

TERAPIA

UZALEŻNIENIA : WSPÓLUZALEŻNIENIA

ISSN 1506 - 4727

Numer 1/2019 (Rok XXII)

DWUMIESIĘCZNIK







Rozpoczynamy pierwszy w tym roku numer pisma rozmowami. O tym, jak doszło do zmian legislacyjnych w leczeniu uzależnień, opowiada dyr. PARPA Krzysztof Brzózka. Opinie na temat aktualnej sytuacji wyrażają również

superwizorzy, zarówno z obszaru leczenia osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, jak i uzależnienia od alkoholu.

W ostatnich tygodniach zostały wypracowane i uzgodnione podstawy programowe dla szkół terapii uzależnienia. Dyrektor Brzózka uznaje to za dobry efekt wspólnej pracy obu biur, oczekuje jednak – przy zachowaniu tych podstaw – powrotu do stanu wyjściowego, uznania obu ścieżek, wskazując przy tym, że projekt ustawy w tej sprawie jest przygotowany, a konieczność jej wprowadzenia od dawna była zgłaszana w Ministerstwie Zdrowia. Podobnego zdania jest Agnieszka Litwa-Janowska, która od początku w imieniu Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień bierze udział w pracach wokół opisywanych zmian. Zwraca jednocześnie uwagę na te obszary w procesie szkolenia, w których widzi zagrożenia dla jakości procesu szkoleniowego: kwestii egzaminów, superwizji, rady akredytacyjnej stojącej na straży

jakości tych rozwiązań, powoływanej na określoną kadencję. Co będzie dalej? Zobaczymy. Razem czy osobno? – pyta Małgorzata Kowalcze w swojej wypowiedzi. Na razie codzienność; ruszyły procesy superwizyjne dla osób, które znajdują się w procesie certyfikacji i przygotowują się do egzaminów.

Poza tym w numerze stałe rubryki. Akcent stawiamy na szkoły terapii, a konkretnie na pracę ze schematami, do zastosowania zarówno w pracy z osobami uzależnionymi, jak i współuzależnionymi. W szkołach terapii dziś miejsce na arteterapię, niedocenianą, jak się wydaje, w procesie zmiany oraz dialog motywujący w pracy grupowej. O niestandardowych rozwiązaniach w terapii grupowej pisze Monika Lulińska.

Zaglądamy dziś również do sąsiadów i prezentujemy założenia funkcjonowania ośrodka dla uzależnionej młodzieży w Niemczech.

Do leczenia uzależnień przenika z różnych podejść coraz więcej merytorycznych rozwiązań. Taka jest odpowiedź na złożoność problemów osób uzależnionych.

Zwracamy uwagę na drugą część publikacji na temat zmian w klasyfikacji WHO. Będziemy wracać do tego tematu, zmiany te bowiem otwierają szeroko dyskusję merytoryczną o przyszłości i rozwoju terapii uzależnienia. Warto czytać, warto być na bieżąco.

Ireneusz Kaczmarski

Spis treści

3 „USTAWA CZY USTAWKA”

„Mnie nie zależy, żeby było jak najwięcej psychoterapeutów, ale na tym, żeby było jak najwięcej dobrze leczonych pacjentów” – rozmowa z dyrektorem PARPA **Krzysztofem Brzózka**.

5 WRÓĆMY DO USTAWY

Rozmowa z **Agnieszką Litwą-Janowską** – Przewodniczącą Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień

7 RAZEM CZY OSOBNO? KILKA REFLEKSJI – **Małgorzata Kowalcze**

To pacjenci dokonują wyboru terapeuty, ośrodka terapeutycznego i jeśli tylko chcą zmiany w swoim życiu, wiedzą, gdzie mają ich szukać i dokąd trafić.

9 PSYCHOTERAPIA OSÓB Z SYNDROMEM DDA W OBLICZU ZMIAN SYSTEMOWYCH SZKOLENIA TERAPEUTÓW UZALEŻNIEŃ I LECZENIA OSÓB UZALEŻNIONYCH I ICH RODZIN – refleksje osobiste – **Serafin Olczak**

Za pozostawieniem psychoterapii DDA w obszarze psychoterapii uzależnień przemawia fakt, że w leczeniu tych pacjentów ogromne znaczenie ma identyfikacja nie tylko objawowa, ale również związana ze źródłami doświadczanych problemów.

10 NIE POPADAĆ W RUTYNĘ – **Elżbieta Rachowska**

Od jakiegoś czasu coraz częściej pojawia się pytanie, w jakim kierunku powinna rozwijać się psychoterapia uzależnień. Niełatwo na nie odpowiedzieć, gdyż pomoc osobom uzależnionym nie ogranicza się do psychoterapii prowadzonej tylko w jednym z uznanych nurtów psychoterapii.

- 12 „ALKOHOLIZM” – ZABURZENIE CZY NIEULECZALNA CHOROBA?
diagnoza uzależnienia w oparciu o DSM–5 oraz ICD–11 cz. II
– **Robert Modrzyński, Małgorzata Ziębińska**
WHO zdecydowało, że podstawowa opieka zdrowotna będzie tym obszarem, dzięki któremu
uda się zwiększyć rozpoznawalność zaburzeń psychicznych oraz rozpocząć leczenie od bardzo
wczesnego etapu. Ma to dotyczyć również szkodliwego używania bądź uzależnienia od
alkoholu.
- 15 NIEADAPTACYJNE SCHEMATY W ZESPOLE UZALEŻNIENIA
Model uzależnienia w terapii schematów – **Maria Napierała**
„Przeciwieństwem uzależnienia nie jest trzeźwość. Przeciwieństwem uzależnienia jest więź.”
– Johann Hari.
- 19 WYJŚĆ Z KLATKI. Czy terapia schematów jest odpowiedzią na potrzeby osób
współuzależnionych? – **Olga Olszewska, Anna Pierzchalska**
Terapeuci uzależnień nierzadko dostrzegają, że współuzależnienie nie stanowi tylko i wyłącznie
reakcji na zachowanie osoby uzależnionej, ale ma też swoje korzenie głębiej, w okresie
rozwojowym. Terapia schematów (TS) daje odpowiedź na pytanie, jak pracować z owymi
korzeniami, co zrobić, by współuzależnione postawy nie „odrastały” w tym i w kolejnych
związkach.
- 22 DIALOG MOTYWUJĄCY BEZ TAJEMNIC
Pracę w grupie motywującej możemy zaproponować w każdym momencie, w którym chcemy pomóc klien-
tom „wyjść z przeszłości i zwrócić się ku przyszłości”, osiągnąć większą aktywność lub skupienie w terapii –
mówi psycholog **Tim Barth**, trener Dialogu Motywującego, w rozmowie z **Jarosławem Banaszakiem**.
- 23 OPOL W INOWROCŁAWIU
– doświadczenia, refleksje, efekty – **Monika Lulińska**
Wspólne zajęcia pacjentek współuzależnionych i pacjentów uzależnionych? Czemu nie? Jedna sala, dwie
grupy pacjentów, niezliczona ilość emocji i doświadczeń.
- 27 CHANCE – szansa dla młodych – **Żaneta Mikołajczak**
Jasny harmonogram dnia, wpojenie reguł i zasad panujących w społeczeństwie, do tego terapia indywidu-
alna i grupowa, szkoła, praca oraz ciekawe możliwości spędzania wolnego czasu – to oferta niemieckiego
ośrodka „Chance” dla uzależnionej młodzieży.
- 30 Czynniki chroniące dzieci i młodzież przed sięganiem po substancje
psychoaktywne – **Zbigniew Michalczyk**
Dziś już wiemy, że bardziej skuteczne są działania promujące zdrowie i prozdrowotny tryb życia niż
te stosowane w przeszłości, które skierowane były na redukcję problemów i walkę z patologią.
- 32 ARTETERAPIA – leczenie sztuką – **Mateusz Wiszniewski**
Wiele tysięcy lat temu, u zarania dziejów ludzkości, nie istniało to, co nazywamy współczesną psychologią
ani psychiatrą. Nie było formalnych grup wsparcia ani konsultacji u psychologa. Jednak ludzie tak samo
jak dzisiaj doświadczali trudnych przeżyć, stresu, traum i rozterek życia. Jak sobie z tym radzili, gdy nie było
psychoterapii?
- 33 Propozycje czytelnicze. Informacje. Ważne i Ciekawe.

Index Copernicus Value= 4.26 pkt.

Zadanie finansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów
Hazardowych w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2018
– 2020.

	Pismo bezpłatne, dostępne wyłącznie w prenumeracie. Zamówienia prenumeraty na www.tuiw.pl (Prenumerata). Zastrzegamy sobie prawo do redagowania, skracania otrzymanych tekstów. Materiałów niezamówionych nie zwracamy.
Wydawca: Fundacja „Zdrowie–Trzeźwość”   	Redakcja: dr Ireneusz Kaczmarczyk – redaktor naczelny, e-mail redaktor@tuiw.pl Dariusz Dybek, Ewa Grzesiak, Katarzyna Burda, Danuta Mikuta Agnieszka Illinicz–Kielkiewicz – ilustracje. Adres redakcji: 97–400 Bełchatów, ul. Czapliniecka 44/8, skr. poczt. 45, tel. 501 437 046, fax. 44 667 60 16 e-mail: info@tuiw.pl, http://www.tuiw.pl, kolportaż: kolportaz@tuiw.pl

„Mnie nie zależy, żeby było jak najwięcej psychoterapeutów, ale na tym, żeby było jak najwięcej dobrze leczonych pacjentów”

„USTAWA CZY USTAWKA”

Rozmowa z dyrektorem PARPA Krzysztofem Brzózka

TERAPIA – Od kilku miesięcy trwają intensywne prace legislacyjne dotyczące systemu leczenia uzależnień. Jak doszło do tej sytuacji?



Krzysztof Brzózka – Mam przed sobą pismo z grudnia 2015 roku, w którym – na prośbę Ministerstwa Zdrowia – zostało zapisane to, co jest pilnego do zrobienia w obszarze problemów alkoholowych. Dokument liczy szesnaście stron. Dotyczy zakresu programów profilaktycznych, deficytów w prawodawstwie, medycznych aspektów FAS, podejmuje kwestie reklamy i sieci sprzedaży oraz cen alkoholi, a wszystko z podanymi rozwiązaniami. Jest w nim również postulat, aby zmienić prawo regulujące prowadzenie działalności terapeutycznej, często szkodliwej. Był w nim również postulat zmiany w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i wprowadzenie do niej zasad szkolenia terapeutów, które były dotąd tylko w naszym rozporządzeniu. Nic z tego nie wyszło. Rozporządzenie zlikwidowano – a ustawy nie zmieniono.

Ktoś, pisząc zmiany w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, zadbał o to, żeby „zamknąć” nasze rozporządzenie. Tu nie ma przypadku; zastanawiam się, kto wnioskował o to, aby ograniczyć czas funkcjonowania naszego rozpo-

ządzenia. Potem ktoś spowodował, że inny dokument w tej sprawie dostaliśmy do konsultacji, a inny znalazł się w rządowym centrum legislacji.

Wtedy zaczęła się awantura. Całość przeszła pod system Biura. Dlatego, że w ustawie o narkomanii jest właśnie mowa o procesie szkoleniowym.

– **Logiczne...**

– Paradoks polega jednak na tym, że w tej ustawie jest mowa o szkoleniu terapeutów, ale dla nurtu narkomańskiego. „Dokleiono” więc rozporządzeniem do tej ustawy szkolenie terapeutów uzależnień od alkoholu, co jest niezgodne z prawem. Nie wolno rozporządzeniem zmieniać ustawy.

– **Jednak proces ruszył. Jakie stoją za tą zmianą argumenty? Ekonomiczne? Merytoryczne?**

– Nie słyszę ich. Pojawiają się za to różne domniemania na temat postaw osób zaangażowanych w te prace, ale także pewnych faktów, choćby i takiego, że w zespole parlamentarnym d/s uzależnień znajduje się właściciel browaru. Trudno jednak powiedzieć, o co chodzi. Są natomiast siły, którym zależy na zmiataniu problemu alkoholowego pod dywan. Przykładem tego jest porażka Narodowego Programu Trzeźwości. Program ogłoszony z rozmachem przez Kościół, do którego przywiązywałem dużą wagę. Określono w nim zadania dla rządu, samorządu i Kościoła. I co z tego? Były konferencje, deklaracje na poziomie parlamentarnym, ale nic z tego nie zostało zrealizowane. Nawet ze słynnej ustawy o zamykaniu sklepów o 22 w całej Polsce został jedynie szkielet.

– **Próba zmiany percepcji społecznej?**

– Dopóki istnieje dobry system, pojawiają się pytania. Lobby jest aktywne. Przedstawiciel biznesu alkoholowego na spotkaniu w parlamencie kpił ostatnio z uczestników, podważając fakt, że alkohol jest szkodliwy dla zdrowia. I że w wódce nie ma szkodliwych skład-

ników, czyli, jak to ujął: czerwonego mięsa, soli i cukru.

– **Pobrzemwia tu taka teza, że proces legislacyjny został wykorzystany do tego, aby dokonać zmiany w świadomości społecznej i stopniu natężenia problemów alkoholowych...**

– Niestety tak. Emitujemy najwięcej reklam w UE. Jesteśmy przy tym największymi hipokrytami, bo pokazujemy, jak rozwiązywać problemy z urodą i dobrze się bawić przy kuflu piwa. Zastanawiam się, jaki będzie następny krok, profilaktyka szkolna? Można w ten sposób zabrać kolejny atrybut takim agendum jak nasze. Co to będzie, badania naukowe? Wspieranie wydawnictw eksperckich? Kierowane są do kilku tysięcy ludzi, więc co za problem? Likwidując obszary diagnozy choroby, wyglądamy na zdrowych.

– **Czy to tak jak z przemocą? Nie ma ustawy, nie ma problemu?**

– Tak... podjęto tam próbę zmiany definicji przemocy... To „tylko” pierwsze pobicie, jeszcze nie przemoc... Jaki to problem? Pytanie tylko, kiedy się zacznie przemoc? W efekcie podobnych działań problemów alkoholowych też będzie mniej.

– **Ale jest inny. Środowisko zaprezentowało przeciwko trybowi tych zmian.**

– Tak, i to zarówno psychoterapeuci, jak i środowisko abstynenckie, wielu z jego przedstawicieli powie „jestem alkoholikiem, jestem osobą uzależnioną od alkoholu, mnie nie interesuje leczenie narkomańskie”. Dalej w powszechnej świadomości mamy to rozgraniczenie.

– **Terapeuci też zareagowali, poczuli się wykluczeni, stracili podstawy prawne do działania, poczucie identyfikacji. Udało się jednak „odzyskać” kilka lat na dołączenie procesów, ale wszyscy inni mają kierować się już pod nowy adres. Zostały już wypracowane wspólnie przez obie instytu-**

cje podstawy merytoryczne przyszłego szkolenia.

– To zostało poukładane sensownie. Założenia uwzględniają to, co działa się do tej pory w dobrych placówkach. Uważam to za sukces obu środowisk i Agencji.

Pewne rozbieżności dotyczą samego sposobu egzaminowania, superwizowania, wątpliwości budzi kwestia dbania o standardy. Kto będzie stał na straży jakościowego procesu realizacji tych podstaw, będzie zależało już od Biura. Czy będzie jakaś rada ds. akredytacji? Kto będzie egzaminował?

nico inne. Możemy już kształcić według tego samego programu. Założenia uwzględniają problematykę rodzin, par, przemoc, zaburzenia impulsów.

– To pełne zadowolenie?

– Niekoniecznie. Mnie nie zależy na tym, żeby było jak najwięcej psychoterapeutów, ale na tym, żeby było jak najwięcej dobrze leczonych pacjentów.

Nie mamy dziś deficytu psychoterapeutów czy instruktorów psychoterapii, musimy zadbać o jakość. Staraliśmy się poprzez decyzje rady do spraw akredytacji, poprzez pytania przygotowywane przez komisje egzaminacyjne wchodzić już w te nowe obszary, mimo że nie były

rada superwizorów, rada do spraw akredytacji, można jednak powiedzieć, że dla celu, jaki postawił sobie „ktoś z zewnątrz”, ten wspólny program jest mało istotny.

– Słyszę, że stoi Pan wciąż na stanowisku, aby przywrócić stan prawny, aby to, co było w rozporządzeniu, weszło jednak do ustawy o wychowaniu w trzeźwości.

– Projekt tej ustawy jest gotowy, wnioskuję o jego przyjęcie od wielu lat. I gdyby tę ustawę wprowadzić, to mielibyśmy prawny stan taki, jaki ma KBPN. Byłaby już wspólna podstawa programowa uznana przez oba podmioty i można byłoby mówić o procesie unifikacji procesu szkolenia. Projekt ustawy uwzględnia system szkolenia, podnoszenia kwalifikacji i kwestie etyki. To byłoby spełnienie wszystkich oczekiwań środowiska. I byłby święty spokój.

– Ale go nie ma.

– Zawsze, kiedy pojawiają się nowe zapisy prawne, powtarzam: zobaczymy po analizie prawników, czy są one zgodne z prawem, bo według mnie, nie są. Choć mogę się mylić. Przekazaliśmy do Ministerstwa sześć stron uwag do całego procesu legislacji. Przygotowanie podstaw programowych jest sukcesem obu instytucji, natomiast kwestia jakości prawnej całego procesu jest nie do przyjęcia, gdyż nawet w ustawie o narkomanii nie ma zapisów o podnoszeniu kwalifikacji czy o rozwiązywaniu kwestii etycznych. Zostałyby wreszcie uregulowane problemy, o których informowałem w 2015 roku. Wszyscy zainteresowani o tych dokumentach i propozycjach wiedzieli. Stopień mojego rozżalenia jest naprawdę duży.

– Wydawałoby się, że wprowadzenie tej ustawy jest prostą sprawą...

– To jest prosta sprawa. Potrzebne jest tylko minimum dobrych chęci.

– A co na te sześć stron uwag odpowiedziało Ministerstwo?

– Nic.

– A dlaczego Pan próbuje?

– Bo znakomicie funkcjonujący system jest zagrożony. W obszarze leczenia jest około siedmiuset placówek. Gdybym odpuszczał ważne sprawy takie jak np. sprawy tego systemu, to prof. Religa nigdy na to stanowisko by mnie nie powołał. Ja nadal czuję się zobowiązany Jego decyzjami...

– Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał I.K.

**Fachowcy czy urzędnicy?**

Proces egzaminowania w PARPA jest oddany (na wzór PTP) w ręce specjalistów, a Agencja jest koordynatorem całego procesu. Cieszę się jednak z tych wypracowanych założeń. Podobnie jak w wielu uniwersytetach medycznych, które kształcą lekarzy, podstawy mają być wspólne, ale ścieżki mogą być

jeszcze zapisane w przepisach.

Według mnie te przygotowane podstawy programowe sankcjonują oczekiwania całego środowiska i nas, urzędników. Został określony zbiór oczekiwań, co do wiedzy, z jaką ma wychodzić z tego procesu terapeuta uzależnień. Dyskutowaliśmy o nich, robiliśmy konsultacje, wspierało je środowisko,

Rozmowa z Agnieszką Litwą-Janowską – Przewodniczącą Rady Superwizorów Psychoterapii Uzależnień

WRÓĆMY DO USTAWY

TERAPIA
UZALEŻNIENIA WSPÓŁUZALEŻNIENIA – Jakie uwagi ma Rada do procesu legislacyjnego?



Agnieszka Litwa-Janowska – Jako Rada Superwizorów Psychoterapii Uzależnień nie zgadzamy się z kierunkiem zmian podjętych przez Ministerstwo Zdrowia w obszarze leczenia i nadawania uprawnień do wykonywania naszej profesji. Prace „integracyjne” odbywają się na schemacie szkoleniowych regulacji obowiązujących w KBdsPN, co jest absolutnie sprzeczne z ideą integracji. Osobna dotąd ścieżka PARPA związana z terapią uzależnienia od alkoholu i członków rodzin ma dostosować się do odmiennych ram Biura i jego zasad. To zły prognostyk na przyszłość. Szkolenia są integralną częścią systemu leczenia. Osoby w trakcie certyfikacji pracują na co dzień z pacjentami w podmiotach leczniczych i współtworzą zespoły terapeutyczne, oferty leczenia. Zmiany w systemie szkoleń mają bezpośrednie przełożenie na jakość leczenia w Polsce. Trzeba zwrócić uwagę na różnice w treści szkoleń, które wynikają wprost z praktyki terapii.

Pacjenci uzależnieni od alkoholu i ich bliscy stanowią 85–91% wszystkich pacjentów uzależnionych leczonych w Polsce i są przyjmowani w około trzykrotnie większej liczbie ośrodków.

– **Nie chodzi chyba tylko o liczbę...**

– W systemie PARPA istnieje mocno rozbudowana sieć poradni i oddziałów dziennych, zaś w KBdsPN – to głównie ośrodki stacjonarne.

Mamy też wieloletnie doświadczenie terapeutów w pracy z całym systemem rodzinnym w odróżnieniu od tradycji KBdsPN. Psychoterapia w pierwszym przypadku ma korzenie w nurcie integracyjnym i jest osadzona w myśleniu systemowym. Szczyci się solidnymi podwalinami koncepcji merytorycznej.

Psychoterapia osób uzależnionych od alkoholu jest zróżnicowana i długoterminowa, skierowana na głębsze, a nie tylko objawowe zmiany. Daje to możliwość skutecznego leczenia osób uzależnionych od alkoholu i innych pacjentów zgłaszających się do tego systemu. Nurt PARPA od początku istnienia zawiera przygotowanie z zakresu psychoterapii osób z syndromami współuzależnienia i DDA oraz bliskich. Wielu pacjentów od lat otrzymuje tu możliwość skutecznej poprawy swojego stanu psychicznego, co ma leczące znaczenie dla rodzin z problemem uzależnień.

Specjaliści z tego nurtu są solidnie przygotowywani do zajmowania się przeemocą domową i traumą, co znajduje odzwierciedlenie w zakresie udzielanej pomocy w ośrodkach w systemie PARPA. Dlaczego Ministerstwo chce zrezygnować z doświadczenia i silnie zakorzenionej praktyki pracy i myśli teoretycznej w obszarze PARPA – pozostaje dla nas zagadką.

– **Jednak podstawy programowe szkolenia zostały opracowane...**

– Tworzenie wspólnego sylabusu, które miało już miejsce w trakcie jednego krótkiego spotkania, jest działaniem pozornym, bo nie przygotowujemy wspólnie wypracowanych zmian systemowych. Zatem nie możemy temu zaufać, obawiamy się, że stworzy to pozór „zlikwidowania różnic” między obu systemami, które podnosiliśmy w obliczu zrównania tytułów w procesie certyfikacji.

– **Co budzi takie zastrzeżenia?**

– Zwracamy uwagę na zasadnicze różnice trybu i organizacji szkoleń w obu nurtach. Najpoważniejsze zastrzeżenia budzi brak stałego ciała merytorycznego przy Dyrektorze Biura i niejasne

kryteria jego powoływania i funkcjonowania, które w konkursach opiniuje wartość merytoryczną ubiegających się o uzyskanie prawa do szkolenia podmiotów. Tworzy to ryzyko arbitralności czy uznaniowości.

Ten brak budzi uzasadnione wątpliwości co do brania odpowiedzialności za ważne decyzje związane z procesem nadawania uprawnień zawodowych w dziedzinie psychoterapii uzależnień.

Poza tym KBdsPN dąży do utrzymania swojej dotychczasowej praktyki opierania egzaminu certyfikacyjnego o opracowanie i zdawanie tylko jednego przypadku pracy z pacjentem uzależnionym. Doprowadzi to do zredukowania zakresu przygotowania przyszłych specjalistów psychoterapii uzależnień, czyli zrezygnowania z kształcenia dotyczącego leczenia osób bliskich. Terapeuci kształcący się w nurcie Biura nie mieli dotąd takich wymagań. Nie prowadzą przez okres trwania szkolenia pacjentów współuzależnionych, a w konsekwencji nie zdają na egzaminie umiejętności z zakresu psychoterapii tych osób.

To oczywiście, że pojawia się w środowisku KBdsPN silny opór w tej kwestii, jednak to pokazuje, jak bardzo odmienny system przygotowania jest zakończony egzaminem. Ich brak w oczekiwaniach szkoleniowych i praktyce zawodowej w przyszłości zaowocuje utratą oferty dla osób z rodzin i bliskich. To byłaby niepowetowana strata dla całego systemu leczenia w Polsce. Przypominam, że do tego jesteśmy zobligowani ustawą o wychowaniu w trzeźwości (art 23 ust.1).

– **Także w tym numerze naszego pisma słychać głosy, że egzaminy w ramach systemu Krajowego Biura są równie trudne...**

– W procesie nabywania oraz potwierdzania kwalifikacji we wszystkich, specjalistycznych dziedzinach (np. prawo, medycyna) nadaje się egzaminom należną rangę i dba o ich adekwatny do zakresu szkolenia wymiar. To świadczy o jakości i ewaluacyjnym charakterze

egzaminów. Wszystkie powyższe standardy spełnia system PARPA.

– Czy to wszystkie zastrzeżenia?

- Nadal brak uściślenia sposobu nadawania uprawnień superwizora. W środowisku superwizorów proponowane przez RSPU rozwiązania cieszą się uznaniem. Dotyczy to procesu apliko-

wywane bez dostrzeżenia i rozumienia znaczenia różnic pomiędzy nami. Zabrakło ich oszacowania, nie w kategoriach lepsze – gorsze, lecz po prostu – odmienne, powstałe w oparciu o istniejące różnice w profilu leczonych pacjentów, tradycji stosowanych form leczenia i jego metod.



wania w ramach ścieżki teoretyczno-warsztatowej, czyli przygotowania się do przyszłej roli superwizora, w tym omawiania swojej pracy konsultacyjnej czy superwizyjnej, tak jak to obecnie funkcjonuje w psychiatrii. Rada wielokrotnie przedstawiała MZ własną propozycję i możliwości uregulowania tej kwestii istotnej ze względu na znaczenie superwizji w przygotowaniu terapeutów do zawodu, a także bieżącego wsparcia i nadzoru nad rzetelnym i odpowiedzialnym wykonywaniem naszej trudnej pracy.

– Jak jest więc w tym przypadku stanowisko Rady Superwizorów?

- Biorąc pod uwagę zasadnicze różnice kształcenia psychoterapeutów uzależnień, organizacji szkoleń do certyfikatu i trybu certyfikacji w obu nurtach, jesteśmy przekonani, że oznacza to de facto likwidację świetnie zorganizowanego i wysokiej światowej klasy leczenia w obszarze uzależnienia od alkoholu. Właśnie dlatego na spotkaniu w sprawie uzgodnień w Ministerstwie Zdrowia jako przedstawiciele RSPU zgłosiliśmy zdanie odrębne.

– Co byłoby najlepszym rozwiązaniem?

- Tych kilka miesięcy jasno pokazało, że legislacyjne zmiany były przygoto-

To, co Ministerstwo Zdrowia nazywa integracją, jest zaprzepaszczeniem osiągnięć leczenia w dziedzinie uzależnienia od alkoholu poprzez zamysł podłączenia go pod system Krajowego Biura. Jeśli zamysł kontrowersyjnych dla nas rozporządzeń jest rzeczywiście, jak mówi Ministerstwo, wynikiem przeoczenia przez ustawodawcę upływającego terminu wygaszania rozporządzenia, które regulowało ścieżkę certyfikacji w PARPA, to w imieniu naszego środowiska domagamy się jak najszybszej zmiany w zapisie ustawy o wychowaniu w trzeźwości, tj. uzupełnienia jej treści o opisanie sposobu nabywania uprawnień specjalisty psychoterapii uzależnień. O te zmiany upominamy się przecież od kilkunastu lat. Do tego czasu Minister Zdrowia może zdecydować o wprowadzeniu na okres przejściowy rozporządzenia, które będzie tymczasowo regulowało możliwość szkolenia w dziedzinie leczenia osób uzależnionych od alkoholu i członków ich rodzin, utrzymując możliwość realizacji ścieżki PARPA.

– Co to wszystko może oznaczać dla środowiska?

- Obyśmy nie dali się podzielić. Nasze „alkoholowe” środowisko jest w trudnej sytuacji, takiej, która w gruncie rzeczy

odbiera stabilny, dobrze zorganizowany i prężny merytoryczny system, który wypracowaliśmy, wymuszając wcielenie nas w odmienne ramy systemu „narkotykowego”. Nieuchronnie przyczynić się to może do chaosu, pogorszenia jakości szkoleń i udzielanych świadczeń. Nawet jeśli będą głosy „zadowolonych” z ułatwień egzaminacyjnych czy prostszego zdobycia uprawnień, to niepowetowaną stratą będzie automatyczne zrezygnowanie z różnic i wymagań z nurtu „alkoholowego”, który ma według planu ustawodawcy zniknąć. W konsekwencji niestety zapłaci za to, jak zawsze, pacjent...

– Jest jakieś wyjście z tej sytuacji?

- Jako Rada Superwizorów Psychoterapii Uzależnień jesteśmy przekonani, że niezbędne jest zachowanie specyfiki i tożsamości obu nurtów. Tylko wówczas będą warunki do szukania wspólnych mianowników, co już dzieje się oddolnie, w ośrodkach, szkołach, środowiskach. Oczekujemy zaakceptowania przez tych terapeutów, którzy szkolą się i leczą pacjentów w nurcie KBdsPN, faktu, że nie możemy przyjąć takiej propozycji, która nie szanuje naszego dorobku i odbiera podmiotowość. Likwidacja nie jest integracją, a my wszyscy teraz potrzebujemy wspólnych starań o utrzymanie kształtu leczenia i szukania innych, rozwojowych możliwości zmian. Powinny one być sumą tego, co specyficzne i najlepsze w naszych dwóch nurtach.

Apelujemy zatem do kolegów z nurtu KBdsPN oraz samego Biura o wspólną pracę i mówienie jednym głosem wobec MZ. Postulujemy danie sobie czasu na zmiany, które powinny przyjąć stopniowo i mieć wymiar partnerski dla obu nurtów. Jako RSPU jesteśmy od kilku lat przygotowani do takich rozmów. Wiele konkretnych postulatów (instytucja konsultanta krajowego w dziedzinie uzależnień, specjalizacja, organizacja zintegrowanego systemu leczenia i in.) przedstawialiśmy w pismach do MZ, czy w trakcie prac Zespołu Parlamentarnego ds. Przeciwdziałania Uzależnieniom. Jak dotąd nie zostały one uwzględnione.

Mimo wszystko, nadal czekamy z nadzieją, że w Ministerstwie Zdrowia nasze argumenty będą usłyszane i respektowane.

Dziękuję za rozmowę.

I.K.

To pacjenci dokonują wyboru terapeuty, ośrodka terapeutycznego i jeśli tylko chcą zmiany w swoim życiu, wiedzą, gdzie mają ich szukać i dokąd trafić

Małgorzata Kowalcze

RAZEM CZY OSOBNO?

Kilka refleksji

Wiele ostatnio dzieje się w leczeniu uzależnień, nie zawsze dobrze. Pod koniec października ubiegłego roku na stronie Rządowego Centrum Legislacji pojawiły się projekty rozporządzeń Ministra Zdrowia, które miały zawierać kosmetyczne poprawki będące następstwem wcześniejszych zmian ustawowych. Okazało się, że z rozporządzenia w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu zniknęły zapisy dotyczące procesu prowadzenia szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień. Od 1 stycznia 2019 roku certyfikaty specjalistów i instruktorów wydane przez PARPA miały stać się odpowiednio certyfikatami, o których mowa w art.26 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii. Jednocześnie pojawił się zapis o powstaniu jednej ścieżki szkoleniowej, nad którą nadzór miało sprawować Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

DOBRE CZY ŹŁE?

Trudno o jednoznaczną odpowiedź w tej kwestii. Każda ze stron ma swoje racje. Rozumiem rozgoryczenie części środowiska. Podzielam zdanie, że integracja nie oznacza wchłonięcia. Tylko czy należy na to patrzeć jako na wchłonięcie? Może chodzi o nowe rozwiązania, które zostały wymuszone przepisami ustawowymi? Nikt nie jest i nie był przygotowany na propozycje nowych rozwiązań. Nie mam zgody na to, w jaki sposób pojawiły się te projekty, a ukazały się bez uzgodnienia ze środowiskiem terapeutycznym; o propozycjach zmian wszyscy dowiedzieli się ze strony RCL. Jednak stworzenie jednej ścieżki szkoleniowej i tym samym jednego certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień/instruktora terapii uzależnień jest słuszne i od wielu lat zwracano na to uwagę. O co więc chodzi?

W Ustawie z dnia 20 lipca 2018 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej pojawił się zapis, że specjaliści terapii uzależnień stają się specjalistami psychoterapii uzależnień (podobnie jak w PARPA). Środowisko przyjęło ten fakt ze spokojem. Pojawiło się kilka pytań, ale głównie dotyczyły one wymiany dotychczasowych certyfikatów. Projekty październikowe wywołały więcej zamieszania i dokonały podziału środowiska.

Podkreślam, nie mam zgody na sposób wprowadzenia projektów, ale nie mam też zgody na zaistniałe podziały i podejmowanie prób dewaluowania certyfikatów, zwłaszcza tych wydawanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.

Jestem superwizorem psychoterapii uzależnień KBdsPN, superwizorem Sekcji Naukowej Psychoterapii i Terapii Rodzin PTP, prowadzę superwizje indywidualne i grupowe, spotykam wielu terapeutów, zarówno szkolonych w ścieżce KBdsPN jak i PARPA. Prowadzę warsztaty szkoleniowe w kilku podmiotach szkoleniowych, jestem jednym z kierowników Szkoły Zintegrowanej Psychoterapii Uzależnień SWPS w Katowicach, rekomendowanej przez PARPA i jednoznacznie mogę powiedzieć, że przygotowanie terapeutów uzależnień jest różne, niezależnie od ścieżki szkoleniowej.

W piśmie wystosowanym 3 stycznia tego roku do Dyrektora PARPA i do Przewodniczącego Rady ds. Akredytacji Uniwersytet SWPS zwrócił uwagę m.in. na konieczność wydłużenia superwizji i stażu dla osób szkolonych, pisząc w uzasadnieniu, iż „mamy świadomość, że sam program będący I etapem szkolenia zawiera zagadnienia podstawowe z obszaru terapii uzależnień i jedynie wstępnie przygotowuje do pracy z pacjentami. Znacząca liczba słuchaczy, rozpoczynając szkolenie, nie ma żadnego lub ma bardzo małe doświadczenie w pracy tera-

peutycznej. Dlatego tak ważne jest zwiększenie liczby godzin superwizji i stażu, które umożliwi młodym terapeutom doskonalenie umiejętności terapeutycznych w oparciu o praktyczne doświadczenia. Jednocześnie uważamy, w związku z obszerną tematyką dotyczącą uzależnień i ich leczenia, że poszczególne szkoły mogłyby specjalizować się w konkretnym obszarze, poszerzając w swoim programie zagadnienia z zakresu np. terapii rodzin, psychoterapii DDA, programów ograniczania picia, uzależnień behawioralnych, uzależnienia od substancji psychoaktywnych i inne”.

Zwrócono również uwagę na słabe przygotowanie osób szkolonych do prowadzenia psychoterapii pogłębionej osób uzależnionych i ich rodzin, pisząc „w programie Zintegrowanej Szkoły Psychoterapii Uzależnień Uniwersytetu SWPS mamy dużą liczbę zajęć z kontaktu terapeutycznego, umiejętności terapeutycznych, czynników leczących. Kładziemy nacisk na doskonalenie umiejętności praktycznych np. po I roku studenci muszą dostarczyć zaświadczenie o podjęciu zatrudnienia/wolontariatu w placówce pomagającej osobom/rodzinom zmagającym się z problemem uzależnienia, a pomimo tego mamy świadomość, że studenci po ukończeniu szkoły nie są wystarczająco przygotowani do prowadzenia psychoterapii pogłębionej uzależnienia”. I taka jest rzeczywistość. Jestem przekonana, że to moment na podjęcie współpracy w środowisku i zadbanie o to, by zawód specjalisty psychoterapii uzależnień nie stracił na znaczeniu, a zyskał jeszcze większą rangę. Zyskają na tym wyłącznie nasi pacjenci.

Oczywiście różnimy się pod względem poziomu wykształcenia. Jedni mają większe doświadczenie w terapii poznawczo-behawioralnej, inni bardziej pracują w oparciu o idee społeczności terapeutycznej, jeszcze inni w psychote-



racji indywidualnej. Początkujący terapeuci pewniej czują się w swojej pracy, korzystając ze struktur, zadań; bardziej doświadczeni w większym stopniu zwracają uwagę na znaczenie relacji terapeutycznej i rozumienie problemów pacjenta, nie tylko w kontekście uzależnienia.

Od wielu lat podkreślam znaczenie indywidualizacji pracy z pacjentem oraz integracji różnych podejść terapeutycznych w terapii uzależnień.

Po raz pierwszy poruszałam ten temat na VI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej w Wiśle, organizowanej przez Medforum w 2012 roku, gdzie zwracałam uwagę na znaczenie wywiadu motywacyjnego, a także na łączenie psychoterapii i farmakoterapii u pacjentów uzależnionych od alkoholu (wystąpienie wspólne z prof. Ireną Matuszczyk-Krupką).

Z kolei temat integracji różnych podejść terapeutycznych poruszałam na Międzynarodowej Interdyscyplinarnej Konferencji „Uzależnienie problem cywilizacji XXI wieku” w Gdańsku w czerwcu 2015 roku oraz na 45 Zjeździe Psychiatrów Polskich PTP w Katowicach w czerwcu 2016 roku, gdzie miałam wystąpienia „Psychoterapia uzależnień – dlaczego? jaka? dla kogo?”. Zawsze mam nadzieję, że swoimi wystąpieniami zachęcę do pracy w uzależ-

nieniach lekarzy psychiatrów (o co coraz trudniej; pokazał to rok 2018 w momencie ogłoszenia konkursu na świadczenia usług zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia), że zmienię nieco obraz i spojrzenie na pacjenta zmagającego się z problemem uzależnienia.

Od wielu lat w psychoterapii uzależnień próbuję łączyć podejście psychodynamiczne z poznawczo-behawioralnym, korzystając również z teorii psychodramy. Bliskie jest mi myślenie, że substancje psychoaktywne, w tym alkohol, spełniają ważne psychologiczne funkcje. Pomagają naszym pacjentom lepiej radzić sobie w życiu: bronią przed przytłaczającymi stanami emocjonalnymi, podnoszą zaniżoną samoocenę, wspomagają skuteczność interpersonalną, mogą uspokajać lub wyciszać głos surowej wewnętrznej krytyki w celu przeżywania chwilowej przyjemności.

Staram się pacjenta traktować w sposób całościowy w odniesieniu do jego osobistych problemów i procesu leczenia. Uważam, że terapeuta powinien poświęcać czas pacjentowi, okazywać zaniepokojenie i nie powinien postrzegać go wyłącznie przez pryzmat mechanizmów uzależnień. One są ważne, ale nie powinny przesłaniać innych problemów pacjenta. Ważne jest, by terapeuta nie koncentrował się wyłącznie na historii picia alkoholu/używania narkotyków. Pod-

stawą skutecznej terapii jest indywidualizacja procesu terapeutycznego, reagowanie na potrzeby pacjenta i sojusz terapeutyczny zawarty pomiędzy pacjentem i terapeutą wokół wspólnych celów.

Tego też uczę młodszych kolegów, zachęcając ich do empatii, okazywania szacunku, udzielania wsparcia, ale też do konfrontacji z ograniczeniami i mechanizmami uzależnienia.

Wiele zmian wymagamy od pacjentów, ale czy my, terapeuci, jesteśmy otwarci na zmiany? Czy chętnie podejmujemy się konstruktywnych dyskusji wokół pojawiających się problemów? Czy poszukujemy rozwiązań?

Warto wykorzystać to, co zostało zrobione przez lata w terapii uzależnień w obydwu obszarach, zarówno w terapii uzależnień od alkoholu (tu wcześniej i nikt tego nie kwestionuje), jak i od narkotyków. Pojawiły się nowe uzależnienia i nowe problemy. Może to, co piszę, wydaje się oczywiste, ale tak naprawdę uzależnienie jest jedno, różni się tylko substancją, czasem specyfiką np. pacjent młodociany.

Od wielu lat pomagam pacjentom uzależnionym od alkoholu/narkotyków/hazardu, z różnym skutkiem. To pacjenci dokonują wyboru terapeuty, ośrodka terapeutycznego i jeśli tylko chcą zmiany w swoim życiu, wiedzą, gdzie trafić. My, terapeuci, musimy posiadać m.in. wiedzę, doświadczenie, umiejętność rozpoznawania problemu pacjenta i ustalenia z nim formy terapii, czasem odmowy terapii i wskazania innego miejsca/terapeuty, gdzie/u którego może uzyskać pomoc. W tym wszystkim musimy jako terapeuci być świadomi swoich ograniczeń i mocnych stron, bo przecież nie wszystkim jesteśmy w stanie pomóc i tego też musimy być świadomi.

To może jednak razem i wymiana doświadczeń? W przeciwnym wypadku będą decydować za nas inni (co pokazał październik 2018), a na tym chyba nikomu nie zależy.



Małgorzata Kowalcze

– specjalista psychologii klinicznej; specjalista psychoterapii uzależnień, supervisor KBdSPN. Supervisor Sekcji Naukowej Psychoterapii i Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, terapeuta psychodramy Polskiego Instytutu Psychodramy. Dyrektor SP ZOZ Ośrodka Profilaktyki i Leczenia Uzależnień w Zabrze.

Za pozostawieniem psychoterapii DDA w obszarze psychoterapii uzależnień przemawia fakt, że w leczeniu tych pacjentów ogromne znaczenie ma identyfikacja nie tylko objawowa, ale również związana ze źródłami doświadczanych problemów

Serafin Olczak

PSYCHOTERAPIA OSÓB Z SYNDROMEM DDA

w obliczu zmian systemowych szkolenia terapeutów uzależnień i leczenia osób uzależnionych i ich rodzin – refleksje osobiste

W ostatnim czasie przez środowisko zajmujące się szkoleniem terapeutów uzależnień i leczeniem osób uzależnionych oraz ich rodzin przetacza się gorąca dyskusja na temat kształtów zmian wynikających z propozycji Ministerstwa Zdrowia. Ścierają się dwie tradycje zajmowania się problematyką uzależnień w Polsce: „alkoholowa”, której reprezentantem jest Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, oraz „narkomańska” reprezentowana przez Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Obszarem dyskusji, sporu i podejmowanych prób wypracowania consensusu jest to, jak ma wyglądać leczenie osób uzależnionych i ich rodzin. Dotyczy to również kwestii obejmujących zakres szkoleniowy i wymagania, dotyczące nabywania uprawnień w stosunku do osób uczących się i chcących uzyskać certyfikat potwierdzający kwalifikacje zawodowe do pracy z szeroko pojętą problematyką uzależnień.

EROZJA ZAMIAST WSPARCIA

Z historycznego punktu widzenia problematyka psychologicznej pomocy osobom z syndromem DDA pojawiła się w latach osiemdziesiątych. Wprowadzana była do Polski przez Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości pod kierunkiem Jerzego Melibrody. Dość szybko stało się jasne, że system leczenia osób uzależnionych, jeśli ma obejmować różne aspekty tego złożonego zaburzenia o charakterze bio-psycho-społecznym, musi również dotyczyć tej grupy pacjentów. Co prawda, chodziło o grupę ludzi już dorosłych, aczkolwiek cierpiących z powodu traum wyniesionych z rodzin pochodzenia, w których dominującym problemem był problem uzależnienia.

Tak rozumiany system pomocy został umocowany w Ustawie o Wychowaniu w Trzeźwości i Przeciwdziałaniu Alko-

holizmowi z roku 1982 (z późniejszymi zmianami) – rozdział 1, artykuł 2

„2. Organy, o których mowa w ust. 1, popierają także tworzenie i rozwój organizacji społecznych, których celem jest krzewienie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom, jak również zapewniają warunki sprzyjające działaniom tych organizacji.”

Oczywiście ustawodawca nie precyzuje jasno, co należałoby rozumieć jako rodzinę. Jednakże organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego zostały zobowiązane do udzielania pomocy rodzinom, w skład której wchodzi przecież osoby, które dorastały w rodzinach z problemem uzależnienia.

Wydaje się, że w obliczu zmian, które następują, może niepokoić postępująca erozja ujmowania w systemie szkolenia i leczenia uzależnień osób z syndromem DDA. Może w obliczu czekającej nas integracji należałoby definicję rozszerzyć i powiedzieć raczej o osobach z syndromem DDU (Dorosłe Dzieci Uzależnionych). Przecież osoby dorastające w rodzinach z problemem narkomanii, hazardu, sicioholizmu, zakupoholizmu etc., również doświadczają poważnych psychologicznych następstw tych sytuacji. Doświadczają cech przewlekłego zespołu stresu pourazowego (PTSD) już w dorosłym życiu.

Tym bardziej niepokoi erozja w ujmowaniu tej grupy pacjentów w systemie szkolenia i leczenia. Erozja ta postępuje już od dłuższego czasu, ponieważ od szkolących się terapeutów uzależnień nie wymaga się przedstawiania pracy z osobami z syndromem DDA.

Kilka lat temu zmieniły się wymogi egzaminacyjne dla osób kształcących się i zdających egzaminy w PARPA. Co prawda w wymogach akredytacyjnych

dla szkół psychoterapii uzależnień powstał wymóg przeprowadzania zajęć na temat psychoterapii członków rodzin osób uzależnionych (zwłaszcza szkół umocowanych w systemie PARPA), ale nie ma już możliwości wyboru, z jakim pacjentem przedstawia się pracę na egzaminie.

Dawniej należało przedstawić pracę z osobą uzależnioną oraz do wyboru: pracę z osobą współuzależnioną lub z osobą z syndromem DDA. W wyniku zmian w rozporządzeniu Ministerstwa Zdrowia odnośnie zasad przeprowadzania egzaminu, zmieniono taką możliwość. W związku z tym, nie ma już możliwości na egzaminie sprawdzania rozumienia problematyki oraz umiejętności pracy z osobami z opisanym wyżej problemem.

Dodam tylko, że mówię tu o wymogach w stosunku do osób, które kształcą się w kierunku certyfikatu specjalisty psychoterapii uzależnień.

ZAPOBIEC MARGINALIZACJI

Ta sytuacja powoduje stopniową marginalizację pracy z tą częścią systemu rodziny z problemem uzależnień. Można się pokusić o refleksję natury systemowej właśnie, że w systemie lecznictwa odbywa się to, czego doświadczają te osoby w rodzinach, chodzi mi o niedostrzeganie czy też marginalizację potrzeb i wywoływanie poczucia, że w obliczu problemów nękających rodzinę, muszą radzić sobie same.

Być może to teza nieuzasadniona i brak takiej możliwości wyboru wynika z kwestii złożoności problemu i procesu terapeutycznego, wymagającego od specjalistów psychoterapii uzależnień, umiejętności z zakresu szeroko pojętej psychoterapii. Jednakże jest przyczynkiem do dyskusji o tym, czy kształcąc specjalistów w tym zakresie, nie można współpracować z uznanymi szkołami psychoterapii

i uwzględniać wzajemnych kompetencji w zakresie prowadzenia psychoterapii np. poprzez uznanie części godzin superwizji potrzebnych do uzyskania certyfikatów.

Erozja wydaje się postępować, ponieważ obecnie z obszaru wymagań egzaminacyjnych może zniknąć i ta część systemu związana ze współzależnieniem. W wymogach egzaminacyjnych obowiązujących w KBPN do uzyskania tytułu specjalisty psychoterapii uzależnień wystarczy przygotować i przedstawić opis pracy jedynie z osobą uzależnioną. W związku z tym będzie oczywiście łatwiej zdać egzamin, z czego pewnie cieszy się duża część zdających.

Jednakże martwi mnie brak oczekiwań co do tego, aby adepci praktykowali pracę nie tylko z osobami uzależnionymi, ale również z pozostałymi podsystemami. W dłuższej perspektywie może to spowodować zawężenie szkolenia psychoterapeutów uzależnień jedynie do „technologii” pracy z osobami uzależnionymi.

Za pozostawieniem psychoterapii DDA (bądź DDU – o czym pisałem wyżej) w obszarze psychoterapii uzależnień przemawia fakt, że w leczeniu tych pacjentów ogromne znaczenie ma identyfikacja nie tylko objawowa, ale również związana ze źródłami doświadczanych problemów. Nikt nie poddaje w wątpliwość sensu istnienia placówek leczących weteranów z zespołem stresu bojowego.

Istnieje wiele przesłanek za tym, iż pacjenci z rodzin z problemem uzależnień znacznie lepiej odnajdują się w grupach homogenicznych i takie warunki sprzyjają w leczeniu ich trudności.

Wydaje mi się, że praktyka pokazuje, jak głęboki sens ma zadbanie o to, aby nie stracić z oczu pacjentów cierpiących z powodu złożonego stresu pourazowego, którego podłożem jest wychowywanie się w rodzinie z problemem uzależnienia. Aby tak się stało, potrzebne jest głębsze systemowe spojrzenie. Niepokój mój wynika z faktu, iż zmiany systemowe, jakie zachodzą obecnie, preferują bardzo pragmatyczne podejście skupione przede wszystkim na osobach uzależnionych, pomijając w swych rozwiązaniach pozostałych członków systemu.



Serafin Olczak
– psycholog,
psychoterapeuta SNPTP,
specjalista psychoterapii
uzależnień PARPA, na co
dzień kierownik Ośrodka
Psychoterapii DDA
w Krakowie.

Od jakiegoś czasu coraz częściej pojawia się pytanie, w jakim kierunku powinna rozwijać się psychoterapia uzależnień. Nietatwo na nie odpowiedzieć, gdyż pomoc osobom uzależnionym nie ogranicza się do psychoterapii prowadzonej tylko w jednym z uznanych nurtów psychoterapii

Elżbieta Rachowska

Nie popadać w rutynę

Nie wszystkie proponowane oddziaływania, kierowane do pacjentów uzależnionych, mają charakter prowadzenia psychoterapii. Nie bez znaczenia jest dobre poradnictwo, psychoedukacja, wsparcie społeczne, interwencja kryzysowa oraz terapia rodzin nie tylko w ujęciu systemowym czy terapia par.

Podstawowe problemy, jakie pojawiają się w dyskusji, brzmią następująco: jaką przyjmujemy definicję psychoterapii, jakie są cele psychoterapii uzależnień oraz rodzaj oczekiwanych zmian w wyniku prowadzonej psychoterapii. Inne kontrowersje będą pojawiały się w związku z przyjętą definicją uzależnienia.

Coraz częściej odwołujemy się do korzystania z interwencji, które zostały naukowo zbadane, poddane ocenie klinicznej i w jej wyniku uznane za właściwe do leczenia danego zaburzenia, osoby lub populacji. Przy ocenie metod leczenia uzależnień konieczne jest uwzględnienie wielu zróżnicowanych źródeł informacji, a interpretowanie dostępnych danych często nie jest proste.

Niektóre metody leczenia np. terapia konfrontacyjna, okazały się nieskuteczne w przypadku uzależnień, za to większość programów behawioralnych uzyskuje w badaniach porównywalne oceny, chociaż większość z nich istotnie różni się założeniami na temat przyczyn zaburzeń i procesu leczenia.

* * *

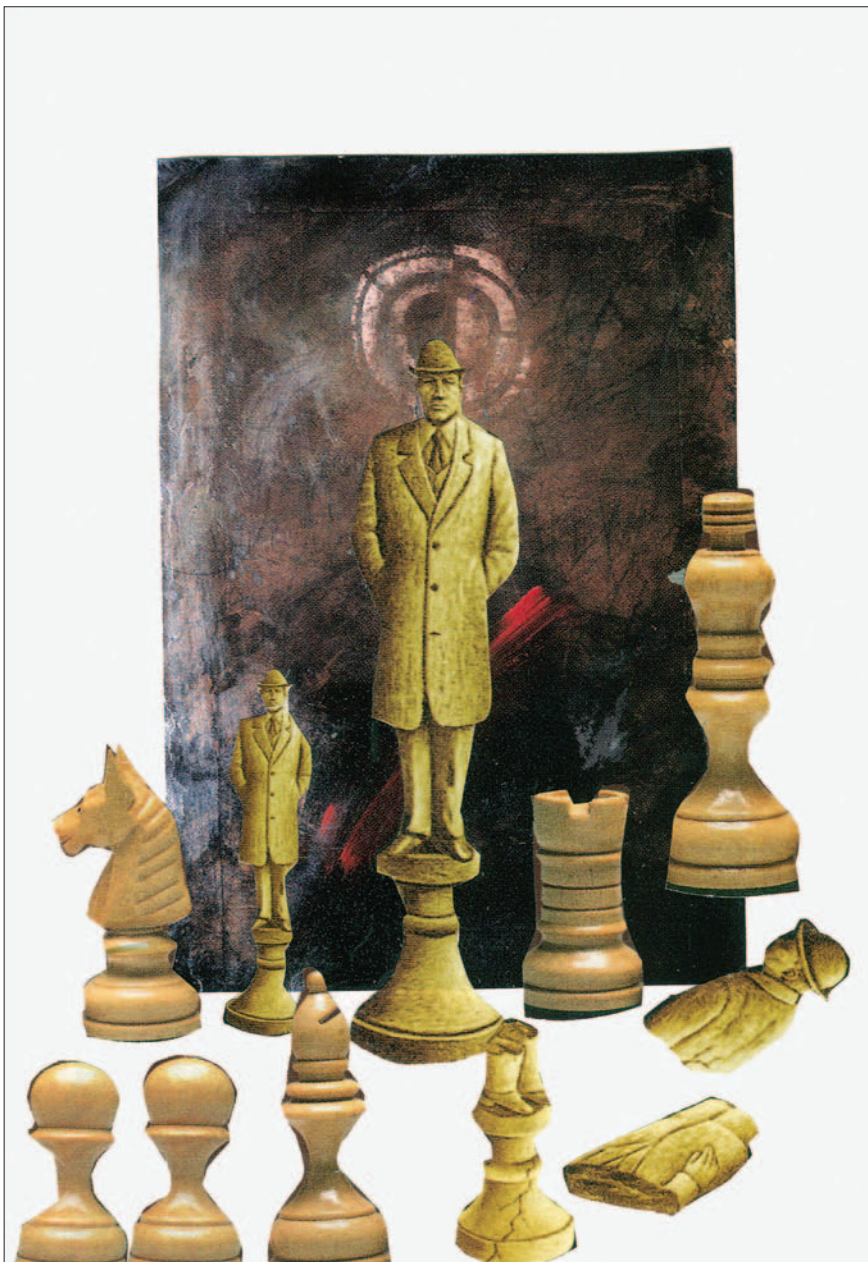
Fascynujące badania mózgu wykorzystujące metody neuroobrazowania wskazują, że funkcjonowanie tego narządu może się zmieniać podczas pomyślniej psychoterapii, co tworzy pomosty między teorią tych metod leczenia a mechanizmami neurobiologicznymi. Terapeuci wykształceni na gruncie teorii psychologicznych wierzą, że efekty psychologiczne wynikają głównie z wewnętrznego

zrozumienia problemu, rozwiązywania konfliktów i przebudowy myślenia. Często nie zwracają uwagi na mechanizmy działania mózgu leżące u podłoża tych procesów. Współczesne badania ujawniają korelaty neurotransmiterowe takich koncepcji psychologicznych jak: antycypacja, nagroda i poszukiwanie narkotyku.

Niektórzy ludzie mogą uważać, że skoro leczymy „uzależnienie” poprzez terapię słowem (psychoterapia, spotkania grupowe, mityngi w ramach programu 12 kroków), to uzależnienie musi być problemem behawioralnym. Stwierdzone rozregulowanie neurobiologiczne wskazują wyraźnie na uzależnienie chemiczne jako chorobę medyczną. Dlatego myślę, że często niedoceniany jest aspekt adekwatnego wsparcia farmakologicznego w terapii uzależnień.

Pomimo, że od bardzo wielu lat jestem związana z leczeniem uzależnień w placówce stacjonarnej dla osób uzależnionych od narkotyków, uważam, że głównym centrum leczenia osób uzależnionych i ich rodzin powinny być ambulatoria oferujące zróżnicowaną i adekwatną do potrzeb pacjentów ofertę. Do wielu placówek stacjonarnych pacjenci trafiają bez wcześniejszego systematycznego kontaktu z poradnią dla osób uzależnionych. Skierowania do ośrodków i oddziałów często wydają lekarze po bardzo krótkim i powierzchownym kontakcie z pacjentem. To właśnie w ambulatorium powinna dokonywać się diagnoza nie tylko uzależnienia, ale także oceny zdrowia psychicznego pacjenta oraz innych jego problemów oraz ustalenie celów terapii. W zależności od potrzeb i możliwości pacjenta zaproponowanie mu adekwatnego także do etapu zmiany według transteoretycznego modelu zmiany programu terapeutycznego.

Nie bez znaczenia jest podjęcie pracy terapeutycznej nad zwiększeniem moty-



wacji. Myślę, że przyczyniłoby się to do efektywniejszej pomocy pacjentom, którzy w bardziej świadomy sposób mogliby korzystać z terapii stacjonarnej, gdyby do niej byli kierowani przez poradnię.

Kontakt z poradnią jako pierwszym miejscem dla osoby szukającej pomocy nie jest jedynym problemem. Często pacjenci, którzy kończą terapię w placówce stacjonarnej, nie mogą otrzymać adekwatnej oferty dla kontynuowania terapii, której większość pacjentów po zakończeniu terapii stacjonarnej w różnym zakresie często nadal potrzebuje.

Uzależnienia mają charakter biologiczny, psychologiczny, społeczny i duchowy. W terapii uzależnień ujawniają się potrzeby wszystkich tych sfer, dlatego powinniśmy myśleć o podejściu holistycznym i interdyscyplinarnym.

Aktualnie jesteśmy w sytuacji wielu możliwości, kształcenia się terapeutów w różnych podejściach i nieograniczonego dostępu do literatury, badań, konferencji służących wymianie poglądów i doświadczeń.

Z drugiej strony, w swoim podstawowym miejscu pracy terapeuci uzależnień są często stosunkowo nisko wynagradzani, przeciążeni dosyć zrutynizowaną pracą, co także nie sprzyja gotowości do wprowadzania zmian w programach terapeutycznych. Niewątpliwie jesteśmy w momencie, kiedy dysponujemy doświadczeniem i wiedzą, jakie formy pomocy terapeutycznej mogą być skuteczne dla pacjentów uzależnionych. Jednak, aby przyniosło to wymierne korzyści, potrzeba rozwiązań systemowych zintegro-

wanej pomocy, co wiąże się z odpowiednimi nakładami finansowymi.

Często placówki dla osób uzależnionych od alkoholu i narkotyków dysponują stosunkowo niedużą kadrą terapeutów obciążoną kwestią wypracowania kontraktu z NFZ. W zespołach tych często nie ma czasu na zebrania kliniczne czy też dokonywanie modyfikacji programów terapeutycznych, co wymaga także dodatkowego czasu, poza prowadzeniem terapii indywidualnej czy grupowej z pacjentami.

Ważnym aspektem jest także realistyczne określenie celów terapii w zależności od długości trwania programu, ale także etapu zmiany, w jakim jest pacjent oraz jego celów indywidualnych. Mam poczucie, że często programy krótkoterminowe (6–8 tygodniowe) są przeładowane treściami niedostosowanymi do poziomu zmiany pacjentów, których większość jest na etapie prekontemplacji czy kontemplacji, natomiast program adresowany jest do pacjentów na etapie działania lub przygotowania do działania.

Ten rodzaj braku refleksji i rutyna powodują często frustrację po obu stronach, terapeuty i pacjenta. W niewystarczającym stopniu uwzględniamy w procesie terapeutycznym status neuropsychiczny pacjenta, od którego zależy zdolność do przetwarzania informacji, cechy osobowości, czynniki związane z podwójną diagnozą i inne.

Osoby uzależnione bywają przytłoczone problemami i nie kontrolują podstawowych aspektów swego życia. Rolą terapeuty na początku terapii jest pomóc pacjentowi w nazwaniu, definiowaniu i ustaleniu priorytetów odnoszących się do celów związanych z nadużywaniem substancji, jak i tych związanych z tym pośrednio (sprawy rodzinne, zawodowe, finansowe).

Inną kwestią jest proces kształcenia psychoterapeutów uzależnień, który dałby im możliwość nie tylko zdobywania wiedzy, ale także praktycznych umiejętności przydatnych w procesie terapii uzależnień.



Elżbieta Rachowska
– specjalista psychologii klinicznej, specjalista psychoterapii uzależnień, supervisor PARPA, KBPN, kierownik Ośrodka Terapii Odwykowej Uzależnień w Toruniu, kierownik specjalistycznego szkolenia dla terapeutów uzależnień w ramach IPZ PTP.

WHO zdecydowało, że podstawowa opieka zdrowotna będzie tym obszarem, dzięki któremu uda się zwiększyć rozpoznawalność zaburzeń psychicznych oraz rozpocząć leczenie od bardzo wczesnego etapu. Ma to dotyczyć również szkodliwego używania bądź uzależnienia od alkoholu

Robert Modrzyński, Małgorzata Ziębińska

„ALKOHOLIZM” – ZABURZENIE CZY NIEULECZALNA CHOROBA?

DIAGNOZA UZALEŻNIENIA W OPARCIU O DSM-5 ORAZ ICD-11 CZ. II

Organizacje zajmujące się zdrowiem publicznym zgodnie przyznają, że problemem, z którym zmagają się współczesny świat, jest fakt, że większość osób cierpiących na zaburzenia psychiczne nie otrzymuje żadnego leczenia. Klinicyści od lat biją na alarm, by wprowadzić bardziej praktyczny w zastosowaniu system klasyfikacji zaburzeń o bardziej praktycznym zastosowaniu aniżeli dotychczas stosowane.

Celem Światowej Organizacji Zdrowia przy wprowadzaniu ICD-11 była przede wszystkim poprawa użyteczności diagnozy klinicznej. Oficjalne prace nad rewizją klasyfikacji zaburzeń rozpoczęły się już w 2005 roku. Powołano Roboczą Grupę Ekspertów, których zadaniem było opracowanie zmian na podstawie dostępnych badań oraz praktyki klinicznej. WHO zdecydowało, że podstawowa opieka zdrowotna będzie tym obszarem, dzięki któremu uda się zwiększyć rozpoznawalność zaburzeń psychicznych oraz rozpocząć leczenie od bardzo wczesnego etapu. Aby to osiągnąć, należy dostosować system diagnostyczny w taki sposób, aby mogli korzystać z niego nie tylko specjaliści, ale także szeroka grupa osób świadcząca usługi w zakresie opieki podstawowej.

Głównym założeniem stało się ograniczenie ilości zaburzeń do mniej niż stu kategorii. Uproszczone kryteria diagnostyczne do postaci elastycznych ścieżek diagnostycznych tak, aby były łatwiejsze do zapamiętania i zastosowania przez klinicystów (1).

W tym miejscu warto poświęcić uwagę praktycznemu znaczeniu zmian, jakie prawdopodobnie pojawią się w nowej wersji ICD-11. Otóż uproszczenie kryteriów diagnostycznych w celu poprawienia jej użyteczności niesie za sobą możliwość wcześniejszego rozpoznawania problemów pacjentów z obszaru używania alkoholu. To z kolei stwarza szansę na wcześniejsze reagowanie na pojawiające się problemy, zapobieganie im, ale też przeciwdziałanie pojawieniu się kolejnych, narastających negatywnych konsekwencji używania substancji.

Wyklarowanie kryteriów diagnostycznych w taki sposób, żeby rozpoznanie było możliwe już na poziomie podstawowej opieki medycznej, oznacza przeniesienie diagnostyki z poziomu opieki specjalistycznej do innych obszarów świadczonej opieki zdrowotnej.

Odtąd szkodliwe używanie alkoholu czy uzależnienie mogłyby być rozpoznawane już przez lekarza pierwszego kontaktu, niekoniecznie przez psychiatrę w poradni czy oddziale leczenia

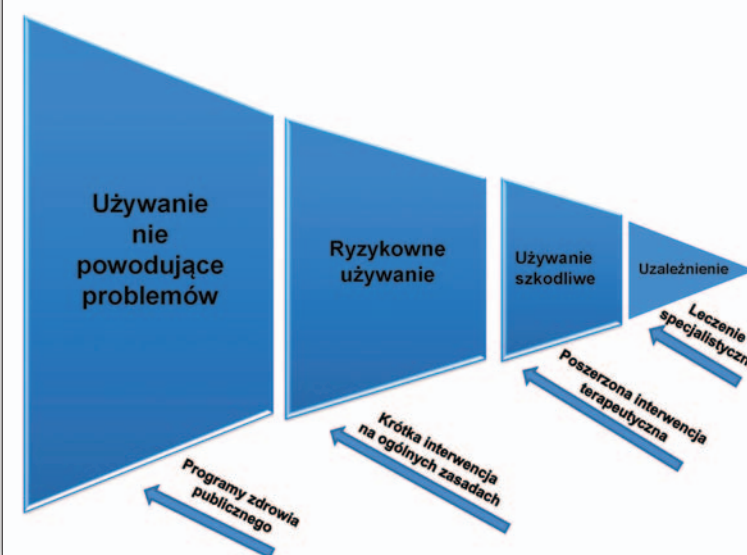
uzależnienia.

Z jednej strony taka sytuacja niewątpliwie rozszerza dostęp pacjenta do diagnostyki, daje możliwość szybszego zareagowania na problem i uzyskania pomocy. Z drugiej niesie ze sobą ryzyko zbyt szybkiego czy „łatwego” stawiania diagnozy, która zawsze jest dla pacjenta trudna.

ICD-11 – „NOWE STARE ZMIANY”

W zakresie dotyczącym używania substancji psychoaktywnych ICD-11 zachowało całkowicie odrębne, wzajemnie wykluczające się, diagnozy szkodliwego używania alkoholu oraz uzależnienia. Pojawiła się hierarchizacja, uznano ryzykowne używanie alkoholu jako wzorzec picia umiejscowiony w dziale dotyczącym czynników wpływających na zdrowie. Obszar zaburzeń używania alkoholu według ICD-11 oraz przewidziane propozycje oddziaływań terapeutycznych przedstawia poniższy schemat (2–4, 5,6).

Schemat 1. Struktura zaburzeń używania alkoholu według ICD-11 oraz przewidziane oddziaływania terapeutyczne.



Zaburzenia związane z używaniem substancji zostały w ICD-11 podzielone na kategorie: aktualne używanie substancji powiązane z jego natychmiastowym działaniem (pojedynczy epizod, powtarzający się wzorzec, uzależnienie) oraz zaburzenia związane z pojawiającymi się komplikacjami zdrowotnymi mającymi swoje źródło w używaniu substancji. Wśród tych pierwszych za-

warte zostały uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

W ogólnej kategorii o kodzie 6C40 Zaburzenia związane z używaniem alkoholu mieszczą się następujące jednostki nozologiczne (7):

- 6C40.0 Pojedynczy epizod szkodliwego używania alkoholu
- 6C40.1Szkodliwy wzorzec używania alkoholu
- 6C40.10Szkodliwy wzorzec używania alkoholu, epizodyczny
- 6C40.11 Szkodliwy wzorzec używania alkoholu, ciągły
- 6C40.1Z Szkodliwy wzorzec używania alkoholu, niespecyficzny
- 6C40.2 Uzależnienie od alkoholu
- 6C40.20 Uzależnienie od alkoholu, używanie ciągłe
- 6C40.21 Uzależnienie od alkoholu, używanie epizodyczne
- 6C40.22 Uzależnienie od alkoholu, wczesna pełna remisja
- 6C40.23 Uzależnienie od alkoholu, utrwalona częściowa remisja
- 6C40.24 Uzależnienie od alkoholu, utrwalona pełna remisja
- 6C40.2Z Uzależnienie od alkoholu, nieokreślone

Uzależnienie opisywane jest jako zaburzenie kontroli używania substancji wynikające z powtarzającego się lub ciągłego używania danej substancji. Centralną cechą uzależnienia jest silna, wewnętrzna potrzeba użycia manifestująca się upośledzoną zdolnością kontroli nad używaniem substancji. Następuje wzrost znaczenia i przedkładanie używania nad inne aktywności oraz uporczywe używanie substancji pomimo występujących szkód i konsekwencji z tym związanych. U osób uzależnionych często rozwija się tolerancja oraz objawy abstynencyjne (5–6, 8–10).

Diagnoza wymaga obecności dwóch lub trzech głównych cech uzależnienia występujących w tym samym czasie i powtarzających się wielokrotnie przez okres ostatnich dwanaście miesięcy bądź obecnych w sposób ciągły przez okres co najmniej jednego miesiąca (7,5,9,10–11). Te cechy to:

- Upośledzona kontrola używania substancji – ilości spożywanej substancji, okoliczności oraz momentu rozpoczynania lub zakończenia używania. Często, lecz niekoniecznie zawsze, towarzyszy temu subiektywna, silna potrzeba, czyli głód substancji.
- Używanie substancji staje się priorytetem, uzyskując pierwszeństwo nad zainteresowaniami, przyjemnościami, codziennymi aktywnościami, obowiązkami czy zdrowiem i dbaniem o siebie. Używanie substancji zaczyna odgrywać główną rolę, spychając na dalszy plan inne obszary życia. Używanie substancji często jest kontynuowane pomimo szkodliwych konsekwencji z tym związanych.
- Cechy fizjologiczne (wskazujące na neuroadaptację substancji) objawiające się:
 - tolerancją,
 - objawami odstawiennymi występującymi w następstwie przerwania lub ograniczenia użycia lub
 - powtarzającym się stosowaniem substancji (lub farmakologicznie do niej podobnej), aby złagodzić lub nie dopuścić do pojawienia się objawów odstawienia.

Wydźgnięcie kategorii pojedynczego epizodu szkodliwego picia jest nowością w ICD-11, pozostałe jednostki nozologiczne wskazują już na pewien powtarzalny schemat. Szkodliwy wzorzec używania alkoholu oraz uzależnienie podzielono na dwa wzorce (5,9,7,11,12):

- z ciągłym użytkowaniem – odnosi się do picia codziennego lub prawie codziennego przez okres jednego miesiąca lub dłużej
- epizodycznym użytkowaniem – wiąże się z picciem (krótszym niż miesiąc, powodującym szkody, często intensywnym), ale i z okresami abstynencji.

Wprowadzono także trzy okresy remisji:

- pełna wczesna remisja (abstynencja od jednego do dwunastu miesięcy),
- utrwalona częściowa remisja (ograniczenie ilości spożywanego alkoholu przez ponad dwanaście miesięcy, brak występujących już objawów uzależnienia)
- utrwalona, pełna remisja (abstynencja przez dwanaście miesięcy lub dłużej).

Trzy główne obszary, obrazujące uzależnienie, mają stanowić przewodnik dla specjalistów decydujących o doborze właściwej terapii czy włączeniu leczenia farmakologicznego. Są one

Tabela 1. Porównanie objawów uzależnienia od alkoholu według ICD-11 oraz ICD-10.

Objawy uzależnienia wg ICD-11	Odpowiadające im objawy wg ICD-10
Upośledzona kontrola ...	• Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia • Upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych z piciem ...
Używanie substancji staje się priorytetowe w życiu ...	• Z powodu picia alkoholu – narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań ... • Uporczywe picie alkoholu, mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia ...
Cechy fizjologiczne ...	• Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu ... • Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego ...

w pełni zgodne z objawami prezentowanymi w ICD-10. W tabeli poniżej przedstawiono zestawienie objawów ICD-11 wraz z odpowiadającymi im kryteriami ICD-10 (1,9,13,14,15).

OBJAWY UZALEŻNIENIA WG ICD-11

Odpowiadające im objawy wg ICD-10

Upośledzona kontrola ...

- Silne pragnienie lub poczucie przymusu picia
- Upośledzona zdolność kontrolowania zachowań związanych piciem...

Używanie substancji staje się priorytetowe w życiu...

- Z powodu picia alkoholu – narastające zaniedbywanie alternatywnych źródeł przyjemności lub zainteresowań...
- Uporczywe picie alkoholu, mimo oczywistych dowodów występowania szkodliwych następstw picia...

Cechy fizjologiczne...

- Zmieniona (najczęściej zwiększona) tolerancja alkoholu...
- Fizjologiczne objawy zespołu abstynencyjnego...

Szkodliwy wzorzec używania alkoholu – wcześniej rozpoznawany jako picie szkodliwe, definiowany jest jako picie alkoholu, które powoduje szkody zdrowotne, fizyczne lub psychiczne. Za uważalny jest specyficzny wzorzec picia, który powoduje szkody u danej osoby lub jest przejawem takich zachowań, które mogą wyrządzić szkodę na zdrowiu innych. Wzorzec ten musi utrzymywać się przez okres co najmniej dwunastu miesięcy w przypadku sporadycznego używania bądź przez co najmniej jeden miesiąc, jeśli picie alkoholu było codzienne. Szkoła pojawia się w wyniku (co najmniej jednego z poniższych):

- zachowania związanego z upojeniem/odurzeniem;
- bezpośredniego lub pośredniego działania alkoholu na poszczególne organy lub cały organizm;
- szkodliwego sposobu jego przyjmowania.

Należy podkreślić, że diagnoza szkodliwego używania alkoholu odnosi się do zachowań związanych z piciem alkoholu, które nie spełniają kryterium upośledzenia kontroli. Nowością w stosunku do picia szkodliwego według ICD-10 jest poszerzenie tej kategorii o zachowania powodujące szkody u innych osób (9,16-17).

RYZKOWNIE, ALE JESZCZE BEZ SZKÓD

Do rozdziału dotyczącego zaburzeń używania substancji nie włączono ryzykownego używania alkoholu, lecz potraktowano je jako czynnik ryzyka. Powszechnie wiadomo, że np. ilość spożywanego alkoholu jest związana z większym prawdopodobieństwem uszkodzenia wątroby itp. Ryzykowne używanie definiowane jest jako wzorzec używania alkoholu, znacznie zwiększający ryzyko pojawienia się konsekwencji dla zdrowia fizycznego lub psychicznego u osoby pijącej w takim stopniu, że wymaga konsultacji specjalisty. Zwiększone ryzyko może wynikać z częstotliwości spożywania alkoholu, jego ilości wypijanej jednorazowo czy też pojawiających się niebezpiecznych zachowań i okoliczności związanych z piciem. Ryzyko to jest związane z bezpośrednimi, natychmiastowymi skutkami działania alkoholu lub może być efektem skumulowanego długotrwałego oddziaływania alkoholu na funkcjonowanie osoby oraz jej zdrowie fizyczne bądź/i psychiczne. Ryzykowny sposób picia alkoholu nie spowodował jeszcze szkód dla zdrowia fizycznego lub psychicznego, lecz taki wzorzec picia utrzymuje się, mimo wiedzy o możliwym ryzyku (7,11,16-18).

Ryzykowne używanie substancji to pojęcie istotne w kontekście profilaktyki oraz zdrowia publicznego. WHO od dawna posługiwało się terminem „hazardous” dla określenia takiego sposobu używania, który łączy się z ryzykiem wystąpienia szkodliwych konsekwencji. Tak pojmowane używanie substancji nie ma swojego odzwierciedlenia w pozostałych klasyfikacjach. Pośrednio ujmuje to DSM-5 w kryterium używania w sytuacjach fizycznie ryzykownych (5,12).

Osobną kwestią w diagnozie uzależnienia jest występowanie tolerancji czy też objawów zespołu abstynencyjnego w sytuacji długotrwałego leczenia silnymi lekami przeciwbólowymi. Częstą praktyką jest przepisywanie leków zawierających paracetamol z kodeiną lub zawierających morfinę. Czy w takich przypadkach należy również diagnozować uzależnienie skoro tolerancja jest naturalnym następstwem przyjętego leczenia?

Systemy klasyfikacyjne przyjęły w tym zakresie odrębne stanowiska. DSM-5 określa specjalny wyjątek zarezerwowany dla substancji, która pojawiła się jako element leczenia, natomiast w ICD-11 muszą wystąpić dwa z trzech centralnych objawów. Samo występowanie tolerancji, czy zespołu odstawiennego, nie jest wystarczającym powodem spełnienia kryteriów uzależnienia.

Odmienne została również rozwiązana kwestia zaburzeń będących następstwem używania alkoholu – w DSM-5 ten typ zaburzeń traktowany jest odrębnie w kategorii sposobów radzenia. Diagnozę stawia się w sytuacji, kiedy historia używania substancji wyjaśnia pojawienie się późniejszych zaburzeń. W ICD-11 zaburzenia takie jak: majaczenie alkoholowe, zaburzenie psychiatryczne czy inne zaburzenia nastroju występują w postaci listy pod daną substancją.

Podsumowując, należy zauważyć, że w porównaniu z DSM5, ICD-11 podąża za dotychczasowym paradygmatem rozumienia problemów związanych z używaniem alkoholu. Nie można się tu spodziewać rewolucji we wprowadzanych zmianach,

a przynajmniej nie w tej skali, którą zaproponowało Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Jeszcze nie wiadomo, czy zakładane jako użyteczne, uproszczenia diagnostyczne przyniosą oczekiwane rezultaty i będą krokiem w dobrym kierunku.

Z perspektywy diagnostów, stosujących klasyfikacje zaburzeń Światowej Organizacji Zdrowia, zmieni się jednak raczej niewiele, co prawdopodobnie przełoży się na niezbyt wielkie zmiany w myśleniu psychiatrów i terapeutów, a to z kolei na ofertę kierowaną do pacjentów. Z ostatecznymi wnioskami należy się jednak wstrzymać do czasu opublikowania rewizji ICD.

Bibliografia

1. Chung T, Cornelius J, Clark D, Martin C. Greater Prevalence of Proposed ICD-11 Alcohol and Cannabis Dependence Compared to ICD-10, DSM-IV, and DSM-5 in Treated Adolescents. *Alcohol Clin Exp Res* 2017; 41(9): 1584-92.
2. Saunders JB. Substance dependence and non-dependence In the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and the International Classification of Diseases (ICD): can an identical conceptualization be achieved? *Addiction* 2006; 101: 48-58.
3. Takahashi T, Lapham G, Chavez LJ, et al. Comparison of DSM-IV and DSM-5 criteria for alcohol use disorders In VA primary care patients with frequent heavy drinking enrolled in a trial. *Addict Sci Clin Pract* 2017; 12(17): 1-10.
4. Mohler-Kuo M, Foster S, Gmel G, Dey M, Dermota P. DSM-IV and DSM-5 alcohol use disorder among Young Swiss men. *Addiction* 2014; 110: 429-40.
5. Saunders JB. Understanding Addiction: Perspectives from DSM-5 and ICD 11. <http://www.southpacificprivate.com.au/sites/default/files/dinnerdiscussionaddiction.pdf> [dostęp: 20 sierpnia 2018].
6. Poznyak V. Defining and diagnosing addiction. Training With Stakeholders. Applying EU Addiction Research. 2017. https://www.twist-train.eu/images/presentations/07_Defining-diagnosing_TWIST_2017_Vladimir%20Poznyak.pdf [dostęp: 20 sierpnia 2018].
7. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [dostęp: 10 sierpnia 2018].
8. Poznyak V. Alcohol Use Disorders: Their Status in the Draft ICD-11: 100. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(9): 869-70.
9. Saunders JB, Peacock A, Degenhardt L. Alcohol Use Disorders in the Draft ICD-11, and How They Compare with DSM-5. *Curr Addict Rep* 2018; 5: 257-64.
10. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. Mental and behavioural disorders In the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. *Psychiatr Pol* 2017; 51(2): 169-95.
11. Saunders JB. Substance use and addictive disorders In DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Addictive Disorders* 2017; 30: 1-11.
12. Grant JE, Chamberlain SR. Expanding the Definition of Addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS Spectr* 2016; 21(4): 300-3.
13. Kuester A, Kohler K, Ehring T, et al. Comparison of DSM-5 and proposed ICD-11 criteria for PTSD with DSM-IV and ICD-10: changes In PTSD prevalence in military personnel. *European Journal of Psychotraumatology* 2017; 8: 1-12.
14. Higuchi S, Nakayama H, Mihara S, et al. Inclusion of gaming disorder criteria in ICD-11: A clinical perspective in favor. *J Behav Addict* 2017; 6(3): 293-5.
15. Lago L, Bruno R, Degenhardt L. Concordance of ICD-11 and DSM-5 definitions of alcohol and cannabis use disorders: a population survey. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(7): 673-84.
16. Poznyak V. Alcohol Use Disorders: Their Status in the Draft ICD-11: 100. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(9): 869-70.
17. Saunders JB, Peacock A, Degenhardt L. Alcohol Use Disorders in the Draft ICD-11, and How They Compare with DSM-5. *Curr Addict Rep* 2018; 5: 257-64.
18. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. Mental and behavioural disorders In the ICD-11: concepts, methodologies, and current status. *Psychiatr Pol* 2017; 51(2): 169-95.

dr Robert Modrzyński – psycholog, specjalista psychoterapii uzależnień, adiunkt w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii UMCS w Lublinie.

Małgorzata Ziębińska – prawnik, socjolog, psychoterapeuta systemowy w procesie certyfikacji Wielkopolskiego Towarzystwa Terapii Systemowej, specjalista psychoterapii uzależnień w procesie certyfikacji PARPA.

„Przeciwieństwem uzależnienia nie jest trzeźwość. Przeciwieństwem uzależnienia jest więź.” – Johann Hari

Maria Napierała

Nieadaptacyjne schematy w zespole uzależnienia

Model uzależnienia w terapii schematów

Pojęcie uzależnienia, na którym opiera się klasyczna terapia poznawczo-behawioralna (CBT), częściowo pochodzi z serii eksperymentów, które wykonano w XX wieku. To proste eksperymenty, które polegały na zamknięciu szczura w klatce i podaniu mu dwóch poidel: z wodą oraz z wodą zmieszaną z substancją uzależniającą. Szczury w tej sytuacji prawie zawsze wybierały wodę zmieszaną z substancją i w konsekwencji szybko umierały.

W 1970 roku profesor Bruce Alexander zmodyfikował procedurę eksperymentu i zbudował klatkę, którą nazwał „szczurzym parkiem”. Był to taki raj dla szczurów. Mnóstwo sera, wielkie ilości kolorowych kulek, mnóstwo tuneli. Co najważniejsze, szczury miały dużo towarzystwa. Profesor również podał szczurom dwa poidelka: wodę czystą i z domieszką narkotyku. W tej wersji eksperymentu stało się coś niezwykłego: w szczurzym parku woda z domieszką nie cieszyła się powodzeniem. Szczury prawie jej nie piły. Żaden nie wybierał jej kompulsywnie. Żaden nie przedawkował. Od stu procent przedawkowania w izolacji osiągnięto wynik zero procent w życiu szczęśliwym, ze związkami z innymi.

Przywołany przykład z wykładu Johanna Hariego obrazuje zmianę rozumienia uzależnienia w klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej. W klasycznym ujęciu relacja terapeutyczna uznawana jest za czynnik istotny i konieczny do osiągnięcia sukcesu w terapii. Nie jest to jednak czynnik leczący.

Terapia schematów (lub schematu) – łącząca elementy terapii poznawczo-behawioralnej, psychodynamicznej, Gestalt i teorii przywiązania – cieszy się coraz większą popularnością dzięki potwierdzonej empirycznie skuteczności. Terapia stawia sobie za cel zwiększenie skuteczności w leczeniu zaburzeń osobowości. Wśród osób cierpiących na zaburzenia związane z używaniem substancji, patologia osobowości jest bardzo rozpowszechniona i często w praktyce okazuje się, że jeśli nie

wprowadzi się leczenia tła, na którym rozwinęło się uzależnienie, objaw w postaci używania substancji powraca.

Terapia schematów nastawiona jest na zmniejszanie przewlekłych objawów i w tradycyjnym ujęciu stosuje się ją, gdy ostre objawy zaburzenia zostaną zatrzymane. Oznacza to, że do momentu używania substancji należy stosować klasyczną terapię uzależnień zgodną ze standardami. W momencie, gdy ostre objawy uzależnienia znikną, zgodnie z zaleceniami, gdy jest to uzasadnione, należy wprowadzać dodatkowe oddziaływania terapeutyczne.

Coraz więcej badań wskazuje jednak, że terapie z tzw. podwójnym skupieniem (kładące nacisk zarówno na zaburzenia z osi I i osi II w tym samym czasie) są bardziej skuteczne w przypadku leczenia uzależnienia u osób z zaburzeniami osobowości (Ball, 1998; Van Den Bosch i wsp., 2004; 2007). Niedawno, w oparciu o badania dotyczące częstości występowania określonych schematów w zespole uzależnień, Ball opracował terapię schematów o podwójnym skupieniu dla osób uzależnionych z zaburzeniem osobowości w tle Dual Focus Schema Therapy DFST (1998; Ball i Young, 2000).

TERAPIA SCHEMATÓW – PODSTAWOWE POJĘCIA

Teoria schematów

Schemat jest stabilnym, trwałym wzorcem reagowania, który składa się z wspomnień, reakcji fizjologicznych, myśli i przekonań, wzorów działania oraz relacji. Schemat jest wynikiem doświadczeń z tzw. ważnymi osobami (rodzicami, opiekunami, rówieśnikami). Rozwija się w dzieciństwie lub w wieku dojrzewania (bądź w wyniku traumatycznych doświadczeń w dorosłości) i kształtowany jest przez resztę życia. Schemat ma często charakter wiedzy ukrytej, tzn. jest nieuświadomiony.

Każdy z nas posiada szereg schematów,

co nie musi oznaczać jeszcze, że jesteśmy zaburzeni. Różnica między zdrowiem a zaburzeniem odzwierciedlona jest bardziej w wymiarze ilościowym niż jakościowym. Oznacza to, że dopiero, gdy dojdzie do usztywnienia pewnych schematów, możemy zacząć funkcjonować w sposób nieadaptacyjny, tzn. np. w momencie, gdy partner do nas nie oddzwania, możemy uruchomić sztywno schemat opuszczenia, zamiast elastycznie reagować na sytuację.

Do usztywnienia schematu dochodzi w wyniku niezaspokojenia określonych potrzeb w dzieciństwie. Kiedy rodzice nie mogą w większym stopniu zaspokajać podstawowych potrzeb emocjonalnych dziecka, może dojść do usztywnienia określonego schematu. Dla określenia takiego schematu używa się terminu nieadaptacyjny schemat wczesnodziecięcy. Podstawowe potrzeby dzieci obejmują:

- bezpieczne przywiązanie do innych,
- autonomię, kompetencje i poczucie tożsamości,
- wolność wyrażania potrzeb i emocji,
- spontaniczność i zabawę,
- realistyczne stawianie granic.

Wczesne, podstawowe potrzeby nie zostają zaspokojone w wyniku braku odpowiedzi ze strony bliskich osób. Oczywiście może dzieć się to, gdy środowisko jest nieadaptacyjne w dwojaki sposób: może powodować za dużo „złego” – opuszczać dziecko, krytykować je, itp., ale również może być wynikiem „dobrych” reakcji – rozpieszczania i niestawiania granic, nadmiernej opiekuńczości czy kontroli i hamowania spontaniczności. Ponadto każde dziecko ma określony temperament i gdy jest „bardziej wymagające”, rodzice mogą mimo starań mieć trudność w odpowiedzi na potrzeby dziecka, stwarzając warunki ich frustracji.

18 opisanych schematów

Każda z wymienionych potrzeb związana jest z istnieniem określonego obszaru. Jeśli dojdzie do uszkodzenia danego ob-

szaru, możliwe jest, że powstałe w jego wyniku schematy ulegną usztywnieniu. Dotychczas opisano osiemnaście schematów powstałych w wyniku uszkodzenia określonego obszaru odpowiadającego sfrustrowaniu określonych potrzeb.

Uszkodzenie w obszarze rozłączenia i odrzucenia, czyli niezaspokojenia głównie potrzeby bezpieczeństwa, związane jest z powstaniem schematów: porzucania/niestabilność więzi, podejrzliwości, deprywacji emocjonalnej, wadliwości i wstydu, izolacji społecznej i alienacji.

Obszar uszkodzenia autonomii i sprawności związany jest z wykształceniem schematów: zależności i niekompetencji, podatności na zranienie, uwikłania i nierozwiniętego Ja, skazania na niepowodzenia.

W wyniku uszkodzenia granic i niezaspokojenia potrzeby stawiania realistycznych granic kształtują się schematy: roszczenia i wyolbrzymienia Ja oraz niedostatecznej samokontroli.

Obszar skoncentrowania na innych dotyczy kształtowania się schematów: podporządkowania się, samopoświęcenia, poszukiwania aprobaty i uznania.

Obszar nadmiernej podejrzliwości i zahamowania dotyczący potrzeby spontanicznego wyrażania swoich impulsów i zabawy, a w wyniku jego uszkodzenia może dojść do powstania schematów: negatywizmu i pesymizmu, stłumienia uczuć, bezwzględnych standardów/hiperkrytycyzmu oraz nastawienia na karanie.

Style radzenia sobie ze schematem

W dorosłym życiu, kiedy jakieś wydarzenie aktywuje schemat, doświadczane w chwili aktualnej myśli i uczucia są zdominowane przez ten schemat. Aby poradzić sobie z bólem po uruchomieniu schematu, uruchomiony zostaje określony sposób poradenia sobie ze schematem. Każdy z nas ma biologicznie lub społecznie wypracowane skłonności do korzystania z trzech stylów radzenia sobie ze schematem:

- poddawania się schematowi, które manifestuje się tym, że zaczynamy działać tak, jakby schemat był zgodny z rzeczywistością;
- unikania schematu, który polega na znajdowaniu sposobów na ucieczkę lub blokowanie schematów;
- nadmiernej kompensacji, który zakłada, że próbujemy zaprzeczyć schematowi, działając przeciwnie do tego, co zakłada schemat.

Pojęcie trybów

W momencie, kiedy aktywowany jest określony schemat, bardzo często możemy zaobserwować „włączenie się” określonego trybu. Pojęcie trybu zostało wprowadzone dla pacjentów bardziej zaburzonych, kiedy naraz aktywuje się wiele schematów. Tryby są bardziej ogólnym pojęciem i zakłada się, że schemat jest częścią trybu. W praktyce z pacjentami z mniej nasilonymi zaburzeniami osobowości wykorzystuje się pracę w oparciu o schematy, natomiast w przypadku bardziej nasilonego zaburzenia łatwiejsze jest posługiwanie się trybami, ponieważ pacjenci szybko „przełączają się” między trybami. Obserwując zmianę trybów podczas sesji terapeutycznej, można łatwo zauważyć, że aktywizowany został nieadaptacyjny schemat. Istnieją cztery kategorie trybów schematu:

- tryby dziecięce, charakteryzujące się silnymi emocjami (złoszczące się dziecko, impulsywne i skrzywdzone);
- tryby rodzicielskie, powstałe w wyniku internalizacji wzorców zachowań opiekunów (karzący rodzic oraz wymagający rodzic);
- tryby obronne, które są utrwalonymi sposobami radzenia sobie i uniemożliwiają stworzenie warunków do zaspokojenia potrzeb w wieku dorosłym (uległy poddany, odcięty obrońca i podtyp w postaci samoukoiciela oraz kontraktujący obrońca);
- zdrowe tryby, których aktywacja jest celem w pracy z pacjentem (radosnego dziecka i zdrowego dorosłego).

NIEADAPTACYJNE SCHEMATY W ZESPOLE UZALEŻNIENIA – TERAPIA SCHEMATÓW O PODWÓJNYM SKUPIENIU

Terapia schematów o podwójnym skupieniu dla osób uzależnionych z zaburzeniem osobowości w tle opiera się o zaproponowany przez autora model uzależnienia (Rys. 1). W modelu zakłada się, że do uzależnienia dochodzi w wyniku zaburzeń w obszarze rozłączenia i odrzucenia oraz schematu braku samodyscypliny.

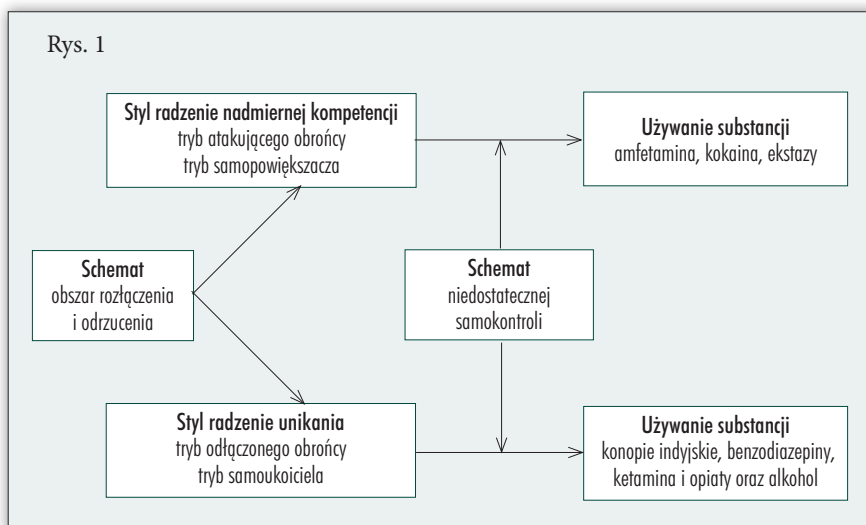
Obszar rozłączenia i odrzucenia związany jest z niezaspokojeniem potrzeby bezpiecznej więzi. W wyniku uszkodzenia w tym obszarze może dojść do wykształcenia pięciu schematów. Zgodnie z ich działaniem pacjent uznaje, że zostanie porzucony, skrzywdzony, a jego potrzeby nie będą zaspokajane. Może czuć się także odizolowany od reszty świata lub mniej wartościowy względem innych osób.

Aby poradzić sobie z tymi schematami, zgodnie z modelem, może zachować się na dwa różne sposoby: uruchomić kompensacyjny lub unikowy styl radzenia sobie.

Pacjenci, którzy używają kompensacyjnego stylu radzenia sobie, mogą podczas sesji uruchamiać tryb atakującego obrońcy lub samopowiększacza. W trybie atakującego obrońcy pacjent, zgodnie z nazwą trybu, często atakuje terapeutę. Może przybierać to formę testowania granic, oskarżania terapeuty o manipulację względem niego, obwiniania go o brak skutków w terapii, itp. W trybie samopowiększacza pacjenci w bardziej wysublimowany sposób rywalizują na sesji z terapeutą. To tryb charakterystyczny dla osób narcystycznych, w wyniku którego u terapeuty często pojawia się jakiś obszar związany z poczuciem własnej niekompetencji lub bycia gorszym.

Pacjenci, którzy stosują styl unikający, mogą często funkcjonować w trybie odłączonego obrońcy lub samoukoiciela. Tryb odłączonego obrońcy prezentuje się

Rys. 1



poprzez izolowanie pewnych treści czy uczuć. Wówczas na sesji może zdarzać się, że pewne istotne tematy zostają pomijane, łącznie z tymi związanymi z alkoholem. Można mieć też wrażenie, że pacjent jest obecny „ciałem” na sesji, ale nie jest zaangażowany emocjonalnie w terapię. W bardziej nasilonej formie pacjent może unikać spotkań.

Również terapeuta może mieć wrażenie, że zapomina o pewnych ważnych treściach wprowadzanych przez pacjenta lub może mieć problem z zaangażowaniem emocjonalnym w relacje. Tryb samoukoiciela związany jest bezpośrednio z używaniem alkoholu. Uznaje się, że w tym trybie pacjent doświadcza głodu alkoholowego związanego z chęcią regulacji emocji (przyp. inne rodzaje głodu związane są m.in. z reakcją na zespół abstynencyjny, uwarunkowanymi bodźcami związanymi z alkoholem lub z pragnieniem hedonistycznych doznań).

Zgodnie z modelem, aby doszło do używania substancji, prócz zaburzeń w tworzeniu bezpiecznej więzi, osoba musi doświadczyć także sfrustrowania potrzeby stawiania bezpiecznych granic. Może do tego dojść, gdy środowisko rodzinne jest zbyt pobłażliwe, nie nadzoruje lub odpowiednio konfrontuje. Pacjenci, którzy posiadają schemat niedostatecznej samokontroli, niezależnie od nasilenia temperamentnej cechy impulsywności, mogą mieć trudność w adekwatnym wyrażaniu emocji. Ponadto są to osoby, które preferują unikanie dyskomfortu – bólu, cierpienia, wysiłku i odpowiedzialności, kosztem osobistego szczęścia czy przyjemności.

Implikacje praktyczne wynikające z podejścia terapii o podwójnym skupieniu składają się dołączenia objawu z określonym schematem i stylem radzenia sobie z danym schematem. Podobnie jak w przypadku terapii schematów stosowanej w zaburzeniach osobowości, punktem wyjścia jest powiązanie określonego problemu z określonym schematem, tak tutaj, zadaniem terapeuty jest powiązanie używania substancji z określonym schematem i stylem radzenia sobie z nim. Zaprezentowany model może być pomocny w takiej konceptualizacji.

PRACA Z OBSZAREM ROZŁĄCZENIA I PORZUCENIA

Terapia Schematów opiera się na założeniu, że podstawą do poprawienia jakości życia jest zrozumienie oraz zmiana tytułu-



wych schematów, czyli stałych stabilnych wzorców myślenia, działania i odczuwania, które kształtują się w dzieciństwie w wyniku interakcji z ważnymi osobami. W tym celu korzysta się z metod, które określa się mianem „powtórnego ograniczonego rodzicielstwa”. Oznacza to, że terapeuta, wykorzystując relację terapeutyczną, stara się przy użyciu różnych metod odpowiedzieć na sfrustrowane potrzeby pacjenta, które przyczyniły się do powstania schematu. Metody te to m.in.:

- Metody poznawcze: pamiętniki schematów, zalety i wady schematów, dialogi ze schematami.
- Metody skoncentrowane na emocjach: zmiana emocjonalna poprzez modelowanie, odgrywanie ról oraz techniki krzesel.
- Metody skoncentrowane na relacji terapeutycznej: empatyczna konfrontacja, analiza i odpowiedź na uruchamiane w trakcie sesji tryby i schematy.
- Metody behawioralne: związane z zadaniami omowymi i eksperymentami behawioralnymi.

Ograniczone powtarzane rodzicielstwo zakłada określoną postawę terapeuty. Nie jest on tak dyrektywny jak w przypadku klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej, ponieważ nie musi koncertować się na usunięciu objawu. Większy nacisk kładzie się na autentyczność terapeuty niż na jego neutralność, która jest nie-

zbędna w terapiach chcących uruchomić proces przeniesienia. W bardzo ogólnym ujęciu można uznać, że terapeuta powinien być względem pacjenta wystarczająco dobrym rodzicem w ramach istniejących ram terapeutycznych.

Celem strategicznym w pracy z obszarem rozłączenia i porzucenia jest dotarcie do sfrustrowanej potrzeby bezpiecznej więzi, czyli do nieadaptacyjnego trybu dziecięcego, który związany jest z wczesnymi doświadczeniami. Oznacza to, że zadaniem terapeuty jest prowadzenie sesji w taki sposób, by dotrzeć do dziecięcej wrażliwej części pacjenta. Pacjent znajdujący się w trybie dziecka z niezaspokojoną potrzebą bezpiecznej więzi będzie czuł się opuszczony, przestraszony lub osamotniony. Jednak dopiero, gdy uda nam się uaktywnić tę część pacjenta, możliwa jest terapeutyczna odpowiedź na niezaspokojone potrzeby.

W celu uaktywnienia trybu dziecięcego bardzo prosta i skuteczna wydaje się technika krzesel. W najprostszej wersji prosi się pacjenta, aby w tym trybie usiadł na osobnym krześle, a gdy tryb dziecięcy zostanie uruchomiony, terapeuta wprost kieruje komentarze do pacjenta. W zależności od aktualnej potrzeby, komentarze te mogą przybierać formę różnych komunikatów, np. „Jestem tu teraz z Tobą”, „Nasza relacja jest dla mnie istotna” itp. W najprostszej formie można uznać, że

komunikujemy się wówczas jak z potrzebującym dzieckiem.

Ważne jest, aby skutecznie ominąć inne tryby, które uniemożliwiają nam kontakt z potrzebującą dziecięcą częścią pacjenta. I tu również możemy posłużyć się krzesłami. Możemy nazwać tę część, która uniemożliwia nam skontaktowanie się z trybem dziecięcym i poprosić pacjenta, żeby usiadł w tym trybie na krześle, a dopiero potem, zmieniamy krzesło, w którym prosimy, by usiadł bez tej części. W praktyce może wyglądać to tak, że za każdym razem, gdy czujemy, że coś uniemożliwia nam skontaktowanie się z trybem dziecięcym pacjenta, np. pacjent mówi, że nic nie czuje i nie ma żadnych potrzeb (tryb unikający) albo że nie potrzebuje terapii (tryb kompensujący), stawiamy go na osobnym krześle, tak, by potem móc poprosić pacjenta, aby usiadł bez tego trybu na osobnym krześle (w trybie dziecięcym). Cel zostaje osiągnięty zawsze wtedy, gdy wspólnie z pacjentem czujemy, że udało nam się skontaktować z „autentycznymi” dziecięcymi potrzebami pacjenta.

W pracy z pacjentami doświadczającymi traumatycznych momentów w życiu ważna jest również praca nad zmianą struktury wspomnień w wyobrażeniach. To technika bardziej przystępna niż klasyczny protokół Edny Foa do pracy z zespołem stresu potraumatycznego. Nie zakłada się, że musi dojść do habituacji lęku. Zamiast tego w momencie powrotu w wyobraźni do trudnego wydarzenia, wprowadza się zdrowe zakończenie.

W pracy nad tworzeniem bezpiecznej więzi w terapii schematów wykorzystuje się kontakt telefoniczny poza sesjami, z jednoczesnym jasnym ustaleniem kontraktu używania telefonu, np. ustalenie terminu i godzin kontaktu lub że odpowiedź ze strony terapeuty będzie tylko wtedy, gdy terapeuta uzna, że aktywny u pacjenta w danym momencie jest tryb wrażliwego dziecka.

PRACA ZE SCHEMATEM NIEDOSTATECZNEJ SAMODYSCYPLINY

Praca ze schematem niedostatecznej samodyscypliny często opiera się o techniki z klasycznej terapii uzależnień. Do technik, które wzmacniają samokontrolę, należą: monitorowanie objawu za pomocą dzienniczka głodu, behawioralne techniki samokontroli polegające na unikaniu miejsc i ludzi skojarzonych z objawem, dzienniczek emocji, reatrybucja poznawcza, odwracanie uwagi,

formułowanie racjonalnych odpowiedzi na myśli antycypacyjne itp. czyli ogólnie wszystko to, co wykorzystujemy na co dzień w terapii uzależnień. W terapii schematów kładzie się większy nacisk na doświadczanie, dlatego również tutaj klasyczne metody mogą zostać wzbogacone o pracę z krzesłami.

W praktyce wygląda to tak, że na jednym krześle prosimy pacjenta, aby podawał argumenty za używaniem substancji, natomiast na kolejnym stawiamy tryb zdrowego dorosłego, tak aby móc przeanalizować straty. Dodanie krzesła do klasycznej techniki sprawia, że pacjentowi łatwiej, prócz komponentu poznawczego, jest także wzbudzić komponent emocjonalny. Oznacza to, że pacjent nie tylko „myśli, ale też „czuje”.

Odwołując się do relacji, stawianie granic może dokonywać się za pomocą kontraktu. Ważne jest trzymanie się ustalonych zasad, np. dotyczących kontaktu telefonicznego, ponieważ pacjenci będą przekraczać granicę i ramy relacji terapeutycznej, wyrażając nieświadomie potrzeby ich postawienia.

PODSUMOWANIE

Terapia schematów, mimo że wywodzi się z tradycyjnego nurtu terapii poznawczo-behawioralnej, kładzie o wiele większy nacisk na doświadczenia emocjonalne oraz relację terapeutyczną. Pomimo, że jej założenia wydają się, szczególnie dla początkujących osób, trudne do zastosowania w praktyce, jej sedno sprowadza się do zdrowej odpowiedzi na potrzeby pacjenta w ramach ograniczonego powtórnego rodzicielstwa. Wracając do przywołanego na początku cytatu „Przeciwieństwem uzależnienia nie jest trzeźwość. Przeciwieństwem uzależnienia jest więź”, terapeuta schematów uzupełniłby to zdanie informacją, że więź powinna być na tyle satysfakcjonująca, by stwarzała przestrzeń do zaspokajania potrzeb. Zakładając, że jedną z potrzeb sfrustrowanych u pacjentów uzależnionych jest potrzeba stawiania granic, praca z pacjentami uzależnionymi powinna odbywać się w harmonii między akceptacją a zmianą.

Terapia schematów stwarza także pole do rozszerzenia tradycyjnych technik. Korzystając z technik terapii schematu, zachęcam do modyfikowania tradycyjnych technik o pracę z krzesłami. Zachęcam do odbycia odpowiednich szkoleń w tym zakresie. Proponuję spróbować w swojej pracy w każdym momencie,

gdy mamy ochotę użyć kartki i długopisu, umiejscowić pacjenta na wskazanym krześle i poprosić o doświadczenie wypowiedzianych słów.

Bibliografia

1. Ball, SA. Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 1998; 23(6), 883–891.
2. Ball SA, Young JE. Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: case study results. *Cogn Behav Pract*. 2000; 7:270–281.
3. Dale R, Power K, Kane S, Stewart AM, Murray L. The role of parental bonding and early maladaptive schemas in the risk of suicidal behavior repetition. *Arch Suicide Res*. 2010; 14(4): 311–28.
4. Giancola, PR, Parker AM. A six-year prospective study of pathways toward drug use in adolescent boys with and without a family history of a substance use disorder. *Journal of Studies on Alcohol*. 2001; 62(2), 166–178.
5. McMahon, TJ, Luthar SS. Patterns and correlates of substance use among affluent, suburban high school students. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2006; 35(1), 72–89.
6. Petrocelli JV, Glaser BA, Calhoun GB, Campbell LF. Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *J Psychopath Behav Ass*. 2001; 23(3): 183–91.
7. Razavi V, Soltaninezhad A, Rafiee A. Comparing of Early Maladaptive Schemas between Healthy and Addicted Men. *ZJRMS*. 2012; 14(9): 60–3.
8. Roper L, Dickson JM, Tinwell C, Booth PG, McGuire J. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*. 2010; 34(3), 207–215.
9. Shorey RC, Anderson S, Stuart GL. Early maladaptive schemas in substance use patients and their intimate partners: A preliminary investigation. *Addictive disorders & their treatment*. 2011; 10(4), 169.
10. Van Den Bosch LM, Verheul R. Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007; 20(1), 67–71.
11. Van Den Bosch LM, Verheul R, Schippers GM, Van Den Brink W. Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*. 2002; 27(6), 911–923.
12. Van Vlierberghe L, Braet C, Bosmans G, Rosseel Y, Bögels S. Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive therapy and research*. 2010; 34(4), 316–332.
13. Welburn K, Coristine M, Dagg P. The Schema questionnaire short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cog The Res*. 2002; 26(4): 519–30.



Maria Napierała

– specjalista terapii uzależnień, psychoterapeuta CBT oraz terapeuta schematów w procesie certyfikacji.

Terapeuci uzależnień nierzadko dostrzegają, że współuzależnienie nie stanowi tylko i wyłącznie reakcji na zachowanie osoby uzależnionej, ale ma też swoje korzenie głębiej, w okresie rozwojowym. Terapia schematów (TS) daje odpowiedź na pytanie, jak pracować z owymi korzeniami, co zrobić, by współuzależnione postawy nie „odrastały” w tym i w kolejnych związkach

Olga Olszewska, Anna Pierchalska

WYJŚĆ Z KLATKI – Czy terapia schematów jest odpowiedzią na potrzeby osób współuzależnionych?

Współuzależnienie jest zjawiskiem dobrze znanym każdemu terapeucie uzależnień. Często stanowi nie mniejszy, a czasem nawet większy problem kliniczny i nierzadko trwający dłużej niż samo uzależnione zachowanie. Dlaczego tak jest? Dlaczego typowa żona alkoholika pozostaje typową żoną alkoholika nawet wtedy, gdy jej mąż przestaje być typowym pijącym alkoholikiem i staje się alkoholikiem trzeźwym? Czy chodzi tylko o siłę nawyku?

Odpowiedzi możemy szukać i znajdujemy ją w okresie rozwojowym osoby współuzależnionej i jej niezaspokojonych potrzebach.

WCZESNE UNIWERSALNE POTRZEBY CZŁOWIEKA

Każde dziecko ma pewne potrzeby biologiczne, których zaspokojenie warunkuje jego prawidłowy rozwój fizyczny. Ma również pewne potrzeby emocjonalne, których zaspokojenie warunkuje jego prawidłowy rozwój psychiczny. Proste i oczywiste. Sprawa się komplikuje, gdy przyjrzymy się tematowi z bliska.

Wiemy, że są standardy zdrowego odżywiania noworodków, niemowląt, małych dzieci, przedszkolaków i dzieci szkolnych, ale jest też mnóstwo wyjątków spowodowanych głównie alergiami i nietolerancjami pokarmowymi. One powodują, że nie tylko odejście od reguł, ale też sztywne ich trzymanie się może spowodować poważne szkody zdrowotne.

Wniosek: przy zdrowym odżywianiu patrzmy na potrzeby dietetyczne tego konkretnego dziecka, a nie abstrakcyjnego wzorca. A jakie są skutki zdrowej diety? Po pierwsze – dziecko rozwija się optymalnie. Po drugie – dziecko uczy się zasad zdrowego żywienia w sposób naturalny i łatwo mu jest stosować je w przyszłości, po trzecie – dziecko uczy się, jak zdrowo gotować dla innych.

Z potrzebami emocjonalnymi jest bardzo podobnie. Gdy są we właściwy sposób zaspokajane, to dziecku łatwiej prawidłowo rozwijać się emocjonalnie oraz uczyć się, jak w przyszłości w zdrowy sposób troszczyć się o siebie i innych. Gdyby ziemia była rajem, to na tym by się sprawa skończyła, a zawód terapeuty by nie istniał. Jednak świat jest niedoskonały i dzieci często w drastyczny sposób mają niezaspokojone potrzeby.

Gdy są niedożywione lub faserowane słodyczami (co paradoksalnie nierzadko idzie w parze), chorują.

Gdy są niedożywione emocjonalnie lub przekarmione „emocjonalnymi lizakami” (czyli takimi zachowaniami dorosłych, które są z pozoru miłe, ale nie są odpowiedzią na realne potrzeby dzieci, np. nadopiekuńczość), mają utrudniony rozwój i uczą się tego, jak ignorować swoje potrzeby, jak sobie dokopywać i jak nie być dobrym opiekunem dla siebie i innych.

Pojawia się pytanie: czy człowiek jest skazany na toksyczną dietę do końca życia? Na szczęście nie, ale musi włożyć wysiłku w zmianę nawyków żywieniowych, a nawet gdy to robi, potrzebuje czujności, bo zamiłowanie do niezdrowych produktów pozostaje (zupełnie na marginesie: uzależnienie od sacharozy nie dość, że istnieje, to daje podobne zmiany w neuroobrazowych badaniach czynnościowych jak uzależnienie od kokainy).

Podobnie jest z „odżywianiem emocjonalnym” – można się nauczyć nowych wzorców, ale wymaga to trudu wprowadzania i utrzymania zmiany.

Autorzy literatury na czele z ojcem terapii schematów Jeffreyem Youngiem nazywają osobę, która w zdrowy sposób zaspokaja potrzeby dziecka Zdrowym Dorosłym, a tę, która tego nie robi, Dysfunkcyjnym Rodzicem (choć chodzi tu nie tylko o rodziców, ale też innych do-

rosłych, których zadaniem jest zaspokajanie potrzeb dziecka, np. nauczycieli).

Dla potrzeb klinicznych i edukacyjnych autorki nazywają Dysfunkcyjnego Rodzica Smokiem (to metafora zaczerpnięta od psychoterapeutki i superwizora PTTPB Anny Bui Ngoc). Oczywiście, ta sama osoba może być raz w jednej, raz w drugiej postaci. Większości dobrych rodziców zdarza się czasem być Smokiem i przeoczyć potrzeby ich dzieci. Najczęściej jednak są wyczuleni na sygnały mówiące o zejściu na manowce i starają się wrócić do swojej zdrowej roli.

Jak jest u dysfunkcyjnych rodziców? Alkoholik, gdy biega z siekierą, chcąc porąbać rodzinę, będzie w strasliwym Smoku. Kim będzie żona alkoholika, która własną pierś zasłania dzieci, ale tkwi męczeńsko w tym układzie od lat? Dlaczego ona to robi?

STYLE „RADZENIA SOBIE”

Gdy jest dużo Zdrowego Dorosłego w życiu dziecka, to jest ono często spokojne, szczęśliwe, pogodne. Gdy dziecko doświadcza bardzo mało zdrowej opieki, a dominuje Dysfunkcyjny Rodzic, dochodzi do głosu wewnętrzny ból, z którym trzeba sobie jakoś poradzić. Metaforycznie mówiąc, Dziecko ucieka przed Smokiem, patrzy – a tu Klatka. Wskazuje do niej i już mu Smok nic nie zrobi. Dobrze? Na ten moment tak, bo nie ma nic lepszego, skoro zabrakło Zdrowego Dorosłego, który zaspokoiłby potrzeby Dziecka.

Problem jednak polega na tym, że dłuższe przebywanie w Klatce nie zaspokaja realnych potrzeb. Jest tylko strategią stosowaną w celu zmniejszenia dyskomfortu, mającą na dodatek bardzo dużo niepożądanych działań ubocznych.

Klatka obejmuje trzy podstawowe rodzaje stylów „radzenia sobie” (ang. coping styles) i jest zbliżona do psycho-

dynamicznego pojęcia mechanizmów obronnych (używamy tu cudzysłowu, ponieważ w języku polskim radzenie sobie ma konotacje pozytywne, w tym wypadku mylące). Wyróżniamy trzy podstawowe rodzaje kłatkowych mechanizmów obronnych: poddanie się, unikanie i nadmierną kompensację.

BIAŁA FLAGA W GÓRĘ!

Poddanie się oznacza, że osoba zachowuje się tak, jakby przekaz niesiony przez Smoka był prawdą: twoje potrzeby są nieważne, nie zasługujesz na miłość, jesteś do niczego, sam sobie nie poradzisz.

Jeffrey Young i Janet Klosko w opartym na terapii schematów poradniku „Program zmiany sposobu życia” opisują zja-

wisko chemii schematów polegające na wchodzeniu w bliskie związki z ludźmi, którzy potwierdzą toksyczny przekaz Dysfunkcyjnego Rodzica.

Właśnie w tym mechanizmie córki alkoholików wychodzą za alkoholików czy hazardzistów i trwają wiele lat w niszczącej relacji. To postawa wspólna dla większości osób współuzależnionych, nierzadko motywowana religijnie, co jedna z autorek opisała w broszurze „Pokusa współuzależnienia”.

TABLETKA OD BÓLU ZĘBA

Ucieczka polega na dążeniu do tego, by za wszelką cenę uniknąć okazji do uaktywnienia raniących treści i/lub związanego z nimi cierpienia. Lepiej uciekać od

tęgo, co boli, a jeśli się nie da, zacząć się znieczulać. To najczęstszy mechanizm powodujący wchodzenie w uzależnione zachowania (zarówno chemiczne, jak i behawioralne). Osoby współuzależnione mogą robić różne rzeczy, żeby nie czuć emocjonalnego bólu: od pracoholizmu do nadużywania leków; mogą być oschłe lub unikać terapii i rozmowy na trudne tematy. Takie postawy mogą przynieść ulgę, ale nie są konstruktywne.

WALKA!

Trzecim stylem „radzenia sobie” jest nadmierna kompensacja będąca próbą uodrodnienia całemu światu, a przez to sobie, że jest dokładnie odwrotnie niż głosi Smok.



W ramach tego mechanizmu osoba współuzależniona może narzucać swoje zdanie (jako antidotum na przekonanie o małej ważności), perfekcjonizm (jako sposób na zaniżoną samoocenę), próbować zadowalać wszystkich (jako lekarstwo na przekonanie o niezasługiwaniu na miłość), dążyć do perfekcyjnego wyglądu (by nie wyglądać obrzydliwie) itp.

Wszystkie wyżej opisane mechanizmy klatkowe są przeważnie nieuświadomione i przez to, wymykając się refleksji, mają przemożny wpływ na życie człowieka. Warto też zauważyć, że jedno zachowanie może należeć jednocześnie do wszystkich trzech stylów.

Na przykład pracoholizmem można jednocześnie potwierdzać przekonanie o tym, że trzeba się podporządkowywać osobom wyżej stojącym w hierarchii, uciekać od smutku i nadmiernie kompensować niskie poczucie własnej wartości.

CZYJA WINA?

Gdy człowiek jest dzieckiem, Zdrowy Dorosły i Smok są na zewnątrz. W okresie wzrastania uwewnętrznia się jedno i drugie proporcjonalnie do częstości występowania. Osoby, których potrzeby w dzieciństwie były w znaczny sposób niezaspokojone, będą miały w swym umyśle dużo Smoka. Będą też bardzo przyzwyczajone do swojej Klatki i mocno z nią oswojone, często twierdząc „taka/taki już jestem”.

Mogą, co prawda, z różnych źródeł nauczyć się postaw Zdrowego Dorosłego, ale Klatka będzie im mocno w tym przeszkadzać, nie dając dostępu do potrzeb Wewnętrznego Dziecka i do sposobów zaspokajania jego potrzeb. Istnieje zatem duże ryzyko dominacji niekonstruktywnych klatkowych strategii stosowanych w życiu. Zinternalizowany Smok będzie generował dysfunkcyjne myśli i przekonania atakujące Wewnętrzne Dziecko, odbierające mu prawo do potrzeb, powodujące cierpienie i zaganiające do Klatki. Można powiedzieć, że Smok jest ciałem obcym w umyśle człowieka, takim tasiemcem, który zabiera pożywienie, osłabia i zatruwa. Nie jest integralną częścią Ja, wręcz przeciwnie – atakuje Ja, nie pozwalając ani na bycie sobą, ani na rozwój.

Sprawą, która koniecznie wymaga podkreślenia, jest pytanie o winę. W terapii schematów go nie zadajemy. Nie interesują nas ani wina, ani odpowiedzialność rodziców, lecz POTRZEBY DZIECKA.

Gdy tak ustawimy perspektywę, możemy uznać, że owszem, rodzice mogli mieć naprawdę dobrą wolę lub rzeczywiście nie mieli możliwości w zdrowy sposób zatroszczyć się o dziecko, ale to będzie drugorzędne. Terapię schematów nie koncentruje się na rodzicach i ich ocenie. Odwołując się do przykładu literackiego: Rozalce z „Antka” Bolesława Prusa było dokładnie wszystko jedno, kto miał jakie intencje, wkładając ją na trzy zdrowaśki do rozpalonego pieca, co doprowadziło do jej śmierci.

Najważniejszym pytaniem w terapii schematów jest: Jakie uniwersalne potrzeby emocjonalne naszego klienta nie zostały zaspokojone w jego okresie rozwojowym i jak może on nauczyć się poznawać je i zaspokajać w dorosłości?

JAK ŻYĆ, PANIE TERAPEUTO, JAK ŻYĆ?

W terapii schematów stany umysłu, które każdy z nas miewa w dorosłości w różnych proporcjach, nazywamy trybami (ang. modes). Należą do nich: tryb Zdrowego Dorosłego, w którym potrafimy pełnić nasze role społeczne, konstruktywnie rozwiązując problemy i zdrowo zaspokajając potrzeby nasze i naszych bliskich, cztery tryby Dziecka (Pogodne/Szczęśliwe Dziecko, Rozzłoszczone Dziecko, Impulsywne/Nie znające granic Dziecko i Wrażliwe/Podatne na zranienie/Kruche Dziecko), dwa smoczne tryby Dysfunkcyjnego Rodzica (Odrzucający/Karzący/Nieobecny i Nadmiernie wymagający/Krytykujący Rodzic) oraz trzy tryby klatkowe: Poddanie się, Unikanie, Nadmierna Kompensacja.

W nowoczesnej terapii schematów opartej przede wszystkim na pracy z trybami dążymy do tego, by nasz klient: wychodził z Klatki, nauczył się wyrzucać Smoka ze swojej głowy (Uwaga! Nie jest to amputowanie części Ja; to odrzucenie przekazu niepozwalającego być sobą i troszczyć się o siebie) oraz wzmocnienie Zdrowego Dorosłego, by nauczył się rozpoznawać i zaspokajać potrzeby Dziecka. Brzmi pięknie. Warto jednak zauważyć, że Klatka pełni funkcję mechanizmów obronnych, a wychodzenie z niej często wiąże się z emocjonalnym bólem. Dlatego tak ważna jest praca nad wszystkimi wyżej wymienionymi elementami równocześnie i przygotowanie klienta na to, że (stosując metaforę chirurgiczną) usuwanie starego ropnia i brzydko pachnie, i boli.

KILKA UWAG TECHNICZNYCH

Co prawda terapia schematów czerpie z innych, wcześniejszych podejść, nie da się jej jednak przekalkować na inne podejścia terapeutyczne, szczególnie na analizę transakcyjną, która nie wyodrębnia stylów radzenia sobie, co powoduje dużą różnicę.

Terapia schematów jest młoda i ciągle się rozwija. Mimo swej tradycyjnej nazwy, obecnie nacisk kładzie się w niej na pracę z trybami, a nie schematami (będącymi w przybliżeniu odpowiednikami cech), o których z tego względu i braku miejsca nie pisałyśmy wyżej. Należy do trzeciej fali terapii poznawczo-behawioralnej i szczególnie jest dedykowana długotrwale utrzymującym się dysfunkcjom, takim jak zaburzenia osobowości. Korzysta z tradycyjnych metod pracy poznawczej i behawioralnej, ale też głębokich technik doświadczeniowych zapożyczonych m.in. z terapii Gestalt. Trzeba jednak zwrócić uwagę na to, że cel pracy tymi technikami opiera się na teorii schematów i trybów, a sposób tej pracy jest specyficzny dla TS.

Na zakończenie chcielibyśmy się krótko podzielić naszą refleksją ze stosowania Terapii Schematów: praca w tym podejściu jest niezwykle satysfakcjonująca, ponieważ przeważnie jest skuteczna.

Bibliografia

1. Arntz A, Van Henderen H *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości borderline* GWP 2015
2. Arntz A, Jakob G. *Terapia schematów w praktyce* GWP 2016
3. Farrel JM, Shaw I *Grupowa terapia schematów w leczeniu borderline* GWP 2015
4. Olszewska O. *O pokusie współuzależnienia* Wydawnictwo Ikona 2014
5. Young J E, Klosko, J S Weishaar M E: *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. GWP 2013
6. Young J E, Klosko J S: *Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się od pułapek psychologicznych*. IPZ 2012
7. Young J: *Intensywny warsztat wprowadzający do terapii schematów*. InTeGral 2012



Olga Olszewska

– specjalista psychiatra, certyfikowany psychoterapeuta i supervisor–dydaktyk PTPB, certyfikowany terapeuta motywujący, współzałożyciel i wykładowca Szkoły Psychoterapii Crescentia, współzałożyciel Centrum Psychoterapii i Poradnictwa Phanari w Toruniu.



Anna Pierzchańska

psycholog, certyfikowany terapeuta motywujący, terapeuta poznawczo-behawioralny w trakcie szkolenia. Pracuje w Centrum Psychoterapii i Poradnictwa Phanari w Toruniu.

Pracę w grupie motywującej możemy zaproponować w każdym momencie, w którym chcemy pomóc klientom „wyjść z przeszłości i zwrócić się ku przyszłości”, osiągnąć większą aktywność lub skupienie w terapii – mówi psycholog Tim Barth, trener Dialogu Motywującego, w rozmowie z Jarosławem Banaszakiem

DIALOG MOTYWUJĄCY BEZ TAJEMNIC

Jarosław Banaszak: Podsumujmy szkolenia i treningi, prowadzone przez Ciebie w ubiegłym roku w Polsce oraz te, które prowadzone były przez polskich Terapeutów Motywujących promujących Twoją metodę pracy z grupami. Psychologowie i terapeuci uzależnień, którzy w nich brali udział, ocenili bardzo wysoko samą metodę, jak i przebieg tych szkoleń. Starając się wdrażać te pomysły w swoich placówkach, spotykają się z pytaniami, jakie dzisiaj chciałbym Ci zadać. Na przykład, po co osoby uzależnione mają uczestniczyć w grupach motywujących bazujących na Dialogu Motywującym?



Tom Barth: Istnieją różne drogi, którymi możemy podążać, kiedy próbujemy pomagać osobom uzależnionym. Jedną z nich można nazwać bardziej subskrypcyjną, tzn. opartą na założeniu, że zobowiązujemy się dostarczać klientowi określonych programów, porad czy narzędzi, a on zobowiązuje się je przyjmować i z nich korzystać. Inną drogą jest bazowanie bardziej na partnerskiej współpracy na każdym etapie rozwiązywania problemów wnoszonych do terapii przez klienta. Grupy opierające swoją pracę na Dialogu Motywującym korzystają z tej drugiej drogi. Starają się wydobywać, wzmacniać i podtrzymywać wewnętrzną motywację klienta do zmian, których on potrzebuje. Wydaje się to być bardzo ważne w leczeniu uzależnień.

JB.: Na jakim etapie terapii powinna nastąpić praca w takiej grupie motywującej?

TB: Zwykle uważa się, że motywacja wyprzedza zmianę, więc praca nad motywacją lokowana jest przed lub na początku leczenia. W rzeczywistości możemy zaproponować pracę w grupie motywującej w każdym momencie, w którym chcemy pomóc klientom „wyjść z przeszłości i zwrócić się ku przyszłości”, osiągnąć większą aktywność lub skupienie w terapii.

JB: Jakie są korzyści z pracy pacjentów w tych grupach?

TB: Udział pacjentów w grupach motywujących przede wszyst-

kim zwiększa zaangażowanie w leczenie. A to podstawa udanej terapii.

JB: Co jest charakterystyczne dla grup opartych na Dialogu Motywującym i odróżnia je od innych grup?

TB: „Literalnie czyste” grupy motywujące skupione są na motywacji do zmiany, nie na fazie działania w zmianie. Bardziej na „dlaczego” niż na „jak”. Takie grupy są też bardziej skoncentrowane na kliencie, co redukuje opór pacjentów wobec oddziaływań terapeutycznych. Ich prowadzenie wymaga od terapeutów dużej elastyczności.

JB: Jak opisałbyś główne zadania terapeuty prowadzącego grupę motywującą?

TB: Głównym zadaniem terapeuty w grupach motywujących jest to, co nazwałbym; „pozostawianie w stanie skoncentrowania na pacjentach”. Ważnym zadaniem jest też okazywanie szacunku uczestnikom grup, argumentom i punktom widzenia prezentowanym w grupie. Istotne także, by nie być zbyt aktywnym, powstrzymać się od udzielania wskazówek i rad. Chodzi bardziej o bycie pomocnikiem niż przewodnikiem grupy.

JB: Jakie umiejętności są kluczowe w prowadzeniu tych grup?

TB: Cierpliwość oraz umiejętność empatycznego i aktywnego słuchania.

JB: A jakie pułapki czyhają na terapeutów podejmujących się ich prowadzenia?

TB: Największa to bycie zbyt aktywnym i dominującym w grupie, a to często następuje w wyniku zwątpienia w zasoby uczestników i w proces grupowy.

JB: Co chciałbyś przekazać uczestnikom treningów, które prowadziłeś w Polsce, deklarującym gotowość prowadzenia grup motywujących i chęć stałego doskonalenia się w Dialogu Motywującym?

TB: Chciałbym życzyć im wszystkiego dobrego. Pamiętajcie o dawaniu przestrzeni i zaufania grupie. Skupiajcie się bardziej na przejawach motywacji do zmian, które ujawniają się w grupie, choćby były nieliczne i niepokaźne niż na tym, czego w niej brakuje. Nie szczydźcie wysiłków na rzecz stałego zwiększania wymiany pomiędzy uczestnikami treści i emocji, które budują zmianę.

Tom Barth jest psychologiem mieszkającym w Bergen w Norwegii, cenionym trenerem Dialogu Motywującego, współzałożycielem Motivational Interviewing Network of Trainers. O jego innowacyjnych metodach pracy z osobami uzależnionymi w Norwegii Prof. William R. Miller – jeden z współtwórców Dialogu Motywującego mówi, jako o istotnej inspiracji dla sformułowania podstawowych założeń tego podejścia.

Jarosław Banaszak jest Specjalistą Psychoterapii Uzależnień, Terapeutą Motywującym i Członkiem Motivational Interviewing Network of Trainers. Pracował m.in. w Zakładzie Leczenia Uzależnień w Charcicach i Przychodni Leczenia Uzależnień i Współzależnienia w Śremie. Od 2011 roku prowadzi Pracownię Motywacji i Zmian w Poznaniu.

Wspólne zajęcia pacjentek współuzależnionych i pacjentów uzależnionych? Czemu nie? Jedna sala, dwie grupy pacjentów, niezliczona ilość emocji i doświadczeń

Monika Lulińska

OPOL W INOWROCŁAWIU

doświadczenia, refleksje, efekty

Odwykowo–Psychiatryczny Ośrodek Lecznicy w Inowrocławiu od ponad dwóch lat organizuje raz w miesiącu wspólne zajęcia dla pacjentów uzależnionych i współuzależnionych. Połączenie tych dwóch grup pozwala na wymianę doświadczeń, wzajemne zrozumienie, a w konsekwencji wprowadzanie zmian.

SKĄD TEN POMYSŁ?

W zespole terapeutycznym ośrodka ten pomysł dojrzewał już od dawna. Prowadząc zajęcia grupowe z pacjentami uzależnionymi i współuzależnionymi, dostrzec można wiele podobnych wątpliwości, pytań, nad jakimi zastanawiają się obie grupy. Te pytania, które często nurtują pacjentów uzależnionych, to m.in.:

- Co czuje moja partnerka/partner, kiedy piję?
- Co mogę zrobić, by poprawić moją relację z żoną/mężem?
- Jak budować relacje z moimi bliskimi w trzeźwym życiu?
- Jak partner/partnerka może mnie wspierać w zdrowieniu?
- Jak zadbać o swoje potrzeby?

Podobne pytania stawiają sobie panie* będące w związku z osobą uzależnioną, uczęszczające na terapię:

- Jak rozmawiać z mężem/partnerem?
- Które zachowania podejmowane przeze mnie w związku z piciem partnera mi pomagają, a które szkodzą?
- Jak go wspierać, kiedy zaczął uczęszczać na terapię?
- Czy i w jaki sposób mówić o tym, co czuję i myślę?
- Jak zadbać o siebie? Czy to w ogóle jest możliwe?

Zestawiając powyższe pytania obu grup, bardzo łatwo można znaleźć wiele wspólnych wątpliwości, z którymi zmagają się pacjenci. Dostrzegając tak wiele podobieństw, podjęliśmy decyzję o połączeniu obu grup i zrealizowaniu wspólnych zajęć terapeutycznych na temat,

który jest interesujący dla każdej z tych grup pacjentów.

Kolejnym powodem, dla którego pomysł wspólnych zajęć stał się inspiracją do ich realizacji, była analiza programu terapeutycznego adresowanego do osób uzależnionych i do członków ich rodzin. Zaobserwować można, że wiele zagadnień poruszanych w terapii osób uzależnionych i współuzależnionych jest wspólnych np. jak w konstruktywny sposób wyrażać uczucia; jak radzić sobie ze stresem; poszukiwanie sieci wsparcia; dbanie o własne potrzeby itp. W związku z tym uznaliśmy, że wspólne zajęcia mogą stanowić możliwość wymiany doświadczeń, skłonienia do przemyśleń, a przede wszystkim stać się okazją do wprowadzania zmian przez pacjentów w ich funkcjonowaniu i budowaniu zdrowych relacji z bliskimi.

Ponadto często w rodzinie, w której występuje uzależnienie czy nadużywanie substancji przez jednego z jej członków, pojawiają się trudności w komunikacji swoich potrzeb, pragnień. Wiele tematów zostaje przemilczanych lub pozostaje w sferze domysłu. Opierając się na tych obserwacjach, uznaliśmy jako zespół, że realizacja wspólnych zajęć umożliwi nabycie lub udoskonalenie umiejętności związanych z komunikacją z bliskimi. Wysłuchanie refleksji drugiej osoby pozwoli na utożsamienie się z nią, czy też lepsze zrozumienie tego, co przeżywa bliska osoba.

Biorąc pod uwagę ideę pomysłu, wyznaczono główne cele programu terapeutycznego adresowanego do osób uzależnionych i współuzależnionych, które brzmią następująco:

- odbudowanie hierarchii wartości w życiu pacjenta
- modelowanie wartości istotnych w budowaniu relacji z rodziną m.in. poczucie bezpieczeństwa, wzajemnego szacunku, akceptacji, otwartości

- weryfikacja przekonań na temat terapii osób uzależnionych i współuzależnionych
- zmiana przekonań dotyczących postrzegania osób uzależnionych i współuzależnionych w kierunku dostrzeżenia zasobów, wartości, potencjału człowieka
- nabycie umiejętności konstruktywnego wyrażania własnych emocji, potrzeb, pragnień
- propagowanie konstruktywnych sposobów spędzania czasu wolnego
- odbudowanie i wzmocnienie poczucia własnej wartości.

PIERWSZE ZAJĘCIA

Początek realizacji projektu zakładał przeprowadzenie jednych zajęć, aby zaobserwować, jak ta forma terapii zostanie przyjęta przez pacjentów i czy mają potrzebę kontynuowania tego typu zajęć w przyszłości. Zarówno pacjenci uzależnieni odbywający w tamtym momencie terapię na Oddziale Dziennym, jak i pacjentki uczęszczające na terapię dla osób współuzależnionych, zostały poinformowane o propozycji wspólnych zajęć.

Kiedy prezentowaliśmy pacjentom ten pomysł, obserwowaliśmy wiele różnorodnych uczuć. Z jednej strony ciekawość, podekscytowanie, otwartość na „coś nowego”, a z drugiej strony pewne obawy związane z m.in. przebiegiem zajęć czy przyjściem na zajęcia nowych osób.

Szczególnie widoczny był niepokój pacjentek uzależnionych przed wspólnymi zajęciami z paniami współuzależnionymi. Ten niepokój wynikał z lęku przed oceną ich jako matek, żon, kobiet uzależnionych ze strony pacjentek współuzależnionych. W związku z tym omówiliśmy źródło tych obaw. Jak się okazało, pacjentki uzależnione miały za sobą przykre doświadczenia, związane z oceną sprawowanej przez nich roli społecznej. Jednak przede wszystkim dominowało osobiste

porównywanie się do innych matek, żon, kobiet, które dokonywało się w myślach i wizualizacjach pacjentek uzależnionych. Ten obraz przede wszystkim wskazywał im na to, że zostaną odebrane jako „gorsze, mniej zaradne itp.” Miał on również swoje źródło w niskim poczuciu własnej wartości oraz braku akceptacji, docenienia tego, co w nich dobre w rodzinie pochodzenia i w rodzinie aktualnej.

Praca nad „oswojeniem” udziału we wspólnych zajęciach przebiegała w duchu dialogu motywującego. Polegała na wysłuchaniu i akceptacji ich niepokoju, umożliwieniu wyrażenia własnych obaw i wyobrażaniu sobie również pozytywnego scenariusza tego spotkania. Rola terapeuty prowadzącego te zajęcia, omówienie planu spotkania, wzbudzenie na-

dziei okazały się czynnikami pomocnymi w obniżeniu napięcia, jakie pacjentki odczuwały i przyczyniły się do podjęcia decyzji o udziale obu grup w pierwszych proponowanych zajęciach.

Wspólne zajęcia składały się z części terapeutycznej przeprowadzonej w sposób warsztatowy, aktywizujący pacjentów. Zaproponowano ćwiczenia związane z zamianą miejsc, aby móc dowiedzieć się czegoś o sobie, ale również umożliwić przemieszczanie się grup, aby nie tworzyć barier w postaci My- Oni. Dzięki temu grupa zasiadła w okręgu, bez fizycznego podziału na pacjentów uzależnionych i współuzależnionych. Mając na uwadze obawy, jakie towarzyszyły pacjentom przed udziałem w zajęciach, wypracowaliśmy wspólny kontrakt, a więc zasady,

dzięki którym pacjenci mogą poczuć się bezpiecznie. Ustalono zasadę szacunku, wzajemnej akceptacji, dyskrecji, nieoceniać siebie nawzajem, otwartości.

Pierwsze zajęcia okazały się bardzo dobrze przyjęte przez pacjentów obu grup. Pacjenci dużą rolę przywiązywali do dyskusji, do wzajemnego wysłuchania swoich pytań, wątpliwości i poszukiwania różnych spojrzeń na dany problem. Okazało się, że takie metody pracy jak burza mózgówi dyskusja są największym źródłem refleksji i motywują już w trakcie zajęć do wprowadzenia pewnych zmian w sobie i w swoim najbliższym otoczeniu. Rundka końcowa stała się okazją do podziękowań za ukazanie innego punktu widzenia, za inspirację do wprowadzania zmian, ale również odniesienie się do wy-



pracowanych strategii, sposobów.

Po zrealizowanych zajęciach wielokrotnie pacjenci obu grup dopytywali o częstotliwość kolejnych wspólnych zajęć. Uwzględniając możliwości ośrodka, jak i program terapeutyczny przewidziany dla każdej z grup, ustalone zostało, że każdy pierwszy wtorek miesiąca stanie się dniem wspólnych zajęć dla pacjentów odbywających aktualnie terapię w Oddziale Dziennym Leczenia Uzależnienia od Alkoholu w Inowrocławiu oraz dla pacjentek współuzależnionych uczęszczających na terapię do tutejszej poradni. Jak wiadomo, w przeciągu miesiąca zmieniają się pacjenci na Oddziale Dziennym, ale również i do grupy dla osób współuzależnionych dochodzą nowi pacjenci. Każdy nowy uczestnik grupy zostaje poinformowany o celu, zasadach organizowania tego typu zajęć. Jeśli pacjentowi towarzyszą obawy, wątpliwości, co do udziału w zajęciach omawiane są one z terapeutą indywidualnym. Dóbr tematu zawsze uwzględnia potrzeby uczestników grupy, ale też ich sytuację osobistą i rodzinną, aby zadbać o kwestię bezpieczeństwa i komfortu podczas zajęć.

EWALUACJA PROGRAMU TERAPEUTYCZNEGO

„Spotkanie dwóch osobowości przypomina kontakt dwóch substancji chemicznych: jeżeli nastąpi jakakolwiek reakcja, obie ulegają zmianie” C.G. Jung

W trakcie trwania projektu prowadzona jest ewaluacja mająca na celu monitorowanie satysfakcji pacjentów obu grup z udziału w tych zajęciach oraz zmian, jakie wprowadzają we własnym funkcjonowaniu. Refleksje pacjentów na rundce końcowej, a także przygotowane ankiety ewaluacyjne, stanowią podstawowe źródło informacji dla zespołu terapeutycznego w zakresie efektywności przeprowadzonych zajęć, ale również są cenne w zaproponowaniu kolejnego tematu warsztatów. Odczucia pacjentów związane z udziałem w ich pierwszych wspólnych zajęciach terapeutycznych zostały zebrane w anonimowej ankiecie. Zamieszczam więc kilka wypowiedzi pacjentów uzależnionych:

- „Pierwsze tego typu zajęcia były dla mnie bardzo trudne, przecież takie osoby jak ja (uzależnione) zgotowały im piekło w życiu. Bardzo bałam się nie tylko opinii na mój temat, bałam się nawet ich spojrzeń. Wszystkie obawy i lęki zniknęły jak za dotknię-

ciem zaczarowanej różdżki, kiedy tylko rozpoczęły się zajęcia. Było to zasługą naszych wspaniałych terapeutów i napisanego przez nich REWELACYJNEGO programu, ale też przede wszystkim wyjątkowych, wyrozumiałych, cierpliwych, z ogromnym sercem kobiet.”

- „Zanim wszedłem na zajęcia, zastanawiałem się, co mnie na nich czeka, jak zareagują na nas dziewczyny. Czy będzie to spokojna rozmowa na różne tematy, czy obwinianie się nawzajem, lecz nad tym wszystkim górowała ciekawość i chęć poznania zdania drugiej strony na nasze uzależnienie.”
Natomiast panie współuzależnione w sposób następujący wypowiadały się, co do udziału w pierwszych wspólnych zajęciach:

- „Bałam się wziąć udział w pierwszych zajęciach, ponieważ nigdy w takim programie nie uczestniczyłam. Wielokrotnie wybierałam się na zajęcia, a kiedy szłam, to cofałam się do domu ze strachu przed tym, co nowe. Jednak, gdy w końcu dotarłam, okazało się, że mogę wysłuchać pacjentów uzależnionych, a po ich wypowiedziach zaczynam bardziej rozumieć, co czuje mój mąż i że nie jest to dla niego pewnie takie proste, by przyjść na terapię.”
- „Na początku nie za bardzo chciałam uczestniczyć w zajęciach, ponieważ uznawałam, że nic nowego się nie dowiem i za wiele różni obie grupy. Jednak po wysłuchaniu pozytywnych wypowiedzi koleżanek z grupy, uznałam, że spróbuję. Bardzo zaskoczyło mnie, że jednak wiele tematów możemy wspólnie omawiać, że tak wiele zagadnień nas łączy.”

Dostrzec można, że często pacjentom towarzyszy lęk przed tym, co nowe, nieznane, jednak oswojenie tego lęku pozwala na przekraczanie własnych ograniczeń.

Udział w tych zajęciach pozwolił pacjentkom współuzależnionym na zmianę postrzegania osób uzależnionych, świadczą o tym poniższe wypowiedzi:

- „Wiele nieprzyjemnych uczuć odczuwałam wobec osób uzależnionych. Nie mogłam zrozumieć, dlaczego nie mogą przestać pić. Dopiero udział w zajęciach uświadomił mi, że to ludzie bardzo wrażliwi, mający takie same pragnienie, potrzeby, wartości jak ja.”
- „Myślałam, że osoby uzależnione nic

nie będą mówić na tych zajęciach, że nie rozumieją, czym jest uzależnienie. Ale jak wysłuchałam kilku wypowiedzi pacjentów, to zrozumiałam, co oni tak naprawdę czują, myślą. Sama wiele czasu zbierałam się, by rozpocząć terapię, nie wiedziałam, czy to w ogóle jest mi potrzebne, a wymagałam od męża, by to zrobił od razu. Teraz wiem, że pacjentom uzależnionym też towarzyszył wstyd, lęk przed przyjściem do poradni odwykowej. Mam duży szacunek dla nich, podziwiam ich, że pomimo lęku podjęli taką decyzję, że tu są.”

Pacjenci uzależnieni również wypowiadali się, jak zmienił się ich obraz postrzegania osób współuzależnionych:

- „Teraz wiem, że KOBIECY, które każdego dnia walczą o trzeźwość swoich bliskich, często narażając siebie i swoją godność, potrafią polubić, śmiać się, płakać, szanować, słuchać, wspierać, dzielić się refleksjami i często bolesnymi doświadczeniami z osobami takimi jak ja – walczącymi z uzależnieniem. Te KOBIECY są wyjątkowe, wspaniałe, mądre, wrażliwe wszystkie razem i każda z osobna.”
- „Mój stosunek do osób współuzależnionych zmienił się po tych zajęciach, wiedziałam, że wyrządzałam swoim bliskim krzywdę swoim uzależnieniem i zachowaniem, gdy byłem pijany, lecz nie miałem pojęcia jak ogromną. Zajęcia pozwoliły mi spojrzeć na moje uzależnienie od strony partnerki – jak bardzo przeżywała kolejne moje zapicie, jak bardzo martwiła się o mnie i o naszą rodzinę, gdy ja w tym czasie beztrosko piłem alkohol.”

Zaobserwować można, że udział w zajęciach umożliwił pacjentom zmianę różnych stereotypów, jakie funkcjonują w społeczeństwie, dotyczących osób uzależnionych i współuzależnionych. Myślę, że to bardzo cenne, bo dzięki temu istnieje szansa, by obiegowane mity zweryfikować na podstawie własnych doświadczeń.

Kiedy pacjenci wysłuchali wypowiedzi „drugiej strony” i porównali z tym, co mówi ich partner/partnerka, mogli dostrzec wiele podobieństw i dzięki temu lepiej zrozumieć intencje, jakie miała bliska osoba, kierując do nich daną wypowiedź. Stanowiło to zachętę do podjęcia rozmowy ze swoim partnerem/partnerką przy użyciu innych słów, z innym tonem głosu, a przede wszystkim bez obwiniania siebie nawzajem.



Po udziale w tych zajęciach pojawiły się również osobiste refleksje pacjentów uzależnionych związane z tym, czego doświadczyli dzięki uczestnictwu w spotkaniach:

- „Na tych zajęciach po raz pierwszy od dawien dawna poczułam, że ktoś mnie SŁUCHA, próbuje zrozumieć, pomóc i wesprzeć. Dziewczyny widzą we mnie normalnego, dobrego człowieka, wierzą mi i wierzą we mnie. To jest cudowne uczucie.”
- „Dzięki tym zajęciom odzyskuję wiarę w siebie i innych ludzi. Zaczynam ufać sobie, ale też innym ludziom. Dzięki dziewczynom zaczynam być zdrowiejącym CZŁOWIEKIEM. Uczą mnie i uczę się żyć od nowa – całą sobą!”
- „(...) wymieniliśmy się doświadczeniami, rozmawialiśmy o wsparciu, na które oczekują obydwie strony od swych partnerów.”

Natomiast pacjentki współuzależnione dzieliły się następującymi refleksjami:

- „Zobaczyłam, że możemy razem się śmiać i płakać, wzruszać i towarzyszyć sobie.”
- „Po tych zajęciach zrozumiałam, że ciągle obwiniałam męża za wszystko, że w nim widziałam powód naszych problemów w rodzinie. Uważałam, że wszystko, co robię, co mówię, jest dobre, że ja mam rację. Ciągłe ciche dni, kłótnie, stawianie warunków, wszystko kręciło się wokół tego, by zmusić go do leczenia. A przecież można inaczej.”
- „Ciągłe „odgrzewałam stare kotlety”. Nawet, kiedy mąż się starał, ja i tak przypominałam mu o jego picu, nazywałam go alkoholikiem, bo uważałam, że tak trzeba, że to mu pomoże. Kiedy wysłuchałam pacjentów uzależnionych, zrozumiałam, że w trakcie leczenia potrzebują wsparcia, rozmów,

skupienia na tym „co tu i teraz”.

Powyższe wypowiedzi świadczą o tym, że udział w zajęciach pozwolił na zmianę spojrzenia na chorobę, jaką jest uzależnienie, na terapię, na rodzinę, na jej członków. Umożliwił osobisty wgląd w siebie, w swoje zachowania, podejmowane pod wpływem alkoholu, ale również w odpowiedzi na nie reakcje osób bliskich będących w relacji z osobą uzależnioną. Przede wszystkim pozwolił na ujrzenie w drugiej osobie człowieka, z jego całym potencjałem, z jego trudnościami i sukcesami, z jego wadami i zaletami, z bogactwem jego uczuć, myśli, przeżyć i doświadczeń. Rozszerzyło to pole widzenia swojego partnera/partnerki nie tylko jako osoby uzależnionej/będącej w związku z osobą uzależnioną, ale pójście o krok dalej, by dostrzec to, co w drugim człowieku jest dobre, wartościowe, piękne.

PODSUMOWANIE

Po przeprowadzeniu wielu zajęć warsztatowych w ramach tego programu dostrzegam, jak często wspólnie wypracowane sposoby, ćwiczenia szybko zostawały wdrażane w rodzinach. Wypracowanie pomysłów na to, jak wyrazić miłość, szacunek, zachwyt, zadowolenie, przeniosło się na praktyczne działania zainicjowane w rodzinie.

Efektom są między innymi: być może po raz pierwszy od dawien dawna przytulenie partnera/partnerki, pomoc w przygotowaniu obiadu, zaproponowanie spaceru, wyjazdu rodzinnego z dziećmi, spokojna rozmowa o tym, czego od siebie potrzebujemy, pieczenie pierników, wypicie z dziećmi czekolady z bitą śmietaną w sylwestrową noc.

Odbłyło się również kilka zajęć z elementami arteterapii, muzykoterapii czy

zdrowego odżywiania, gdzie wspólnie przygotowywano ozdoby z jesiennych darów natury, wyciskano świeże soki owocowe czy śpiewano tematyczne piosenki wzbudzające do refleksji. Tego typu zajęcia stanowiły możliwość zamodelowania konstruktywnych sposobów spędzania czasu wolnego, przyznania sobie prawa do odpoczynku, relaksu.

Zajęcia dotyczące własnych praw, potrzeb, poczucia własnej wartości dały możliwość spojrzenia na siebie jako wartościowego człowieka. Dla pacjentek będących w związku z osobą uzależnioną stanowiły kierunek w zadbanie o siebie, a dla pacjentów uzależnionych dały podstawę do zobaczenia swojego potencjału. Wiele refleksji dotyczących poczucia szczęścia, radości, zauważenia własnych zasobów i doceniania ich, realizacji własnych pasji było wspólnych bez względu na to, czy osoba jest uzależniona, czy współuzależniona. Tak wiele podobieństw pozwoliło na poczucie wspólnotowości, na wzajemną współpracę i wypracowanie wspólnych rozwiązań.

Jako terapeuta prowadzący wiele wspólnych zajęć często z ogromnym wzruszeniem obserwowałam i słuchałam tego, co doświadczały pacjenci dzięki wspólnym zajęciom. Umocniło to moje przekonanie, że taka forma zajęć jest cennym źródłem doświadczeń, opartych na osobistych przeżyciach, dzięki czemu stanowi wyjątkowe podłoże do wprowadzania zmian. Zgodnie z zasadą, że to, co sam doświadczyłem, zobaczyłem, poznałem, lepiej rozumiem i wiem, jak to stosować.

Ze względu na to, że bliska jest mi idea dialogu motywującego, dostrzegam, jak wiele efektów przynosi wprowadzanie elementów dialogu w realizację tych zajęć. Wspieranie poczucia sprawczości, wydobywanie zasobów, wyrażanie empatii czy bezwarunkowa akceptacja sprzyjają wprowadzeniu zmian i wzmacniają proces zdrowienia.

* W artykule posługuję się odniesieniem do par współuzależnionych, ponieważ w ośrodku OPOL w Inowrocławiu w trakcie realizacji programu na grupę dla osób współuzależnionych uczęszczały tylko i wyłącznie kobiety.



Monika Lulińska
– magister pedagogiki,
specjalista psychoterapii
uzależnień. Pracuje
w Odwykowo-Psychiatrycznym
Ośrodku Lecznym
w Inowrocławiu. Uczestniczy
w szkoleniu Studium Dialogu
Motywującego uprawniającego
do ubiegania się o Certyfikat
Terapeuty Motywującego PTM.

Jasny harmonogram dnia, wpojenie reguł i zasad panujących w społeczeństwie, do tego terapia indywidualna i grupowa, szkoła, praca oraz ciekawe możliwości spędzania wolnego czasu – to oferta niemieckiego ośrodka „Chance” dla uzależnionej młodzieży

Żaneta Mikołajczak

„CHANCE” – szansa dla młodych

W małej, malowniczej miejscowości nad jeziorem w Brandenburgii, niedaleko Berlina, działa wyjątkowe miejsce – ośrodek „Chance”. Powstał w 1999 roku i specjalizuje się w terapii młodzieży uzależnionej od substancji psychoaktywnych, z zaburzeniami zachowania i emocji oraz nieprawidłowym procesem socja-

lizacji. W niektórych przypadkach jest to postanowienie sądu rodzinnego. Oprócz tego obowiązują:

- Detoksykacja, która odbywa się w klinice.
- Wniosek rodziców do ośrodka opiekuńczo-wychowawczego.
- Potwierdzenie przyjęcia kosztów terapii przez urząd do spraw młodzieży



lizacji. Do oferty terapeutycznej oprócz psychoterapii należy również edukacja szkolna (uzyskanie świadectwa ukończenia szkoły, które umożliwi zdanie matury albo przygotowanie do wykonywania zawodu). Dodać do tego trzeba współpracę z kliniką psychiatryczną i lekarzem psychiatrą dla dzieci i młodzieży.

TERAPIA I OPIEKA

W ośrodku może przebywać szesnaście osób (dziewcząt i chłopców). Mieszkają w dwuosobowych pokojach z łazienką i prysznicem. Na terenie ośrodka znajduje się też szkoła. Terapia trwa minimum osiemnaście miesięcy i jest skierowana do osób w wieku od 14 do 21 lat. Najczęstszym powodem skierowania/przyjęcia do ośrodka jest długotrwale, ekscesywne nadużywanie substancji psychoaktywnych i powiązane z nim choroby psychiczne i zaburzenia zachowania. Pacjent trafia do nas na wniosek urzędu do spraw młodzieży oraz na wniosek ro-

(Jugendamt), w niektórych przypadkach koszty pokrywa kasa chorych.

- Klienci muszą wypełniać obowiązki szkolny.
- Postanowienie sądu rodzinnego o skierowaniu na terapię.
- Pozytywny przebieg rozmowy z psychologiem, socjologiem, kierownikiem szkoły i kierownikiem ośrodka. Rozmowa odbywa się po wcześniejszej analizie raportów psychologicznych, socjologicznych i wywiadów lekarskich. Podczas niej muszą być obecni rodzice, pracownik urzędu ds. młodzieży lub opiekun z kliniki albo opiekun z innej instytucji upoważnionej do sprawowania opieki, np. kurator sądowy. W niektórych przypadkach rozmowa może odbywać się w klinice.

Koncepcja terapeutyczna ośrodka bazuje na różnych szkołach terapeutycznych. Proces rozwoju jest transparentny, opisywany w raportach rozwojowych i przedstawiany w odstępach sześciu

miesięcy wszystkim, którzy uczestniczą w procesie rozwoju (rodzice, urzędy, opiekunowie, kuratorzy). Terapia jest przygotowaniem do samodzielnego życia albo do ponownej integracji w środowisku rodzinnym.

Nasza oferta i cele terapeutyczne:

- Stabilizacja stanu fizycznego i psychicznego
- Przywrócenie motywacji do nauki
- Pobudzenie motywacji do życia
- Rozwój motywacji do abstynencji i do terapii
- Uzyskanie wglądu w swoją chorobę/uzależnienie/świadomość problemu
- Rozwój samoświadomości, reagowania na swoje potrzeby i rozwój umiejętności niezbędnych do świadomego kierowania swoim życiem
- Rozwój strategii do radzenia sobie z głodem
- Wzmocnienie własnych umiejętności
- Uświadomienie sobie mocnych i słabych stron
- Rozwój kompetencji socjalnych
- Wzrost tolerancji frustracji
- Poprawa umiejętności nawiązywania relacji
- Poprawa stosunków między rodzinami a pacjentem
- Poprawa umiejętności radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych

Interdyscyplinarny zespół składa się z psychiatry (konsultacje odbywają się ambulatoryjnie, psycholog towarzyszy klientowi podczas konsultacji psychiatrycznej), psychologów/terapeutów, ergoterapeutki, pedagogów socjalnych, opiekunów, kucharzy, dozorczy oraz kierownika ośrodka. Współpracujemy również z innymi lekarzami specjalistami, fizjoterapeutami. Regularnie odbywa się supervizja całego zespołu.

TERAPIA INDYWIDUALNA

Najważniejszym partnerem do rozmowy dla młodego klienta jest terapeuta, którego darzy największym zaufaniem.

Opracowywanie biografii klienta, analiza jego zachowań pod wpływem substancji oraz pomoc w rozpoznaniu jego własnych problemów/trudności składają się na proces terapeutyczny. Praca z klientem polega tu głównie na wydobyciu potencjału jednostki, szukaniu możliwości zmiany i wzmacnianiu motywacji do terapii.

Tematy, które klient omawia podczas terapii grupowej, są opracowywane i przygotowywane w trakcie terapii indywidualnej. Klient analizuje swoje stosunki ze środowiskiem rodzinnym i rówieśniczym. Poza tym opracowywane są sposoby wyjścia z kryzysu, zapobieganie nawrotom, strategie radzenia sobie z nawrotem i rozwiązywania konfliktów. Przed zakończeniem leczenia, terapeuta wspiera klienta poprzez pomoc w znalezieniu miejsca w terapii ambulatoryjnej lub w grupach samopomocowych.

TERAPIA GRUPOWA

Głównym założeniem terapii w grupie jest wspieranie klienta w przeżywaniu doświadczeń wynikających ze wspólnego życia w ośrodku, w kontaktach z rówieśnikami i z dorosłymi pracownikami ośrodka. Ważne tematy, takie jak historia konsumowania, przekraczanie granic, zerwanie więzi rodzinnych również należą do zagadnień terapii grupowej. Klienci uczą się krytycznie analizować zachowanie swoje i innych, dawać konstruktywną informację zwrotną, jak również ją odbierać, a co za tym idzie wyciągać wnioski na podstawie analizy własnych oraz cudzych zachowań i reakcji. Tego rodzaju interakcje przyczyniają się do dalszego rozwoju jednostki, lepszego rozumienia siebie i innych.

Stosuje się również ergoterapię, która ma na celu:

- Poprawę wytrzymałości, cierpliwości.
- Wzrost samodzielności w codziennym funkcjonowaniu w strukturze ośrodka.
- Poprawę koncentracji i pamięci.
- Rozwinięcie praktycznych umiejętności, motoryki niezbędnej do wykonywania podstawowych czynności ręcznych.
- Doskonalenie umiejętności artystyczno-kreatywnych i ich wyrażania, np. zajęcia w grupie ceramicznej.
- Trenowanie postrzegania i czucia (ciało i zmysły).
- Obserwowanie natury i zwierząt.
- Towarzyszenie w projektach jak kurs gotowania, biblioteka, wycieczki.

PEDAGOGIKA PRACY I TERAPIA ZAJĘCIOWA

Podczas pobytu w ośrodku młodociani mają możliwość „wyrobienia” godzin pracy socjalnej wyznaczonej przez sąd (wyroki za posiadanie nielegalnych substancji, napadów, rozbojów lub dewastacje miejsc publicznych). Robią to, pomagając dozorczy w codziennych czynnościach związanych z utrzymaniem czystości i porządku w ośrodku oraz na jego terenie: malowanie, koszenie trawy, czyszczenie, pomoc w przygotowaniu posiłków, itp. Ma to na celu zwiększenie ich odpowiedzialności za dobro wspólne oraz odpowiedzialności za innych.

Każdemu klientowi przydzielony jest zakres obowiązków. Niewywiązanie się z tych obowiązków powoduje sankcje, w których chodzi o zwrócenie uwagi młodego człowieka na dbałość o siebie i innych, o naukę życia w grupie i pełnienia związanych z nią ról.

Bardzo ważne jest stosowanie się przez klientów do głównych reguł naszego ośrodka, które zapisane są w trzech punktach:

- Życie bez narkotyków.
- Życie bez przemocy.
- Gotowość do zmian.

Po każdym przekroczeniu reguł, niepożądanym działaniu, przeprowadzane są rozmowy, w wyniku których podopieczni czasami obciążani są różnymi sankcjami.

Opieka socjopedagogiczna ma na celu zorganizowanie jasnego harmonogramu struktur dziennych, wpojenie reguł i zasad panujących w społeczeństwie. W osiąganiu tego pomaga opracowany z klientami zbiór reguł oraz model fazowy i system tokenowy, na którym pracujemy. Każdy klient ma swojego opiekuna, który wspiera go w codziennych zadaniach i obowiązkach. Dodatkowo na początku terapii każdy dostaje opiekuna z grupy, na którego pomoc może też liczyć w trakcie terapii.

INNE OFERTY TERAPEUTYCZNE

Raz w roku odbywa się podróż terapeutyczna, zazwyczaj za granicę (Polska, Holandia, Włochy), która ma na celu łączyć terapię, naukę i wypoczynek. To świetna okazja, aby poznać inną kulturę oraz doskonaląc swoje kompetencje społeczne, co z kolei przyczynia się do wzrostu samooceny i zaufania sobie. Podróż terapeutyczna wymaga samodyscypliny, odpowiedzialności, umiejętności nawiązy-

wania relacji i trwania w niej, co wpływa pozytywnie na rozwój osobowości. Powoduje to również wzmocnienie więzi w grupie. Podróż jest planowana wspólnie z podopiecznymi i stanowi próbę samodzielnego życia poza bezpiecznymi murami, jakie klienci mają zapewnione w ośrodku.

Do pozostałych form terapii należy relaksacja. W jej trakcie pacjenci poznają różne formy odprężenia, wyciszenia i regeneracji, które wykorzystują m.in. do radzenia sobie ze stresem. Jedną z takich form jest terapia muzyką. W ośrodku istnieje zespół muzyczny umożliwiający samodzielne tworzenie muzyki, czyli wyrażania własnych uczuć.

FAZY I TOKENY

Każdy klient podczas pobytu w „Chance” przechodzi przez pięć faz, czyli etapów terapii:

- Faza przyjęcia i zaaklimatyzowania/orientacji/przyzwyczajania się (min. 15 dni)
- Faza motywacji (min. 3 miesiące)
- Faza stabilizacji (min. 3 miesiące)
- Faza konfrontacji (min. 6 miesięcy)
- Faza kończenia terapii (min. 3 miesiące)

W fazie pierwszej klient jest w jednogłównym pokoju kryzysowym, który na wyposażeniu ma najpotrzebniejsze rzeczy. Tam poznaje strukturę ośrodka, reguły, pracowników oraz klientów. Przez pozytywne zachowanie, przestrzeganie reguł i zasad oraz wykonanie powierzonych mu zadań toruje sobie przejście do innego, lepiej urządzonego pokoju i do częstszego kontaktu z grupą.

W drugiej fazie klient pracuje nad swoją motywacją do terapii, integruje się z grupą. Bierze udział w zajęciach poza ośrodkiem. Wraz z opiekunem może opuścić teren ośrodka. Otrzymuje dodatkowe obowiązki wynikające z troski o innych. Może do swoich osób kontaktowych dodać dwie dodatkowe osoby, które będą go odwiedzać w ośrodku i wspierać w procesie zdrowienia.

W trzeciej fazie podopieczny opracowuje w terapii indywidualnej tematy związane z jego uzależnieniem i problemami, które go zajmują. Zagadnienia te klient przedstawia na terapii grupowej. Klient otrzymuje dodatkowe zadania, czyli obowiązki, które zwiększają jego odpowiedzialność za siebie i za grupę. Kontakty z rodziną mogą odbywać się poza ośrodkiem. Klient raz w miesiącu ma



wolny jeden weekend i może jechać na urlop do domu rodzinnego.

W czwartej i piątej fazie odbywa się przygotowanie do samodzielnego życia oraz zdobywanie umiejętności kontaktu z instytucjami, takimi jak np. urząd pracy. Klient ma możliwość uczestniczenia w różnych praktykach. Samodzielnie kontaktuje się z lekarzami, razem z terapeutą stara się o miejsce w terapii ambulatoryjnej i nawiązuje kontakt z grupami samopomocowymi oraz stara się znaleźć mieszkanie.

Przejście do poszczególnych faz jest bardzo ważnym punktem w terapii i wiąże się ze szczególnym celebrowaniem tego dnia. Powiązane jest ze specjalnym zebraniem, podczas którego klient otrzymuje informacje zwrotną i życzenia. Po nim wszyscy spotykają się na kawie i ciście, które klient wcześniej przygotował z pomocą kucharza.

Kolejnym ważnym punktem w terapii jest pierwsza rocznica abstinencji, która jest świętowana wraz z terapeutą. Sposób uczczenia dostosowany jest do życzeń i zainteresowań klienta i może odbywać się poza ośrodkiem. Każde nieprzestrzeganie zasad, włamanie, kradzież, wniesienie narkotyków na teren ośrodka czy ucieczka skutkują degradacją do poprzedniej fazy.

System tokenowy obejmuje cele klientów, reguły ośrodka, elementy struktury dnia. Ocena/analiza odbywa się w sześciu ramach czasowych każdego dnia. W wieczornej rundzie każdy klient anali-

zuje swój dzień i otrzymuje wypracowane punkty i czipy/tokeny, które może wykorzystać, np. na oglądanie telewizji, pójście do kina czy wyjście z ośrodka.

CZAS WOLNY I INNE AKTYWNOŚCI

Szczególną uwagę poświęca się aktywnościom sportowym. Dwa razy w tygodniu oferowany jest Fitness i Box tajski z trenerem w klubie fitness, który znajduje się w pobliżu ośrodka. Basen, kręgle, kino, mini golf, park wspinaczkowy, łowienie ryb, gotowanie, również należą do zajęć oferowanych w czasie wolnym. Na terenie ośrodka klienci mają możliwość gry w piłkę nożną, koszykówkę, tenis, siatkówkę, tenis stołowy, piłkarzyki. Ośrodek posiada własne kajaki, dlatego często organizowane są wyprawy kajakowe, które cieszą się dużą popularnością. Klienci, którzy już są w zaawansowanej terapii, mogą brać udział w zajęciach profilaktycznych organizowanych w szkołach, gdzie opowiadają o swoich doświadczeniach związanych z substancjami psychoaktywnymi.

AKADEMIA DLA RODZICÓW

Praca z rodzicami również odgrywa kluczową rolę w terapii, dlatego ma dla nas duże znaczenie. Włączamy ich w procesy terapii oraz decyzyjny, który dotyczy dalszego rozwoju młodocianych. Oferujemy systematyczne rozmowy z rodzicami skierowane na komunikację w rodzinie i problemy związane z kontaktem z dzieckiem. Gotowość rodziców do współpracy

z nami jest wymagana i kładziemy na nią duży nacisk. Rodzice są regularnie informowani o rozwoju dziecka, zmianach, koniecznych interwencjach, które są z nimi konsultowane.

Poza tym oferujemy seminaria dla rodziców, podczas których dowiadują się więcej o chorobie swojego dziecka, narkotykach, kompetencjach wychowawczych, planowaniu czasu wolnego, ocenach szkolnych, praktykach i możliwościach dalszego rozwoju. Spotkania z rodzicami często spostrzegane są przez nich jako grupy samopomocowe i służą jako rozmowy odciążające. Rodzice mogą wymieniać się swoim doświadczeniem i przeżyciami, co uświadamia im, że nie są sami ze swoimi problemami. Rozmowy te mają charakter odciążający.

SZKOLNE ŻYCIE

Istniejąca w „Chance” szkoła została założona z myślą o uczniach, którzy nie mogą uczęszczać do zwykłych szkół ze względu na swoje problemy i trudności. Nasi podopieczni zdobywają wiedzę w klasach pięcio-, sześciuosobowych, do których kwalifikowani są zgodnie z poziomem ich wiedzy. Szkoła przygotowuje ich do egzaminów, dzięki którym zdobędą świadectwa umożliwiające im powrót do systemu szkolnictwa (nauczę zawodu bądź maturę). Podczas organizacji praktyk szkolnych kładzie się nacisk na orientację zawodową, predyspozycje i ukierunkowanie klienta co do wyboru jego dalszej drogi życiowej/zawodowej.

Po zakończeniu roku szkolnego, podczas sześciotygodniowych ferii podopieczni mogą brać udział w kursie pływania czy pierwszej pomocy. Odwiedzają np. stadninę koni (gdzie pomagają w utrzymaniu czystości w stajni i karmieniu zwierząt); pszczelarzy, wykonują prace na terenie ośrodka czy też biorą udział w wycieczkach lub w projekcie Grafitti. Mają okazję poznać interesujące obszary niecodziennego życia. Tego rodzaju działania mają na celu poszerzenie ich wiedzy i świadomości w różnych dziedzinach życia, z którymi mogliby się nie spotkać w życiu codziennym.



Żaneta Mikołajczak
– psycholog, specjalista psychoterapii uzależnień w procesie certyfikacji PARPA, certyfikowany członek fundacji International Incident Stress Foundation „Interwencja kryzysowa w kontakcie grupowym według modelu ICISF”. Aktualnie w szkole psychoterapii INTRA.

Dzisiaj już wiemy, że bardziej skuteczne są działania promujące zdrowie i prozdrowotny tryb życia niż te stosowane w przeszłości, które skierowane były na redukcję problemów i walkę z patologią

Zbigniew Michalczyk

Czynniki chroniące dzieci i młodzież przed sięganiem po substancje psychoaktywne

Już od blisko półwiecza badacze na całym świecie poszukują odpowiedzi na pytanie, jakie elementy sprzyjają, a jakie chronią dzieci i młodzież przed zachowaniami problemowymi, w tym używaniem substancji psychoaktywnych. Te grupy elementów w literaturze przedmiotu zostały określone jako czynniki chroniące i czynniki ryzyka. Czynniki chroniącymi określamy wszystkie elementy zmniejszające prawdopodobieństwo wystąpienia u jednostki zachowań problemowych, a w tym te elementy, które zmniejszają oddziaływanie czynników ryzyka.

Natomiast czynnikami ryzyka są wszystkie elementy, które zwiększają ryzyko wystąpienia zachowań problemowych i w konsekwencji stanowią zagrożenie dla prawidłowego rozwoju lub funkcjonowania jednostki.

Listy czynników chroniących jak i ryzyka bywają długie i różnorodne oraz różnie oceniana jest ich hierarchia ważności. W specjalistycznym piśmiennictwie można znaleźć ponad trzydzieści czynników ryzyka i ponad dwadzieścia czynników chroniących. Różne są też stanowiska co do rzeczywistego wpływu czynników ryzyka i czynników chroniących. Jedni badacze uważają, że to inne czynniki, a drudzy, że rozwój czynników chroniących automatycznie redukuje czynniki ryzyka oraz ich wpływ na sięganie po substancje psychoaktywne.

Jednak w ostatnich latach to głównie czynniki chroniące znajdują się w obszarze zainteresowań badaczy. Wynika to przede wszystkim ze względu na skuteczność podejmowanych oddziaływań. Dzisiaj już wiemy, że bardziej skuteczne są działania promujące zdrowie i prozdrowotny tryb życia niż te stosowane w przeszłości, które skierowane były na redukcję problemów i „walkę” z patologią.

PROCESY REZYLIENCJI

Początek badań nad czynnikami chroniącymi datuje się na drugą połowę lat

siedemdziesiątych ubiegłego stulecia. Wówczas to powstała koncepcja rezyliencji (ang. resilience). Koncepcja zrodziła się w wyniku obserwacji rozwoju dzieci i młodzieży wzrastających w niekorzystnych warunkach życiowych. Teoria ta wyjaśnia fenomen dobrego przystosowania się dzieci i młodzieży mimo wzrastania w bardzo niekorzystnych warunkach życia lub narażenia na chroniczny stres i traumatyczne doświadczenia.

Wyróżnia się trzy grupy procesów należących do zjawiska rezyliencji:

1. Funkcjonowanie znacznie lepsze niż można było się tego spodziewać na podstawie wiedzy o czynnikach ryzyka;
2. Utrzymywanie się dobrego funkcjonowania, pomimo występowania stresujących doświadczeń;
3. Dochodzenie do zdrowia po przeżyciu traumatycznych wydarzeń. Należy też wspomnieć, że od tego momentu uwaga wielu badaczy, reprezentujących różne dziedziny naukowe, skoncentrowana na czynnikach ryzyka przeniosła się na rozpoznawanie czynników i mechanizmów chroniących (Werner, 1993; Rutter, 1979; Garmezy, 1985).

Dzisiaj koncepcja rezyliencji rozumiana jest jako dynamiczny proces, nierozdzielnie związany z rozwojem, wyjaśniany udaną adaptacją na płaszczyźnie osobistej, pomimo okoliczności lub destrukcyjnych wydarzeń życiowych, uważanych zwykle za czynniki ryzyka w dziedzinie adaptacji (Vitaro i in., 2006).

Badacze z nurtu rezyliencji w poszukiwaniu zrozumienia, jak działają czynniki chroniące, określili modele działania tych czynników. Garmezy i współpracownicy przedstawili trzy modele, które w późniejszym czasie zostały uzupełnione przez Fergusa i Zimmermana o kolejne dwa:

1. Model równoważenia ryzyka mówi, że czynniki (wysoka inteligencja dziecka

i wysoki status socjoekonomiczny rodziny) bezpośrednio oddziałują na zachowanie (funkcjonowanie dziecka w szkole), równoważąc wpływ czynników ryzyka (wysoki poziom stresu w rodzinie związany z negatywnymi wydarzeniami, chorobami rodziców i innymi trudnościami).

2. Model redukowania ryzyka zakłada, że czynniki chroniące mają interaktywny charakter. Aktywizują się pod wpływem ekspozycji na czynniki ryzyka. Ich działanie polega na tym, że wchodzi w interakcję z czynnikami ryzyka i zmniejszają ich wpływ na zachowanie.
3. Model uodporniania na ryzyko oznacza, że umiarkowany poziom ryzyka (umiarkowany poziom stresu w rodzinie) może uodpornić i przygotować jednostkę do nowych i trudniejszych wyzwań. Według tego modelu, zbyt mały i zbyt duży poziom ryzyka jest niekorzystny dla zdrowego rozwoju (Garmezy i wsp., 1984).
4. Model stabilizujący ryzyko, obecność czynnika chroniącego redukuje wpływ ryzyka i utrzymuje częstość niepożądanego zachowania na stałym niskim poziomie (stabilizuje je).
5. Model względnie redukujący ryzyko zakłada, że obecność czynnika chroniącego redukuje częstość niepożądanego zachowania, ale nie jest w stanie utrzymać go na stałym niskim poziomie (Fergus, Zimmerman, 2005).

Z kolei inny badacz E. Werner badając losy pojedynczych osób, określił trzy kategorie czynników chroniących:

- Czynniki związane z indywidualnymi predyspozycjami dziecka powodującymi odporność na przeciwności losu. Dzieci aktywne, niezależne, chętne do zabawy z innymi, łatwo nawiązujące kontakt z innymi, a około dziesiątego roku życia towarzyskie, skoncentrowane na nauce, kontrolujące swoje impulsy, dobrze rozwiązujące trudności,

chętnie angażujące się w dodatkowe zajęcia w wieku 17–18 lat były bardziej wewnątrzsterowne, miały bardziej pozytywny obraz siebie, większą motywację osiągnięć, były bardziej odpowiedzialne niż rówieśnicy podatni na czynniki ryzyka.

- Czynniki związane z cechami środowiska rodzinnego to przede wszystkim niewielka rodzina, mniej niż czworo dzieci, kompetentna matka, bliska więź emocjonalna z matką lub inną osobą dorosłą z rodziny.
- Czynniki związane z cechami pozarodzinnego środowiska społecznego. Źródłem ochrony, dla tych dzieci, w okresie dojrzewania, były bliskie i trwałe przyjaźnie z rówieśnikami, dobre kontakty z rodzicami przyjaciół pochodzących ze stabilnych dobrze funkcjonujących rodzin, wsparcie i pomoc okazywana przez życzliwych nauczycieli, sąsiadów (Werner, 1994, 2000).

PIĘĆ GRUP CZYNNIKÓW CHRONIĄCYCH

Obecnie większość badaczy jest zgodna co do kwalifikowania czynników chroniących w pięć podstawowych grup. To czynniki w postaci zmiennych związanych z jednostką, rodziną, grupą rówieśniczą, szkołą i kontekstem społeczno-kulturowym.

1. Zmienne związane z jednostką.

Do czynników chroniących zaliczamy:

- dobre procesy i funkcje poznawcze zapewniające umiejętność uczenia się, werbalizacji, koncentracji uwagi;
- cechy temperamentu w postaci zdolności adaptacyjnych, witalności i to-

warzystości; emocji i procesów motywacyjnych w postaci radzenia sobie z emocjami, wewnętrzną kontrolą impulsów, automotywnością w realizacji celów;

- pozytywny obraz własnej osoby w postaci adekwatnej samooceny i dystansu do siebie, wiary we własne możliwości, poczucia sprawczości, optymizm;
- umiejętności społeczne w postaci komunikowania się z innymi, rozwiązywania trudności i konfliktów, nawiązywania i utrzymywania znajomości;
- obiektywną wiedzę na temat substancji psychoaktywnych i krytyczną postawę wobec nich.

2. Zmienne związane z rodziną

Do czynników chroniących zaliczamy:

- bliskie relacje rodzinne w postaci więzi emocjonalnej z matką, ojcem i rodzeństwem;
- dobra i otwarta komunikacja;
- jasne zasady funkcjonowania w rodzinie;
- monitorowanie czasu wolnego dziecka;
- modelowanie przez rodziców prozdrowotnego trybu życia;
- brak zgody rodziców na zażywanie substancji uzależniających;
- zaangażowanie rodzica w sprawy szkolne i rozwój zainteresowań dziecka.

3. Zmienne związane z grupą rówieśniczą

Do czynników chroniących zaliczamy:

- przynależność do konstruktywnej grupy rówieśniczej np. sekcji sportowej, grupy muzycznej lub teatralnej, klubu młodzieżowego, wolontariatu itp.;
- akceptację i bezpieczeństwo w grupie rówieśniczej;

- zaangażowanie w sprawy grupy w postaci wspólnych spotkań, wyjazdów;
- brak akceptacji rówieśników do zażywania substancji psychoaktywnych;
- akceptację norm społecznych i poszanowanie prawa.

4. Zmienne związane ze szkołą

Do czynników chroniących zaliczamy:

- zainteresowanie nauką szkolną i aspiracje edukacyjne w postaci systematycznej nauki i dobrych wyników;
- atrakcyjny sposób prowadzenia lekcji;
- otwartość i życzliwość pracowników szkoły;
- wysokie kompetencje nauczycieli i wychowawców;
- rozwiniętą infrastrukturę w szkole w postaci boisk, siłowni, sali gimnastycznej oraz zajęcia pozalekcyjne prowadzone w szkole;
- akceptację innych uczniów i bezpieczeństwo w grupie klasowej.

5. Zmienne związane z kontekstem społeczno-kulturowym

Do czynników chroniących zaliczamy:

- przyjazne i bezpieczne sąsiedztwo;
- ograniczona dostępność do substancji psychoaktywnych;
- bliskość i dostęp do klubów, kina, teatru, ale też placówek pomocowych;
- praktyki religijne;
- poszanowanie prawa, norm i wartości;
- angażowanie się rodziny w działania prospołeczne;
- czynniki związane z pozytywnym działaniem mediów i popkultury.

Podsumowując, można przyjąć, że rozwój czynników chroniących automatycznie redukuje czynniki ryzyka. Prawdopodobieństwo ochrony przed zażyciem substancji psychoaktywnej jest większe, im więcej czynników chroniących oddziałuje na dzieci oraz im bardziej są one konstruktywne i dłużej trwa ich oddziaływanie. Rola, jaką mogą odegrać wspomniane czynniki, zależy również od wieku dziecka, jego fazy rozwoju, uwarunkowań środowiskowych i sytuacyjnych.

Zadaniem rodziców, wychowawców oraz profilaktyki realizowanej w szkole powinno być inicjowanie działań, które wprowadzą pożądane zmiany w funkcjonowaniu dziecka i ucznia. Aby ten cel osiągnąć, warto rozwijać i wzmacniać przede wszystkim czynniki chroniące, co w konsekwencji będzie redukować czynniki ryzyka. To z kolei daje szansę rzeczywistej ochrony dzieci i młodzieży przed zażywaniem narkotyków.



Bibliografia

1. Fergus S., Zimmerman M.: Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 2005.
2. Garmezy N.: *Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors* (w:) J. Stevenson (red.): *Recent Research in Developmental Psychopathology*. wyd. Pergamon Press, Oxford – New York – Toronto – Sydney – Paris – Frankfurt 1985, 213–234.
3. Garmezy N., Masten A. S., Tellegen A.: *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology*. *Child Development*, 1984.
4. Gaś Z. B. (Red.), *Badanie zapotrzebowania na profilaktykę w szkole. Poradnik dla szkolnych liderów profilaktyki*, MENiS, Warszawa 2004.
5. Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y.: *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implication for substance abuse prevention*. *Psychological Bulletin* 1992, 112(1), 64–105.
6. Junik W. (2011). *Resilience. Teoria – Badania – Profilaktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.
7. Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B.: *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. *Child Development*, 2000.
8. Michalczyk, Z. „Zażywanie substancji psychoaktywnych w okresie dorastania”. *MCPS, Warszawa 2017*. str. 113–120.
9. Ostaszewski K. (2008). *Czynniki ryzyka i czynniki chroniące w zachowaniach ryzykownych dzieci i młodzieży*. W: J. Mazur, I. Tabak, A. Małkowska-Skutnik, K. Ostaszewski, H. Kołoto, A. Zielska, A. Kowalewska (red.). *Czynniki chroniące młodzież 15-letnią przed podejmowaniem zachowań ryzykownych. Raport z badań HBSC 2006*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, s. 19–45.
10. Rutter M. (1979). *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*. W: M. Kent, J. Rolf (red.). *Primary Prevention of Psychopathology: Social Competence in Children*. T. 3. Hanover: New England Press, s. 49–74.
11. Sierosławski J. (2015). „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” – Raport z ogólnopolskich badań ankietowych realizowanych w 2015 roku”. Warszawa: Krajowe Biuro ds. przeciwdziałania Narkomanii, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Instytut Psychiatrii i Neurologii; Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD 2015.
12. Werner E.: *Protective factors and individual resilience* [w:] Shonkoff J., Meisels S. (red.): *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press, 2000.
13. Werner E. E. (1993). *Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study*. „*Development and Psychopathology*”, 5, s. 503–515.
14. Vitaro F., Carbonneau R., Assaad J.-M. (2006). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance. Problemes et résilience*. Québec: Presses de l'Université du Québec.



Zbigniew Michalczyk
– psycholog, specjalista terapii uzależnień, superwizor KBdSPN. Pracuje w Fundacji Konstruktynego Rozwoju w Warszawie i Prowadzi Ośrodek Podwójnej Diagnostyki dla Młodzieży w Otwocku.

Wiele tysięcy lat temu, u zarania dziejów ludzkości, nie istniało to, co nazywamy współczesną psychologią ani psychiatrią. Nie było formalnych grup wsparcia ani konsultacji u psychologa. Jednak ludzie tak samo jak dzisiaj doświadczali trudnych przeżyć, stresu, traum i rozterek życia. Jak sobie z tym radzili, gdy nie było psychoterapii?

Mateusz Wiszniewski

ARTETERAPIA

– leczenie sztuką

W starożytnych czasach ludzie narażeni na stres, poddani działaniu traumy, najczęściej zwracali się do szamanów i kapłanów, którzy stosowali różne formy terapii. W trakcie rytuału ktoś dla nich tańczył i śpiewał lub sami tańczyli i śpiewali wspólnie z prowadzącym uzdrawiający rytuał. Słuchali historii oraz podnoszących na duchu opowieści i pieśni.

O tym, że sztuka pełniła od zarania funkcje terapeutyczne, świadczą liczne rysunki naskalne, jak i podania mityczne. Przykładem może być grecki bóg uzdrawiania Apollo grający na lirze i śpiewający poezję, co dowodzi, że w czasach starożytnej Grecji śpiew połączony z grą na instrumencie uznawano za metodę uzdrawiania i terapii. Ludzie narażeni na stres, traumy i wszelkie zagrożenia śpiewali, tańczyli, opowiadali historie, wykonywali rysunki, aby poczuć się lepiej, powrócić do zdrowia, odzyskać dobre samopoczucie i przywrócić sobie zdolność normalnego funkcjonowania.

Współcześnie w społeczeństwie postkapitalistycznym powraca się do stosowania sztuki jako formy terapii.

Począwszy od lat czterdziestych zaczęły powstawać stowarzyszenia arteterapii i terapii tańcem. Pionierzy i praktycy tych metod rozpoczęli poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jak taniec, sztuki plastyczne, praca z muzyką, dźwiękiem czy głosem może leczyć lub wspierać działania terapeutyczne.

Co by się stało, gdybyśmy oddzielili taniec, śpiew, rysowanie i opowiadanie historii od szamańskich, czy religijnych rytuałów, i zastosowali je w procesie terapii lub leczenia, na sposób świecki, jako samodzielne lub wspierające metody terapeutyczne? Czy takie działanie byłoby

skuteczne? Jakie warunki trzeba spełnić, aby terapia, uzdrawianie sztuką było skuteczne jako metoda pomocnicza terapii albo nawet samodzielna metoda terapii?

Praktyka wielu pokoleń arteterapeutów na całym świecie, pokazuje, że tworzenie sztuki w formie działań arteterapeutycznych ma dobroczynne skutki. Twórcza ekspresja poprzez taniec, rysunek, dźwięk czy kreatywne pisanie, spełnia wiele funkcji leczniczych.

Pomaga rozładować stres i napięcie, pobudza do życia, rozwija kreatywność, pomaga nawiązać kontakt ze sobą, rozwija intuicję, wykonywana w grupie pomaga nawiązywać relacje z drugą osobą i integrować grupę.

Metody szeroko rozumianej arteterapii mogą być wykorzystywane przez psychotherapeutów i terapeutów, po odpowiednim przeszkoleniu, do wspierania szeroko rozumianych działań terapeutycznych.

Taniec terapeutyczny

Taniec porusza ciałem, emocjami, duszą... pomaga uświadamiać sobie, co czujemy tu i teraz. Wywołuje doświadczenie połączenia z energią i radością życia. Kiedy w tańcu budzisz intuicję i uwalniasz spon-taniczność, możesz wypuścić to, co stare, i otworzyć się na to, co nowe i dające życie.

Taniec terapeutyczny tym różni się od tańca estradowego czy popularnych szkół tańca, że za cel stawia sobie nie naukę, poprawne wykonanie techniki lub występ na scenie. Celem jest tworzenie terapeutycznych i rozwojowych doświadczeń. Taniec terapeutyczny czerpie z technik improwizacji, tańców technicznych i technik tańca, ale skupia się na ich terapeutycznym i rozwojowym zastosowaniu, inspirując się różnymi szkołami psychoterapii, takimi jak Gestalt, psychologia jungowska, praca z ciałem–bioenergetyka czy Core Energe-

tics oraz różnymi etnicznymi praktykami uzdrawiania i terapii tańcem.

Na poziomie fizycznym i fizjologicznym taniec terapeutyczny pomaga uwolnić się od stresu i napięcia. Uprawianie tańca ożywia człowieka, podnosi poziom energii, powoduje zwiększone wydzielanie hormonów wspierających życie endorfin. Poprawia sprawność ruchową i koordynację, przez co harmonizuje półkule mózgowe, co zwiększa młodość i wydajność mózgu.

Na poziomie emocjonalnym taniec może łagodzić napięcia związane z tłumieniem emocji w ciele lub poprzez ich rozładowanie może pomagać kontrolować nadmierne wybuchy emocji oraz ich niekontrolowaną ekspresję.

Na poziomie świadomości praktyka tańca terapeutycznego może wspierać rozwijanie świadomości ciała, emocji oraz rozwijać kontakt z własnym wnętrzem, duszą, intuicją.

Dla terapeutów prowadzących grupy taniec terapeutyczny może być łatwą metodą rozładowywania napięcia i stresu w grupie, integracji, rozgrzewki i przygotowywania się do głębszej pracy.

Dla terapeutów zainteresowanych dbaniem o własny rozwój oraz kondycję psychiczną i przeciwdziałanie wypaleniu taniec może być skutecznym narzędziem dbania o siebie.

Taniec świetnie rozładowuje stres i wzbuja wydzielanie endorfin pomagających poczuć radość życia i energię młodości.

Terapeutyczny teatr tańca

W tradycji greckiej uważano, że widzowie oglądający teatr, choreę, mogą przejść proces oczyszczenia, katharsis, czyli uwolnić się od bólu emocjonalnego, odmłodzić lub odnowić swoje połączenie z bogami. Dziś odnowienie relacji z bogami możemy rozumieć jako odnowienie kontaktu z głębszymi poziomami psychiki, archetypami, duszą, itd.

W praktyce teatru tańca możemy wybierać temat np „konflikt w rodzinie”, „problemy w pracy” czy „problemy z uzależnieniem”. Odgrywanie ich w odpowiedni sposób nie tylko może prowadzić do uwolnienia napięcia związanego z tematem, ale także pełniejszego wglądu i rozumienia. Odgrywanie tematu w formie teatru tańca mobilizuje siły psychiki i wspiera wprowadzanie zmian w życiu.

Po raz pierwszy zastosowałem Terapeutyczny Teatr Tańca w Częstochowie na warsztacie w 2004 roku. Trzy osoby w gru-

pie odgrywały rodzinę alkoholików. Na sali była ciężka, trudna i bolesna atmosfera. Wydawało się, że nic nie może tego zmniejszyć, nic już nie jest w stanie pomóc.

Wtedy grupa odegrała anioły uzdrawiające rodzinę. Rozwiązanie z pewnością mało realne i „bajkowo fantastyczne”, ale mitologicznie i psychologicznie skutecznie. Druga część teatru, w którym „ludzkie anioły” uzdrawiały osoby uzależnione od alkoholu, podniosła nastrój i poziom energii na grupie. Następnie wszyscy odtańczyliśmy taniec uzdrowienia. Mimo, że scenariusz uzdrowienia rodziny alkoholików przez anioły jest mało realistyczny, to jednak odegranie tego przedstawienia poprawiło nastrój, dało nadzieję i zmieniło coś w każdym z nas. Tak właśnie działają terapeutyczne rytuały.

Praca z mandalami i rysunkami terapeutycznymi

Rysowanie pomaga wyjawić się temu, co nieświadome, objawia to, co ukryte i pomaga kreować to, co nienarodzone, wydobywając z naszej wyobraźni wizje i pomysły na przestrzeń kartki.

Terapeutyczne działanie rysowania odkryło i stosowało w pracy wielu współczesnych arteterapeutów, ale chyba najbardziej spopularyzował tego typu metody Jung poprzez praktykę pracy z mandalą.

Jung zauważył, że kiedy pacjenci rysują mandale, uspokajają się i zwiększa się ich poziom relaksacji. Rysowanie mandal sprzyja integracji psychiki i powstawaniu wglądu w siebie.

W praktyce dla wielu terapeutów praca z mandalą może być ciekawym elementem uzupełniającym pracę z grupą czy klientem indywidualnym. Mandalę można odczytywać i interpretować. Mimo, że jest wielu przeciwników diagnozowania na podstawie rysunków, to rysunek istotnie może być świetnym narzędziem diagnostycznym, gdyż podświadomość pacjenta wyraża się przez sny, niekontrolowane ruchy ciała, a także rysunek. Nie tylko co, ale i jak rysujemy, mówi wiele o nas. Jednak powierzchowna interpretacja takich rysunków może wprowadzać w błąd i stygmatyzować. Dlatego właśnie wielu praktyków terapii ekspresyjnych odradza diagnozowanie i zachęca do samego rysowania.

Na warsztatach rysowania mandal można zauważyć, jak szybko ludzi pochłania ta czynność, jak się relaksują, uspokajają i pogłębiają swój oddech, zapominają o troskach i kłopotach. Często rysunki prowadzą do wglądu w siebie. Czasami ludzie wpadają na twórcze inspirujące pomysły lub przypominają im się zranienia i uwalniają związane z tym napięcie i emocje.



Bywa, że po prostu sama radość rysowania jest najważniejsza.

Rysowanie może też pomóc skrytali-
zować wizje, cele i marzenia jednostki lub grupy.
Jeżeli mamy marzenia i chcemy, żeby się
spełniały, wystarczy skupić się przez chwilę
i narysować je, jak się spełniają. Narysowane
w pozytywny sposób marzenia są dokładnie
sprecyzowane i zostają wyrażone, co sprawia,
że łatwiej nam je realizować i łatwiej przycią-
gnąć je do siebie.

Magia dźwięku

Dźwięk działa bezpośrednio na ciało,
omijając umysł. Mówi się, że dźwięk
może oczyszczać na poziomie komórko-
wym, uwalniać ze stresu nie tylko ciało,
ale także komórki, tkanki i narządy we-
wnętrzne. Dźwięk był stosowany w terapii
i uzdrawianiu od tysięcy lat. Chiński znak
„medycyna” składa się ze znaków „ziół”
i „muzyka”. Dowodzi to, że już w staro-
żytnych czasach, w Chinach, leczono za
pomocą podawania ziół i grania muzyki.
Muzyka miała podnosić pacjentów na du-
chu i leczyć ich chore organy, wspoma-
gając działanie ziół. W starożytnej medy-
cynie chińskiej wierzono, że wszechświat
jest kombinacją pięciu żywiołów, co dało
początek pentatonicznej skali muzycznej.
Wierzono, że określone dźwięki i ich kom-
binacje mogą leczyć organy wewnętrzne,
emocje oraz aspekty osobowości czło-
wieka.

W polskiej tradycji znana była uzdrawia-
jąca moc pieśni. O mocy śpiewania i pieśni
pisali nasi wieszczowie. Według medycyny
chińskiej śpiewanie oczyszcza i uzdrawia
serce. Serce jest siedzibą Shen, czyli ducha,
więc śpiewanie podnosi na duchu i świet-
nie nadaje się zarówno na samodzielną, jak
i wspierającą metodę terapeutyczną.

W trakcie relaksacji można grać na in-
strumentach muzycznych. Muzyka grana
na żywo bardziej działa na członków grupy.
W trakcie warsztatów wykorzystuję instru-
menty takie jak: misy tybetańskie, gongi,
grzechotki, bęben czy flety. Ostatnio gram
też po zajęciach jogi dla seniorów. Uczest-
nicy bardzo lubią granie w trakcie relaksa-
cji i uważają, że po sesji muzyki terapeutycznej
czują się lepiej. Zastosowanie mu-
zyki terapeutycznej w trakcie relaksacji
spotkało się z entuzjazmem uczestników,
którzy twierdzą, że dzięki temu efektywniej
korzystają z zajęć.

Zauważyłem, że w czasie relaksacji na
grupach arteterapii uczestnicy głębiej się
rozluźniają i oczyszczają ze stresu oraz
negatywnych energii. Wielu twierdzi, że

udział w warsztatach ułatwia im wypoczy-
nek i regenerację. Sądzę, że dzieje się tak
dlatego, że codziennie jest relaksacja przy
dźwięku instrumentów. Skuteczna relak-
sacja może być czynnikiem wspierającym
każdą formę terapii, bo pomaga uwolnić
się od stresu i zregenerować, sprzyja uspo-
kaniu emocji i umysłu.

Kreatywne pisanie

Kto by pomyślał, że pisanie może leczyć
z chorób i wspierać powrót do zdro-
wia? Jednak badania przeprowadzone
na dwóch grupach pacjentów dowio-
dły, że ci z nich, którzy pisali pamiętniki,
mieli większe szanse powrotu do zdrowia
i dłużej żyli. Pisanie o swoich przeżyciach
i związanych z nimi emocjach pomaga
uwolnić stłumione emocje i prowadzi do
większej integracji psychiki.

Pisanie i czytanie wierszy pomaga roz-
winąć lepsze rozumienie siebie, zdolność
wyrażania siebie i swoich uczuć słowami
jak i zdolność rozumienia innych. Wier-
sze poetów niosące ponadczasowe prze-
ślanie mają duże działanie terapeutyczne.
Pomagają oderwać się od trosk życia, zro-
zumieć sens cierpienia czy zmienić per-
spektywę patrzenia na życie.

Uprawianie terapii sztuką budzi na-
szą kreatywność, wspiera uzdrawianie
dziecka wewnętrznego i rozwija zdolność
rozumienia siebie oraz bycia tu i teraz.

Nadmierna krytyka, z jaką uczestnicy
warsztatów spotykają się jako dzieci, po-
woduje, że mają utrudnioną zdolność
czerpania z zasobów własnej kreatywno-
ści. Na warsztatach nieraz ktoś mi mówił,
że nie potrafi rysować, malować czy tań-
czyć, bo został skrytykowany w dzieciń-
stwie, najczęściej w szkole, za swoje twór-
cze działania. Często takie osoby potrafią
ponownie uwierzyć w swoje zdolności
już po weekendowym warsztacie twór-
czej ekspresji.

Tworzenie wspiera kontakt z dzieckiem
wewnętrznym, wyzwala spontaniczność,
skłonność do zabawy i spontanicznej ko-
munikacji z innymi oraz pogłębia kontakt
z własnymi prawdziwymi uczuciami.

W przypadku głębokiego stresu i traumy
twórcza ekspresja pomaga rozładować
nadmierne skutki stresu i może wspierać
terapię, zmniejszyć oraz wywołać twórczą
transformację skutków traumy, choć praca
z traumą wymaga specjalistycznego przy-
gotowania terapeutycznego. Natomiast roz-
ładowanie skutków stresu poprzez twórczą
ekspresję łatwo osiągnąć i nie wymaga to
specjalistycznego szkolenia.

Docieranie do trudnych pacjentów

Uważa się, że język sztuki może do-
trzeć tam, gdzie nie dociera język
mówiony. Poprzez twórczą ekspre-
sję można wyrazić ukryte zranienia
i treści niedające się łatwo zwerbalizo-
wać. Samo wyrażenie trudnych emocji
działa terapeutycznie. Dla terapeuty
twórcza ekspresja może być ważnym
źródłem informacji o tym, co dzieje
się naprawdę w grupie i psychice pa-
cjenta. Twórcza ekspresja umożliwia
wyrażanie tego, czego nie można do
końca zrozumieć i wyrazić słowami.
Dla terapeutów pracujących z grupami
i klientami indywidualnymi techniki
twórczej ekspresji mogą być ciekawym
uzupełnieniem ich sposobu pracy.

Proste i łatwe do zastosowania techniki
można opanować w miarę szybko. Naj-
prostsze i najbardziej uniwersalne cwi-
czenia, które wielokrotnie sprawdziły się
w pracy z różnymi grupami, jakie mógł-
bym, polecić to:

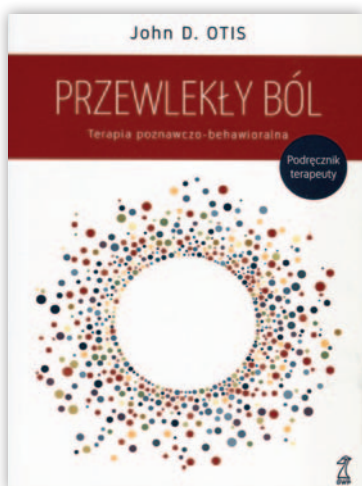
- Rozgrzewka i integracja grupy w tańcu – pomaga rozładować stres, integruje grupę i przełamuje lody.
- Terapia pieśnią i terapia poezją – podnosi na duchu, podnosi poziom energii, śpiewanie uzdrawia serce.
- Rysowanie mandal – pomaga się uspokoić, pogłębić wgląd w siebie, pomaga nawiązać kontakt ze sobą i intuicją.
- Terapia poezją i czytanie tekstów poetyckich – pomaga odnaleźć sens w cierpieniu i nawiązać kontakt z ponadczasowymi ludzkimi wartościami.

Każde z tych ćwiczeń można stosować
jako samodzielne ćwiczenie lub połączyć
je w kombinacje ćwiczeń.

Podsumowując, sztuka towarzyszy
człowiekowi od tysięcy lat. Jedną z jej
istotnych funkcji na przestrzeni dziejów
jest wspomaganie procesów uzdrawiania
i terapii. Terapie ekspresyjne są nurtem
arteterapii, który skupia się na terapeutycznym i rozwojowym wykorzystaniu sztuki w pracy z jednostką i grupą. Twórcza ekspresja pomaga radzić sobie z wieloma wyzwaniami życia i może być włączona w różne formy terapii, także terapii uzależnień.

Autor jest doktorem socjologii,
arteterapeutą – Zen Coach, praktyk
pracy z ciałem. Prowadzi warsztaty i
sesje indywidualne. Jest wykładowcą
podyplomowego studium arteterapii,
choreoterapii i muzykoterapii, autorem
książek: *Potęga Wizualizacji*, *Zrelaksuj
się i Żyj Twórczo*, *Uzdrawiający Taniec*,
Taniec jako Terapia.

propozycje czytelnicze



W tym numerze chcielibyśmy zarekomendować serię przygotowaną przez GWP. Składa się ona z dwóch pozycji, jedna to podręcznik dla terapeuty, druga jest poradnikiem dla pacjenta. Obie książki poświęcono tematyce radzenia sobie z bólem, który towarzyszy wielu chorobom.

Autor korzysta z terapii poznawczo-behawioralnej, gdyż według jego doświadczeń zawodo-

wych właśnie ten rodzaj terapii okazał się niezwykle skuteczny w przypadku dolegliwości bólowych.

Podręcznik dla terapeuty składa się z opisu jedenastu sesji. Poprzedzony został rozdziałami wprowadzającymi, gdzie można znaleźć wiedzę na temat rodzaju bólu (receptorowego i niereceptorowego), informację o korzyściach, ale i zagrożeniach związanych z realizacją tego programu.

Poradnik pacjenta zawiera materiały przydatne podczas sesji. Jest w nich wiedza podana w bardzo przystępny sposób, wzbogacona rysunkami, wykresami, tabelami. Pod każdą sesją umieszczono zadania domowe dla pacjenta, a na końcu poradnika kilka stron przeznaczonych na notatki.

To wszystko sprawia, że korzystanie z poradnika (niczym z zeszytu ćwiczeń) jest bardzo funkcjonalne i przydatne. Ze względu na zawartość merytoryczną może służyć również po zakończeniu terapii.

Przewlekły ból towarzyszy wielu schorzeniom, niesie ze sobą negatywne emocje, frustrację. W polskim systemie opieki zdrowotnej wciąż za mało miejsca poświęca się temu problemowi. Zatem warto

sięgnąć po doświadczenia amerykańskie. Autor serii jest nie tylko psychologiem, ale też psychiatrą. Prowadzi między innymi badania nad stresem pourazowym. To wszystko pozwala zaufać, że psychoterapia może skutecznie wspierać, a nawet zastąpić farmakoterapię w leczeniu przewlekłego bólu.

Choć poradnik pacjenta jest przejrzysty i przystępny w formie, to jednak raczej nie można go polecić do stosowania bez opieki i współpracy z terapeutą. Dlatego tę serię rekomendujemy profesjonalistom: lekarzom i terapeutom.

John D. Otis, „Przewlekły ból. Terapia poznawczo-behawioralna”, tytuł oryginalny: „Managing Chronic Pain. A Cognitive-Behavioral Therapy Approach”, tłumaczenie: A. Pałynyczko-Ćwiklińska, GWP, Sopot 2018

WAŻNE
i
CIEKAWY**Dofinansowanie szkolenia dla specjalistów i instruktorów terapii uzależnień**

Podobnie jak w latach ubiegłych, również w 2019 r. przekazane zostaną przez PARPA do WOTUW środki finansowe przeznaczone na dofinansowanie udziału pracowników placówek leczenia uzależnienia od alkoholu w szkoleniu będącym I etapem „Programu szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień”.

Pracownicy tych placówek, którzy zamierzają się ubiegać o takie dofinansowanie, proszeni są o pobranie wniosku zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie PARPA i przesłanie go pocztą tradycyjną do właściwego terytorialnie WOTUW.

Bezpłatna pomoc psychologiczna dla osób głuchych lub niedosłyszących

PARPA oraz Urząd Dzielnicy Wola m.st. Warszawy zapraszają osoby Głuche i niedosłyszące oraz ich bliskich do skorzystania z oferty pomocy w rozwiązywaniu problemów alkoholowych.

Pomoc możliwa w Warszawie lub on-line (SKYPE) – dostępna dla osób z całej Polski, pomoc w języku migowym (PJM lub SJM). Informacja na temat zapisów na konsultację: tel. (sms, wideokonferencja, rozmowa głosowa): 601 436 000, email: zapisy@pa-nieslyszacy.info

Darmowa publikacja „E-uzależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia”

Fundacja Praesterno udostępnia do pobrania bezpłatną książkę autorstwa dr Magdaleny Rowickiej pt. „E-uzależnienia. Teoria, profilaktyka, terapia”.

Publikacja zawiera przegląd dostępnej wiedzy związanej z tzw. uzależnieniami od nowych technologii m.in. od Internetu, gier komputerowych i internetowych oraz telefonów komórkowych. Autorka dokonuje szerokiego przeglądu koncepcji poszczególnych zaburzeń, a także prezentuje, uznane za skuteczne, strategie w odniesieniu zarówno do profilaktyki jak i terapii. E-book dostępny na stronie: <https://publikacje.praesterno.pl>

Darmowa książka: „Dialog Motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie”

Prezentowana książka adresowana jest do osób, które chciałyby pogłębić wiedzę na temat możliwości zastosowania dialogu motywującego jako skutecznej i potwierdzonej naukowo metody w obszarze uzależnień behawioralnych, zarówno w profilaktyce, jak i terapii. Niewątpliwie dużym atutem publikacji są jej autorzy. Poza Williamem R. Millerem, twórcą dialogu motywującego, redaktorkom naukowym udało się zaprosić do współpracy przy pisaniu podręcznika wielu światowej sławy ekspertów z obszaru dialogu motywującego i uzależnień.

Książka do pobrania w formie pliku pdf znajduje się na: https://www.kbnp.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707

Studium Pomocy Psychologicznej dla Par

Instytut Psychologii Zdrowia ogłasza nabór na VI edycję studium, które rozpocznie się w marcu 2019 r.

To program systematycznego szkolenia dla osób zajmujących się udzielaniem pomocy psychologicznej dla par lub zainteresowanych tym tematem. Celem Studium jest profesjonalne przygotowanie do pracy z parami – rozwijanie umiejętności i wiedzy niezbędnych w pracy z parami, praca własna dotycząca doświadczeń z byciem w związku (własne zasoby i ograniczenia), metody i techniki pracy, poznanie kluczowych obszarów związanych z pracą z parami.

Szkolenie obejmuje 8 sesji (200 godzin zajęć). Dla osób, które ukończyły Studium, istnieje możliwość szkolenia zaawansowanego (II stopień) obejmującego supervizję pracy własnej, połączoną z certyfikacją i uzyskaniem rekomendacji IPZ PTP. Szkolenie jest odpłatne.

Więcej informacji na: <http://www.psychologia.edu.pl/sppd-p-o-szkoleniu.html>, dodatkowe informacje w sekretariacie IPZ PTP, tel. 22 863 87 38.

Telefon zaufania 801 889 880

Informujemy, że przy Instytucie Psychologii Zdrowia PTP działa pierwszy w Polsce telefon zaufania dla osób cierpiących z powodu uzależnień behawioralnych, tj. uzależnienia od hazardu, internetu, seksu, zakupów, pracy czy jedzenia.

Wykłady online dla specjalistów terapii uzależnień

Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii na stronie Platformy Edukacyjnej w Zakresie Problematyki Narkomanii dla pedagogów szkolnych, nauczycieli oraz dla lekarzy wszystkich specjalizacji dostępnej pod adresem www.narkomania.edu.pl zamieściło serię materiałów edukacyjnych w postaci wykładów.

Przybliżają one między innymi zagadnienia związane z podwójną diagnozą, a także zagadnienia związane z problematyką Nowych Substancji Psychoaktywnych: objawami używania, konsekwencjami zdrowotnymi oraz metodami postępowania z osobą będącą pod wpływem NSP. Umożliwią one także poznanie konsekwencji zdrowotnych i modeli używania substancji psychoaktywnych oraz pokażą, jak przekonać osobę uzależnioną do leczenia. Wykłady prezentują także charakterystykę programów terapeutycznych i programów opartych na filozofii redukcji szkód.

Zmiany w programie szkolenia terapeutów

W związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu od 1 stycznia 2019 r. nastąpiły zmiany w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień oraz szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień prowadzonego przez PARPA.

- Uprawnienia osób posiadających certyfikaty specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień

Osoby, które uzyskały certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień do końca 2018 r., zachowują wszystkie nabyte prawa. Ich certyfikaty pozostają ważne.

- Rozpoczynanie programu szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień po 1 stycznia 2019 r.

Osoby, które planują rozpocząć szkolenie w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień po 1 stycznia 2019 r., mogą rozpocząć naukę wyłącznie w ścieżce szkolenia prowadzonej przez KBdSPN.

- Kontynuacja programu szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień w ramach ścieżki PARPA.

Osoby, które rozpoczęły szkolenie przed 1 stycznia 2019 r. – mogą je kontynuować, przy czym za szkolenie rozpoczęte rozumie się sytuację, gdy:

- szkoła zrealizowała część zajęć przed końcem 2018 r. i kontynuuje szkolenie,
- szkoła dokonała rekrutacji uczestników do końca 2018 r., a zajęcia rozpoczynają się w 2019 r.

Osoby, które ukończyły już z wynikiem pozytywnym szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin, mogą na dotychczasowych zasadach realizować staż kliniczny (do 31 grudnia 2023 r.) i supervizję kliniczną (do połowy 2024 r.). Mogą też stawiać do egzaminu organizowanego przez PARPA (do 31 grudnia 2024 r.), o ile ukończyły z wynikiem pozytywnym wszystkie etapy szkolenia. Staż kliniczny i supervizję można realizować bez ważnego zaświadczenia o potwierdzeniu statusu osoby będącej w trakcie szkolenia. Do egzaminu można stawiać również bez ww. zaświadczenia.

Zasady wydawania zaświadczeń potwierdzających status osoby w trakcie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień

Wszystkie osoby, które po raz pierwszy wystąpią do PARPA z wnioskiem o potwierdzenie statusu osoby pozostającej w trakcie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień, zrekrutowane przed 31 grudnia 2018 r. otrzymają zaświadczenia potwierdzające ich status, ważne nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2023 r., niezależnie od daty wystąpienia o wydanie zaświadczenia.

Osoby, które mimo rozpoczęcia szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, nie występowały o potwierdzenie statusu osoby uczestniczącej w programie szkolenia po 1 lipca 2012 r., otrzymają na swój wniosek zaświadczenia potwierdzające ich status, ważne nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2023 r., niezależnie od daty wystąpienia o wydanie zaświadczenia. Po zaświadczeniu można wystąpić po zakończeniu pierwszej sesji zajęć.

Osoby, które nie otrzymały jeszcze certyfikatu, a ich zaświadczenia potwierdzające status osoby w trakcie szkolenia, wydane po 1 lipca 2012 r., straciły ważność – nie otrzymają nowego zaświadczenia. Osoby, które muszą je mieć, aby kontynuować zatrudnienie, powinny rozpocząć szkolenia w ścieżce KBdSPN.

Nie ulegają zmianom zasady zmiany statusu osoby uczącej się w zakresie instruktora na specjalistę w przypadku osób, które w trakcie programu szkolenia uzyskały tytuł zawodowy lekarza lub magistra pielęgniarstwa lub tytuł magistra po studiach na kierunkach: psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, nauka o rodzinie, teologia lub filozofia. Zmiana statusu nie wydłuża ważności zaświadczenia wydanego po 1 lipca 2012 r.

Nie ulega zmianie sytuacja osób posiadających certyfikat instruktora terapii uzależnień, które już po uzyskaniu certyfikatu instruktora terapii uzależnień uzyskały wykształcenie wyższe i tytuł zawodowy lub tytuł magistra opisany powyżej. Osoby te, chcąc stanąć do egzaminu w zakresie specjalisty, muszą rozpocząć supervizję kliniczną w zakresie specjalisty. Po pierwszej sesji supervizji mogą wystąpić do PARPA o zaświadczenie potwierdzające ich status, jako osób pozostających w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień. Będzie on ważny do dnia 31 grudnia 2023 r.

Oprac. Danuta Mikuła

INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA PTP

02-412 WARSZAWA UL. GĘŚLARSKA 3

zaprasza od marca 2019

na II Moduł Specjalistycznego Szkolenia
w Dziedzinie Terapii i Rehabilitacji
Uzależnienia od Narkotyków

Szkolenie akredytowane przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania
Narkomanii **przygotowuje do uzyskania certyfikatu specjalisty
psychoterapii uzależnień.**

MODUŁ II – przeznaczony jest dla osób pracujących z osobami
uzależnionymi od narkotyków w placówkach zajmujących się terapią
uzależnień minimum dwa lata.

Osoby ubiegające się o certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień
powinny posiadać studia na kierunku: praca socjalna, psychologia,
pedagogika, nauki o rodzinie, socjologia, teologia, filozofia,
zdrowie publiczne.

Program szkolenia zawiera:

350 godzin zajęć wykładowo – warsztatowych (12 sesji),

80 godzin stażu i 70 godzin supervizji.

Więcej informacji i formularz zgłoszenia do pobrania na stronie
www.ipz.edu.pl

Kierownik szkolenia: Elżbieta Rachowska. Szkolenie odbywa się
w Fundacji ETOH Warszawa ul. Mszczonowska 6

moments of movement

10-12 maja 2019, Warszawa www.pcewarsaw2019.eu

Zapraszamy na pierwszą w Polsce
międzynarodową konferencję dotyczącą
podejścia doświadczeniowego i skoncentrowanego
na osobie pt.: **„MOMENTY ZMIANY”**
organizowaną przez PCE EUROPE
oraz Ośrodek Intra i Stowarzyszenie Intra.

*Przyjrzyjmy się szczegółowo i z bliska momentom
zmiany. Przekonajmy się, gdzie leży granica, za którą
nasza wiedza się kończy, ustępując miejsca tajemnicy,
i spróbujmy tę granicę przesunąć.*

Maria Król-Fijewska

Wykłady główne:

**'Głębia relacyjna'
momenty zmian
w terapii**

Mick Cooper

**Proces zmiany w terapiach
skoncentrowanych na osobie
i doświadczeniowych**

Gerhard Stumm

intra

DZIENNICZEK UCZUĆ

Autor: Jacek Kasprzak

Cena 15 zł.

Przy większych zamówieniach ceny hurtowe.

Zamówienia:

Fundacja Zdrowie–Trzeźwość,

97–400 Betchatów,

ul. Czapliniecka 44/8

skr.poczt. 45 tel.: 501 437 046

e-mail: terapia@rubikon.pl, www.fz-t.pl



VII Ogólnopolska Konferencja Ośrodka Psychoterapii Dorosłych Dzieci Alkoholików

Kiedy dziecko przejmuje kontrolę
– o roli kontroli w życiu i terapii osób z syndromem DDA



Sobota 15.06.2019, godziny: 9 – 16
Kraków, UMK Plac Wszystkich Świętych 3-4
www.kstu.pl (zakładka konferencja)

