szoku – poczucie opuszczenia i żalu, rozdrażnienie, smutek i anhedonia, a także złość na osobę zmarłą. Obserwujemy tendencję do zmniejszania się intensywności tych odczuć w czasie. Cały proces „żałoby" jest jednak dość skomplikowany. Jakkolwiek możemy zauważyć pewne podobieństwa tego procesu do żałoby po śmierci osoby bliskiej, nie jest on z nim tożsamy. Śmierć samobójcza pacjenta stanowi dla terapeuty trudny moment. W procesie reagowania na stratę pacjenta powszechnie występuje poczucie winy i wstydu. Uznając samobójstwo za wyraz nieskutecznej pomocy udzielanej pacjentowi, terapeuta w sposób nadmierny przyjmuje odpowiedzialność za jego decyzję. Uruchamiające się poczucie winy nie zawsze jednak będzie stanowić efekt postrzegania własnej niekompetencji zawodowej. Może to być po prostu wyraz bliskości w relacji terapeutycznej. Skala wpływu straty pacjenta na życie terapeuty może być bardzo duża (Sterna, Sterna, 2021).

„Po samobójstwie pacjenta klinicysta staje również przed ogromnym wyzwaniem wyrobienia sobie własnego stosunku wobec samobójstwa jako zjawiska medycznego i społecznego, a także być może przeformułowania obrazu własnych możliwości i ograniczeń" (Sterna, Sterna, 2021, s. 327–328). Niezwykle trudno jest pogodzić się z faktem ograniczoności nawet najbardziej właściwego postępowania terapeutycznego. Śmierć samobójcza pacjenta będzie oznaczać utratę poczucia wszechmocy terapeuty. Niektórzy terapeuci po takim doświadczeniu nie podejmują się więcej pracy z osobami z tego rodzaju ryzykiem. Śmierć pacjenta może wywrzeć wpływ nie tylko na zawodowe funkcjonowanie terapeuty; zakłóceniu ulec może również jego funkcjonowanie pozazawodowe. Bywa, że dochodzi do obniżenia ogólnej satysfakcji z życia. Warunkiem umożliwiającym rozwój potraumatyczny, rozumiany jako transformacja traumy straty pacjenta w coś rozwojowego pod kątem zawodowo-osobistym, jest obecność środowiska uznającego znaczenie uczenia się poprzez doświadczenie (Sterna, Sterna, 2021).

RYZYKOWNY CHARAKTER ZACHOWAŃ TERAPEUTÓW

Emocjonalne obciążenia stają się ogniwem zespołu symptomów takich jak wyczerpanie emocjonalne, obniżone poczucie własnych dokonań oraz depersonalizacja. Jeśli zmęczenie współczuciem nie zostanie należycie zaopiekowane, może przekształcić się w wypalenie zawodowe. Przykrym efektem wypalenia będzie traktowanie przez terapeutę pacjenta i siebie samego w sposób przedmiotowy (Wilczek-Rużyczka, 2008).

Wypalenie zawodowe zwiększa ryzyko uzależnień, chorób psychosomatycznych, zaburzeń depresyjnych. Jak zauważa Władysław Sterna, „wiedza, jaką mają psychologowie i inni klinicyści, oraz doświadczenie zawodowe związane z pomaganiem niestety nie kształtują odporności na zaburzenia psychiczne ani nie zapewniają optymalnego funkcjonowania życiowego, co nie umniejsza zdolności profesjonalistów do pomagania" (Sterna, 2022, s. 60).

Okazuje się, że wśród profesjonalistów zajmujących się pomocą ryzyko popełnienia samobójstwa utrzymuje

się na wysokim poziomie. Zwiększone ryzyko śmierci samobójczej jest związane z wysokim poziomem stresu oraz niezadowolenia. Wśród cech osobistych terapeutów mogących stanowić obciążenie mamy między innymi perfekcjonizm, nadodpowiedzialność, pragnienie zadowolenia innych osób. Czynnikiem predysponującym do popełnienia samobójstwa może być też liczba doświadczonych traum (Sterna, 2022)2.

IDEA I PROTOKÓŁ TRENINGU BALINTOWSKIEGO

W polskich środowiskach pomocowych coraz więcej wiadomo na temat grup Balinta, inaczej zwanych grupowymi treningami balintowskimi. Fundament pracy twórcy tej metody wyznaczało wykształcenie medyczne i psychologiczne. Podczas dwóch wojen Michael Balint miał kontakt z osobami, które doświadczyły wielu skrajnie trudnych sytuacji. Zgodnie z przekazem autora węgierskiej teorii relacji z obiektem, najważniejszym lekarstwem pacjenta jest sam lekarz. Jednostka chorobowa jest tylko częścią obrazu osoby cierpiącej; osoba pacjenta nie ogranicza się do objawów somatycznych. W procesie leczenia kluczowe jest podejście lekarza do pacjenta. Przed lekarzem stoi zadanie prawidłowego rozpoznania potrzeb zgłaszającego się do niego chorego. Idzie tu o zrozumienie znaczenia tych potrzeb zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza. Skuteczność drugiego w działaniu pozostaje w ścisłym związku z dbałością o własne kompetencje i zasoby psychiczne (Janota, Michalska, 2020).

W 1950 roku w Tavistock Clinick w Londynie odbyło się pierwsze seminarium poprowadzone przez Balinta. Pierwotnie adresatami grup byli lekarze domowi, dzielący trudne emocje z pacjentami. Grupy reflektujące stworzone przez autora *The doctor, his patient and the illnes*s (Balint, 1964) miały na celu rozwijanie rozumienia złożoności sytuacji chorego oraz usprawnianie relacji terapeutycznej. Wypada przypomnieć, że na rozwój idei Balinta istotny wpływ miał Sándor Ferenczi, uczeń Zygmunta Freuda. Dojrzała forma tego rodzaju treningu jest dziełem Balinta i jego żony Enid, pracownika opieki społecznej (Stelcer, 2015).

Grupa Balinta stwarza okazję do wymiany doświadczeń na głębokim poziomie, choć nie jest psychoterapią. Na spotkaniu nie podnosi się merytorycznej, to jest klinicznej, strony leczenia. Grupy Balinta nie są więc tożsame z klasycznymi superwizjami; mogą je w pewien sposób dopełniać. Nie stanowią także typowych grup dyskusyjnych czy grup wsparcia dla profesjonalistów (Jastrzębska, 2015).

Grupa Balinta tworzona jest przez ośmiu – dwunastu uczestników, wykwalifikowanego prowadzącego (lidera) i ewentualnie współprowadzącego grupę (kolidera). Czas trwania spotkania to półtorej godziny. Grupa Balinta może mieć charakter otwarty bądź zamknięty. Treningi balintowskie są stosowane w bardzo różnych obszarach. Obecnie na grupie można spotkać reprezentantów wielu zawodów związanych z niesieniem pomocy: lekarzy, pielęgniarki, psychoterapeutów, psychologów, pracowników socjalnych, konsultantów telefonów zaufania i innych. Co istotne, wśród uczestników seminariów znajdują się wyłącznie osoby prowadzące regularną praktykę.

Przebieg spotkań grup Balinta, jakkolwiek różny w szczegółach, zawsze jest zgodny z podstawowym protokołem pracy. Spotkanie rozpoczyna się od przedstawienia się uczestników. Następnie omawia się reguły grupy. Obowiązuje zasada powstrzymywania się od komentowania omawianych treści poza grupą. Treści te stanowią jej tajemnicę.

Korzystne jest, gdy lider posiada doświadczenie analityczne. Powinien potrafić dostrzegać i wykorzystywać procesy przeniesienia i przeciwprzeniesienia, a także oporu i mechanizmów obronnych. Jego zadanie to czuwanie nad bezpieczeństwem emocjonalnym uczestników grupy. Jest facylitatorem. Zajmuje go proces głębszego rozumienia problemów (Kaflik, Łazowski, 2017). Jego uwaga może kierować się też w stronę różnego rodzaju elementów, jak choćby sposobu zajęcia przez uczestników treningu miejsc (Jastrzębska, 2015).

Decydując się na udział w treningu, uczestnik powinien być gotów do prezentacji ważnej dla niego relacji terapeutycznej. To opowieść jednego z członków grupy będzie stanowić materiał do pracy. Narracja, do której zaprasza lider, dotyczy spotkania z pacjentem, które pozostawiło w opowiadającym, zwanym narratorem, referentem, opowiadaczem lub protagonistą, pewien „osad" emocjonalny. To relacja, która, nie dając spokoju, domaga się symbolicznego domknięcia (Kiliszek, 2011).

Opis spotkania z nieodległej przeszłości przedstawiany jest przez narratora z pamięci, podczas opowieści nie korzysta on z notatek. Osoby słuchające również nie robią zapisków. Zgodnie z zasadą poufności, dane tożsamościowe pacjenta powinny pozostać ukryte. Referent przedstawia przyczyny i okoliczności udzielania pomocy pacjentowi. Prezentowane są – możliwie dosłownie – jego wypowiedzi, w tym skargi. Opisywany jest wygląd pacjenta, uwaga zostaje skupiona na jego zachowaniu. Niekiedy, oczywiście, brakuje pewnych informacji. Prezentacja narratora zajmuje od czterech do dziesięciu minut.

Gdy narracja się zakończy, uczestnicy grupy mogą zadać kilka pytań pozwalających na uzupełnienie relacji. Później nikt z grupy nie powinien nawiązywać z referentem kontaktu. On zaś zostaje zobowiązany do milczenia.

Grupa pracuje nad tym, co i w jaki sposób zostało przez narratora spontanicznie wypowiedziane. Pojawiają się wyobrażenia dotyczące usłyszanej historii. Uczestnicy grupy podejmują trud identyfikacji problemów w relacji terapeuta – pacjent. „Materiałem poszukiwań są wypowiedzi, zachowania, ekspresja uczuć narratora, bohaterów jego opowiadania i wszystkich uczestników grupy, a narzędziem – wiedza psychologiczna, doświadczenie i empatia połączona z intuicją" (Kaflik, Łazowski, 2017, s. 91). Uczestnicy zdają sprawę z – oprócz pojawiających się u nich emocji – doznań płynących z ciała w rodzaju bólu brzucha czy ucisku w głowie. Kolider komentuje dynamikę pracy grupy. Jego wypowiedzi mogą inspirować dalsze rozważania. Otwiera się tutaj przestrzeń do nowych interpretacji.

[2] Władysław Sterna jako pierwszy w polskim środowisku badaczy i klinicystów prezentuje rekomendacje odnoszące się do prewencji samobójstw profesjonalnych pomagaczy (Sterna, 2022).

Materiałem pracy grupy jest również to, co niewypowiedziane. Lider w sposób subtelny stymuluje uczestników grupy do wypowiadania swobodnych skojarzeń. Uczestnicy treningu wyrażają swoje fantazje dotyczące opowiedzianej sytuacji. Istnieje wiele technik wzbogacających trening, wykorzystuje się między innymi psychodramę (Kaflik, Łazowski, 2017).

„Wejście w buty" oznacza podjęcie próby wczucia się w emocje doświadczane przez obydwie strony relacji. Uczestnicy grupy próbują postawić się w roli terapeuty i pacjenta. Szczególnie wartościowa okazuje się spontaniczna aktywność grupy. Narrator ma okazję rozpoznać to, w jaki sposób oddziałuje na pacjenta. W grupie omawiane są procesy przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Ujawniają się nieznane dotąd wymiary kontaktu narratora z jego pacjentem.

Grupa Balinta to okazja do klaryfikacji problemu w relacji terapeuta – pacjent, ale też wyrażenia i wysłuchania propozycji rozwiązania trudnej sytuacji. Ważna jest pamięć o możliwości wielu rozwiązań. Opinie uczestników spotkania mogą być wzajemnie sprzeczne. Przyjmuje się, że każda z nich może jednak mieć znaczenie. W żargonie Balintian wszystkie opinie „leżą na środku koła" (Kaflik, Łazowski, 2017). Możliwe staje się więc uzyskanie szerszego spojrzenia na tak zwaną trudną relację. Uczestnicy mogą podjąć rozważania nad tym, jak poprowadziliby kolejne spotkanie z pacjentem. Narrator przysłuchuje się wypowiadanym opiniom z pewnego dystansu, nie może komentować wtedy jeszcze pracy grupy. W przypadku historii skutecznej śmierci samobójczej pacjenta grupa może wykorzystać możliwości, jakie daje wspomniana już psychodrama, umożliwiając terapeucie opłakanie pacjenta w życzliwym gronie.

Na koniec opowiadaczowi udzielany jest głos. To taki moment, kiedy może ujawnić, co przeżywał w trakcie pracy grupy. Narrator określa, na ile grupa była pomocna w objaśnieniu problemu. Wreszcie, spotkanie zostaje podsumowane i zakończone.

Udział w grupie Balinta umożliwia osiągnięcie różnych celów. Przede wszystkim grupa bywa pomocna w radzeniu sobie ze stresem zawodowym i utrzymaniu stabilności emocjonalnej. Zrzucenie z siebie balastu emocjonalnego stanowi natychmiastową korzyść dla narratora (Jastrzębska, 2015). Grupa bywa pomocna w zrozumieniu, a także eliminacji zakłóceń w relacji terapeutycznej. Inne osoby stanowią istotny punkt odniesienia dla własnych doświadczeń. To dynamika grupy i proces grupowy wzmacniają samoświadomość. Z samoświadomości wyrasta empatia. Im więc człowiek ma pełniejszy kontakt z własną emocjonalnością, tym lepiej orientuje się w świecie uczuć innych osób. „Wykorzystanie grupy Balinta do pracy z tematami i problemami tak ciężkimi jak przemoc, uzależnienie czy choroba psychiczna ma jeszcze dodatkowy walor wynikający z założeń tej metody – mianowicie modeluje się w tej pracy unikanie dawania recept, czynnika ocennego, wzbudzania powinności czy poczucia winy na rzecz refleksji, brania dla siebie z pracy grupy dokładnie tyle, ile osoba na poziomie swoich możliwości i aktualnego zrozumienia jest gotowa przyjąć" (Kiliszek, 2011, s. 83). Dzięki udziałowi w grupie terapeucie łatwiej jest dostrzec własne ograniczenia związane z udzielaniem pomocy innym osobom. Zwiększa się jego tolerancja na niepewność i nieoczywistość (Stelcer, 2015). Osoby uczestniczące w treningach balintowskich odzyskują poczucie sensowności tego, co robią.

PODSUMOWANIE

Podmiotem pracy terapeutycznej jest drugi człowiek. Wartość empatii, której istotą jest tworzenie trafnych wyobrażeń odnośnie do tego, co dzieje się w jego świecie wewnętrznym, nie może budzić wątpliwości. Troska, jaką terapeuta otacza swego pacjenta, może wieść do obciążenia pierwszego. Empatia wiąże się z niebezpieczeństwem identyfikacji empatycznej. Kluczową rolę odgrywać tutaj będzie zachowanie właściwej równowagi.

Ważne jest zapobieganie zjawisku wtórnej traumatyzacji, dotyczącym niemałego grona osób zajmujących się profesjonalnym pomaganiem jednostkom cierpiącym. Czynnikami sprzyjającymi wtórnemu zespołowi stresu pourazowego są nie tylko czynniki związane z wykonywaną pracą, ale też właściwości samej osoby pomagającej. Z tej perspektywy kluczowe okazuje się poznanie własnych reakcji emocjonalnych ujawniających się w zderzeniu z przeżyciami pacjenta.

Dzięki uczestnictwu w grupie Balinta możliwe staje się uzyskanie wglądu we własny warsztat terapeutyczny. Trening daje okazję do odzwierciedlenia w tak zwanym równoległym procesie relacji terapeuta – pacjent (Kaflik, Łazowski, 2017). Udział w spotkaniach grupy umożliwia ubogacenie wachlarza zachowań oraz zmianę postaw uczestników. Grupa akcentuje znaczenie pamiętania o sobie. Pozwala zachować zdrową otwartość na tak zwane trudne relacje.

BARBARA CZARDYBON

dr n. hum. w zakresie filozofii, psychoterapeutka integracyjna, specjalista psychoterapii uzależnień w trakcie procesu certyfikacji, certyfikowany specjalista ds. pomocy psychologicznej par, wykładowczyni akademicka. Pracuje w NZOZ Ośrodku Psychoterapii i Promocji Zdrowia „Ogród" Instytutu Psychologii Zdrowia PTP w Warszawie.

BIBLIOGRAFIA

1. *Balint M.: The doctor, his patient and the illness. London 1964.*
2. *Janota B., Michalska P.: Grupa Balinta w relacji lekarz – pacjent – założenia, cele i znaczenie. „Psychoterapia" 2020 (3).*
3. *Jastrzębska A.: Grupy Balinta w praktyce coachingowej. Elementy psychoanalizy. „Coaching Review" 2015 (1).*
4. *Kaflik I., Łazowski J.: Podstawy teoretyczne i praktyczne balintowskiego treningu grupowego. „Sztuka Leczenia" 2017 (1).*
5. *Kiliszek E.: Metoda Balinta – od źródeł do nowych perspektyw. „Sztuka Leczenia" 2011 (1–2).*
6. *Kiliszek E.: Trening balintowski jako rozwijanie poczucia koherencji u liderów – uczestników grup Balinta. „Sztuka Leczenia" 2013 (3–4).*
7. *Ogińska-Bulik N.: Negatywne skutki pracy związanej z pomaganiem osobom po doświadczeniach traumatycznych – zjawisko wtórnej traumatyzacji. „Sztuka Leczenia" 2019 (2).*

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

Dostępność do napojów alkoholowych jest nazbyt łatwa, a świadomość szkód, jakie powoduje alkohol – znikoma

Rozmowa z **PROF. MARKIEM WIERGOWSKIM**, *współautorem publikacji:*

ALKOHOL I CZŁOWIEK – TOKSYCZNY ZWIĄZEK

IK: Prof. Jacek Sein Anand i prof. Marek Wiergowski podjęli się redakcji naukowej obszernej publikacji pod tym znamiennym tytułem. Co przyświecało obu redaktorom, kiedy decydowali się na ten niełatwy projekt?

– Zamysł stworzenia monografii o alkoholu pojawił się na początku 2020 roku w trakcie dyskusji specjalistów zajmujących się tematyką uzależnień oraz problemów powodowanych alkoholem, w tym m.in.: z psycholożką uzależnień lek. med. Grażyną Rymaszewską oraz embriolożką prof. Mirosławą Cichorek. Obie Panie zachęcały mnie do stworzenia podręcznika, choć z powodu braku czasu same nie wzięły udziału w jego tworzeniu.

Książka powstawała przez trzy lata i od początku przyświecał nam z Jackiem dość ambitny plan stworzenia monografii, która stanowiłaby kompendium wiedzy na temat alkoholu etylowego. Podstawową grupą odbiorców podręcznika mieli być lekarze i studenci uniwersytetów medycznych na kierunku lekarskim, farmacji i nauk o zdrowiu. Jednak rozpoczynając pracę, chcieliśmy, aby krąg osób zainteresowanych okazał się szerszy i obejmował również osoby zajmujące się profilaktyką i terapią uzależnień oraz nauczycieli akademickich przedstawiających wybrane zagadnienia alkohologii w trakcie zajęć na wydziałach niemedycznych. Wspólnie z Jackiem chcieliśmy stworzyć podręcznik, w którym podstawą byłaby wiarygodna informacja, oparta na faktach i badaniach naukowych. Staraliśmy się, aby język nie był hermetyczny i aby książka mogła zainteresować szerszą grupę odbiorców.

IK: Na co może liczyć nasz Czytelnik, sięgając po tę publikację?

– Monografia kładzie nacisk na wiele aspektów medycznych, które do tej pory nie były tak mocno akcentowane w polskim piśmiennictwie. Ponad pięćsetstronicową książkę stworzyło niemal sześćdziesięciu Autorek i Autorów. Odnajdziemy tam takie treści jak m.in.: diagnostyka zatruć etanolem, leczenie ostrego zatrucia, alkoholowe zespoły abstynencyjne, zespół dnia następnego (popularnie zwany kacem), alkoholowa kwasica ketonowa, interakcje leków z alkoholem, powikłania narządowe związane ze spożywaniem alkoholu. Terapeutów uzależnień mogą zainteresować także takie rozdziały jak: uzależnienie od alkoholu, terapia AZA czy wpływ etanolu na zdrowie dzieci i młodzieży.

IK: Wasze wnioski po ukończeniu tej pracy?

– To jest bardzo dobre pytanie, z którym nie do końca wiem, jak mam sobie poradzić. Poniekąd odpowiedzią może być motto wypowiedziane przez Winstona Churchilla, które pozwoliłem sobie zamieścić w „Przedmowie": Główną nauką płynącą z historii jest to, że ludzkość niczego się nie uczy. Inaczej mówiąc, głównym problemem współczesności jest nie tyle ograniczona możliwość dostępu do wiedzy, co brak wykorzystywania jej w praktyce. My chcielibyśmy promować praktyczną wiedzę, choćby dzięki temu krótkiemu wywiadowi. Książka jest na pewno niedoskonała i wiele tam można by jeszcze dodać i poprawić. Zdajemy sobie sprawę z tego, iż zebrane w monografii informacje stanowią tylko niewielki fragment wiedzy z tego obszaru i dlatego nie wykluczamy, że będziemy chcieli uzupełnić podręcznik o nowe, aktualne informacje.

Merytoryczne wnioski z książki są dość oczywiste – powinna się zmienić wieloletnia strategia w zakresie profilaktyki i edukacji antyalkoholowej. Dostępność do napojów alkoholowych jest nazbyt łatwa, a świadomość szkód, jakie powoduje alkohol – znikoma. Adresatami książki są przede wszystkim profesjonaliści zajmujący się problemami spowodowanymi alkoholem, ale również tzw. „zwykły" czytelnik może zdobyć wiedzę, która skutecznie przyczyni się przynajmniej do ograniczenia spożycia alkoholu, jeśli na abstynencję nie jest jeszcze gotowy.

Dziękuję za rozmowę.

Rozm. Ireneusz Kaczmarczyk

DR HAB. N. FARM. MAREK WIERGOWSKI

adiunkt w Pracowni Toksykologii Sądowej Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, członkiem licznych zespołów eksperckich. Autor licznych oryginalnych i recenzowanych publikacji.

Agnieszka Zwierzchowska – Łucka, Patrycja Aleksandrowicz, Kamila Kocańda

Kiedy terapeutę obowiązuje tajemnica zawodowa i jakie organy mogą uzyskać chronione informacje? Czy skarbówka może zaglądać do dokumentacji medycznej pacjentów albo przepytywać terapeutów? Co zrobić, jeśli w rozmowie z pacjentem wejdziemy w posiadanie informacji o popełnionym przez niego przestępstwie? To częste wątpliwości w naszym zawodzie, a i prawo w tym zakresie nie zawsze jest jasne

PRAWNE ASPEKTY WYZWAŃ ETYCZNYCH TERAPEUTY UZALEŻNIEŃ – CZĘŚĆ III

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie kwestii prawnych, wobec których terapeuta uzależnień zetknie się w toku wykonywania zawodu w związku z postępowaniami toczącymi się przed organami, w tym przykładowo Policją, sądem, prokuraturą. 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 udzielania informacji odnośnie realizacji przez osobę uzależnioną orzeczonej kary – obowiązku poddania się terapii.

Poniżej poruszone zostaną kwestie obowiązków i uprawnień terapeutów uzależnień względem organów. Autorki przytoczą również wstępne uwagi teoretycznie, które umożliwią pełniejsze zrozumienie przytoczonych problemów.

POSTĘPOWANIE WZGLĘDEM OKREŚLONYCH ORGANÓW

Niejednokrotnie o udostępnienie określonych danych, informacji lub dokumentacji do szpitali, poradni, zwracają się różnorakie organy np. Policja, prokuratury, sądy.

W przypadku Policji należy wskazać, że w oparciu o sam art. 15 ustawy o Policji (Dz. U. 2023, poz. 171 t.j. ze zm.) jeśli brak jest upoważnienia udzielonego przez pacjenta, nie można przekazać danych medycznych. W ramach uprawnień wynikających z powołanego przepisu ustawy o Policji, instytucja ta będzie mogła uzyskać informacje takie jak: fakt, iż wskazana osoba jest pacjentem danego szpitala i od kiedy, ewentualnie na jaki czas przewidywany jest jej pobyt w szpitalu, pozwalający na podjęcie czynności operacyjnych. Informacje te jednak nie obejmują danych o oddziale, na którym przebywa pacjent, tej informacji nie sposób bowiem uznać za informację o charakterze operacyjnym [17]. Konieczne w tym zakresie jest uprzednie otrzymanie upoważnienia od pacjenta lub zwolnienie z tajemnicy przez prokuratura lub sąd.

Ponadto z przepisu art. 28a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej wynika obowiązek każdego podmiotu wykonującego działalność leczniczą udzielenia, na żądanie Policji, informacji o fakcie przyjęcia osoby zaginionej, czyli osoby, którą na skutek wystąpienia zdarzenia uniemożliwiającego ustalenie miejsca jej pobytu należy odnaleźć w celu zapewnienia ochrony ich życia, zdrowia lub wolności, w szczególności ofiary wypadków, przestępstw itp.

Należy podkreślić, że organy kontroli skarbowej nie mają uprawnień, by żądać od osób wykonujących zawód medyczny danych wynikających z dokumentacji medycznej, w tym wchodzących w jej skład danych identyfikujących pacjenta. Dane te wchodzą w skład dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą. Dlatego też uprawnienie organu do żądania ich udostępnienia musi wynikać wprost z wyraźnie sprecyzowanego przepisu ustawy [8].

Również każdy przypadek dotyczący żądania przez określony organ dostępu do dokumentacji medycznej należy rozpatrywać z uwzględnieniem przepisów dotyczących ochrony danych osobowych (RODO).

Nie sposób sformułować katalogu podmiotów, niewymienionych wyraźnie w art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, które miałyby upoważnienie do udostępnienia dokumentacji medycznej. W każdym przypadku wystąpienia wątpliwości w przedmiotowym zakresie zasadne wydaje się podjęcie próby uzyskania zwolnienia z tajemnicy poprzez udzielenie stosownego upoważnienia przez samego pacjenta, mogącego być zainteresowanym w pozyskaniu przez określony organ konkretnych danych na potrzeby prowadzonego przez ten organ postępowania.

UDOSTĘPNIANIE I UDZIELANIE INFORMACJI

Od udostępnienia dokumentacji medycznej należy odróżnić udzielenie informacji w zakresie, w jakim obowiązuje ona osoby zobowiązane do zachowania tajemnicy psychiatrycznej na gruncie przepisu art. 50 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Jak wynika bowiem z jego treści, osoba zobowiązana do zachowania tajemnicy psychiatrycznej jest z niej zwolniona w stosunku do lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi; właściwych organów admi-

nistracji rządowej lub samorządowej co do okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej; osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie, w jakim to jest niezbędne; Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Agencji Wywiadu, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Policji, Żandarmerii Wojskowej, Straży Granicznej, Służby Więziennej, Służby Ochrony Państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy lub żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych; policjanta, upoważnionego pisemnie przez kierownika jednostki organizacyjnej Policji, prowadzącego czynności operacyjno-rozpoznawcze w zakresie poszukiwań i identyfikacji osób. W tym zakresie warto także przywołać treść art. 19 zdanie pierwsze ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zgodnie z którym przewidziane w innych ustawach badanie stanu psychicznego osoby, przeprowadzane na żądanie sądu, prokuratora lub innego uprawnionego organu, powinno się odbywać w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Organy te kompetentne są zatem do zlecenia przeprowadzania badań osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z tej ustawy.

POSTĘPOWANIE KARNE

W związku z wykonywaniem zawodu terapeuty uzależnień w postępowaniu karnym należy odróżnić przede wszystkim sytuacje związane z charakterem występowania w sprawie.

Z uwagi na zakres uprawnień/obowiązków wyszczególnić można występowanie w charakterze osoby podejrzanej/oskarżonej, zawiadamiającej o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, świadka, biegłego czy podmiotu, u którego wykonywany jest środek zabezpieczający lub obowiązki wynikające z poddaniem sprawcy próbie.

W pierwszej kolejności wskazać należy, iż osoby wykonujące zawód medyczny, podejrzane lub oskarżone w procesie karnym, mogą ujawnić wiadomości, które są objęte tajemnicą zawodową, służbową i funkcjonalną, bez konsekwencji narażenia się na dodatkową odpowiedzialność karną w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne do wyjaśnienia okoliczności danej sprawy [18]. Niezależnie od powyższego jako oskarżonemu oraz odpowiednio podejrzanemu przysługuje prawo bez podania powodów odmowy odpowiedzi na poszczególne pytania lub odmowy składania wyjaśnień, przy czym o prawie tym należy go pouczyć. Każdorazowo w przypadku zaistnienia sytuacji, w której terapeuta uzależnień jest podejrzany lub oskarżony w sprawie, zaleca się uzyskanie pomocy profesjonalnego pełnomocnika, tj. adwokata lub radcy prawnego.

W związku z powzięciem przez terapeutę uzależnień informacji o podejrzeniu popełnienia przestępstwa wskazać należy na istotne kwestie z punktu widzenia tajemnicy zawodowej oraz potencjalnych oświadczeń składanych przez osobę przygotowującą się do popełnienia czynu zabronionego, sprawcę lub pokrzywdzonego w toku wykonywania czynności medycznych.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego nie przewiduje wprost możliwości uchylenia tajemnicy ze względu na ochronę życia lub zdrowia innych osób. Jednak należy dopuścić możliwość wyłączenia obowiązku zachowania poufności wobec pacjenta i uprawnienie terapeuty uzależnień do ujawnienia informacji dotyczącej zaburzeń oraz płynących z nich zagrożeń wszędzie tam, gdzie są realne i dotyczą przynajmniej określonego kręgu osób. Istotnym jest, że schorzenia psychiczne są schorzeniami szczególnego rodzaju, które ze względu na swoją specyfikę

mogą stwarzać najpoważniejsze zagrożenie życia i zdrowia osób trzecich [19].

E. Plebanek przytacza przykład lekarza psychiatry prowadzącego terapię pacjenta chorego na depresję ze skłonnościami suicydalnymi, który jest czynnym zawodowo pilotem samolotów pasażerskich, wskazując, że może on ujawnić określone informacje np. rodzinie lub pracodawcy pacjenta, jeśli ma podejrzenie, że istnieje prawdopodobieństwo, że pacjent zechce zrealizować zamiar samobójczy i że może to uczynić w godzinach pracy. Jednocześnie podkreśla, że nie jest już możliwe wykorzystanie tych informacji jako dowodów w ewentualnym postępowaniu karnym przeciwko pacjentowi po fakcie, jeśli ujawnił to lekarzowi podczas udzielania mu pomocy medycznej [20].

Należy jednak podkreślić, że poglądy te nie powinny stanowić przedmiotu bezkrytycznego stosowania w praktyce, albowiem przy braku wyraźnych przepisów prawa, każdą sytuację należy rozpatrywać indywidualnie oraz z uwzględnieniem zasad etyki i zawodową ostrożnością.

Artykuł 51 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza zakaz utrwalania w dokumentacji oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary. Tymczasem przepis art. 304 § 1 k.p.k. przewiduje społeczny obowiązek zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu. Powstaje w tym zakresie kolizja pomiędzy zakazem dokumentowania przyznania się do popełnienia czynu zabronionego i zobowiązania do złożenia odpowiedniego zawiadomienia w związku z uzyskaniem tej wiedzy. Z uwagi na fakt, iż obowiązek zawiadomienia ma charakter społeczny, co do zasady terapeuta uzależnień nie ma obowiązku zawiadamiania na tej podstawie organów ścigania. Pierwszeństwo bowiem ma obowiązek prawny dochowania tajemnicy.

Wyjątkiem jest tutaj wynikający z art. art. 240 § 1 k.k. obowiązek zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstw szczególnie ciężkich, szczegółowo wymienionych w tym przepisie (np. zabójstwa, spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, pozbawienia wolności czy seksualnego wykorzystania małoletniego), terapeuta uzależnień ma obowiązek zawiadomienia organu uprawnionego do ścigania przestępstw, powołując się w tym zakresie na okoliczność, że art. 51 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie uchyla obowiązku zawiadomienia o danym przestępstwie, a jedynie wprowadza zakaz utrwalania stosownego oświadczenia [21].

Dla porównania, w art. 199 k.p.k. wskazano, że złożone wobec biegłego albo wobec lekarza udzielającego pomocy medycznej oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu. Na gruncie tego przepisu, wszelkie zatem oświadczenia, złożone osobie, która nie ma statusu biegłego albo lekarza udzielającego pomocy medycznej osobie o statusie oskarżonego, mogą stanowić dowód w tym i w każdym innym postępowaniu. W doktrynie wskazuje się przez to, że art. 51 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego przyznaje osobie, wobec której podjęto czynności wynikające z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, szerszy od art. 199 k.p.k. zakres wyłączenia możliwości utrwalania oświadczeń [22]. Zakaz dowodowy w postaci zakazu przesłuchania osób zobowiązanych do zachowania tajemnicy psychiatrycznej jest określany jako bezwzględny. Jego przeprowadzenie jest niedopuszczalne pod rygorem bezskuteczności czynności dokonanej wbrew zakazowi, dotyczy wszystkich osób wykonujących czynności, jakie wynikają z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.

Jak wskazuje literatura, omawiany zakaz obowiązuje nawet wtedy, gdy sam pacjent nie tylko wyraża zgodę na ujawnienie jego wypowiedzi dotyczących zarzucanego mu czynu, ale nawet wówczas, gdy wręcz tego żąda [23].

Wykorzystanie w postępowaniu karnym dokumentów zawierających tajemnicę zawodową nie podlega takim samym obostrzeniom jak przesłuchanie w charakterze świadka w zakresie informacji objętych taką tajemnicą. W kwestii wykorzystania dokumentów zawierających tajemnicę zawodową jako dowodów w postępowaniu karnym stosuje się odpowiednio zakazy i ograniczenia określone w art. 178-181 k.p.k. Co do zasady to sąd rozstrzyga w kwestii uchylenia tajemnicy zawodowej.

W jednym z wyroków Sąd Najwyższy potwierdził, że z art. 199 k.p.k. wynika, iż złożone wobec biegłego albo wobec lekarza, udzielającego po-

ALKOHOL I CZŁOWIEK – TOKSYCZNY ZWIĄZEK

Alkohol etylowy jest substancją o ogromnej sile uzależniającej i destrukcyjnej. Toksyczność etanolu jest bezdyskusyjna z naukowego punktu widzenia, a jednak jest on powszechnie akceptowany. Warto zwrócić uwagę na fakt, że alkohol etylowy jest jednym z niewielu środków psychoaktywnych, który został dopuszczony do stosowania przez rządy niemal wszystkich państw na świecie. I choć państwo czerpie korzyści z koncesji i dystrybucji etanolu, to my, jako społeczeństwo, wydajemy znacznie więcej na skutki zdrowotne i społeczne jego powszechnego stosowania.

Praktycznie codziennie jesteśmy informowani o tragicznych zdarzeniach związanych ze spożywaniem czy nadużywaniem alkoholu etylowego. Skala zjawiska jest ogromna, bowiem rokrocznie około trzech milionów ludzi umiera przedwcześnie z powodu chorób wywołanych spożyciem alkoholu etylowego (ponad dwieście chorób jest związanych z nadużywaniem alkoholu). Do tego dochodzą zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi, samobójstwami, zabójstwami, przemocą domową itd.

Z powodu powszechności tego zjawiska i swoistego „przyzwolenia społecznego" przechodzimy nad tymi sprawami do porządku dziennego, traktując je jako coś oczywistego. Alkohol w świecie Zachodu został „oswojony", a dostęp do napojów alkoholowych pozornie ograniczony wyłącznie dla osób pełnoletnich. Warto zdawać sobie jednak sprawę z tego, że to „oswojenie" niekoniecznie oznacza poznanie i dogłębne zrozumienie tego zjawiska, również przez osoby, które profesjonalnie zajmują się alkoholologią.

mocy medycznej, oświadczenia oskarżonego, dotyczące zarzucanego mu czynu, nie mogą stanowić dowodu. Cytowany przepis obejmuje zakazem dowodowym wszelkie oświadczenia oskarżonego składane wobec biegłego udzielającego pomocy medycznej, dotyczące zarzucanego mu czynu, a więc niezależnie od ich treści. Wskazać trzeba, że w tym zakresie lekarz nie może zostać zwolniony z tajemnicy lekarskiej. Oświadczenie złożone wobec lekarza nie może stanowić dowodu także wówczas, gdy złożone zostało przed formalnym postawieniem sprawcy w stan podejrzenia [26].

Takim samym przepisem szczególnym względem art. 180 § 2 k.p.k. jest, jak już wskazano, art. 52 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, zakazujący przesłuchiwać osoby obowiązane do zachowania tajemnicy psychiatrycznej jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z tej ustawy co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary. W tym zakresie obowiązuje on zatem także terapeutów uzależnień.

Wydaje się, że sformułowanie "nie wolno przesłuchiwać" wskazuje na to, że zakaz przesłuchiwania innych niż lekarz osób, objętych tajemnicą psychiatryczną, co do osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z tej ustawy, na okoliczność popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary, dotyczy nie tylko zeznań składanych w charakterze świadka, ale także biegłego.

W piśmiennictwie spotkać można rozbieżne stanowiska w zakresie tego, czy zakaz dowodowy, o którym mowa w art. 52 ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, obejmuje także osoby wykonujące inne, niż lekarz, zawody, jak np. zawód psychologa. Zwolennicy poglądu, iż także tych innych osób na tę konkretną okoliczność nie można przesłuchiwać również w charakterze biegłego, wskazują, że taka interpretacja niweluje problemy praktyczne, jakie mogą wyniknąć ze stosowania powołanej regulacji w toku postępowania, za przykład podając sytuację, w której sporządzona zostaje opinia łączna biegłego lekarza psychiatry i biegłego psychologa [27].

Z punktu widzenia postępowania karnego, terapeuta uzależnień będzie wykonywał czynności w kontekście obowiązków nałożonych na sprawcę w okresie próby lub orzeczonego środka zapobiegawczego w postaci obowiązku poddania się terapii uzależnień. W tym zakresie terapeuta uzależnień będzie uczestnikiem postępowania w szczególności w odniesieniu do sądu penitencjarnego oraz kuratora sądowego.

Względem realizacji obowiązku poddania się terapii najczęściej występują problemy związane z udostępnieniem dokumentacji medycznej, informacji o stanie zdrowia obejmującej informację, czy osoba zgłosiła się na terapię, uczestniczy w terapii, ewentualnie spożywa alkohol, substancje psychoaktywne. Obowiązujące przepisy przewidują uprawnienie sądu zarówno do udostępnienia dokumentacji medycznej jak i informacji o stanie zdrowia. Natomiast w zakresie działań kuratora sądowego po stronie terapeuty uzależnień/jednostki prowadzącej terapię istnieje obowiązek współpracy wynikający z art. 9 pkt 5 Ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o kuratorach sądowych. Powyższy przepis nie zawiera jednak uprawnienia dostępu do dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia, mimo iż co do zasady kurator jest uprawniony do przetwarzania danych w tym zakresie (należy odróżnić prawo do pozyskania danych od prawa do przetwarzania danych). Wniosek kuratora sądowego należy rozważyć w kontekście żądanych danych oraz

dokumentów, w szczególności czy odnoszą się one do przebiegu terapii w sensie medycznym lub danych o stanie zdrowia pacjenta, czy są to jedynie informacje pozwalające kuratorowi stwierdzić, czy pacjent wykonuje zobowiązanie nałożone na niego przez sąd. Co do udostępnienia dokumentacji medycznej oraz informacji o stanie zdrowia, w przypadku wątpliwości co do charakteru żądanych danych lub dokumentów, istnieje możliwość ich udostępnienia na podstawie upoważnienia udzielonego przez pacjenta w zakresie przez niego określonym.

W odniesieniu do żądania przez organ informacji co do spożywania przez osobę alkoholu lub zażywania substancji psychoaktywnej wskazać należy, iż możliwym jest pełne udzielenie takiej informacji, z uwzględnieniem powyżej opisanych uprawnień poszczególnych organów, jedynie w zakresie obowiązku poddania się terapii uzależnień realizowanej w ośrodkach stacjonarnych, całodobowych. W przypadku innych form leczenia rekomenduje się udzielenie informacji wynikającej z oświadczenia pacjenta lub obserwacji własnych podczas terapii (według oświadczeń nie spożywa alkoholu/substancji psychoaktywnych lub podczas prowadzonej terapii nie stwierdzono pozostawania pod wpływem alkoholu/substancji psychoaktywnych).

POSTĘPOWANIE CYWILNE

Kolejno wskazać należy na sytuacje związane z udziałem terapeuty uzależnień w postępowaniu cywilnym. Powyższe związane jest w szczególności z powoływaniem terapeuty uzależnień w charakterze świadka np. w sprawach z zakresu prawa rodzinnego (dot. rozwodu, władzy rodzicielskiej). Kwestię procedury z tym związanej reguluje kodeks postępowania cywilnego (dalej: k.p.c.). Przepis art. 261 § 2 k.p.c., przewiduje prawo świadka do odmowy odpowiedzi na zadane mu pytanie, jeżeli zeznanie mogłoby narazić jego lub jego bliskich na odpowiedzialność karną, hańbę lub dotkliwą i bezpośrednią szkodę majątkową albo jeżeli zeznanie miałoby być połączone z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej. Uprawnienie to ma chronić świadka, który znalazłby się w trudnej moralnie sytuacji, czy, w obliczu dylematu etycznego, zeznawać [29]. Istotnym w tym zakresie jest to, że w postępowaniu cywilnym przewidziano prawo świadka do odmowy odpowiedzi na zadane pytanie, natomiast w postępowaniu karnym świadek ma prawo do odmowy złożenia zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się obowiązek tajemnicy.

Ponadto przepis art. 248 § 2 k.p.c. pozwala uchylić się od obowiązku przedstawienia na zarządzenie sądu dokumentu, jeśli zawarte w nim informacje mieszczą się w zakresie uprawnienia do odmowy odpowiedzi na pytanie. Jednakże i wówczas nie można odmówić przedstawienia dokumentu, gdy jego posiadacz lub osoba trzecia obowiązani są do tego względem chociażby jednej ze stron albo gdy dokument wystawiony został w interesie strony, która żąda przeprowadzenia dowodu.

Powołane przepisy wyłączają obowiązek ujawniania przed sądem elementów dokumentacji medycznej, które zawierają informacje objęte zakresem tajemnicy zawodowej. Brak możliwości zwolnienia przez sąd w postępowaniu cywilnym z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej nie zwalnia sądu z obowiązku udzielenia osobie wezwanej w charakterze świadka odpowiednich pouczeń. Przed przesłuchaniem świadek winien zostać uprzedzony o prawie odmowy złożenia zeznań lub odpowiedzi na określone pytania. Rzecz jasna jeśli pacjent, jego przedstawiciel ustawowy lub – po śmierci pacjenta – osoba bliska na zasadach wcześniej omówionych – wyrazili zgodę na ujawnienie tajemnicy przez osobę nią objętą, zakaz ten w postępowaniu cywilnym nie obowiązuje.

UWAGI KOŃCOWE

Jak wynika z prezentowanej analizy przepisów z różnych dziedzin prawa, brak ustawowej regulacji zawodu terapeuty uzależnień rodzi istotne trudności w praktyce. Należy zaznaczyć, że z uwagi na występujące w doktrynie wątpliwości niniejsze opracowanie winno się traktować pomocniczo, a nie jako opinię prawną, służącą do zastosowania wprost w konkretnych przypadkach. Artykuł nie wyczerpuje ponadto problematyki wszystkich rodzajów postępowań, w ramach których terapeuta uzależnień stanie w obliczu konieczności rozważania dylematów dotyczących zakresu obowiązywania tajemnicy związanej z wykonywanym przez niego zawodem. Mając na względzie złożoność przedmiotowej problematyki, z ramienia jednego ze szpitali psychiatrycznych, wystosowano do Ministerstwa Zdrowia pismo z prośbą o udzielnie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy specjalistę psychoterapii uzależnień obowiązuje tajemnica zawodowa, a jeśli tak, to na jakiej podstawie?
2. W przypadku odpowiedzi, iż specjalistę psychoterapii uzależnień obowiązuje tajemnica zawodowa, jakie uprawnienia oraz obowiązki z tym związane przysługują mu w przypadku wezwania w charakterze świadka/biegłego w postępowaniu karnym/cywilnym/toczącym się na podstawie przepisów o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie?
3. Czy wytwarzana przez specjalistę psychoterapii uzależnień, w toku realizacji przez niego psychoterapii uzależnień, dokumentacja, obejmująca dane także inne niż medyczne, a dotyczące, np., stosunków rodzinnych czy majątkowych, stanu emocjonalnego, życia rodzinnego itp.:
   a) w strukturach podmiotu leczniczego w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. w ramach świadczeń gwarantowanych lub komercyjnym

   oraz
   b) poza tego rodzaju podmiotem, np. w ramach prywatnej praktyki,
5. stanowi dokumentację medyczną w rozumieniu ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz innych, właściwych przepisów prawa?

W przypadku odpowiedzi, iż wytwarzana przez specjalistę psychoterapii uzależnień, w toku realizacji przez niego psychoterapii uzależnień, dokumentacja jest dokumentacją medyczną w rozumieniu wskaza-

nych w pyt. nr 3 przepisów, w jakim trybie oraz komu może/winien on ją udostępniać?

Ministerstwo wskazało, że z uwagi na złożoność problematyki, odpowiedź na powyższe pytania wymaga konsultacji przez kilka departamentów i odroczyło jej udzielenie do czasu uzyskania ich stanowisk. Za zgodą kierującego podmiotem leczniczym, który przedmiotowe pytania wystosował, pismo zawierające odpowiedzi na zadane pytania zostanie udostępnione środowisku terapeutów uzależnień. Jego charakter nie będzie jednak wiążący o tyle, że zawierać ono będzie wyłącznie pogląd organu, który nie jest uprawniony do dokonywania wiążącej wykładni prawa, albowiem w Polsce żaden organ, poza niezawisłymi sądami w toku orzekania w konkretnych sprawach, takiego uprawnienia nie posiada. Wskazać ono może jednak poglądy Ministerstwa Zdrowia w zakresie poruszanej problematyki także w kontekście negatywnych skutków braku jej wyczerpującej regulacji prawnej.

KAMILA KOCAŃDA

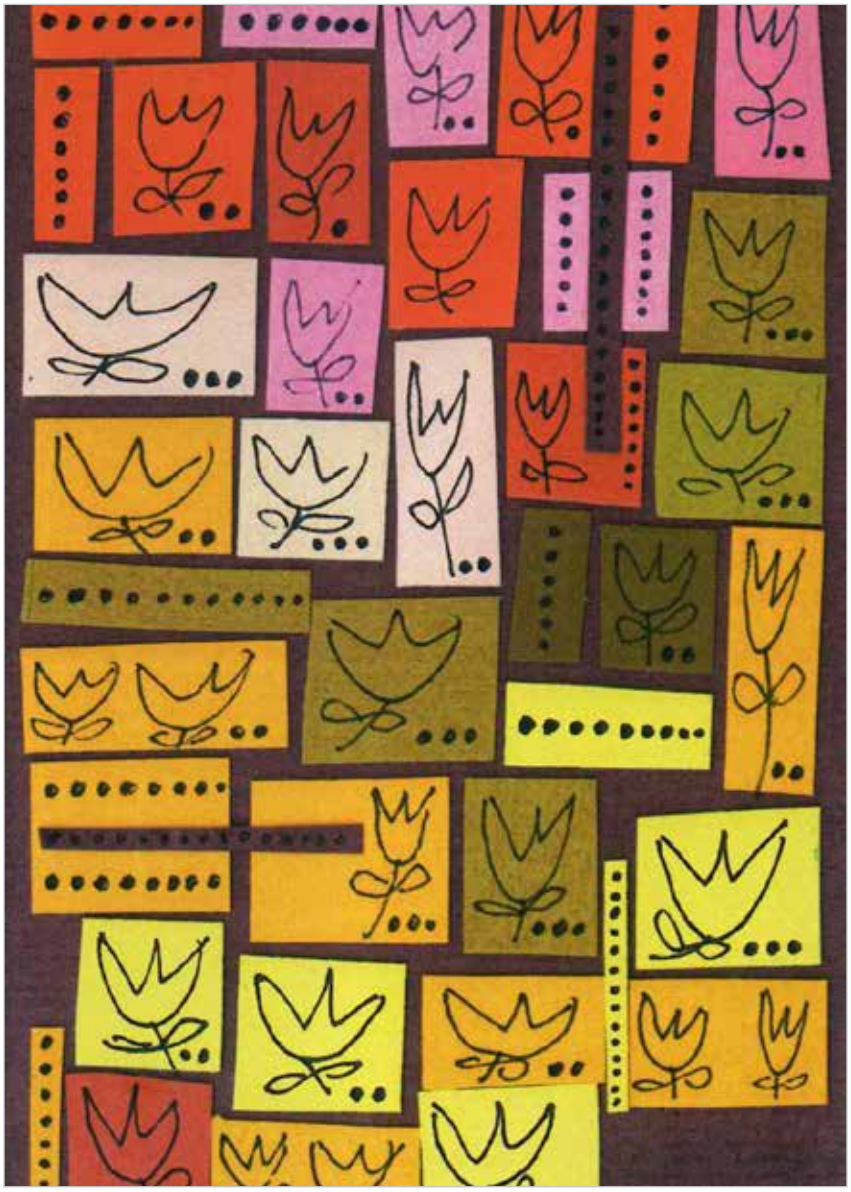
Doktor nauk prawnych., radca prawny. Redaktor działu „Kardiologia i prawo" w czasopiśmie Folia Cardiologica. Przewodnicząca RN MEDUNIV Sp. z o.o. Prowadzi działalność w zakresie obsługi prawnej podmiotów medycznych.

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. Sarnecki [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 opiniowania 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. Dembkowski, B. Kmieciak, R. Tymiński, 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. Dembkowski, B. Kmieciak, R. Tymiński, 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 www.touib.pl**

Ludzie niezmiennie popadają w dylemat: Upierać się przy swoim czy ulegać potrzebom innych? Rozmowa z **MARIĄ KRÓL – FIJEWSKĄ**, *psychoterapeutką i superwizorką*

ASERTYWNOŚĆ WCZORAJ I DZIŚ

30 lat temu napisałaś książkę o tym, jak bronić własnej godności osobistej, nie naruszając godności drugiego człowieka, nawet w bardzo trudnych sytuacjach. „Stanowczo, łagodnie, bez lęku" to lektura, która znacząco przyczyniła się do rozpowszechnienia w Polsce pojęcia asertywności. Skąd pomysł, by wznowić wydanie książki?

– Od dawna wiele osób narzekało, że nie może jej kupić, a przydałaby się ona zarówno dla pacjentów, jak i dla szkolących się trenerów asertywności. Wychodząc naprzeciw tym potrzebom, wyprodukowaliśmy wersję audio, która jest dostępna w internetowych księgarniach.

Moją uwagę zwróciło wówczas to, że niektóre fragmenty brzmią dziś egzotycznie. Opisuję tam na przykład sytuację, w której taksówkarz pali papierosy, a pasażer chce zwrócić mu uwagę lub sytuację, w której jedna osoba pożycza od drugiej złotówkę, żeby móc wykonać telefon z budki. Rzeczywistość się zmieniła, a ja uznałam, że część rzeczy trzeba z książki usunąć, a część dodać. To wydanie jest zdecydowanie uwspółcześnione. Inaczej potraktowany jest temat asertywności wobec samego siebie.

Czym zatem jest asertywność wobec samego siebie?

– Mamy w sobie różne potrzeby, które pozostają w sprzeczności czy w napięciu, a asertywność wobec samego siebie jest wyborem takiej drogi, która uwzględni te głosy, a przynajmniej będzie się odnosić z empatią do wewnątrz. Asertywność wobec „ja" to traktowanie siebie z łagodnością, miłością i troską. To jedna różnica, jeśli chodzi o aktualne i poprzednie wydanie.

Kolejną różnicą jest dodanie rozdziału na temat przeciwstawiania się presji grupy, a także fragmentu dotyczącego wymiany opinii w sprawach politycznych, co wydaje mi się dziś szczególnie potrzebne. To propozycja małej procedury, która może pomóc ludziom wymieniać się opiniami politycznymi i światopoglądowymi bez doprowadzania do kłótni czy wzajemnej niechęci.

Następną różnicą jest obszerny materiał na temat konfrontacji asertywnej, czyli sytuacji, w której powstają jakieś napięcia i trzeba

to wyjaśnić, a jedna umiejętność nie wystarczy i potrzebujemy bardziej rozwiniętej strategii komunikacyjnej.

Na koniec udało mi się też podzielić refleksjami na temat mojej zmiany w myśleniu o asertywności na przestrzeni trzydziestu lat.

Jakie widzisz największe pułapki związane z asertywnością?

– Piszę o tym szczegółowo w książce. Jedna z pułapek jest taka, że jeśli zbyt mocno skupimy się na obronie swoich granic i realizowaniu swoich potrzeb, preferencji, celów, to może nam grozić, że nasza sytuacja życiowa będzie opisywana frazą – „Bardziej chcę być sobą niż z tobą". Nadmierna asertywność może nie sprzyjać więziom.

Czy trzydzieści lat temu też istniała ta pułapka, czy jest to raczej znak naszych czasów?

– Myślę, że młode pokolenia dzisiaj z większą bezkompromisowością dążą do tego, czego chce, ale to uniwersalny dylemat: Czy otworzyć się na innych i dopuścić, by w moim życiu działo się trochę tego, co ja chcę i trochę tego, co chce mój bliski? Czy też bardziej nastawić się na to, że chcę, by było po mojemu?

Niedobrze będzie pójść w stronę nadmiernego ulegania innym, jak również niedobrze będzie iść zanadto w stronę zaspokojenia wyłącznie swoich potrzeb – wtedy zostaniemy samotni, a nasz rozwój będzie ograniczony. Zachodzi też obawa, że nie będziemy wtedy szczęśliwi.

Czy oprócz tego widzisz rzeczy, które w sposób szczególny zmieniły się w asertywności od czasu pierwszego wydania?

– Zadałam to pytanie każdemu z naszych trenerów asertywności, mam na myśli osoby, z którymi zaczynałam pracę nad asertywnością i z którymi pracuję nad nią do dziś, czyli: Eli Królak, Krzysztofowi Parusińskiemu, Hannie Szczepańskiej i Halinie Czerniakiewicz. Wszyscy stwierdzili, że mimo zmiany kultury psychologicznej w Polsce i tego, że ludzie mają większą świadomość swoich praw, to praktycznie problemy związane z asertywnością są takie, jak dawniej. Ludzie niezmiennie popadają w dylemat: Upierać się przy swoim czy ulegać potrzebom innych? W którym miejscu postawić osobistą granicę?

W jaki sposób asertywność wspomaga psychoterapię i psychoterapeutów?

– Terapeuta powinien umieć zaznaczać swoje granice i jasno wyrażać uczucia oraz postawy. W naszej szkole psychoterapii uczymy komunikacji asertywnej. Chcemy, by terapeuci byli czytelni i autorscy w sposobie, w jaki prowadzą dialog z pacjentem. Z kolei asertywność w psychoterapii to niezbędny element pełnej zmiany – zmiany w realnym zachowaniu, w codzienności. Pacjent uczy się asertywności, by móc wykorzystywać ją w swoim życiu, a zwłaszcza w trudnych momentach. Gdy ma z tym problem, terapeuta zaleca udział w treningu asertywności bądź w rocznej grupie terapeutycznej. Od lat obserwujemy efekty nauki asertywności i jesteśmy z nich niezwykle dumni.

Rozm. Marianna Fijewska-Kalinowska

MARIA (MAJKA) KRÓL – FIJEWSKA

psycholożka kliniczna. Autorka polskiej wersji treningu asertywności łączącego pracę nad zachowaniem z elementami doświadczeniowymi. Prowadzi psychoterapię w podejściu humanistyczno-doświadczeniowym. Współzałożycielka OEiPP INTRA.

Jednym z podstawowych wyzwań, jakie w terapii uzależnień stają przed uczestnikami tego szeroko rozumianego procesu, wydaje się zaakceptowanie sytuacji, w której drogą do ulgi nie jest ucieczka od trudnych doznań, ale tworzenie bezpiecznej przestrzeni do ich przeżywania. Przestrzeni obecnej zarówno we wnętrzu terapeuty, pacjenta, jego bliskich, jak i w relacjach, które ich łączą. Ten temat wydaje mi się wspólnym mianownikiem materiałów publikowanych w tym numerze „Terapii Osób Uzależnionych i ich Bliskich". Podejmując się ról specjalistów, którzy mają te procesy uruchamiać i czuwać nad ich prawidłowym przebiegiem, musimy zadać sobie pytanie o własną gotowość do wejścia na „drogę rzadziej przemierzaną", na której wybór trudniejszego i czasochłonnego rozwiązania jest najczęściej bardziej trafny niż szukanie rozwiązań, których głównymi, a czasem jedynymi, zaletami są szybkość i łatwość. Uzyskanie akceptacji dla takich wyborów innych uczestników tych procesów wymaga umiejętności tworzenia relacji, w których pomieszczą się wszystkie lęki, wątpliwości i dylematy, ale i potrzeby, zgody na różnice i możliwości wyboru. Lektura materiałów, które zamieszczamy w tym numerze kwartalnika, stanowi dla mnie bogaty i inspirujący materiał do rozważań i refleksji. Mam nadzieję, że będzie tym i dla Was – naszych Czytelników.

OD REDAKTORA WYDANIA INTERNETOWEGO

Drugi numer jest już w Państwa rękach w formie papierowej bądź na ekranach elektronicznych nośników. Otrzymujemy wiele zapytań o możliwość prenumeraty wersji, którą można przekartkować. Doskonale rozumiemy tę preferencję. Mimo, że treść jest ta sama, to magia tkwiąca w możliwości rozłożenia kwartalnika na kolanach w trakcie lektury – niezaprzeczalna. Na ten moment możliwości są takie, że szeleszczącą wersję otrzymują jedynie placówki finansowane przez NFZ. Być może to się kiedyś zmieni i rozszerzymy wysyłkę o indywidualnych odbiorców. Bądźmy radzi tymczasem z niebanalnej możliwości współredagowania treści, jakie pojawiają się na stronie internetowej i fanpage'u. Bardzo zabiegamy o Państwa aktywność, komentarze, lajki (choć wolimy komentarze) oraz dłuższe formy (do 1800 znaków), które z radością opublikujemy na stronie www.touib.pl w zakładce „recenzje" bądź „aktualności".

Możecie Państwo dzielić się swoimi przemyśleniami z pracy terapeuty uzależnień, refleksjami z przeczytanych artykułów i książek, chętnie również pokażemy Waszą twórczość.

Pozdrawiam serdecznie,

PIOTR CHOLERZYŃSKI
– REDAKTOR WERSJI INTERNETOWEJ I FANPAGE'A NA FACEBOOKU

Seria PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA

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

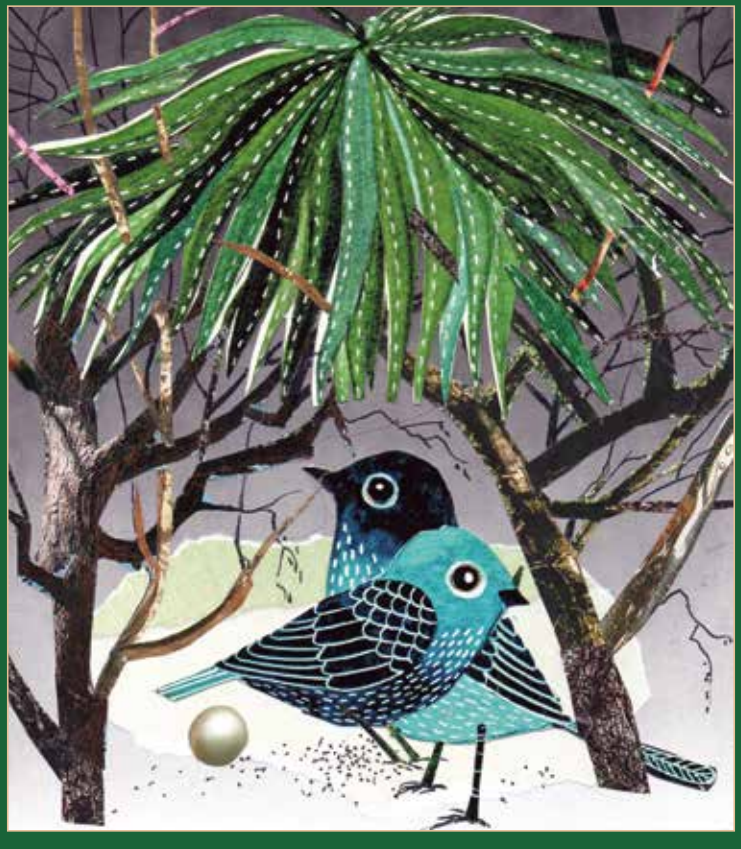
Poznaj możliwości analizy łańcuchowej w terapii DBT

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