



**WYDZIAŁ NAUK
O WYCHOWANIU**
Uniwersytet Łódzki

Uniwersytet Łódzki
Wydział Nauk o Wychowaniu
Katedra Pedagogiki Społecznej i Resocjalizacji

Rozprawa Doktorska

Karol Łukowski

**Praca terapeutyczna w poradniach leczenia uzależnień.
Studium społeczno-pedagogiczne**

Promotor: **dr hab. Mariusz Granosik, prof. UŁ**

Spis treści

Wprowadzenie oraz rekonstrukcja perspektywy badacza.....	4
1. Terapia i pedagogika.....	7
1.1. Terapia w pedagogice	8
1.2. Terapeutyczność pedagogiki.....	12
1.3. Kierunki badań psychoterapii uzależnień	35
2. Metodologia badań nad pracą terapeutyczną.....	40
2.1. Metoda badawcza	40
2.2. Dobór próby, miejsce badań	47
2.3. Przebieg badań.....	48
3. Praca terapeutyczna jako struktura.....	52
3.1. Dwie placówki, dwa światy	52
3.2. Rekonstrukcja głównych perspektyw i obszarów pracy terapeutycznej....	57
3.2.1. Medyczne ujęcie pracy terapeutycznej	57
3.2.2. Perspektywa psychoterapeutyczna.....	63
3.2.3. Praca środowiskowa w psychoterapii uzależnień.....	74
3.3. Nowi pacjenci	83
3.3.1. Pacjenci przychodzący po raz pierwszy na terapię.....	84
3.3.2. Nowi uczestnicy trafiający na terapię po raz kolejny	89
3.3.3. Nowi pacjenci prewencyjni.....	98
3.4. Kierunki integrowania działań terapeutycznych - role wykonawcze	102
3.4.1. Edukacja ukierunkowująca (przewodnik)	103
3.4.2. Rola uświadamiającego (psycholog).....	108
3.4.3. Wskazówki i zalecenia w pracy terapeutycznej (zaleceniodawca)	112
3.4.4. Rola wspierającego (pomocnik).....	115
4. Praca terapeutyczna jako interakcja.....	118
4.1. Język komunikowania się w psychoterapii uzależnień.....	118

4.1.1. Język wewnętrzny	119
4.1.2. Techniki posługiwania się językiem w psychoterapii uzależnień	125
4.1.3. Struktura wypowiedzi w przebiegu sesji terapeutycznej	130
4.2. Interakcje i relacje w procesie terapeutycznym.....	136
4.2.1. Inicjowanie relacji terapeutycznych.....	139
4.2.2. Interakcje podczas sesji terapeutycznej.....	141
4.2.3. Praca interakcyjna nad relacjami wewnętrznymi	144
4.2.4. Organizowanie relacji ze sobą dla innych.....	149
4.2.5. Praca interakcyjna w środowisku życia pacjenta	151
5. Praca terapeutyczna jako dyskurs.....	160
5.1. Tematyzowanie i problematyzowanie rozmowy	161
5.1.1. Tematyzacja i problematyzacja wprowadzana przez terapeutę a orientowanie działania.....	162
5.1.2. Uczenie się tematyzowania i problematyzowania własnego życia	163
5.1.3. Napięcia w procesie problematyzowania	164
5.1.4. Proces problematyzowania w sesji terapeutycznej	165
5.1.5. Problematyzacje wytwarzane podczas superwizji i zebrań klinicznych	169
5.1.6. Problematyzowanie wprowadzane przez uczestników terapii.....	172
5.2. Dyskursy przyczyn i skutków	174
5.2.1. Wewnętrzne czynniki sprzyjające uzależnieniu.....	175
5.2.2. Czynniki zewnętrzne.....	179
5.3. Dyskurs niepowodzenia: przerywanie abstynencji w trakcie leczenia	187
5.3.1. Ostatnia deska ratunku	190
5.3.2. Nieuważność.....	192
5.3.3. Brak otwartości i kłamstwa.....	194
5.3.4. Powrót do nałogowych zachowań	197
5.4. Ograniczenia, deficyty pacjentów i inne czynniki ryzyka.....	199

5.4.1. Deficyty w terapii uzależnień	199
5.4.2. Zepsute relacje.....	201
5.4.3. Zwiększona tolerancji na alkoholu, czyli droga do terapii.....	204
5.4.4. Destrukcyjna siła uzależnienia.....	205
5.4.5. Wyczerpanie psychiczne.....	211
5.5. Kontekst konsekwencji uzależnienia.....	213
5.5.1. Utożsamianie się z negatywnymi cechami osobowości	214
5.5.2. Utrata kontroli nad własnym życiem i bezsilność	216
5.5.3. Problemy z nawiązywaniem relacji i podejmowania ról społecznych	224
5.5.4. Współuzależnienie i nadkontrola.....	226
5.6. Obronne strategie retoryczne	227
6. Praca terapeutyczna jako praca społeczna	234
6.1. Praca terapeutyczna w środowisku.....	235
6.1.1. Okoliczności i uwarunkowania układania relacji rodzinnych.....	237
6.1.2. <i>Jak feniks z popiołów</i> , siły wynikające ze słabości	239
6.2. Społeczna wartość pracy terapeutycznej.....	241
6.2.1. Powrót do społeczeństwa i ról społecznych.....	242
6.2.2. Powrót do sprawczości i empowerment	243
6.2.3. Środowiskowe budowanie wartości osobistej	245
6.2.4. Wstrzymanie reprodukcji ryzykownych wzorów działania.....	247
6.2.5. Kształtowanie profilaktycznego środowiska życia.....	248
6.2.6. Otwieranie oczu na świat, nowe wartości i możliwości.....	249
6.3. Proces zmiany społecznego funkcjonowania.....	252
Podsumowanie	259
Bibliografia:	270

Wprowadzenie oraz rekonstrukcja perspektywy badacza

Zjawisko uzależnień ujawnia się jako problem na niemal wszystkich poziomach życia społecznego, od osobistej biograficznej tragedii osoby uzależnionej, poprzez destrukcję rodziny oraz ról zawodowych, aż po negatywne skutki ekonomiczne, a nawet polityczne. Nieco rzadziej uzależnienia są problematyzowane w perspektywie instytucjonalnej, jako wyzwanie dla organizacji oraz praktyków, którzy walczą nie tylko o uratowanie biologicznego bytu jednostki (zdrowia i życia) ale również jej miejsca w społeczeństwie (reintegracja). Te wyzwania są o tyle trudne, że główna oś ich dylematyczności dotyczy podmiotowości osoby uzależnionej i przebieg na kontinuum od przejęcia kontroli nad człowiekiem, który sam już nie jest w stanie tego czynić, poprzez współdecydowanie, aż do uznania pełnego społecznego samostanowienia. Termin „*samostanowienie*” odnaleźć można m.in. w koncepcji organizowania wsparcia dla osób niepełnosprawnych. Samostanowienie, akcentowane w edukacji specjalnej, oznacza dochodzenie do autonomii i niezależności, które związane jest z procesem osiągnięcia zmiany społecznej, w której akcentowany jest motyw wsparcia. W pracy terapeutycznej nad uzależnieniami, przynajmniej na poziomie materiałów szkoleniowych, podkreśla się wolną wolę pacjenta i jego prawo do samostanowienia, a także odpowiedzialność i konsekwencje podejmowanych decyzji.

Miedzy innymi z powodu takich komplikacji, praca terapeutyczna w ambulatoryjnych jednostkach leczenia uzależnień jest swoistym połączeniem usług zdrowotnych, psychoterapii oraz pracy środowiskowej, które powinno otwierać pacjentowi możliwość bezpiecznego zorganizowania miejsca jego codziennego życia. Troska o te trzy obszary pracy musi angażować medycynę, psychologię i pedagogikę społeczną. Przeglądając literaturę naukową oraz programy szkoleń oferowane terapeutom, najbardziej skromna, żeby nie napisać niedoceniona, wydaje się perspektywa środowiskowa, bo choć są prace naukowe na ten temat, to jednak próżno szukać odniesień do pracy społecznej w najbardziej popularnych kursach i szkoleniach oferowanych terapeutom uzależnień. Problem ten jest niezwykle ważny, bowiem po pierwsze, największym ryzykiem procesu wychodzenia z nałogu jest powrót i nowe sytuowanie się w środowisku życia, a po drugie budowanie zaangażowanej wspólnoty wsparcia, opartej na siłach jej członków, może być bardzo istotnym czynnikiem chroniącym przed ponownym powrotem do nałogu. Podstawą programu wsparcia społecznego jest zasada

pozytywnego wzmocnienia, budowania życia wolnego od nałogu, pełnego radości, satysfakcji i sensu¹.

Perspektywa ujmowania psychoterapii uzależnień, podejmowana przez wiele lat przez badacza, została ukształtowana na podstawie jego uczestniczenia w różnych szkoleniach dla terapeutów uzależnień, własnej praktyki psychoterapeutycznej, przede wszystkim jednak doświadczania samemu problemu uzależnienia. Z drugiej strony, istotne znaczenie miało zainteresowanie pedagogiką społeczną, która, jako perspektywa badawcza, pozwala inaczej spojrzeć na sam proces pracy terapeutycznej, a jako pewien model praktyki, podsuwa nowe inspiracje uspołecznienia przeciwdziałania uzależnieniom. Takie wielowarstwowe uwikłanie w badaną sytuację pozwoliło inaczej spojrzeć na przebieg i dynamikę sesji terapeutycznych, co być może zaowocowało bardziej wnikliwą analizą zebranych danych.

Już na wstępie, trzeba uprzedzić, że w całej rozprawie uczestnicy terapii będą nazywani pacjentami, co w ramach pedagogiki społecznej, w szczególności jej emancypacyjnych nurtów, mogłoby być uznane za degradujące. Z jednej strony, jest to wyraźny kod *in vivo*, zaczerpnięty z materiału badawczego, bo w ośrodkach terapii uzależnień uczestnicy są konsekwentnie właśnie tak nazywani. Z drugiej strony, przeszłość badacza uwikłana w terapię uzależnień z różnych stron, sprawiła, że posługiwanie się tym właśnie terminem przyszła naturalnie i bez większych oporów. Ostatecznie, posługiwanie się kategorią pacjenta ułatwia odtworzenie specyficznej atmosfery ośrodków leczenia, które ekonomicznie, strukturalnie i organizacyjnie wpisują się w resort zdrowia.

Jako że przyjęto interpretatywną perspektywę badawczą, w ramach której zarówno szczegółowe problemy badawcze, hipotezy, jak i kontekst teoretyczny są efektem kodowania materiału i pojawiają się równolegle w trakcie jego analizy, zdecydowałem się na odpowiadającą temu procesowi strukturę rozprawy doktorskiej. Będzie się ona składać z sześciu zasadniczych części: ogólnego wprowadzenia teoretycznego, rozdziału metodologicznego, czterech rozdziałów przedstawiających rezultaty analizy wzbogaconych odniesieniami teoretycznymi oraz wniosków końcowych.

Rozdział pierwszy ukazuje zbieżne elementy psychoterapii i wychowania, osadzając pracę terapeutyczną w pedagogice. W pierwszej części, poszukiwane są dosłowne odniesienia do terapii w różnych subdyscyplinach pedagogiki (pedagogice społecznej, resocjalizacyjnej, specjalnej itp.), które najczęściej przyjmują postać jakiejś formy terapii pedagogicznej. W drugiej części, przyjęto inną perspektywę analizy kluczowego dla tego rozdziału związku.

¹ W. R. Miller, A. A. Forchimes, A. Zweben (2014) *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków, s.207.

Rekonstrukcja podstawowych elementów strukturalnych pracy terapeutycznej, umożliwiła poszukiwanie ich w różnych praktykach edukacyjnych, nawet jeżeli terapia nie jest tam wspomniana. Ostatnia część pierwszego rozdziału przedstawia kierunki badań w psychoterapii uzależnień, które są rodzajem pomostu do rozdziału metodologicznego.

W rozdziale drugim opisana została metoda badań nad pracą terapeutyczną (paradygmat, przedmiot badań, z zagadnienia zakresu teorii ugruntowanej i opis obserwacji uczestniczącej). Scharakteryzowane zostało środowisko społeczne, w którym przeprowadzono badania oraz specyfika pracy terapeutycznej w ośrodkach. W tej części można również dowiedzieć się więcej o procesie badawczym i podjętych działaniach.

Rozdział trzeci przedstawia pracę terapeutyczną jako strukturę składającą się z czterech części: charakterystyki badanych placówek, rekonstrukcji spojrzenia na pracę terapeutyczną, podejścia do nowych pacjentów oraz kierunku integracji działań terapeutycznych i ról edukacyjnych.

Rozdział czwarty rozprawy poświęcona jest zagadnieniu interakcji, w tym języka komunikacji w psychoterapii uzależnień oraz interakcjom i relacjom w procesie terapeutycznym.

Rozdział piąty charakteryzuje pracę terapeutyczną jako dyskurs. Składa się z sześciu podrozdziałów, które obejmują: tematyzację i problematyzację rozmowy, dyskursy przyczyn i skutków, dyskurs porażki, czynniki ryzyka, kontekst konsekwencji uzależnienia oraz obronne strategie retoryczne.

Ostatni rozdział rozprawy doktorskiej, pt. *Praca terapeutyczna jako praca społeczna*, odnosi się do wykorzystania praktyki uczenia się uczestników terapii w środowiskach ich życia i funkcjonowania, ilustrując kategorię kontekstów społecznych pracy terapeutycznej. Sposób prezentacji elementów pracy społecznej odzwierciedla ich znaczenie dla terapii ambulatoryjnej, choćby z tego powodu, że większość czasu pacjenci spędzają w swoich środowiskach życia (rodzina, grupa przyjaciół, miejsce pracy).

Podsumowanie odzwierciedla analityczną formę refleksji na temat terapii, wsparcia, terapeutów, grupy wsparcia, samodyscypliny, zaangażowania, budowania relacji, tożsamości, sprawczości, uczestnictwa, socjalizacji i wniosków metodologicznych.

1. Terapia i pedagogika

Interpretatywna logika postępowania badawczego reorganizuje nieco miejsce teorii w badaniach naukowych. Przystają one być punktem wyjścia, poprzedzającym właściwe analizy, w zamian zajmują miejsce we wnioskach końcowych (teoria substancjalna lub formalna) oraz są wplatana w rozdziały analityczne jako swoista perspektywa rozświetlająca lub uzasadniająca podejmowane interpretacje (abdukcja). Niezależnie jednak od przyjętego paradygmatu, trudno nie zacząć pracy podejmującej kwestie psychoterapii i osadzonej dyscyplinarnie w pedagogice od przedstawienia, choćby w skrótowej formie, wzajemnych powiązań tych dwóch obszarów wytwarzania teorii i praktyki.

Wspólną cechą łączącą pedagogikę i pracę terapeutyczną jest prowadzenie działań edukacyjnych w odpowiedzi na istniejące problemy społeczne, wyciąganie wniosków i znajdowanie sposobów ich rozwiązania. Techniki terapeutyczne w procesie edukacyjnym na początku mają na celu zrozumienie faktycznego stanu aktualnej sytuacji wychowanka, dostrzeżenie, co mu dolega i nazwanie tego. Ewa Marynowicz-Hetka uzasadniając wzajemne powiązania pedagogiki społecznej i profilaktyki, odwołuje się do wyczerpującego opisu diagnostycznego sytuacji wychowawczej, co sprzyja dobrym prognozom rozwojowym².

Rozważając pracę terapeutyczną w obszarze zainteresowań pedagogicznych, warto podkreślić podobne elementy teoretyczne, praktyczne i empiryczne, zwłaszcza w zakresie wpływu oddziaływań środowiskowych na funkcjonowanie człowieka. Choć na pierwszy rzut oka, praca terapeutyczna obecna w pedagogice różni się od psychoterapii uzależnień, zwłaszcza w zakresie umedycznienia i obecności elementów psychologii klinicznej, to już na poziomie stosowania określonych technik pracy, można zauważyć dużą zgodność. Wspólnym profilem pracy terapeutycznej i pedagogiki jest samo ujęcie metod wspomaganie, uzupełnianych praktyczną działalnością edukacyjną.

Wspomniane powiązania widoczne są już na pierwszy rzut oka w diagnozie relacji człowiek – środowisko oraz profilaktyce społecznej. Kolejną wspólną cechą łączącą pedagogikę i psychoterapię jest poszukiwanie i realizacja działań edukacyjnych będących odpowiedzią na istniejące problemy społeczne i trudności wychowawcze oraz poszukiwanie sposobów na ich rozwiązywanie. Działania te nie muszą wiązać się z jakąkolwiek opcją zmiany, ale powinny służyć zrozumieniu stanu faktycznego i bieżącej sytuacji wychowanka lub uczestnika terapii, zobaczeniu, co mu dolega i nazwaniu tego, co stanowi istotę diagnozy

² E. Marynowicz-Hetka (2006), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki, I*, Wyd. PWN, s. 112.

sytuacji i otoczenia. Interdyscyplinarny charakter pedagogiki społecznej pozwala spojrzeć jej na obecną rzeczywistość społeczną z szerokiej perspektywy. Zajmuje się ona odkrywaniem uśpionych sił, sposobów radzenia sobie z rzeczywistością, procesami uczenia się, poszukiwaniem drogi do społeczeństwa, a niekiedy powrotem na tę drogę i rozwojem, ale na tym również polega psychoterapia. Pedagogika jest otwarta na problemy obecne w życiu codziennym, poprzez szerokie spojrzenie na aktualną rzeczywistość społeczną, poszukując sił dających umiejętność czerpania z zastanych lub nowych możliwości, poszukuje dróg radzenia sobie z dotychczasowymi oraz nowymi problemami i zjawiskami³.

Fundamentalną formułą związku dialektycznego jednostki i środowiska zajmowali się w swojej działalności naukowej tacy pedagogzy społeczni, jak Helena Radlińska i Aleksander Kamiński. Zależności obejmujące te wzajemnie warunkujące się elementy, są określane jako proces interakcji jednostki i jej otoczenia, którego efektem jest przekształcanie środowiska przez siły jednostki lub społeczności. W przypadku dialektycznego związku psychoterapii i pedagogiki można to rozumieć w sensie wpływów (pedagog-wychowanek i psychoterapeuta-uczestnik terapii), nie ogniskujących się na rozwiązywaniu zadań, ale raczej podejmujących trudności edukacyjnych w ogólności i ich uwarunkowań. W perspektywie pedagogiki społecznej, pozwala to wnikliwiej zrozumieć relacje między jednostką a jej środowiskiem⁴.

Związki terapii i pedagogiki można systematycznie rekonstruować co najmniej na dwa sposoby. Po pierwsze, poszukując literalnych nawiązań do terapii w różnych subdyscyplinach pedagogiki (pedagogice społecznej, resocjalizacyjnej, specjalnej, etc.), które zwykle przyjmują kształt jakiejś terapii pedagogicznej. Po drugie, można zrekonstruować bazowe elementy strukturalne pracy terapeutycznej i poszukiwać ich w różnych wariantach praktyk wychowawczych, nawet wtedy, a może przede wszystkim wtedy, kiedy nie są one nazywane terapią. Kolejne podrozdziały będą właśnie dotyczyły takich dwóch ujęć.

1.1. Terapia w pedagogice

Nawiązując do psychologii wychowawczej, warto przybliżyć sylwetkę polskiego badacza, Ziemowita Włodarskiego, który zajmował się mechanizmami uczenia się i pamięci oraz był redaktorem naczelnym czasopisma „*Psychologia wychowawcza*”. Praktykę

³ W. Danilewicz, *Oblicza współczesności w pedagogice społecznej*. Wyd. ZAK, Warszawa, 2009. s.23.

⁴ L. Witkowski. *Niewidzialne środowisko. Pedagogika kompletna Heleny Radlińskiej. Jako krytyczna ekologia idei, umysłu i wychowania. O miejscu pedagogiki w przelomie dwoistości w humanistyce*. Wyd. Impuls, Kraków 2014, s. 93.

psychoterapeutyczną postrzegał on jako element uzupełniający edukację i wychowanie, choć terapię i wychowanie traktował jako odrębne dziedziny, które współpracują ze sobą w osiąganiu celów terapeutycznych. Włodarski podkreślał znaczenie psychologii pedagogicznej, jako nauki zajmującej się badaniem psychologicznych procesów kształcenia, nauczania, uczenia się i wychowania, a więc głównych pojęć obejmujących podstawy pedagogiki. W swoich pracach wspomniany autor poświęcał szczególną uwagę zagadnieniom wychowawczym, które miały bardziej społeczny charakter: procesom uczenia się, rozwijania umiejętności, nabywania zainteresowań, przekonań i postaw, prezentując w istocie pedagogiczne podejście do pracy psychoterapeutycznej⁵. Zadaniem psychologii wychowawczej, według Stefana Balsy, jest to, aby zjawiska i dyspozycje psychologiczne mogły dalej stanowić materiał (przedmiot) procedur wychowawczych: pisze on o kształceniu uczuć, woli, charakteru, itd. Analogicznie przedstawia się rzecz w odniesieniu do środków wychowania⁶.

Pedagogika specjalna jest bardzo mocno osadzona w oddziaływaniach terapeutycznych, readaptacji społecznej i rehabilitacji, gdzie pomoc i wsparcie kierowane są do osób z deficytami rozwojowymi, niepełnosprawnościami, w odniesieniu do człowieka w każdej fazie jego rozwoju. W Polsce, koncepcja terapii pedagogicznej znalazła odzwierciedlenie w działalności edukacyjnej Marii Grzegorzewskiej i Janiny Doroszewskiej, które swoje teorie pedagogiczne opierały na silnych przesłankach uzasadniających prowadzenie działań terapeutycznych. Doroszevska opracowała dwie koncepcje terapii edukacyjnej odnoszące się do dzieci i młodzieży z chorobami i zaburzeniami ruchu. Pierwsza z nich to terapia wypoczynkowa, której intencją jest zapewnienie pacjentowi warunków do jak najmniejszego wysiłku, druga to terapia funkcjonalna, zwana także terapią zajęciową i zabawową, której celem jest organizacja aktywności i usprawnienie wyższych czynności nerwowych oraz procesów kinestetycznych.

Maria Grzegorzewska z kolei stworzyła pionierski program studiów dla wykwalifikowanych pedagogów specjalnych, zapoznając ich z problemami, z którymi zetkną się w przyszłej pracy, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień psychopatologii, psychologii dziecięcej i socjologii. Według Grzegorzewskiej, pedagog specjalny powinien posiadać kwalifikacje w zakresie opieki, edukacji, wychowania, diagnostyki psychopedagogicznej, terapii, współpracy ze środowiskiem, rehabilitacji, resocjalizacji, terapii osób w różnym wieku

⁵ Z. Włodarski A. Hankała (2004) *Nauczanie i wychowanie jako stymulacja rozwoju człowieka*, Wyd. Impuls, Kraków.

⁶ S. Balsy (1938) *Psychologia wychowawcza w zarysie*, Wyd. Książnica - Atlas, Warszawa, s. 8.

(od urodzenia do późnej starości) z odchyleniami od normy (powyżej lub poniżej) w zakresie rozwoju i funkcjonowania psychofizycznego oraz społecznego⁷.

Inną subdyscypliną pedagogiczną, łączącą własne metody działania z psychoterapią, psychologią kliniczną, psychopatologią, kryminologią i warunkowaniem społecznym człowieka, jest resocjalizacja. Podstawowe obszary oddziaływania edukacyjno-resocjalizacyjnego obejmują: pracę nad tożsamością indywidualną i społeczną człowieka, rozpoznawanie i poznawanie emocji, pracę nad poczuciem winy, pracę nad poczuciem doznanej niesprawiedliwości i krzywdy, pracę nad doświadczeniami dzieciństwa i młodości, pracę nad własnymi przekonaniem i nawykami, cechami osobowości, pracę nad relacjami społecznymi, pracę nad poczuciem własnej wartości i samooceny, pracę nad kompetencjami i zasobami społecznymi. Tak ukierunkowane działania można by mnożyć jeszcze długo, gdyż praca terapeutyczna w ośrodkach resocjalizacyjnych zorientowana jest na indywidualne potrzeby osoby uczestniczącej w terapii oraz na problemy i trudności związane z konkretnym przypadkiem. Psychoterapia jest nie tylko formą pomocy, rozbijania głęboko zakorzenionych niedostosowań czy zaburzeń, ale także wzmacnia rozwojowo, daje możliwość poznania siebie, skutków, przyczyn i nieprawidłowości, które doprowadziły do popełnienia danego czynu zabronionego. Pozwala także zrozumieć mechanizmy zaburzonych sposobów postępowania, które w efekcie doprowadziły do popełnienia czynu karalnego.

Psychoterapia to nic innego jak obserwacja i analiza zachowań człowieka i jego funkcjonowania społecznego, a także obserwacja jego doświadczeń i myśli. Tym bardziej uzasadnione jest stosowanie oddziaływań psychoterapeutycznych w pedagogice resocjalizacyjnej. Jerzy Aleksandrowicz twierdził, że oddziaływania psychoterapeutyczne mają istotny wpływ na przeżywanie i rozwiązywanie problemów emocjonalnych oraz zmianę zachowań, a psychoedukacja wspomaga rozwój. Autor podkreślił, że choć zwykle psychoterapia przyjmuje formę interakcji społecznych, a jej celem jest korekta zaburzeń i zachowań, to jednak nie ma jednej jej definicji⁸.

Aktywność fizyczna, jako terapia poprzez sport, jest metodą pracy często stosowaną w placówkach wychowawczych, resocjalizacyjnych i penitencjarnych. W zakładach poprawczych, więzieniach i ośrodkach socjoterapeutycznych aktywność fizyczna przybiera formę zaplanowanych zajęć o charakterze rekreacyjnym, ćwiczeń, gier zespołowych i indywidualnych w zakresie różnych dyscyplin sportowych. Ważne jest stworzenie warunków, w których edukacja poprzez sport będzie działaniem celowym, mającym przekazywać treści

⁷ M. Kupisiewicz (2013) *Pedagog specjalny. Słownik pedagogiki specjalnej*, Warszawa, s. 253.

⁸ J. Aleksandrowicz (2000) *Psychoterapia*, Wyd. Lekarskie PZM, Warszawa, s. 12.

terapeutyczne, kształtujące postawy, zachowania, przekonania i wartości. Aktywność fizyczna jest jedną z najpopularniejszych form spędzania wolnego czasu wśród więźniów. Wpływy sportowe mają zastosowanie w metodach resocjalizacji twórczej Marka Konopczyńskiego, których priorytetem jest kształtowanie nowych parametrów tożsamościowych, pozwalających osobom niedostosowanym społecznie pełnić ważne role, inne niż przestępcze. Aktywność fizyczna to nie tylko sposób na zaspokojenie potrzeby stymulacji i zapobieganie zachowaniom agresywnym, ale również jest to sposób uwolnienia ducha sportowej rywalizacji i zbudowania pozytywnego wizerunku⁹.

Działalność penitencjarna ma koncentrować się przede wszystkim na kształtowaniu nawyków do podejmowania legalnej i uczciwej pracy, nabywaniu nowych umiejętności, oddziaływaniu terapeutycznym i korygowaniu istniejących deficytów, promowaniu zdrowego stylu życia. Edukacja sportowa z kolei ma na celu dostosowanie do zdrowego stylu życia w obszarze filozoficznym, społecznym, kulturowym, biologicznym i pedagogicznym. Filozoficzny obszar dotyczy wyznaczania oraz realizowania określonych idei (np. olimpijskich) i dbanie o własne zdrowie. Obszar społeczny i kulturowy, związany jest ze społeczną użytecznością, wyrażającą się postawą prozdrowotną i kulturotwórczą. Obszar biologiczny zapewnia odpowiedni rozwój somatyczny i motoryczny, natomiast obszar pedagogiczny, związany jest z wyposażeniem wychowanka w wiedzę i umiejętności niezbędne do aktywnego funkcjonowania¹⁰.

Termin terapia pojawia się też w niektórych wariantach pedagogiki opiekuńczo-wychowawczej, która często jest wiązana z pedagogiką społeczną. W ramach tego nurtu, terapia pedagogiczna zajmuje się uzupełnianiem braków, pracą z dysfunkcjami, rozwiązywaniem problemów wychowawczych, zaburzeń zachowania oraz działalnością profilaktyczną przeciw uzależnieniom. Praca metodami i technikami terapeutycznymi jest praktykowana w ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych, środowiskowych, socjoterapeutycznych i resocjalizacyjnych. Praca terapeutyczna coraz częściej znajduje swoje zastosowanie i odbiorców w szkołach i placówkach oświatowych, w oparciu o różne formy pomocy, wsparcia oraz interwencje terapeutyczno-profilaktycznej. Terapia pedagogiczna oferuje pomoc psychologiczną, zapewnia wsparcie rozwojowe, usuwa przyczyny i skutki różnych barier oraz wyrównuje braki w nauce, rozwiązuje trudności edukacyjne i problemy rodzinne. Terapia pedagogiczna jest obszerną dziedziną działalności, w którą obecnie angażuje się wielu specjalistów i która obejmuje sferę psychologiczną, sensoryczną, emocjonalną, poznawczą, a nawet koordynację ruchową

⁹ M. Konopczyński (2007) *Metody Twórczej Resocjalizacji*, PWN, Warszawa, s. 20.

¹⁰ M. Bronikowski (2004) *Metodyka wychowania fizycznego w reformowanej szkole*, Wyd. EMPI2, s. 52.

wychowanków. Praca terapeutyczna dotyczy tutaj działań i zadań, które metodycznie stosowane są wobec konkretnego odbiorcy, a właściwie jego dysfunkcji, wykluczenia, zaburzeń czy trudności. Terapia uzależnień skupia się na rozwiązywaniu problemów, a pedagogika społeczna jest otwarta na problemy obecne w życiu codziennym, poprzez szerokie spojrzenie na aktualną rzeczywistość oraz poszukiwanie sił dających możliwość wykorzystania nowych potencjałów. Pedagogika społeczna poszukuje też dróg radzenia sobie z dotychczasowymi i nowymi problemami i zjawiskami¹¹.

1.2. Terapeutyczność pedagogiki

Jednak z perspektywy niniejszej pracy, zamiast analiz językowych zogniskowanych na poszukiwaniu słowa „terapia” w pedagogice, znacznie bardziej owocnym ujęciem analitycznym wydaje się identyfikacja strukturalnych elementów pracy terapeutycznej w teorii i praktyce wychowania, nawet jeżeli nie są one nazywane terapią. Zatem niniejszy podrozdział jest efektem teoretycznej pracy analitycznej, która polegała na podstawowym kodowaniu czytanych fragmentów literatury terapeutycznej i przyporządkowywania ich do określonych kategorii, które potem były poszukiwane w literaturze pedagogicznej.

Takimi konstytutywnymi fundamentami pracy terapeutycznej, niezależnie od konkretnego podejścia, odnalezionymi w pedagogice są: antropologiczny aktywizm, praca nad relacjami, diagnoza, prognoza i plan działania, czynniki zagrażające i profilaktyka, działanie profesjonalne, praca nad tożsamością, praca nad odczuciami, poradnictwo, wsparcie i kompensacja oraz humanistyczne wartości i etyka.

Antropologiczny aktywizm

Kluczowym założeniem pedagogiki społecznej, łączącej ją z pracą terapeutyczną, jest postrzeganie człowieka jako aktywnej jednostki współtworzącej własne środowisko życia. Na bazie tego założenia, pedagogika społeczna, poprzez metodykę pracy społecznej (socjalnej), adresuje działania wychowawcze do dzieci, młodzieży i ludzi dorosłych w różnym wieku, z zastrzeżeniem, że oddziaływania te powinny być dostosowane do ich etapu rozwojowego, grupy docelowej, wiedzy i możliwości pojmowania świata. Praca terapeutyczna z kolei ma na celu sprawienie determinacji u pacjenta, który poprzez odpowiednie wsparcie, odzyskuje możliwość tworzenia swojej rzeczywistości i staje się organizatorem własnego życia

¹¹ W. Danilewicz (2009) *Oblicza współczesności w pedagogice społecznej*, Wyd. ZAK, Warszawa, s.23.

społecznego. Pokonywanie w ten sposób ograniczeń, wynikających z zaburzonego postrzegania rzeczywistości spowodowanego uzależnieniem, otwiera możliwości częściowego lub całkowitego powrotu jednostki do życia społecznego. Na tej podstawie można odnieść się do koncepcji kształcenia jako rozszerzonej perspektywy edukacyjnej rozwoju człowieka, która wyraźnie kładzie nacisk na działania mające na celu wsparcie uczącej się jednostki lub grupy jednostek. Kształcenie przygotowuje człowieka do zmiany świata poprzez rozwój jego kwalifikacji fizycznych i psychicznych, zdolności i uzdolnień, zainteresowań i pasji, a także potrzeb i umiejętności samokształceniowych¹².

Jedną z ciekawszych metod pracy edukacyjno-wychowawczej z młodzieżą jest praca pedagoga ulicy, skupiająca się na obszarach zagrożenia i wykluczenia społecznego. Edukator uliczny to osoba, która dociera do społeczności niedostępnych, odizolowanych, odrzuconych lub napiętnowanych przez społeczeństwo. Wychowawca podwórkowy pełni rolę terapeuty społecznego, a jego aktywność skupia się na planowaniu i podejmowaniu działań dostosowanych do potrzeb środowiska i uwzględniających lokalną specyfikę. Pedagog ulicy w trakcie organizowania środowiska lokalnego podejmuje działania, takie jak: rozpoznanie i diagnoza, oddziaływanie na opinię społeczną oraz postawy społeczności lokalnej, angażowanie lokalnych instytucji, wspieranie i zachęcanie do dalszej aktywności¹³.

Bliskim terminem w pracy pedagoga ulicy jest animacja społeczna, która pochodzi od francuskiego słowa „*animer*”, co oznacza animować, zachęcać, wprawiać w ruch. Animacja społeczna to forma działań z ludźmi i dla ludzi, ukierunkowana na bardziej aktywne i twórcze życie. Animacja skierowana jest do dzieci, młodzieży i dorosłych i może przybierać formę pracy kulturalnej, edukacyjnej, terapeutycznej, wychowawczej, socjalnej, rekreacyjnej i sportowej. Udoskonalanie życia społecznego realizowane jest poprzez rozpoznawanie potrzeb, zainteresowań i motywacji członków danej grupy i na tej bazie budowanie (zwykle wspólnie z mieszkańcami) jakiegoś działania.¹⁴

Praca pedagoga ulicy ściśle powiązana jest z praktycznym zastosowaniem terapii środowiskowej, która w tym wypadku czerpie z metodyki pracy socjalnej (pracy z grupą i społecznością) i opiera się na wzmacnianiu poczucia wartości czy budowaniu relacji w grupie. Streetworking to praca z ludźmi w ich środowiskach życia, np.: na ulicy, w klatce schodowej, na dworcach lub w parkach miejskich. Ta mobilna praca z młodzieżą czy osobami bezdomnymi

¹² W. Okoń (2007) *Nowy słownik Pedagogiczny*, Wyd. Żak, Warszaw.

¹³ A. Kurzeja (2008) *Pedagogika ulicy, profilaktyka zagrożeń*, Wyd. Impuls, Kraków, s. 96.

¹⁴ J. Kargul (2012) *Upowszechnianie, animacja, komercjalizacja kultury*, Wyd. PWN, Warszawa, s. 273.

ma swoje początki w Stanach Zjednoczonych, gdzie powstała by łagodzić na skutki narastającej przestępczości młodzieży¹⁵.

Edukacja psychoterapeutyczna przyszłych pedagogów pomaga kompetentnie przyjrzeć się funkcjonowaniu wychowanka poprzez introspekcję, wzmacnia też umiejętność utrzymywania kontaktu z podopiecznymi i ich rodzicami. Znaczącą umiejętnością, w procesie wspierania środowisk wychowawczych, jest zdolność zapewnienia bezpieczeństwa, wzmacnianie odporności psychicznej, wzmacnianie poczucia wartości wychowanków. Znajomość psychoterapii ułatwia znalezienie przyczyn zaistniałych przeszkód i rozwiązanie problemu przez pomoc wychowankowi w rozpoznaniu jego własnych kłopotów. Z kolei pedagogika społeczna dostarcza narzędzi analizy jego zasobów, doświadczeń oraz oferuje metodę towarzyszenia we wprowadzaniu zmian życiowych¹⁶.

Praca nad relacjami

Innym częstym obszarem pracy pedagogiczno-terapeutycznej jest praca nad relacjami (budowanie interakcji w grupie, rodzinie, środowisku życia). Relacje w edukacji, terapii i życiu codziennym stanowią podstawowe obszary interakcji społecznych. Poruszając temat relacji, zwłaszcza w kontekście edukacji i psychoterapii, warto zwrócić uwagę i zrozumieć sposoby reakcji mówcy i słuchacza, a także zapoznać się z tym, czym jest reakcja słuchającego, jako faza procesu słuchania, w której pojawiają się informacje zwrotne potwierdzające, że wiadomość została prawidłowo odczytana przez słuchacza oraz czym jest reakcja wspierająca, wypowiedź słuchającego, która wyraża solidarność z reakcją słuchającego¹⁷.

Praca społeczno-wychowawcza, podobnie jak psychoterapeutyczna, jest aktywnością bazującą na zasobach ludzkich, tworzoną na bazie wzajemnych relacji i interakcji pedagoga z wychowankiem czy terapeuty z pacjentem w celu osiągnięcia zmiany rozwojowej. Jakość relacji w działaniach edukacyjnych czy w pracy psychoterapeutycznej jest kluczowa, gdyż klaruje przekaz informacji, przez co znacznie łatwiej jest określić potrzeby i problemy oraz cele wsparcia i pomocy. Zarówno relacja terapeutyczna jak i edukacyjna mają na celu dostarczenie podopiecznemu pozytywnej energii, która może być jedyną jego siłą wobec konfliktów, traum i uprzedzeń ze strony innych ludzi. Relację w psychoterapii ujmuje się jako przeżywanie więzi oraz gotowość emocjonalnego zaangażowania i wzajemnego intelektualnego skupienia się na

¹⁵ A. Kurzeja (2008). *Pedagogika ulicy, profilaktyka zagrożeń*, Wyd. Impuls, Kraków, s. 99.

¹⁶ C. Rogers, (2004). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*, London: Constable, s.17.

¹⁷ R. B. Adler, L.B. Rosenfeld, R.F. Proctor (2021) *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*, Wyd. Rebis, Poznań, s. 236.

drugiej osobie. Relacje są też najważniejszym elementem więzi społecznej, a zatem i kluczowym czynnikiem funkcjonowania człowieka w społeczeństwie, W kontekście placówki edukacyjnej, relację w procesie kształcenia definiuje się jako współpracę w realizację celów edukacyjnych¹⁸.

Relacja psychoterapeutyczna uważana jest za bazowy warunek udanego procesu terapeutycznego, bowiem od relacji, jaką wypracuje terapeuta z pacjentem, będzie zależało stworzenie bezpieczniej przestrzeni, która umożliwi rozładowanie wewnętrznych oporów, uprzedzeń pacjenta. Rozwój kompetencji interpersonalnych i psychoterapeutycznych pedagogów ułatwia im pracę, szczególnie jeżeli wychowankowie mają specjalne potrzeby edukacyjne lub różnego rodzaju zaburzenia. Pedagog, poszerzając zakres własnych kompetencji społecznych i umiejętności terapeutycznych, ma do dyspozycji więcej narzędzi do pracy na rzecz drugiego człowieka, a idzie za tym jakość wykonywanej pracy. Nacisk położony jest tutaj na budowanie więzi interpersonalnych, bo relacje międzyludzkie są fundamentalnym czynnikiem decydującym o jakości życia, wpływają też na postrzeganie świata i empatię. Nauczyciel z dobrymi umiejętnościami interpersonalnymi to osoba świadoma złożoności sytuacji społecznej, umiejętnie dostosowująca rodzaj aktów komunikacyjnych do typu relacji, nastroju emocjonalnego, środowiska fizycznego, motywacji, subkultury szkolnej a nawet osobowości rozmówcy.¹⁹

Człowiek zanurzony jest w relacje społeczne, doznaje ich w codziennym życiu rodzinnym, szkolnym, sąsiedzkiem, w pracy, spędzając wolny czas, nawet będąc zwykłym przechodniem. W ludzkiej naturze leży aranżowanie relacji z innymi, jednak zdarza się, że relacje te ulegają pogorszeniu przez kłopoty w porozumiewaniu się z innymi. Ujmując to z perspektywy wychowanka lub pacjenta, zaburzenia relacji mogą być powodowane poprzez niekorzystne czynniki środowiskowe w postaci np. zażywania substancji psychoaktywnych, nieprawidłowości rozwojowych, obciążeń społecznych, błędów wychowawczych, warunków bytowych, czy defektów w socjalizacji. Wszystkie te okoliczności wpływają na wzrost zaburzeń relacji społecznych, które są podłożem braków komunikacyjnych, niewłaściwych reakcji, zakłóceń rozwojowych, niedyspozycji adaptacyjnej lub zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym. Z tej przyczyny, relacje w pedagogice społecznej i pracy terapeutycznej widziane są w kontekście pomocy. We wspieraniu rozwoju wyraża się profilaktyczny wymiar działania

¹⁸ L. Cohen, L. Manion, K. Morrison (1999). Wprowadzenie do nauczania. Wyd: Zysk i S-ka, Poznań, s.400.

¹⁹ Z. Nęcki, (2006) *Kompetencje i umiejętności komunikacyjne nauczyciela – zarys problemów*, W.J. Maliszewski (red.). *Komunikowanie społeczne w edukacji – dyskurs nad rolą komunikowania* (s. 9–12). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

pedagoga społecznego. Pisząc o pomocy w kontekście wzajemnych relacji pomiędzy wychowawcą i wychowankiem, warto zwrócić uwagę na rolę wychowawcy jako osoby towarzyszącej, wspierającej a niekiedy czuwającej.²⁰

Praca nad relacjami ma też swoje granice, jeżeli więzi zacisną się nadmiernie drugi człowiek nie będzie samodzielny animatorem własnego życia. Z jednej strony pokazuje to zależność od innych ludzi, a z drugiej, jak wspierający terapeuta czy pedagog społeczny zaznacza drogę ku indywidualnej samodzielności. Wychowanek sam jest kreatorem własnych działań, natomiast wychowawca jedynie wspiera go w prawidłowym rozwoju, wzmacnia i pokazuje możliwości zdrowego stylu życia. Jednak realizacja celów wychowawczych, terapeutycznych i życiowych nie może odbywać się bez udziału innych ludzi, są oni potrzebni do zaspokojenia potrzeb jednostki oraz do realizacji bardzo wielu zadań rozwojowych²¹.

Amerykański psycholog Carl Rogers, nakreślił, jak ma przebiegać relacja pomagająca. Rogers w swojej pracy terapeutycznej poszukiwał relacji partnerskich między klientem a terapeutą, dawał bezinteresowną akceptację i szacunek, komunikując empatyczne zrozumienie oraz twórczy stosunek do rozmówcy. Jego reguły zostały przeniesione na grunt placówek edukacyjnych i zostały przekształcone w trzy zasady budowania relacji. Pierwszą zasadą jest dążenie do relacji symetrycznych czyli partnerskich z uczniami i studentami. Druga istotna zasada dotyczy asystowania uczniowi, budowania podejścia relacyjnego, by uczeń lub uczestnik zajęć miał swobodę wypowiedzi na każdy temat. Trzecia zasada dotyczy podążania za uczniem, by metody i treści edukacyjne zostały dostosowane do planów rozwojowych samego ucznia²².

Diagnoza, prognoza i plan działania

Zarówno w pedagogice jak i terapii mamy do czynienia z narzędziem pracy, zwanym potocznie diagnozą, które służy ocenie stanu rzeczy lub rozpoznaniu stopnia danej nieprawidłowości. Diagnoza społeczna i indywidualna wzajemnie się uzupełniają, dając wychowawcy lub terapeutę możliwie szeroki obraz sytuacji dziecka lub pacjenta, zarówno w kontekście szkolnym/zawodowym, środowiskowym jak i psychicznym. Diagnoza ma na celu umożliwienie wglądu w rozwój funkcji intelektualnych, procesów poznawczych, sytuacji społecznych, motywacyjnych i emocjonalnych, a także określenie stanu psychicznego jednostki. Zawsze dokonywana jest w danym kontekście, w konkretnych warunkach, ma jasny

²⁰ E. Marynowicz-Hedka, (2006) *Pedagogika społeczna, Podręcznik akademicki*. Wyd. PWN. Warszawa, s.118.

²¹ J. Cz. Czabała (2013) *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wyd. PWN. Warszawa, s.170.

²² C. Rogers (1988) *O Zostaniu Osobą – spojrzenie terapeuty na psychoterapię*, Londyn: Constable, s.53

cel i określone metody, za pomocą których jest realizowana. Diagnoza społeczna, inaczej środowiskowa, obejmuje najbliższe otoczenie wychowanka. Bada warunki życia w rodzinie, relacje między bliskimi i rówieśnikami. Diagnoza pedagogiczna określa stopień opanowania wiedzy i umiejętności szkolnych, zakres, rodzaj i specyfikę trudności w uczeniu się²³.

Diagnoza społeczno-pedagogiczna jest swoistym połączeniem tych dwóch jej rodzajów, wynikającym z uznania ważności zarówno aspektów środowiskowych jak i szkolnych. Uzupełnia ten zestaw diagnoza psychologiczna, która jest rodzajem wglądu w rozwój funkcji intelektualnych, poznawczych, motywacyjnych i emocjonalnych oraz określa stan psychiczny jednostki. W praktyce społeczno-wychowawczej pracy z dziećmi i młodzieżą, pedagog, psychoterapeuta, logopeda lub inny specjalista prowadzi obserwację, której rezultaty kwalifikowane są jako diagnostyczne. W tym przypadku pedagogika łączy się z pracą terapeutyczną, a wzajemnie uzupełniające się działania nazywane są terapeutyczno-wychowawczymi, psychoedukacją lub profilaktyką. Do tego dochodzi jeszcze diagnoza funkcjonalna, która stanowi układ uporządkowanych i zhierarchizowanych działań, mających określić potencjały badanej osoby w zakresie jej potrzeb edukacyjnych i rozwojowych.

Zatem w skład postępowania diagnostycznego wchodzi: ocena kliniczna, ocena psychologiczno-pedagogiczna, ocena logopedyczna, charakterystyka społeczna, które odpowiednio sprofilowane składają się na diagnozę funkcjonalną. Celem diagnozy funkcjonalnej potrzeb rozwojowych i edukacyjnych jest wszechstronne poznanie indywidualnych potrzeb uczniów i opisanie ich językiem zrozumiałym dla wszystkich osób zaangażowanych w działania specjalistyczne, terapeutyczne i edukacyjne, ale także rekomendowanie działań wspierających i wychowawczych w środowisku rodzinnym, szkolnym i lokalnym²⁴.

Opisując zagadnienia związane z diagnozą, nie sposób nie odnieść się do twórczości Heleny Radlińskiej, bowiem najprawdopodobniej to właśnie dzięki niej zapożyczono medyczne pojęcie diagnozy i zastosowano je w polskiej pedagogice społecznej²⁵. Radlińska przyjęła bardzo prosty sposób rozumienia terminu diagnoza, jako rozpoznanie w poszczególnych przypadkach przyczyn badanego stanu, ocena jego objawów i możliwości

²³ B. Skalbani (2011) *Diagnostyka pedagogiczna*, Wyd. Impuls, s 26.

²⁴ K. Krakowiak (2017) (red) *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowywania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi*. Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa, s.11. K. Krakowiak. Założenia koncepcji diagnozy specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży.

²⁵ Oczywiście sama Radlińska, prawdopodobnie zainspirowała się książką swojej amerykańskiej koleżanki Mary Richmond (M.Richmond, 1917, *Social Diagnosis*, New York: Russell Sage Foundation).

przemian. Postawienie diagnozy prowadzi do planowania działalności, która ma wzmocnić badaną jednostkę, czy grupę oraz nastawić jej wolę pokonania zła i dostarczyć pomoc z zewnątrz²⁶.

W pracy terapeutycznej diagnoza objawowa wskazuje na informacje odnośnie rodzaju zaburzeń, z jakim pacjent zgłasza się po pomoc do psychoterapeuty. Diagnozuje się czynniki, które ukształtowały właściwości pacjentów. Rozpoznanie diagnozy w pracy psychoterapeutycznej, określane jest przez ocenę samego siebie i otoczenia, poznanie schematów poznawczych, przekonań, wzorców reakcji i rodzajów przeżywanych emocji, wzorców zachowań i doświadczeń życiowych. Prawidłowe sformułowanie problemu w psychoterapii jest podstawowym krokiem dla wszelkich posunięć w procesie terapeutycznym. W pracy terapeutycznej na temat diagnozy mówi się w perspektywie zmiennej, która przebiega od przedstawienia problemu, przez opisanie go na podstawie zdarzeń z życia pacjenta, aż po wynikające z tej analizy konkluzje. W psychoterapii istnieją różnice, na poszczególnych etapach diagnozowania, między różnymi szkołami psychoterapeutycznymi. Najczęściej formułowane hipotezy diagnostyczne dotyczą opisu doświadczeń życiowych kształtujących aktualne właściwości pacjenta. Diagnozy są częścią sesji psychoterapeutycznych i przedmiotem pracy psychoterapeuty z pacjentem. W tym obszarze szkoły psychoterapii różnią się najbardziej, uznając za kluczowe doświadczenia wczesnego dzieciństwa lub późniejsze, jednak uniwersalnym odnośnikiem, cechą wspólną tych różnych podejść jest koncentracja na doświadczeniach pacjentów z naciskiem na wszystkie doświadczenia z przebiegu całego życia. Oczywiście, treścią większości sesji terapii uzależnień są doświadczenia aktualne (związane z nałogiem), ich rozumienie i wyjaśnianie²⁷.

Diagnoza ma charakter dynamiczny i jest procesem, co oznacza, że działania diagnostyczne wyznaczają cele terapii, zaś ewaluacja postępów stanowi podstawę do podejmowania kolejnych ocen funkcjonowania pacjenta lub wychowanka. Oceny diagnostyczne powinny być formułowane w taki sposób, by nie prowadzić do etykietowania, a przedstawiać profil zmieniających się osiągnięć, zasobów, trudności oraz deficytów. Diagnoza dokonywana w sposób holistyczny uwzględnia zarówno aspekty biologiczne, poznawcze, społeczne jak i emocjonalne²⁸.

²⁶ H. Radlińska (1961) *Egzamin z pedagogiki społecznej. Przegląd treści wykładów* [w] H. Radlińska. Pisma pedagogiczne, t. 1: Pedagogika społeczna, wstęp R. Wroczyński, A. Kamiński, opracowanie W. Wyrobkowska-Delewska. Wrocław, s. 370.

²⁷ J. Cz. Czabała (2013) *Czynniki leczące w psychoterapii*. Wyd. Naukowe PWN, s.192.

²⁸ K. Krakowiak (red) (2017) *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowywania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i*

Diagnoza zwykle służy prognozie. Przewidywanie konsekwencji wiąże się z tymi wymiarami działań, czynków, decyzji, (nie)wiedzy, które mogą skutkować pozytywnymi lub negatywnymi następstwami i doświadczeniami. Przewidywanie konsekwencji to nic innego jak rozwijanie umiejętności analizowania i prognozowania zdarzeń lub zachowań i działań, na które jednostka sobie pozwala. W sensie pozytywnym antycypacja wiąże się ze wzmocnieniami związanymi z wewnętrznym wyposażeniem człowieka i jego cechami charakteru, takimi jak: roztropność, ocena sytuacji, skuteczność, gotowość do podejmowania korzystnych decyzji i realizacja celów. Terapeutyczna analiza konsekwencji kładzie nacisk na nawyki myślowe, przyzwyczajenia, emocje, przekonania i zachowania. Podczas sesji terapeutycznych pacjenci często słyszą o konsekwencjach popełnionych błędów, nieopanowaniu emocji czy czynów. W przypadku zajęć edukacyjnych, skierowanych do dzieci i młodzieży, można wprowadzić myślenie przyczynowo-skutkowe, które rozwija umiejętność rozumienia, co było przyczyną, a co może być skutkiem. Można to zilustrować na podstawie liniowego uporządkowania zdarzeń, stosując na przykład techniki terapeutyczne odnoszące się do emocji, bodźców i nawyków.

Reprezentująca pedagogikę społeczną Ewa Marynowicz-Hetka w swoich rozważaniach idzie jeszcze dalej, gdyż oprócz przewidywania skutków, uruchamiania procesów myślowych, antypatii, czy analizowania, podkreśla znaczenie wykorzystania wiedzy zdobytej w życiu codziennym. Oprócz znajomości praw rozwoju, ważne jest posiadanie umiejętności przewidywania zjawisk i posługiwania się interdyscyplinarnym podejściem, spożytkowującym wiedzę o człowieku i jego środowisku życia²⁹. Podczas sesji terapeutycznych często można usłyszeć od psychoterapeutów i pacjentów wracających do zdrowia, że aby podejmować rozsądne i mądre decyzje życiowe, człowiek powinien brać pod uwagę własne potrzeby i możliwości, być świadomym własnych ograniczeń, zalet i wymagań społecznych, a także umieć rozpoznawać konsekwencje swoich wyborów.

Prognoza zwykle służy planowaniu. Umiejętności planowania są powszechnie wykorzystywane w procesie terapeutycznym, podstawowym zadaniem pacjenta jest planowanie swojego dnia w oparciu o zalecenia terapeutyczne. Wspólnym celem psychoterapeuty i uczestnika terapii jest zaplanowana strategia wychodzenia z uzależnienia, która jest omawiana z pacjentem na forum grupy terapeutycznej lub podczas sesji indywidualnej. W trakcie szkolenia dla początkujących psychoterapeutów uzależnień

młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi. Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa 2017, s. 58. E. Domagała-Zyśk, A. Dłużniewska. Zasady postępowania diagnostycznego w badaniach uczniów ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi.

²⁹ E. Marynowicz-Hetka (2006), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, 1, Wyd. PWN, s. 112.

organizowane są zadania w grupach ćwiczeniowych, których celem jest przygotowanie, zaplanowanie i przedstawienie grupie elementów pracy terapeutycznej, w oparciu o opis przypadku, sporządzony na potrzeby szkolenia. Proces planowania programu nauczania i działalności dydaktycznej, obejmuje wszystkie struktury organizacyjne kształcenia. Edukacja obejmuje szeroki zakres aktywności, a segmenty projektowe związane są m.in. z oceną działań, wyciąganiem wniosków i planów na przyszłość, opracowywaniem programu nauczania w placówkach, ocenami końcowymi, systematyczną analizą procesu edukacyjnego czy planowaniem jednostek lekcyjnych i metodycznych.

Patrząc na historyczne planowanie procesu edukacyjnego, można odwołać się do prac Helen Parkhurst, twórczyni Planu Daltońskiego, która oparła swój program nauczania na trzech filarach: odpowiedzialności, współpracy i niezależności. Aby rozwijać umiejętności zawodowe uczniów, konieczne było planowanie, co ułatwiały specjalnie zaprojektowane tablice umieszczone w klasach. Planowanie znalazło również zastosowanie w edukacji progresywnej Williama H. Kilpatricka, w Metodzie Projektów, którą uznawano za najbardziej ambitny i efektywny sposób przekazywania wiedzy, gdzie istotnym elementem pracy pedagogicznej było przygotowanie działań do realizacji. Metoda ta polega na tym, że uczniowie samodzielnie wykonują zadanie przygotowane przez nauczyciela na podstawie wcześniej przyjętych założeń. Plan jest owocem osobowej, indywidualnej, twórczej pracy konkretnego nauczyciela i jego swoistym narzędziem pracy. Operowanie planem w pedagogice, ogólnie przyjętymi terminami, czyni taki plan zrozumiałym dla osób hospitujących i oceniających pracę nauczyciela oraz dla innych nauczycieli (co pozwala im, w razie konieczności, prowadzić efektywną pracę z dziećmi)³⁰.

Czynniki zagrażające, profilaktyka

Z punktu widzenia terapii uzależnień, kluczową osią każdej diagnozy musi być rozpoznanie czynników zagrażających i hamujących, bo to właśnie one będą przedmiotem pracy terapeutycznej w tym działań zapobiegawczych. Czynniki szkodliwe to takie, które zniewoliły, uzależniły i zakłóciły życie pacjenta. Przy wsparciu psychoterapeutycznym możliwe jest przeciwdziałanie takim czynnikom poprzez wprowadzenie technik samokontroli, umiejętności planowania i metod wzmacniania. Do metod pracy wzmacniającej zalicza się m.in. treningi asertywności, motywacji do działania, pracę nad relacjami oraz techniki ukierunkowane na naukę konkretnych zachowań. Z kolei terapia pedagogiczna, zwana też

³⁰ M. Królca (2007) *Planowanie procesu edukacyjnego w przedszkolu – nowe wymagania, jakość, praktyczne rozwiązania*, Edukacja elementarna w teorii i praktyce, kwartalnik dla nauczycieli nr 1, s. 67-85. s.70.

pedagoterapią, ma na celu konstruowanie i wdrażanie skutecznego planu edukacyjnego poprzez stosowanie określonych technik, metod i form pracy korekcyjno-kompensacyjnej, w celu usuwania niedoborów, stymulowania rozwoju i wyrównywania szans. Zadaniem pedagogiki jest kształtowanie tożsamości, osobowości i postaw człowieka, a także jego kondycji fizycznej, moralnej i psychicznej.

Profilaktykę można przedstawić w perspektywie różnych koncepcji: jako psychoedukację dzieci, młodzieży i nauczycieli, tworzenie projektów sprzyjających zdrowiu, budowanie alternatyw zachowań ryzykownych, pozyskiwanie wiedzy i kompetencji społecznych czy działania animacyjne. Podstawowym celem zakładanym w programach profilaktycznych jest eliminowanie czynników zagrażających i wzmacnianie czynników sprzyjających zdrowiu. Profilaktyk ma swój plan działania, który jest realizowany za pomocą odpowiednich środków i ludzi do tego powołanych. Biorąc pod uwagę potrzeby danej grupy dobiera cele i je realizuje. Zwykle celem profilaktyki uzależnień jest wyuczenie u młodych ludzi pewnych nawyków, by byli świadomi, jakie szkody wyrządzają substancje psychoaktywne w organizmie ludzkim, jakie powodują straty i jak bardzo zaburzają rzeczywiste spojrzenie na świat. Współcześnie, działania profilaktyczne mogą wykorzystywać olbrzymie możliwości mediów społecznościowych, jednak z drugiej strony, na skutek rozwoju nowych środków psychoaktywnych oraz uzależnień behawioralnych, nie pomaga także dyskurs hedonistycznego życia dla własnej przyjemności. Tym zjawiskom sprzyjają uwarunkowania ekonomiczne i społeczne, pozyskiwanie profitów z powstawania nowych technologii wytwarzaniu nieznanymi substancjami psychoaktywnymi. Pomijanie ich skutków ubocznych powoduje, że ich użycie wymyka się spod kontroli, mimo iż są szkodliwe dla zdrowia i ogólnie zaburzają funkcjonowanie człowieka.

Podobnie profilaktyka jest ujmowana w pedagogice społecznej. Ryszard Wroczyński pisał, że profilaktyka to działalność związana z zapobieganiem czynnikom potencjalnego zagrożenia. Czynniki te mogą mieć swoje źródło w strukturze psychosomatycznej osobnika, w celach jego osobowości, mogą też wynikać ze stosunków społecznych i kryjących potencjalne możliwości wpływów³¹. Jednak profilaktyka społeczno-pedagogiczna nie ogranicza się do czynników ryzyka, przeciwnie na pierwszym planie stawia siły, zasoby i kapitały jednostek i ich środowisk życia.

Niepokojącym zjawiskiem, z którym zmagają się rodzice, szkoły i różnego rodzaju placówki wychowawczo-edukacyjne, są nasilające się zaburzenia zachowania występujące

³¹ R. Wroczyński (1979) *Pedagogika społeczna, jej podstawowe pojęcia oraz rozwój problematyki*, Wyd. PWN Warszawa, s.32.

wśród młodych ludzi. Leczenie takich zaburzeń generalnie opiera się na pomocy i wsparciu psychoterapeutycznym, które obejmuje terapię indywidualną, socjoterapię, spotkania grupowe i terapię rodzinną. Psychoterapia zaburzeń występujących u młodych ludzi, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji życiowej lub w niekorzystnych warunkach, bardzo często prowadzona jest w celu znalezienia alternatywnego sposobu wyjścia z trudnej sytuacji życiowej i pozytywnego wzmocnienia. Psychoterapia zaburzeń zachowania ma na celu zdrowe wzmocnienie mentalnego fundamentu wychowanka lub pacjenta, który wspomaga leczenie oraz zatrzymuje i rozbraja różnego rodzaju zaburzenia, problemy, dysfunkcje, odchylenia i deficyty szkodliwe dla rozwoju młodego człowieka.

Zgodnie z praktyką wielu badaczy obserwujących procesy psychoterapeutyczne oraz specjalistów psychoterapii, dla przeprowadzenia jakichkolwiek oddziaływań psychoterapeutycznych konieczna jest dyspozycyjność ucznia, studenta czy pacjenta do procesu leczenia, przy czym nie chodzi tu tylko o czas spędzony na terapii, ale i predyspozycje psychiczne oraz wykształcenie pewnego fundamentu społecznie zdrowych zachowań. W praktyce psychoterapeutycznej powszechnie zdarza się, że wielu młodych ludzi z różnych powodów nie ma ochoty, wewnętrznej sposobności lub możliwości uczestniczenia w terapii, a trwanie w zaburzonym wzorcu zachowania staje się dla nich lepszą opcją na spędzanie czasu. W placówce zamkniętej łatwiej jest mieć dostęp do podopiecznego i stosować na nim różne techniki wpływu, jednak jeżeli nie pozyska się jego zaangażowania, o co w izolowanych placówkach trudniej, efekty mogą się okazać bardzo nietrwałe. Zatem istotnym czynnikiem powodzenia jest wewnętrzna zgoda na uczestnictwo w terapii, aby móc właściwie przygotować się do próby podjęcia działań w tym kierunku. Oczywiście, każdy przypadek zaburzenia, którego doświadcza dana osoba, należy rozpatrywać indywidualnie.

Jednym z rozwijających się ostatnio podejść jest „praktyka oparta na dowodach”, w której terapeuta i pacjent odgrywają role i ćwiczą stosowanie pięciu kroków. Etapy te (kroki) związane są z rozpoznaniem i definiowaniem problemu, czyli „jaki jest mój problem i co powinienem zrobić”, tworzeniem alternatywnych rozwiązań problemu „jak mogę potencjalnie rozwiązać ten problem”, koncentracją „najpierw skoncentruję się i skupię na problemie”, wybór właściwej odpowiedzi „teraz dokonam wyboru”, sprawdzeniem, czy podane rozwiązanie było najlepszym możliwym „rozwiązałem problem, nie udało mi się, spróbuję jeszcze raz”³².

W większości przypadków zaburzenia zachowania występujące u młodych ludzi objawiają się jako wagary, bójki, kłamstwa, ucieczki z domu, znęcanie się nad zwierzętami i

³²A.E. Kazdin, J.R. Weisz (2006) (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 277–280.

ludźmi, picie alkoholu, zażywanie narkotyków i konflikty z prawem. Zaburzenia zachowania obejmują również okrucieństwo, celowe niszczenie cudzej własności, szantaż, prześladowanie, oszukiwanie i pomniejszanie wartości innych ludzi w celu zaspokojenia własnych pragnień, fantazji i potrzeb. Trudności związane z doświadczaniem zaburzeń u ludzi młodych zależą od sytuacji psychicznej, społecznej i ekonomicznej, w jakiej się znajdują, lub od biegu zdarzeń, które doprowadziły ich do tej sytuacji. Na młodych ludzi ogromny wpływ ma ich najbliższe otoczenie, koledzy, znajomi, ale przede wszystkim rodzina, od której uczą się podstawowych wzorców zachowań, co ma fundamentalne znaczenie dla ich dalszego rozwoju i funkcjonowania. Dziecko wykazujące antyspołeczne zachowania i postawy będzie je utrzymywać w późniejszym życiu, a jeśli będzie pozostawione samemu sobie, to będzie zachowywać się tak, jak się nauczyło. Negatywnie nabyte zachowania mogą zaspokajać pewne deficyty rozwojowe u młodych ludzi i spotykać się z ich akceptacją, stając się w ten sposób trwałą postawą lub działaniem danej osoby, naruszającym normy, granice i zasady funkcjonowania w społeczeństwie. Przyczyną tego może być dążenie do osiągnięcia korzyści materialnych, zaimponowanie innym, uznanie, rozpoznawalność, perswazja lub namawianie przez rówieśników, pozycja w grupach nieformalnych lub powielanie wzorców zachowań zaczerpniętych z bezpośredniego otoczenia lub ze środków masowego przekazu. Dlatego też ogromne znaczenie ma środowisko, w którym wzrasta młody człowiek, bowiem ma istotne znaczenie to czy jest tolerowana samowola i bezkarność, czy obowiązują zasady, które sprzyjają rozwojowi i uczeniu się zdrowych zachowań³³.

Trudno etap rozwojowy traktować jako czynnik ryzyka, jednak okres dojrzewania jest czasem wlotów i upadków, intensywnych zmian fizycznych, społecznych i psychicznych. Zmiany biologiczne, poznawcze i społeczne są częścią naturalnego rozwoju okresu dojrzewania i powodują wiele napięć w życiu nastolatka i jego rodziny, które wymagają cierpliwości, zrozumienia i zdrowego podejścia ze strony rodziców i wychowawców. Młodzi ludzie w tym okresie życia doświadczają różnych trudności rozwojowych, zaburzeń zachowania lub poważniejszych problemów psychicznych związanych z nadużywaniem narkotyków lub alkoholu, zaburzeń odżywiania, przestępczości, depresji, agresji, a nawet przemocy. Anomalie występujące w dzieciństwie i okresie dojrzewania mają swoje źródło w środowisku rodzinnym, a dysfunkcje rozwojowe, emocjonalne, społeczne i inne występujące w dzieciństwie i okresie dojrzewania mogą mieć poważne konsekwencje w późniejszym życiu. Występowanie zaburzeń u młodych ludzi, ma swoje źródło w nieumiejętności radzenia sobie z

³³ A. Rejzner, P. Szczepaniak, (2009) *Terapia w resocjalizacji, część II ujęcie praktyczne*, Wyd: Żak, Warszawa, s.168.

własną bezradnością, trudnymi przeżyciami, stresem, zagubieniem, frustracją, niedojrzałością i brakiem zrozumienia ze strony innych³⁴. Takie problemy pojawiają się zarówno w profilaktyce uzależnień, jak i pedagogice społecznej, jednak ta druga podkreśla również pozytywne aspekty dojrzewania, jak kreatywność, zaangażowanie, odkrywanie siebie, które stanowią istotny kapitał chroniący przed opisanymi wyżej ryzykami. Taka perspektywa, zorientowana na siły i zasoby, wiązać się będzie z postulowaniem innych form działania, często nieterapeutycznych.

Działanie profesjonalne

Komponowanie relacji w procesie uczenia się dzieci, młodzieży i dorosłych, można nazwać podstawowym podłożem wprowadzania oddziaływań wychowawczych, profilaktycznych i socjalizacyjnych. Edukacja w swojej ewolucji zawsze miała tendencję do porządkowania i organizowania poszczególnych elementów strukturalnych, choć byli naukowcy, którzy ten porządek rozbrajali i próbowali spojrzeć na proces nauczania inaczej, z innej strony. Z jednej strony, psychoterapia burzy istnienie porządku w pedagogice, z drugiej strony, wspiera i wzmacnia pracę pedagoga. Historia pokazuje, że system społeczno-polityczny poszerzył i rozwinął swoją ofertę o różnorodne formy pomocy i wsparcia dla dzieci, młodzieży i dorosłych zmagających się z różnego rodzaju zaburzeniami, dysfunkcjami i ograniczeniami. Rozwój techniki, świadomości i potencjału ludzkiego niesie ze sobą nowe zagrożenia i uzależnienia, a interwencje terapeutyczne postrzegane są jako właściwe postępowanie, w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom działań człowieka. Choć nauka rozwija się i nie stoi w miejscu, to psychoterapia zajmuje się wpływem nowych technologii na człowieka. Terapia w podejściu relatywistycznym może uznaniowo rozważać zasadność leczenia osób z różnego rodzaju dolegliwościami, chorobami i uzależnieniami. Zasadniczą decyzję w takich przypadkach podejmowałby terapeuta obdarzony profesjonalnym mandatem uprawniającym do podejmowania decyzji w sprawie pacjenta. Czy właściwe jest narzucanie z góry takiego działania, aby pacjent w trakcie procesu terapeutycznego dostosował się i pomyślnie zakończył proces terapeutyczny? Patrząc na to inaczej, można to nazwać uwikłaniem pacjenta w szersze procesy profesjonalizowania terapii, która stopniowo otrzymywałaby nowe uprawnienia na wzór lekarzy i prawników. Relatywność wychowania, związana jest z trudnościami, jakich następcza przewidywanie skutków oddziaływań wychowawczych. Wynika to w znacznej mierze z zarysowanej wcześniej złożoności procesu wychowania, a także ze złożonej dynamiki

³⁴ J. Moczydłowska, I. Pełczyńska (2005) *Profilaktyka w szkole dla młodzieży niedostosowanej społecznie*, Wyd. Oświatowe FOSZE, Rzeszów, s. 37.

ludzkiej osobowości³⁵. W tym wypadku, profesjonalizm jest gruntowany w paradoksie konieczności podejmowania ważnych decyzji, mimo niewystarczającej wiedzy.³⁶

Ważnym profesjonalnym odniesieniem pracy terapeutycznej jest również uwzględnienie klinicznej pracy socjalnej. W jej ramach rozwija się psychiatryczna praca socjalna, podejmująca oddziaływania psychospołeczne, również w stosunku do osób z uzależnieniami. Sprofesjonalizowanie tej wąskiej grupy pracowników socjalnych a w niektórych krajach (np. Niemcy) również pedagogów społecznych obejmuje również zakładanie prywatnych praktyk, które strukturalnie i systemowo przypominają gabinety psychiatrów i psychoterapeutów. Ważnym elementem praktykowania pracy psychoterapeutycznej jest wskazywanie na postawę terapeutyczną charakteryzującą się stanem spokoju, zrównowazenia, koncentracji na bieżącej chwili i skupieniu się na istotności stanu bycia i jego rozwijaniu, pomiędzy pacjentem i terapeutą, co odgrywa główną rolę w pielęgnowaniu bliskiej, spójnej i pełnej szacunku zdrowej relacji terapeutycznej³⁷. Osiągnięciu takiego stanu, ale również rozwiązywaniu bieżących problemów profesjonalnych służy superwizja, wspierająca zarówno klinicznych pracowników socjalnych (a nawet nie tylko klinicznych) jak i terapeutów.

Jednym ze sposobów działania w pracy socjalnej, jest metoda indywidualnego przypadku, opracowana przez Mery Richmond, która zakłada stosowanie technik z zakresu psychoterapii i psychologii klinicznej. Według Kamińskiego pracownik socjalny korzystający z metody indywidualnego przypadku, powinien mieć rozwiniętą wiedzę z psychologii, a najlepiej prowadzić własną praktykę z zakresu psychoterapii. Analiza indywidualnego przypadku odnosi się do diagnozy, która występuje zarówno w pedagogice, jak i psychoterapii uzależnień i jest oceną stanu faktycznego i rzeczywistego funkcjonowania wychowanka lub pacjenta. Praca metodą indywidualnego przypadku opiera się na diagnozie, która dostarcza niezbędnych informacji, na temat objawów związanych z natężeniem danych trudności osobistych, uwikłaniem w sytuację problemową, zaburzenia zachowania, częstotliwości występowania problemu, szkodliwych następstw i zwiększeniem tolerancji na występujące problemy. Strukturalny akcent w etiologii problemów społecznych zmienia nie tylko status

³⁵ L. Zarzecki (2012) *Teoretyczne podstawy wychowania teoria i praktyka w zarysie*, Wyd. KPSW, Jelenia Góra, s.43.

³⁶ Schütze, F. (1994). *Strukturen des professionellen Handelns, biographische Betroffenheit und Supervision*. „Supervision”, tom 26, s. 16–23, za M.Granosik (2016) *Od profesjonalnej nadziei do procedur: dyskursywna instytucjonalizacja polskiej pracy socjalnej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 35(4), s.45.

³⁷ M. S. Geller, L.S. Greenberg (2017) *Obecność i zaangażowanie psychoterapeuty. Poszukiwanie efektywnej psychoterapii*, Wyd. Zielone Drzewo, Warszawa, s.45.

pracy z indywidualnym przypadkiem, ale daje wskazówki ukierunkowujące pracę metodą grupową i ze społecznością³⁸

Praca nad tożsamością

Tożsamość to stosunek danej jednostki do siebie i innych ludzi, który wiele mówi o jej cechach osobowości. Jako wskaźnik diagnostyczny, tożsamość także wskazuje na zachowania, sposoby bycia oraz motywacje podejmowania zadań i codziennych obowiązków. Tożsamość wiąże się też z rolami, które jednostka pełni w społeczeństwie, sposobami komunikowania się ze światem. W tej perspektywie odnosi się ona do procesu zdobywania wiedzy, kreowania siebie w oparciu o wewnętrzne przekonania, uznawania i kwestionowania wartości, nabywania umiejętności intra- i interpersonalnych oraz gromadzenia doświadczeń. Ewa Trzebińska jako źródło tożsamości wymienia informacje o sobie, na które składają się obserwacja własnego zachowania i jego konsekwencji, obserwacja zachowań innych ludzi i konfrontowanie się z nimi. Tożsamość ma swoje źródła również w procesach kategoryzacji i stygmatyzacji społecznej, związane ze świadomością przynależności do określonych grup lub kategorii społecznych³⁹.

Praca terapeutyczna jest teorią i praktyką przyglądania się cechom własnej osobowości, drogą prowadzącą do poprawy własnego bytu. Terapię można przedstawić jako edukację człowieka w zakresie rozpoznawania własnych zasobów, umiejętności związanych z uczeniem się, pracy nad właściwościami psychologicznymi oraz pogłębiania samoświadomości. Psychoterapia jest zatem edukacją w zakresie funkcjonowania człowieka w życiu codziennym, sztuką życia i samorealizacji. Bogusław Śliwerski postrzega edukację jako zespół oddziaływań, mających na celu kształtowanie (zmianę, rozwój) wszystkich zdolności życiowych człowieka⁴⁰. Wiąże się ona z działaniami rozwojowymi, które w istotnym stopniu wpływają na kształtowanie tożsamości człowieka.

Tożsamość, proces stawania się dojrzałym człowiekiem jako obszar działania, pojawiają się bardzo często w filozofii wychowania jak i praktyce wychowawczej. Istotą wychowania jest „urobienie osoby wychowanka”⁴¹ albo, ujmując to bardziej nowocześnie, wykształcenie tożsamości, która będzie zakotwiczona w społecznych systemach wartości⁴².

³⁸ E. Marynowicz-Hetka (2018) *Pedagogika społeczna, podręcznik akademicki 1*, Warszawa: Wyd. PWN, s.408.

³⁹ E. Trzebińska (1998) *Dwa wizerunki własnej osoby*, Wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa, s. 19.

⁴⁰ B. Milewski, B. Śliwerski (red.), *Pedagogika*, Wydawnictwo Naukowe, PWN, Warszawa 2000, s. 54.

⁴¹ F. Znaniecki (1973) *Socjologia wychowania. T.2. Urobienie osoby wychowanka*, Warszawa: PWN.

⁴² M. Wróblewska (2011) *Kształtowanie tożsamości w perspektywie rozwojowej i edukacyjnej*. *Pogranicze. Studia Społeczne*, t. XVII, s. 176-187.

Praca nad tożsamością jest elementem metody działania i postępowania w stosunku do wychowanka. W takim rozumieniu, psychoterapia może być postrzegana jako metoda realizacji pewnego etapu tego procesu. W terapii uzależnień, kwestie tożsamościowe związane są z istotą problemu, a uświadomienie osobie nadużywającej substancji psychoaktywnej kim jest, stanowi istotny kamień milowy w procesie zdrowienia.

W pedagogice społecznej, ważnym obszarem działania jest budowanie tożsamości jednostki i udrażnianie możliwości pełnienia przez nią nowych ról w społeczności, by mogła inicjować lub chociaż korzystać ze zmian, które zachodzą w społeczeństwie. Pedagogika społeczna, jako subdyscyplina szczególnie otwarta na problemy społeczne, poprzez szerokie spojrzenie na aktualną rzeczywistość, poszukuje sił dających możliwości uświadamiania jednostkom, kim mogą być. W perspektywie makro, podejmuje działania edukacyjne uświadamiające, jak grupy marginalizowane są i jak powinny być postrzegane, by mogły sprawiedliwie czerpać ze wspólnych zasobów i nowych szans. Jako praktyka wychowania, pedagogika społeczna poszukuje też dróg radzenia sobie z dotychczasowymi i nowymi problemami i zjawiskami⁴³.

Zarówno pedagogika jak i psychoterapia odgrywają istotną rolę w procesie budowania tożsamości człowieka. Pracę terapeutyczną można nazwać edukacją codziennych spraw ludzkich, która wspiera pacjentów działaniami w osiągnięciu ich celów oraz podejmowaniu rozsądnych i systematycznych działań. Wincenty Okoń uważał, że pedagogika jest działalnością wychowawczą, zmierzającą do wyposażenia całego społeczeństwa w wiedzę oraz wyposażenia człowieka we wszystkie jego zdolności, w tym zainteresowania, system wartości, postawę życiową, przekonania i umiejętność przystosowania się do środowiska. Wychowanie rozumiał jako świadomie zorganizowaną działalność człowieka, której celem jest wywołanie zamierzonych zmian osobowościowych⁴⁴. Praca nad tożsamością człowieka w psychoterapii koncentruje się na zmianach, których celem jest osiągnięcie dobrostanu psychicznego oraz poczucia wewnętrznej stabilności ale również zmiany relacji w środowisku życia (tożsamość społeczna). Pedagogika podobnie, podejmuje wyzwania związane z poznaniem rzeczywistości i umiejętnością oddziaływania na nią, jak i stronę aksjologiczną, która polega na kształtowaniu stosunku otoczenia, świata i ludzi, jego przekonań i postaw, układu wartości i celu życia⁴⁵. Zarówno działalność edukacyjna jak i praktyka psychoterapii uzależnień mają na celu pozbycie

⁴³ W. Danilewicz (2009) *Oblicza współczesności w pedagogice społecznej*, Wyd. ZAK, Warszawa, s.23.

⁴⁴ W. Okoń (1995) *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, PWN, Warszawa, s. 333.

⁴⁵ W. Okoń (1995) *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, PWN, Warszawa, s. 333.

się antyspołecznych zachowań, nawyków i przekonań oraz dążenie do przywrócenia pacjentom lub wychowankom możliwości pełnego funkcjonowania społecznego, moralnego i mentalnego.

Techniki stosowane w psychoterapii uzależnień obejmują takie, które zniechęcają pacjenta do przyjmowania substancji psychoaktywnych lub innych zachowań kompulsywnych, wywołają okoliczności prowadzące do odrzucenia nałogu lub zachowań powodujących straty społeczne, ale zarazem motywują go do pracy nad sobą. Tożsamościowa praca terapeutyczna jest narzędziem modelowania zdrowego stylu życia, działalnością której celem jest uwolnienie pacjenta od szkodliwych czynników. Praca terapeutyczna odnosi się do świadomości, w tym procesów rozumienia oraz umiejętności wglądu i samoobserwacji. Chodzi o to, by pacjent zdobył nową wiedzę o sobie, swoich cechach, motywach działania, konfliktach wewnętrznych, znaczeniu minionych wydarzeń i doświadczeń oraz ich wpływie na obecne życie. Jeśli wgląd ma służyć osobistym zmianom u pacjenta, powinien mieć charakter zarówno intelektualny, jak i emocjonalny, czyli powinien być głęboko odczuwany i poznawczo rozumiany⁴⁶.

Praca terapeutyczna w obszarze tożsamości zajmuje się nie tylko tym, jak pacjent postrzega siebie, ale również jak postrzegają go inni ludzie, poprzez uświadomienie mu zależności jego własnych zasobów wewnętrznych od zewnętrznych oraz budowanie pozytywnego nastawienia do świata. W tym kontekście psychoterapię można postrzegać jako współczesną edukację, która rozwija możliwości człowieka i koncentruje się na usuwaniu negatywnych nawyków, zachowań i obyczajów, których nabył on wcześniej, zwykle nie zdając sobie sprawy z ich skutków. Negatywny nawyk to uzależnienie, które wywołuje kryzys tożsamości, ponieważ powoduje poważne szkody zdrowotne i zaburzenia w rozwoju wewnętrznym człowieka, a także w sferze zewnętrznej, czyli rodzinie i społeczeństwie. Pojawienie się zaburzeń tożsamości, przejawia się w zanikaniu podstawowych wartości, zaburzonych relacjach społecznych oraz zjawiskach powodujących zakłócenia funkcjonowania człowieka w społeczeństwie. Psychoterapeuci uzależnień prowadzą działania, które kierują pacjentów do głębszego rozumienia problemów związanych z ich kryzysem tożsamości, aby mogli zmierzyć się z własnym uzależnieniem, zaakceptować siebie, poznać prawdę o sobie i zmienić swoje życie. Przywołany przez Fredericsona w znanym podręczniku terapii, angielski poeta John Keats nazwał brak samoświadomości negatywną zdolnością, umiejętnością zaakceptowania swojej niewiedzy i znoszenia jej do czasu, aż bolesne doświadczenie upomni się o to, czego wcześniej nie chciano wiedzieć. Wyuczenie w sobie negatywnych zdolności,

⁴⁶ J. Mellibruda (2011) *Siedem ścieżek integracji psychoterapii. Ślady dziecięcych traum i toksycznych relacji jako wyzwanie*. Wyd. IPZ. 2011. s.255.

spowodowane jest między innymi brakiem odpowiedzi i pracy nad pytaniem kim się stajemy. Każda niewiadoma budzi lęk, wypełniany fałszem lub projekcjami⁴⁷.

Praca psychoterapeuty w obszarze tożsamości, podobnie jak pedagoga, wiąże się z naprowadzaniem pacjenta na poszukiwanie sposobów zainicjowania pracy nad sobą, czyli konstruowania siebie i rekonstruowania relacji z otoczeniem. Chodzi tu np. o odbudowanie zaniedbanych relacji z własną rodziną ale już na bazie innej tożsamości, która wyznaczy inne role oraz postawy do życia i innych członków rodziny. Podczas rozmów terapeutycznych o elementach tożsamości mówi się, że jest to poczucie wewnętrznej spójności, poczucie siebie i swojej odmienności od otoczenia oraz stabilizacja własnej osobowości. Zupełnie podobnie przedstawiają się założenia pracy społeczno-pedagogicznej czy resocjalizacyjnej, w bardziej humanistycznych wariantach. Paradoksalnie, choroba, którą jest nałóg, niekiedy uwidacznia głęboko zakorzenione problemy związane z postrzeganiem samego siebie i otoczenia, stwarza też warunki psychoterapeutom i pedagogom inicjowania pracy nad tożsamością⁴⁸.

Praca nad odczuciami

Psychoterapeuci przyglądają się, analizują, starają się zrozumieć i diagnozują funkcjonowanie pacjentów w relacjach z innymi ludźmi, również w zakresie ich emocjonalności, co ma później istotny wpływ za zakres i sposób towarzyszenia pacjentom w szukaniu sposobów rozwiązywania ich problemów życiowych. Podobnie w pedagogice, cały proces wychowania czy wsparcia zależy jest też od jakości emocjonalnej relacji wychowawcy z wychowankiem, z kluczową rolą rozumienia uczuć powstających w tym procesie. Przygotowanie pedagoga w tym zakresie, nazywane edukacją emocjonalną, ma na celu przekazanie wiedzy i narzędzi wzmacniających, które mają bezpośredni wpływ na jakość jego pracy nad odczuciami drugiego człowieka. Zdobywanie doświadczenia w sferze zdolności do budowania relacji i czujności poznawczej pozwala na wewnętrzne zrozumienie oraz rozszyfrowywanie wychowanka. Natomiast nawiązywanie empatycznej komunikacji z rozmówcą skutkuje odczuwaniem przez niego akceptacji, zrozumienia i wzrostem zaufania, co dostarcza motywacji do działania.⁴⁹ Rozumienie empatyczne jest jakby przenikaniem lub

⁴⁷ J. Frederickson (2019) *Kłamstwa którymi żyjemy. Jak zmierzyć się z prawdą, zaakceptować siebie i zmierzyć swoje życie*. Wyd. W drodze. Poznań. s.190.

⁴⁸ P. H. Rohr (2013) *Uzależnienie przyczyny i terapia*, Wyd. W drodze. Poznań. s.89.

⁴⁹ F.T. Baciero Ruiz (2024) *Jaką rolę powinna odgrywać edukacja emocjonalna w wychowaniu moralnym?*. Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Philosophica. Ethica-Aesthetica-Practica, (43), 75–93.

wkraczaniem w wewnętrzny świat drugiego człowieka, dającym możliwość bycia niejako w jego sytuacji. Stanowi ono też jaskrawe przeciwieństwo rozumienia oceniającego⁵⁰.

Inną popularną w pedagogice i terapii kategorią jest inteligencja emocjonalna, która jest jednym z elementów psychoedukacji i profilaktyki szkolnej. Najczęstsze zajęcia edukacyjne w zakresie podstawowych emocji polegają na poznawaniu, rozpoznawaniu i przekazywaniu ogólnej wiedzy na temat radości, smutku, obrzydzenia, strachu, zaskoczenia i gniewu. Najprostszym ćwiczeniem dotyczącym emocji jest narysowanie na kartkach postaci z wyrazami twarzy, podpisanie ich i opisanie, dlaczego odczuwasz takie uczucia. Jest to ćwiczenie przeznaczone dla dzieci, ale jego elementy są też stosowane podczas sesji terapeutycznych. Podobnym ćwiczeniem jest „Co czuję”, w którym nauczyciel prosi jedno dziecko, aby wyszło do przodu i pokazało za pomocą mimiki i gestów, co czuje. Następnie obserwacje uczniów są omawiane na forum grupowym. Pantomima jest elementem rozwoju zdolności emocjonalnych u dzieci i młodzieży poprzez naśladownictwo, bo ludzie często naśladują osoby, z którymi wchodzi w interakcje, co zostało opisane w tzw. społecznym mechanizmie tworzenia emocji. Marta Jankowska w swojej książce przedstawiła emocje jako falę energii o określonym kolorze, która naturalnie przychodzi i odchodzi, a oprócz wewnętrznych odczuć powoduje określoną ekspresję ciała i mimikę twarzy⁵¹.

Poradnictwo, wsparcie i kompensacja

Ludzie, którzy trafiają na leczenie, mają zwykle nieuporządkowane własne życie, przechodzą problemy w sferze interpersonalnej i doświadczają dysfunkcji społecznych. Grupa terapeutyczna staje się źródłem pomocy i wsparcia, w którym wszyscy uczestnicy biorący udział w terapii, czyli osoby uzależnione i terapeuci, wzajemnie wywierają na siebie wpływ oraz uczą się uważności na siebie. Uważność podczas terapii, może być potężnym uzdrawiającym narzędziem służącym do doskonalenia obecności, pozwala nam bowiem przejść od szczegółowych danych związanych z naszą osobowością do większego stanu bycia, a w nim możemy odkryć wewnętrzne zasoby i mądrość⁵².

Pedagogika społeczna, zainicjowana w Polsce przez Helenę Radlińską, opiera się na założeniu wzajemnych oddziaływań społecznych wpływów środowiska i przekształcających to środowisko sił jednostek. W tym kontekście pracownik społeczny wspiera jednostki i

⁵⁰ M. Łobocki (2003) *Poszukiwanie skutecznych form wychowania*, Wyd. Impuls, Warszawa, s.51.

⁵¹ M. Jankowska (2010) *Zarządzanie emocjami. Krok w stronę zdrowia psychicznego*, Wyd. ORE, Warszawa, s. 14.

⁵² J. Wellwood, (1996) *Reflection and presence: The dialectic of self-knowledge*, Journal of transpersonal Psychology, 28, 107 – 128.

społeczności, ale również kompensuje niedostatki środowiska. W takiej koncepcji można dopatrywać się bliskiego podobieństwa do pracy terapeutycznej, w której specjalista psychoterapii uzależnień, pracuje z pacjentami nad budowaniem relacji społecznych, które wychodzą poza miejsce odbywania terapii, w stronę środowiska rodzinnego, znajomych i środowiska pracy.

Metodą profesjonalnego wsparcia wypracowanego w ramach pracy socjalnej jest poradnictwo, którego celem jest tworzenie klientowi warunków, w których będzie on mógł podjąć próbę samodzielnego rozwiązywania swoich problemów. Poradnictwo i konsultacje znajdują zastosowanie w opiece zdrowotnej, edukacji, biznesie, polityce, prawie, psychologii, reklamie i wielu innych dziedzinach naszego życia. Jednak, z perspektywy podejmowanego tu tematu, szczególnie interesujące jest doradztwo edukacyjno-pedagogiczne, psychoterapeutyczne i psychologiczne. Po taką poradę sięga się w przypadku rozwiązywania problemów rodzinnych i osobistych, w okresach izolacji, wycofania, ostrych kryzysów, trudności wychowawczych, a także w przypadku problemów z uzależnieniem własnym lub dziecka czy partnera. Wczesne doradztwo i skuteczna interwencja kryzysowa mogą pomóc zapobiec rozwojowi trudnej sytuacji, co z kolei pozwala uniknąć negatywnych konsekwencji zarówno w pracy terapeutycznej jak i wychowawczej.

Zarówno w pedagogice społecznej jak i psychologii, poradnictwo jest formą wsparcia informacyjnego.⁵³ W przypadkach wymagających terapii lub nawet leczenia, stosuje się poradnictwo, aby rozważyć, gdzie szukać pomocy i jakie podjąć dalsze kroki. Konsultacja doradcza może ograniczyć się do jednej wizyty, ale czasami może wymagać wielu wizyt w dłuższym okresie czasu. Najbardziej znaną placówką, udzielającą poradnictwa edukacyjno-terapeutycznego, jest poradnia psychologiczno-pedagogiczna, która doradza w zakresie problemów psychologicznych, pedagogicznych, logopedycznych, a także orientacji zawodowej, trudności edukacyjnych, niepowodzeń szkolnych i zaburzeń rozwojowych.

Głównym zadaniem poradni jest diagnozowanie stanu ucznia oraz zaproponowanie działań zmierzających do rozwiązania jego problemu. Działalność poradni psychologiczno-pedagogicznej ma na celu: wspomaganie rozwoju psychofizycznego, zwłaszcza w przypadku różnego rodzaju deficytów, usprawnianie procesu kształcenia i uczenia się, rozwiązywanie problemów edukacyjnych, wychowawczych i adaptacyjnych, wskazywanie możliwości kształcenia, zdobywania zawodu i określonych umiejętności, prowadzenie profilaktyki uzależnień, sprawowanie opieki nad dziećmi szczególnie uzdolnionymi oraz kwalifikowanie

⁵³ S. Kawula (1999) *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych. Szkice o współczesnym wychowaniu*, Wyd. Akapit, Toruń, s. 340.

do odpowiednich form pomocy specjalistycznej. Poradnia psychologiczno-pedagogiczna realizuje swoje zadania poprzez diagnozę, rehabilitację, terapię, poradnictwo, psychoedukację, mediacje, działalność informacyjną i profilaktyczną. Zajmuje się indywidualnymi potrzebami, metodami adaptacyjnymi, różnymi formami pracy edukacyjno-korygującej i terapeutycznej.⁵⁴ Zatem do zadań poradni psychologiczno-pedagogicznej należy diagnoza, terapia, doradztwo, profilaktyka, konsultacje i działania interwencyjne. W poradniach specjalistycznych opiniuje się potrzeby rozwojowe i edukacyjne dziecka oraz jego możliwości psychofizyczne, opisywane są także mechanizmy wyjaśniające funkcjonowanie dziecka w związku ze zgłoszonym problemem. Stanowisko poradni (wraz z uzasadnieniem) zawiera rekomendacje dla nauczycieli, dotyczące pracy z dziećmi oraz rekomendacje dla rodziców lub dorosłych uczniów⁵⁵.

Elementem terapii pedagogicznej są zajęcia kompensacyjno-korekcyjne prowadzone w ramach pomocy pedagogiczno-psychologicznej w przedszkolach, szkołach i placówkach specjalistycznych. Terapia kompensacyjno-korygująca koncentruje się na zajęciach, zabawach, grach i ćwiczeniach, które mają na celu usunięcie wad, usterek i nieprawidłowości oraz odchyłeń rozwojowych od normy, mogą dotyczyć sfery psychomotorycznej, postawy ciała czy likwidacji innych dysfunkcji ruchowych. Podstawowe metody terapii pedagogicznej to: usprawnianie funkcji percepcyjno-motorycznych, usprawnianie funkcji językowych, usprawnianie pamięci i koncentracji, doskonalenie umiejętności pisania i czytania oraz metody relaksacyjne. Dla uczniów z trudnościami w uczeniu się, a także z problemami emocjonalnymi, interpersonalnymi i społecznymi organizowane są zajęcia wyrównawcze, mające na celu wyrównanie braków. Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizowania i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej, tego typu zajęcia prowadzi wykwalifikowany terapeuta pedagogiczny⁵⁶.

Humanistyczne wartości i etyka

Z perspektywy pedagogicznej, wartości uważane są za fundament, na którym powinien opierać się proces wychowania, podstawową komórką międzygeneracyjnej reprodukcji wartości jest rodzina, w której człowiek spędza pierwsze lata życia. Podstawowe wartości wychowawcze obejmują prawdę, dyspozytyw czynienia dobra oraz miłości do drugiego

⁵⁴ A. Frydrychowicz (2006) *Jakość pracy poradni psychologiczno-pedagogicznej*, Wyd. CMPPP, Warszawa, s.72.

⁵⁵ I. Rodak, I. Lutze, A. Matejkowski (2016) *Standardy funkcjonowania poradni psychologiczno-pedagogicznych*, Wyd. ORE, Warszawa, s.13.

⁵⁶ I. Czajkowska, K. Herda, (2001) *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole*, WSiP, Warszawa 2001, s. 65.

człowieka. Ksiądz Józef Tischner pisze, że człowiek przeżywa prawdę jako wartość, szczególnie wyraźnie, gdy jego życie jest zagrożone przez fałsz. Wtedy broni swojej prawdy, jakby była najważniejszą wartością. Prawda jest rodzajem relacji jednostki ze światem i oznacza zgodność myśli z rzeczywistością. Jeśli człowiek chce żyć w świecie rzeczywistym, a nie w świecie fantazji, musimy odkryć prawdę o świecie⁵⁷.

Problematyka wartości, a zwłaszcza ich przekazu w procesie wychowania, jest bardzo istotna zarówno z punktu widzenia społeczeństwa jako całości, jak i poszczególnych ludzi współtworzących to społeczeństwo i swój rozwój. Bez wartości nie mogłoby istnieć społeczeństwo, które jest systemem współtworzonych przez jednostki struktur, służących realizacji wspólnych wartości, ważnych dla osobistego rozwoju uczestników życia społecznego. Z tego punktu widzenia, społeczeństwo w swoich strukturach instytucjonalnych może odnosić się do powinności poszczególnych osób, ich obowiązku wspólnego zabiegania o wspólne dobro⁵⁸.

Wymieniony na wstępie katalog uniwersalnych wartości może być rozszerzony o: życzliwość, wolność, godność, zdrowie, szczęście, rozwój i mądrość. Jednak w określonych przez kulturę ramach, każdy człowiek samodzielnie oraz w środowisku życia ustala swój system wartości i jego hierarchię.

Mówiąc o wartościach, w rozumieniu wartościowania, można bezpośrednio odwołać się do pracy wychowawczej, socjoterapeutycznej i terapeutycznej nad poczuciem własnej wartości, która odnosi się do zachowania człowieka, sposobu postępowania wobec innych, cech charakteru, zasad moralnych i norm społecznych. Ważnym elementem pracy nad poczuciem własnej wartości jest praca nad samoświadomością, szacunkiem do siebie oraz samoakceptacją własnych wad i zalet. W pracy terapeutycznej w tym obszarze brane są pod uwagę wszelkie okoliczności, warunki i sytuacje odnoszące się do procesów zachodzących w psychice człowieka, a poczucie własnej wartości można określić jako jakość psychicznego stanu wewnętrznego ja.

W innym ujęciu, przyjmuje się, że wartości istnieją niezależnie, a rolą człowieka jest ich odkrywanie, poznawanie i przyswajanie. Uwalniają one w człowieku determinację, motywację do pracy nad sobą i aspiracje. W tym ujęciu wartości odgrywają znaczącą rolę w strukturze osobowości, gdyż kierują ludzkimi działaniami i dążeniami. Wartościami są także percepcje pozytywnych postaw człowieka, które są wówczas rozumiane jako obiekty emocjonalnego pożądanego i akceptacji. Wartości dostarczają ogólnych kryteriów, według

⁵⁷ J. Tischner (2017) *Krótki przewodnik po życiu. Nieznane teksty*, Wyd. Znak. Kraków, s.109.

⁵⁸ J. Kondziela (1972) *Filozofia społeczna, Zagadnienia wybrane*, Lublin.

których ludzie oceniają świat, innych oraz siebie samych, wyznaczają co jest neutralne, godne uwagi lub niegodne. Hierarchia uznawanych wartości jest jednym z podstawowych warunków wpływających na zachowanie człowieka, czynnikiem kierującym naszymi postawami, motywami, działaniami i zachowaniami. Wartości wpływają na ocenę innych ludzi, zdarzeń, zachowań własnych i predyspozycji i dlatego są ważnym obszarem wychowania, ale i psychoterapii⁵⁹.

Zarówno w psychoterapii uzależnień, jak i w pracy wychowawczej praca nad wartościami jest pewnego rodzaju przewodnikiem, który wyznacza kierunek poznawania własnych możliwości i nauki budowania własnej wartości osobistej. Praca nad poczuciem własnej wartości motywuje do pracy nad sobą, której głównym celem jest dostrzeżenie własnych zalet (sił). Stosowanie pozytywnego wzmocnienia ma na celu identyfikację lub rozwijanie u ludzi pozytywnych cech charakteru, które pomagają im zwiększyć pewność siebie i wiarę we własne możliwości, co przekłada się na korzystną samoocenę i pozytywny obraz danej osoby w środowisku, w którym żyje. Wiedza na temat poczucia własnej wartości dostarcza pacjentom narzędzi, które pomogą im rozpoznawać swoje zasoby, tworzyć warunki indywidualnego rozwoju i kształtować własną rolę w rodzinie i społeczeństwie. Budowanie poczucia własnej wartości daje pacjentowi możliwość odkrywania własnych umiejętności, podejmowania inicjatyw i rozwijania wiary we własne możliwości, co służy samorealizacji i utrzymywaniu dobrych relacji z otoczeniem i rodziną. Mocne strony i zasoby pacjentów są omawiane podczas sesji terapeutycznych i pełnią funkcję wzmacniającą.⁶⁰

Wartości są obecne również w doświadczeniach samych profesjonalistów. Psychoterapeuci uzależnień, zaangażowani w proces terapeutyczny, a także pedagodzy zajmujący się nauczaniem i wychowaniem, powinni traktować swój własny rozwój osobisty i zawodowy jako kluczową wartość. Pojęcie rozwoju osobistego jest bardzo szerokie, jednak najważniejszym zadaniem stojącym przed psychoterapeutą i pedagogiem jest właściwy stosunek do samego siebie, organizacja własnego życia i jasna wizja własnej drogi zawodowej, którą konsekwentnie podąża. Rozwijanie osobistych cech, talentów i zdolności przekłada się na praktyczne umiejętności zawodowe. Rozwój człowieka jest wartością pozytywną, składa się z wielu czynników i trwa przez całe życie, a konsekwencja w podejmowaniu złożonego wysiłku pracy nad sobą jest bardzo ważna. Zarówno pacjenci jak i wychowankowie potrzebują wzorów

⁵⁹ L. Zarzecki, (2012) *Teoretyczne podstawy wychowania teoria i praktyka w zarysie*, Wyd. Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa, Jelenia, s.61.

⁶⁰ R. W. Miller, A. A. Forcehimes, A. Zweben (2014) *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, s.103.

zachowań, których mogą dostarczać poprzez swoją osobę terapeuci czy pedagodzy. Dlatego gdy terapeuci angażują w procesie terapii całe swoje ja, wnoszą również swoje zmieniające się koncepcje zawodowe i osobiste, wartości, mądrość, doświadczenia oraz wiedzę.

Uczestnicy terapii, dla których konsekwencja w działaniu była ważną wartością, kończyli ją z sukcesem, ponieważ stosowali się do zaleceń terapeutycznych i pracowali nad sobą, ale również doceniali konsekwencję terapeutów, którzy często w przeszłości też mieli doświadczenia z uzależnieniami. Proces terapeutyczny u tych pacjentów był dla nich formą rozwoju osobistego, zmiany postrzegania świata, wzbogacenia własnej wyobraźni, co znacząco wpływało na ich życie, w pozytywnym tego słowa znaczeniu. Praca terapeutyczna w zasadzie polega na tym, że pacjenci poświęcają swój czas i uwagę na refleksję nad najważniejszymi dla nich wartościami, niekiedy konieczne okazuje się przewartościowanie, a niekiedy tylko więcej wytrwałości⁶¹. Ta perspektywa jest jeszcze poszerzana w ramach pedagogiki społecznej, która poza rozwojem osobistym, postuluje edukację społeczną, a więc znaczenie szerszy proces przewartościowania w zakresie postrzegania osób wykluczanych lub marginalizowanych.

1.3. Kierunki badań psychoterapii uzależnień

Rozwój badań nad psychoterapią wiąże się z jej historią i zakresem upowszechnienia. Stąd też, choć celem badań podejmowanych w dalszej części pracy nie jest rekonstrukcja historii psychoterapii, warto poświęcić jej kilka akapitów, gdyż w pewnym zakresie ilustruje ona rozwój badań nad psychoterapią. Jako że badania dotyczyły wyłącznie pracy terapeutycznej w Polsce, niniejsza prezentacja również będzie ograniczona do tego zakresu.

Pierwszymi pacjentami uzależnionymi w Polsce, były osoby poddawane leczeniu psychiatrycznemu od substancji psychoaktywnych. W 1928 roku pojawiły się pierwsze dane o terapii uzależnień w Polsce, autorstwa dyrektora Szpitala Psychiatrycznego w Tworkach, pod Warszawą, który informował, że w całym kraju hospitalizowanych jest 85 pacjentów, a pięć lat później liczba ta wzrosła do 295 pacjentów. Przedwojenni narkomani, których leczono, zażywali klasyczne narkotyki, takie jak morfina, heroina i kokaina. Zażywanie substancji psychoaktywnych w Polsce w okresie międzywojennym wynikało ze zmiany stylu życia, materialnej destabilizacji bytu człowieka oraz ujawniło się w kręgach artystycznych i literackich. W Polsce w latach 1918–1939 zażywanie narkotyków miało różny charakter, w

⁶¹ M. S. Geller, S. L. Greenberg (2017) *Obecność i zaangażowanie psychoterapeuty Poszukiwanie efektywnej psychoterapii*. Wyd. IPZ. Warszawa, s.100.

zależności od regionu Polski i grupy społecznej. Uzależnienie od morfiny nie było związane z subkulturą narkotykową, czy artystyczną, ale z medycznym modelem uzależnienia. Ludzie dobrze sytuowani brali narkotyki dobrowolnie, poszukując nowych i nieznanych doznań poprzez zażywanie kokainy i opium. Natomiast po II wojnie światowej zjawisko narkomanii w Polsce występowało sporadycznie i było wynikiem przyjmowania substancji psychoaktywnych podczas leczenia przewlekłego bólu, po zabiegach operacyjnych, po amputacjach kończyn lub innych schorzeniach. Od 1960 roku, liczba osób zażywających substancje psychoaktywne zaczęła znacznie wzrastać⁶².

Badania nad przebiegiem i efektami terapii osób uzależnionych przeprowadzili praktycy psychoterapii uzależnień: Marzenna Kucińska i Jerzy Mellibruda, wykorzystując metodę ewaluacji procesu terapeutycznego, analizowali i interpretowali dane, zbierane od pacjentów leczonych w placówkach leczenia uzależnień. Tematem ich działalności badawczej był „Program analizy przebiegu i efektów terapii alkoholowej” (APETA), którego celem było udoskonalenie programów leczenia uzależnień oraz zwiększenie ich skuteczności. Badanie podzielono na trzy etapy badawcze, z których pierwszy koncentrował się na włączeniu pacjentów do terapii, drugi na monitorowaniu przebiegu terapii, a trzeci na warunkach ukończenia terapii przez pacjentów. Narzędziem badawczym była ankieta służąca do monitorowania procesu terapeutycznego, wypełniana przez terapeutę koordynującego, odnośnie przebiegu terapii konkretnych pacjentów. Badaniu monitorujące proces terapii pacjentów w ośrodkach leczenia uzależnień uwzględniły, charakterystykę pacjentów uzależnionych, ich stan psychospołeczny na początku terapii i po jej zakończeniu oraz dane dotyczące jej skuteczności. Badanie przeprowadzono 6, 12 i 24 miesiące po ukończeniu lub przerwaniu podstawowego programu terapii uzależnień (PPTU). Objęło ono w sumie 1879 pacjentów, którzy rozpoczęli terapię uzależnień w 1994 r. w sieci placówek objętych programem badawczym APETA i w tym samym roku ukończyli udział w PPTU lub przerwali terapię.

Plan badawczy przebiegu i efektów terapii alkoholizmu opierał się głównie na obserwacji zmian w funkcjonowaniu społecznym oraz psychicznym pacjentów, ale też porównano jakie były różnice w skuteczności leczenia ambulatoryjnego i stacjonarnego. Przeprowadzone analizy wskazały, że pacjenci którzy ukończyli PPTU pięć razy częściej utrzymywali abstynencję po dwóch latach od wypisu, w porównaniu do pacjentów, którzy przerwali terapię. Skuteczność leczenia pacjentów uzależnionych była wyższa w placówkach

⁶² J. T. Marcinkowski, P. Jabłoński, (2013) *Zarys historii terapii uzależnień w Polsce, a współczesny system pomocy osobom uzależnionym*, Narkomania: Bezpłatne porady ekspertów on-line, KBds.PN, Warszawa.

ambulatoryjnych niż w placówkach stacjonarnych i po wypisaniu różnica ta wynosiła ok. 30% badanych⁶³.

Oceniając dowody naukowe w psychoterapii uzależnień, warto przyjrzeć się badaniom naukowym dotyczącym skuteczności oddziaływań na osoby nadużywające substancji psychoaktywnych. Jednak ocena jakości pracy terapeutycznej i jej znaczenia, wcale nie jest łatwa, ponieważ należy wziąć pod uwagę wiele czynników prowadzących do zmiany: złożoność procesu zdrowienia, kompleksowość jego uzasadnienia i indywidualność danego przypadku. Znacznie łatwiej jest przeprowadzić badania nad skutecznością psychoterapii, jeśli bierze się pod uwagę tylko jeden lub dwa czynniki lecznicze. Skuteczność psychoterapii można oceniać na podstawie uczenia się na własnych błędach (opartego na własnych doświadczeniach), poczucia sprawczości, konsekwencji w działaniu, odpowiedzialności za własne życie i wybory, poczucia własnej wartości, zaangażowania pacjenta w terapię, wiary we własne możliwości itp.⁶⁴ Czesław Czabała pisał o jeszcze innych czynnikach prowadzących do zmiany w psychoterapii, m.in. o poszerzeniu świadomości, zmianie samooceny, zmianie oceny otoczenia, uwalnianiu się do siebie, kontroli bodźca, kontrolowaniu konsekwencji, dramatycznych przeżyciach, relacji pomagania, zmianie otoczenia, uwolnieniu się od degradujących przyzwyczajzeń, przekonań oraz zachowań⁶⁵. Właściwie każdemu z tych czynników należałoby przypisać jakąś wagę w ogólnej ocenie skuteczności.

Z perspektywy pedagogicznej, badania wśród kadry wychowawczej pt. *Wiedza kadry pedagogicznej młodzieżowych ośrodków wychowawczych w zakresie uzależnień nieletnich* prowadziła Monika Zięciak z Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Szczecińskiego. Poruszają one problemem używania substancji psychoaktywnych wśród podopiecznych Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych (MOW) i Młodzieżowych Ośrodków Socjoterapii (MOS). Badania pokazują, że większość wychowanków nie tylko przyznaje się do okazjonalnego spożywania alkoholu, ale ponad 70% z nich regularnie upija się poza ośrodkiem. Prawie 60% młodszych (12–15 lat) i 70% starszych (16–19 lat) paliło papierosy codziennie w ciągu ostatniego roku, a 63,5% młodszych i 75% starszych mieszkańców zażywało narkotyki. Głównym celem badania było rozpoznanie wiedzy kadry pedagogicznej młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) na temat uzależnień od substancji psychoaktywnych, uzależnień behawioralnych wśród nieletnich oraz sposobów reagowania na objawy

⁶³ M. Kucińska, J. Mellibruda, (1997) *Program Analizy Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików (APETA) koncepcja i dotychczasowy przebieg badań*, Czasopismo: Alkoholizm i Narkomanii Numer: 3, s. 28.

⁶⁴ P. M. Miler, (2002) *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s.29.

⁶⁵J. Cz. Czabała, (2006) *Czynniki leczące w psychoterapii*. PWN. Warszawa, s. 110.

uzależnienia wśród wychowanków. Było to badanie jakościowe, a dane zebrano za pomocą pogłębionych wywiadów z 17 członkami personelu trzech losowo wybranych ośrodków dla młodzieży (jednego dla dziewcząt i dwóch dla chłopców). Zebrane dane wskazują, że kadra nauczycielska nie posiada wystarczającej wiedzy niezbędnej do pracy z nieletnimi osobami uzależnionymi. Mimo swoich możliwości, nie diagnozuje uzależnień i nie organizuje zajęć wspierających młodzież w radzeniu sobie z tym problemem. Wynika to z braku kompetencji, przekonania, że zadania te nie należą do obowiązków kadry, a także postrzegania tych działań jako nieskutecznych i niewystarczających. W zaleceniach, autorka zaproponowała uterapeutycznienie pracy wychowawczej, postulowała, by kadra dydaktyczna ośrodków, rozwijała swoją wiedzę i umiejętności poprzez: uczestnictwo w kursach, szkoleniach, warsztatach dotyczących indywidualnych uzależnień i uzależnień behawioralnych, wzajemnie wspierała się i stosowała techniki diagnostyczne, przestrzegała zasad korzystania z pomocy w okresie wychodzenia z uzależnienia, stosując metody dialogu motywacyjnego, studiując literaturę i konsultując występujące problemy z superwizorami i innymi specjalistami⁶⁶.

Badania Moniki Zięciak ukazały, jakie działania podejmowane są, a jakie nie, w placówkach wychowawczych i socjoterapeutycznych, które odpowiednio można traktować jako reprezentujące pracę wychowawczą oraz pracę psychoterapeutyczną. Badania te jednocześnie podkreślają ogromną potrzebę wspomagania pracy pedagogicznej umiejętnościami psychoterapeutycznymi.

Fundacja „Masz Szansę” zrealizowała na zlecenie Ministerstwa Edukacji Narodowej w latach 2016-2018 badania, pt. „System Profilaktyki w Polsce”. Badanie to dotyczyło analizy zapotrzebowania na profilaktykę trzech typów zachowań ryzykownych: używania substancji psychoaktywnych, problemów przemocy i cyberprzemocy. W ramach badań dokonano oceny różnych form działań profilaktycznych realizowanych w skali ogólnopolskiej (wśród uczniów, nauczycieli i rodziców, a także specjalistów do spraw profilaktyki i kadry zarządzającej placówkami oświatowymi). Celem projektu badawczego było przedstawienie sytuacji w Polsce pod kątem skali potrzeb w zakresie profilaktyki zachowań ryzykownych wśród dzieci i młodzieży oraz ocena skuteczności realizacji polityki społecznej w tym zakresie. Efektem projektu było opracowanie rekomendacji dotyczących profilaktyki w zakresie: uwarunkowań i potrzeb ekonomiczno-organizacyjnych, prawno-administracyjnych i społeczno-kulturowych oraz podnoszenia skuteczności realizacji celów profilaktycznych i jakości procesu realizacji profilaktyki. Plan badań obejmował szeroko rozumiane zachowania ryzykowne, osobiste i

⁶⁶ M. Zięciak (2023) *Wiedza kadry pedagogicznej młodzieżowych ośrodków wychowawczych w zakresie uzależnień nieletnich*. *Studia Paedagogica Ignatiana*, T. 26, nr 2, s. 171–193.

środowiskowe uwarunkowania tych zachowań oraz ich prewencyjne uwarunkowania. Stwierdzono, że czynniki ryzyka są częściowo kompensowane przez czynniki ochronne. Zmiany zachodzące w relacjach rodzinnych badanej młodzieży pojawiały się wtedy, gdy systematycznie wzrastała częstotliwość kontaktów z rodzicami. Poprawa relacji międzypokoleniowych widoczna była zarówno w jakości spędzania czasu przez rodziców z dziećmi, jak i w ilości wspólnych zainteresowań z rodzicami, czy udziale w decyzjach rodzinnych. Działania profilaktyczne prowadzone w środowisku szkolnym były cenione i pozytywnie odbierane przez uczestników. Choć autorzy postulują więcej zajęć dla młodzieży, to tam, gdzie już one się odbywały, uczniowie mieli poczucie korzyści, zwłaszcza z zajęć prowadzonych w ramach godzin lekcyjnych⁶⁷.

Badania w zakresie psychoterapii uzależnień mogą być prowadzone w różnych kierunkach i obejmować różne obszary aktywności grup docelowych. Zagadnienia badawcze najczęściej dotyczą zespołów cech osób uzależnionych, ich wyposażenia psychicznego i duchowego, cech charakteru, stanu wewnętrznego i funkcjonowania społecznego, które wskazują na sposoby i możliwości radzenia sobie z sobą samym i rzeczywistością. W psychoterapii uzależnień ważne jest dotarcie do źródła danego problemu i podejście do każdego przypadku indywidualnie, co ogranicza nieco praktyczną przydatność badań przekrojowych na szeroką skalę, mogą one jednak mapować uogólnione problemy, wskazując miejsca w systemie wymagające wprowadzenia zmian.

⁶⁷ M. Rowicka (2019) *Przegląd i analiza badań z zakresu e-uzależnień wśród dzieci i młodzieży w Polsce wraz z wnioskami i rekomendacjami w zakresie profilaktyki*, Wyd. KBdsPN, Warszawa, s.33.

2. Metodologia badań nad pracą terapeutyczną

W badaniach opartych na paradygmacie interpretatywnym, refleksja nad metodą badawczą jest pierwszym i może najważniejszym etapem podejmowanej aktywności. Badacz stara się jak najszybciej wejść w teren i zbierać pierwsze próbki materiału, niemal równolegle je analizować, formułować bieżące hipotezy i je weryfikować, wreszcie dopisywać pojawiające się w tym procesie konteksty teoretyczne. Opisana dalej metoda badań nad pracą terapeutyczną odnosić się będzie głównie do obserwacji procesu terapeutycznego, tego, co działo się w grupie terapeutycznej i jakie zmiany tam zachodziły. Jednak obserwacja uczestnicząca jest działaniem złożonym, opartym na tym, co badacz widzi, ale również słyszy (rozmowy) oraz do czego ma dostęp (dokumenty).

Podczas obserwowanych sesji, uczestnicy terapii opisywali własne przeżycia, emocje, sytuacje oraz to, jak postrzegali samych siebie. Ważnym aspektem badania były różne rodzaje pracy składających się na aktywność psychoterapeutów ale również sposób społecznego funkcjonowania pacjentów. Praca terapeutyczna była postrzegana jako ciągły, choć złożony proces zmian, który może trwać wiele lat, szczególnie w przypadku osób, które z różnych powodów powracają do swojego uzależnienia. Badacz dość dużo czasu spędził na terenie badań, gdyż obszar badawczy, był ściśle związany z jego aktywnością zawodową. Wiedza o dłuższych procesach społecznych mogła być rekonstruowana na podstawie narracyjnych opowiadań pacjentów o własnym życiu, z których w zasadzie składa się proces terapeutyczny. Biograficzne procesy zmian nie były jedynym obserwowanym aspektem pracy terapeutycznej, właściwie centralnym punktem zainteresowania badacza była dynamika grupowa, która wraz z uwarunkowaniami składała się na pracę terapeutyczną, która, jak to będzie w kolejnych rozdziałach przedstawiane, ma swoją strukturę, interakcyjną energię oraz dyskursową ramę odniesienia.

2.1. Metoda badawcza

Podczas organizowania badań ważne jest uwzględnienie procedury badawczej i ustalenie zasad postępowania. Metodologia badań pedagogicznych to nauka o zasadach i metodach postępowania badawczego zalecanych i stosowanych w pedagogice. Przez zasady, czyli reguły lub normy takiego postępowania, rozumie się pewne najogólniejsze dyrektywy (zalecenia), mające na celu w miarę skuteczne przeprowadzenie badań⁶⁸.

⁶⁸ M. Łobocki, (2009) *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wyd. Impuls, Kraków, s.15.

W nurcie badań jakościowych, szczególnie tych opartych na paradygmacie interpretatywnym, metoda rozumiana jest zwykle szeroko. Składają się na nią założenia filozoficzno-teoretyczne, tematyka i rozumienie podstawowych pojęć, miejsce, czas badania, ale również techniki zbierania i utrwalania materiału badawczego, wreszcie sposoby jego analizy i wyprowadzania wniosków. Przyjęta w pracy metoda teorii ugruntowanej obejmuje wszystkie te aspekty. Dodatkowo wprowadza nieco odmienne ujęcie samej teorii, która jest w tym wypadku uogólnionymi wnioskami ugruntowanymi w danych. W podstawowym wariacie, teorii substancjalnej, składają się na nią zrekonstruowane kategorie, charakteryzujące badany obszar społeczny, wraz z ich powiązaniem oraz uwarunkowaniami. W procesie badawczym pojawiają się również teorie zewnętrzne, choć zwykle w mniejszej ilości, niż w paradygmacie normatywnym, które są dobierane w trakcie analizy materiału. Badacz pragmatycznie wplata te koncepcje, które są otwierane przez kolejne próbki materiału badawczego oraz ich kodowania i które wnoszą coś nowego do analizy (pozwalają ukierunkować dalsze obserwacje, sformułować nową hipotezę, zbudować powiązania między kategoriami lub dodać nowe uwarunkowanie analizowanego procesu).

Paradygmat, przedmiot i problematyka badawcza, pojęcia uwrażliwiające

Przedstawiane w niniejszej rozprawie badania nad pracą terapeutyczną prowadzone były w paradygmacie interpretatywnym i obejmowały pracę terapeutyczną realizowaną przez specjalistów psychoterapii uzależnień oraz doświadczenia pacjentów uczestniczących w grupowych sesjach terapeutycznych, korzystających z ambulatoryjnej formy wsparcia terapeutycznego. Poprzez obserwację uczestniczącą sesji terapeutycznych, zebrano materiał badawczy w formie pisemnych notatek. Intencją pracy badawczej, wynikającą z założeń paradygmatu interpretatywnego, zawsze jest zrozumienie jakiegoś fragmentu życia społecznego z perspektywy samych uczestników. W przypadku niniejszej pracy, zrealizowano to poprzez ukazanie doświadczeń terapeutów i uczestników terapii, z ich perspektywy. Zasadniczymi założeniami oraz odpowiadającymi im postulatami badawczymi paradygmatu interpretatywnego są: postrzeganie rzeczywistości społecznej jako procesu i rekonstrukcja jego reguł oraz ich uwarunkowań; założenie społecznego ramowania i warunkowania interakcji oraz opisanie tych uwarunkowań; założenie, że aktorzy społeczni działają ze względu na znaczenia, które przypisują innym oraz rekonstrukcja procesów interpretacji i negocjacji znaczeń,

założenie, że znaczenia wytwarzane są w języku oraz analiza kontekstowa i strukturalna języka używanego przez badanych.⁶⁹

Przedmiotem badań był zatem proces pracy terapeutycznej ze szczególnym uwzględnieniem jej wymiarów społeczno-pedagogicznych. Informacje uzyskano na podstawie obserwacji uczestniczącej oraz rejestracji procesu terapeutycznego, wypowiedzi pacjentów i pracy psychoterapeutów uzależnień.

W przyjętym tu paradygmacie unika się precyzyjnego formułowania problemów badawczych przed wejściem w teren, bowiem badacz ma podążać za rzeczywistością społeczną, a nie ją wstępnie strukturyzować. Mimo to, trudno uniknąć lub odciąć się od wcześniejszych przemyśleń, a w szczególności wielu lat doświadczeń jako terapeuty uzależnień. Z tych względów, intencją badacza było przedstawienie, jak wygląda proces terapeutyczny, co z niego wynika i co dzieje się na sesjach terapeutycznych i jakie są ich sytuacyjne lub biograficzne rezultaty. Postawiono wstępne pytania, które nie tyle miały determinować proces postępowania badawczego, co raczej byś rodzajem uwrażliwiających drogowskazów: Jak przebiega proces terapii uzależnień? Jak pracują psychoterapeuci uzależnień? Jak pacjenci doświadczają problemu uzależnienia? Jak proces terapeutyczny wpływa na uczestników terapii grupowej? Post factum, już po wstępnych analizach, lista pytań została rozszerzona o dyskurs przyczyn uzależnienia, dyskurs niepowodzeń spowodowanych zaprzestaniem abstynencji oraz dyskurs umiejętności rozumienia zdarzeń i procesu zmian zachodzących u pacjentów w ich otoczeniu. Zatem ważnym obszarem badawczej eksploracji stały się m.in.: język komunikacji w psychoterapii, interaktywna praca pomiędzy uczestnikami terapii, praca nad emocjami oraz proces zmiany u pacjentów.

W badaniach jakościowych, realizowanych w paradygmacie interpretatywnym, definiowanie kluczowych kategorii przyjmuje postać „pojęć uwrażliwiających” (sensitive concepts)⁷⁰. Takie podejście ma, z jednej strony zabezpieczyć przed zbyt zakreślającym definiowaniem, które mogłoby ograniczyć otwartość badacza na używanie danego pojęcia w polu badania, z drugiej, żeby jednak wskazać sedno analizowanej kategorii, by możliwe było jej zidentyfikowanie w rzeczywistości społecznej.

Psychoterapia uzależnień, jest specjalizacją zawodową, zestawem metod i technik leczących i wspomagających lub bezpośrednią formą praktycznej pomocy ludziom, to profesja, która stale się rozwija i coraz bardziej jest eksponowana w dyskursie publicznym, jako

⁶⁹ E. Hałas (2016) *Refleksyjny podmiot w świecie społecznym. O paradygmacie i założeniach socjologii interpretacyjnej*, Roczniki Nauk Społecznych, 8(44), 35-50.

⁷⁰ B. G. Glaser, A. L. Strauss, (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, Wyd. Nomos, Kraków.

remedium na problemy współczesnego człowieka. Terapia uzależnień jest kompleksowym i wielowymiarowym procesem, którego celem jest nie tylko zaprzestanie używania substancji psychoaktywnych czy opanowanie innych rodzajów uzależnień (takich jak hazard, zakupy czy praca), ale także przywrócenie zdrowia fizycznego i psychicznego oraz odzyskanie i utrzymanie funkcjonowania społecznego i zawodowego osoby uzależnionej⁷¹. Definicję uwrażliwiającą psychoterapii uzależnień, można sprowadzić do określenia pomocy, wsparcia, dialogu, rozmowy i oddziaływania na pacjenta. W takim rozumieniu, praca terapeutyczna wytwarza specyficzne, moderowane środowisko uczenia się, rozumienia siebie, własnych przekonań i zachowań oraz odbierania informacji ze świata w celu uporządkowania na nowo własnego życia. Terapia indywidualna oraz grupowa jest procesem, w ramach którego psychoterapeuci analizują przypadki pacjentów, w szczególności zdarzenia, które miały miejsce w przeszłości, a poprzez ich ponowne odtwarzanie, uczestnicy terapii identyfikują swoje problemy, doświadczając przemyśleń i emocji o różnym nasileniu. Odślanianie problemów pacjenta odbywa się w interakcji z psychoterapeutą uzależnień, na podstawie wglądu w historię uzależnień pacjenta, diagnozy oraz opisu jego funkcjonowania w różnych sferach życia. Globalnym kontekstem tego procesu jest definicja sformułowana przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), ujmująca terapię jako proces, który rozpoczyna się, gdy użytkownik substancji psychoaktywnej wchodzi w kontakt z pracownikiem służby zdrowia i jest kontynuowany przez udział w specyficznych formach interwencji, regulowanych przez procedury, aż do uzyskania stanu najwyższego możliwego poziomu zdrowia, w tym poprawy samopoczucia⁷².

Teoria ugruntowana i obserwacja uczestnicząca

W badaniach zastosowana została metoda teorii ugruntowanej, w której bardzo ważną czynnością jest kodowanie i kategoryzacja⁷³. Materiał badawczy pochodził głównie z obserwacji uczestniczącej. Sesje terapeutyczne były zapisywane w notatniku (ręcznie) i w komputerze. Podczas sesji terapeutycznej miałem okazję rozmawiać z pacjentami i prowadzącymi terapeutami.

Badania posługujące się metodą teorii ugruntowanej polegają na spojrzeniu na terapię uzależnień nie z perspektywy definicji obecnych w literaturze psychoterapeutycznej, ale jako

⁷¹ <https://www.terapiadwarda.pl>. *Na czym polega terapia uzależnień? Leczenie uzależnień krok po kroku.* Ośrodek Terapii Uzależnień Nad Wart, 2024.

⁷² *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów.* Piotr Jabłoński, Wstęp, Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2012, s.9.

⁷³ B. G. Glaser, A. L. Strauss, (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, Wyd. Nomos, Kraków, s.9.

ustrukturyzowany obszar złożonych interakcji, które wyłoniły się z analizy danych, tzn. procesu kodowania i kategoryzowania materiału⁷⁴. Ostateczny wynik procesu badawczego doprowadził do powstania kategorii głównych i podkategorii, które odzwierciedlone są w strukturze niniejszej rozprawy (rozdział 3 do 6). Struktura badanych obszarów pracy terapeutycznej odnosiła się do wypowiedzi psychoterapeutów uzależnień i pacjentów, zachodzące między nimi interakcje nadawały znaczenia uzyskanym danym badawczym. Badaczka, korzystając z teorii ugruntowanej, opiera się na doświadczeniach pacjentów i psychoterapeutów uzależnień oraz obserwacjach sesji terapeutycznych.

Twórcy metody teorii ugruntowanej, B. Glaser i A. Strauss, napisali na ten temat, że może być ona wspierana przez systematycznie pozyskiwane dane i analizowana w badaniu społecznym. *„Odkrycie na podstawie danych teorii, to głównie zadanie stojące przed socjologią, ponieważ, jak spróbujemy pokazać, taka teoria dostosowana jest do sytuacji empirycznych i jest zrozumiała zarówno dla socjologów, jak i nieprofesjonalistów. Co więcej, ona pracuje, dostarcza istotnych przewidywań, wyjaśnień, interpretacji i zastosowań”*⁷⁵. Najważniejszą strategią, wspomagającą odkrycie teorii ugruntowanej, jest ogólna metoda analizy porównawczej.

Zadaniem badacza było zapisywanie przebiegu sesji, spisywanie wypowiedzi oraz ich analizowanie z perspektywy aktora społecznego. Uczestnicy terapii, którzy angażują się w proces własnego zdrowienia i realizują założone cele terapeutyczne, przyjmują pewną strategię, szukają sposobów i możliwości wychodzenia z uzależnienia, jednak terapeuci często przypominają im, że terapia to długotrwały proces, który wymaga zaangażowania, cierpliwości, pracy nad sobą, wysiłku i determinacji pacjenta, i jako taka powinna być analizowana. Badania pracy terapeutycznej, podejmują kwestie praktycznych szczegółów sytuacji społecznej jaką jest terapia, ujawniających się w wypowiedziach terapeutów oraz pacjentów.

Teoria ugruntowana opiera się na założeniu, że rzeczywistość społeczną najlepiej rozumieją zaangażowani w nią aktorzy, a rolą badacza nie jest weryfikowanie wcześniej opracowanych hipotez, czy utwierdzanie się we własnym zamyśle. Do tworzenia teorii ugruntowanej, badacz nie wykorzystuje poznania dedukcyjnego *a-priori*, jako formy wnioskowania opartego na zbiorze spisanych przesłanek ale raczej indukcyjnego *aposteriori*, często wzbogaconego abdukcyjnym odniesieniem do istniejących teorii. Abdukcja w tym ujęciu to stopniowe dołączanie kontekstów teoretycznych, w miarę jak się one badaczowi „otwierają” w procesie analizowania materiału. Tak dodane konteksty wpływają potem na

⁷⁴ U. Flick, (2010) *Projektowanie badanie jakościowego*, Wyd. PWN, Warszawa, s.196.

⁷⁵ B. G. Glaser, A L. Strauss, *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, Wyd. Nomos, Kraków, 2009, s.7.

dalszy przebieg badania, zarówno zbieranie materiału, jak i jego analizę. Podczas sporządzania notatek z sesji terapeutycznych, zachowane zostało oryginalne znaczenie doświadczenia osób badanych, które same nadawały sens swoim wypowiedziom, rozważaniom oraz działaniom. W procesie przetwarzania danych, które prowadziły do rekonstruowania relacji między kodami, a potem uwrażliwiającymi koncepcjami oraz kategoriami, szczególnie uwzględniono proces nadawania nowych znaczeń, mających przekształcić sytuację społeczną pacjentów⁷⁶.

Opisywanie pracy terapeutycznej poprzez generowanie teorii ugruntowanej jest procesem analitycznego porównywania wydarzeń, stanów rzeczy, doświadczeń i działań, a nie ich oceną, nawet jeżeli problemy związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych wiążą się z ryzykiem uzależnienia⁷⁷.

Podstawową metodą zbierania materiału jest obserwacja uczestnicząca sesji terapeutycznych, za przyzwoleniem całej społeczności, biorącej w niej udział. W obserwacji uczestniczącej badacz, jako „insider”, uważany był niemal za członka danej społeczności, przez co miał szerszy dostęp do danych, mógł lepiej rozumieć działania ludzi i wczuć się w ich sytuację. Udział badacza w sesjach miał trzy warianty: był jedynie obserwatorem, nie angażującym się w pracę terapeutyczną, pełnił rolę terapeuty pomocniczego, prowadził sesję terapeutyczną. Takie zróżnicowanie formatów udziału w obserwacji może być traktowane jako jeden z wariantów triangulacji procesu zbierania danych.

Przebieg każdej obserwowanej sesji terapeutycznej był zapisywany w postaci not obserwacyjnych w zeszycie lub w laptopie. Na ile to było możliwe, notatki były sporządzane w trakcie sesji, ewentualnie zaraz po sesji, bo np. rola terapeuty prowadzącego wykluczała robienie notatek badawczych. Niestety sesja terapeutyczna dostarczała bardzo dużo danych, a nie wszystkie wypowiedzi pacjentów oraz psychoterapeutów zostały zapamiętane i zapisane.

Poza obserwacjami, badacz podejmował rozmowy z uczestnikami terapii i psychoterapeutami uzależnień, zazwyczaj w celu uzupełnienia, wyjaśnienia lub odtworzenia przeoczonych faktów i treści terapeutycznych. Również podczas sesji terapeutycznej, badacz miał możliwość zadawania pytań. Dodatkową zaletą obserwacji uczestniczącej jest możliwość analizy dokumentów zastanych (wytworów instytucji oraz uczestników) oraz prowadzenia nieformalnych rozmów podczas przerw „na papierosa”, które ułatwiły rozumienie ich perspektywy. Mentalna percepcja świata człowieka, wynika z wcześniejszych doświadczeń i

⁷⁶ B. G. Glaser, A. L. Strauss, (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, Wyd. Nomos, Kraków, s.13.

⁷⁷ K. Gąsiora i J. Chodkiewicza, (red.) (2010) *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wyd. Jedność, Kielce. K. Kumański, A. Pisarski, *Zintegrowany model leczenia osób uzależnionych od alkoholu*. s.180.

jest w jakimś stopniu stronnicza. Nie istnieje neutralny, wszytkowiedzący, czy niezaangażowany obserwator⁷⁸, dlatego potrzebne jest spojrzenie na badaną rzeczywistość z różnych perspektyw.

Na podstawie obserwacji uczestniczącej podczas procesu terapeutycznego, można zaobserwować to, w jakim stopniu są zaangażowani pacjenci w uczestnictwo podczas sesjach terapeutycznych i przyjrzeć się temu, jak pracują psychoterapeuci uzależnień. Zadaniem badacza było dostrzeżenie, zidentyfikowanie i przyporządkowanie wspólnych cech występujących podczas procesu terapeutycznego, które wskazują na powiązania, ze sobą takich samych i podobnych typów wypowiedzi lub pracy terapeutycznej albo przeciwnie, wskazanie różnic. Zostało to zrealizowane poprzez stałe porównywanie danych, a potem kategorii pod względem podobieństw i różnic.

Uporządkowanie danych badawczych było realizowane poprzez kodowanie otwarte, które obejmowało elementy strukturalne (typy pracy terapeutycznej) oraz treściowe (tematy rozmów). Celem kodowania otwartego było porządkowanie danych, a następnie stworzenie struktury (kategorii) wyłaniającej się z danych teorii substancjalnej. Kodowanie oznacza nadawanie nazw fragmentom danych, a następnie przyporządkowywanie do nazw, kolejnych fragmentów danych. W ten sposób, zgodnie z założeniami teorii ugruntowanej, powstają pojęcia⁷⁹. Kategoryzacja jest łączeniem i grupowaniem fragmentów danych w celu odnalezienia podobieństw lub rozbieżności pomiędzy nimi⁸⁰. Okazało się, że znaczna część kodów dotyczyła języka i mówienia, co nie powinno być zaskakujące, bo terapia w swojej istocie jest złożeniem metodycznie dobieranych aktów mowy, a w szerszym kontekście dyskursem, rozwijającym się jakby w poprzek sesji terapeutycznych.

Mimo materiału badawczego o zróżnicowanym typie (obserwacja, rozmowy, dokumenty) nie było problemu ze wspólnym kodowaniem, bo nadawanie etykiet jest możliwe, niezależnie czy materiał ma postać wypowiedzi, zapisków obserwacyjnych czy dokumentów. Oparte na kodowaniu i kategoryzacji metody analizy, można zastosować do wszystkich typów danych, co jest dużą zaletą teorii ugruntowanej⁸¹. Kiedy proces kodowania był już zaawansowany, nastąpił etap poszukiwania powiązań między kategoriami oraz rekonstrukcji kontekstu społecznego badanego zjawiska (zewnętrznych uwarunkowań).

⁷⁸ R. Langacker, (1999) *Gramatyka i konceptualizacja*, Wyd. Mouton de Gruyter, Berlin, s. 203.

⁷⁹ U. Flick, (2010) *Projektowanie badanie jakościowego*, Wyd. PWN, Warszawa, s.192.

⁸⁰ U. Flick, (2010) *Projektowanie badanie jakościowego*, Wyd. PWN, Warszawa, s.191.

⁸¹ U. Flick (2010) *Projektowanie badanie jakościowego*, Wyd. PWN. Warszawa, s.171.

2.2. Dobór próby, miejsce badań

W książce francuskiego biologa Alexisa Carrela zatytułowanej „Refleksje o stosunku do życia” pojawiają się odniesienia do refleksji nad obserwacją własnych doświadczeń. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na następujący fakt: mało obserwacji i dużo rozumowania prowadzi do błędu, a dużo obserwacji i mało rozumowania prowadzi do prawdy. Współczesne czasy są w istocie epoką komentarza albo ideologii, zamiast uczyć się rzeczywistości z wszystkimi jej elementami i na niej budować, ludzie próbują nią manipulować za pomocą stworzonego przez umysł schematu⁸². Podobnie jest z obserwacją badawczą, dopiero zebranie większej ilości materiału pozwala rekonstruować nie tylko dominujące warianty organizacji pracy terapeutycznej, ale również jej wariantywny przebiegi. W teorii ugruntowanej takie postępowanie badawcze nazywane jest teoretycznym nasycaniem próby, czyli pobieraniem kolejnych próbek materiału tak długo, aż kategorie analityczne będą nasycone (kontynuacja zbierania materiału nie przynosi przyrostu wiedzy). Teoretyczność doboru polega na kierowaniu się zasadami maksymalnego i minimalnego kontrastu. Pierwsza z nich ma umożliwić zmapowanie różnych wariantów procesów społecznych, druga nasycenie i zagęszczenie ich opisów, co w efekcie gruntuje teorię. Opisałem czterdzieści sesji terapii grupowej, w tym (terapię podstawową i pogłębioną) oraz sesję superwizji w poradni, dodatkowo zapiski obserwacyjne objęły dwie indywidualne terapie współzależnienia. Opis jednej sesji terapeutycznej miał średnio osiem stron. Jedna sesja terapii grupowej trwała dwie godziny. Zacząłem zbierać materiały badawcze w grudniu 2018 r. i trwało to do czerwca 2021 r.

Kluczowym rezultatem badań opartych na przedstawianej tu metodzie, jest teoria rzeczowa (substancjalna) ugruntowana w zebranych materiale badawczym. Teoria rzeczowa dotyczy zakresów uogólnień wynikających wprost z materiałów badawczych i jest rozwijana wokół wątków i zagadnień pracy terapeutycznej podejmowanej bezpośrednio w badanych instytucjach. Obiektywność (intersubiektywność) opisu jest osiągnięta poprzez pogłębioną interpretację materiałów badawczych, w szczególności interakcji, wypowiedzi, pojęć i sytuacji. Materiałowy opis pracy terapeutycznej odwołuje się do jej elementów i cech poprzez porównawczą analizę danych dotyczących istoty zjawiska. Teoria rzeczowa może przyczynić

⁸² A. Carrel, (2003) *Refleksje o prowadzeniu życia*, Cantagalli, s.15.

się do rozwinięcia teorii formalnej. Może też pomóc w stworzeniu nowej teorii formalnej, opartej na starannych badaniach porównawczych⁸³.

Wybór dwóch miejsc prowadzenia badań podyktowany był zasadą maksymalnego kontrastu w doborze próby. Chodziło o zaobserwowanie kilku wariantywnych przebiegów pracy terapeutycznej. Badaniami zostały objęte dwie placówki leczenia uzależnień, zlokalizowane w centralnej Polsce. Pierwszy Ośrodek Leczenia Uzależnień i Współuzależnienia jest placówką należącą do Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, finansowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Drugim badanym ośrodkiem jest prywatna placówka specjalistyczna, świadcząca odpłatne usługi ambulatoryjne. Można zaobserwować znaczące różnice w funkcjonowaniu badanych ośrodków. Pierwszy ośrodek oferuje bezpłatną pomoc w dni robocze i jest zamknięty w soboty i niedziele (terapeuci pracują w tygodniu, od poniedziałku do piątku). Drugi ośrodek jest płatny i znajduje się poza miastem, a terapia ambulatoryjna odbywa się głównie w soboty i niedziele.

2.3. Przebieg badań

Przed rozpoczęciem badań, ich projekt został przeanalizowany pod kątem standardów etycznych. Podstawowym warunkiem etycznego prowadzenia badań społecznych jest uzyskanie świadomej zgody ich uczestników. Z tego względu, przygotowanie podłoża pod badania obejmowało rozmowy z kierownikami placówek, pacjentami i psychoterapeutami uzależnień, które miały na celu udzielenie ustnej zgody na prowadzenie badań, z założeniem, że w dalszej kolejności wszystkie zgody będą miały formę pisemną.

Podstawą prowadzenia długotrwałych badań jest solidny fundament planowania kolejnych kroków, aby nie pominąć ważnych działań na etapie przygotowawczym, kierując się przy tym dobrem pacjenta, zasadami pracy terapeutycznej oraz etyką zawodu psychoterapeuty uzależnień. W moim przypadku chciałem przejść wszystkie procedury przygotowawcze, aby mieć solidne etyczne podstawy do dalszych działań, m.in. poddałem się procedurze weryfikacyjnej Komisji ds. Bioetyki Badań. Po uzyskaniu pozytywnej opinii tej komisji, przystąpiłem do dalszych działań.

Obserwację uczestniczącą prowadziłem z trzech pozycji, badacz - prowadzący terapeuta, badacz - wspierający terapeuta oraz badacz - obserwator uczestniczący. Było to możliwe dzięki mojemu doświadczeniu terapeutycznemu, ale również wykonywanym

⁸³ B. G. Glaser, A. L. Strauss, (2016) *Świadomość umierania*, Wyd. Nomos. Kraków, s. 217.

obowiązkom zawodowym. W roli badacza – terapeuty prowadzącego trudno było robić zapiski i dużo informacji mi uciekało, w zasadzie sesje terapeutyczne zapisywałem po skończonej terapii. Choć nie udawało się odtworzyć całkowicie przebiegu terapii, to jednak plusem tego usytuowania była naturalna selekcja, ponieważ zapadały mi w pamięci głównie zdarzenia kluczowe. Można to porównać do obserwacji zdarzeń krytycznych. Polega ona na skierowaniu uwagi badacza na konkretny element badanego terenu. Wówczas czynności badawcze od razu zostają zogniskowane, a obserwacja przybiera formę selektywną⁸⁴. Kolejnym minusem obserwacji z perspektywy badacza prowadzącego terapię było to, że nie mogłem zaobserwować interakcji pomiędzy pacjentami a terapeutą, natomiast kolejnym plusem to, że miałem większe zaufanie pacjentów, jako psychoterapeuta, niż w innych rolach badawczych. Moje usytuowanie w terenie badań oraz zaangażowanie było w tym wypadku najbardziej naturalne i nie wymagające wyjaśnień (poza ujawnieniem roli badacza). Badania jakościowe przyznają badaczowi prawo osobistego zaangażowania się w prowadzony proces⁸⁵.

Zmiana perspektywy badawczej pozwoliła zebrać dokładniejsze i bardziej kompletne dane badawcze. Drugą pozycją obserwacyjną, była rola badacza - terapeuty wspierającego (koterapeuta). Siedziałem obok terapeuty prowadzącego, który od czasu do czasu prosił mnie o zabranie głosu, jednak mimo to, mogłem być bardziej zaangażowany w opis sesji terapeutycznej, relacji w grupie. Zauważyłem, że prowadzący terapeuta wchodził w rolę terapeuty - dyrygenta, który miał duży wpływ na tworzenie różnych sytuacji podczas sesji terapeutycznej. Udał się też rekonstruować uogólniony schemat prowadzenia terapii, które były do siebie podobne, mimo różnych psychoterapeutów, jednak z adnotacjami dotyczącymi różnic.

Trzecią perspektywą obserwacyjną, którą przyjąłem w badaniach, była rola badacza - obserwatora uczestniczącego. Również w tym przypadku była to obserwacja jawna, badani wiedzieli, że badacz jest obecny w ich środowisku⁸⁶ i – jak w każdym innym przypadku – podpisywali świadomą zgodę. Zauważalną wadą tego typu obserwacji była dezorientacja u nowych uczestników terapii, którzy dopiero co przyszli i jeszcze nie wiedzieli, kim jestem. Inni znali mnie z poprzednich sesji, rozpoznając terapeutę, który przyszedł do koleżanki/kolegi czegoś nowego się nauczyć. Zaletą takiej sytuacji było to, że badacz mógł skupić się tylko na obserwacji, dokładniej widzieć interakcje terapeuta-pacjenci i prowadzić bardziej gęsty opis tego, co ma miejsce podczas sesji.

⁸⁴ Z. Kwieciński, B. Śliwerski, (2003) *Pedagogika. Podręcznik akademicki 1*, Wyd. PWN, Warszawa, s. 39.

⁸⁵ M. Ciechowska, M. Szymańska (2017) *Wybrane metody jakościowe w badaniach pedagogicznych*, Wyd. WAM, Kraków, s. 19-23.

⁸⁶ Z. Kwieciński, B. Śliwerski, (2003) *Pedagogika. Podręcznik akademicki 1*, Wyd. PWN, Warszawa, s. 36.

Efektem obserwowania sesji terapeutycznych były notatki obserwacyjne. Początkowo spisywałem je ręcznie, a narzędziami badawczymi był zeszyt, kartki i długopis, a następnie, ułatwiając sobie proces badawczy, do zapisywania przebiegu sesji terapeutycznych użyłem komputera, aby powtórnie nie wykonywać tych samych czynności badawczych. W metodzie teorii ugruntowanej, po etapie zbierania danych, następuje etap pracy z tekstem, czyli wyszukiwania kodów przypisanych do określonych segmentów tekstów. Celem otwartego kodowania jest ustrukturyzowanie pojęć i wstępne uporządkowanie danych. Innymi słowy, dopasowanie kodów do określonych treści obserwacyjnych. W kolejnym etapie, te kody a niekiedy i zakodowane zapiski obserwacyjne są porównywane. Celem ciągłego porównywania, jest rekonstrukcja kategorii wraz z opisem ich właściwości, by na końcu, po dodaniu powiązań i uwarunkowań, możliwe było sformułowanie teorii substancjalnej⁸⁷. Zbieranie danych, kodowanie, pobieranie próbek teoretycznych, było procesem powtarzającym się (cyklicznie), aż do momentu kategoryzowania, czyli łączenia i grupowania fragmentów danych w celu znalezienia podobieństw lub rozbieżności między nimi. W odkrywaniu teorii ugruntowanej generuje się kategorie, ale również zwrótnie, materiał, z którego kategoria się wyłoniła, jest używany do ilustrowania pojęć uwrażliwiających⁸⁸. W kolejnych etapach, poprzez dalsze ale już bardziej ukierunkowane zbieranie danych, zarówno kategorie jak i sama teoria są rozwijane, a bywa, że korygowane.

Ponieważ materiał zbierany był również w czasie pandemii Covid-19, badania uwzględniają dwie formy pracy terapeutycznej, w jakich były prowadzone obserwowane sesje. Pierwszą było uczestnictwo stacjonarne, natomiast drugą była terapia prowadzona on-line. Zarówno jedna jak i druga placówka były przygotowane na prowadzenie zdalnej psychoterapii uzależnień.

W ramach grupowej sesji zdalnej, terapeuta łączył się z pacjentami, którzy po kolei dołączali do spotkania, następnie sprawdzał listę obecności i zapisywał frekwencję w formularzu terapii grupowej, który jest dokumentem przychodni. Podczas terapii on-line terapeuci dbali o to, aby kamery były włączone, gdy psychoterapeuta rozmawiał z pacjentem, ale nie było to obowiązkowe. Zdarzały się również przypadki, gdy pacjent rozmawiał z terapeutą przez telefon, korzystając z trybu głośnomówiącego, ale miało to miejsce wtedy, gdy pacjent nie mógł zainstalować programu lub miał problemy z nawiązaniem połączenia. Na początku terapii grupowej on-line, uczestnicy witali się nawzajem i z terapeutą, terapeuta pytał, kogo brakuje i wszyscy ze sobą rozmawiali (np. o pogodzie). Uczestnicy mieli w pewnym

⁸⁷ B. G. Glaser, A. L. Strauss, (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, Wyd. NOMOS, Kraków, s.82.

⁸⁸ B. G. Glaser, A. L. Strauss, (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, Wyd. NOMOS, Kraków, s.25.

zakresie ograniczone możliwości podejmowania interakcji, ponieważ dokładnie nie widzieli swoich reakcji. Jednak, mimo tych ograniczeń, mieli zbliżone możliwości komunikacyjne, podobnie jak na sali terapeutycznej w bezpośredniej interakcji. Rozmawiając, dawali sobie informacje zwrotne i wyrażali własne sugestie, oczywiście przy zachowaniu zasad, że nie przerywają innym w trakcie wypowiedzi.

Zdalny sposób uczestniczenia w sesji terapeutycznej chwaliły sobie osoby, które pracowały do późnych godzin popołudniowych, ponieważ nie musiały nigdzie jeździć, łącząc się z domu. Praca przez Internet miała swoje walory, pozwalała ludziom pracującym za granicą uczestniczyć w sesjach terapeutycznych. Internetowe wsparcie psychologiczne było częścią tzw. e-usług zdrowia psychicznego, czyli wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych w celu wsparcia zdrowia psychicznego i opieki zdrowotnej⁸⁹.

Nieco inaczej wyglądała kwestia terapii indywidualnej. Pacjenci w większości z własnego wyboru przychodzili do przychodni, chociaż mieli możliwość kontaktu zdalnego. Z powodu wymogów spowodowanych ograniczeniami, na każdym biurku znajdowała się plastikowa szyba, której zainstalowanie wynikało z potrzeby zachowania bezpiecznego dystansu między pacjentem i terapeutą.

⁸⁹ H. Riper, G. Andersson, H. Christensen (2010), *Theme issue on mental health: a growing field in internet research*. Journal of medical Internet research, nr. 12(5), e74.

3. Praca terapeutyczna jako struktura

Niemal każda działalność zawodowa zorganizowana jest według wielu porządków, na różnych płaszczyznach. Przepisy prawne, służbowe zalecenia, nieformalne reguły i obowiązki, konkretne metody terapeutyczne, organizacja sesji składają się na strukturalny wymiar tej organizacji. Ten właśnie aspekt pracy terapeutycznej będzie zaprezentowany w tym rozdziale, z zastrzeżeniem jednak, że jest to zaledwie część złożonego porządku.

3.1. Dwie placówki, dwa światy

Obie placówki realizują ambulatoryjną formę wsparcia terapeutycznego, która zapewnia pacjentom możliwość pogodzenia obowiązków zawodowych i rodzinnych z terapią. Leczenie ambulatoryjne wymaga od pacjentów aktywnego uczestnictwa w sesjach terapeutycznych trwających od dwóch do trzech godzin, dwa lub trzy razy w tygodniu, zwykle po południu, w tym w sesjach terapii indywidualnej i spotkaniach grupowych. Ośrodki leczenia uzależnień zazwyczaj oferują terapię na podstawowym poziomie, obejmującą czterdzieści godzin sesji grupowych i dwadzieścia godzin sesji indywidualnych, w okresie od dwóch do czterech miesięcy, w zależności od charakteru terapii i intensywności terapii. Terapia pogłębiona w placówkach ambulatoryjnych trwa czterdzieści godzin spotkań grupowych i dwadzieścia godzin spotkań indywidualnych, rozłożonych na okres od pięciu do ośmiu miesięcy, w zależności od specyfiki pracy terapeutycznej w danej placówce. Na wizytę do poradni leczenia uzależnień, można umówić się telefonicznie lub udać się tam osobiście. Uczestnicy, którzy przychodzą na terapię, tworzą tam tzw. społeczność terapeutyczną.

Kontrastując dwa badane ośrodki leczenia uzależnień ze sobą, można zauważyć znaczące różnice, które dotyczą stosunku personelu do pacjentów. W placówce prywatnej dominował znaczące podkreślenie ważności wymagań, jakie miał pacjent, plan terapii dostosowano i modyfikowano do potrzeb pacjenta, natomiast w placówce N.Z.O.Z. plan psychoterapii był z góry ustalony przez placówkę i nie zmieniano go, a pacjent przyjmował zasady, plany i założenia terapeutyczne, jakie były mu zaproponowane. W prywatnej placówce było widać znaczenie pozycji ekonomicznej, finansowej i społecznej, przypisywane przez psychoterapeutów uzależnień i samych pacjentów, a w placówce N.Z.O.Z. otwarcie na pacjentów z różnych sfer społecznych. W placówce prywatnej bardzo ważnym czynnikiem, który obrazował sytuację pacjentów był obszar społeczno-ekonomiczny oraz dyskurs pracy:

zagadnienia związane z finansami i prowadzeniem biznesu. Dążenia pacjentów w ośrodku N.Z.O.Z., dotyczyły głównie osiągnięcia stabilności psychospołecznej, w której finanse były ważne, ale nie o takim nasileniu, jak w placówce prywatnej. Różnica ta można być skutkiem odpłatności terapii w prywatnej placówce i bezpłatnością usług N.Z.O.Z.

Odmienne były też metody terapeutyczne. Prywatna placówka pracowała na elementach terapii konkretnych rozwiązań i planie technicznym obejmujących zagadnienia socjoekonomicznej sytuacji życiowej pacjentów. Ogólnie to podejście można nazwać terapią funkcjonalną opartą na psychologii biznesu, dostosowaną do dyskursu pracy pacjenta. W prywatnej placówce większa część czasu była poświęcona tematom związanym z zasobami materialnymi, sposobami zarobkowania oraz karierą i pracą zawodową. Leczenie było skumulowane w czasie i znacznie krótsze, ponieważ terapia była finansowana przez pacjentów. Pacjenci leczący się w prywatnym ośrodku, częściej podkreślali swoją sytuację zawodową, zasoby ekonomiczne i status materialny, które były bazą poczucia wartości. Przysłuchując się wypowiedzi pacjenta na ten temat, który opowiadał historię, ze swojego życia, to od nastoletnich lat za kluczowy cel uważał, dążenie do jak najwyższych zarobków, co osobiście dawało mu satysfakcję i przyjemność, po za tym jego ojciec powtarzał mu, że jak chce coś znaczyć dla innych, to musi umieć zarabiać pieniądze i je mieć. Inny pacjent odnośnie do tego zagadnienia wskazał na wartość dobrze płatnej pracy i cenięcia się jako pracownika. Zauważalnym faktem było to, że prywatny ośrodek leczenia uzależnień, delikatniej zapoznawał pacjentów na temat zagadnień związanych z mechanizmami uzależnienia, szczególnie w kwestii rozbijania mechanizmu iluzji i zaprzeczania, działania w tej kwestii związane były z delikatnością przekazywanej treści, ponieważ bezpośrednia konfrontacja pacjenta z tym, że odwraca uwagę od istotnych problemów, minimalizuje własny problem lub usprawiedliwia swoje nałogowe zachowania, mogłaby urazić pacjenta i być odczytane przez nich, jako deficyt lub wada oraz podważanie samooceny na własny temat. Zatem psychoterapeuci łagodnie konfrontowali pacjentów, dbając o ich komfort psychiczny, żeby nie urazić pacjentów tłumaczyli im dane zagadnienia i powoli doprowadzali pacjentów do pewnych rozwiązań, które sami odnosili do siebie. Terapia płatna zobowiązywała psychoterapeutów uzależnień, do dokładności w wytłumaczenia danych zagadnień, ostrożności w przekazywaniu informacji zwrotnych i skupionej uwadze na kliencie. Praktyka uważności może pomóc terapeutce nie tylko w utrzymaniu skupienia, ale także w mniejszym uleganiu rozproszeniu lub negatywnym afektom z powodu zewnętrznych bodźców lub z powodu pojawienia się niespodziewanych doświadczeń bądź emocji klienta. Zdolność do zachowania skupionej uwagi, a także przenoszenie uwagi na różne bodźce (słowa lub ekspresje ciała klienta, doświadczenia siebie

przez terapeutę, rezonans cielesny i intuicję, relacje terapeutyczną) ma zasadnicze znaczenie dla procesu obecności terapeutycznej. Zostało to potwierdzone przez Shapiro i Carlson, którzy zauważyli, że zdolność do skupiania uwagi i osiągnięcia trwałej uwagi i koncentracji, lub przynajmniej praca w kierunku, ma decydujące znaczenie dla bycia naprawdę obecnym czasie terapeutycznego spotkania⁹⁰.

Natomiast terapeuci pracujący w poradni NZOZ, często omijali delikatność przekazu terapeutycznego odnośnie pacjenta i w większym stopniu konfrontują pacjenta z własnymi mechanizmami i deficytami, co ma też swoją zaletę, ponieważ powoduje szybsze dochodzenie do nazwania problemu po imieniu i pewnych rozwiązań. Terapeutka przedstawiła pacjentowi jak minimalizował swoje problemy, czekając aż same się rozwiążą, pacjent wyczekuje momentu, aby rodzina jego partnerki go zaakceptowała, chociaż jak wcześniej, czynnie pił alkohol, to nie zajmował się dzieckiem i nie brał za nie odpowiedzialności. Obecnie odkłada na później rozwiązanie ważnych dla siebie spraw i nie odwiedza dziecka. Terapeutka skonfrontowała pacjenta, aby nie żył w iluzji i nie minimalizował problemu, ponieważ jak będzie tak dalej zwlekał, to dziecko nie będzie go poznawać, że jest jego ojcem. Konfrontacja może być określana jako rozmyślna próba przyjścia komuś z pomocą w badaniu skutków któregoś z jego zachowań⁹¹.

Prywatny ośrodek kładzie większy nacisk na etykę relacji w stosunku do pacjenta, chociaż w poradni NZOZ praca nad relacjami, jest na wysokim poziomie, ale bardziej otwarta i bezpośrednia. Prywatny ośrodek działa z rozważą i ostrożnością, konsultując na bieżąco sytuację i stan zaspokojenia potrzeb fizycznych i psychicznych pacjenta oraz inne ważne elementy zaistniałe w pracy terapeutycznej, jako odpowiedź na pojawiające się problemy oraz sprawy do rozwiązania.

W poradni NZOZ spotkania kliniczne zespołu terapeutycznego odbywają się raz lub dwa razy w tygodniu, podczas których omawiana jest praca terapeutyczna, jako superwizja koleżeńską, gdzie poruszane są sprawy organizacyjne odnośnie poradni. Poradnia prowadzi starze dla początkujących terapeutów i praktyki dla psychologów, którzy interesują się obszarem psychoterapii uzależnień i współuzależnień. Sześć razy w ciągu roku do poradni przyjeżdża certyfikowany superwizor, który prowadzi superwizję z terapeutami. Spotkania superwizyjne mają pomóc początkującym psychoterapeutom nauczyć się zauważać, co jest

⁹⁰ S. M. Geller, L. S. Greenberg. (2017) *Obecność i zaangażowanie psychoterapeuty. Poszukiwania efektywnej psychoterapii*, Wyd. Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, s. 229.

⁹¹ D.W. Johnson (1992) *Podaj dłoń*, Wyd. IPZ i T, Warszawa, s.164.

ważne w zachowaniu pacjenta. Uważa się również, że superwizja powinna zaspokajać potrzebę kontaktu u terapeuty⁹².

Poradnia NZOZ współpracuje z kuratorami sądowymi, mediatorami, pracownikami socjalnymi i innymi służbami społecznymi. Budynek, w którym znajduje się przychodnia, jest po generalnym remoncie, a wszystkie urządzenia w toaletach i aneksie kuchennym zostały wymienione. Budynek z zewnątrz i wewnątrz jest zadbane. Sala terapii grupowej przeznaczona jest do dyspozycji pacjentów, gdzie na trzeźwo mogą obchodzić swoje imieniny, wigilie, czy inne ważne dla nich uroczystości. Pacjenci na terapię indywidualną do przychodni NZOZ, przeważnie przychodzą około piętnaście minut wcześniej, przed rozpoczęciem umówionej sesji terapeutycznej.

Prywatny ośrodek jest przedsiębiorstwem, który prowadzi oddział detoksykacji, oddział mieszkalny i usługi ambulatoryjne, natomiast poradnia NZOZ, wykonuje tylko terapię ambulatoryjną, czyli charakteryzuje się tym, że uczestnicy terapii uczęszczają do placówki bez stałej konieczności przebywania w niej. Prywatny ośrodek niczym się nie różni od domu mieszkalnego, który wizualnie posiada wysoki standard mieszkalny, tak zwane, ekskluzywne zasoby lokalowe. Wchodząc do ośrodka, ma się wrażenie, jakby weszło się do wielkiego domu mieszkalnego, a uczestnicy terapii i pracujący tam personel, trudno jest rozróżnić od pacjentów, ponieważ wszyscy tam przebywający siedzą wspólnie przy stole, piją kawę, czy herbatę, gdzie pierwsze wrażenie można odnieść, do rodziny, która wspólnie siedzi przy stole i rozmawia na różne tematy i nie koniecznie terapeutyczne.

Jadalnia w prywatnym ośrodku ma wygląd dużej kuchni domowej, gdzie uczestnicy terapii oraz personel wspólnie spożywają posiłki. Na środku pomieszczenia, które służy, jako poczekalnia do gabinetu terapeutycznego, stoi bilard, a po boku ułożone są wygodne fotele. Ośrodek od strony wejścia i drogi, jest niewidoczny, ponieważ dookoła jest zarośnięty zielonymi drzewami i krzewami, nawet stojąc przez bramą i przyglądając się nie widać tego, co jest na terenie ośrodka. Personel pracujący w prywatnym ośrodku, to trzech terapeutów uzależnień, lekarz, pielęgniarka, kucharka i pracownik gospodarczy zajmujący się porządkiem. Na terenie prywatnej placówki konstruując otoczenia ośrodka, właścicielowi zależało na dyskretnym miejscu dla leczących się pacjentów, gdzie dużą wagę zwraca na bezpieczeństwo i prywatność osobistą pacjenta. W zależności od systemu społeczno-kulturowego, w którym

⁹² Gilbert MC, Evans K (2005) *Superwizja w psychoterapii*, Wyd. GWP, Gdańsk, s. 75.

funkcjonuje jednostka, sfera prywatności jest różnie definiowana pod względem interakcji, stopnia dystansu i poziomu izolacji⁹³.

Poradnia NZOZ, posiada trzy gabinety przeznaczone do sesji indywidualnej i administracyjnej, dwie poczekalnie, salę do sesji grupowej oraz dwie toalety, jedną dla personelu, a drugą dla uczestników terapii oraz pokój gospodarczy do przechowywania sprzętu w postaci tablic, środków czystości i przyrządów do sprzątania. Sala terapii grupowej, przeznaczona jest też do dyspozycji pacjentów jako świetlica.

W Polsce leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych, jest bezpłatne, również dla ludzi nieubezpieczonych. Jednak jest możliwość skorzystania z płatnej formy psychoterapii uzależnień oferowanej w gabinetach psychoterapii i placówkach. Zgłoszenie do poradni nie wymaga skierowania, zaś do oddziału dziennego lub całodobowego można zgłosić się wyłącznie ze skierowaniem od lekarza, najlepiej z poradni odwykowej. Przychodząc na rozmowę do placówki odwykowej trzeba być trzeźwym, warto wcześniej nie pić alkoholu. Leczenie alkoholowe wymaga czasami interwencji medycznej lub kilkudniowej hospitalizacji w oddziale leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, zwanych popularnie detoksem. Psychoterapia uzależnień jest bardziej skuteczna, jeżeli pacjent indywidualnie spotyka się ze swoim terapeutą oraz jak uczestniczy w spotkaniach grupy terapeutycznej z innymi pacjentami. Obie formy pomocy są bardzo pomocne dla pacjenta, ponieważ dają silne wsparcie i stwarzają możliwości ćwiczenia nowych sposobów radzenia sobie ze swoimi problemami i w relacjach z innymi ludźmi. Praca z terapeutą pozwala dopasować program leczenia do indywidualnych problemów i potrzeb pacjenta. Największy sukces w zdrowieniu uzależnienia, osiągają pacjenci leczeni w programach psychoterapii uzależnień, wspierani jednocześnie aktywnym uczestnictwem w środowiskach samopomocowych Wspólnot, Anonimowych Alkoholików czy klubów abstynenta. Uzależnienie się następuje stopniowo i stopniowo coraz ważniejsze stają się związki ze środowiskiem ludzi uzależnionych. Stopniowe jest także przyjęcie wartości tego środowiska⁹⁴.

⁹³ J. Braciak (2002) *Prawo do prywatności*, B. Banaszak, A. Preisner (red.), Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP, Warszawa, s. 278.

⁹⁴ A. Długosz, (2007) *Narkomania, ucieczka donikąd. Co robić, aby chronić dzieci i młodzież przez uzależnieniami*. Wyd. Święty Paweł, Częstochowa, s.32.

3.2. Rekonstrukcja głównych perspektyw i obszarów pracy terapeutycznej

Badając psychoterapię uzależnień należałoby rozpoznać w jakich ujęciach jest ona zakotwiczona lub z jakich punktów widzenia jest postrzegana w teorii oraz praktyce. Praca terapeutyczna łączy co najmniej aspekty medyczne, psychoterapeutyczne i środowiskowe. Wymienione składniki psychoterapii uzależnień sugerują zatem następujące pytania do rozważenia: Co jest zawarte w strukturze pracy terapeutycznej? Jakie są główne elementy pracy terapeutycznej? Samo uzależnienie rozumiane jest jako skłonność pacjentów do kompulsywnego używania różnych substancji psychoaktywnych i wykonywania czynności przymusowych. Zatem ten podrozdział odzwierciedlać będzie te czynniki, które spowodowały uzależnienie oraz przedstawi sposoby interwencji, w ramach wyżej wymienionych podejść.

3.2.1. Medyczne ujęcie pracy terapeutycznej

Głównymi problemami zdrowotnymi pacjentów, z którymi zetknąłem się w trakcie mojej praktyki terapeutycznej i które znalazły odzwierciedlenie w materiale badawczym, były zatrucia organizmu, różnego rodzaju urazy ciała, złamania kończyn (nóg i rąk), marskość wątroby, psychoza alkoholowa, polineuropatia i inne zaburzenia somatyczne i psychiczne. Problemy zdrowotne są nieodłączną częścią niemal każdego poważnego uzależnienia i fakt ten nie może pozostać bez wpływu na organizację pracy terapeutycznej. Po pierwsze, w ciężkich przypadkach nieradzenia sobie z własnym nałogiem często konieczne jest rozpoczęcie od detoksykacji, która jest przeprowadzana zazwyczaj w wyspecjalizowanych oddziałach szpitalnych lub innych przygotowanych do tego celu klinikach i podmiotach medycznych. Po drugie, sama terapia uzależnień ma swoje medyczne ugruntowanie, głównie psychiatryczne (środki farmakologicznego leczenia) i psychologiczno-kliniczne (narzędzia diagnostyczne - DSM-10). Po trzecie, osoby uzależnione mają różne inne schorzenia, na które cierpiały już wcześniej lub, co zdarza się często, nabyte w wyniku nadużywania substancji psychoaktywnych i które wymagają priorytetowego leczenia. Jednak te właśnie dolegliwości często stają się później motywem podjęcia terapii. Po czwarte, nawet po detoksykacji, proces leczenia somatycznego i/lub psychiatrycznego musi być włączony do procesu terapeutycznego jako wspomagające działanie farmakologiczne. Wskazuje to zatem na liniowy i przyczynowo-skutkowy związek powyższych wariantów, ponieważ pojawiają się one u pacjenta sekwencyjnie, porządkując jego dolegliwości i problemy zdrowotne. Idąc tym tokiem myślenia,

najpierw należy przeprowadzić detoksykację, następnie terapię, a potem równolegle leczyć uzależnienie, farmakoterapię i choroby współistniejące. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zapewnia możliwość swobodnego wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń, zarówno ambulatoryjnych, jak i szpitalnych, bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta⁹⁵.

Medycyna przejmuję kontrolę: konflikt farmakologiczny

Jednym z ważniejszych profesjonalnych dylematów pracy terapeutycznej jest konieczność rozstrzygnięcia, której perspektywie nadać priorytet, zajmować się duszą, czy leczyć ciało. Chociaż większość obserwowanych psychoterapeutów uzależnień pracuje w eklektycznym i holistycznym podejściu, kierując się maksymą, że ciało, emocje, umysł i dusza są naczyniami połączonymi. To pacjenci, którym lekarze przypisali różne leki, mają mniej lub bardziej zaawansowane dolegliwości funkcji wewnętrznych własnego organizmu, co często przejawia się zaburzeniami nastroju lub funkcjonowania. Medycyna zachodnia kieruje się modelem biomedycznym, który oddziela ludzkie ciało od psychiki. Zdrowie i choroba są traktowane jako dwie oddzielne kategorie⁹⁶.

Zaobserwowane też zostały przypadki u pacjentów uczęszczających na psychoterapię uzależnień, że farmakoterapia jest traktowana jako rozwiązanie pomocnicze, które wspiera w procesie leczenia uzależnień. Można to przybliżyć na przykładzie pacjenta, który cierpi na silne obniżenie nastroju, doświadcza jednocześnie negatywnych emocji, przeżywa bardzo nieprzyjemne dla siebie zdarzenie i interpretuje je w taki sposób, że nie radzi sobie z napotkanymi sytuacjami, które sam nazywa trudnościami. Problemem pacjenta jest nieprzepracowana trauma z dzieciństwa, która związana jest z doświadczaniem przez niego przemocy oraz częstym zażywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych, a niedawno pacjent dowiedział się od lekarza, że ma problemy z układem krążenia. Sytuacja społeczna, zdrowotna i ekonomiczna pacjenta, jest bardzo skomplikowana, a skumulowały się na nią wydarzenia, a propos, rozpadu małżeństwa, utraty pracy i środków do życia i pogarszającego się stanu zdrowia. Pacjent oznajmił, że był z wizytą u lekarza rodzinnego i ma podejrzenie kardiomiopatii rozszerzonej, która jest wynikiem nadmiernego spożywania alkoholu. Kardiomiopatia jest ciężką i niezwykle trudną do leczenia chorobą mięśnia sercowego⁹⁷. Z tego

⁹⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2018 poz. 1510,

⁹⁶ M. Wieczorkowska (2017) *Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medykalizacji – zarys problematyki*, Wyd. Przegląd socjologiczny, 66(1): 33–52.

⁹⁷ M. Wojnar, (2017) *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*. Wyd. PARPA. Warszawa, s.108.

powodu pacjent jest zdezorientowany i nie wie, co robić, ponieważ po konsultacji z lekarzem psychiatrą dowiedział się, że z jednej strony leki, które przyjmuje na depresję, mogą nasilać u niego zaburzenia rytmu pracy serca, a z drugiej strony, wcześniejsze odstawienie leków przeciwdepresyjnych, nie jest zalecane, ponieważ grozi nawrotem nasilenia objawów choroby depresyjnej, a do tego pacjentowi zdarzają się powroty do czynnego uzależnienia. Pacjent oczekuje teraz na kolejną wizytę do lekarza psychiatry, w celu weryfikacji przepisanych leków i dalszego leczenia, równoległe ma obserwować reakcje swojego organizmu na przyjmowane leki oraz czy stan jego zdrowia się stabilizuje, a jeśli się pogorszy, pacjent dostał wskazówki jak zgłosić się do szpitala. Obserwując to, co się dzieje z perspektywy obserwatora, można dostrzec wyraźny przykład pacjenta, który nie tylko uzależnia się od substancji psychoaktywnych, ale pogłębia swoją zależność od pomocy instytucjonalnej i jej wpływu. Co nie jest dla niego dobre i stawia go w trudnej sytuacji, gdyż nawet lekarze z którymi się konsultował, uznali, że istnieje ryzyko, iż dalsze stosowanie leków może pogorszyć stan zdrowia pacjenta. Podstawową metodą leczenia uzależnień jest farmakologia i psychoterapia⁹⁸.

W sytuacji takiego zdrowotno-medycznego dylematu, wyzwaniem jest bardzo krótki czas na wizytę u lekarza psychiatry, który nie wystarcza na działania psychoterapeutyczne, bo innych bardziej priorytetowych zadań do wykonania jest wiele (dokładne zbadanie pacjenta, postawienie diagnozy, dalsze konsultacje). Personel medyczny, ma tylko kilka minut na poruszanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Dla porównania, psychoterapeuci w poradniach leczenia uzależnień mają zwykle do dyspozycji pięćdziesięciminutowe sesje indywidualne. Nie znaczy to, że nawet ten krótki czas przewidywanym na wizytę, jeśli będzie dobrze wykorzystany, może dać wiele korzyści⁹⁹.

Detoksykacja i leczenie równoległe

Pacjent poddający się detoksykacji przechodzi proces odtruwania organizmu, polegający na usuwaniu z krwiobiegu szkodliwych dla jego zdrowia substancji, poprzez podawanie mu minerałów i leków. Pacjenci, którzy trafiają na detoksykację, nie używają terminu terapia odwykowa, tylko odwykówka: *byłem na odwyku, wyszedłem z odwyku lub musiałem iść na odwyk, bo sam już bym nie dał sobie rady, wróciłem z detoksu*. Zazwyczaj w wypowiedziach pacjentów, termin odwyk, pojawiał się u tych uczestników terapii, którzy sami

⁹⁸ E. Pasternak, K. Paśnik, N. Plewka (2015) *Uzależnienie od opioidów – etiopatogeneza, rozpoznawanie i leczenie oraz ważna rola pielęgniarki*, Wyd. PZP, Warszawa, 5(2); 209–214

⁹⁹ W. R. Miller, A. R. Miller, A. Zweben, (2011) *Terapia uzależnień podręcznik dla profesjonalistów*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Kraków, s. 22.

doświadczyli leczenia odwykowego. Na podstawie rozmów z personelem medycznym i psychoterapeutami zajmującymi się leczeniem uzależnień w ramach psychoterapii uzależnień oraz z wypowiedzi pacjentów, którzy przeszli terapię odwykową, proces detoksykacji organizmu, można zdefiniować, jako usuwanie szkodliwych dla zdrowia substancji, które są efektem nadużywania alkoholu lub innych środków psychoaktywnych. Medycyna detoksykacyjna dzięki swoim preparatom jest bardzo dobrą podstawą i metodą osiągnięcia całkowitej przemiany człowieka i ukierunkowania jego działań na osiągnięcie i utrzymanie pełnego zdrowia¹⁰⁰.

Jeden z pacjentów, który trafił na detoks z powodu wypicia dużych ilości alkoholu, był bardzo osłabiony. Stwierdził, że poddał się leczeniu, ponieważ była to jego ostatnia szansa na wyjście z trudnej sytuacji, w jakiej się znalazł. Pacjent pełni bardzo odpowiedzialną funkcję w pracy, gdyż podczas zmiany kieruje całą załogą, a częste wahania nastroju spowodowane zatruciem alkoholowym ograniczają jego aktywność zawodową i prywatną. Na skutek picia pacjent coraz bardziej tracił przytomność, miał zniekształcony obraz rzeczywistości i nie miał kontroli nad swoim zachowaniem, co znacznie utrudniało mu życie zawodowe i rodzinne. Pacjent wzmacniał również swój organizm kroplówkami z elektrolitami, ale w obecnej sytuacji uznał, że to nie wystarczy. Rozpoczął więc leczenie detoksykacyjne, a następnie psychoterapię, uzupełnioną po krótkim czasie o zdrową dietę, aby dać sobie więcej czasu na odpoczynek, myślenie, rekonwalescencję i wyciszenie. Pacjent – jak tłumaczył – podjął te działania, aby jego organizm został trwale oczyszczony z toksycznych substancji i był wzmocniony poprzez dostarczanie niezbędnych składników odżywczych, do uzyskania pełnej stabilności funkcjonowania.

Diagnoza medyczna oraz problemy ze zdrowiem jako motywacja podjęcia terapii

Pacjentowi lekarz psychiatra przepisał lek blokujący receptory opiatowe w układzie nerwowym¹⁰¹. Problemy zdrowotne, których doświadczył ów pacjent były dla niego i jego rodziny przerażające. Jak sam stwierdził, wymigał się od śmierci dzięki interwencji swojej rodziny. W dniu trafienia do szpitala, przyjął on dużą dawkę alkoholu i zażył narkotyk o nazwie kryształ, potem już sam nie pamięta, co się działo. Pacjent zażył metamfetaminę, substancję psychoaktywną popularnie zwaną przez użytkowników kryształem, która po zażyciu powoduje silne pobudzenie psychoruchowe, wyostrenie koncentracji, uczucie przyjemności i euforii. Jednakże w przypadku pacjenta połączenie metamfetaminy i dużych ilości alkoholu

¹⁰⁰ V. Jelínek (2015) *Alfabet detoksykacji według Josefa Jonaše*, Wyd. DanMed, Gdańsk, s. 4.

¹⁰¹ I. Niewiadomska, M. Sikorska-Głodowicz (2004) *Alkohol, uzależnienie fakty i mity*, Wyd. KUL, Lublin, s.206.

spowodowało, że stracił on przytomność umysłową. Nie zdawał sobie sprawy z tego, co się z nim dzieje, ale na swoje szczęście znalazł się w domu, ale drogi do domu nie mógł sobie przypomnieć. W efekcie tego przerażenia zgłosił się na terapię, a psychoterapeutka uzależnień zaproponowała mu, aby dołączył do grupy terapeutycznej, zobaczył, jak wygląda terapia grupowa i posłuchał historii innych pacjentów. Psychoterapeutka nazwała jego przypadłość encefalopatią, czyli neurologicznymi objawami zaburzenia pamięci po przyjęciu dużej dawki alkoholu i narkotyku. Jest to typowe neurologiczno-psychiatryczne powikłanie uzależnienia¹⁰².

W tym przypadku pacjent cierpiał na zaburzenia świadomości i osłabienie organizmu, będące skutkiem przewlekłego picia alkoholu w formie ciągów, a także był poddawany wydarzeniom, które były bardzo bolesne dla jego zdrowia psychicznego i fizycznego. Pacjent usłyszał od świadków, co mu się przydarzyło, że nie mógł ustać na nogach i stracił zdolność samodzielnego myślenia. Na szczęście jego znajomy powiadomił rodzinę i został zabrany do domu. Ludzie, którzy byli świadkami zdarzenia, powiedzieli mu, że zachowywał się dziwnie i mówił rzeczy, których nikt nie rozumiał. Dopiero po pewnym czasie spędzonym w domu odzyskał przytomność, a po przebudzeniu czuł się bardzo źle. Pacjent odczuwał przerażenie, tym co się z nim działo i za namową rodziny postanowił podjąć leczenie. Psychoterapeuta uświadomił pacjentowi, że na podstawie pozyskanych informacji diagnostycznych oraz z wcześniejszej przeprowadzonej rozmowy z psychoterapeutą uzależnień, stwierdzono u niego wystąpienie wszystkich 6 z 6-ciu objawów uzależnienia od substancji psychoaktywnych, według ICD-10 oraz zostało spełnione kryterium czasowe, że wszystkie te objawy wystąpiły w ciągu ostatniego roku, przez okres minimum miesiąca. W medycynie stosowane jest pojęcia używania szkodliwego, które wiąże się z powstawaniem szkód zdrowotnych oraz ryzykiem uzależnienia traktowanego, jako zespół określonych objawów i zachowań, głównie zaś nieodpartego pragnienia przyjmowania substancji psychoaktywnej¹⁰³.

Jeszcze inny przypadek ilustruje motywujące znaczenie medycznej diagnozy uzależnienia opartej na klasyfikacji ICD-10. Na wchodzącego pacjenta w trakcie terapii grupowej do sali, wszyscy uczestnicy zwrócili uwagę. Widać po nim było duże osłabienie organizmu, szurał nogami, miał opuszczoną głowę, na rękę miał plaster z igłą, a w rękę trzymał stojak z kroplówką, do której był podłączony. Kiedy przyszła na niego kolej, psychoterapeutka wprowadziła pacjenta w zagadnienia związane z zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi oraz objawami uzależnienia, jakie występują u ludzi biorących narkotyki. Nadmierne

¹⁰² M. Wojnar (2017) *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, Wyd. PARPA. Warszawa, s.88.

¹⁰³ Z. Juczyński (2013) *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 12.

zażywanie środków psychoaktywnych przez pacjenta spowodowało to, że odczuwał częste bóle brzucha i głowy, co zostało zdiagnozowane jako bóle psychogenne. Pacjent opowiedział jak trafił do ośrodka na terapię, był półprzytomny i przywiozła go partnerka, ponieważ sam nie był w stanie prowadzić samochodu. Pacjent przyszedł wtedy po raz pierwszy na terapię grupową, był pod stałą opieką pielęgniarki, psychiatry i psychoterapeuty uzależnień. Po wizycie u lekarza psychiatry, u pacjenta została potwierdzona diagnoza występowania wszystkich sześciu objawów uzależnienia z Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD – 10). Według ICD-10 szkody zdrowotne określone są w kategoriach medycznych i psychologicznych (a nie np. społecznych, które ujęte były w amerykańskiej klasyfikacji DSM – IV dla opisanie kryteriów nadużywania alkoholu, *alcohol abuse*).¹⁰⁴ Powyższy przykład pokazuje, jak terapeuci wykorzystują społeczny status diagnoz medycznych oraz kulturowe usytuowanie zdrowia ponad innymi wartościami, by motywować osoby z uzależnieniami do udziału w terapii.

Okazuje się, że społeczne wzmocnienie argumentów medycznych jest często bardzo ważne i nie zawsze muszą się tym zajmować profesjonaliści. Bardzo często funkcję tę przejmują członkowie rodziny, a czasem nawet osoby postronne. Ilustruje to kolejny przypadek pacjenta, który kontynuował nadużywanie alkoholu, mimo wiedzy jaką posiadał o szkodliwych następstwach picia (wcześniej trafił na detoks, gdzie miał konsultacje z lekarzem na temat szkodliwych następstw picia, uczestniczył też wtedy w sesjach terapii na oddziale leczenia uzależnień). Pacjent wiedział, że picie alkoholu nie służy jego zdrowiu, zdawał sobie sprawę, że przez to miał problemu z żołądkiem, jelitami, krążeniem i miał częste bóle głowy. Uświadomił sobie, że odczuwa silną, kompulsywną potrzebę picia, a rodzina przypominała mu o tym najczęściej wtedy, gdy był pod wpływem alkoholu i wybuchała kłótnia. Argumenty, że pacjent ma problemy zdrowotne, zostały poparte racjonalnymi argumentami. Mimo szkód zdrowotnych jakich doświadczał, wracał do picia alkoholu i nawyków wyuczonych przez lata, przez co jego życie i zdrowie ulegało degradacji. Pewnego dnia pacjent został zauważony przez przechodnia, kiedy leżał na trawniku i nie miał siły się podnieść, bo był osłabiony przez alkohol. Po tym zajściu pod presją żony pacjent postanowił, że uda się na wizytę do przychodni leczenia uzależnień. Nadużywanie, a tym bardziej uzależnienie od alkoholu prowadzi do coraz większych szkód zdrowotnych i chorób, takich jak np. marskość wątroby, psychozy alkoholowe, czy zespół zaburzeń psychoorganicznych.¹⁰⁵

¹⁰⁴ M. Wojnar (2017) *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, Wyd. PARPA, Warszawa, s.10.

¹⁰⁵ K. Gąsiora i J. Chodkiewiczza (red) (2010) *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wyd. Jedność, Kielce. K. Poprawa *Alkoholizm jako choroba, w pół wieku po Jellinku*, s. 148.

Komponent medyczny pracy terapeutycznej towarzyszy i wspiera proces leczenia uzależnień pacjentów, co jest uznawane i stanowi bardzo skuteczną część tego procesu leczenia, przez personel kliniki. Fakt ten jest szczególnie widoczny w szpitalach, na oddziałach leczenia uzależnień, w poradniach ambulatoryjnych i w praktyce terapeutycznej, gdzie elementy medyczne traktowane są jako nieodłączne elementy psychoterapii uzależnień. Jak pokazują zaprezentowane przypadki, również sami terapeuci chętnie korzystają z zasobów medycyny w swojej pracy terapeutycznej, np. mówiąc o wsparciu farmakologicznym i wzmacniając argumentację procesu zdrowienia, która opiera się na diagnozie medycznej i prognozie.

3.2.2. Perspektywa psychoterapeutyczna

Praktyka psychoterapii uzależnień w znacznej swojej części opiera się na teoriach wychodzących z koncepcji psychologicznych mechanizmów uzależnienia, jego objawów i skutków. Z obserwacji przebiegu procesu terapeutycznego wynika, że bardzo ważnym czynnikiem praktyki terapeutycznej jest stopień zaangażowania w działania terapeutyczne zarówno pacjentów jak i psychoterapeutów uzależnień, którzy decydują o przebiegu zachodzących zmian, skuteczności podejmowanych działań, sile motywacji do pracy nad sobą pacjentów oraz stopniu przyswojenia informacji przekazywanych podczas terapii. Z perspektywy interakcyjnej, pracę terapeutyczną można nazwać czynnościami terapeutycznymi, które powodują wzajemne oddziaływania na siebie psychoterapeutów uzależnień i pacjentów, co wywołuje zamierzony lub niezamierzony skutek. Jednak przed podjęciem decyzji o wyborze formy leczenia pojawia się problem konieczności przewartościowania własnych postaw i zachowań¹⁰⁶. Z definicji, najbardziej przystępnym scenariuszem dla pracy terapeutycznej, byłby pacjent, którego uważa się za osobę chorą i nie ma pomysłów na własne leczenie.

Tak jak medycyna wniosła do terapii uzależnień czynnikową diagnostykę, detoksykację i farmakologię, tak psychoterapia wprowadza: pracę nad sobą, traumatyczne doświadczenia, podświadomość, uzależnienie psychiczne, więzi, relacje z otoczeniem, itd. Podobnie też jak poprzednio, aspekty psychoterapeutyczne przeplatają się z medycznymi i społecznymi, domagając się swojego miejsca w procesie terapeutycznym.

Psychoterapia uzależnień jest specjalizacją zawodową, zespołem metod i technik leczenia i wsparcia lub bezpośrednią formą praktycznej pomocy ludziom, jest zawodem, który

¹⁰⁶ Z. Jurczyński (2002) *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli wychowawców i rodziców*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 108.

ciągle się rozwija, ciągle powstają nowe publikacje i filmy. Obserwacyjną definicję pojęcia psychoterapii uzależnień można sprowadzić do definicji pomocy, wsparcia, dialogu, rozmowy i wpływu na pacjenta. Praca terapeutyczna, w odczuciu uczestników terapii, polega na uczeniu się rozumienia siebie, własnych myśli, przekonań i zachowań, a także na odbieraniu informacji ze świata i przekształcaniu ich w celu uporządkowania własnego życia. Podczas terapii indywidualnej i grupowej psychoterapeuci uzależnień analizują przypadki pacjentów, zdarzenia, które miały miejsce w przeszłości, a poprzez ich odtwarzanie uczestnicy terapii zbliżają się do swoich problemów i trudności, przeżywają myśli i emocje o różnym nasileniu.

Odsłanianie problemów pacjenta odbywa się w interakcji z psychoterapeutą uzależnień, na podstawie wglądu w historię uzależnień pacjenta, przeprowadzenia diagnozy patologii pacjenta, zgodnie z ICD 10, psychologicznych mechanizmów uzależnienia oraz opisu funkcjonowania pacjenta w różnych sferach jego życia. Leczenie uzależnień zostało zdefiniowane przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jako proces, który rozpoczyna się, gdy użytkownik substancji psychoaktywnej wchodzi w kontakt ze sobą lub z pracownikiem służby zdrowia, które może być kontynuowane przez udział w specyficznych formach interwencji i procedur, aż do uzyskania stanu najwyższego, możliwego do osiągnięcia poziomu zdrowia i poprawy samopoczucia¹⁰⁷.

Praca nad sobą i motywacja

Z perspektywy lekarza, najważniejsze jest, by pacjent poddał się zabiegom medycznym. Nie musi ich rozumieć, ani w nich uczestniczyć, całą pracę wykonują specjaliści albo odpowiednio dobrane substancje chemiczne. Psychoterapeucie przede wszystkim będzie zależało na zmotywowaniu pacjenta do samodzielnego działania. Oczywiście, również on chce by pacjent uznawał jego status i podążał za wskazaniem, ale jednak z przekonaniem, że on sam (pacjent) podejmuje decyzje, w jaki sposób się zmienia, czy poszukuje ścieżek wychodzenia z problemów. Ludzie potrzebujący pomocy terapeutycznej mają predyspozycje do rozwiązania swoich problemów, ale nie wiedzą, że je znają, ponieważ nikt ich tego nie nauczył. Zadaniem terapeuty jest uświadomienie im tej prawdy¹⁰⁸.

Przykładem osiągnięcia takich rezultatów w pracy terapeutycznej, jest historia uzależnienia pacjenta, który po ukończeniu podstawowego programu terapii, skomentował jakie napotkał okoliczności na ścieżce terapeutycznej oraz jakie przechodził dokuczliwe stany

¹⁰⁷ P. Jabłoński (2012) *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów*, Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa, s.9. Wstęp, Jabłoński, P.

¹⁰⁸ M. H. Erickson, E.L. Rossi, (1996) *Lutowy człowiek. Strategiczna terapia krótkoterminowa*, Wyd. GWP, s.98.

psychiczne spowodowane uzależnieniem. Według tego pacjenta, jego problem wynikał zarówno z czynnika społecznego, czyli zależności od ludzi, z którymi zażywał środki psychoaktywne, jak i psychicznego uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Silne nawyki nad którymi pacjent nie panował, przysporzyły mu i jego rodzinie bolesny w skutkach ciąg zdarzeń, od zerwania kontaktów z rodziną, poprzez utratę mieszkania, aż po poważne kłopoty zdrowotne, ekonomiczne i społeczne. Jedyne ratunkiem była dla pacjenta matka, która nie odwróciła się od niego i pozwoliła mu mieszkać u siebie. Praca terapeutyczna umożliwiła pacjentowi, dostrzec straty spowodowane jego uzależnieniem, powolne stawanie na nogi oraz szukanie sposobu na wyjście z beznadziejnej dla siebie sytuacji. Teraz pacjent zdaje sobie sprawę, jaki wysiłek musiał włożyć, aby zacząć godnie żyć. Uzależnienie od alkoholu pozbawiło go szacunku i zaufania najbliższych. Ludzie ignorowali go, ponieważ często był widywany w stanie nietrzeźwości. Pacjent zrozumiał, że sam do tego doprowadził, stwierdzając, że tak jak żył i zachowywał się, tak był traktowany przez innych. Psychoterapia przynosi pozytywne rezultaty operacjonalizowane zarówno poprzez wskaźniki obiektywne, czyli ustąpienie objawów, na które uskarża się pacjent, jak i subiektywne, czyli wzrost samopoczucia pacjenta¹⁰⁹.

W kwestii pacjenta podjęta praca terapeutyczna wyzwoliła w nim motywację do zmiany, pracę nad sobą i gotowość do działania, którego celem była troska o własny los. Wychodzenie z choroby było dla pacjenta bardzo trudne, ponieważ musiał on przeciwstawić się swoim wewnętrznym nawykom, psychicznym dolegliwościom i przeciwnościom losu płynącym ze środowiska społecznego. Z perspektywy terapeuty przebieg procesu terapeutycznego pokazuje, jak pacjent po trudnych zmaganiach zaczyna odzyskiwać zdolność do działania i reorganizować swoje życie, odzyskuje wiarę w siebie i swoje siły, odbudowuje relacje z rodziną oraz podejmuje pracę zarobkową. Pacjent otrzymał ciężką lekcję życia, co jest powodem jego determinacji do zachowania trzeźwości, ponieważ zdaje sobie sprawę, do czego doprowadziło go uzależnienie. Pacjent postrzega swoje własne doświadczenia jako lekcję życiową, którą uważa za przestrożę dla innych pacjentów. Terapeutka oznajmiła, że pacjent był mocno zakorzeniony w degradacyjnych dla siebie przekonaniach, był jak zaprogramowany, bo powtarzał zaburzone schematy zachowań i miał silnie zainstalowane w sobie psychologiczne mechanizmy uzależnień, a zwłaszcza mechanizm iluzji i zaprzeczania. Posługiwał się zaburzonymi wzorcami zachowań, które przenosił na siebie, innych ludzi i swoje otoczenie. Uzależnienie pacjent zapamiętał jako cierpienie psychiczne, stan niedyspozycji i silną potrzebę

¹⁰⁹ M, Krischer, B. Smolka, B. Voigt (2020) *Effects of longterm psychodynamic psychotherapy on life quality in mentally disturbed children*. Wyd. Psychother, 30(8): 1039–1047.

przyjmowania substancji psychoaktywnych, która wywołała w jego życiu wiele negatywnych skutków i spowodowała w nim zaburzone postrzeganie siebie, rzeczywistości i świata. W ujęciu psychologicznym, przyjmowanym często przez terapeutów, uzależnienie od substancji psychoaktywnych oznacza stan, w którym używanie tej substancji lub myślenie o niej, nabiera nadmiernego znaczenia w życiu jednostki ze szkodliwymi skutkami dla innych ważnych zajęć, ludzi i czynności¹¹⁰. Peter Hainz Roha w swojej książce „Uzależnienie przyczyny i terapia”, jest tego zdania, że celem terapii jest droga, ponieważ nikt tak naprawdę do końca życia nie upora się z pracą nad swoją osobowością, a pod tym względem wciąż jesteśmy w drodze¹¹¹.

Przyczyny oraz wspólne dochodzenie do rozwiązań zgodnych z funkcjonującymi teoriami

Podstawowe pojęcia w pracy terapeutycznej związane są z psychologicznymi problemami spożywania substancji psychoaktywnych i uzależnieniami od kompulsywnych czynności. Indywidualna oraz grupowa praca terapeuty z pacjentem, ma na celu utrzymanie trzeźwości, poprawę jakości funkcjonowania psychospołecznego pacjenta, wywoływanie prozdrowotnej postawy do życia oraz budowanie relacji z samym sobą i innymi ludźmi. Praca terapeutyczna odnosi się do człowieka, jest złożonym procesem, bowiem obejmuje dużą ilość reakcji, relacji, czynności, zachowań, emocji, przekonań i różnego rodzaju historii pacjentów. Bardzo ważnym czynnikiem w pracy terapeutycznej, jest indywidualne podejście terapeuty do pacjenta. Każdy pacjent ma inną historię życia, inaczej patrzy na świat, na problemy codziennego życia i ma różne tempo pracy nad sobą, jednak doświadcza tych samych problemów, z którymi pacjenci wzajemnie się utożsamiają. Zachodzące po sobie czynności podczas pracy terapeutycznej, są podawane wzajemnym relacją i ulegają nieustanym zmianą. Proces terapii uzależnienia, jest procesem stałego i trudnego uczenia się nowych zachowań i nowego sposobu myślenia, procesem, w którym porażki są naturalnym i oczywistym zjawiskiem¹¹².

Praca terapeutyczna ma takie samo znaczenie dla wszystkich uczestników terapii, którzy dążą do osiągnięcia stanu trzeźwości i usunięcia dolegliwości fizycznych oraz psychicznych, spowodowanych zażywaniem przez pacjentów środków psychoaktywnych, natomiast przypadki uzależnień, mogą być do siebie bardzo zbliżone pod względem

¹¹⁰ P. M. Miller (2020) *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa, s.92.

¹¹¹ H. Roha (2013) *Uzależnienie przyczyny i terapia*, Wyd. W drodze, Poznań, s. 125.

¹¹² J. Chotkiewicz (2003) *Poznawcza terapia leczenia uzależnień, w oparciu o koncepcję A. Becka*, TUiW, nr.2.

omawianych treści. Można to dostrzec na przykładzie, kiedy to psychoterapeutka dostarcza pacjentce wiadomości na temat uzależnienia, objawów i mechanizmów, uzasadniając to, aby pacjentka poznała istotę swojej choroby alkoholowej. Wiedza ta pozwoliła, pacjentce na przyglądanie się własnym problemom spowodowanym przez uzależnienie oraz dokonywanie diagnozy problemowej na podstawie omówionych z psychoterapeutką przykładów z jej życia osobistego. Wiedza czym jest uzależnienie, pozwoliła pacjentce na zrozumienie tego, dlaczego piła i co doprowadziło ją do degradacji społecznej i fizycznej. Opisany przykład często był powtarzany w pracy terapeutycznej z innymi pacjentami, ponieważ na własnym przykładzie pacjentów, omawiane są z nimi sytuacje, objawy i problemy, które przyczyniły się do doznawania uzależnienia. Przyczyny uzależnienia mogą być aktywowane przez negatywne stany emocjonalne i stresujące przeżycia, ale także przez specyficzne okoliczności zewnętrzne¹¹³.

Jedną z definicji wykorzystywaną przez terapeutów, określa uzależnienie jako proces, który powstaje za sprawą przekroczenia granic w zaspokajaniu potrzeb i prowadzi do przymusu przyjmowania substancji psychoaktywnej lub kompulsywnych czynności. Na podstawie zebranego materiału badawczego podczas pracy terapeutycznej, można zaobserwować to, jak terapeuci dochodzą wspólnie z pacjentami do stawiania problemu, który wymaga rozwiązania, za pomocą zbadania sytuacji, stanu pacjenta i jego umiejętności poznawczych, w celu zrozumienia trudności, z jakimi boryka się pacjent. Problemy, jakie były stawiane przez psychoterapeutów uzależnień, były formułowane np. tak: dowiem się, czym jest uzależnienie od alkoholu lub narkotyku; dowiem się, jakie są przyczyny zażywania substancji psychoaktywnych u pacjenta; pacjent pozna i rozpozna na sobie objawy uzależnienia; pacjent pozna swoje mechanizmy uzależnienia od alkoholu lub narkotyku; pacjent rozpozna swoją bezsilność wobec picia i zacznie pracować nad jej akceptacją. Zatem, ważną rolę psychoterapeuty, jest uświadamiania i naprowadzanie pacjenta na wiedzę, którą zyskuje na swój temat.

Psychoterapeutka przedstawiła pacjentowi tematykę uzależnienia, w taki sposób, aby zobaczył, czym jest uzależnienie. Zaczęła od krótkiego wprowadzenia, czym jest uzależnienie od alkoholu, że jest to przewlekła i postępująca choroba. Przechodząc do diagnozy terapeutka, zaproponowała pacjentowi, by był czujny, bo przy każdym z omawianych objawów będzie się zatrzymywała, a pacjent odpowie, czy wystąpił on u niego. Pacjent zauważył swoją tolerancję na alkohol, że pije coraz częściej i więcej oraz że rezygnuje z różnych form aktywności, a swój

¹¹³ Mellibruda J., (1997), *Psychobiospołeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. Alkoholizm i Narkomania*, nr 3, s.28)

cały wolny czas spędza na picciu alkoholu. U pacjenta został też zdiagnozowany brak kontroli nad picciem, który przejawiał się zapewnianiem bliskich i rodziny, że nie będzie on pił, a w rezultacie nie dotrzymywał słowa. Pacjent w ten sam sposób oszukiwał sam siebie. Po różnych działaniach psychoterapeutycznych, pacjent stwierdził, że za często pije alkohol i nie potrafi spokojnie usiedzieć w domu, bo musi szukać okazji, żeby napić się alkoholu. Terapeutka podsumowała, że picie alkoholu u pacjenta stało się dominującym zajęciem w jego życiu, a pacjent nie zaprzeczył i się uśmiechnął. Taką teorię wyjaśniającą potwierdziła również lekarz psychiatra, która po rozpoznaniu objawów (bezsenna noc, suszenie w gardle, wymioty i bóle głowy) stwierdziła, że pacjent pije szkodliwie dla swojego zdrowia. Dla innych pacjentów, było to przypomnienie, czym są objawy uzależnienia od alkoholu i jak szkodliwie działają. Uzależnienie to stan psychiczny i fizyczny wynikający z interakcji między żywym organizmem a daną substancją, charakteryzujący się zmianami w zachowaniu, takimi jak potrzeba ciągłego lub okresowego przyjmowania substancji w celu doznania jej wpływu na psychikę lub uniknięcia nieprzyjemnych objawów towarzyszących niedoborowi danej substancji¹¹⁴.

Pogłębianie wyrzutów sumienia

Kolejny pacjent wyrażając się na temat. *Czym jest uzależnienie?* Mówi o odczuwaniu dolegliwości, które powodują u niego zaburzenia w sferze emocjonalnej, fizycznej i społecznej. Uczestnik terapii nie może odstawić środków psychoaktywnych, zdaje sobie sprawę z tego, że szkodzi sobie i swojemu zdrowiu, czego skutkiem, jest złe samopoczucie i cierpienie psychiczne. Terapeutka prezentuje własną prywatną teorię na temat powstawania problemów uzależnienia. Uważa, że pojawiają się one tam, gdzie są ludzkie słabości, szczególnie kiedy ludzie nie potrafią poradzić sobie z własnymi uczuciami, stanami emocjonalnymi i natrętnymi myślami. Uczestnik terapii czuje się niedobrze z powodu swojego krzyżowego uzależnienia, ponieważ często miesza narkotyki z alkoholem, a nawet z lekami. To odczucie wzmacnia dodatkowo świadomość, że najbardziej jego uzależnienie przeżywa jego rodzina, która walczy o niego. Terapeutka komentując sytuację kryzysową pacjenta nadała jej znaczenie, że nałogowe zachowania pacjenta są dla niego obciążeniem, a sam dokłada sobie nowych obciążeń i z nimi funkcjonuje, ponadto ciężar jego postępowania, niewłaściwych decyzji i czynów spada nie tylko na niego, ale i na jego całą rodzinę. Terapeutka podsumowała, zwracając się do całej grupy, że przychodzą na terapię z bagażem różnych doświadczeń, z historią własnych

¹¹⁴ B. T. Woronowicz (2001) *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, s. 19.

uzależnień, dobrych chwil i cierpienia i starają się wzajemnie siebie wspierać, empatycznie patrzeć na świat i nie krzywdzić innych, nawet jeżeli sami byli skrzywdzeni¹¹⁵.

Mechanizmy, fazy i szkolenia

Jak to było już wcześniej wspomniane, ważnym etapem pracy psychoterapeutycznej jest wyjaśnianie uczestnikom sesji ich sytuacji. To wyjaśnianie bardzo często opiera się na przedstawianiu koncepcji „mechanizmów uzależnienia”, która dla pacjentów była początkiem a za razem ramą strukturyzującą procesu odkrywaniem swoich wewnętrznych wad. Zgodnie z tą koncepcją, człowiek zwykle nie zdaje sobie sprawy, dlaczego i kiedy popada w uzależnienie, co więcej, często dla własnej wygody nie chce wiedzieć. Można to zilustrować następującymi zaobserwowanymi przypadkami interpretacji zachowań uczestników terapii:

- Pacjent w *mechanizmie iluzji i zaprzeczeń* obwiniał innych i manipulował wypowiedziami. Mówił, że nie pije dużo, usprawiedliwiał branie środków psychoaktywnych, uzasadniając, że po pracy, to może sobie pozwolić na chwile relaksu, wypić sobie i zapalić trawę. Okłamywał żonę, że już nie bierze lub wypił bardzo mało, choć widać było po jego zachowaniach, że nie kontaktuje i właściwie nawet nie wie, co się do niego mówi. Unikał odpowiedzialności za swoje postępowanie, twierdził, że mu nikt nie zabroni zażywać substancji psychoaktywnych, że będzie o tym sam decydował. Przyniósł i obiecywał rodzinie, że nie będzie już więcej pijał i palił marihuany, ale nie dotrzymywał obietnic.
- Inny pacjent stosował *mechanizm nalogowego regulowania emocji*: po stresującym tygodniu pracy, musiał sobie wypić oraz odreagować cały ciężki tydzień.
- Pacjentka stwierdziła, że zmienia co chwilę zdanie, raz mówi, że coś zrobi, a później wymiguje się z tego, w efekcie nic nie wychodzi z tego co obiecuje. Kiedy sobie wypije, ma poczucie, że zupełnie przestaje mieć wpływ na własne decyzje oraz zdarzenia dotyczące jej życia i rodziny. Pacjentka razem z terapeutą zauważyła, że kiedy jest trzeźwa to jest inna, niż kiedy pije, jest też inaczej odbierana przez swoją rodzinę. To typowy o *mechanizm rozproszonego Ja*: Ja trzeźwa i Ja pod wpływem alkoholu.

Warto zauważyć, że terapeuci często uważają, że uczestnicy sesji sami dochodzą choćby do przedstawionych powyżej rekonstrukcji mechanizmów prowadzących do uzależnienia. W

¹¹⁵ J. Frederickson (2019) *Kłamstwa którymi żyjemy. Jak zmierzyć się z prawdą, zaakceptować siebie i zmienić swoje życie*, Wyd. W drodze, Poznań, s.224.

Zarówno zaprezentowany schemat jak i koncepcja, którą przedstawia, jest jednym z najczęściej prezentowanych na szkoleniach wyjaśnień dynamiki uzależnień.

W efekcie, terapeuci są przekonani, że wiedza na temat uzależnień od substancji psychoaktywnych, prowadzi do zrozumienia zagadnień związanych z utratą kontroli nad własnym życiem, a to z kolei jest podstawą, by nabyć umiejętności konstruktywnego postępowania wobec własnych problemów. Próbują zatem tak strukturyzować wspomnienia uczestników, by zlokalizować ich pozycję na trajektorii faz uzależnienia. Jeśli chodzi o fazy alkoholizmu, E. M. Jelinek w jednej ze swoich prac przedstawił koncepcję kolejnych faz pojawiających się w procesie rozwoju uzależnienia. Pierwsza faza prealkoholowa, tzw. faza objawowa, druga to faza ostrzegawcza/prodromalna. Trzecia faza krytyczna to stadium, w którym w pełni ujawnia się zjawisko utraty kontroli. W czwartej fazie przewlekłej możemy wyróżnić: okresy długotrwałego picia¹¹⁷.

W jednym z analizowanych przypadków, terapeutka zaproponowała pacjentowi, aby przypomniął sobie sytuację ze swojego życia, kiedy stracił nad nim kontrolę (a więc o jedną z faz uzależnienia). Pacjent, po chwili zastanowienia, przypomniął sobie, że kiedy był na prywatce u znajomych, obiecał sobie, że nie będzie mieszał narkotyków i alkoholu, było jednak inaczej i stracił nad sobą kontrolę, a z imprezy nic nie pamiętał. Terapeutka nie bez powodu zapytała o tę właśnie fazę, bowiem ten pacjent popadł w uzależnienie krzyżowe (cross-dependence¹¹⁸), uzależnienie od więcej niż jednego leku (narkotyku)¹¹⁹, które potęguje ryzyko utraty kontroli.

Drugim przykładem jest pacjent, który niemal szukał okazji do picia lub odurzenia się narkotykami, ponieważ wtedy schodziło z niego napięcie, jednak kiedy zaczynał brać lub pić już nie potrafił przestać. Ulegał nałogowi przez kilka dni, a później wobec zaistniałych sytuacji odczuwał bezradność i że nie ma wpływu na to, co się z nim dzieje. Pacjent popadał w melancholię i obawy, że źle skończy, bo jego życie ograniczone jest do brania narkotyków oraz picia alkoholu. Zauważył też, że już nikt nie liczy się z jego zdaniem i mało kto traktuje go poważnie. Terapeutka zdiagnozowała *utratę kontroli* oraz *uznanie bezsilności wobec alkoholu* (pierwszy etap zdrowienia) i dowartościowała pacjenta słowami, że każdy ma możliwość

¹¹⁷ T. Żurek (2004) *Medyczno-psychologiczne aspekty alkoholizmu*, Perspectiva Legn Stud Teol Hist, 1: 159-174.

¹¹⁸ Angielski termin dependence (zależność) uważa się za bardziej naukowe i klinicznie poprawniejsze określenie uzależnienia, które opisuje chorobę mózgu związaną z utratą kontroli nad przyjmowaniem narkotyku (nadużywaniem) (C. K. Erickson, 2013, *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa, s. 278).

¹¹⁹ C. K. Erickson (2013) *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa, s. 279.

wyjścia nawet z najtrudniejszej sytuacji, a on już ten proces zaczął, ponieważ zdecydował się przyjść na terapię, chociaż ma problem z uzależnieniem i wpadki, to ma się nie podawać.

Psychoterapia ma ważne miejsce w leczeniu odwykowym ludzi uzależnionych od alkoholu, narkotyków i uzależnień behawioralnych (czynnościowych). W tej perspektywie, leczenie realizuje się poprzez dostarczenie informacji pacjentowi na czym polega uzależnienie, poprzez naukę na własnych doświadczeniach. Psychoterapia uzależnień, jest procesem, który uświadamia ludziom z uzależnieniami ich zaburzone schematy funkcjonowania, poprzez wskazanie jakie błędne ramy interpretacyjne wykorzystywali wcześniej (np. wspomniane *mechanizmy*) oraz jak właściwie określać własną pozycję na mapie zdrowienia i w którym kierunku zmierzać. Kiedy pacjent podejmuje decyzje o rozstaniu się z substancjami psychoaktywnymi lub uzależniającymi czynnościami, praca terapeutyczna nabiera walorów praktycznej edukacji w zakresie skutecznych sposobów radzenia sobie z głodem alkoholowym/narkotykowym, natrętnymi objawami lub utrwalonymi czynnościami oraz w jaki sposób zapobiegać nawrotom choroby. Jednym z kierunków branych pod uwagę przy ustalaniu przyczyn nawrotów jest uwzględnienie roli sytuacji życiowych, jakich doświadcza osoba uzależniona, w powstawaniu nawrotów¹²⁰.

Z perspektywy profesjonalistów prowadzących sesje, psychoterapia uczy pacjentów, jak mają poradzić sobie na trzeźwo ze swoimi problemami i emocjami oraz ich nawrotami. Pierwszym oczekiwaniem „wejściowym” w proces psychoterapii jest decyzja o zaangażowaniu się we własny proces leczenia oraz gotowość podejmowania działań, które są zgodne z zaleceniami terapeutycznymi, profilaktycznymi i zdrowotnymi. To właśnie terapeuci uzależnień pracując z pacjentami, mają szczególną rolę do odegrania, ponieważ są głównym źródłem nowych ram interpretacyjnych w zakresie powodów oraz fazy uzależnienia, przede wszystkim jednak dróg wyjścia z nałogu. Są oni też motywatorami w zakresie działań sprzyjających procesowi zdrowienia oraz pracy nad sobą. Ponadto terapeuci uzależnień naprowadzają pacjentów na realne na danym etapie możliwości wprowadzania życiowych zmian, które doprowadzą do zdrowego trybu życia, zadowolenia z siebie oraz do wzmacniania poczucia własnej wartości, sprawstwa, satysfakcji i traktowania siebie i innych z szacunkiem. Jedną z zasad terapeutycznych jest wskazanie, żeby nie oceniać i nie potępiać. Psychoterapeuci uzależnień, są przekonani, że wspierają pacjentów w ich drodze ku trzeźwości, podpowiadają, zachęcają i rozumieją trudności. Pomagają zrozumieć czym jest uzależnienie, wspólnie z pacjentami szukają sposobów na radzenia sobie z głodem wywoływanym przez substancje

¹²⁰ J. Chodkiewicz (2006) *Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej, przegląd piśmiennictwa*, Psychiatria, tom 3, nr 3, s. 105.

psychoaktywne, czy trudnymi emocjami i problemami życia codziennego. W ramach tej interpretacji, psychoterapeuta uzależnień wspomaga pacjenta w znalezieniu drogi do trzeźwości, towarzyszy mu w trakcie oraz wspiera go, by ją bezpiecznie pokonać. Jednak ostateczna decyzja, o podjęciu leczenia własnego uzależnienia i pozbywania się szkodliwych nawyków, stoi przed pacjentem, który sam musi przesądzić, jak ma wyglądać jego życie oraz nauczyć się wewnętrznej determinacji oraz wzmacniać w sobie dyspozycyjność do przejścia drogi uwalniającej z trudnych ograniczeń, nałogów i czynności. Wielki słownik języka polskiego, determinację definiuje jako postawę wytrwałego dążenia do celu, pomimo wszelkich trudności¹²¹.

Zebrany materiał wskazuje na psychoterapię, że terapeuci formatują świadomość uczestników sesji, podejmują się profesjonalnej pracy nad biografiami pacjentów i przekonują ich do przyjmowania treści lub działań, które uważają za stosowne. Być może jednak ta konkretna gra terapeutyczna (pośrednio zarządzana i ukryta pod narracją o samostanowieniu i sprawczości) jest jedynym sposobem na uratowanie ludzi, którzy wyraźnie utracili zdolność podejmowania działań, które później dawałyby im satysfakcję. Medyczny aspekt terapii uzależnień nie wymaga takich gier, bowiem uzasadnia go wysoki status nauk medycznych oraz przekonanie o obiektywności i nieomyślności nauk ścisłych (chemii, a nawet biologii). Ciało nie nadajemy też praw podmiotowego samostanowienia. Inaczej jest w przypadku leczenia „duszy”, tu profesjonalne działania muszą być znacznie bardziej dyskretne i uwzględniające ryzyko zniechęcenia pacjenta, który realnie podejmuje ostateczną decyzję, nawet jeżeli biologicznie i mentalnie zniewolony jest uzależnieniem.

Historia psychoterapii pokazuje rozmaite przykłady określania zadań i specyfiki procesów zmian zachodzących u pacjentów. Poszukując jej integracyjnego uporządkowania, można wyróżnić trzy szczególnie istotne perspektywy rozumienia tej problematyki: medyczno-psychopatologiczną, kompetencyjno-problemową oraz rozwojowo-humanistyczną¹²². Odnosząc te kategorie do rezultatów analizy zebranego materiału, pierwszą można przypisać do przedstawionych wcześniej aspektów medycznych, drugą do psychoterapii. Mniej oczywista jest trzecia, która po części wpisuje się w humanistyczną narrację charakteryzująca dyskurs psychoterapii, ale również ujmuje istotę środowiskowego ujęcia uzależnienia, którą chyba warto w tym momencie przedstawić w świetle zebranego materiału.

¹²¹ wsjp.pl, <https://wsjp.pl> › hasło › podgląd › determinacja

¹²² J. Mellibruda (2011) *Siedem ścieżek integracyjnej psychoterapii. Ślady dziecięcych traum i toksycznych relacji jako wyzwanie*, Wyd. Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, s.133.

3.2.3. Praca środowiskowa w psychoterapii uzależnień

Już na początku trzeba napisać, że środowiskowy wymiar pracy terapeutycznej był na etapie konceptualizacji badań, kluczowym łącznikiem tej aktywności z pedagogiką społeczną. Stąd, mimo iż nie jest on, biorąc pod uwagę zebrany materiał, ilościowo dorównujący pozostałym aspektom (głównie psychoterapeutycznemu), stanowi istotną część analizy, również z uwagi na wnioski praktyczne.

W trakcie badań, pracę środowiskową rejestrowałem najczęściej w ramach ambulatoryjnej formy wsparcia terapeutycznego. Leczenie ambulatoryjne charakteryzuje się tym, że uczestnicy terapii uczęszczają do placówki bez stałej konieczności przebywania w niej, co daje pacjentowi możliwość godzenia swoich obowiązków zawodowych i rodzinnych z terapią. Jak wynika z wypowiedzi pacjentów, pod okiem terapeutów uzależnień, lepiej poznawali oni własne problemy i możliwości rozwiązywania trudności, które napotkali w miejscu zamieszkania. W trakcie terapii pacjenci otrzymywali wskazówki, zalecenia terapeutyczne oraz omawiali sposoby bezpiecznego funkcjonowania w miejscu zamieszkania. Pracę terapeutyczną można zatem również ujmować jako uczenie pacjentów sztuki życia i odgrywania ról społecznych, zawodowych i rodzinnych. Podczas sesji terapeutycznych pacjenci uczą się sposobów uświadamiania sobie i doświadczania siebie poprzez rozpoznawanie i wyrażanie tego, czego doświadczyli w swoim życiu i czego doświadczają w chwili obecnej. Przebieg wybranej sesji terapeutycznej opisaną przez Kosmałą i Bukowskiego sprowadza się do następujących elementów: zapoznania się ze strukturą sesji, sprawdzenia stanu pacjenta, ustalenia programu sesji, przejrzania prac domowych (zadań samopomocowych) i realizacji programu¹²³. Ważnym elementem sesji terapeutycznej jest zajęcie się aktualnymi problemami pacjenta, z którymi przychodzi na terapię.

Patrząc na pracę terapeutyczną z perspektywy pracy środowiskowej, która była istotnym elementem terapii ambulatoryjnej, można dostrzec bliskie podobieństwo z pedagogiką społeczną, która jest otwarta na problemy obecne w naszej codzienności, poprzez szerokie spojrzenie na aktualną rzeczywistość społeczną oraz poszukiwanie sił dających możliwości czerpania z nowych szans. Praca terapeutyczna jak i pedagogika społeczna poszukują też „dróg radzenia sobie z dotychczasowymi i nowymi problemami i zjawiskami”¹²⁴. Trudno jednak nie zauważyć związków pracy środowiskowej z psychoterapią, szczególnie w zakresie uczenia

¹²³ B. Kosmała, S. Bukowski (2007) *Sesja terapeutyczna w podejściu poznawczo-behawioralnym*, Psychoterapia 1 (140) s: 27–36, s.30.

¹²⁴ W. Danilewicz (2009) *Oblicza współczesności w pedagogice społecznej*, Wyd. ZAK, Warszawa, s.23.

sztuki życia czy radzenia sobie z toksycznymi relacjami w najbliższym otoczeniu społecznym. Zatem przedstawiany tu trzeci aspekt pracy terapeutycznej łączy elementy psychoterapeutyczne ze społeczno-pedagogicznymi.

Wspomniane połączenie realizowane jest w ambulatoryjnych ośrodkach leczenia uzależnień w ramach koncepcji psychoterapii środowiskowej, czyli odnoszącej się bezpośrednio do społecznego funkcjonowania pacjentów oraz metod i technik terapeutycznych wspierających pacjentów w ich miejscu zamieszkania. Podejście to można rozszerzyć o kontekst teoretyczny, opracowany na bazie połączenia paradygmatu interpretatywnego oraz koncepcji pedagogiki społecznej Heleny Radlińskiej. Jego głównym założeniem jest interpretacja obszarów życia społecznego, w tym funkcjonowania zajęć terapeutycznych, z perspektywy wzajemnego oddziaływania jednostek i ich środowisk życia (zamieszkania, pracy, rodziny). Kolejnym aspektem środowiskowym pracy terapeutycznej jest uczestnictwo w społeczności terapeutycznej, np. podczas terapii grupowej, w której wypowiedzi dotyczą środowisk życia pacjentów i spędzania tam czasu. Dzięki temu, pacjenci doświadczają swojej wzajemnej obecności, wpływu technik terapeutycznych, interakcji pacjenci-terapeuci, budowania relacji i uważności na relacje społeczne, w szczególności w ich środowiskach życia. Wymiar funkcjonowania społecznego w pracy metodą społeczności terapeutycznej kładzie nacisk na rozwój odpowiedzialności i zmianę stylu życia. Struktura i system społeczności terapeutycznej wspierają zmianę stylu życia pacjenta. Społeczność terapeutyczna podkreśla znaczenie tego, kim jest się „tu i teraz” w przeciwieństwie do tego, kim było się w przeszłości¹²⁵.

Analiza zebranego materiału wskazuje, że głównym filarem środowiskowego aspektu leczenia uzależnień jest wiedza oparta na doświadczeniu, która obejmuje mechanizmy wprowadzenia zmian w różne obszary życia społecznego, procesy modyfikujące relacje społeczne oraz efekty wpływów środowiskowych na uczestników terapii lub wychowanków. W kontekście teoretycznym mieści się to zarówno w zakresie założeń działań społeczno-pedagogicznych, jak i pracy terapeutycznej. Pedagogika społeczna jest otwarta na problemy obecne w trudnej codzienności, poprzez szerokie spojrzenie na aktualną rzeczywistość oraz poszukiwanie, wzmacnianie i pomnażanie sił dających możliwości przekształcania środowiska życia w imię ideału.¹²⁶

¹²⁵ <https://www.kbpn.gov.pl> › portal, Społeczność terapeutyczna, artykuł z 26.05.2010r.

¹²⁶ H.Radlińska (1961) *Pedagogika społeczna*, Ossolineum, Kraków.

Odbudowywanie więzi z bliskimi

W trakcie procesu terapeutycznego pacjenci omawiają sytuacje problemowe, które ich dotyczą i uczą się umiejętności budowania sprzyjających dla siebie relacji w środowisku rodzinnym i otoczeniu, w którym na co dzień przebywają. Jeden z pacjentów, opowiadając historię nadużywania alkoholu, aby łagodzić swoje wewnętrzne napięcia, wspominał również o obojętności wobec swoich najbliższych, że nie interesowało go to, co czuje jego żona i dzieci, nie myślał nawet o tym. Twierdził, że był zbyt zajęty pracą zawodową, ciągle żył w pośpiechu i nie widział potrzeb swoich najbliższych. W trakcie terapii zaczął dostrzegać, że jego relacje z najbliższym środowiskiem w dużej mierze są zaburzone, przez to, że pacjent nie potrafił spokojnie wyrazić tego co czuje, a odmienne zdanie swoich domowników traktował, jako atak. Narastające napięcie między pacjentem a jego rodziną spowodowało to, że jego żona z dziećmi przenieśli się do swoich rodziców. Za sprawą ustaleń z psychoterapeutami, pacjent podjął próbę naprawienia relacji rodzinnych. Pierwszym krokiem, który wykonał były przeprosiny jego żony, które zostały chłodno przyjęte oraz przyznanie się do popełnionych błędów. Pacjent stwierdził, że terapia dała mu cenne wskazówki i zmotywowała go do podjęcia pewnych kroków w środowisku, w którym żyje. Bardzo pomocnym elementem poprawy jego relacji z rodziną było również monitorowanie jego działań przez terapeutów. W efekcie, pacjent zaczął rozmawiać ze swoją żoną na wszystkie tematy, w tym dotyczące pracy, przeżyć i innych aspektów jego życia. Pacjent zyskał potrzebę tworzenia więzi rodzinnych i społecznych, które wcześniej były mu obojętne. Wcześniej też nie radził sobie z wyrażaniem siebie, bo nie potrafił rozpoznać i nazywać tego, co mu dolega, w efekcie nie mógł tego konstruktywnie komunikować. Terapia opierała się na angażowaniu pacjenta w działania mające poprawić jego funkcjonowanie i rozwijanie pozytywnych doświadczeń. Interpersonalne relacje terapeutyczne wzmocniły jego siły ludzkie (używając kategorii Radlińskiej), dzięki temu zyskał on zdolność przekształcania i wzbogacania swoich doświadczeń. Terapeuta podkreślił, że bardzo ważnym aspektem pracy terapeutycznej nad relacjami, było odnalezienie w pacjencie predyspozycji do budowania zaufania zarówno w stosunku do innych ludzi, jak i do siebie oraz gotowości do poruszania zagadnień związanych z tworzeniem poczucia bezpieczeństwa, motywacji do pracy nad sobą, słuchania innych ludzi, stosowania zaleceń terapeutycznych oraz uczenia się sposobów zachowania trzeźwości. W budowaniu pozytywnej relacji terapeutycznej, pomocne było zwrócenie przez pacjenta uwagi na to, jak rozmawia z rodziną, w jakim stopniu jest świadomy siebie i czy ma wewnętrzną potrzebę pracy nad kontaktem z innymi ludźmi. W sytuacji pacjenta bardzo ważnym aspektem, było naprawienie zniszczonych relacji. Richard Wolters uważał, że w kwestii naprawy zaburzonych relacji ważne jest przebaczenie, które jest

aktem wolnej woli i wymaga odwagi. Jeśli ktoś nam bliski nas skrzywdził, mamy wybór: albo wybaczymy, albo zostaniemy zniszczeni przez żal i urazę, ponieważ przebaczenie prowadzi do uzdrowienia naszego życia¹²⁷.

Odcinanie się od niekorzystnych środowisk

Praca nad relacjami to nie tylko ich budowanie lub rekonstrukcja, ale również zawieszanie lub wręcz zrywanie. Szczególnie w przypadkach uzależnień warunkowanych wpływami środowiskowymi zyskuje to kluczowe znaczenie w procesie pokonywania uzależnienia.

Terapeutka spytała jednego z pacjentów, co mu pomaga w utrzymywaniu abstynencji, a on odpowiedział, że zerwanie kontaktu z kolegami, z którymi brał narkotyki i pił alkohol. Pacjent stosował zalecenia terapeutyczne, które dotyczyły zmiany środowiska, w którym się obracał, unikał też miejsc, w których dostępne są narkotyki i inne wyzwalacze. Dbanie o własne środowisko spowodowało, że pacjent zadbał o swoją rodzinę, żona ucieszyła się z decyzji swojego męża, który zaczął też odbudowywać relacje z dziećmi, chodząc grać w piłkę z synem i jeżdżąc na basen z córką. Terapeutka pochwaliła pacjenta za to, że potrafił stworzyć warunki we własnym środowisku, które sprzyjają zdrowym zachowaniom i otwierają nowe możliwości lepszego życia. Teraz pacjent już nie unosi się jak wcześniej, tylko słucha, co mają do powiedzenia jego dzieci i żona. Terapeutka stwierdziła, że przeszłe kontakty pacjenta były zaburzone i do końca nie zdawał on sobie z tego sprawy, kiedy pił i brał narkotyki z kolegami. Pacjent potwierdził, że jego wcześniejsze reakcje emocjonalne, były spowodowane jego wewnętrznymi przeżyciami i negatywnym nastawieniem do życia oraz nieudolnością w radzeniu sobie z napięciem w pracy i tłumieniem złości, co było przyczyną wylewania żali w domu i odreagowywania niepowodzeń na rodzinie. Praca terapeutyczna obejmuje etap pracy nad zmianą zachowań i sytuacji społecznych pacjenta, tj. wycofywanie się z sytuacji wysokiego ryzyka, naprawianie szkód i uczenie się umiejętności zapobiegających nawrotom¹²⁸.

W kilku analizowanych przypadkach, nawet chwilowy powrót do środowiska życia był ryzykowny w perspektywie procesu wychodzenia z nałogu, szczególnie jeżeli było ono wciąż zamieszkiwane przez osoby mające swój udział w nadużywaniu substancji psychoaktywnych. Środowisko w jakim żył kolejny pacjent, miało na niego negatywny wpływ i z tego powodu

¹²⁷ R. b. Adler, L. B. Rosenfeld, R. F. Proctor (2021) *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*, Wyd. Rebis, Poznań, s.312

¹²⁸ J. Mellibruda (1997) *Strategiczno-strukturalna terapia uzależnienia*, Czasopismo: Alkoholizm i Narkomania, nr: 3, 28

postanowił opuścić dom rodzinny, wyjechał do innego miasta i zamieszkał w hostelu dla osób uzależnionych. Pacjent dobrze wiedział, że gdyby nie wyjechał, to nadal brałby narkotyki i pił alkohol. Kiedy opuszczał swój rodzinny dom, był w bardzo złym stanie psychicznym, fizycznym, ekonomicznym i społecznym, praktycznie musiał wszystko zacząć od nowa, przez co zmiana jego życia i środowiska nie była łatwa. Po jakimś czasie, kiedy był z odwiedzinami u swojej rodziny, dowiedział się, że jego koledzy z którymi nadużywał alkoholu i zażywał narkotyki, mają duże kłopoty, a jeden z nich jest poważnie chory. Kiedy mijał miejsca i ludzi, z którymi brał substancje psychoaktywne, naszły go refleksje, że dobrze zrobił podejmując decyzje o wyjeździe i nie żałuje tego, ponieważ gdyby się zawahał, to nie wiadomo, co by się z nim działo. Z takim przekonaniem, pacjent spotkał byłych znajomych, powiedział im, że się leczy i już nie zażywa żadnych środków psychoaktywnych, nie tłumaczył się, tylko powiedział, że jest zajęty i uciął rozmowę. Terapeutka, dowiedziawszy się o tej sytuacji, oznajmiła, że również jego koledzy mają szansę, by zrobić coś dla siebie, tylko muszą znaleźć w sobie siłę, by się ratować. Zwróciła jednak również uwagę, że pacjent postąpił lekkomyślnie wchodząc w środowisko ludzi, z którymi wcześniej zażywał substancje psychoaktywne, ponieważ istniało ryzyko wywołania impulsu spróbowania, przywrócenia miłych wspomnień związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych, co mogło wywołać głód narkotykowy.

Wyjazd do innego miasta, w celu ograniczenia relacji z najbliższym kręgiem koleżeńskim, nie zawsze jest możliwy. Inny pacjent, który miał podobne problemy w środowisku swojego życia zdecydował się pozostać, mimo ryzyka powrotu do nałogu. Ojciec i matka pacjenta krytykowali go, za jego lekkomyślne postępowanie i za to jak się prowadził, ponieważ przeszkadzało to im, że ciągle tylko chodzi z kolegami, pije z nimi alkohol i bierze narkotyki. Po pewnym czasie, rodzice pacjenta zauważyli, że ich syn zaczyna się jednak zmieniać, poszedł na terapię, pracuje, przynosi jedzenie do domu i dokłada się do budżetu rodzinnego. Pacjent postanowił, że kiedy przejdzie cały program terapii, to wyjedzie za granicę, ponieważ tutaj nie zarabia tyle, ile by chciał, jednak póki to nie nastąpi, stara się żyć, jak najlepiej potrafi w swojej okolicy i pozytywnie patrzeć w przyszłość. W czasie uczestniczenia w terapii, pacjent patrzył z dystansem na negatywne wpływy środowiskowe, bo – jak zakomunikował – wyciągnął wnioski ze swojego postępowania i nie spotyka się już z kolegami, którymi brał narkotyki. Niestety pozostały jeszcze skutki jego przeszłych zachowań, ponieważ jest karany i ma kuratora. Jak twierdzi, wziął na siebie całą winę za włamanie do sklepu, choć dokonał tego z kolegami, jednak od nich nie usłyszał nawet słowa dziękuję. Prawdopodobnie to rozczarowanie dało mu siłę do odcięcia się od niewdzięcznego towarzystwa. Terapeutka zachęcała pacjenta, żeby zrobił bilans zysków i strat, przyjrzał się własnym szkodom, temu co

stracił i zepsuł oraz zastanowił się na tym, co może teraz dla siebie zrobić, aby polepszyć swoją sytuację.

Grupa terapeutyczna jako miejsce uczenia się relacji

Podstawowym środowiskiem uczenia się budowania relacji społecznych w przypadku terapii uzależnień, są same sesje terapeutyczne. W rozmowach z terapeutami uzależnień na temat relacji, często można usłyszeć, że relacja terapeutyczna jest podstawowym elementem w procesie terapeutycznym i od niej wiele zależy. Budowanie dobrej interakcji terapeutycznej jest zadaniem terapeuty, ale zależy również od gotowości i zaangażowania pacjenta. „Właściwa i dobra relacja między terapeutą, a pacjentem, jest kluczowym warunkiem niezbędnym do skutecznej terapii. Zachowanie się terapeuty i sposób w jaki oddziałuje na pacjenta, ma wpływ na powstanie związku terapeutycznego, natomiast wynik i efekt terapii w dużej mierze zależy od pacjenta, od jego motywacji, dojrzałości poznawczej i systemu wartości¹²⁹”.

W ramach grupy terapeutycznej, przytaczany powyżej pacjent poznał ludzi, którzy mają podobne do niego problemy, przy pomocy terapeuty, zaczął dostrzegać, jak ważna jest komunikacja w jego prywatnym i zawodowym życiu, a wskazówki, których się nauczył, może przenieść do środowiska swojego codziennego bytowania. Terapeutka oznajmiła, że terapia stwarza warunki dla pacjentów, a co z tym zrobią, to jest już ich sprawa. Terapeutka dodając wypowiedziała się też na temat grupy terapeutycznej, która jest naturalnym środowiskiem dla człowieka, która stwarza warunki dla pacjentów, aby uczyli się dostrzegać dla siebie korzyści, dla własnej trzeźwości i zdrowia psychicznego, co jest następstwem pozytywnych relacji z innymi ludźmi. Głównym problemem, z jakim borykają się pacjenci w relacjach z rodziną i bliskimi, jest to, że nie potrafią ze sobą rozmawiać, słuchać się nawzajem i budować między sobą relacji. Komunikacja społeczna, relacje międzyludzkie i interakcja, są to słowa o podobnych znaczeniach, używane przez uczestników terapii zamiennie, które jednak mają ważne znaczenie w naukach społecznych, szczególnie w praktycznym wymiarze pedagogiki, psychologii, a nawet socjologii. W pedagogice dodatkowo podkreśla się wzajemne oddziaływanie jednostek na siebie w wymiarze indywidualnym i grupowym¹³⁰.

Istotnym problemem, który dotyka pacjentów uzależnionych od substancji psychoaktywnych, są zaburzone relacje z bliskimi ludźmi, nieumiejętność budowania zdrowych relacji i nie odnajdowanie się w środowisku swojego zamieszkania. Na terapii pacjenci odnajdują potrzebę tworzenia więzi społecznych i angażowania się w różne działania,

¹²⁹ B. A. Długosz (2007) *Narkomania ucieczka donikąd*, Wyd. Świty Paweł, Częstochowa, s.86.

¹³⁰ M. Cichosz (2014) *Pedagogika społeczna, zarys problematyki*, Wyd. Impuls, Kraków, s.181.

które pomagają wyjść z nałogu. Ważną umiejętnością, u pacjentów zmagającym się z uzależnieniami, jest układanie sobie czasu w swoim środowisku zamieszkania i tworzenie warunków, które sprzyjają zdrowym zachowaniom. Tego typu inicjatywy podejmują pacjenci, biorący na poważnie proces terapeutyczny lub ci, którzy przerywali abstynencję i wracali na terapię. Działania te mają na celu poprawę społecznego funkcjonowania pacjenta i uruchomienie ich zdolności przekształcania własnych relacji interpersonalnych.

Właściwa relacja terapeutyczna to kluczowy element skutecznego procesu terapeutycznego, dlatego jej budowanie może przebiegać na różne sposoby. Według terapeutów, dobra relacja powinna składać się z następujących cech: świadomej potrzeby uczestnictwa pacjenta, zaufania, tożsamości terapeutycznej, poczucia bezpieczeństwa, umiejętności słuchania, w głównej mierze jednak zaangażowania w podjętą zmianę. Zachowanie terapeuty i sposób, w jaki oddziałuje na pacjenta, warunkuje powstanie związku terapeutycznego, który z kolei ma znaczący wpływ na wynik i efekt terapii, choć motywacja, dojrzałość poznawcza i system wartości pacjenta też mają swoje znaczenie¹³¹.

Uważność na innych

Człowiek postawiony w sytuacji granicznej często nie jest w stanie wyzwolić empatii i ujrzeć w swoim otoczeniu potrzeby innych. Problemy osobiste angażują całą jego uwagę, zapętlając się na własnych potrzebach, czy w przypadku uzależnień, poszukiwaniu substancji psychoaktywnych. Jak wynika z analizowanego materiału, taka koncentracja na sobie generuje kolejne problemy, bowiem już nienajlepsze relacje ze środowiskiem życia jeszcze bardziej się pogarszają.

Umiejętność dostrzegania innych jest zatem ważnym elementem pracy z grupą terapeutyczną. Podczas jednej z takich sesji, terapeutka przybliżyła zagadnienie budowania kontaktów interpersonalnych w kontekście uczenia się uważności na drugiego człowieka, praktykowania świadomości siebie w pełnieniu ról społecznych i rozwijania się w interakcji z innymi ludźmi. Podkreśliła ona również, że jest to bardzo ważne w życiu każdego człowieka, ponieważ większość naszego życia spędzamy w relacjach z innymi ludźmi, w domu, w pracy, czy idąc do sklepu. Terapeutka, kontynuując swój wywód, podzieliła się spostrzeżeniami, że te interakcyjne umiejętności zanikają, uważane są za mało ważne lub wręcz są pomijane z powodu rozwój nowoczesnych technologii komunikowania się. Zmienia się styl życia człowieka, rośnie indywidualizm oraz potrzeba wewnętrznej niezależności od innych ludzi, ale z drugiej strony,

¹³¹ B. A. Długosz (2007) *Narkomania ucieczka donikąd*, Wyd. Świty Paweł, Częstochowa, s.86.

również poczucie osamotnienia. Stąd, bardzo ważna jest umiejętność i uczenie się bycia w grupie i bycia z drugim człowiekiem, wtedy dopiero poznajemy i zaczynamy zrozumieć innych.

Ważnym problemem kolejnego pacjenta są zaburzone relacje z żoną, z tego powodu terapeutka zaproponowała mu, żeby zaczął mówić do swojej żony i dzieci proste komunikaty, np. zaczął pytać, co u nich słychać, zorganizował razem z rodziną czas, zaproponował spacer z dziećmi czy wyjście do restauracji lub kina żonie. Terapeutka spytała pacjenta, czy podejmuje takie starania. On jednak już dawno nie praktykował takich metod wzmacniania relacji. Po tej rozmowie stwierdził, że musi coś zmienić w swoim życiu i więcej czasu spędzać aktywnie z rodziną. Terapeutka zarekomendowała pacjentom, że bardzo ważnym elementem kontaktu z rodziną, jest wspólne spędzanie wolnego czasu, ponieważ to zbliża ludzi do siebie. *Wtedy nie musisz szukać innych zajęć i wrażeń w picciu alkoholu i z kolegami.*

Grupa terapeutyczna była dla pacjentów miejscem doświadczania własnych predyspozycji w kontaktach z drugim człowiekiem oraz omawiania przebiegu dotychczasowych relacji w środowisku ich życia. Doświadczenie współtworzenia grupy miało znaczenie dla wzrostu poczucia sprawstwa, prawdopodobnie również poza grupą terapeutyczną. Przekonanie o wpływie na zdarzenia jest silniejsze, jeśli jednostka posiada świadomość obecności osób, dla których ważne są podobne wartości i cele¹³².

Rozpatrując społeczny aspekt pracy terapeutycznej, analiza materiału wskazuje, że w pierwszej kolejności podejmowane są działania chroniące przed szkodliwym wpływem środowiska życia, aby pacjent nie powrócił do nałogu. Jednak człowiek potrzebuje kontaktów społecznych, a każdy z uczestników funkcjonuje lub funkcjonował w kilku środowiskach (rodzinnie, pracy, otoczeniu sąsiedzkim czy rówieśniczym) i nie wszystkie oddziaływały negatywnie. Uzależnienie powoduje destrukcję życia społecznego jednostki, które może być rozumiane, jako wewnętrzny stan ograniczenia i obniżenia zdolności do wykonywania codziennych obowiązków, poprzez silny przymus skupiania się na nałogu. Uzależnienie ma nie tylko intensywnie destrukcyjny wpływ na człowieka, ale również poważnie uszkadza jego więzi z innymi ludźmi, w szczególności tymi, którzy przez wiele lat byli wsparciem.

Osoby uzależnione od różnych substancji psychoaktywnych lub od czynności i zachowań, mogą funkcjonować na różnych poziomach życia społecznego, od bardzo wysokiego do bardzo niskiego. Problem pojawia się wtedy, kiedy nałóg staje się wewnętrznym

¹³² K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewskiego (red) (2010) *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część 2*. Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa s. 102, B. Poćwiardowska, Teoretyczne podstawy wspomagania rozwoju kompetencji wychowawczych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym, s.102.

przymusem tak trudnym do opanowania, że wyczerpuje siły wewnętrzne, odbiera energię życiową, powoduje niedomaganie organizmu. W takiej sytuacji relacje społeczne ulegają destrukcji i muszą być odbudowywane poprzez wzmacnianie i pomnażanie sił psychicznych oraz komunikacyjnych chorej jednostki podczas sesji psychoterapeutycznych. Same spotkania terapeutyczne są już okazją popracowania nad komunikacją, a nawet skonsultowania i przećwiczenia działań mających przywrócić więzi w naturalnych środowiskach pacjentów, które mają dla nich, ale i dla procesu zdrowienia, podstawowe znaczenie, takich jak rodzina, praca, odpoczynek¹³³.”

Warto na koniec zarysować jeszcze jeden wniosek z analizy strukturalnej. Porównując założenia terapii środowiskowej oraz pedagogiki społecznej można wskazać wiele podobieństw, zarówno na poziomie przesłanek teoretycznych, jak i postulowanych metod działania. Jednak obserwacja praktyki wskazuje na istotne różnice. Choćby postulowane przez współczesne nurty pedagogiki społecznej, włączanie wychowanków czy użytkowników usług, w procesy współtworzenia wiedzy i działania w empirycznie rekonstruowanych praktykach terapeutycznych, stanowią jedynie narrację opakowującą metodykę *terapeutycznych zaleceń*, która jednak opiera się na zdecydowanej przewadze władzy i wiedzy terapeuty. Uwidacznia się to już na poziomie języka, terapeuci preferują „pacjentów”, którzy kojarzą się z jednostkami całkowicie podporządkowanymi tajemnej wiedzy lekarza, do której nie mają dostępu. W pedagogice społecznej toczy się dyskusja, w jaki sposób dostosowywać nazwę podmiotu działania do upartycypacyjnianych metodyk¹³⁴, pisze się o użytkowniku usług, a w modelu partycypacyjnych badań-działań nawet o partnerze.

Wobec takich wniosków można jednak postawić co najmniej dwa zastrzeżenia. Po pierwsze, przedstawiany w rozprawie projekt nie obejmował rekonstrukcji pracy społeczno-wychowawczej, a być może również w ramach praktyki społeczno-pedagogicznej założenia są odmiennie realizowane w praktyce. Po drugie, wspomniana różnica może wynika ze specyfiki osób uczestniczących w terapii uzależnień. Są to przecież głównie jednostki, które nie potrafiły skutecznie kierować swoim życiem i podejmowały złe decyzje, w związku z czym nałóg odebrał im podmiotowość i sprawstwo. Dochodzenie do wyjściowego stanu wymaga okresu przejściowego, w którym nie są traktowani jako partnerzy w procesie leczenia, tylko raczej podopieczni lub pacjenci. Jednak na kolejnych etapach zakres ich sprawstwa rośnie, dochodząc finalnie do pełnej podmiotowości.

¹³³ P. Robson (1997) *Narkotyki*, Kraków, s.164.

¹³⁴ Granosik, Gulczyńska, Kostrzyńska, Littlechild (2018) *Here we are*, w: Granosik, Gulczyńska, Kostrzyńska, Littlechild, *Participatory Social Work*, Wyd. UŁ oraz Wyd. UJ, Łódź-Kraków.

3.3. Nowi pacjenci

Pacjenci po raz pierwszy rozpoczynający terapię, są postrzegani przez personel przychodni oraz innych uczestników leczenia jako niedoświadczeni, niedoinformowani, a niekiedy i nieporadni, pełnią również w grupie rolę początkujących. Zadaniem terapeuty jest wprowadzenie pacjenta w proces terapeutyczny, zapoznanie go z obowiązującymi zasadami oraz przedstawienie innym uczestnikom grupy. Jednak poza tymi formalnymi zadaniami, terapeuta musi poprowadzić nowego członka grupy przez swoisty rytuał przejścia, tak by miał on świadomość, że teraz jest już w innej rzeczywistości społecznej, która będzie od niego wymagała całkowitej zmiany.

Ogólnie to ujmując, nowicjusz na pierwszym spotkaniu opowiada o sobie, przedstawiając własne problemy i przyczyny trafienia na terapię. Poznawanie na czym polega proces terapeutyczny opiera się zwykle na obserwacji, słuchaniu psychoterapeutów i innych pacjentów, rozmowie oraz doświadczeniu budowanym poprzez uczestnictwo w działaniach grupy¹³⁵. Przyjęta jeszcze przed właściwym badaniem definicja uwrażliwiająca (sensitive concept) nowego pacjenta zakładała, że są to osoby, który przychodzi po raz pierwszy na terapię, tacy, którzy z różnych przyczyn trafiają po raz kolejny na terapię oraz tzw. nowi pacjenci prewencyjni, którzy przychodzą na terapię by uzyskać chwilowe wsparcie w trudnej dla siebie sytuacji życiowej.

Nowi pacjenci, w rozmowach z psychoterapeutami uzależnień, najczęściej poruszają temat sytuacji, w jakiej się znaleźli, trudności wynikających z codziennego funkcjonowania. Głównym problemem, który podejmują, jest doświadczanie przez nich uzależnienia, na co zwykle składają się również sposoby zaspokajania potrzeb, czynności i skłonności do substancji psychoaktywnych, natrętne zachowania, etc. Przedstawianie swojej historii zwykle ma na celu uzasadnienie obecności na terapii, w taki sposób, by nowy pacjent mógł zachować swoją twarz. Umożliwiają to dwa przeciwstawne dynamizmy kulturowe, z jednej strony jest to wstyd, który przypisany jest uczestnikom terapii uzależnień (a może i wszystkich konsultacji psychologicznych i psychiatrycznych), z drugiej strony, poczucie dumy i uznanie społeczne dla tych, którzy podjęli się walki z własnymi słabościami. Ludzie zgłaszający się albo kierowani na terapię podejmują ją najczęściej z powodu przeżywanego cierpienia. Mogą to być zaburzenia codziennego funkcjonowania, nieustępujące uczucie zmęczenia i braku sił do wykonywania

¹³⁵ O procesie interakcyjnego wyznaczania miejsca, nieoczywistych rolach i rytuałach nowego pracownika w zakładzie przemysłowym pisał Krzysztof Konecki (K. Konecki, 1985?, Trajektoria „nowego” w zakładzie przemysłowym...

podstawowych czynności domowych lub zawodowych i wiele innych problemów, ograniczających pełnienie zadań życiowych¹³⁶.

Gdy nowicjusze chcą dołączyć do grupy terapeutycznej, spotykają się z terapeutą i mówią, po co przyszli oraz na czym polega ich problem, czyli opowiadają historię własnego doświadczenia uzależnienia. Każdy nowy pacjent ma inne powody, dla których przychodzi na leczenie, ale bardzo często są to traumatyczne przeżycia, które stały się katalizatorem biograficznego punktu zwrotnego, czyli podjęcia decyzji o leczeniu. Zdarza się też, że przyczyną uczestnictwa w terapii jest presja ze strony bliskich, kuratorów czy pracowników socjalnych albo ograniczenia spowodowane nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Większość badanych przypadków, po rozmowach z psychoterapeutami uzależnień, dochodzi do wniosku, że chcą pozbyć się uciążliwego uzależnienia i zadbać o własne zdrowie. Przedstawiane przez pacjentów powody podjęcia terapii opierają się na tym, co oni sami uważają za najważniejszy swój problem, na tym wstępnym etapie, terapeuci zwykle nie tematyżują ich doświadczeń pytaniami. Z perspektywy terapeutów, zmianę wynikającą z podjęcia terapii, można zilustrować kontrastowo metaforą podróży. Jeśli psychoterapia jest podróżą, dokąd się udajemy? Donikąd. Cała prawda polega na tym, że właśnie przestajemy pędzić przed siebie. Przestajemy uciekać. Można spędzić całe życie uciekając od samego siebie, podążając za mrocznym przedmiotem pożądania zwanym uzdrowieniem, oświeceniem albo odnową. A przecież niczego nie musimy szukać i za niczym gonić, bo własne uczucia, gnębiący nas niepokój, kłamstwa, w które chcemy wierzyć lub prawdy, przed którymi usiłujemy uciec, wszystko to nosimy w sobie¹³⁷.

3.3.1. Pacjenci przychodzący po raz pierwszy na terapię

Pacjenci, mający po raz pierwszy do czynienia z pracą terapeutyczną i psychoterapeutą, charakteryzują się różnym stopniem motywacji do podjęcia terapii. Zatem od samego początku, bardzo ważna jest relacja terapeutyczna, dbałość o poczucie bezpieczeństwa pacjenta oraz pierwsze wrażenie. Z tych powodów, terapeuci obserwują, z kim pacjent przychodzi na pierwsze spotkanie, jaką ma motywację do podjęcia terapii i czy przyszedł z własnej woli, czy pod naciskiem rodziny lub jakiejś instytucji.

¹³⁶ J. Cz. Czabała, (2006) *Krótkie wykłady z psychologii. Czynniki leczące w psychoterapii*, Wyd. PWN, Warszawa, s.150.

¹³⁷ J. Frederickson (2019) *Kłamstwa którymi żyjemy. Jak zmierzyć się z prawdą, zaakceptować siebie i zmienić swoje życie*, Wyd. W drodze, Poznań, s. 18.

Użytki i koledzy

W jednym z obserwowanych przypadków, na wstępnym spotkaniu, terapeutka zapoznała pacjenta z tym, jak wygląda proces terapeutyczny w przychodni w pierwszym etapie terapii podstawowej i jakie zasady tam obowiązują. Terapeutka zapytała „nowicjusza”, co takiego skłoniło go do przyjścia na terapię, na co on odparł, że przyszedł się leczyć oraz poprawić relacje z rodziną, bo czuje, że traci kontakt z najbliższymi. Ponadto pacjent żalił się, że traci zdolności codziennego funkcjonowania, odczuwa zaburzenia w postrzeganiu świata, ma problemy w pełnieniu ważnych dla siebie ról życiowych (partnera życiowego, pracownika, syna i ojca) oraz ma trudności w relacjach z samym sobą. Zażywał on w dużych ilościach substancje psychoaktywne, najczęściej amfetaminę, marihuanę, mefedron i różne dopalacze, do tego pił często alkohol. Pacjent ponadto skarżył się na stan własnej kondycji psychicznej, zauważał własne niedyspozycje intelektualne, miał trudności z zapamiętywaniem oraz radzeniem sobie z napięciem emocjonalnym, którego przyczyną były ciągłe kłótnie z partnerką, która zarzucała pacjentowi, że nie spędza z nią oraz swoim dzieckiem czasu. Pacjent usprawiedliwiał się pracą, że przynosi partnerce pieniądze, jednak dużą ilość czasu spędzał w towarzystwie kolegów i szukając dostępu do substancji psychoaktywnych. Wskazał też trudności mieszkaniowe jako obiektywną przeszkodę wspólnego życia z partnerką i dzieckiem. Zarówno on jak i ona mieszkali ze swoimi rodzicami, nie mając możliwości przeniesienia się do jednego mieszkania. Kolejnym problemem były trudności w pracy, bowiem pacjent nie potrafił dogadać się ze swoim szefem zmiany, w efekcie czego, kiedy tylko mógł, wyjeżdżał na delegacje, co nie było na rękę jego partnerce.

Celem pacjenta było wspólne zamieszkanie z partnerką, jednak w ówczesnej sytuacji, nie było to możliwe, bowiem nie był on w stanie podjąć decyzji o wynajęciu mieszkania. Ostatnia rozmowa z partnerką zakończyła się poczuciem bycia niedopuszczonym do głosu oraz nerwowym opuszczeniem jej mieszkania. Powodem tego spięcia było niedotrzymanie przez pacjenta obietnicy wspólnego spaceru i rozmowy, o czym zapomniał. Pogarszały się też jego stosunki z rodzicami, z którymi mieszkał.

Terapeutka przedstawiła pacjentowi, co dla niego jest prawdopodobnie głównym problemem, jak słabość do substancji psychoaktywnych oraz uległość wobec namów kolegów destabilizuje jego rytm życia, uniemożliwiając skupienie się na ważnych sprawach, powodując niedotrzymywanie obietnic oraz postanowień utrzymania abstynencji. W ten sposób, po wstępnej analizie, uporządkowała chaotyczny obraz zagmatwanego życia pacjenta, by mógł on

skupić się na rdzeniu problemowej sytuacji¹³⁸, a nie jej skutkach. Sytuacja ukazuje też jeden z dylematów profesjonalnych – konieczność podejmowania decyzji w sytuacji niewystarczającej wiedzy¹³⁹. Choć takie szybkie diagnozy są ryzykowne, to jednak muszą być podejmowane, by pacjent wiedział, co ma robić i tym samym włączył się aktywnie w proces terapeutyczny.

Praca

Nie zawsze substancje psychoaktywne są przez terapeutów priorytetyzowane, zdarza się, że poszukują głębszych albo mniej oczywistych przyczyn problemów życiowych nowych pacjentów. Proces dokopywania się do kolejnych warstw doświadczeń pacjentów wymaga jednak czasu. Zatem mimo przygotowania do psychoanalitycznego rozkładania dzieciństwa na czynniki pierwsze, terapeuci podczas pierwszych sesji zwykle zatrzymują się na tym poziomie, na którym można skonstruować dla pacjenta taki plan działania, który on sam będzie w stanie podjąć. Chodzi też o to, żeby go nie zniechęcić zbyt wysublimowaną interpretacją oraz co może najważniejsze, nie ryzykować nadmiernie popełnieniem błędu, tym bardziej prawdopodobnego im mniejsza wiedza o pacjencie oraz im bardziej rozbudowana interpretacja. Zatem analityczna praca nad hierarchizacją problemów zwykle jest wspierana działaniami argumentacyjnymi, mającymi przekonać pacjenta oraz zmotywować go do działania w wyznaczonym kierunku.

Kolejny pacjent, który przechodził terapię odwykową w prywatnym ośrodku leczenia uzależnień, był po raz pierwszy na spotkaniu grupy terapeutycznej. Psychoterapeutka poprosiła go, by opowiedział kilka słów o sobie, przedstawił swoją historię popadania w uzależnienie oraz jego skutki. Zażywanie substancji psychoaktywnych doprowadziło pacjenta do zachwiania jego stanu psychospołecznego, przyczyniając się do pogorszenia sprawności fizycznej, obniżenia jakości wykonywania codziennych czynności oraz zaburzeń w relacjach ze światem zewnętrznym. Nieumiejętność poradzenia sobie z silną potrzebą zażywania substancji psychoaktywnych, które osłabiały kondycję fizyczną i psychiczną pacjenta do tego stopnia, że nie był on w stanie pracować, doprowadziła go do decyzji o leczeniu odwykowym. Pacjent prowadził zagranicą dużą firmę budowlaną, odpowiada niemal za wszystko: szuka i przyjmuje

¹³⁸ Kategoria „problemu rdzeniowego” jako głównej osi pracy socjalnej była podejmowana przez Gerharda Riemanna. Ukazał on jak wokół tej kategorii ogniskowane są dyskusje profesjonalne, podczas których praktycy wspólnie omawiają przypadki swoich klientów (G. Riemann, 2000, *Die Arbeit in der sozialpädagogischen Familienberatung. Interaktionsprozesse in einem Handlungsfeld der sozialen Arbeit*, Juventa, Weinheim und München, s.122-123, za: M. Granosik, 2013, *Praca socjalna – analiza instytucjonalna z perspektywy konwersacyjnej*, Wyd. UŁ, s.227).

¹³⁹ Chodzi tu o koncepcję paradoksów profesjonalnego działania Fritza Schutzego (F. Schütze, 1994, *Strukturen des professionellen Handelns, biographische Betroffenheit und Supervision*. „Supervision”, tom 26, s. 16–23, za M.Granosik, 2016, *Od profesjonalnej nadziei do procedur: dyskursywna instytucjonalizacja polskiej pracy socjalnej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 35(4), s.45.)

zlecenia, przekazuje skończone budowy zleceniodawcom i wypłaca pensje pracownikom. Przez uzależnienie odeszła od niego żona i od czterech lat był sam. Mimo iż poznał inną kobietę, to jednak nie była ona zainteresowana związkiem z nim, kiedy zobaczyła, jaki tryb życia prowadzi. Pacjent był świadomy, że zdiagnozowane wcześniej uzależnienie komplikuje jego życie, ogranicza go w działaniach i uniemożliwia odbudowanie tego, co utracił. Terapeutka zapytała, jak się zachowywał w relacjach z żoną, i co było powodem, że odeszła od niego. Problemem pacjenta, kiedy pił, była agresja, stawał się kłótlivy, dominujący i bezkompromisowy. Żona często miała pacjentowi za złe to, że nigdy nie konsultował z nią ważnych decyzji, nie pytał o jej zdanie, uważał, że to on ma decydujący głos, bo przynosi pieniądze. Psychoterapeutka stwierdziła, że pacjent niczym innym nie żyje, tylko pracą, która stała się ucieczką od rzeczywistości, a jego problemem jest pracoholizm oraz obsesja zarabiania pieniędzy. Natomiast jak już zarobione pieniądze nie dają pacjentowi satysfakcji do życia, to ucieka w imprezy, narkotyki i mocne trunki. Pacjent żył w takim przekonaniu wewnętrznym, że zarabianie pieniędzy jest priorytetowe w jego życiu, ponieważ egzystował w takim towarzystwie, gdzie głównym wyznacznikiem wartości człowieka, było posiadanie dóbr materialnych i pieniędzy, a do tego zawsze uparcie dążył do zarabiania, jak największej ilości pieniędzy. Psychoterapeutka zapytała pacjenta, czy jest coś innego niż zarabianie pieniędzy, co daje mu satysfakcję, dowartościowanie czy motywację do życia. Pacjent stwierdził, że nie było czegoś innego tak ważnego, jak zarabianie pieniędzy i zawsze był na nich skupiony, które służyły mu po to, aby udowodnić sobie i innym ludziom, że może mieć wszystko i to, co tylko będzie chciał, a swoją wartość często mierzył pieniędzmi, które posiadał na koncie. Terapeutka podsumowała, że problemem pacjenta był pracoholizm i wyczerpanie przez pracę, a narkotyki jedynie uwidoczniły te zaburzenia. Samoakceptacja i uznanie społeczne były budowane przez pacjenta na bazie jego zasobów materialnych. Terapeutka zaproponowała, że wspólnie z pacjentem opracują plan działania podczas terapii indywidualnej. Opracowywanie planu pomocy to konieczny, ale jedynie wstępny etap działalności pomocowej¹⁴⁰.

Wysoko funkcjonujące osoby uzależnione

W analizowanym materiale, zdarzało się wielokrotnie, że życie pacjenta w całości było skomplikowanym systemem motywatorów i uzasadnień nadużywania substancji psychoaktywnych. W takich przypadkach trudno znaleźć problemy rdzeniowe na pierwszych

¹⁴⁰ M. Granosik (2006) *Profesjonalny wymiar pracy socjalnej*, Wyd. Naukowe Śląsk, Katowice, s.107.

spotkaniach. Taka sytuacja jest jeszcze trudniejsza, gdy dotyczy osób wysoko funkcjonujących, czyli uchodzących za ludzi sukcesu, wzbudzających poziomem swojego życia zazdrość innych.

Jedną z ważniejszych trudności rozpoczynania pracy z takimi przypadkami jest skłonność i często niezwykła biegłość w ukrywaniu problemów. Osoby na stanowiskach, które osiągnęły sukces życiowy, przez wiele lat uczą się ukrywać uzależnienia, bowiem ich ujawnienie zagrażałoby ich karierze. W koncepcji piętna Ervinga Goffmana¹⁴¹, takie działania nazywane są polityką tożsamości społecznej, a więc ukrywaniem stygmy przed otoczeniem społecznym lub zasłanianiem większej mniejszą (np. tłumaczenie efektów nadużywania alkoholu zmęczeniem, spowodowanym przepracowaniem). Połączenie inklinacji do ukrywania lub koloryzowania problemów z inteligencją, umiejętnościami oraz doświadczeniem w uchodzeniu za kogoś innego stanowi poważne wyzwanie na początku procesu terapeutycznego. Z jednej strony wymaga szybkiego zorientowania się w sytuacji i zdarcia maski, uniemożliwiającej dotarcie do istoty problemu, z drugiej, musi być to zrobione tak, by nie urazić i nie zniechęcić pacjenta już na początku pracy terapeutycznej. W uzależnieniu zjawisko to nazywa się utratą kontroli nad przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, co wiąże się z upośledzeniem zdolności kontrolowania spożycia alkoholu lub zażywania narkotyków¹⁴².

Ilustracją tego typu pracy inicjującej może być przypadek wysoko funkcjonującego pacjenta, dla którego uzależnienie stało się uciążliwą przeszkodą w dalszym podtrzymywaniu obrazu jego udanego życia, i który z tego powodu postanowił coś z tym zrobić i pojawił się na terapii. Już na samym początku, terapeutka zapytała go, co tak eleganckiego człowieka sprowadza na terapię. Pacjent przedstawiając się na grupie terapeutycznej, opowiedział o swoim życiu zawodowym, że żyje na wysokich obrotach, ma dobrze płatną pracę, która związana jest, ze spotkaniami towarzyskimi, dużo podróżuje, co w efekcie stwarzało wiele sytuacji wspierających nałogowe zachowania. Pacjent miał wewnętrzną potrzebę, aby zatrzymać się i zastanowić nad własnym życiem. Nie chciał już dłużej żyć w chaosie i podejmować działania, które sprawiają, że jest w tak kiepskim stanie psychicznym i fizycznym. Terapeutka poprosiła o wyjaśnienie, co powoduje, że jest w tak złej kondycji. Pacjent opowiedział o swoim złożonym problemie uzależnienia, o picciu alkoholu w czasie spotkań biznesowych i poza nimi, o braniu narkotyków (kokainy i marihuany), a do tego o traceniu pieniędzy, ostatnio sporych kwot, na automatach. Terapeutka skomentowała wypowiedz pacjenta, kierując swoje słowa do grupy. *Widzicie zadbany facet, wygląd klasa, kto [...] by się*

¹⁴¹ E. Goffman (2007) *Stygma, o zarządzaniu uszkodzoną tożsamością*, ...

¹⁴² Klasyfikacjami zaburzeń psychicznych na temat utraty kontroli (cytat z kryteriów uzależnienia od alkoholu): diagnoza z ICD-10.

po nim spodziewał, że ma takie problemy, wysoka pozycja społeczna, zawodowa i materialna, a tu pojawia się uzależnienie, zaburzenie mózgu wymagające specjalistycznego leczenia, związane z zaspokojeniem silnych potrzeb.

Pacjent opowiedział, że nie kontroluje już tego co robi, pojawia się impuls, i idzie w to, a po tym zostaje w kiepskim nastoju, przechodził nieprzyjemne stany psychiczne i czuje do siebie złość, że doprowadza się do takiego stanu, który niszczy go materialnie, psychicznie i fizycznie. Mimo tego wewnętrznego wyniszczenia, przed innymi udaje, że nic się nie stało. Terapeutka odniosła się do tego, co powiedział pacjent, wskazała, że ma on wciąż przekonanie o możliwości kontrolowania swoich nałogowych zachowań, bo dostarczają mu one poczucia własnej wartości, może pokazywać innym, ile jest wart. Pacjent przyznał terapeutce rację, stwierdził, że niemal czytała w jego myślach, bo dobra autoprezentacja jest dla niego ważna. Nauczył się grać na scenie społecznej, umie udawać przed innymi, że ma udane życie, ale jest to, tylko dobry kamuflaż, fikcyjny obraz jego osobowości, przysłaniający jego słabości, których nie chce pokazywać, bo to by było niekorzystne dla jego kariery. Zasadniczą cechą uzależnień jest utrata kontroli nad zachowaniami popędowymi, co prowadzi do kompulsyjnego poszukiwania kontaktu z substancją uzależniającą (drug seeking) i jej używania (drug taking)¹⁴³.

3.3.2. Nowi uczestnicy trafiający na terapię po raz kolejny

Radzenie sobie z uzależnieniami nie jest kwestią prostą, stąd grupa pacjentów, którzy po raz kolejny podejmują psychoterapię uzależnień jest bardzo liczna. Są to pacjenci mający już pewne obycie z procesem terapeutycznym, znający słownictwo, obszary pracy terapeutycznej, a nawet niekiedy biegle poruszający się w trudniejszych zagadnieniach psychoterapii uzależnień. W tej grupie są tacy, którzy przeszli lub skończyli terapię i ponownie wrócili do nałogowych zachowań oraz tacy, którzy przewali terapię i wracają na nią powtórnie. Zachowania, które mogą prowadzić do niepowodzeń lub nawrotów, obejmują nie zrównoważony styl życia, zachowania nieadaptacyjne, takie jak okazjonalne używanie narkotyków i alkoholu oraz nieradzenie sobie z nieoczekiwanymi scenariuszami pisanymi przez życie i sytuacje wysokiego ryzyka¹⁴⁴.

¹⁴³ W. Kostowski, (2005) Uzależnienia: podstawowe pojęcia i teorie, Wyd. Via Medica Psychiatria, tom 2, nr 2, 61–76, artykuł redakcyjny, Warszawa, s.61.

¹⁴⁴ T. P. Oei, N. Raylu (2016) *Program terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu hazardu problemowego*, Podręcznik terapeuty, Wyd. KBds.PN, Warszawa, s. 176

Samo przedstawianie się na terapii grupowej przez pacjentów, niezależnie czy pacjent jest po raz pierwszy czy powraca, ma formę interakcji i dialogu z psychoterapeutą oraz innymi uczestnikami. Jednak w przypadku pacjentów powracających, mniej pytań dotyczy ich problemów (bo te często były już rozpoznane wcześniej) a więcej oczekiwań wobec terapii (bo wcześniej nie zakończyła się ona powodzeniem).

Powrót w lepszym momencie życia

Skuteczność terapii, poza wieloma innymi czynnikami, zależy od właściwego momentu jej rozpoczęcia. Chodzi tu z jednej strony o moment biograficzny, czyli właściwą świadomość i determinację pacjenta, ale również fazę rozwoju uzależnienia. Oczywiście poza tymi okolicznościami musi pojawić się jakiś motywator wewnętrzny lub zewnętrzny. W bardziej zaawansowanych stadiach uzależnienia te motywy są częściej zewnętrzne, niekiedy nawet w postaci ultimatum. Ilustruje to następujący przypadek.

Pacjent trafił na terapię z powodu nieformalnego ultimatum, które postawiły mu szefowa i żona. Kluczowe znaczenie miała tu wizyta szefowej pacjenta w jego domu, która wspólnie z żoną postawiła mu warunek, że albo się leczy, albo traci pracę, żonę i dzieci. Na pierwsze spotkanie do Poradni Leczenia Uzależnień, pacjent doprowadzony został przez żonę, a kierownik placówki przeprowadził z nim wstępną rozmowę oraz wprowadził do grupy. Pacjent przedstawił się jako człowiek, który utracił kontrolę nad piciem alkoholu, czego skutkiem były nieporozumienia i kłótnie z żoną i rodzicami oraz niedotrzymywanie danego słowa żonie. Pacjent przedstawił swoją historię picia. Zaczął pić alkohol w wieku 16 lat, a pierwsze problemy pojawiły się u niego w wieku 24 lat, kiedy zapijał stres, niepokoje i stany napięcia. W tej sytuacji terapeuta zaczął podążać za pacjentem stosując metodę odzwierciedlania słów, by uzewnętrznić jego wewnętrzne problemy:

Terapeuta: *W jakich sytuacjach zaczynasz pić alkohol?*

Pacjent: *W sytuacji stresu, przygnębienia, zmęczenia, niepokoju, rozdrażnienia, apatii i zubożenia, typowych objawów dla depresji, które przechodzę.*

Problemem pacjenta były jego stany depresyjne. Pacjent uwewnętrzniał swoje poczucie krzywdy, którego powodem było złe traktowanie go w pracy. Chciał nabrać pewności siebie oraz nauczyć się mówić wprost w sytuacjach niesprawiedliwego traktowania go w pracy przez współpracowników, jednak szukając sposobów poprawienia swojego samopoczucia znalazł alkohol. Poprzez upijanie się pacjent chciał polepszyć sobie nastrój i poprawić samopoczucie, w stanie odurzenia alkoholem oglądał komedie, aby doświadczać radości. Ważnym czynnikiem mówiącym o problemowym piciu pacjenta, było przeznaczanie dużej ilości pieniędzy i

wszystkich swoich oszczędności na zakup alkoholu oraz zaniedbywanie obowiązków rodzinnych. Wynoszenie cennych rzeczy wzbudziło niepokój u jego żony, ponieważ pacjent był głównym żywicielem rodziny. Miał poczucie winy w stosunku do własnych dzieci i żony, którzy martwili się o niego, a dla których nie miał czasu, kiedy pił w dużych ilościach i późno wracał z pracy w stanie upojenia. Pacjent czuł się zmęczony, narzekał na brak wolnego czasu, a w domu i pracy odczuwał dyskomfort. Miał przekonanie, że nikt go nie rozumie, nie ma się komu wygadać o swoich problemach, co wywoływało w nim smutek i potrzebę zażywania leków antydepresyjnych. W tej sytuacji, leczenie zaczął szybko postrzegać jako własną potrzebę, formę wypoczynku, zbierania myśli i układania sobie własnych spraw. Na terapii chciał sobie dać wolny czas od obowiązków.

Terapeuta: *Czym dla Ciebie jest terapia?*

Pacjent: *Wiem, dla mnie jest to czas, w którym czuje się bezpiecznie i odpoczne od swoich obowiązków, jest to czas dla mnie, czas na przemyślenia, gdzie uświadomię sobie jakie popełniam błędy i ułożę sobie plan na przyszłość.*

Można ocenić, że odkrył terapię na nowo, dzięki oddziaływaniom środowiska (memorandum żony i przełożonej), co wpisuje się w tradycyjne założenia pedagogiki społecznej¹⁴⁵. Sam prawdopodobnie by się na nią nie zdecydował, bo jego dwa poprzednie doświadczenia były negatywne. Pierwsza psychoterapia miała charakter łączony terapii indywidualnej z grupową i została przerwana z powodu własnego zaniedbania pacjenta. Druga z kolei była tylko indywidualna, a powodem jej przerwania było niezadowolenie i zastrzeżenia do prowadzącego psychoterapeuty, który w ocenie pacjenta był mało skuteczny. Podjęcie trzeciej terapii wynikało bezpośrednio z przymusu zewnętrznego, ale pacjent uległ przymusowi środowiska, jednak nie wytrzymałby na terapii, gdyby nie zrozumiał w jak zaawansowanym stadium choroby się znajduje i jak dużo może stracić (pracę, żonę i dzieci). Samo wstępne postępowanie terapeutyczne nie różniło się od spotkań z pacjentami, którzy są na terapii po raz pierwszy, jednak na skutek wcześniejszych terapii, łatwiej było ustalić, co jest rdzeniowym problemem. Psychoterapeuta, w informacji zwrotnej, wyjaśnił problem z jakim się pacjent boryka, jest to brak umiejętności stawiania granic, niezaradność w wyrażaniu własnych potrzeb i upominania się o swoje. Postawę pacjenta wobec pojawiających się trudności przedstawił jako bierną (wycofaną), a wykonywanie przez niego pracy za innych, psychoterapeuta nazwał wykorzystywaniem. Rozwiązaniem tego problemu może być

¹⁴⁵ Pedagogika społeczna, opierając się na badaniach empirycznych, a więc na empirii, analizuje wpływy wychowawcze, których źródłem jest środowisko oraz ustala zasady organizowania środowiska z punktu widzenia potrzeb wychowania (R. Wroczyński, 1966, *Pedagogika społeczna*, PWN, Warszawa, s. 46).

zapoznanie pacjenta z zachowaniami asertywnymi jako zespołem kompetencji społecznych i zachowań interpersonalnych, które bezpośrednio wyrażają uczucia, postawy, życzenia, opinie i prawa danej osoby¹⁴⁶.

Oczywiście nie zawsze ultimatum motywuje osoby z uzależnieniami do podjęcia kolejnej próby. Zdarza się nierzadko, że sam pacjent mimo kilku nieudanych terapii w końcu dojrzewa do decyzji o poważnym zaangażowaniu się w leczenie, zwykle wtedy, kiedy zaczyna czuć, że traci to, co dla niego najważniejsze i pojawia się poczucie winy oraz odpowiedzialności za wyrządzone krzywdy. Takie sytuacje są, z perspektywy terapeutów korzystne, bowiem pacjent jest zmotywowany wewnętrznie i ma doświadczenia, na których może się uczyć. Ilustruje to kolejny przypadek:

Terapeutka przedstawiła nowego uczestnika na grupie i poprosiła go, by powiedział kilka słów o sobie. Nowy pacjent zaczął od przedstawienia historii swojego uzależnienia. Piętnaście lat brał narkotyki, a od pięciu zaczął odczuwać skutki ich brania. Od tego czasu próbuje coś z tym robić, jednak bez skutku, bo ciągle wraca do nałogu.

Pacjent zaraz po ślubie podejmował próby leczenia na oddziale zamkniętym w szpitalu, jednak to mu nie pomogło, terapia była nieskuteczna, bo nie podszedł do niej poważnie. Pacjent mówił, że już nie daje rady sam ze sobą i nie potrafi żyć bez narkotyków, przez ostatnie półtora miesiąca zażywał je dzień w dzień. *Jak jestem na zaciągu, to znowu nie mogę się wyspać, nie śpię po nocach, myślę cały czas o braniu, aż mi głowa pęka.* Pacjent ma żonę i dziecko, których – jak mówi – kocha i z tego powodu musi się wziąć za siebie. Żona pacjenta obawia się o jego zdrowie i życie, pacjent też nie chce stracić żony i dziecka, z którymi mieszkają razem. Problemem pacjenta jest wpadanie w ciągi, nad którymi nie jest w stanie zapanować. Wcześniej myślał, że będzie w stanie przestać brać środki psychoaktywne, ale nawet kiedy przestaje na kilka dni, to po czasie znowu wraca. Jednak to nie jest jedyny problem pacjenta, bo w sytuacji, kiedy nie bierze, to staje się agresywny. Z tego powodu nie może się z nikim dogadać, a jak przychodzi zmęczony po pracy do domu, to ciągle czuje napięcie, ma zły humor, co w efekcie prowadzi do kłótni pomiędzy nim a jego żoną. Pacjent zdaje sobie sprawę, że już dużo wyrządził złego swojej rodzinie i w pracy też ma nieciekawą sytuację, bo został przyłapany, kiedy na przerwie palił z kolegą marihuanę. Najbardziej obawia się tego, że przekroczy granicę i wszystko straci. Terapeutka zapytała, co musiałby zrobić, żeby odwrócić to wszystko i zacząć układać swoje życie. *Muszę uciąć to wszystko, bo nie mam nad tym kontroli, wiem, że utraciłem kontrolę nad własnym życiem.* Pacjent wykazał gotowość do chodzenia na terapię, chce nauczyć

¹⁴⁶M. Król-Fijewska (2023) *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*, Wyd. Bookolika, Warszawa, s.48.

radzić sobie z głodami jakie odczuwa, planować swoje życie, ale co najważniejsze, chce się zaangażować na serio, w odróżnieniu od wcześniejszych prób leczenia. Pacjent podjął już pierwsze kroki w procesie wychodzenia z nałogu, zgłosił się na terapię, odczuwa potrzebę zmiany stylu życia i przyszło mu do głowy, że powinien coś zrobić z nałogiem, który staje się dla niego coraz bardziej uciążliwy. Zalecenia w terapii uzależnień nie ograniczają się jednak do myślenia o zmianie stylu życia i nieuczęszczaniu do miejsc i środowisk, gdzie zażywanie substancji psychoaktywnych jest dozwolone, jest to dopiero początek drogi do trzeźwości, którą można traktować raczej jako profilaktykę. Jedną z podstawowych potrzeb człowieka jest wolność od presji. Oznacza to, że im bardziej zmiana stylu życia pacjenta jest jego własnym pomysłem i pochodzi z wnętrza, tym bardziej prawdopodobne jest, że będzie on konsekwentny w tej zmianie¹⁴⁷. Obserwacja procesu terapeutycznego pacjentów wykazała, że osoby, które ukończyły pogłębioną terapię, uważały za ważne branie odpowiedzialności za swoje czyny, twierdziły, że trzeźwieją dla siebie, odczuwały satysfakcję i motywację do pracy nad swoimi myślami i umysłem, dbały o swoje relacje i trzeźwość tu i teraz, bo każdy dzień jest ważny.

Trauma nieudanych prób

Wielokrotne doświadczenie terapii może być samo w sobie dodatkową traumą. Szczególnie jeżeli uczestnik się zaangażuje a mimo to nie osiągnie spodziewanych rezultatów i powróci do nałogu. W takich przypadkach nie tylko trudniej jest namówić pacjenta do ponownej próby, ponownego zaufania terapeutycie, ale dodatkowo proces terapeutyczny będzie bardziej skomplikowany z powodu braku wiary w jego powodzenie u samego pacjenta. Do tego dochodzą jeszcze próby wyjścia z nałogu na własną rękę, które rzadko kończą się sukcesem, ale które pozostawiają poczucie rozgoryczenia, beznadziei i rozczarowania samym sobą. Ten wariant przebiegu początku terapii można zilustrować kolejnym przykładem:

Pacjent ma obawy o stratę rodziny, odczuwa wewnętrzny niepokój oraz ma za sobą nieudane próby odstawienia substancji psychoaktywnych. Z jego perspektywy, zażywanie środków psychoaktywnych wpłynęło negatywnie na jego życie, było uciążliwe dla jego zdrowia psychicznego, relacji rodzinnych i funkcjonowania społecznego, ponieważ osobiście doświadczał straty, zarówno w aspekcie społecznym jak i psychicznym (wewnętrznym). Głównym powodem ogromnego bólu psychicznego i zniechęcenia do życia były nieudane próby pozbycia się nałogowych zachowań, do których wielokrotnie wracał. Pacjent zrelacjonował swoją historię zażywania narkotyków i picia alkoholu, która trwała już ponad

¹⁴⁷ Z. Kowalski (2015) *Komunikacja z pacjentem*, Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań, Podręcznik dla lekarzy i studentów kierunków medycznych (red) Z. Gaciong, P. Kardas, Wyd. NFP, Warszawa, s. 219

dziesięć lat, choć od pięciu lat próbował odstawić substancje psychoaktywne, które stały się bardzo uciążliwe w jego życiu. Pacjent zaczął brać w wieku dwudziestu lat, od kilku lat jest już świadomy, że ma problem z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (amfetaminy i marihuany, ewentualnie dopalaczy), bo jak nie ma do nich dostępu popada w przechodzi dziwne stany psychiczne i jest rozdrażniony. Terapeuta poprosił pacjenta, aby opisał te stany i zaburzenia spowodowane zażywaniem substancji psychoaktywnych, na co pacjent odpowiedział, że się czuł „*jakby oszalał*”, miał bełład nóg, nie mógł się ruszyć z miejsca i nie wiedział, co się z nim dzieje, poczuł zamęt w głowie, zmieszanie i wystraszył się tego stanu.

Była to reakcja organizmu pacjenta na zażycie tylko tzw. „dopalaczy”. Pacjent odczuwał wewnętrzny niepokój, który przeszkadzał mu w pracy, kontaktach rodzinnych i w codziennym funkcjonowaniu. W narkotykach szukał ucieczki od rzeczywistości, ukojenia bólu psychicznego, złagodzenia stresu oraz wewnętrznego napięcia, lecz doświadczał tylko chwilowego relaksu. W konsekwencji, chodził często śpiący, zniechęcony do życia, zdenerwowany, miał też brak motywacji do działania¹⁴⁸.

Podjęmowane kilkakrotnie próby odstawienia okazały się nieskuteczne, również z powodu jego podejścia do leczenia, bo kiedy był na zamkniętej terapii w Oddziale Leczenia Uzależnień, to pobyt tam traktował jak w ośrodku wypoczynkowym. Głównym powodem podjęcia kolejnego leczenia były obawy, że pewnego dnia może obudzić się i stracić wszystko, to co miał: żonę i rodzinę. Nie ma też już siły ukrywać uzależnienia przed najbliższymi, wymyślać kolejnych kłamstw, bo żona i rodzice i tak mu nie wierzą w kolejne deklaracje, że już nie bierze narkotyków. Tym bardziej, że żona pacjenta coraz częściej jest zaniepokojona jego prowadzeniem się i swoje niezadowolenie wyraża poprzez kłótnie i negatywne nastroje. Wcześniej pacjent brał narkotyki ze swoją żoną, którą sam w to wciągnął, miało to miejsce przed ślubem. Okresem zwrotnym w myśleniu pacjenta, jak i jego żony, było zawarcie przez nich związku małżeńskiego, wtedy została podjęta decyzja na temat zaprzestania brania narkotyków i picia alkoholu przez pacjenta i jego małżonkę. Kobieta wywiązała się ze wspólnego postanowienia, nie bierze narkotyków i jest po psychoterapii. Pacjent podjął terapię, próbował zrobić sobie przerwę od brania narkotyków i picia alkoholu, ale nie wytrzymał wewnętrznej presji spowodowanej pociąganiem i silną potrzebą doświadczenia stanu odurzenia. Kiedy nie miał dostępu do narkotyków, dużo czasu poświęcał na ich zdobycie. Przez branie narkotyków pacjenta nie ma w domu czasem kilka godzin a czasem jeszcze całą noc, przez co musiał kłamać, dlaczego tyle czasu go nie było. Pacjent traktował zażywanie narkotyków jako ucieczkę od codzienności, zawsze lubił wewnętrzne przeżycia i relaks w miejscach, gdzie mógł

¹⁴⁸ S. Borkowska (1985) *System motywowania w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa, s. 9.

w spokoju zażyć narkotyki. Lubił towarzystwo, w którym mógł wyjść i porozmawiać z kimś, a narkotyki traktował jako okazję do refleksji i dyskusji na różne interesujące tematy. Wcześniej towarzyską pacjentą, z którą mógł zaspokajać swoje fantazje narkotykowe, była jego żona, którą wciągnął w narkotyki i z którą lubił rozmawiać. Człowiek od zawsze miał potrzebę oderwania się, choćby na chwilę, od codzienności i tęsknotę za tajemniczymi doświadczeniami. Dla ludzi substancje psychoaktywne były potrzebą zaznania chwilowego zapomnienia i iluzorycznego szczęścia¹⁴⁹.

„Eksperci przez doświadczenie”

Pacjenci, którzy wcześniej uczestniczyli w terapii dużo o niej wiedzą, a niekiedy nawet czują się ekspertami przez doświadczenie. Taka postawa znacząco komplikuje początkowy etap nowej terapii, bowiem konieczna jest negocjacja diagnoz, sposobów prowadzenia terapii i jej częstotliwości. Na szczęście, psychoterapeuci też niekiedy mają doświadczenia uzależnienia, więc mogą do tych negocjacji podchodzić jak „równy z równym”, nie obawiając się etykiety „teoretyka”. Z drugiej strony, wcześniejsze doświadczenia uczestników mogą wzbogacić sesję terapeutyczną oraz być elementem kontrolnym, bowiem taki pacjent wie, czego można od terapii oczekiwać, w związku z czym jest bardziej krytyczny.

W jednym z przypadków, pacjent był przekonany, że picie i zażywanie narkotyków to wymóg jego pracy, ponieważ prowadząc interesy musi się napić z klientem, bo wtedy łatwiej idzie rozmowa. Bronił swoich racji, idąc na konfrontację z terapeutą. Ten z kolei określił to zachowanie jako silnie uruchomione mechanizmy obronne, służące wyparci problemu uzależnienia. Pacjent chciał ograniczyć picie, a nie przestać pić, ponieważ taki sposób na życie jaki prowadzi ułatwiał mu zarabianie pieniędzy. Terapeuta próbował uświadomić mu, że terapia prowadzi do stabilizacji własnego życia, a na chwilę obecną jest on zupełnie rozbity przez nałogowe zachowania. Pacjent czuł się za wszystko osobiście odpowiedzialny, bo nikt nie pokieruje jego firmą tak jak on. Z drugiej strony, pacjent czuł wewnętrzne osamotnienie, pustkę, niezadowolenie z siebie, że pije alkohol w reakcji na stres i napięcie, których doświadcza w swoim życiu.

W swoim oświadczeniu pacjent cofnął się do swoich młodzięcych lat i opowiedział, jak często pił z przyjaciółmi w wolnym czasie. Jak najważniejszym zajęciem w jego życiu stawała się praca, nastawiona na zarabianie pieniędzy. Ciągle miał myśli o dobrze płatnej pracy

¹⁴⁹ M. Motyka, J. T. Marcinkowski, (2015) *Dlaczego zażywali środki psychoaktywne? Cz. I. Rola i znaczenie środków psychoaktywnych w kulturze: od Pradziejów do początku XX wieku*, Wyd. PHiE, Poznań, s. 224

i o życiu na wysokim poziomie. W efekcie, pacjent żył w ciągłym stresie i napięciu, co było czynnikiem wzmacniającym jego agresję wobec najbliższych i pracowników:

Uczestnik terapii: *„Zawsze tylko była praca na pierwszym miejscu, nigdy nie miałem dość pracy, myślałem o niej 24 godziny na dobę i zarabianie pieniędzy stało się dla mnie życiowym hazardem, tylko w pracy zawsze szukałem ukojenia na różne niepowodzenia życiowe”*.

Pacjent oznajmił, że jest gotów przyjeżdżać co dwa tygodnie na terapię, by podjąć leczenie. Terapeuta przychylnie odniósł się do propozycji, jednak namawiał pacjenta, aby poświęcił na swoje leczenie co najmniej dwa miesiące i skupił się na sobie. Terapeuta dał do zrozumienia pacjentowi, że mogą spotykać się również online, co było pacjentowi na rękę.

Terapia uzależnień dostarcza wiedzy, wsparcia i narzędzi do pracy nad poprawą własnej sytuacji życiowej, ale ważne jest zaangażowanie pacjenta i znalezienie czasu na własny proces leczenia¹⁵⁰. Stąd umiejętnie prowadzona negocjacja, w przypadku pacjenta, który ma swoje zdecydowane poglądy, może okazać się kluczowa. Poczucie bycia zmuszonym do niechcianej aktywności znacząco obniża motywację i może zakończyć się przerwaniem leczenia. Poza tym podmiotowe podejście do osoby uzależnionej zbliża terapię do założeń pedagogiki społecznej, która postuluje podejmowanie działań konstruowanych wspólnie. Dodatkową okolicznością, ułatwiającą zrozumienie tego przypadku, jest fakt, że terapia odbywała się w prywatnym ośrodku, a takie placówki, jako bezpośrednio zależne finansowo od pacjentów, muszą być bardziej elastyczne i w większym stopniu brać pod uwagę ich perspektywę.

Pacjent wymagający i eksperymentujący

Osobną grupę pacjentów stanowią ci, którzy poszukują idealnej terapii (terapeuty albo uczestników) i w związku z tym z większości nie są zadowoleni. Tacy uczestnicy mają zwykle wiele doświadczeń, ale krótkich, bowiem często nie dają szansy i wycofują się po pierwszych rozczarowaniach. Część z nich ma prawdopodobnie wygórowane oczekiwania, którym żaden terapeuta nie może sprostać, ale w części przypadków wynika to z potrzeby odnalezienia tego właściwego, któremu będzie można zaufać, bo więź jest jednym z warunków udanej terapii. Niekiedy wspomniana wybredność ma głębsze podłoże psychologiczne i wynika np. jest mechanizmem ucieczkowym albo projekcją przeszłych doświadczeń na przyszłość. Większość tych procesów można zilustrować kolejnym przypadkiem:

¹⁵⁰ W. R. Miller, R. F. Muñoz (2017) *Picie pod kontrolą*, Wyd. PARPA, Warszawa, s. 36.

Zachowania ucieczkowe kolejnego pacjenta, który pojawił się po raz pierwszy na sesji terapeutycznej, przejawiały się w głównej mierze jego niezdecydowaniem. Pacjent przedstawiając swój problem stwierdził, że jeszcze nie wie, czy zostanie tu na terapii, był też w innych ośrodkach i był niezadowolony, ponieważ zraził się do innych terapeutów i nie podobało mu się, to co mówią inni pacjenci. Psychoterapeuta prowadzący terapię tłumaczył, że na terapię nie przychodzi się dla terapeuty czy dla innych pacjentów, a dla siebie i zachowania własnej trzeźwości, choć bardzo ważna jest relacja terapeutyczna oraz empatia terapeuty w stosunku do pacjenta. Ponadto dodał, że często w pierwszych dniach abstynencji pacjent będzie przechodził różne nieprzyjemne nastroje i doświadczał silnych napięć, spowodowanych głodem alkoholowo-narkotykowym. Chociaż będzie mu ciężko, to jednak nie powinien skupiać się na czynnikach, które go rozprasza, szukać przyczyny w innych, a skupić się na sobie, szukaniu rozwiązań i skutecznych sposobów utrzymania trzeźwości. W związku z tym, warto mieć wspierające otoczenie, ale szczególnie w kręgu najbliższych osób, ale trzeba też samemu o to zadbać i stopniowo budować relacje, nawet jeżeli początki bywają ciężkie.

Pacjent powiedział, że dzisiaj rano jeszcze napił się piwa, żeby złagodzić swój stres, bo miał silne pragnienie i nie mógł wytrzymać i często przechodzi nieprzyjemne stany emocjonalne, do tego całkowicie wycofuje się z relacji z rodziną, nie ma na nic ochoty, a najchętniej to by odizolował się od wszystkich ludzi i zamknął w pokoju. Terapeuta spytał jak teraz wygląda picie pacjenta, okazało się, że woli pić w samotności, zamknąć się w domu i unikać relacji z innymi, a zachowanie to spowodowane jest obawą narażenia się na krytykę innych ludzi. Pacjent oznajmił, że ma skłonności ucieczkowe, ponieważ jego znajomi, z którymi pił, oszukali go i okradli. Pacjent od pół roku nie podejmuje działalności zawodowej, wcześniej pracował w Niemczech, a teraz żyje z oszczędności. Czuje uogólniony uraz do ludzi, którzy go obrażali i wykorzystali, do tego jest w konflikcie ze swoją żoną, obawia się krytyki, dezaprobaty i odrzucenia ze strony innych. Sam podkreślił, że potrzebuje motywacji do życia.

Jak widać w tym przypadku, rozczarowanie kolejnymi grupami terapeutycznymi ma głębsze podłoże niechęci do budowania relacji społecznych. Sytuacja tego pacjenta jest o tyle trudna, że nie mając wsparcia w kręgu rodziny czy bliskich znajomych, będzie pozostawiony zawsze sam sobie, co przy wypracowanej już rutynie samotnego picia, nie daje pozytywnych prognoz. Terapeuta, przynajmniej na początku, podejmuje pracę nad zaufaniem i kontaktem, żeby choć trochę osłabić przekonanie o złym świecie, w którym żyje pacjent.

Inną podkategorię wymagających pacjentów stanowią ci, którzy deklarują, że są indywidualistami, których terapeuci nie rozumieją, ale w istocie przykrywają tylko tą argumentacją głębsze emocje. Ilustruje to przypadek pacjenta, który rezygnował do tej pory z terapii z powodu braku skuteczności u terapeutów. Wypowiedział się on też na temat własnych uprzedzeń i odczuć: *z wcześniejszych terapii byłem niezadowolony, nie podobał mi się styl*

pracy terapeutów. Terapeuta zapytał, czy może powiedzieć coś o swoich wątpliwościach i wewnętrznym oporze. Obawy pacjenta wynikały z tego, że nie będzie zrozumiany przez innych oraz że sam nie będzie rozumiał procesu terapeutycznego, jak to miało miejsce do tej pory. Bał się, że będzie miał obowiązki w postaci pisania prac oraz przygotowywania się do sesji terapeutycznych, jak w szkole. Ponadto, był przekonany, że terapeuci sami ze sobą mają problemy i mają niepokładane własne życie. Psychoterapeuta zauważył, że pacjent w trakcie wypowiedzi posmutniał i zapytał o to. Pacjent przez chwilę milczał, jednak po chwili stwierdził, że potrzebuje otworzenia się przed kimś i wygadania, bo – jak dodał – „*zależy mi na rodzinie, chcę wytrzeźwieć i po to tu jestem [...] moja rodzina wysłała mnie tutaj, jednak też sam uważam, że powinienem zrobić to dla siebie*”. Potem zaczął płakać, mówiąc, że nie radzi sobie z napięciem, myślami i problemami, których doświadcza, że rodzina go teraz nie szanuje, bo sam wcześniej zaniedbywał relacje z dziećmi, żoną i najbliższymi, nie brał też odpowiedzialności za swoje postępowanie w stosunku do nich. W pewnym momencie, pacjent powiedział, że więcej powie tylko swojemu terapeutce indywidualnemu. Terapeuta nie kontynuował dalszej rozmowy, podziękował pacjentowi, że się otworzył i podzielił swoją historią.

Jak widać w tym przypadku, niezadowolenie z poprzednich terapii było motywowane wyjątkowością doświadczeń pacjenta, których nikt nie zrozumie, jak również przekonaniem, że terapeuci mają problemy sami ze sobą. Wkrótce się jednak okazało, że cała ta argumentacja była tylko racjonalną zasłoną emocji bezradności i determinacji. Gdyby terapeuta nie zainteresował się smutkiem na twarzy pacjenta, pewnie ten kontynuowałby listę zastrzeżeń i finalnie nie rozpocząłby terapii. Był to swoisty, prawdopodobnie nie do końca świadomy, test poziomu rozumienia terapeuty, który – jak się okazuje – powinien się zorientować, że rozumienie nie oznacza rozmowy, która wszystko wyjaśni, ale zwracanie uwagi na inne, pozawerbalne sygnały.

3.3.3. Nowi pacjenci prewencyjni

Pacjenci prewencyjni przychodzący na psychoterapię uzależnień, to osoby, dla których terapia jest środkiem przymusu zastosowanego przez sąd albo zapobiegawczym wsparciem w rozwiązaniu trudnej sytuacji życiowej. Powszechnie uznana w doktrynie funkcją współczesnego prawa karnego jest funkcja prewencyjno-wychowawcza lub ochronna, ukierunkowana na zapobieganie wystąpienia przestępstwa lub wykroczenia w przyszłości,

która dotyczy nie tylko kary, ale także innych środków, w tym w szczególności probacji¹⁵¹. Taką funkcję edukacyjno-wychowawczo-prewencyjną wobec osób dorosłych spełnia między innymi terapia uzależnień. Zatem, nowi pacjenci prewencyjni, przychodzący zazwyczaj na terapię po wsparcie lub w efekcie skierowania przymusowego, zwykle mają nierozwiązaną jakąś osobistą lub rodzinną sytuację prawną.

Przymusowe skierowanie pacjenta na terapię z inicjatywy rodziny

Wielu uczestników interwencyjnych pojawia się na terapii za sprawą rodziny. Bliscy zwykle są pierwszymi, którzy widzą problem oraz – niestety – pierwszymi ofiarami uzależnienia. Swoje działania prowadzą nieformalnie (np. jak w wyżej opisanym przypadku memorandum), a jeżeli nie widzą już takiej możliwości, włączają w to inne instytucje, które mogą wzmocnić ich starania. Ilustracją takiej sytuacji może być następujący przypadek zarejestrowany w materiale badawczym:

Pacjent, jak stwierdził, przyszedł na terapię dla świętego spokoju, ponieważ nie mógł już słuchać, jak żona i teściowa nakłaniały go, by coś w końcu zrobił z nadużywaniem alkoholu oraz brakiem panowania nad sobą i swoimi działaniami. Sam zainteresowany uważał, że jest skrzywdzony przez swoją rodzinę i los, który jest mu nie przychylny, ponieważ rodzina przymusowo już dwa razy wysłała go na leczenie, a służby policyjne podjęły interwencję w sytuacji, kiedy demolował dom.

Interwencja kryzysowa może również pełnić rolę prewencji pierwotnej, obejmuje wtedy profilaktykę stanów kryzysowych i patologicznych, pomoc osobom potencjalnie zagrożonym nieprzystosowaniem i ryzykiem kryzysowym. Konceptualizacja interwencji kryzysowej jako prewencji pierwszego rzędu, wywodzi się z idei pracy i pomocy świadczonej na rzecz zdrowia społeczności i początkowo była rozpowszechniana głównie w Stanach Zjednoczonych¹⁵².

Terapeutka próbując wytłumaczyć pacjentowi jego przypadłość podkreśliła, że alkoholizm oddala człowieka od dostrzegania źródła zaistniałych przeszkód, pijący bardzo często nie potrafią tego dostrzec, bo mechanizmy obronne, które stosują, odwracają ich uwagę od istoty problemu. W efekcie, ludzie uzależnieni, zamiast skupiać się na rozwiązywaniu zaistniałych problemów, mają tendencję do obwiniania innych za swoje niepowodzenia i wypierania swoich problemów. Terapeutka nazwała tą przypadłość mechanizmem iluzji i

¹⁵¹ A. Marek, V. Konarska-Wrzosek (2004) *Prawo...*, s. 16; L. Tyszkiewicz [w:] *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa*, red. T. Dukiet-Nagórska, Warszawa 2010, s. 28; J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa, s. 57–59.

¹⁵² Dorota Kubacka-Jasiecka. *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Wyd. WAIp. Warszawa, 2010, s. 19.

zaprzeczania. Ponadto dodała, że pacjent ma gotowość do podjęcia procesu leczenia, ale krytyczna autorefleksja oraz pogodzenie się z tym, że stosuje strategię minimalizowania problemu, to już zależy od niego, bo najważniejszą rolę we własnym trzeźwieniu musi odegrać on sam. Pacjent wyraził swój żal, że powodem problemów, które spotkały jego oraz rodzinę, było niemówienie nikomu o własnych problemach, błędne rozumienie mechanizmów psychologicznych i uciekanie od konfrontacji z trudnymi dla sprawami. Z tych powodów, na pretensje żony i teściowej reagował złością i frustracją. Wspólnym wnioskiem pacjenta i terapeutki było uzgodnienie, że przyjrzy się on swoim reakcjom na spotykające go okoliczności.

Terapia w procesie odzyskiwania dzieci

Bardzo wyjątkowym przypadkiem terapii prewencyjnej był ten, w którym sama osoba uwikłana w uzależnienie podjęła się terapii, by odzyskać dzieci, ponieważ zostały jej ograniczone prawa rodzicielskie, a opiekę nad dziećmi mają pacjentki rodzice. Zwłaszcza matka pacjentki, która ma do niej bardzo negatywny stosunek. Pacjentka rozpoczęła terapię głównie w celu odzyskania praw rodzicielskich do dwójki dzieci, 6-letniej dziewczynki i 8-letniego chłopca. Terapia tutaj pełni również rolę ochronną, aby chronić pacjentkę przed błędami, które mogłaby popełnić w przyszłości. Jednym z obszarów, w których taka terapia jest podejmowana, są postępowania dotyczące praw rodzicielskich i opieki nad dzieckiem. Po pierwsze, sądy rodzinne, często ograniczają prawa rodzicielskie z powodu uzależnień. Warunkiem odzyskania dzieci często jest podjęcie terapii i pozytywna opinia terapeuty. Taki warunek może być formalnie postawiony przez sąd, np. reprezentowany przez kuratora, albo – mniej formalnie, ale jednak też zobowiązująco – przez asystenta rodziny lub pracownika socjalnego. Od zaangażowania i efektów terapii zależy ich opinia wnoszona bezpośrednio lub pośrednio do akt sprawy. Drugą, skomplikowaną częścią tej sprawy jest to, że matka pacjentki, która ma prawa rodzicielskie do dzieci, nie jest przychylnie nastawiona do zainteresowanej, która stara się o odzyskanie dzieci. Trzecim czynnikiem jest kierunek, w jakim zostanie rozstrzygnięta sprawa dziecka, a ten zależy od tego, jak pacjentka zaprezentuje się na rozprawie i czy będzie w stanie opanować negatywne emocje. Tego typu kwestie mogą zostać ocenione na rozprawie, u wnioskujących o przywrócenie praw rodzicielskich. Pozbawienie władzy rodzicielskiej jest surowym środkiem, który sąd opiekuńczy może zastosować wobec rodzica, który nie może, nie chce lub nie jest w stanie prawidłowo wykonywać swojej władzy

rodzicielskiej. Należy jednak zdać sobie sprawę, że nie jest to środek karny¹⁵³. Ponieważ takie przypadki mogą mieć miejsce w trakcie składania wniosku o przywrócenie praw rodzicielskich, warto zilustrować to przykładem:

Podczas jednej z pierwszych sesji nowego cyklu spotkań grupowych, terapeutka spytała, kto chciałby zacząć przedstawianie swojej historii. Jedna z pacjentek zgłosiła chęć wypowiedzenia się, a ponieważ terapeutka знаła tę pacjentkę, zwróciła się do niej po imieniu, chociaż większość pacjentów widziało ją po raz pierwszy. Terapeutka zachęciła kobietę, aby powiedziała, po co przysłała na terapię. Pacjentka od dwóch lat walczyła o odzyskanie swoich dzieci, a od tygodnia chodziła podminowana, ponieważ w kolejnym dniu miała mieć rozprawę sądową. Na terapię przysłała, by uzyskać wsparcie psychiczne. Pacjentka jest po trzech nieudanych związkach, ma dwójkę dzieci, ale za bardzo nie chce na ich temat rozmawiać, bo zawsze wtedy wybuchła płaczem. Pacjentka, kontynuując wypowiedź, stwierdziła że jest zdenerwowana a nie chce na rozprawie popełnić żadnego błędu. Jej partner przygotował wskazówki, w formie przemówienia do sądu, jak ma mówić i co. Terapeutka podkreśliła, że ważne jest to, że pacjentka jest trzeźwa i ma argumenty, by odzyskać dzieci. Kontynuując wypowiedź, pacjentka skarżyła się na służby publiczne, pracujące w gminnej instytucji pomocowej, które wystawiły jej złą opinię (w tym momencie zaczęła płakać, a terapeutka podała jej chusteczki). Terapeutka zapytała grupę, czy ktoś chciałby zabrać głos na ten temat, jeden z pacjentów spytał, ile czasu pacjentka jest trzeźwa, na co usłyszał odpowiedź, że dwa lata. Dodała ona też, że teraz ma dobry kontakt ze swoimi dziećmi, pracuje w supermarkecie i ma pięćdziesięciometrowe mieszkanie. Kolejny z pacjentów zadał pytanie, czy kocha swoje dzieci. Pacjentka oznajmiła, że okazywała miłość swoim dzieciom, *słowo Kocham nie padło*, ale za to córka powiedziała, że czuje się przez nią kochana. Następny pacjent wspierająco stwierdził, że służby niech sobie gadają, a pacjentka niech robi swoje, czyli wszystko co możliwe, by zrealizować swój cel i odzyskać dzieci. Terapeutka zaleciła w tej sytuacji cierpliwość i przemyślane działanie również długoterminowe oraz żeby pacjentka dbała, by nikt jej nie wyprowadził z równowagi w trakcie rozprawy. Na koniec, jako wsparcie na duchu, terapeutka przypomniała, że to starania pacjentki doprowadziły do uruchomienia procedury adopcyjnej, a to działa na jej korzyść, zadeklarowała też, że będzie z nią w kontakcie.

Reasumując warianty rozpoczynania terapii z pacjentami powracającymi trzeba podkreślić, że formalnie nie różnią się od przypadków zupełnie nowych pacjentów. Podobnie terapeuta pyta o historię uzależnienia oraz próbuje rozpoznać jego przyczyny (problem źródłowy). Inaczej rozkładają się jednak akcenty, bowiem większy nacisk położony jest na wcześniejsze terapie, jak przebiegały, dlaczego się zakończyły, jak pacjenci je oceniają i czego

¹⁵³ U. Nowicka (2017) *Pozbawienie władzy rodzicielskiej w polskim porządku prawnym*, Wyd. Ius Matrimoniale 28, nr 4, s.15.

oczekują od „nowego otwarcia”. Bywa, że wcześniejsze leczenie odbywało się pod okiem tego samego terapeuty, wtedy jest mniej pytań o fakty i pozostają, co najwyżej, pytania o oceny.

Wcześniejsze doświadczenia terapeutyczne warunkują jednak również działania podejmowane przez pacjentów. Zwykle wiedzą oni więcej o przebiegu terapii, sprawniej posługują się językiem opisu stanów psychicznych, niekiedy mają już jakieś diagnozy. Z drugiej jednak strony, mają oni też jakieś doświadczenia związane z terapią, niekiedy są to rozczarowania terapeutami, stosowanymi przez nich metodami, a niekiedy niezadowolenie z samego siebie.

Inne są też niekiedy uwarunkowania instytucjonalne takich spotkań terapeutycznych. Niektórzy pacjenci są zmuszeni do podjęcia terapii przez instytucje, jeżeli zależy im na korzystnej dla nich decyzji tych instytucji. Niekiedy przymus, czy może zdecydowana zachęta, pochodzą od członków rodzin, którzy są zwykle ofiarami nałogu, ale również inicjatorami takiej ścieżki walki z nim.

3.4. Kierunki integrowania działań terapeutycznych - role wykonawcze

Analizując zaangażowanie psychoterapeutów w proces zdrowienia pacjentów, można zrekonstruować różne wymiary ich oddziaływania na pacjentów, które stanowią swoiste filary terapii. Te wymiary będą dalej nazywane funkcjami wykonawczymi, bo tak są określane w jednym z bardziej znanych i uznawanych podręczników „*Terapia uzależnień. Poradnik dla profesjonalistów*” i tak o nich mówią terapeuci. W ujęciu podręcznikowym, funkcje wykonawcze, to rodzaj operacyjnych zadań, w ramach których terapeuta ustala granice, zasady, normy, cele i harmonogram oraz realizuje właściwą terapię¹⁵⁴. Podejście funkcjonalne można znaleźć również w pedagogice społecznej, jednak funkcje tej subdyscypliny rozumiane są raczej w perspektywie poznawczej jako wiedza o tym „(...) w jaki sposób należy zaspokajać i regulować potrzeby podopiecznych oraz nadawać opiece walory wychowawcze, a wychowaniu opiekuńcze¹⁵⁵.

Interpretatywne i interakcyjne założenia przyjęte w niniejszej rozprawie, wydają się dalekie od funkcjonalizmu i teoretycznie bliższa im wydaje się kategoria podmiotowo podejmowanych ról, niż bezosobowych funkcji. Stąd kategoria „funkcji wykonawczych” mogłaby być traktowana jedynie jako kod *in vivo*, czyli wyjęty z języka badanych. Pewnym

¹⁵⁴ W. R. Miller, A.A. Forcehimes, A. Zweben, (2014) *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 379.

¹⁵⁵ Dąbrowski Z. (2006) *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*, t. I i II. Wyd. UWM, Olsztyn, s.28.

kompromisem będzie zatem kategoria „ról wykonawczych”. Te role/funkcje będą rozumiane jako ogólne kierunki integrowania działań podejmowanych przez terapeutów w ich pracy.

Badania sesji terapeutycznych ujawniło następujące role wykonawcze psychoterapeuty: przewodnika, ukierunkowującego poprzez edukację; uświadamiającego, czyli otwierającego nowe perspektywy interpretacyjne; zaleceniodawcy, udzielającego pacjentowi wskazówek i pilnującego, by nie zszedł z trasy oraz pomocnika, wspierającego pacjenta w procesie terapeutycznym. Kierunkiem leczenia w psychoterapii uzależnień, który jest wysoko ceniony przez psychoterapeutów, jest rola terapeuty słuchającego. Podejmowanie tej ścieżki w psychoterapii służy między innymi temu, aby pacjent lepiej słyszał, co mówi. Jedną z moich ulubionych i najskuteczniejszych technik jest uważne słuchanie pacjenta, bez komentowania i dodawania swojej perspektywy¹⁵⁶.

3.4.1. Edukacja ukierunkowująca (przewodnik)

Edukacja ukierunkowująca ma za zadanie sugerować pacjentom właściwe przemyślenia, skłaniać ich do refleksji i naprowadzać na właściwe wnioski, które będą prowadzić pacjenta do wypracowania określonych sposobów właściwego postępowania. Funkcja ta polega zatem na wskazaniu pacjentowi drogi do przezwyciężenia ograniczeń wynikających ze skutków zażywania substancji psychoaktywnych lub uzależnień behawioralnych. W ramach tego kierunku działania, terapeuci często wykorzystują „metodę położniczą”, czyli starają się nie dawać od razu właściwej podpowiedzi, ale raczej sugerować ją dyskretnie, by pacjent miał szansę samodzielnie do niej dojść. Jeżeli to się uda, będzie miał wtedy przekonanie, że sam znalazł rozwiązanie własnych problemów, co, poza dowartościowaniem i wrażeniem upodmiotowienia, zwiększa szansę na zaangażowanie pacjenta w implementację wypracowanego rozwiązania. Edukacja ukierunkowująca w pracy terapeutycznej to wiedza stosowana w praktycznym ujęciu, która zdoła wpływać na uczestników terapii. Ukierunkowanie wiedzy wprowadza pacjenta w pewien zintegrowany stan rozumowania, dzięki któremu interpretuje on otaczającą go rzeczywistość, własne emocje i to, co postrzega, potrafiąc to wyjaśnić i uzasadnić. Rezultat psychicznego procesu poznawania,

¹⁵⁶ J. Romaniuk, (2024) *Integracja w psychoterapii osób z problemem uzależnienia w praktyce klinicznej*, Czasopismo Terapii, nr. 1/2024, s. 9.

jest pewnym stanem psychicznym, stanem posiadania pojęć i osądów, o czymś, czy dyspozycją do ich posiadania, albo treścią uzyskanych i uznanych sądów¹⁵⁷.

Wstępne ukierunkowanie analityczne

Pierwsze spotkanie nowej grupy terapeutycznej zobowiązuje psychoterapeutę uzależnień do przedstawienia uczestnikom zasad obowiązujących na zajęciach. Na jednym z takich spotkań psychoterapeutka zachęcała pacjentów do uczciwego i rzetelnego podejścia do terapii oraz do traktowania siebie i innych z szacunkiem, bo każdy pacjent przychodzi na terapię, żeby wyzdrowieć, nauczyć się na nowo żyć na trzeźwo i rozwiązać swoje problemy. Skierowała ona do pacjentów następujące słowa: *Odzieracie się tu z intymności, każdy z was cierpi z powodu uzależnienia, a moim obowiązkiem jest pracować wspólnie z wami nad przygotowaniem do poradzenia sobie z tym wszystkim, z czym tu przychodzicie*. Następnie terapeutka wprowadziła uczestników w problematykę uzależnienia jako choroby przewlekłej i postępującej, powodującej w życiu pacjentów wiele strat społecznych, fizycznych, psychicznych i emocjonalnych oraz ekonomicznych. Uzależnienie rozumiane jest w szerokim znaczeniu jako zaburzenie zdrowia psychicznego i fizycznego charakteryzujące się stałą lub okresową koniecznością wykonywania określonej czynności lub przyjmowania substancji psychoaktywnej¹⁵⁸.

Terapeutka rozdawała również pacjentom, karty opisujące fazy rozwoju uzależnienia i przebieg procesu zdrowienia oraz wyjaśniła pacjentom, że zajęcia te mają na celu analizę ich postępującej choroby uzależnienia i procesu wychodzenia z niej. Psychoterapeutka poprosiła wszystkich pacjentów, aby przyjrzeni się własnej drodze wchodzenia w fazy uzależnienia i samodzielnie zastanowili się, na jakim etapie obecnie się znajdują oraz zobaczyli, w jaki sposób mogą wyjść z uzależnienia. Dzięki temu zadaniu edukacyjnemu, pacjenci strukturyzują swoje przeszłe doświadczenia życiowe według schematu. Trudności, stadia i etapy są przedstawiane jako obiektywne i bezdyskusyjne, jedyna negocjacja interpretacyjna możliwa jest w zakresie oceny zaawansowania własnej choroby. Interpretując przykłady trudności podane przez Władysława Okonia, można spojrzeć na trudności w ujęciu subiektywnym i obiektywnym. Trudności obiektywne pojawiają się na przykładzie edukacji ucznia, gdy potrafi on wykonywać zwykle zadania, ale w normalnych warunkach może on również napotykać zadania lub warunki wykraczające poza jego możliwości i przyjętą normę, a także mogą pojawiać się trudności

¹⁵⁷ S. Chrobak (2011) *Edukacja, wiedza zdolna ukierunkować człowieka w świetle pierwszych zasad i ostatecznych celów*, Wyd. Form pedagogiczne 2, Warszawa, s. 56.

¹⁵⁸ W. Kostowski (2005) *Uzależnienia: podstawowe pojęcia i teorie*, *Psychiatria* 2005; 2(2): 61–76.

subiektywne, mające swoje źródło, np.: w procesach poznawczych lub psychicznych człowieka, gdy w normalnych warunkach człowiek nie może wykonać normalnych zadań¹⁵⁹. Dzięki takiemu ustrukturyzowaniu, uczestnicy terapii widzą, to co terapeutka chce, żeby zobaczyli, bo na podstawie tego samego schematu będą jeszcze analizować co ich czeka i co powinni robić oraz odpowiadać na dodatkowe pytanie, na co mogą wpływać, a co jest poza ich decyzyjnością.

Psychoterapeuta, w ramach funkcji edukacyjnej naprowadzającej, podsuwa pacjentom odpowiednie zagadnienia terapeutyczne do dyskusji, jednak równocześnie ukierunkowuje je poprzez narzędzia terapeutyczne (w tym wypadku schemat przebiegu uzależnienia) i/lub własne wskazówki. W ten zunifikowany sposób, uświadamia pacjentom sytuację, w jakiej się znaleźli oraz naprowadza ich na sposoby wyjścia z niej, przy okazji motywując do takiej zmiany. Podnoszenie świadomości podczas pracy terapeutycznej polega na rozpoznaniu przez pacjenta swojego problemu, dotarciu do ukrytego potencjału pacjenta lub odkryciu jego wewnętrznych zasobów i uśpionych sił. Kluczowym zasobem do którego zostają ukierunkowywani pacjenci jest rozwijanie zasobów zdrowotnych, natomiast ważną wiedzą stosowaną w pracy terapeutycznej jest edukacja zdrowotna. Kiedy człowiek jest zdrowy, ma większe możliwości podejmowania różnych zadań życiowych, ma siłę do wypełniania swoich ról, potrafi lepiej nawiązywać relacje interpersonalne i pokonywać napotykaną trudności. Zdrowie jest więc zjawiskiem dynamicznym, którego funkcja polega na utrzymywaniu równowagi ciągle zakłócaną przez towarzyszące życiu ludzkiemu zróżnicowane sytuacje¹⁶⁰.

W dalszej części sesji, terapeutka przedstawiała pacjentom tabelę ze stylami zachowania asertywnego, agresywnego i biernego. Pozostałe style, które wzbudziły ciekawość pacjentów, to zachowania pasywno-agresywne, zwane cichą agresją, będące zamaskowanym wyrazem gniewu, a także zachowania autoagresywne, które można określić jako samokaranie. Przebieg tego ćwiczenia polegał na tym, że każdy pacjent ma zastanowić się i opisać, jaki rodzaj zachowań zaobserwował u siebie w sytuacjach, których doświadczył. Następnie każdy omawia przed grupą to, co napisał, po czym terapeuci, wspólnie z innymi pacjentami, udzielają informacji zwrotnej.

Na jednej z analizowanych sesji, pacjent przedstawił własne problemy ze stawieniem granic w kontaktach interpersonalnych, bo zbyt blisko dopuszcza do siebie innych ludzi, którzy wykorzystują jego otwartość i nieuwagę. Pacjentowi niedawno naubił znajomy z pracy,

¹⁵⁹ W. Okoń (2001). *Nowy słownik pedagogiczny*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa, s. 78.

¹⁶⁰ I. Heszen-Niejodek (1997) *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*, W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.). *Psychologia zdrowia: praca zbiorowa*. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 1997: 21–39.

reakcją na to zdarzenie była postawa wycofania się. Pacjent nie odezwał się do kolegi i nie zajął żadnego stanowiska, zamknął się w sobie, natomiast później przeżywał to i był niezadowolony, że nie zareagował.

W ten sposób nie tylko doświadczenia związane z nałogiem są strukturyzowane, ale również cały ich kontekst, w którym może pojawić się problem rdzeniowy. Ukierunkowanie dotyczy nie tylko ram interpretacyjnych stylów zachowań pacjentów w różnych sytuacjach, ale także wyboru doświadczeń społecznych, które będą analizowane, gdyż w tym wypadku, można wybierać jedynie tylko to, co wiąże się z agresją, pasywnością lub asertywnością. Wszystkie przedstawione tu ukierunkowania procesu samoanalizy doświadczeń życiowych mają prowadzić do skonstruowania właściwego planu działania w przyszłości.

Wstępne ukierunkowanie planu działania

Istotą terapii jest uwolnienie człowieka z sidła uzależnienia, stąd każda analiza czy diagnoza musi prowadzić do jakiegoś choćby wstępnego pomysłu na działanie. Relacjonowana wcześniej sesja terapeutyczna, której główny bohater zauważył u siebie symptomy postawy biernej miała swoją kontynuację w postaci sugestii terapeuty:

Psychoterapeutka zaproponowała, żeby pacjent spokojnie powiedział koledze, który nakrzyczał na niego, jak się poczuł, że zrobiło mu się przykro. Miał też dodać, że nie życzy sobie, aby ktoś w taki sposób do niego mówił i jeżeli następnym razem kolega będzie miał jakies zastrzeżenia do niego, to niech powie to spokojnie, a nie agresywnie.

Rozwiązaniem, które zastało podsunięte przez terapeutkę pacjentowi, było otwarte komunikowanie emocji oraz propozycja stawiania w takich sytuacjach wyraźnych granic. Te dwie strategie, wyjęte z psychoterapeutycznego zaplecza terapii uzależnień, ukierunkowały wstępny plan działania wobec przyczyn uzależnienia. Umiejętność wytyczania granic za pomocą krótkich konsekwentnych komunikatów (nie życzę sobie, by ktoś tak do mnie mówił) jest ważnym elementem treningu asertywności. W ramach humanistycznych założeń przyjmuje się, że to człowiek sam indywidualnie powinien ustalić, jakie są jego granice, zdecydować, czy toleruje dane zachowanie, czy nie¹⁶¹. W przypadku procesu terapeutycznego bywa różnie, bo terapeuta czuje się odpowiedzialny za pacjentów, a w pewnym stopniu również podejmowane przez nich działania. Szczególnie na początku będzie raczej sugerował obszary, w których należy stawiać granice. W przedstawionym powyżej przypadku terapeutka wyznaczyła pole tematyczne (bierność), ale już nie wskazywała konkretnego obszaru (relacje w pracy), nie

¹⁶¹ R. Paterson, *Jak być asertywnym – Trening*, Wyd. HELION, Gliwice, 2007, s.152.

próbowała też weryfikować, czy rzeczywiście doszło do niesprovokowanego obrażenia pacjenta, zaufała jego interpretacji.

Zdarzają się sytuacje, kiedy uczestnik sam pyta, co ma zrobić. Z jednej strony, taki akt jest rodzajem dowartościowania terapeuty, który nie jest jednym z uczestników, ale osobą obdarzoną szczególnym autorytetem. Z drugiej strony, jednak wymaga jakiejś reakcji. Dobrze to ilustruje kolejny przypadek:

Pacjent zapytał, jak ma odpowiedzieć na zaczepki żony, by nie doprowadzić do większej kłótni i aby nikogo nie urazić. Zdarzało się, że wcześniej reagował bezpośrednio i agresywnie, więc dochodziło do wyzwisk i krzyków. Mimo że jego reakcja niekiedy była agresywna, to czuł się bezradny i bierny, bo nie wiedział, co ma robić w takich sytuacjach, a do tego był świadomy, że niezgoda do niczego nie prowadzi. W rezultacie, jego odpowiedzi były różne, kiedy nie chciał się kłócić lub nie wiedział co powiedzieć, to omijał konflikty z żoną, ale kiedy dusił w sobie dłużej złość, to wybuchał. W odpowiedzi, psychoterapeutka przedstawiła ćwiczenie zatytułowane: nauka asertywnego reagowania na krytykę. Pacjent uczył się przyjmowania krytyki i reakcji na nią, aby bez podnoszenia głosu i negatywnych emocji potrafił się przyznać do popełnionego błędu i powiedzieć, że rozmówca ma racje (masz rację, bo...; przepraszam, przyznaje się do pomyłki). Jeżeli krytyka była obraźliwa lub nieuzasadniona, to odpowiadał, że krytykujący się myli (nie masz racji, bo...). Ćwiczenie to polegało na dobraniu się w pary i przeczytaniu swojemu rozmówcy wszystkich zachowań, które wypisał na kartce, na co on odpowiadał według podyktowanych przez psychoterapeutkę schematów zadań. Następnie psychoterapeutka zapytała uczestników, jakie mają refleksje po ćwiczeniu. Jeden z pacjentów sam doszedł do wniosku, że krytyka, którą słyszał ze strony swojej rodziny była słuszna. Po czasie zrozumiał jej postępowanie, ponieważ przychodził do domu odurzony narkotykami, pijany, miał lekceważący stosunek przede wszystkim do swojego zdrowia, a żona, zaczepiając go, w istocie martwiła się o jego zdrowie.

Zgodnie z podręcznikami, uznawanymi w środowisku terapeutów, asertywna odpowiedź polega na potwierdzeniu (w zakresie w jakim można to zrobić) i/lub zaprzeczeniu (w zakresie w jakim krytyka była nieuzasadniona), ale bez stosowania treści oceniającej lub mogącej obrazić albo przestraszyć rozmówcę¹⁶². Terapeutka poszła tym torem, tylko zamiast teoretyzować, zaproponowała mini-trening dla wszystkich. Celem ćwiczeń było powtarzanie przygotowanych skryptów odpowiedzi, tak żeby uruchamiały się one niemal intuicyjnie w sytuacji krytyki, formatując tym samym reakcje uczestników.

¹⁶² M. Król-Fijewska (2007) *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*. Warszawa, 2007, s. 69.

3.4.2. Rola uświadamiającego (psycholog)

Jednym z zadań pracy terapeutycznej jest uświadamianie pacjenta w zakresie jego aktualnej sytuacji, przebiegu uzależnienia, jego przyczyn oraz konsekwencji. Najlepiej, jeżeli ten proces realizowany jest poprzez pytania, bo wtedy uczestnik sam uświadamia sobie rzeczy i działania, które będą ważne w procesie jego leczenia.

Uświadamianie pacjenta w zakresie jego sytuacji i jej przyczyn

Osoby zgłaszające się na terapię zwykle już wiedzą, że mają problem z substancjami psychoaktywnymi. Jeżeli trzeba to komuś uświadamiać, to co najwyżej tym skierowanym przez sąd, bo ci niekiedy pozornie tylko angażują się w leczenie. W większości przypadków, pierwszym etapem pracy nad świadomością pacjenta jest nakłonienie go by spojrzał inaczej na swój problem, uświadomił sobie własną sytuację życiową i społeczną, ujrzał właściwe przyczyny dotychczasowych niepowodzeń i sposoby ich przełamania. Ilustruje to następujący przypadek.

Pacjentowi często zdarzało się przerywać abstinencje, a kiedy nie brał narkotyków i nie pił, to kupował sobie piwo bezalkoholowe lub pił dużo napoi energetycznych. Psychoterapeutka zadała mu pytanie, dlaczego tak się dzieje, że nie trzeźwieje do końca tylko szuka zamienników, a jeżeli coś mu nie pasuje, to wraca do nałogu. Pacjent odpowiedział, że zawsze był tak nauczony i tak postępował. Kiedy przychodził z pracy do domu, to zawsze było dla niego piwo w lodówce albo pod stołem, ostatecznie poszedł po nie do sklepu. Teraz też siada wygodnie w fotelu po pracy, ogląda telewizor lub wychodzi do tych samych miejsc, w których pił, a jak ma problem to zapija go piwem bezalkoholowym. Terapeutka uświadomiła pacjentowi, że wykonuje te same czynności, co za czasów picia alkoholu, tylko szuka zamienników. Zauważyła też zmęczenie u pacjenta, ponieważ ten chodzi późno spać, nie wysypia się i jest często zmęczony, a rano o szóstej wstaje do pracy. Psychoterapeutka wyjaśniła, że działając w ten sposób, pacjent będzie gorzej funkcjonował, będzie niewyspany i zmęczony, będzie mu trudniej poradzić sobie z odczuwanym głodem a do tego jego psychika będzie negatywnie reagować na doświadczane przez niego problemy. Terapeutka omówiła z pacjentem, jakie są zalecenia i uświadomiła go, że ich niezastosowanie będzie prowadzić do negatywnych konsekwencji.

Pacjent ma świadomość, że niezastosowanie się do zaleceń terapeutycznych często skutkowało zaprzestaniem abstinencji, jednak, kiedy czuje się źle, nie potrafił określić, co mu dolega. Terapeutka wyjaśniła, że negatywny nastrój to konsekwencja podtrzymywania tego samego trybu życia, który praktykuje od lat. W związku z tym, zachęca pacjenta, żeby zamiast

spieszyć się, zwolnił, lepiej poznał siebie i zaczął mówić o sobie i swoich stanach, a nie biegł na ślepo. Świadomość jest swoistym stanem uwagi i obecności w tym, co robimy, co myślimy i co czujemy¹⁶³.

Bilans i nowe otwarcie

Uświadamianie uczestnikom, jakie procesy społeczne, psychiczne, a niekiedy nawet duchowe zachodzą w nich i wokół nich zwykle przekształcane jest stopniowo w bilans strat (bo rzadko można mówić o zyskach), by przejść w stronę zachęt do zmiany tego stanu rzeczy:

Psychoterapeutka jednemu z pacjentów zadała pytanie, co takiego stracił przez swoje uzależnienie. Pacjent oznajmił, że przede wszystkim stracił zdrowie, ponieważ pijany skrzył sobie nogę i musiał przez to chodzić na rehabilitację, a kolejną stratą, która go spotkała, było odebranie mu prawa jazdy przez policję, po jeździe samochodem pod wpływem dużej ilości alkoholu. Terapeutka skierowała to samo pytanie do wszystkich obecnych, jakich doświadczyli w życiu strat przez swoje uzależnienia. Z wypowiedzi pacjentów można było zauważyć, że są świadomi poniesionych strat. Powodowali je głównie poprzez nieumyślne zachowania w trakcie czynnego zażywania środków psychoaktywnych. Jeden z pacjentów powiedział, że branie przez niego narkotyków przyczyniło się do jego upadku, ponieważ odurzony nie zdawał sobie sprawy z tego co robi. Lekceważył innych i zachowywał się lekkomyślnie, popełniał dużo błędów i z tych powodów znalazł się w niekorzystnej dla siebie sytuacji społecznej, zdrowotnej i prawnej. Kolejny pacjent zdał sobie sprawę, że skutkiem ciągłego picia alkoholu było złe samopoczucie i cierpienie psychiczne. Do tego, za swoje czyny, które popełnił pod wpływem alkoholu, ponosi teraz konsekwencje i musi uważać, co mówi i robi, bo wcześniej nie panował nad sobą. Terapeutka przywołując kategorię sytuacji kryzysowej wywołanej przez nadużywanie alkoholu i narkotyków, uświadomiła pacjentom negatywne skutki poniesionych strat, obciążeń życiowych oraz zmagania. Dodała też, że ciężar skutków ich zachowań i czynów spada nie tylko na nich, ale i ich rodziny, bliskich, a nawet otoczenie.

Trudne chwile, nierozwiązane i kłopotliwe sytuacje oraz problemy z uzależnieniem, których pacjenci doświadczyli w przeszłości, są przez nich odbierane jako pewnego rodzaju ciężar psychologiczny. Bardzo ważnym czynnikiem przy podejmowaniu analizy własnego życia, w sensie spojrzenia na stosunek strat do zysków, jest samoświadomość pacjenta odnośnie jego własnych zdolności poznawczych. Ujmując te zjawiska w kontekście procesu psychoterapii, możemy powiedzieć, że są one niewidzialnymi i ukrytymi narzędziami pracy terapeutycznej. W wyniku takich działań pacjent poznaje fakty dotyczące samego siebie, zyskuje wgląd w swoje wnętrze i własne zasoby, co można nazwać efektem lustrzanym, przyglądając się problemom własnego życia.

¹⁶³ Biernat T. (1994), *O świadomości także w wychowaniu*, „Wychowanie na co dzień”, nr 1–2.

Następnie terapeutka uświadomiła pacjentowi, że jego ciężkie przeżycia były efektem jego własnych działań, a branie narkotyków, było sposobem na odreagowanie krzywd, których doznał od ojca, który pił oraz znęcał się psychicznie i fizycznie nad nim oraz jego matką. Pacjent nie mógł sobie z tym poradzić i do tej pory ma problem z tym co przeżył, bo to siedzi w nim głęboko. Terapeutka zapytała pacjenta, jak ten stan się przejawia. Pacjent wyznał, że na samą myśl o ojcu reaguje negatywnie: poci się, czuje złość, wręcz gotuje się wewnątrz. Psychoterapeutka nazwała ten stan pacjenta *przykrymi doświadczeniami*, które wywołują w nim napięcie, złość i reakcje somatyczne. Terapeutka uświadomiła pacjentowi, że wcześniej nie miał na to wpływu, natomiast teraz to od niego zależy, jak zorganizuje sobie czas, jak ułoży sobie własne sprawy. Co więcej, powinien chodzić na terapię i się ratować, nie tylko dla siebie, ale żeby nie reprodukcować własnych traumatycznych doświadczeń w kolejnym pokoleniu. Pacjent stwierdził, że już dzisiaj jest lepiej, na co terapeutka, że pacjent poznaje i dobrze korzysta z narzędzia jakim jest terapia, która mu dobrze służy.

W końcowej fazie sesji terapeutka uświadamia pacjenta, że motywem zaangażowania się w psychoterapię może być nie tylko interes własny, ale również możliwość uczynienia świata nieco lepszym. Trudno nie znaleźć analogii takiego myślenia do zdania, które Janusz Korczak napisał w 1937 roku w liście do przyjaciela „nie wolno zostawić świata, jakim jest”, które bardzo dobrze charakteryzuje sformułowaną przez Helenę Radlińską misję pracy społecznej, czyli „przekształcanie środowiska w imię ideału”. W jakimś sensie zatem, ta strategia motywacyjna odwołuje się do resztek społecznikostwa, które prawdopodobnie są obecne w każdym człowieku.

Metodologia uświadamiania: pytania, ćwiczenia i obecność terapeutyczna

Cały proces terapii to niemal w całości akty komunikacyjne, nie jest zatem zaskoczeniem, że uświadamianie głównie realizowane jest poprzez zadawanie pytań (niekiedy retorycznych), odpowiadanie i komentowanie. Można to zilustrować następującym fragmentem spotkania terapeutycznego.

Przypadek dotyczy pacjenta, który zmarnował bardzo dużo pieniędzy, już nawet nie jest w stanie policzyć wszystkich strat. Rodzina odwróciła się od niego, wszystko zaczęło mu się rozpadać, doświadczał negatywnego nastawienia innych, zaczął mieć problemy ze zdrowiem i kiedy wszystko się skumulowało, wylądował na terapii, na której spojrzął na siebie inaczej. Terapeutka zapytała tego pacjenta, co się takiego stało, że myśli teraz negatywnie na temat picia. Pacjent przyznał, że na terapii bardzo dużo się zadziało, co dobrze na niego wpłynęło, bo uświadomił sobie, że bardzo dużo stracił przez swoje zachowanie i przez picie. Szczególnie ważne, według niego, były pytania terapeutów na temat jego trudnych momentów

w życiu, jak je przechodził i przeżywał, bo te pytania doprowadziły go do wniosku, że to on sam wszystko spowodował: *Teraz też wiem, że sam to wszystko wybrałem, tak samo jak teraz wybrałem leczenie, tak miałem postawiony wybór picie albo życie.*

Terapeutka jeszcze dopytała pacjenta, dlaczego teraz chodzi na terapię. Odpowiedział: *Chodzę na terapię, żeby ratować siebie, żeby wiedzieć, co takiego ze mną działo się wcześniej i żeby takich błędów już nie popełniać, a jak piłem, to nie wiedziałem, o co w tym wszystkim chodzi.* Pacjent zapowiedział, że teraz jest już znacznie bardziej świadomy siebie, umie powiedzieć o tym, co mu dolegało i co się z nim działo, kiedy odurzał się alkoholem, był jak zahipnotyzowany, nie wiedział, co się z nim dzieje.

Nie zawsze wiedza, a nawet perswazja, jest wystarczająca by skutecznie zmienić postrzeganie siebie i innych przez pacjentów. Z tego powodu, drugą metodą uświadamiania są odpowiednie ćwiczenia, co ilustruje następujący przykład:

Terapeutka poprosiła pacjentkę, by przypomniiała sobie o przykładach ze swojego życia, kiedy czuła się bezsilna. Pacjentka wymieniła brak wsparcia w sytuacji, kiedy nie wiedziała co ma zrobić ze swoim nałogiem, a nie potrafiła przestać. Przechodziła wtedy ciężki okres w swoim życiu, bo rozstała się ze swoim mężem, poczuła bezradność i zaczęła jeszcze więcej pić. W sposób szczególny dotykało ją, że nie miała wpływu, na to co robi jej mąż i nie wiedziała, co się z nim dzieje. Terapeuta i pacjentka rozmawiali o przykładach braku kontroli nad jej życiem, na które pacjentka otrzymywała opinie od innych uczestników terapii. Pacjentka doszła do wniosku, że nie ma wpływu na to, co robią inni i że nie jest w stanie kontrolować swojego nałogu, ponieważ nie potrafi kontrolować spożycia alkoholu.

Czynna i aktywizująca obecność psychoterapeutki i uczestników terapii, posłużyła do naprowadzenia pacjentki na to, aby przyjrzała się i opisała, to jak przeżywa bezsilność wobec własnego uzależnienia i jak traci kontrolę pijąc alkohol. Na początku, rolą terapeutki było skonstruowanie ćwiczenia, które umożliwi pacjentce przemyśleć temat na abstrakcyjnych przykładach, aby stopniowo nasycać je pytaniami coraz bliższymi jej doświadczeniom. Jednak kluczową rolę miało wspólne spotkanie w trakcie sesji grupowej, na której przemyślenia pacjentki mogły być skonfrontowane ze społecznością. Sama znajomość technik i narzędzi terapeutycznych nie zastępuje obecności innej osoby, tworzy jedynie fundament, który poszerza wąski osobisty kontekst świadomej wiedzy. Obecność terapeutyczna jest też kluczowym sposobem autentycznego spotkania, pomaga zintensyfikować słuchanie i zestrzajanie się. Obecność psychoterapeuty pozwala również na rozwijanie zdrowej pogłębionej relacji terapeutycznej, takiej która sprzyja optymalnemu wykorzystywaniu czasu oraz

zaangażowania pacjenta, skuteczniej włączając go w proces zdrowienia¹⁶⁴. Spotkanie w grupie, dodatkowo pomaga terapeutom pozostać wolnym od z góry powziętych sądów i opinii, skonfrontować się z innymi punktami widzenia.

3.4.3. Wskazówki i zalecenia w pracy terapeutycznej (zaleceniodawca)

Już samo uświadomienie sobie problemu przez pacjenta jest działaniem, które może zmienić jego rutynowe interpretacje i zachowania. Jednak terapeuci, którzy częściowo identyfikują się z medycyną, na bazie zebranej wiedzy formułują wskazówki, aby mieć choćby minimalną kontrolę, nad tym jakie postulatory praktyczne, pacjenci będą wdrażać. Z tego ostatniego powodu, terapeuci monitorują stopień stosowania się do ich zaleceń i jeżeli jest za niski w przypadku ważnego zalecenia – interweniują. Przedstawia to poniżej opisana sytuacja.

Psychoterapeuta prowadzący poprosił pacjenta, aby ten zastanowił się, jak wyglądały jego relacje z kolegami, którzy namawiali go do zażywania substancji psychoaktywnych, a potem żeby – sam dla siebie – napisał ich imiona na kartce, dodając informację, dlaczego zbudował w swoim życiu takie relacje. Temat ten został poruszony dlatego, że pacjent spotykał się z ludźmi biorącymi narkotyki i wracał w miejsca, gdzie to robili. Terapeuta przypomniał pacjentowi o zaleceniu, żeby nie chodził w miejsca, w których zażywane są narkotyki lub w których przebywają osoby zażywające substancje psychoaktywne, bo negatywne wpływy środowiskowe są dla niego bardzo ryzykowne i często im ulegał w przeszłości. Chociaż pacjent twierdził, że poprosił kolegę będącego pod wpływem alkoholu i narkotyków, żeby się od niego odsunął, to jednak terapeuta twierdził, że pacjent ryzykuje powrót do nałogu, spotykając się z kolegami, którzy czynnie biorą środki psychoaktywne.

Autorytet terapeuty nie zawsze wystarcza, by pacjenci przestrzegali lub powrócili do przestrzegania zaleceń. W niektórych sytuacjach możliwe jest zastosowanie mocniejszych narzędzi, jak pisemny kontrakt, wykorzystywanie zestandaryzowanej metody o uznanej renomie albo wsparcie innego uczestnika. Przykład zastosowania dwóch ostatnich motywatorów przestrzegania zaleceń ilustruje przypadek pacjenta, który utrzymywał, że przerwał abstynencję, bo poszedł do sklepu głodny i na półce zobaczył alkohol, któremu już nie potrafił się oprzeć:

Terapeutka zwróciła uwagę, że pacjent powinien stosować się do zaleceń terapeutycznych, które są zawarte w programie H.A.L.T. Kolejny raz wytłumaczyła pacjentowi kolejność postępowania w przypadku głodu: najpierw należy zadbać o siebie i przyjść spokojnie

¹⁶⁴ S. M. Geller. L. S. Greenberg (2017) *Obecność i zaangażowanie psychoterapeuty*, Wyd. Zielone Drzewo. Warszawa, s. 67.

do domu, żeby się najęść, a dopiero potem iść do sklepu na zakupy. Okazało się, że pacjent jeszcze do tego kupował alkohol swojemu pracownikowi. Terapeutka powiedziała, że nie stosuje się do zaleceń, i dlatego głód wraca niespodziewanie, niekiedy z opóźnieniem.

Następnie terapeutka zwróciła się do gościa (pacjenta, który już skończył terapię i czasami przychodzi posiedzieć z innymi uczestnikami lub zostaje zaproszony), aby opowiedział coś o sobie. Ten podzielił się swoim doświadczeniem, że bardzo unikał takich sytuacji i że według niego jest to chodzenie po cienkim lodzie, który w każdej chwili może się zarwać. Szczególnie, że pacjent miał alkohol w ręku, a to mogło skończyć się wypiciem alkoholu, bo on sam przerwał abstynencję w podobnej sytuacji. Terapeutka poprosiła, żeby gość podzielił się tym doświadczeniem. To zdarzyło się na imprezie, gość wtedy też odczuwał głód alkoholowy i pomyślał, że po co będzie się męczył, skoro już jest na imprezie i się dobrze bawi. Gość podsumował, że powodem wypicia alkoholu było niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych. Inny siedzący uczestnik terapii przyznał gościowi rację, ponieważ też trzymając wódkę w ręku nie był w stanie oprzeć się uzależnieniu, odkręcił ją i się napił.

Zatem w przypadku poważnego ryzyka naruszenia kluczowych zaleceń w proces terapeutyczny włączane są różne argumenty (ze straszeniem włącznie) i różne autorytety, żeby tylko uchronić pacjenta od powrotu do nałogu.

Szczególnie trudnym przypadkiem do pilnowania przestrzegania zaleceń jest sytuacja nieuczęszczania na spotkania. Skoro pacjenta nie ma, trudno cokolwiek mu przypominać lub do czegokolwiek motywować, a jeżeli się już pojawi, nie można działać zbyt raptownie, bo znowu przestanie przychodzić. Trzeba wykorzystać wszystkie możliwe motyvatory od razu, wykorzystując jego obecność. Ilustruje to poniższy przypadek:

Terapeutka przypomniła pacjentowi, że pięć razy z rzędu nie przyszedł na terapię, natomiast obecnie się spóźnił. Pacjent ponownie przerwał abstynencję i okazało się, że przez ten czas miał ciąg alkoholowy. Terapeutka w sposób zachęcający pacjenta tłumaczyła, że tylko regularność prowadzi do wyleczenia, bo umożliwia systematyczną pracę nad sobą, i daje radość z małych postępów. Nie ma możliwości pozbycia się nałogu szybko, stąd nie można podawać się po pierwszych niepowodzeniach. Pacjent odpowiedział zniechęconym głosem, że chodził już na terapię i nie wierzy w to, że to mu coś da. Terapeutka oznajmiła, że samo chodzenie nic nie da, jeżeli pacjent nie będzie wprowadzał zaleceń terapeutycznych w życie. Skoro wraca z terapii i idzie pić, to nie może liczyć na efekty. Inny uczestnik terapii, zachęcał zniechęconego do terapii pacjenta do nauki cieszenia się z małych postępów oraz pozytywnego myślenia na swój temat, co daje regularny udział w sesjach terapeutycznych. Był tam jeszcze inny pacjent, który czytał swój list pożegnalny, co jest zwyczajowym rytuałem osób kończących program terapii podstawowej, dodał on, że małymi krokami można dojść do końca terapii i zrobić też

coś dla siebie, bo terapia wyjaśniła mu wiele rzeczy. Pacjent, który doświadczał zniechęcenia, oznajmił, że bardzo fajnych rzeczy doświadczył na tej sesji i pomyśli o swojej absencji.

Rolą terapeuty było udzielanie zachęcających wskazówek pacjentowi, aby się nie poddawał i przede wszystkim uczestniczył w spotkaniach, do czego dołączyli się inni uczestnicy. W ten sposób wytwarza się wspólnota, czyli grupa nieobojętnych sobie ludzi połączonych więziami i potrzebą wzajemnego wspierania (rola wspierającego przedstawiona jest dalej). Pacjenci uczestniczący w sesjach terapeutycznych, zwłaszcza ci, którzy terapię ukończyli, często mówili o terapii jako o formie samokształcenia, samowzmocnienia, wyjaśnienia wielu kwestii, co ułatwiało im funkcjonowanie i uczyło budowania zdrowych relacji. Nawet jeden z pacjentów stwierdził, że jako uczestnicy terapii uczą się życia na nowo, porównując naukę psychoterapii do szkoły życia. Terapeuta podkreślił również fakt, że w przypadku pacjentów, którym udało się pomyślnie przejść proces terapeutyczny, użył następujących słów: „odrobili pracę domową”. Działania tego typu polegają na wyciąganiu przez pacjentów wniosków i stosowaniu się do zaleceń, co ma istotny wpływ na wykorzystanie interpretacji jako pomocnego instrumentu w procesie zmiany swojego życia na lepsze. Elementy te można porównać do zintegrowanych zadań szkolnych, programu, który pobudza i wspomaga rozwój ucznia – takie zainteresowania pedagogiki przedstawił w swoich pracach naukowych Janusz Gnitecki, pisząc, że „pedagogika ogólna zajmuje się (...) równoczesnym wyjaśnianiem, interpretacją, skutecznością dokonywanych zmian w jednostce w perspektywie całościowej edukacji¹⁶⁵.

Są też przypadki skrupulatnego przestrzegania zaleceń, tacy pacjenci są z jednej strony chwaleni, czyli dowartościowywani, ale z drugiej, również wykorzystywani do motywowania grupy jako przykłady do naśladowania:

Pacjent uważa, że wskazówki, które dostaje na terapii są dla niego bardzo pomocne w życiu. Terapeuta podał pacjenta jako przykład, ponieważ skończył on program terapii pogłębionej dzięki temu, że stosował się do zaleceń terapeutycznych: chodził regularnie i nie opuszczał terapii oraz wytrzymał do końca, a teraz też zdaje sobie z tego sprawę, że musi stosować się do wskazań i zaleceń terapeutycznych. Uczestnik terapii wie, że będzie miał głody i się ich nie pozbędzie, jednak – jak obiecał – będzie się trzymał kluczowo zaleceń terapeutycznych, ponieważ one doprowadziły go do ukończenia terapii i póki co trwałej abstinencji.

¹⁶⁵ J. Stochmiałek (1993) *Kierunki rozwoju współczesnej pedagogiki opiekuńczej i specjalnej*, WSP Częstochowa, s. 46.

Oczywiście, taka prezentacja „wzorowego ucznia” ma swoje pozytywne konsekwencje dla pacjenta, jako wzmocnienie i sposób motywowania go do dalszej pracy nad sobą. Pozytywnym efektem takich wydarzeń jest to, że inni uczestnicy odbierają terapię jako czynnik wpływający na postęp, wspierający i wzmacniający proces terapeutyczny.

3.4.4. Rola wspierającego (pomocnik)

Praca terapeutyczna nie może obejść się bez wspierania uczestników, którzy z definicji potrzebują pomocy. Wsparcie społeczne, charakteryzowane z perspektywy interakcyjnej, można wiązać z procesem włączenia społecznego¹⁶⁶. Najprostszym i jednocześnie najczęściej pojawiającym się w materiale badawczym sposobem pomagania w procesie terapeutycznym jest metoda *wsparcia dobrym słowem*, czyli umiejętność słuchania a następnie odpowiedzi trafiającej w potrzeby uczestnika. Ilustruje to następujący przypadek:

Psychoterapeutka poinformowała pacjentów, że bardzo lubi wzorowych uczniów, czyli pacjentów, którzy pracują nad sobą, starają się i regularnie chodzą na terapię, bo wtedy sami widzą postęp w swoim życiu.

Słowa te, choć sformułowane ogólnie, były adresowane do pacjenta, który z sukcesem zakończył podstawowy program terapii i przygotowywał się do dalszej ścieżki trzeźwości, czyli udziału w pogłębionym programie terapeutycznym. Ów pacjent tak podsumował swoją obecność na sesjach: *„Chcę powiedzieć na koniec, że warto żyć w trzeźwości. Skończyłem terapię podstawową i wiem, że to nie jest koniec mojej drogi, teraz pójdę na terapię pogłębioną, a przede wszystkim robię to dla siebie. Samemu byłoby mi ciężko, byliście dla mnie wielkim wsparciem*. Słowa te skierował do pozostałych pacjentów w grupie.

Pacjent ten podkreśla, że wsparcie, jakie otrzymał od uczestników grupy, było dla niego bardzo cenne i bez niego byłoby mu bardzo trudno wytrzymać w trzeźwości. Co więcej, *dobre słowo* od terapeutki bardzo szybko zamieniło się w wiele dobrych słów, można zasadnie uznać, że nakręciło *spiralę życzliwości*. Zostało to tak podsumowane na przywołanej wcześniej sesji:

Terapeutka zwróciła uwagę na wzajemne powiązania pacjentów w grupie terapeutycznej. Podkreśliła, że każdy pacjent otrzymuje wsparcie i uczy się od innych jak żyć, jak postępować i jak bezpiecznie się zachowywać. To jednak rodzi zobowiązanie w drugą stronę, trzeba również oferować własne doświadczenie i wsparcie innym. Terapeutka dodała, że podczas terapii, pacjenci stwarzają sobie warunki do pracy nad sobą, mają czas na

¹⁶⁶ E. Marynowicz-Hetka (2006) *Pedagogika społeczna, 1*, Wyd. Naukowe. PWN. s.515.

przemyslenie i uporządkowanie swoich spraw i choć jest to trudne, to przy wsparciu terapeutycznym i wsparciu kolegów z grupy, osiągają swoje cele.

W ramach roli *zalecenidawcy*, przedstawiony był przypadek pacjenta, który nie uczęszczał systematycznie na spotkania, bo ulegał swoim chwilowym słabościom. Zdarza się jednak, że pacjent wycofuje się z terapii nie z powodu niepowodzeń w walce z uzależnieniem, ale raczej psychicznego niedopasowania do tej formy terapii, nieśmiałości w nawiązywaniu nowych relacji, obawy przed wystąpieniami publicznymi. W takich sytuacjach, terapeuci, a w dalszej kolejności i inni uczestnicy terapii, postępują bardzo ostrożnie, bowiem gremialnie wyrażone wsparcie, mogłoby jeszcze bardziej przestraszyć taką osobę, niż pomoc. Zwykle wspieranie zaczyna się od terapeuty. Ilustruje to następujący przypadek:

Terapeuta uważnie słucha pacjenta, który był na początku swojej drogi terapeutycznej i miał tendencję do wycofywania się z relacji. Terapeuta przyjął wobec pacjenta postawę wspierającą, zachęcając go do rozmowy o tym, jak czuł się nieswojo w obecności innych pacjentów, ponieważ pacjent wcześniej miał obawy rozmawiać o swoich problemach w grupie terapeutycznej. Pacjent powoli się otwierał i coraz więcej mówi o sobie, pacjenci, kiedy zauważyli niepewność kolegi, przyjęli postawę wspierającą, był to bardzo miły gest ze strony uczestników terapii, stwierdził terapeuta, bo jesteśmy tu po to, by wspierać siebie nawzajem.

Rola wspierającego nie jest przypisana wyłącznie terapeutom, równie ważne jest pomoc innych pacjentów. Jeżeli już jednak różnicować nieco wspierającą rolę terapeuty i uczestnika, to ten pierwszy, poza bezpośrednim pomaganiem i troską, często dodatkowo organizuje i zarządza wsparciem innych uczestników. To zarządzanie polega na wyborze właściwego momentu i osoby, której potrzebne jest wsparcie oraz na umiejętnym zachęceniu pozostałych, by zechcieli się włączyć w tę *spirale życzliwości*.

W ramach pedagogiki społecznej, kwestia wsparcia społecznego jest rozwijana przez wielu badaczy, jako że to jeden z filarów pracy społeczno-wychowawczej. Pionierską, ale wciąż aktualną i wykorzystywaną ideą w tym zakresie jest, zbudowana jako rozwinięcie psychologicznej typologii wsparcia, koncepcja *spirali życzliwości, pomocniczości i wsparcia społecznego* Stanisława Kawuli. Myśl przewodnia Kawuli dotycząca wsparcia społecznego wiąże się z zadaniami, jakie spełnia pomoc terapeutyczna. Pojmował ją jako pomoc dostępną dla jednostki lub grupy w sytuacjach trudnych, stresujących, przełomowych, których nie jest ona w stanie pokonać bez wsparcia innych¹⁶⁷. Termin wsparcie społeczne pochodzi z działań

¹⁶⁷ S. Kawula, (1996) *Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności*, Wychowanie na co dzień, 10–11, 14–17.

praktycznych, przede wszystkim realizowanych w obszarze pomocy psychologicznej oraz działalności grup samopomocowych¹⁶⁸.

Terapeuci w swojej praktyce, jak widać w powyższych przykładach, takie spirale nakręcają, jednak najprawdopodobniej bez świadomości, że wykorzystują „narzędzia” społeczno-pedagogiczne. Należą do nich działania prospołeczne lub terminy objaśniające spiralę życzliwości, przez które możemy rozumieć wzmacnianie struktury społecznej danej osoby dzięki pozytywnym relacjom zachodzącym w otoczeniu oraz sieci społecznej jednostek lub grup¹⁶⁹.

Zarówno w pedagogice społecznej jak i pracy terapeutycznej liczy się podejmowanie celowego działania, zorientowanego na określony cel, mówi się o ochranianiu, edukowaniu, ukazywaniu świata wartości, mobilizowaniu sił, zasobów, ukierunkowaniu na rozwój, aktywizowaniu, pomocy wzajemnej, wsparciu społecznym i wspieraniu rozwoju¹⁷⁰. Jednak mimo tych podobieństw na próżno szukać materiałów społeczno-pedagogicznych na szkoleniach oferowanym terapeutom.

¹⁶⁸ M. Nowakowski, (2004) *Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów*, W: J. Kowaleski i P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* (s. 292–300). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

¹⁶⁹ S. Kawula, (2009) *Czynniki i sieć wsparcia społecznego w życiu człowieka*, S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy* (s. 115–134). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

¹⁷⁰ E. Marynowicz-Hetka (2006) *Pedagogika społeczna, 1*, Wyd. Naukowe. PWN. s.110.

4. Praca terapeutyczna jako interakcja

Podstawowym dynamicznym składnikiem pracy terapeutycznej jest interakcja. Łączy ona elementy strukturalne, wyznaczające jej zakres i zasady, z procesualnymi, które zapewniają zmianę mającą istotne znaczenie dla procesu zdrowienia pacjentów, ale również pracy terapeutów. Interakcje podejmowane w ramach komunikacyjnej przestrzeni sesji terapeutycznej obejmują elementy wiedzy profesjonalnej i wiedzy potocznej, które razem składają się na wiedzę praktyczną. Nie bez znaczenia jest również zewnętrzny kontekst komunikacyjny, czyli dyskurs profesjonalny (w obrębie którego negocjowana jest i ujednolicana wiedza specjalistyczna) oraz dykurs publiczny (w ramach którego interakcje są osadzone w dominujących trendach interpretacyjnych). Kontekst dyskursowy jest jednak zrekonstruowany w osobnym rozdziale.

Zebrany materiał umożliwił opisanie i zilustrowanie przykładami kilku głównych kategorii interakcji oraz ich właściwości, składających się na pracę terapeutyczną. Szczególną uwagę, w tym rozdziale, poświęcono językowi komunikacji w psychoterapii uzależnień, pracy nad poczuciem zrozumienia własnych możliwości, pracy nad społecznymi korzyściami pracy terapeutycznej oraz pracy nad emocjami, relacjami i interakcjami. Bardzo istotnym elementem pracy terapeutycznej jest język komunikacji, umiejętność posługiwania się odpowiednimi do kontekstu sekwencjami wypowiedzi, uwzględniających etap i cel procesu terapeutycznego oraz charakter uczestników sesji. Język w psychoterapii jest podstawowym i niezastępowalnym narzędziem pracy terapeutycznej. W literaturze profesjonalnej pisze się np. o języku młodzieży szkolnej, języku, jako gwarze, języku więźniów, języku profesjonalnym czy terapeutycznym i każdy z tych wariantów może być wykorzystany podczas sesji¹⁷¹.

4.1. Język komunikowania się w psychoterapii uzależnień

Kategoria przekazów językowych w psychoterapii uzależnień wynika zarówno z treści wytwarzanych wypowiedzi, jak i jest konsekwencją struktury sesji terapeutycznej i procesu terapeutycznego. Badany zespół elementów językowych odgrywa bardzo ważną rolę w pracy terapeutycznej, gdyż stanowi główne narzędzie pracy terapeutycznej, na którą składają się wypowiedzi, rozmowy, komunikaty, przekazywane informacje, zwroty i techniki językowe. Klasyczna definicja języka, którą spotykamy w encyklopediach i słownikach językowych,

M. Janikowska (2020) *Zarządzanie emocjami. Krok w stronę zdrowia psychicznego*, Wyd. ORE, Warszawa, s.27.

podkreśla w szczególności dwa jego aspekty. Pierwszy, strukturalny, to system znaków, prymarnie dźwiękowych, wtórnie graficznych, natomiast drugi (procesualny) dotyczy porozumiewania się w obrębie danej społeczności¹⁷².

Początki zainteresowania językiem terapii uzależnień sięgają korzeni Wspólnoty Anonimowych Alkoholików, czyli jej powstania w 1935 roku w Akron w stanie Ohio. Grupa, która zwała się „*Amoniomymi Alkoholikami*”, stała się „*Grupą Dwunastu Kroków*”, a następnie częścią „*Ruchu Zdrowienia*”¹⁷³. Program Dwunastu Kroków powstał dzięki amerykańskiemu chirurgowi Bobowi Smithowi i maklerowi giełdowemu Billowi Wilsonowi. 10 czerwca 1935 roku Bob i Bill, wprowadzili metodę 24-godzinną do języka psychoterapii: „*Dziś nie będę pić, ale kto wie, co wydarzy się jutro lub w przyszłym tygodniu*”. Warto zwrócić uwagę na związanie tego zainteresowania z programami Minnesota i Synanon, które już w latach pięćdziesiątych XX wieku przesunęły język substancji psychoaktywnych i uzależnień w sferę zdrowia publicznego. Był to okres powstawania wielu ruchów trzeźwościowych¹⁷⁴.

4.1.1. Język wewnętrzny

Język wewnętrzny to wypowiedzi, konstatacje, pytania i zwroty, które powstają, są używane i zrozumiałe w kontekście terapii uzależnień, ale które mogą być niejasne lub niewłaściwie rozumiane przez zewnętrznego obserwatora. Język w psychoterapii uzależnień jest narzędziem pracy, które odnosi się do aktów czynności mowy wypowiedzania się, zapytywania, stwierdzania, odnoszenia się, argumentacji. Akt mowy to podstawowa lub najważniejsza jednostka komunikacji językowej, która jest rodzajem działania. Komunikacja językowa ma charakter społeczny, ponieważ oznacza ona zjawisko porozumiewania się pojedynczych ludzi oraz grup ludzkich ze sobą za pomocą języka. Zatem język jest narzędziem i środkiem do porozumiewania się¹⁷⁵ ale również budowania relacji, wywoływania emocji i ich moderowania, autoekspresji, czy wreszcie wywierania wpływu terapeutycznego.

Kręcenie się na rondzie i żargon terapeutyczny

Język komunikowania się pacjentów i terapeutów uzależnień składa się ze zwrotów czy określeń, które mogą być niezrozumiałe poza tym kontekstem. Do tej kategorii należy zwrot

¹⁷² D. Bartol-Jarosińska, S. Dubisz (1998) *Nauka o języku dla polonistów*, Wyd. KiW. Warszawa, s.15.

¹⁷³ R. Fitzgerald (2016) *Bill W, i jego sponsor*, Wyd. Rajmedia, Warszawa, s. 9.

¹⁷⁴ Informacje pozyskałem podczas rozmowy z Ireną Hojfeldt, ambasadorką z Akron znajdującą się w USA.

¹⁷⁵ J. Porayski-Pomsta (1996) *Nauka o języku dla polonistów*, Wyd. Książka i Wiedza, s.28.

kręcić się na rondzie, który znaczy zwykle znalezienie się w błędnym kole. Słowa te m.in. padły na początku sesji, gdy psychoterapeutka zapytała ogólnie pacjentów, co u nich słyszą. Na to, jeden z pacjentów odpowiedział żartobliwie: *zgubiłem się, bo nie przestrzegałem znaków i teraz zakręciłem się na rondzie*. W przytoczonej wypowiedzi pacjenta, chodziło o niedotrzymanie abstynencji. Użycie przerośniętego *nie przestrzegania znaków*, w języku wytwarzanym na sesji terapeutycznej, odnosiło się do niezastosowania się do zaleceń terapeutycznych. Mimika psychoterapeutki wyraźnie wskazywała, że rozumiała ona komunikat otrzymany od pacjenta. Kolejnym związkiem frazeologicznym zastosowanym w tej samej wypowiedzi to zwrot *teraz jeżdżę po rondzie*, który odnosi się do zinterpretowania własnej sytuacji jako powrotu do uzależniających nawyków, zachowań i myśli. Język ujawnia sposoby interpretowania rzeczywistości oraz uwidacznia specyficzne perspektywy poznawcze poszczególnych aktorów komunikacji¹⁷⁶, które są punktem startowym podejmowanych później działań. Wspomniany wyżej pacjent, używając metafory ronda, komunikuje też, że ponownie spróbuje wydostać się ze swoich uzależniających nawyków (zjedzie z ronda).

W psychoterapii uzależnień uczestnicy i terapeuci na ogół posługują się językiem zrozumiałym dla jednych i drugich, tylko wtedy to spotkanie ma sens. Zazwyczaj pojęcia terapeutyczne mieszczą się w katalogu słownictwa specjalistycznego, zamkniętego dla nieprofesjonalistów. Aby nieco rozhermetyzować specjalistyczne słowniki, w procesie terapeutycznym często można zaobserwować tzw. żargon terapeutyczny, czyli używanie terminów profesjonalnych, nierzadko ugruntowanych w wielkich systemach teoretycznych, w uproszczonych lub nawet umownych znaczeniach. Przykładem mogą być terminy psychologiczne, takie jak osobowość, podświadomość, charakter, etc.

Oksymorony

Częstą praktyką, podczas sesji terapeutycznych, jest wykorzystywanie zwrotów zbliżonych do oksymoronów. Oksymorony to zestawienia terminów o niepasujących, przeciwstawnych, często wzajemnie wykluczających się znaczeniach, np. powolny pośpiech, smutna prawda, gorzka prawda i łagodny uparciuch. Oksymoron jest zabiegiem szczególnie radykalnym, bo identyfikuje to, co jest semantycznie sprzeczne, wzajemnie się wyklucza¹⁷⁷. Jednak zarówno jego radykalność jak i wewnętrzna opozycja, często dobrze opisują

¹⁷⁶ M. Kopińska (2000) *Język jako narzędzie interpretacji rzeczywistości, język obraz świata*, 53-76, J. Bartmiński, Etnolingwistyka, lingwistyka kulturowa, lingwistyka antropologiczna, *Język a Kultura*, 20, 2008: 15-33.

¹⁷⁷ S. Tarnowski (1904) *Historia literatury polskiej*, t. 5, Warszawa, s. 73

doświadczenia czy sytuacje pacjentów, które również obfitują w takie paradoksalne zestawienia działań, emocji czy interpretacji.

Od pewnego czasu, w słownictwie psychoterapeutów pojawiał się zwrot *czujna obecność*. *Obecność* związana jest z postulatem terapeutycznym, odnoszącym się m.in. do oczekiwania od uczestników bycia „*tu i teraz*”, co jest również spotykane w słownictwie używanym przez pacjentów. Natomiast *czujność*, to bycie skoncentrowanym się na rozmowie. Terapeutka użyła tego zwrotu w następującym stwierdzeniu: *bądźmy skupieni i obecni na tym, co dzieje się na grupie*”, co było nawiązaniem do słów innego terapeuty: *jest ważne, aby z terapii wynieść jak najwięcej ważnych wskazówek dla siebie*, oraz potwierdzającej wypowiedzi pacjenta: *chodzę na terapię dla tego, aby wynieść, jak najwięcej dla siebie*. Innym razem, zwrot *czujna obecność* został użyty przez inną psychoterapeutę podczas superwizji koleżeńskiej, gdy ta opisywała swoją pracę terapeutyczną z pacjentem. Trudno nie zauważyć semantycznego i historycznego powiązania tego złożenia słów z popularyzowaną od kilkunastu lat w dyskursie profesjonalnym i publiczną *uwagaścią*.

Sposoby działania komunikacyjnego konstruowane *ad hoc*

Terapeuci pracują najczęściej według własnych preferencji i sami modelują plan danej sesji terapeutycznej, jednak pracę psychoterapeuty uzależnień można nazwać spontaniczną, bo nie wiadomo, jaki problem się pojawi i dopiero w trakcie trwania sesji, można świadomie dobrać właściwą technikę komunikowania się, dopasowaną do określonej interwencji. Sposób prowadzenia terapii to między innymi dobór stylu komunikacyjnego, który, poza czynnikami sytuacyjnymi, zależy od doświadczenia, umiejętności i sposobu bycia terapeuty. Terapeuci mogą być otwarci, trzymający dystans do pacjentów lub pracujący ostrożnie, co charakteryzuje zazwyczaj początkujących adeptów tej profesji. W obserwowanych sesjach terapeutycznych, to terapeuci inicjowali i wyznaczyli sposób komunikacji i perswazyjnej interwencji, oni też odbudowywali zaplanowany porządek komunikacyjny, jeżeli został zakłócony przez innego uczestnika. Podczas jednej z sesji, terapeutka musiała poradzić sobie z uczestnikiem wprowadzającym indywidualny wątek poboczny, tak to przebiegało:

Terapeutka oznajmiła, że koncentruje się na uczestnikach terapii i wysłała komunikat do grupy, pytając się, kto chce zacząć. Jeden z uczestników, zgłaszając się na ochotnika, powiedział, że może pierwszy się wypowiedzieć. Pacjent na początku zwrócił się do terapeutki z informacją, że go nie było na sesji indywidualnej, bo był chory, i że chciałby się umówić na inny termin. Terapeutka ucięła wątek komunikatem, że po skończonej sesji terapeutycznej

umówi się z nim na inny dzień. Następnie już sama podjęła kwestię bieżącej sytuacji tego pacjenta.

Moderowanie, podtrzymywanie

Zadaniem terapeuty jest pełnienie roli modelatora, utrzymującego porządek poprzez wyznaczanie, kto, kiedy i co ma powiedzieć. Ten niewątpliwy przywilej wynika z samej struktury spotkania terapeutycznego (terapeuta prowadzący i uczestnicy/pacjenci), ale jest też pochodną społecznego statusu terapeuty prowadzącego oraz dostosowania się osób borykających się z uzależnieniami.

Równie ważne jak rozpoczęcie jest odpowiednie podtrzymywanie rozmowy, tak by przebiegała ona przez zaplanowane obszary tematyczne. Często podstawową strategią terapeutów jest nieprzerywanie i aktywne słuchanie.

Zdarza się jednak, że aby podtrzymać rozmowę, terapeuta musi zachęcić pacjenta, który np. ma trudności w uniesieniu psychicznego ciężaru wypowiedzi i oświadcza wszystkim, że nie ma na nic siły, ochoty oraz traci zapał do rozmowy. W odpowiedzi na taką sytuację, terapeuci często zadają motywujące lub intrygujące pytania, które pobudzają pacjentów do refleksji a niekiedy nawet obrony. Tak to wyglądało podczas jednej z analizowanych sesji:

Terapeutka użyła swojej wcześniejszej wiedzy na temat pacjenta, by wzbudzić w nim motywację do aktywnego udziału w sesji. Zadała pytanie, czy koleżeństwo się o niego nie upomniało? Po tej interwencji komunikacyjnej pacjent zaczął się tłumaczyć, że nie spotyka się z kolegami. Potem jednak wspomniał brata, który przyjechał z pracy, z Francji i popijał z kolegą w pokoju. Pacjent lubił opowiadać o tym, co się działo w jego otoczeniu i wzbudzał tym zainteresowanie innych. Terapeutka umiejętnie, bez przerywania pacjentowi, prowadzi rozmowę, wchodząc coraz głębiej w jego sprawy bieżące.

Podtrzymywanie relacji jest porozumiewaniem się nastawionym na utrzymanie zgodnej i satysfakcjonującej relacji, na ogół obejmuje zachowania pozytywne, otwartość, zapewnienie partnera relacji o swoim zaangażowaniu¹⁷⁸.

Interakcja z założenia ma charakter dwustronny, co oznacza, że sprawne dbanie o komunikację podczas sesji nie byłoby możliwe, gdyby nie wpisujące się w zamysł terapeuty działania pacjentów. Dobrym przykładem może być wchodzenie na sesję osób, które się spóźniły, ale nie chcą zakłócać przebiegu sesji. Dobrą ilustracją takiego zachowania pacjenta i terapeuty może być poniższy przypadek:

¹⁷⁸ R. B. Adler, L. B. R. F. Proctor (2021) *Relacja interpersonalna, proces porozumiewania się*, Wyd, Rebis, Poznań, s. 418.

Wchodzący na terapię pacjent, który się spóźnił, tylko krótko przeprosił, by nie przerywać rozpoczętej już wcześniej rozmowy terapeutki i innego uczestnika. Terapeutka, zwracając się w wolnej chwili do spóźnionego pacjenta oznajmiła: *za chwilę powiesz, co się stało* i przeszła do kontynuacji wątku, który był poruszony na sesji. Wykorzystując wiedzę, że spóźnionemu pacjentowi zabrano prawo jazdy, terapeutka powróciła do sprawy nieco później, rozluźniając atmosferę: *teraz to Twoje spóźnienie jest uzasadnione, bo zapomniałeś gdzieś prawo jazdy*. Na to odpowiedział inny uczestnik terapii: *to trzeba znaleźć sposób na jego znalezienie* oraz ten spóźniony: *przyszedłem po to, żeby je znaleźć*. Po wszystkim, odprężony i zadowolony pacjent usiadł na krześle, przyjmując luźną postawę ciała, a terapeutka przeszła do kontynuacji sesji terapeutycznej.

Komunikowanie limitów

Moderowanie dyskusji w niektórych sytuacjach musi przybrać formę ograniczonej dystrybucji i limitowania głosów. Takie działanie jest podejmowane przez terapeutów, którzy planują na sesji również jakąś inną aktywność, np. dodatkowe ćwiczenia, jakieś materiały profilaktyczne lub aktywność artystyczną. Takie działanie miało miejsce podczas sesji, której druga część, za zgodą pacjentów, była przeznaczona na projekcję filmu. Tydzień wcześniej miało miejsce ustalenie, wspólnie z pacjentami, że tak będzie wyglądała ta sesja i że w związku z tym czas rozmowy będzie ograniczony. W tym konkretnym przypadku, psychoterapeutka komunikowała, że uczestnicy będą mieli mniej czasu na wypowiedzenie się, np. *masz pięć minut, abys podzielił się swoimi rzeczami, z którymi przyszedłeś na terapię*. Terapeutka zastosowała technikę wyznaczania pacjentom czasu na wypowiedź.

Po chwili ciszy, inny pacjent zwrócił się do psychoterapeutki, aby zadawała mu pytania, bo sam nie wie o czym mówić. Ponieważ nie było już na to czasu, terapeutka zasugerowała pacjentowi, by się przemógł i nauczył się samodzielnie mówić o sobie. Wcześniejsze wypowiedzi pacjenta wskazywały, że nie był on otwarty na mówienia na swój temat, był wycofany i bez interwencji terapeutycznej nie podejmował się rozmowy, raczej słuchał, niż mówił. Działanie psychoterapeutki w tej konkretnej sytuacji, określić można jako postępowanie uwzględniające dotychczasowe doświadczenia, oraz zdiagnozowany schemat postawy, który pacjent przyjmował wcześniej. Na tej podstawie uznała ona, że jedynym sposobem utrzymania reżimu czasowego jest przesunięcie wypowiedzi pacjenta na kolejną sesję, z nadzieją, że będzie to efekt nie tylko zachęcającej pracy terapeutki, ale również samego pacjenta.

Informacje zwrotne

Zarówno tożsamość pacjentów, jak i ocena skuteczności i słuszności podejmowanych przez nich działań jest efektem feedbacku, który otrzymują od otoczenia społecznego. Informacje zwrotne komunikowane podczas sesji terapeutycznych mają różną treść i zależą od kontekstu wypowiedzi pacjenta lub terapeuty, do którego są kierowane. Nie zawsze jest łatwo je zaobserwować, bowiem trzeba wejść w głąb procesu terapeutycznego, by dostrzec pojedyncze zdania, niekiedy nawet słowa, dotyczące wypowiedzi innego uczestnika terapii. Są również informacje zwrotne wywoływane przez samego terapeutę, które są reakcją na pytanie np. *Co masz do powiedzenia swojemu koledze lub co chciałbyś mu powiedzieć?* Pacjenci robią tak zwaną *rundkę* i po kolei zabierają głos na temat jakiegoś problemu lub wypowiedzi pacjenta na dany temat.

Zdarza się, że pacjenci sami dostarczają sobie informacji zwrotnej, zwłaszcza wtedy, kiedy są czymś zachowaniem zachwyceni albo oburzeni. Szczególnym wariantem takiej sytuacji, zaobserwowanym w materiale badawczym, była interwencja uczestników w sprawie naruszenia zasad terapii, która poza informacją była nawet rodzajem zwrotnego działania. Wydarzenie to dotyczyło pacjenta, który niekiedy przychodził nietrzeźwy na terapię, co było skutkiem częstego łamania abstynencji. W pewnym momencie, jego postawa została odczytana jako lekceważąca innych uczestników. Pomimo iż terapeuta dawał kolejne szanse temu pacjentowi, jednak pozostali uczestnicy zdecydowanie zareagowali na to zajście:

Uczestnik terapii grupowej zareagował na kolegę z grupy, że ten pił alkohol i da się to odczuć w jego pobliżu. Oskarżony pacjent usprawiedliwiał się, że w domu u niego dzieją się grandy, żona zadzwoniła na policję, w efekcie w domu pojawiła się pani kurator i umieścili go na „*dołku*”. Inny uczestnik odpowiedział, że zdecydowanie zasłużył sobie na taki los. Jeszcze inny, dodał, że drażni go, kiedy czuje alkohol od kolegi, który jeszcze do tego kłamie, bo twierdzi, że nie pije, a tu przychodzi się leczyć, a nie pić. Po krótkiej wymianie zdań, cała grupa postawiła pacjentowi warunek, że nie ma takiej możliwości, aby siedział z nimi na terapii pod wpływem alkoholu, a do tego nie mówił prawdy i ukrywał istotne fakty. Po usłyszeniu tych informacji zwrotnych od innych uczestników, wspomniany pacjent nawet nie zdążył zareagować, bo terapeutka poprosiła, żeby z nią wyszedł do poczekalni.

W tym przypadku pacjenci jasno dali do zrozumienia pijanemu uczestnikowi terapii grupowej, że przekroczył on granice i zasady, którymi kierowali się pacjenci w grupie terapeutycznej. Problem ten wyraźnie i dobitnie przedstawili sami pacjenci, którzy nie godzili się na takie zachowanie w miejscu, do którego przychodzą wytrzeźwieć, wiąże się on z uruchomieniem się czynników wyzwających, takich jak zapach alkoholu i napięta sytuacja

wśród pacjentów. Ze strony pacjentów była to właściwa reakcja – mówienie o tym, z czym się nie zgadzają i komunikowanie tego, co jest dla nich bardzo ważne. Traktowali to jako element budowania zdrowego środowiska, bez wyzwalaczy, nie akceptując tego, czego nie chcą. Komunikowanie się jest kluczowe dla całej aktywności człowieka. Decyduje o nabywaniu umiejętności życiowych, pozwala korzystać z doświadczeń wcześniejszych pokoleń¹⁷⁹.

4.1.2. Techniki posługiwania się językiem w psychoterapii uzależnień

Język jest głównym narzędziem w pracy terapeutycznej, której powodzenie zależy w pierwszej kolejności od zbudowania relacji pomiędzy terapeutą uzależnień a pacjentem, od pierwszego kontaktu do zakończenia lub przerwania terapii przez uczestnika. W zależności od skuteczności przekazu dzięki komunikacji można pozyskać dużo istotnych informacji, a ponadto od umiejętności posługiwania się językiem przez psychoterapeutę zależy jakość interakcji i oddziaływań, które mogą być kluczowe w procesie leczenia.

Pytania otwarte na rozpoczęcie

W sytuacji, w której terapeuta słabo zna uczestników lub chce poznać ich doświadczenia, zadaje pytania otwarte, czyli dające nieograniczone możliwości odpowiedzi¹⁸⁰. Zazwyczaj pierwsze słowa zachęcające do wypowiedzi pacjentów, które padają z ust terapeutów podczas sesji terapii grupowej, to: *poproszę teraz [imię pacjenta]* albo bez wskazania i w formie pytającej *kto chce zacząć*. W sytuacji, kiedy jacyś uczestnicy są pierwszy raz na terapii, pytanie dotyczy bardziej biografii pacjenta i przyjmuje postać: *to proszę, powiedz nam coś o sobie albo co byś chciał nam powiedzieć*. Pytania w formacie: *co się u Ciebie dzieje?* mają zachęcić do dzielenia się subiektywnymi historiami z własnego życia.

Pewnym rozwinięciem tego schematu jest pytanie o mechanizm powstania danej sytuacji, który umożliwi zrozumienie niekorzystnego położenia pacjenta. Przykładem takiego pytania otwartego, może być sformułowane przez jedną z terapeutek: *w jaki sposób to się dzieje?* Pytanie dotyczyło doświadczania przez pacjenta niepokojących zdarzeń, które wyzwały w nim bolesne emocje oraz niepewność i skutkowały ostatecznie brakiem zaufania do własnej partnerki. Tak to powiedział:

¹⁷⁹ A. Piłka, M. Sasin, *Arteterapia. Scenariusze zajęć*. Wyd. Uniwersytet Łódzki, Łódź, 2016. s.109

¹⁸⁰ R. B. Adler, L. B. Rosenfeld, R. F. Proctor (2021) *Relacja interpersonalna, proces porozumiewania się*. Wyd. Rebis, Poznań, s. 418.

Na grupie wcześniej tego nie pokazywałem, bo byłem po przepiciu i nie wiedziałem, jak to mam powiedzieć, dużo negatywnych odczuć, nie poradziłem sobie po raz kolejny, będę próbował, żeby to wszystko poukładać, chcę zmienić swoje życie, a jak mi się nie uda, to żyć dalej, dla mnie, na ten moment, jest co robić.

Pytania otwarte powodują, że pacjenci sami rozwijają temat wypowiedzi. W przytoczonej rozmowie, po pytaniu terapeutki, pacjent odpowiedział, że chce zmienić swoje życie. Rozmowa była kontynuowana:

Terapeutka: *A co chcesz zmienić w swoim życiu?*

Pacjent: *Swoje postępowanie i to co mnie spotkało, chce być bardziej odpowiedzialny za to, co robię, chce pracować nad własnym charakterem i zachować trzeźwy umysł.*

Pytania otwarte zwykle prowadzą do poruszenia ważnych kwestii, które umożliwiają ukierunkowywanie terapii, jak w tym przypadku, gdy terapeutka dowiedziała się, jak widzi proces trzeźwienia pacjent:

W trzeźwieniu może mi pomóc zmiana pracy, wszystko od tego zależy. [...] W roku mam tylko dwa tygodnie wolnego czasu i teraz jest to najdłuższy okres odpoczynku od pracy.

Pytania otwarte są bardzo istotnym elementem w prowadzeniu pracy terapeutycznej, ponieważ dostarczają ważnych danych w postaci faktów na temat życia, emocji, sposobu myślenia i zachowania pacjenta, np.: terapeutka zapytała pacjenta, jak układają się jego relacje w rodzinie. Z odpowiedzi pacjenta wynika, że jego sytuacja w kontaktach z rodziną stabilizuje się, a rozmowy z żoną i dziećmi przebiegają w przyjaznych warunkach, *było czuć, że wszystko w porządku, a dzieci i żona nie czuły napiętej atmosfery, nie było kutni.* W pytaniach otwartych badany udziela odpowiedzi spontanicznie, nie otrzymując do dyspozycji gotowych jej wariantów, pytania otwarte są nieskategoryzowane¹⁸¹.

Pytania otwarte nie tylko służą terapeutom, ale również samym pacjentom. W tym wypadku, jedno z pytań otworzyło refleksję nad własnym doświadczeniem uzależnienia. Pacjent odpowiedział sobie, co dla niego było uciążliwe, a co mogłoby mu pomóc w trzeźwieniu osłabiając przyczynę jego dysfunkcji.

Pytania otwarte i Dialog Sokratejski

Podczas szkolenia dla specjalistów psychoterapii uzależnień jeden z prowadzących podkreślił, że jednym ze sposobów wyrobienia w sobie nawyku prowadzenia sesji terapeutycznej jest Dialog Sokratejski. Jako początkujący terapeuta uzależnień, prowadząc

¹⁸¹ Daniel Dariusz Mider, *Sztuka i nauka formułowania pytań w badaniach ilościowych. Nowa rzeczywistość, nowe wyzwania*, Kultura i Edukacja 2021 nr 3 (133), s. 243–258.

sesje terapii indywidualnej i grupowej na Oddziale Leczenia Uzależnień, często przygotowywałem się do nich z wyprzedzeniem. Moją metodą przygotowania było rozpisanie problemu lub zagadnienia psychoterapeutycznego oraz utworzenie pytań, odnoszących się do danego zagadnienia, aby posługiwać się nimi podczas sesji terapeutycznej. Oczywiście, każdy początkujący psychoterapeuta ma swój sposób na uczenie się praktyki terapeutycznej, a ja szukałem swojego, dlatego, żeby być przygotowanym, mieć uważność na dany problem, wyciągać wnioski ze swojej pracy, wyrabiać w sobie nawyk pracy terapeutycznej. Lekkość poruszania się w danym obszarze terapeutycznym nabywa się z biegiem uprawiania praktyki.

Podjmując obserwacje badawcze prowadzonych przez siebie sesji terapeutycznych, zaraz po ich skończeniu, spisywałem ich przebieg. Wtedy zacząłem zdawać sobie sprawę, że dzięki temu bardziej skupiałem się na tym, co robię i uważniej przyglądałem się zadawanym pytaniom, analizując swoją pracę terapeutyczną, jakbym był własnym superwizorem. Zauważyłem, że mam nawyk głębszego poznawania danego problemu (wykopywania i wydobywania ważnych informacji od pacjenta). Wtedy przypomniałem sobie, że uczyłem się, jak wprowadzać Dialog Sokratejski do własnej praktyki terapeutycznej, co jak się okazało, właśnie robiłem.

Dialektyka Sokratejska jest sztuką prowadzenia zrozumiałej rozmowy w postaci zadawania pytań i udzielania bardzo konkretnych odpowiedzi¹⁸². Można to zilustrować przykładem z materiału badawczego:

Terapeuta: *Co byś mi powiedział na temat swojego uzależnienia od alkoholu?*

Pacjent: *W moim przypadku nie ma powrotu do kontrolowanego picia, jest to choroba, która może doprowadzić mnie do ciężkiego stanu, do jakiego się doprowadzałem. Uzależnienie kojarzy mi się z byciem bezsilnym.*

T.: *Czym według Ciebie jest uzależnienie?*

P.: *Uzależnienie to taki stan, który powoduje utratę kontroli nad picciem i jest to choroba.*

T.: *Czy o samym sobie myślisz, że masz problem z nadużywaniem alkoholu?*

P.: *Myślę i to często, i to codziennie, mam problem z nadużywaniem alkoholu.*

T.: *Jaki jest twój najdłuższy okres utrzymania trzeźwości.*

P.: *Najdłuższy mój okres utrzymania abstinencji, jaki miałem, trwał pół roku, miałem też tygodniowe czy nawet trzytygodniowe okresy przerwy od picia, teraz mam taki okres, ale też większy parasol ochronny.*

T.: *Co myślisz, gdy po takich okresach zaczynasz pić?*

¹⁸² A. Krokiewicz, *Sokrates. Etyka Demokryta i hedonizm Arystypa*, Wyd. Aletheia, Warszawa 2000, s. 61.

P.: *Wcześniej nic nie myślałem o tym, a teraz, że szkoda mi tyle tego straconego i zmarnowanego czasu na picie.*

Pacjent ten był już na terapii pięciokrotnie i znał problematykę poruszaną w zadawanych pytaniach, co ułatwiło mu znacznie rozumienie problemów terapeutycznych. Pacjent był na terapii przez tydzień i przez ten czas utrzymywał abstynencję od alkoholu. Podczas tej sesji terapeutycznej zacząłem obserwować z pacjentem, jak traci poczucie kontroli nad piciem, a moje pytania krążyły wokół tego problemu. Moją intencją było dążenie do wydobycia od pacjenta jak największej ilości konkretnych informacji, aby sam mógł zapoznać się z ważnymi dla niego informacjami w procesie zdrowienia:

T.: *Jak na tą chwilę radzisz sobie, ze swoim piciem?*

P.: *W ułożeniu sobie praktycznie wszystkiego od podstaw, trzeźwieniu, zmianie sposobu, w jaki żyję, zmianie pracy. Ostatnio [...] wierzę, że jest szansa na inną pracę. Chcę sobie też pospać w nocy, a nie chodzić do pracy. Z domu wychodzę o godzinie 18, a wracam o 6 rano. Jestem tym zmęczony.*

T.: *W jakich sytuacjach zaczynasz pić alkohol?*

P.: *W sytuacji stresu, przygnębienia, zmęczenia, niepokoju, rozdrażnienia, apatii i zubożenia, typowych objawów dla depresji.*

T.: *Czy chcesz przestać pić?*

P.: *Chcę przestać pić, na chwilę obecną, jest to jedyna szansa by funkcjonować i zachować pracę oraz poprawić relacje z rodziną.*

T.: *Co takiego utrudnia Ci realizację tych założeń?*

P.: *Sposób myślenia i zachowania się, chce bardziej być odpowiedzialny i dojrzeć do roli ojca i męża. Zachowuję się jakbym był kawalerem. Uważałem, że wszystko mi wolno i chciałem uchodzić za wyluzowanego, podchodziłem niedojrzale do życia i lekko.*

Dowartościowanie

Rozmowa terapeutyczna to nie tylko naprowadzanie pacjenta na bezpieczniejszy dla niego tok myślenia i interpretowania wydarzeń z własnego życia, ale również działanie w postaci dowartościowania. Przykładem takiej aktywności może być jeden z analizowanych przypadków, w którym terapeuta podkreślił pozytywy pacjenta. To wywołało w nim zaangażowanie i chęć dalszego udziału w sesjach terapeutycznych. Sposobem na dowartościowanie pacjenta było pochwalenie go, że jest pilnym uczniem i stara się odrabiać zadane mu „lekcje”. Chwalenie pacjentów było częstym elementem pracy terapeutycznej, szczególnie w przypadkach, kiedy pacjenci byli zaangażowani w proces terapeutycznych oraz w utrzymywanie trzeźwości.

Moc sprawcza niemal każdego dowartościowania wynika z faktu, że podkreśla ono jakiś kapitał pacjenta, jego siłę. Tym samym, jeszcze ją pomnaża. Jednak w niektórych przypadkach, pierwszym etapem działania musi być odkrycie wspomnianych potencjałów. Tak przebiegało to podczas jednej z analizowanych sesji:

Terapeuta określił razem z pacjentem, jego zasoby, pytając, co uważa on za swoje mocne strony. Pacjent zauważył u siebie pracowitość, natomiast terapeuta zauważył w pacjencie uprzejmość i szacunek do innych ludzi. Dowartościowanie jest rodzajem wzmocnienia, pacjent zakomunikował, że potrzebował pochwały, ponieważ w dzieciństwie nikt go nie chwalił, nie słyszał dobrej opinii na swój temat, często był wyzywany i karcony, a ojciec mu powtarzał, że nic z niego nie będzie.

W każdej psychoterapii tak naprawdę chodzi o to, by pacjent odpowiedział na trzy pytania: Czy jestem chciany? Czy spełniłem własne oczekiwania? Czy jestem dostatecznie otaczany miłością i ciepłem? Silne poczucie własnej wartości w dużej mierze przyczynia się do dobrego samopoczucia i akceptacji samego siebie. Prawdziwa miłość własna możliwa jest tylko w oparciu o silne poczucie własnej wartości¹⁸³.

Odzwierciedlenie

Najogólniej to ujmując, odzwierciedlenie to odbicie przez terapeutę emocji, toku rozumowania lub zachowań pacjenta. Dzięki temu, uczestnik terapii ma większą samoświadomość, bo widzi u terapeuty to, czego u siebie by nie zauważył. Jedna z terapeutek dostrzegła u pacjenta niepokój i zdenerwowanie, co odzwierciedliła, a pacjent potwierdził, że jest bardzo zaniepokojony, ponieważ w domu doświadcza częstych kłótni, które zamiast słabnąć, to się pogłębiają i nasilają. Pacjent narzekał, że w domu nie może się skupić i jest mu bardzo ciężko z tym, bo przechodzi częste załamania i nawet na terapii musi dusić złość w sobie. Terapeutka kontynuowała odzwierciedlanie, mówiąc, że pacjent jest rozgniewany. Uczestnik terapii potwierdził i powtórzył, że tłumi emocje, bo sobie z nimi nie radzi. Chciałby się nauczyć dawać innym do zrozumienia, co odczuwa, jednak często tylko zastyga w milczeniu i nie jest w stanie nic z tym zrobić. Terapeutka odzwierciedliła duszenie złości w sobie i zapytała, co wtedy robi pacjent. Na to pacjent, że sięga po alkohol, szczególnie w sytuacjach, kiedy przychodzi przygnębienie, a depresja dotyka pacjenta jesienią, kiedy wieczorami musi iść do pracy. Chciałby zostać w domu, ale nie ma na to wpływu, czuje wtedy bezsilność.

¹⁸³ P. Rohr (2014) *Sztuka doceniania siebie. Jak zyskać poczucie własnej wartości i pewności siebie*. Wyd. ESPE, Kraków, s.20.

Odzwierciedlanie nie musi dotyczyć tylko traumatycznych lub negatywnych emocji. Często nawet ważniejsze jest wzmacnianie pacjentów w zakresie ich pozytywnych cech. Ilustruje to kolejna sytuacja zarejestrowana w materiale badawczym:

Zadowolony pacjent powiedział, że czuje radość, terapeutka to odzwierciedliła. Zapytała: *Czujesz teraz radość?* Pacjent odpowiedział, że wewnątrz czuje się pozytywnie pobudzony i ma nadzieję, że można dostrzegać rzeczy dobre. Będąc trzeźwym, więcej się widzi i można odbudować to, co wcześniej się zepsuło, bo sam teraz tego doświadcza.

4.1.3. Struktura wypowiedzi w przebiegu sesji terapeutycznej

W trakcie terapii grupowej i indywidualnej, różne typy i metody komunikacji wykorzystywane są na różnych jej etapach. Nieco inne są wypowiedzi wprowadzające, te konstruowane w trakcie terapii, wypowiedzi w przerwie oraz wypowiedzi podsumowujące. Struktura wypowiedzi podczas sesji terapeutycznej jest liniowa, a wypowiedzi wymienione powyżej następują po sobie podczas sesji terapeutycznej.

Wypowiedź wstępna

Wypowiedź wstępna służy zazwyczaj przekazaniu pacjentowi niezbędnych informacji na temat terapii oraz ustaleniu reguł dotyczących pracy terapeutycznej. Terapeuci używają tego formatu wypowiedzi, gdy mają coś ważnego do przekazania, ale także jako stały element procesu terapeutycznego. Wprowadzenie takie jest szczególnie rozwinięte, gdy pacjent zgłasza się na terapię po raz pierwszy lub gdy sesja ma nietypowy charakter. Dobrym przykładem może być sesja terapeutyczna, na której obecny był badacz:

Terapeutka prowadząca przedstawiła wszystkim uczestnikom terapii badacza. Powiedziała, co bada, dlaczego przyszedł na tę właśnie sesję i co zamierza robić z tym, co zaobserwuje. Uczestnicy byli też pytani, czy zgadzają się na taką obecność.

Kolejne wypowiedzi wprowadzające odnoszą się do powitań i krótkich sprawozdań. Zwykle jest to pytanie: *jak ci minął dzień*, jeśli terapeuta spotyka się z pacjentami raz w tygodniu, to: *jak minął tydzień*. Pacjenci odpowiadają, co robili, gdzie byli, co im się udało, a co nie w danym dniu i tygodniu.

Jednak jeszcze przed pierwszą sesją grupową, pacjenci przechodzą wstępną terapię, która prowadzona jest w momencie pierwszego pojawienia się ich na rozmowie z terapeutą. Taka przed-terapia ogniskuje się na następujących działaniach:

- uzyskaniu jak największej ilości informacji o osobie uzależnionej, czyli przeprowadzenie z pacjentem wstępnej diagnozy,
- ustaleniu indywidualnego planu pracy terapeutycznej i stworzeniu przez psychoterapeutę podstaw do budowania relacji z pacjentem,
- ustalenia oraz omówienie czasu i zasad terapii.

Terapeuci dbają o to, aby pacjenci czuli się dobrze podczas pierwszego kontaktu z nimi, bo biorą pod uwagę, że są przez pacjentów oceniani z perspektywy pierwszego wrażenia, jakie na nich wywrą. To wrażenie, nawet jeżeli będzie mylące, może mieć poważny wpływ na poczucie bezpieczeństwa pacjentów oraz antycypowane przez nich zagrożenia, co z kolei nie pozostanie bez wpływu na dalszy proces budowania relacji terapeutycznej.

Rozwinięcie

Kiedy już wszystkie ceremonie powitalne zostaną zrealizowane, komunikacja przechodzi w swój standardowy format, który oparty jest na wypowiedziach w toku, czy w trakcie procesu terapeutycznego. Ten format ekspresji daje pacjentowi wiele możliwości wyrażenia siebie, ponieważ składa się z wypowiedzi o charakterze narracyjnym (doświadczenia pacjenta, rodzina, dramatyczne sytuacje), pytań i wyjaśnień. Praktycznie jest to najbardziej dynamiczna część sesji, która dominuje większą część pracy terapeutycznej. Wypowiedzi w procesie terapii to rozmowy, które dotyczą bardzo różnych tematów, obszarów, problemów i zagadnień. Na sesje terapii grupowej, które były przedmiotem analizy, przychodziło od sześciu do nawet piętnastu pacjentów. Dlatego nie zawsze dla wszystkich wystarczało czasu, nie zawsze też wszyscy chcieli się wypowiadać, mimo aktywizacji terapeuty. Przeciętny przebieg tej części pracy terapeutycznej przedstawia następujący przykład:

Terapeutka poprosiła pacjenta, aby opowiedział, w jaki sposób zaczął pić alkohol i brać narkotyki. Pacjent rozpoczął swoją przygodę z substancjami psychoaktywnymi w wieku szesnastu lat, zażywał amfetaminę, mefedron, dopalacze, kokainę oraz bardzo często palił marihuanę i pił alkohol. Największym problemem pacjenta było zażywanie narkotyków, wynikające z tego zadłużanie się u dealerów i problemy z regulowaniem długów. Przysparzało mu to kłopotów, szczególnie gdy nie spłacał należności w terminie i musiał oddawać więcej, niż był winien. Kilka razy próbował zerwać z nałogiem, ale zawsze wracał, w rezultacie już od dwudziestu lat zmaga się z problemem zażywania substancji psychoaktywnych.

Przez swoje uzależnienie pacjent popadł w liczne kłopoty, a nawet konflikty z prawem, bo został przyłapany z narkotykami i za ich posiadanie stanął przed sądem. W dorosłym życiu wprowadził w uzależnienie także swoją żonę, którą poznał będąc pod wpływem narkotyków. Żona pacjenta również uczęszcza na terapię i leczy się z powodu uzależnienia. Pacjent zdaje

sobie sprawę, że to on był inicjatorem zdarzenia, przez które przechodzi obecnie jego żona, a jego sytuacja rodzinna, jak twierdzi, nie jest ciekawa, bo trzyma się na włosku. Rodzice żony nie chcą z nim mieć żadnych kontaktów i zabronili mu nawet przychodzić do ich domu. Pacjent odurzał się wszędzie, w pracy, w domu i wśród przyjaciół. Pacjent deklaruje, że ma świadomość, że pewnego dnia może stracić wszystkich bliskich i że nadszedł już czas, aby wszystko zmienić, bo nadal widzi szansę naprawienia zepsutych relacji.

Terapeutka podkreśliła fakt, że uczestnik tylko mówi, że chce na poważnie zaangażować się w związek, bo nie idą za tym odpowiednie działania. Spytała też, co mu pomaga w utrzymywaniu abstynencji. Pacjent mówi, że ma pasję i lubi uprawiać sport, często rano biega po lesie, ale przede wszystkim unika kolegów z którymi zażywał narkotyki. Jeśli chodzi o miejsca, to narkotyki brał często w lesie, tam gdzie teraz biega, chodził tam palić marihuanę i pić alkohol. Wtedy się tam odprężał, brał do kieszeni piwo, skręta lub woreczek z marihuaną i chodził po lesie zrelaksowany. Ostatnio jednak zmienił nawyki, biega, chodzi na siłownię i na basen. Pacjent potwierdził, że zdaje sobie z tego sprawę, że pali marihuanę od dziesięciu lat, brał też inne używki, jednak teraz jest zdeterminowany zmienić swoje nawyki. Terapeutka zapytała pacjenta o konsekwencje poprzedniego trybu życia. Pacjent odpowiedział, że robił różne głupie rzeczy, nawiązywał ryzykowne kontakty, uczestniczył w bójkach i dewastacji mienia, przeżywał ostre kłótnie w domu. Jednak teraz, kontakt z rodziną jest dla niego bardzo ważny.

Ten nieco dłuższy fragment zapisków obserwacyjnych ukazuje niemal wszystkie formy wypowiedzi etapu rozwinięcia. Zaczyna się od narracji autobiograficznej, uzupełnionej wprowadzeniem dodatkowego aktora, czyli żony pacjenta. Potem terapeutka zadaje pytania o straty oraz siły wspomagające wychodzenie z uzależnienia, co skłania pacjenta do rozwinięcia historii swojego życia, ale również mobilizuje go do krytycznej autorefleksji i osobistego bilansu, co ważne w kontekście podejrzeń terapeutki, że pacjent nie wdraża zaleceń w życie. Jedną z najważniejszych motywacji w przypadku tego pacjenta, okazuje się relacja z żoną i rodziną. Kontakt z rodziną można więc postrzegać jako katalizator zmian w planowaniu pozytywnych strategii życiowych¹⁸⁴. W tym sensie praca terapeutyczna, podejmowana na tym etapie z tym pacjentem, polega na zastępowaniu życzeniowego myślenia działaniem i rzeczywistymi zmianami zachowania¹⁸⁵.

Poza pytaniami i innymi elementami rozmowy, w ramach tej fazy spotkania terapeutycznego, realizowane są również różne zadania i ćwiczenia z pacjentami. Mogą to być zadania polegające na przygotowaniu jakichś wniosków na kartce, a potem zaprezentowanie

¹⁸⁴ A. Cieślukowska-Ryczko (2022) *Rodzice więźniów. Studium doświadczeń*, Wyd. UŁ. s.27.

¹⁸⁵ E. Nęcka, J. Orzechowski, B. Szymura (2006) *Psychologia poznawcza*, Warszawa, s. 421.

ich grupie, ale również psycho- i socjodramy, treningi umiejętności społecznych albo radzenia sobie z emocjami czy agresją.

Rozmowy w przerwach

Jak w każdej instytucji, również w Ośrodkach Leczenia Uzależnień są spotkania formalne oraz mniej formalne. Do tych drugich należą rozmowy toczone przed oraz po sesji, ale przede wszystkim podczas przerw. Niezależnie od pogody, w przerwie sesji terapeutycznej pacjenci poradni uzależnień N.Z.O.Z. udają się w okolice wejścia do kliniki, jest to miejsce, w którym rozmawiają zarówno palący, jak i niepalący, jednak bez obecności terapeuty. W tym samym czasie, terapeuta zwykle idzie do swojego gabinetu i robi sobie kawę lub herbatę. Podczas przerwy pacjenci, korzystając z nieobecności terapeuty, komentują wydarzenia mające miejsce podczas sesji, ale również po prostu rozmawiają o zupełnie innych sprawach. Dzięki temu mogą się lepiej poznawać i budować wewnętrzne więzi, które potem mogą mieć istotne znaczenie, kiedy któryś z uczestników będzie potrzebował koleżeńskiego wsparcia. Przed klinikę wyszli pacjenci palący papierosy, do grupy terapeutycznej niedawno dołączył młody chłopak, który na pytanie uczestnika terapii, skąd pochodzi, odpowiedział, że z Konina, bo słyszał, że w klinice w Kleczewie terapię prowadzą dobrzy terapeuci. Dodał, że ośrodek polecili mu znajomi, którzy wcześniej się tam leczyli i byli zadowoleni z otrzymanej pomocy. Młody uczestnik terapii zapalił papierosa i poczęstował nim nowo poznanego kolegę.

Nieco inaczej przerwy są zorganizowane w drugiej badanej poradni. Miejscem przerwy w prywatnym ośrodku leczenia uzależnień jest kuchnia, w której pacjenci i personel najczęściej spotykają się na rozmowy, piją kawę lub herbatę, wspólnie jedzą posiłki czy omawiają różne tematy. Podobnie jak poprzednio tematyka jest bardzo różna i czasami dotyczy wydarzeń mających miejsce podczas sesji, a czasami nie. W przypadku prywatnej kliniki, w rozmowach takich często uczestniczy jednak terapeuta, co pozwala włączyć go w budowaną nieformalnie wspólnotę zaufania. Spotkanie wszystkich ze wszystkimi, jest również odbierane jako oznaka interakcyjnej równości: razem palą, razem piją herbatę, wspólnie rozmawiają. Spotkania w kuchni mają niekiedy nietypowy przebieg. Podczas jednej z obserwowanych w ośrodku prywatnym przerw, kierownik kliniki i pacjent rozmawiali o montażu pieców gazowych. Właściciel planował w swoim domu wymianę całej infrastruktury gazowej i dlatego przyszedł zapytać pacjenta, który prowadzi taką firmę, jak to się robi. W tym wypadku doszło do odwrócenia kierunku przepływu wiedzy, bowiem pacjent, bazując na swojej wiedzy profesjonalnej, uczył kierownika ośrodka. Takie sytuacje jeszcze bardziej wzmacniają symetryczność relacji, dając wszystkim uczestnikom przekonanie, że są tak samo ważni.

Wypowiedzi podsumowujące

Podsumowanie to częściowo zrytualizowane zakończenie sesji terapeutycznej. W większości przypadków, terapeuta prowadzący takie spotkanie zadaje pacjentom na koniec podsumowujące pytania. Zakończenia te były bardzo różne, jednak najczęściej pacjenci opowiadali, jaka była ich sytuacja w danej chwili. Pacjent, który był na terapii przez dwa tygodnie, zakończył ją następującymi słowami:

Nie miałem już sił i sam siebie oszukiwałem, więc zadzwoniłem i zapisałem się i do Poradni Terapii Uzależnień. Jedna z sióstr już wie o mojej decyzji, a druga będzie zaskoczona, bo nie ma takiej imprezy, na której bym się nie napił. Muszę się zamknąć daleko od swoich znajomych.

Psychoterapeuta skomentował to tak:

Bardzo potrzebne jest wyciszenie i skupienie się na sobie. Kiedy będziesz mniej niespokojny, zaczniesz lepiej planować swój dzień, małymi krokami, a nie wszystkimi naraz.

Pacjent odpowiedział, że najlepiej się nad sobą nie użalać. Przypadek tego końcowego stwierdzenia, wyraźnie ujawnia nierozwiązaną sytuację pacjenta, a sam sposób mówienia wynika z niepokoju wywołanego jego niestabilną sytuacją, która może się jeszcze pogorszyć po wyjściu. Wywołało to komentarz innego pacjenta, który stwierdził, że *wszyscy mamy przechłapanie*.

Podsumowanie jest zwykle rozumiane jako ogólne i zwarte przedstawienie jakichś spraw, problemów lub wydarzeń¹⁸⁶. Jednak, jak zostało to przedstawione powyżej, końcowe wypowiedzi pacjentów nie zawsze są takimi krótkimi, standardowymi, grzecznościowymi podsumowaniami typu *kończę z satysfakcją* lub *jestem wyciszony*, choć i takie zdarzały się nawet na tej samej sesji.

Na zakończenie terapii psychoterapeuta zwykle pytał uczestników, co osiągnęli, co wynieśli z terapii, z jakimi myślami wyszli, czy terapia przyniosła oczekiwane korzyści. Do odpowiedzi na takie pytanie, zgłosił się jeden z pacjentów, który stwierdził, że powinien przyjrzeć się temu, co robi, szczególnie jeżeli chodzi o picie napojów energetycznych, bo zwracali mu na to uwagę podczas terapii zarówno pacjenci, jak i psychoterapeuta. Za namową kolegów z terapii i terapeuty, pacjent planuje sprawdzić, jak się zachowa, kiedy zrezygnuje z napojów energetycznych, bo pije ich dużo i często. Terapeuta zasugerował, żeby pacjent nie robił niczego pod presją, a do nowej sytuacji podszedł bardzo spokojnie oraz ostrożnie, szczególnie teraz, gdy próbuje odstawić substancje psychoaktywne. Wszystko musi przemyśleć, żeby nie popełniać kolejnych błędów. Uczestnik terapii przyznał, że często robił

¹⁸⁶ Słownik języka polskiego, <https://sjp.pwn.pl>.

różne rzeczy pochopnie, nie był zbyt uważny na siebie, a gdy pojawiały się negatywne emocje, reagował spontanicznie, chcąc się ich pozbyć, uciekając w narkotyki lub przyjemności. Terapeuta zachęcał pacjenta, aby nawet po skończeniu terapii kontynuował rozpoznawanie własnych emocji i mówienie o nich. Kluczowe kompetencje dotyczące emocji to: postrzeganie emocji, wspomaganie myślenia emocjami, rozumienie emocji i zarządzanie emocjami, czyli umiejętność modyfikowania emocji własnych i cudzych¹⁸⁷.

Inny pacjent kończył terapię usatysfakcjonowany, bo dowiedział się o rzeczach, których wcześniej nie znał i nie rozpoznawał ich w sobie, a dzięki terapii widzi teraz więcej. Jeszcze inny postanowił, że przyjrzy się swojej złości, opíše swoją złość i porozmawia o niej na kolejnej terapii, po czym terapeuta dopowiedział, że pacjent tak naprawdę dopiero zaczyna pracować nad własnymi emocjami. Na koniec spotkania terapeutycznego pacjent stwierdził, że cieszy się, że przyszedł na terapię, bo do tej pory nie miał z kim rozmawiać o swoich problemach, a potrzebuje o nich rozmawiać i na terapii mógłby to robić:

Bardzo dobrze się czuję tutaj z wami, przychodzenie na grupę terapeutyczną dużo mi daje, ponieważ lepiej poznaję siebie, ale przede wszystkim mam z kim rozmawiać o własnych problemach, z którymi się na co dzień borykam i z którymi samemu nie mogę dać sobie rady.

Kolejny pacjent stwierdził, że terapia dodaje mu sił i podnosi go na duchu. Nie wie jeszcze, jaką decyzję podjąć w sprawie rozstania z żoną. Zobaczy, jak wszystko ułoży się z czasem i nie będzie się spieszył, bo w przeszłości podejmował pochopne decyzje, które zawsze kończyły się złymi skutkami.

Są też pacjenci, którzy wnoszą bardziej ogólne, wręcz podstawowe przekonania, np. że lepiej żyć na trzeźwo, że dobrze jest mieć wsparcie grupy osób zmagających się z podobnymi problemami, że potrzebna jest wzajemna motywacja do pracy nad sobą. Jeszcze inni deklarują, że w grupie czuje się bezpiecznie i dobrze, wyrażają też przekonanie, że jeżeli będą trzymać się zaleceń, będą mogli wiele dla siebie zrobić. Niektórzy uczestnicy wyrażają smutek, bo będzie im brakować spokoju, jaki daje terapia, szczególnie, że atmosfera w ich domach nierzadko jest napięta i burzliwa.

Na sam koniec, terapeuta dziękuje wszystkim i zaprasza na kolejną sesję terapeutyczną.

Zaburzenia komunikacyjne pracy terapeutycznej

Nie zawsze sesja terapeutyczna przebiega zgodnie z planem, w zebranych materiałach pojawiały się przypadki mniejszych lub większych zaburzeń komunikacyjnych. Były to

¹⁸⁷ Mayer J. D., Salovey P., (1999), *Czym jest inteligencja emocjonalna?* [w:] Salovey P., Sluyter D. J. (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, Poznań: Dom Wydawniczy „Rebis”, s. 23–69.

sytuacje, które miały miejsce w innych ośrodkach i zostały przywołane przez pacjentów i terapeutów. Pierwszy incydent dotyczył terapeutki, która została wyzywana przez pacjenta i nie potrafiła opanować swoich emocji. Nie wiedziała co robić w takiej sytuacji i bardzo bała się eskalacji agresji. Na szczęście, pacjent szybko uspokoił się, jednak terapeutka nie była w stanie dalej prowadzić sesji i wyszła z sali roztrzęsiona. Znaczącą rolę odegrali inni uczestnicy sesji, którzy zaczęli wspierać terapeutkę. W tym przypadku doszło do zamiany ról w zakresie wsparcia. Inna terapeutka komentując podobne zajścia, podsumowała: *może tam bardziej terapeuta musi przystosować się do pacjenta, powody mogą być różne, a terapeuci, którzy tam pracują, może mają ciężką pracę, może to jest kwestia organizacji terapii, przestrzegania zasad lub postawienia granic.*

Zdarza się, że arogancka i agresywna postawa charakteryzuje terapeutę. Jedna z pacjentek opowiedziała, że kiedy była w innym ośrodku, widziała, jak psychoterapeuta źle traktował inną uczestniczkę terapii. To doświadczenie było na tyle traumatyczne, że uczestniczka terapii wycofała się z relacji z terapeutami i chciała jak najszybciej opuścić tamten ośrodek. Skomentowała to zdarzenie następująco: *Kiedy idzie się w takie miejsce, to ludzi powinno traktować się na odpowiednim poziomie, a nie z góry i jeszcze mówiąc na pacjentów menele.*

Nie zawsze negatywna postawa pacjenta bądź terapeuty zaburza przebieg sesji. Terapeutka przypominała sobie również inny incydent, gdy w trakcie jednej z sesji terapeutycznych jedna z uczestniczek zaczęła rodzić, co sparaliżowało terapeutkę do tego stopnia, że nie wiedziała, co robić. Dopiero pacjentki, które były na grupie zajęły się wszystkim: wezwały pogotowie, pielęgniarkę i wsparły rodzącą koleżankę. Zdaniem terapeutki była to sytuacja, na którą nie była ona psychicznie i merytorycznie przygotowana, czego nie można powiedzieć o innych uczestniczkach terapii, które stanęły na wysokości zadania. Opieka międzyludzka w pełni urzeczywistnia się, gdy mogą jej doświadczać w dostatecznym stopniu wszyscy potrzebujący¹⁸⁸.

4.2. Interakcje i relacje w procesie terapeutycznym

Leczenie ambulatoryjne, które jest przedmiotem badań, charakteryzuje się tym, że uczestnik terapii poza sesjami terapeutycznymi przebywa w swoim środowisku życia (rodzinnym, zawodowym, miejscu zamieszkania). Interakcje, które zwykle występują w

¹⁸⁸ L. Albański, S. Gola (2013) *Wybrane zagadnienia z pedagogiki opiekuńczej*, Wyd. KPSW, Jelenie Góra, s. 22.

procesie psychoterapii uzależnień, to proces wzajemnego oddziaływania psychoterapeuty i pacjenta, pacjentów na siebie oraz interakcje pacjenta z jego środowiskiem społecznym (otoczeniem zewnętrznym). Interakcja obejmuje nie tylko fizyczne i obserwowalne aspekty komunikacji, ale również wymiar symboliczny. Interakcja może przybierać formę współpracy, negocjacji, konfliktu, może zachodzić przy fizycznej lub wirtualnej obecności ale również nieobecności rozmówców współtworzących sytuację komunikacyjną¹⁸⁹.

Proces terapeutyczny współtworzony jest zarówno przez prowadzących terapeutów, jak i pacjentów. Według Ewy Marynowicz-Hetki, rzeczywistość społeczna nie jest raz na zawsze dana, ale współtworzona przez aktorów i podlega zmianom, ma zatem charakter relacyjny¹⁹⁰. Pacjenci najczęściej opowiadają terapeutom o własnych doświadczeniach związanych z uzależnieniem, rozmawiają też z nimi o sposobach radzenia sobie z tymi trudnościami. Terapeuci dodatkowo korzystają z różnych narzędzi pracy kontaktowej, do których zaliczają się zadawanie pytań, empatyczne rozumienie (wczuwanie się w sytuację) i odczytywanie przekazów niewerbalnych pacjentów. Proces świadomego, celowego i metodycznego konstruowania i modyfikowania interakcji jest w literaturze przedmiotu nazywany pracą interakcyjną. Ten typ pracy jest jednym z odkryć symbolicznego interakcjonizmu, empirycznie zilustrowanym w latach 80. XX w. przez Anselma Straussa z zespołem¹⁹¹.

Długotrwałym efektem pracy interakcyjnej są relacje. Już w klasycznych ujęciach pojęcia te były ze sobą wiązane lub niemal utożsamiane. Florian Znaniecki zakładał, że relacje społeczne są rodzajem interakcji zachodzących między jednostkami i jako takie są elementami systemu działań społecznych¹⁹². W profesjonalnej literaturze adresowanej do terapeutów, często wspomina się relacje interpersonalne, które wydają się efektem niemal całkowitego połączenia tych dwóch kategorii. Z perspektywy zebranego materiału, warto jednak wskazać na różnicę między interakcją, która jest dynamicznym aspektem pracy terapeutycznej, a relacją, która jest bardziej statycznym wytworem tej pracy, emocjonalnie i biograficznie wiążącym uczestników działania.

Tak rozumiana relacja terapeutyczna pacjenta z psychoterapeutą uzależnień, jest czynnikiem decydującym o powodzeniu procesu trzeźwienia, ponieważ od jej jakości zależy,

¹⁸⁹ W. Wilczyńska (2002) *Słowniczek najważniejszych pojęć dotyczących autonomizacji*, (w) *Autonomizacja w dydaktyce języków obcych. Doskonalenie się w komunikacji ustnej*. (red. W. Wilczyńska), Wyd. Naukowe UAM, Poznań, str. 317-335. S. 321.

¹⁹⁰ E. Marynowicz-Hetka. (2018) *Pedagogika społeczna*. Wyd. PWN, Warszawa, s. 33.

¹⁹¹ A. Strauss, S. Fagerhaugh, B. Suczek, C. Wiener, (1985) *Social organization of medical work*, University of Chicago Press.

¹⁹² F. Znaniecki (2011) *Relacje społeczne i role społeczne: niedokończona socjologia systematyczna*, przełożenie E. Hałas, Wyd. PWN, Warszawa, s. 21.

jak będzie przebiegał proces zdrowienia i motywacja do pracy z pacjentem. Relacje decydują o tym, które cechy i działania terapeuty będą oddziaływać na pacjenta i z jaką intensywnością, czy będą miały pozytywny wpływ, czy negatywny. Generalnie w psychoterapii mówi się o relacji wspierającej, która nawiązuje się na bazie empatycznego odniesienia do sytuacji pacjenta. Psychoterapeutą, który opisał ten proces, był Carl Rogers, który interesował się relacjami pomagającymi pacjentom w radzeniu sobie z zaburzeniami psychicznymi. Według niego, relacja wspierająca wymaga, by przynajmniej jedna ze stron wspomagała wzrost, rozwój, funkcjonowanie i zdolność radzenia sobie w życiu drugiej strony. Innymi słowy, relację wspomagającą można zdefiniować jako taką, w której intencją jednej ze stron jest ujawnianie, docenianie i funkcjonalne wykorzystanie utajnionych zasobów wewnętrznych drugiej jednostki¹⁹³.

Ogólne rozumienie relacji, przedstawiane jest w kategoriach doświadczania więzi, gotowości do emocjonalnego zaangażowania i wzajemnej intelektualnej uwagi. Relacja jest najważniejszym elementem składowym społeczeństwa, który – z jednej strony – wpływa na samopoczucie, rozwój osobisty i jakość kontaktów z innymi ludźmi, z drugiej, umożliwia powstawanie grup, społeczności i społeczeństw.

Relacja psychoterapeutyczna uznawana jest za najważniejszy element procesu terapeutycznego, ponieważ od relacji, jaką terapeuta wypracuje z pacjentem, zależy będzie tworzenie bezpiecznej przestrzeni rozmowy, która jest ważnym środkiem rozbijania wewnętrznych oporów, mechanizmów i uprzedzeń pacjenta oraz źródłem komunikatów zwrotnych. W budowaniu relacji terapeutycznej ważne jest wykazanie się empatyczną komunikacją, potwierdzanie, że pacjent jest akceptowany i rozumiany, bo to w efekcie buduje zaufanie do prowadzącego terapię. Relacja, by była terapeutyczną, wymaga obecności terapeutycznej terapeuty, czyli bycia obecnym w terażniejszości, bez osądzania i bez oczekiwania¹⁹⁴.

Terapeuci uczestniczący w badanych sesjach, mówiąc o relacjach, rozróżniali dwa podstawowe ich typy: kontakt wewnętrzny z samym sobą (poznawanie siebie, zdolność opisywania własnych przeżyć, myśli i emocji) oraz zewnętrzne więzi z otoczeniem społecznym, rodziną, przyjaciółmi i znajomymi z pracy.

¹⁹³ C. R. Rogers (2021) *O stawaniu się osobą*. Wyd. Rebis. Poznań, s. 68.

¹⁹⁴ S. M. Geller, L. S. Greenberg (2017) *Obecność i zaangażowanie psychoterapeuty. Poszukiwanie efektywnej psychoterapii*. Wyd. Zielone Drzewo. Warszawa, s.64.

4.2.1. Inicjowanie relacji terapeutycznych

Zbudowanie relacji terapeutycznej wymaga pracy i metodycznego działania, w szczególności, kiedy pojawia się nowy uczestnik terapii, który nie zna grupy. W takich sytuacjach, terapeuci zwykle go obserwują, oceniając na ile czuje się pewnie i starają się stopniowo zachęcać go do aktywnego udziału w interakcjach. Tak to wyglądało podczas jednej z sesji:

Nowy pacjent czuł się nie swoje w grupie i zachowywał się tak, jakby był na obcym terytorium. Wypowiadał się niepewnie i nie nawiązywał kontaktu z innymi pacjentami. Po krótkim przedstawieniu siebie, kilkoma zdaniem przedstawił historię swojego uzależnienia i zakomunikował, że nie ma nic więcej do powiedzenia. Na następnej sesji ten sam pacjent podobnie skrótowo się wypowiadał. Terapeutka tego nie komentowała, dawała mu komfort decydowania o zakresie i formie wypowiedzi.

Strategią terapeutki, jak się okazało później, była metoda budowania relacji z pacjentem małymi krokami. Po pewnym czasie okazało się, że pacjent był rozdrażniony, miał natrętne myśli i czuł się rozbity psychicznie, bo słabo dochodził do porozumienia z własną rodziną. Ta sytuacja utrudniała mu budowanie relacji w grupie terapeutycznej.

Terapeuci zwykle informują nowych pacjentów, że będą w szczególny sposób ich wspierać. Dają im do zrozumienia, że są po to, żeby ich wysłuchać, doradzić i pomóc. Terapeuci zwykle też chcą by każdy uczestnik terapii czuł się od początku akceptowany, ale również by zaakceptował, że relacje terapeutyczne zogniskowane są na pracy. Tak to przedstawił jeden z terapeutów:

Każdy terapeuta na terapii ma do wykonania swoją pracę, jak i pacjent, a powinien to zrobić, tak, jak najlepiej potrafi. Najważniejszy udział w terapii, jest Twój, bo to Ty, musiałeś i nadal będziesz musiał decydować o sobie i dokonywać wyboru, czy będziesz chciał się leczyć.

Skuteczne nawiązywanie relacji z pacjentami często jest utrudnione z powodu uprzedzeń oraz przymusowym skierowaniem osoby uzależnionej na sesję terapeutyczną. W przypadku stereotypów, które utrudniają rozmowę, terapeuci zwykle nie komentują wypowiedzi pacjentów, tylko rozmawiają o bieżących problemach. Z kolei uczestnicy wysyłani na terapię wbrew własnej woli, często opierają się namowom terapeutów do większej aktywności, a jeżeli już je podejmują, to wypowiadają się bardzo ogólnikowo, ostrożnie i kontrolują, co mówią. Nawet jednak w tych przypadkach, przedstawiona wcześniej metoda małych kroków zwykle okazuje się skuteczna. Pulczyn, autor jednaj z bardziej znanych w środowisku terapeutycznym książki, przywołuje wypowiedź pacjentki, która podkreślała, że

potrzebuje relacji terapeutycznej, bo ona zmienia jej życie i każdemu zaleca kontakt z terapeutą. Sama już utrzymuje zdrowe relacje z otoczeniem, otworzyła się na ludzi i realizuje się w pracy. Mimo to, terapia cały czas dostarcza jej wielu wskazówek na rozwijanie zdrowych relacji¹⁹⁵.

Jak widać, istotnym uwarunkowaniem działań „relacjotwórczych” są treningi i literatura fachowa. W podręcznikach terapii uzależnień i na specjalistycznych szkoleniach, podkreśla się, że właściwa i dobra relacja pomiędzy psychoterapeutą a pacjentem jest niezbędnym warunkiem skutecznej terapii. Cechy dobrego kontaktu z osobami z uzależnieniami przedstawiane są następująco:

- Bezpieczeństwo zapewniające stabilizację i spokój. Poczucie bezpieczeństwa jest niezbędnym warunkiem pomagania. Jeżeli pacjent ma terapeutę opowiedzieć o swoich problemach, musi poczuć się bezpiecznie, nie może obawiać się, że uzyskane w ten sposób informacje zostaną wykorzystane.
- Budowanie zaufania. Ważna jest otwartość terapeuty i umiejętność mówienia o sobie, ujawniania, tego, co się myśli. Istotne przy tym jest, aby nie oceniać i nie osądzać człowieka, lecz by wczuwać się w jego emocje, być empatycznym.
- Słuchanie. Umiejętność skupienia się na rozmówcy, uważne słuchanie tego, co mówi pacjent, ale również zauważanie komunikatów niewerbalnych.
- Emanująca wiara i nadzieja. Wspieranie pacjenta w pracy nad sobą, utwierdzenie w tym, że może żyć inaczej, jest ważne, ale o wiele ważniejsze jest to, aby sam terapeuta widział w pacjencie możliwości skutecznego leczenia uzależnienia. Dając innym nadzieję, musimy sam mieć ją w sobie.
- Autentyczność. Polega ona na byciu naturalnym w kontakcie terapeutycznym, na tym, by nie udawać kogoś, kim się nie jest.
- Monitoring. Śledzenie tego, co się dzieje w kontakcie między terapeutą i pacjentem. W trakcie spotkań terapeutycznych, należy przyglądać się temu, jak działania terapeuty wpływają na pacjenta, jaki przynosi to rezultat terapeutyczny.
- Ustalenie planu. Postulat ten odnosi się do kierunku kolejnego spotkania, który powinien być uzgodniony wspólnie z pacjentem¹⁹⁶.

¹⁹⁵ T. Pulczyn (2011) *Wspinaczka o ludziach, którzy wytrwali w drodze na szczyt*. Wyd. Promic. Warszawa. s.86.

¹⁹⁶ A. Długosz, *Narkomania, ucieczka donikąd. Co robić, aby chronić dzieci i młodzież przed uzależnieniami*. Wyd. DWN. Częstochowa, 2007. s.88.

4.2.2. Interakcje podczas sesji terapeutycznej

Interakcje w grupie terapeutycznej są narzędziem, dzięki któremu rozpoczyna się proces zmian w kształtowaniu własnego myślenia i postawy wobec trzeźwego życia. Dostarczają one wskazówek, jak przezwyciężać problemy oraz budować zdolność wyrażania, dyskusowania i kontrolowania własnych emocji, zachowań i działań. Interakcja psychoterapeuty uzależnień z pacjentem jest zatem bazą pracy terapeutycznej i zarazem sposobem komunikowania się. Obserwacja interakcji ukazuje stopień wpływu i zaangażowania psychoterapeuty, ale również zainteresowanie pacjenta. Wartość społeczna interakcji w pracy terapeutycznej jest bardzo istotna dla pacjenta w procesie leczenia, gdyż komunikaty, które otrzymuje w grupie terapeutycznej, użytkowane są jako rekomendacje w interakcjach z innymi ludźmi. Stwarzają też one sytuację uczenia się umiejętności komunikacyjnych oraz możliwości innego patrzenia na własne życie. Samo uczestnictwo w psychoterapii, postrzeganej jako praktyczna edukacja społeczna, pozwala w bezpiecznych warunkach przeanalizować i przećwiczyć daną sytuację problemową. Otwiera to możliwość testowania i korygowania zachowań zdrowotnych, przed wdrożeniem ich w prawdziwym środowisku życia.

Interakcje diagnostyczne i recenzyjne (eksperckie)

Ważnym celem początkowych etapów terapii jest rozpoznanie, czyli diagnoza sytuacji pacjenta. Sam dyskurs tematyzowania i problematyzowania jest przedstawiany w innych rozdziałach, teraz analiza będzie zogniskowana na rodzajach interakcji diagnostycznych podejmowanych podczas sesji terapii grupowej.

Dobrą ilustracją pierwszego typu może być poniższa sesja:

Pacjent skarżył się, że ma bardzo chłodną relację z żoną i dziećmi (córka ma dwadzieścia lat, a syn osiemnaście). Zadeklarował, że bardzo chciałby poprawić swoje relacje rodzinne, bo jego zdaniem nieporozumienia i złośliwe wymiany zdań pojawiają się z byle powodu. Skutkuje to negatywnymi nastrojami i brakiem chęci na spokojną rozmowę nawet przez cały tydzień. Terapeutka uświadomiła pacjentowi, że jego rodzina potrzebuje czasu, aby wybaczyć to, co robił, gdy pił. Sprawiał wtedy dużo kłopotów w domu, wszczynał kłótnie z żoną i obrażał syna, z tego też powodu, jego córka nie miała warunków, żeby się uczyć. Terapeutka stwierdziła, że jest za wcześnie na powrót do normalnych relacji i zaleciła pacjentowi wczucie się w sytuację poszczególnych członków jego rodziny. Pacjent uświadomił sobie, że nie ma z kim rozmawiać o swoich problemach i że każdy członek jego rodziny mieszka w osobnym pokoju, syn wychodzi z kolegami albo gra w gry, córka siedzi tylko ze swoim chłopakiem, a żona ma swoje sprawy oraz pracę i zamyka się w swoim pokoju. Terapeutka

podsumowała to następująco: *jak nie mieli ojca, to każdy zaczął sobie organizować życie po swojemu*. Terapeutka zaleciła pacjentowi, aby powoli zaczął robić porządek z samym sobą, a potem podjął kroki w celu naprawiania relacji rodzinnych, poprzez wspólny obiad, wyjście do kina lub wyjazd z rodziną na wycieczkę. Uczestnik stwierdził, że u niego w domu nie było takiego zwyczaju, aby rodzina jadła razem.

Informację o złych relacjach w domu, które skutkują brakiem chęci rozmowy oraz przekonanie pacjenta, że pojawiają się one z byle powodu, terapeutka skontrowała własną diagnozą, że prawdziwe przyczyny nie są błahe i rodzina potrzebuje czasu, przede wszystkim żeby wybaczyć pacjentowi to, jak się zachowywał wcześniej. Następnie terapeutka zaproponowała ćwiczenie postawienia się w sytuacji bliskich, na co uczestnik odpowiedział inną refleksją, dotyczącą odizolowywania się poszczególnych członków rodziny. Terapeutka podsunęła mu interpretację tego faktu, która z powrotem zogniskowała rozmowę na uzależnieniu oraz jego skutkach (*nie mieli ojca*), od razu sugerując inną kolejność działań (najpierw praca nad sobą, potem relacje z rodziną). Pacjent krytycznie odniósł się do zaproponowanych sposobów działania, nie krytykując jednak samego kierunku. Terapeutka starała się nawiązywać do wypowiedzi pacjenta (interakcja) ale jednocześnie reorientować jego interpretacje i zamiary (praca nad interpretacją oraz planem działania). Z tych względów, przyjęty w tym przypadku wariant interakcyjny można nazwać eksperckim, jako że terapeutka kierowała przebiegiem rozmowy, wykorzystując swoje doświadczenie profesjonalne.

Wariant ekspercki ma swoją dyrektywną odmianę, w przypadkach, w których terapeuta formułuje swoje zalecenia w oderwaniu od wypowiedzi czy oczekiwania uczestnika terapii. W materiale badawczym znajdują się przypadki sesji, podczas których pacjenci mieli wrażenie, jakby terapeuci podejmowali rolę dyrygenta, nakazującego pacjentowi takie, a nie inne postępowanie. Wrażenie takie bywało wzmacniane gestami, jak np. wskazywaniem pacjenta, do którego adresowane jest zalecenie, długopisem.

Interakcje wspierające

Często zdarza się w pracy terapeutycznej, że pacjent nie tyle potrzebuje wyznaczenia mu kierunku działania, co wsparcia, by miał siły i nadzieję na zmianę. Przedstawia to przebieg innej sesji terapii grupowej:

Na prośbę terapeutki o nazwanie relacji z rodziną, uczestnik terapii odpowiedział, że są one beznadziejne i że często wdaje się w niekorzystne relacje z innymi ludźmi, które zwykle go ranią. Opowiedział jako przykład takich doświadczeń, o swoim koledze, który go wielokrotnie zawodził i finalnie oszukał na dużą sumę pieniędzy. Twarz pacjenta wyglądała, jakby

przeżywała tę sytuację na nowo i na chwilę zapadła nawet cisza. Terapeutka swoją postawą niewerbalną i werbalną pokazała, że okazuje pacjentowi uwagę i zrozumienie. Zapytała też, jak pacjent się czuje w trakcie sesji. Uczestnik powiedział, że czuje się dobrze na terapii, bo wie, że może powiedzieć wszystko i zostanie wysłuchany, a kiedy ma wątpliwości, to terapeuci zawsze dają mu nadzieję na lepsze życie. Przykładem było wzmocnienie pacjenta przez psychoterapeutkę, która pochwaliła go za systematyczny udział w terapii oraz za pracę i trud, który włożył, by zachować trzeźwość. Uczestnik terapii stwierdził, że teraz pozytywnie patrzy w przyszłość i wierzy we własne możliwości, chociaż przed chwilą miał wątpliwości i był przygnębiony, tym co zrobił mu kolega. Potwierdził też, że wie, iż nie ma wpływu na to, co zrobią inni, ale może spróbować podjąć określone kroki, aby poprawić swoje relacje z rodziną. Pacjent przy pomocy psychoterapeuty skonstruował własne intencje, które mogłyby wzmocnić jego relacje z rodziną i zdecydował, że przede wszystkim przygotuje wspólny posiłek, w który postara się zaangażować żonę i córki.

Choć sytuacja wyjściowa jest podobna do poprzedniego przypadku (złe relacje z osobami bliskimi), to jednak interakcja przebiega zupełnie inaczej. Psychoterapeutka, zanim odniosła się do opisu sytuacji rodzinnej, oceniła kondycję emocjonalną pacjenta, analizując treść tego co mówił, jak i komunikaty pozawerbalne. W efekcie, zareagowała bardziej na psychiczną kondycję pacjenta, okazując mu wsparcie i zrozumienie. Chcąc się upewnić w swojej diagnozie a dodatkowo bardziej podkreślić, że uczestnik terapii jest dla niej ważny, dopytała o samopoczucie. Najwyraźniej pacjent tego potrzebował, bo zareagował na to, bardzo pozytywną informacją zwrotną, którą dodatkowo jeszcze uogólnił na całą terapię i zilustrował przykładem. Pacjent dodał, że zastosowane przez terapeutkę wzmocnienie zadziałało i gotowy jest coś zrobić, na co ona zaproponowała wspólne planowanie dalszych działań. Obustronnie wypracowanym celem było znalezienie skutecznych sposobów interakcji z rodziną i budowanie zdrowych relacji społecznych. Rozpoczęcie interakcji terapeutycznej od wsparcia i wzajemnych uprzejmości, umożliwiło pominięcie retoryki *zaleceń* i wspólne konstruowanie planu działania.

Tego typu działanie wydaje się najbliższe pedagogice społecznej, wskazującej, że rolą wychowawcy, pracownika socjalnego czy nawet terapeuty jest towarzyszenie, wspieranie, czuwanie, uczestnictwo i pomaganie osobie potrzebującej. Ona sama, mimo korzystania z pomocy, jest w pełni świadomym, aktywnym i odpowiedzialnym za siebie podmiotem¹⁹⁷.

¹⁹⁷ E. Marynowicz-Hedka (2006) *Pedagogika społeczna, Podręcznik akademicki*. Wyd. PWN. Warszawa, s.118.

Interakcje afirmatywno-motywuujące

Walka z uzależnieniem nie jest łatwa, pozytywne i trwałe zmiany udaje się osiągać jedynie nielicznym uczestnikom terapii. W takich sytuacjach ważne jest afirmowanie sukcesów oraz motywowanie do dalszego działania. Takie kierunki przyjmuje kolejny typ interakcji wyodrębniony z materiału badawczego. Ilustruje go następujący przykład:

Uczestnik terapii cieszył się, że zachowuje abstynencję, nie bierze narkotyków i trzeźwo patrzy na rzeczywistość. Jest dumny z tego, że stosuje się do zaleceń i tego czego nauczył się podczas terapii, nie chodzi do miejsc, w których zażywał substancje psychoaktywne, zmienił otoczenie i nie podtrzymuje starych kontaktów. Terapeutka zapytała pacjenta, co było przyczyną poprawy jego stanu psychicznego. Na co pacjent odpowiedział, podkreślając, że terapia nauczyła go budowania zdrowych interakcji z ludźmi, co znacząco poprawiło jego kontakt z rodzicami. Pacjent dodał, że zaczyna organizować własną działalność gospodarczą, ma już pierwsze sukcesy i otrzymał pierwsze zlecenie. Przypomniął, że kiedy brał narkotyki, nie miał głowy do interesów i ciągle był rozproszony, a teraz chwali sobie edukację zdobytą na terapii i interwencje terapeutyczne, które znacząco wzmocniły go psychicznie i społecznie. Zwraca też uwagę na dokładność tego, co robi i podejmuje przemyślane decyzje. [...] Uczestnik terapii jest zadowolony, że jego samopoczucie uległo poprawie, jest konsekwentny w tym co robi i zdyscyplinowany. Terapeuta z zadowoleniem stwierdził, że pacjent poprawia jakość swojego życia, a bycie trzeźwym daje mu wiele możliwości i pomysłów na własne życie, co jest dla pacjenta pozytywną wartością motywującą.

W tym przypadku, sytuacją wyjściową były pozytywne wypowiedzi pacjenta na temat własnych sukcesów. Terapeutka najpierw zapytała o przyczynę zadowolenia, aby ewentualnie wykluczyć nieuzasadnioną propagandę sukcesu, ale gdy upewniła się, że jest to efekt terapii, przyłączyła się do pochwał, by wzmocnić pacjenta w jego postanowieniach i zmotywować do dalszych sukcesów. Taki przebieg interakcji można potraktować jako rodzaj mini rytuału interakcyjnego, bo dowartościowana jest tu również terapeutka (gra o sumie niezerowej, sytuacja *win-win*). Pacjent wykazywał swoje osiągnięcia, ale zawsze jako ich źródło wskazywał terapię.

4.2.3. Praca interakcyjna nad relacjami wewnętrznymi

Praca terapeutyczna nad relacjami wewnętrznymi, służy poznaniu samego siebie. Z jednej strony, jest wykorzystywana do szukania sił i motywacji do pracy nad poczuciem własnej wartości, zdolności do autorefleksji, wzmocnienia predyspozycji do działania oraz opisywania pozytywnych cech charakteru. Z drugiej strony, kontakt z samym sobą ma niekiedy na celu

poznanie i przerobienie trudnych emocji, np. smutku, złości, strachu, krzywdy i poczucia winy. Dobrze ustawiona relacja wewnętrzna jest narzędziem poznania przyczyn dysfunkcji, stopniowego osłabiania negatywnych emocji oraz wzmocnienia umiejętności radzenia sobie z nimi. Bardzo ważnym elementem tego obszaru pracy psychoterapeutycznej jest empatyczne rozumienie, czyli delikatne wniknięcie w wewnętrzny świat drugiego człowieka, by poczuć, co dzieje się wewnątrz pacjenta. Stanowi to jaskrawe przeciwieństwo rozumienia oceniającego, które poszukuje zdystansowanego punktu widzenia¹⁹⁸.

Zadaniem pracy terapeutycznej jest spowodowanie, żeby pacjent miał w miarę prawdziwy *wgląd w siebie*. W procesie psychoterapeutycznym pacjenci na pewnym etapie trzeźwienia potrafią przyglądać się własnym zachowaniom, stanom psychicznym i emocjom, robią to po to, aby wyciągać wnioski ze swojego postępowania. Psychoterapeuci prowadzący analizowane sesje o wglądzie w siebie mówili, że jest to introspekcja, czyli spojrzenie od wewnątrz, poznawaniem stanów własnej świadomości¹⁹⁹.

Ćwiczeniu umiejętności patrzenia na samego siebie służą pytania terapeutów np. o samopoczucie, jakieś procesy psychiczne czy emocje zachodzące w pacjentach. Żeby odpowiedzieć na takie pytania, pacjent musi najpierw zajrzeć do swojej duszy. Musi też posiadać umiejętność nazywania stanów emocjonalnych i odwagę dzielenia się nimi z otoczeniem.

Pierwsze nieudane introspekcje

Praca terapeutyczna zorientowana na relacje wewnętrzne jest serią interakcji, niekiedy nawet długą, która zaczyna się najczęściej od problemu z introspekcją, zgłoszonego przez pacjenta albo zdiagnozowanego przez terapeutę. Początkowy etap takiej właśnie interakcji dobrze ilustruje następujący przykład:

Pacjent, zapytany przez psychoterapeutkę o swoje samopoczucie, zaczął opowiadać o swoim aktualnym stanie psychicznym. Powiedział, że jest roztrzęsiony i przechodzi trudne stany emocjonalne. Miał wrażenie, że krzyki żony cały czas w nim siedziały, powodując nieuporządkowane myśli, problemy ze snem. Pacjent dodał, że jest zmęczony tym wszystkim i swoją sytuacją, a to ma również negatywny wpływ na wszystkie inne sfery jego życia. W pracy zawałił zlecenia, z których miał się wywiązać, i postanowił odpocząć, jednak nie było to dobre rozwiązanie, bo jeden problem powodował następny i nie wie, co z tym zrobić. Psychoterapeutka zwróciła uwagę, że najpierw trzeba znaleźć sposób na wyciszenie się, bo to

¹⁹⁸ M. Łobocki (2003) *Poszukiwanie skutecznych form wychowania*, Wyd. Impuls, Warszawa, s.51.

¹⁹⁹ S. Shoemaker (1994), Introspection, [w:] *A Companion to the Philosophy of Mind*, red. S. Guttenplan, Blackwell, Oxford, s. 395-400.

warunek, by później dało się pozbierać myśli. Terapeutka wyjaśniła pacjentowi, że w tej sytuacji musi o siebie zadbać, gdyż agresja żony zagraża jego trzeźwości, a na razie potrzebuje wewnętrznego spokoju. Zaburzone relacje uczestnika terapii z jego żoną, negatywnie na niego wpływają oraz powodują w nim negatywne stany i nastroje. Terapeutka zaleciła, aby pierwszą rzeczą, którą pacjent zrobi po zakończeniu terapii, było poszukanie dla siebie spokojnego, bezpiecznego miejsca, aby doszedł do siebie. Nazwała też relację pacjenta z żoną „toksyczną”, bo przez nią doświadcza on destruktywnych emocji, powodujących nieprawidłowości w funkcjonowaniu. Terapeutka przypomniała także pacjentowi o zapobieganiu szkodliwym czynnikom ryzyka, bo właśnie one wcześniej spowodowały jego nałogowe zachowania.

Psychoterapeutka chciała, by pacjent opisał swój ból psychiczny i jego przyczynę. Jednak, ponieważ jego relacje z rodziną były bardzo napięte, był zmęczony pracą i głodem alkoholowym, nie był w stanie zebrać własnych myśli i odbudować poczucia sprawstwa. Podjętym na tym etapie działaniem było przygotowanie warunków, w których możliwa będzie introspekcja, choćby w podstawowym zakresie.

Rozwijanie i ukierunkowywanie wglądu w siebie

W większości analizowanych przypadków, po zbadaniu, by nic nie rozpraszało uczestnika terapii, następowały pierwsze introspekcje i wynikające z nich refleksje. Na początku, są to zwykle tylko opisy tego, co pacjent w sobie zobaczył i proste wnioski, tak ja w przypadku poniższej sesji:

Pacjent stwierdził, na temat relacji z samym sobą, że rozpoznaje w sobie myśli, które wywołują w nim głód narkotykowy i skłaniają go do zażywania substancji psychoaktywnych. Te wewnętrzne wspomnienia obejmowały również samoobserwację, że po zażyciu narkotyków przeżywał on krótko pozytywną euforię, by po chwili uświadomić sobie straty spowodowane zażywaniem substancji psychoaktywnych. Terapeutka powiedziała, że ważny jest dostęp do swoich myśli i słyszenie siebie, bo wtedy łatwiej rozpoznać, co jest nie tak i można w porę zareagować. Potem, można skonfrontować się z tą wiedzą, ocenić co jest lepsze i dokonać lepszego wyboru. Wnioskując z własnej wypowiedzi, uczestnik stwierdził, że nie ma sensu ponosić tak wysokich kosztów, a życie w trzeźwości pozwala dostrzec straty spowodowane uzależnieniem. Pacjent dodał, że życie na trzeźwo jest o wiele lepsze dla niego i jego zdrowia. Zmarnował już zbyt wiele czasu na odurzanie się, a do tego wie, jakie poniósł straty i nie chce ponosić tak wysokich kosztów emocjonalnych, zdrowotnych i społecznych.

Pacjent na początkowym etapie samoobserwacji nie jest jeszcze w stanie uporządkować, tego czego doświadcza i znaleźć głównej przyczyny trudnej sytuacji życiowej. Jak podsumowuje to terapeutka, na razie pacjent może wyprowadzać wnioski bieżące i szybko

reagować, by nie popaść w większe kłopoty. Natomiast, jeżeli chodzi o bardziej zaawansowane diagnozy i wynikające z nich długoterminowe plany działania, to jeszcze na to za wcześnie. Jednak by pacjent podążał w tę stronę potrzebuje motywacji pozytywnej (do czego chce dążyć) lub negatywnej (czego chce uniknąć). W tym przypadku, możliwe było podjęcie motywacji negatywnej, bowiem stopień samoświadomości pacjenta jeszcze nie pozwala, na budowanie celów, kierunków i sposobów działania.

Zaawansowane refleksje nad doświadczanymi stanami wewnętrznymi

Przemyślenia pacjentów na temat własnych doświadczeń podnoszą ich świadomość przeżywania emocji, a w efekcie ich nazywania i opisywania. Następnie, pacjenci poszukują przyczyn takich afektów, co ilustruje przebieg jednej z sesji:

Podczas sesji terapeutycznej pacjent opisał swój trudny stan emocjonalny spowodowany uzależnieniem, przez który nie radził sobie z napotykanymi sytuacjami. Stwierdził, że się poddał i zwrócił ku narkotynom, rozrywce i alkoholowi. Czuł zarówno winę za popełnione błędy, jak również miał poczucie niesprawiedliwości z powodu zadawanego mu bólu. Pacjent wyjaśnił, że rozumie skąd to się wzięło, bo wcześniej nie liczył się, ze zdaniem swojej rodziny, nie potrafił się z mini komunikować i nie słuchał, co mieli do powiedzenia. Ta sytuacja i częste kłótnie powodowały, że żył w ciągłym stresie, chaosie, w efekcie tego, zmagał się z niechcianymi emocjami. Powiedział też, że później jeszcze do tego doszło osłabienie organizmu i zaburzeni intelektualne i emocjonalne.

W przedstawionym przypadku emocjonalnej introspekcji towarzyszy zdystansowana autodiagnoza: poddanie się i powrót do nałogów, ambiwalencja emocjonalna. Szczególnie to drugie odkrycie (bycie targanym poczuciem winy, ale i krzywdy) wskazuje na analityczny dystans pacjenta, bowiem ludzie na ogół widzą stan emocjonalny, który dominuje w danej chwili ich życie, rzadko dostrzegają wewnętrzne napięcia i ambiwalencje. Do tego, wspomniany pacjent zbudował prywatną teorię przyczyn takiego stanu rzeczy (napięcia i kłótnie w życiu rodzinnym). Dostrzeżenie ambiwalencji i ambitendencji jest, według Kazimierza Dąbrowskiego, ważnym etapem rozwoju jednostki, która burzy pierwotną integrację, by ją wtórnie odbudować. Rozchwiania i niepewności emocjonalne, są nieuniknione i raczej wskazują na właściwy kierunek rozwoju już opartego na innych nawykach i relacjach z otoczeniem.²⁰⁰

W dalszej części przywołanej wypowiedzi, pacjent patrzy na siebie z perspektywy czasu, zauważa, że w jego przypadku uzależnienie oznaczało brak kontaktu ze sobą, ponieważ

²⁰⁰ K. Dąbrowski (1985) *Dezintegracja pozytywna*, Wyd. PIW, Warszawa.

nie potrafił określić, co mu dolegało, nie potrafił się skoncentrować, chodził roztrzęsiony i nie potrafił logicznie myśleć. Widzi też pozytywne sytuacje w swoich doświadczeniach i jest to terapia, dzięki której znowu uzyskał kontakt z samym sobą:

Dalem się łatwo wciągnąć w uzależnienie, narkotyki i alkohol były moim ukojeniem. Szukałem mocnych wrażeń, udawałem, że wszystko ogarniam, a chodziłem nieprzytomny, nie mając kontaktu z rzeczywistością. Sam chciałem być odurzony, ponieważ haj łagodził moje nerwy i był środkiem na odreagowanie w tym pędzie. Jednak nie wytrzymałem tego, pękłem, chciałem dostosować się do ludzi i udawałem przed nimi, a przede wszystkim przed sobą samym. Czulem do siebie obrzydzenie, kłamałem i oszukiwałem. Terapia pozwoliła mi zajrzeć w głębi siebie, pozwoliła porządkować moje wewnętrzne sprawy i rozpoznać potrzebę pracy nad własnym charakterem.

Przyglądając się pracy terapeutycznej nad relacją pacjenta z samym sobą, można zauważyć, że reorientuje ona refleksje pacjentów w stronę szkodliwych czynników wpływających na ich zmysły, które stopniowo wyłączają możliwość autodiagnozy własnego położenia. Potem terapeuci, motywują pacjentów, by na bazie własnych doświadczeń wypracowywali swoje własne sposoby reagowania na trudne sytuacje oraz w szerszej perspektywie na problem rdzeniowy. Wreszcie, zachęcają by na bazie tej wiedzy, pacjenci nie popełniali tych samych błędów. Zatem finalnie, ta prowadzona mniej lub bardziej refleksja jest formą profilaktyki, mimo bardzo zaawansowanego już problemu.

Zapobieganie czynnikom szkodliwym, czyli interwencja profilaktyczna, jest integralnym elementem zaplecza dyskursowego procesu terapeutycznego. Dotyczy to zresztą nie tylko terapii, bo już Ryszard Wroczyński stawiał postulat rozwijania profilaktyki, rozumianej jako działanie związane z zapobieganiem potencjalnym czynnikom zagrożenia. Czynniki te mogą mieć swoje źródło w strukturze psychosomatycznej jednostki, w cechach jego osobowości, mogą też wynikać ze stosunków społecznych i zasłaniających potencjalne możliwości wpływów²⁰¹. Profilaktykę definiuje się jako działania, mające na celu zapobieganie uciążliwym dysfunkcjom człowieka, łagodzenie ich, eliminowanie. Osiąga się to poprzez ograniczanie przyczyn zaburzeń, rozpoznanie czynników ryzyka i zastosowanie czynników ochronnych²⁰².

Najczęściej przypisywanym przez uczestników sesji celem profilaktyki uzależnień było uświadomienie szkód, jakie substancje psychoaktywne wyrządzają w organizmie człowieka,

²⁰¹ R. Wroczyński (1979) *Pedagogika społeczna, jej podstawowe pojęcia oraz rozwój problematyki*, Wyd. PWN, Warszawa, s.32.

²⁰² Z. B. Gaś (1999) *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Wyd. UMCS, Lublin, s.9.

jakie straty społeczne powodują i jak bardzo zniekształcają rzeczywisty obraz świata, a jeżeli uzależnienie było już w formie zaawansowanej, nauczenie ludzi właściwych, bezpieczniejszych lub mniej ryzykownych nawyków.

Na to wyzwanie odpowiedzią są programy profilaktyczne, dotyczące eliminowania czynników zagrażających zdrowiu i wzmacniania czynników sprzyjających zdrowiu. Z reguły cele programów profilaktycznych zakreślane są szeroko i obejmują działania wielopoziomowe²⁰³.

4.2.4. Organizowanie relacji ze sobą dla innych

Podział na relacje wewnętrzne i zewnętrzne, w kontekście interakcyjnym, nie jest ostry, bowiem obie te sfery wzajemnie się warunkują. Uporządkowanie relacji pacjenta ze sobą skutkuje lepszym zrozumieniem własnych doświadczeń i zachowań, równocześnie jednak umożliwia przekształcanie relacji z innymi ludźmi. Z kolei nieudane relacje z innymi, niszczą relacje pacjenta z samym sobą. Żeby relacje wewnętrzne mogły stać się częścią relacji zewnętrznych, uczestnicy terapii muszą nauczyć się je nazywać i zebrać siły, by o nich mówić.

Odważne mówienie i autodiagnoza

W toku terapii, pacjenci wprowadzali do swojego życia zasady i określony porządek działań, które mieli realizować. Podczas sesji poznali inne perspektywy patrzenia na życie, co uświadamiało im własne, szkodliwe zachowania, które zinternalizowali. Na koniec, uczyli się wyciągać z tych doświadczeń, nawet najbardziej traumatycznych, korzystne dla siebie wnioski. W efekcie tego długiego procesu, uczestnicy terapii zaczynają zwracać uwagę na swój sposób myślenia i swoje nastawienie, potrafią opisać, co czują i myślą, analizować i krytycznie weryfikować wspomnienia wcześniejszych lat.

Umieją zatem przeprowadzić samodiagnozę negatywną, wyodrębnić zachowania, które powodowały straty w ich życiu, ale również pozytywną, przywołać działania, które poprawiają ich sytuację i stan psychiczny. Ilustruje to poniższy przykład:

Uczestnik opowiadał o stratach spowodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych, co podsumował wnioskiem: *uczę się trzeźwego myślenia i trzeźwego życia*. Terapeuta powiedział, że ważne jest, aby reagować w porę i podejmować odpowiednie kroki zapobiegawcze, żeby minimalizować straty. W dalszej części spotkania, rozważając własne

²⁰³ Z. B. Gaś (1999) *Psychoprofilaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Wyd. UMCS, Lublin, s.9.

bolesne doświadczenia spowodowane narkomanią, pacjent analizował, co jest lepsze dla niego i jakimi działaniami sobie szkodzi. Obecnie wybiera on życie w trzeźwości, twierdził, że choć nie może być pewien, co się wydarzy w przyszłości, nie chce stracić tego, co zyskał dzięki terapii.

Z jednej strony, pacjent jest kreatorem i wykonawcą własnych działań, z drugiej jednak, jest terapeuta, który wspiera, ale również naprowadza, edukuje i pokazuje możliwości zdrowego trybu życia.²⁰⁴ Jednak osiągnięcie celów edukacyjnych, terapeutycznych i życiowych nie może odbywać się i nie miałyby sensu bez udziału innych osób, które są potrzebne do zaspokojenia potrzeb jednostki oraz do realizacji bardzo wielu zadań rozwojowych²⁰⁵.

Interakcje terapeutyczne są znacznie bardziej rozbudowane niż przeciętne relacje społeczne. W znacznie większym stopniu wykorzystywane są w nich atrybuty władzy i statusu, wiedzy, rekwizyty, scenografia, przestrzeń. Spośród tych wszystkich elementów, najbardziej świadomie wykorzystywanym są zadania lub ćwiczenia, które terapeuci proponują pacjentom. Wiele z tych ćwiczeń dotyczy wglądu w siebie, analizy własnych doświadczeń, wyciągania wniosków na przyszłość. Oto terenowa notatka dotycząca takiego ćwiczenia:

Terapeutka, zwracając się do całej grupy, zaleciła prowadzenie dzienniczka głodu, stwierdzając, że pacjenci mogą go prowadzić, rejestrując sposoby zapobiegania nieprzyjemnym stanom emocjonalnym. Terapeutka wyjaśniła pacjentom, że obserwacja tego, czego doświadczają wewnętrznie, ma umożliwić przyjrzenie się sobie oraz pojawiającym się objawom i stanom emocjonalnym, na które warto zwrócić uwagę w procesie leczenia uzależnień. Zdaniem terapeutki, ważne jest prowadzenie dziennika głodu alkoholowego i narkotykowego w trakcie procesu terapeutycznego, zwłaszcza gdy pacjenci zmagają się z natrętnymi myślami, problemami emocjonalnymi czy niewyjaśnionymi sytuacjami.

Spisanie wewnętrznych doświadczeń jest pierwszym krokiem w stronę ich zrozumienia i wyjaśnienia oraz ujawnienia wobec innych uczestników sesji. W tym jednym ćwiczeniu uczestnicy mają szansę popracować nad autodiagnozą oraz odwagą mówienia o sobie innym.

Samoakceptacja

Ważnym elementem terapii samego siebie, który przekładał się na relacje społeczne, była w zebranych materiale samoakceptacja, i to zarówno w aspekcie zgody na to, kim się jest, jak i pogodzenia się ze swoimi działaniami lub bezradnością. Dopiero pacjent pogodzony ze sobą, może godzić się ze społecznym otoczeniem, któremu często wyrządziło wiele krzywd. Tak ten proces przebiegał podczas jednej z sesji:

²⁰⁴ E. Marynowicz-Hedka (2006) *Pedagogika społeczna, Podręcznik akademicki*. Wyd. PWN. Warszawa, s.118.

²⁰⁵ J. Cz. Czabała, (2013) *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wyd. PWN. Warszawa, s.170.

Pacjent głośno wnioskował ze swojego przeszłego zachowania, że teraz wie, że jeśli nie pije i regularnie chodzi na terapię, to ma większy wpływ na to, co dzieje się wokół niego i z nim. Równolegle jednak pacjent wyznał, że są rzeczy, na które nie ma wpływu i musi się z tym pogodzić. Dzięki terapii i pracy nad sobą ma wiedzę, że jeżeli nie może czegoś zmienić, to to akceptuje.

Osiągnięciem pacjenta było rozpoznanie własnej bezradności, doszedł do tego analizując mechanizmy psychologiczne, w które wpadał, w efekcie teraz lepiej rozpoznaje własne stany emocjonalne. Teraz nie jest już tak wrogo nastawiony do innych ludzi, jak to miało miejsce wcześniej, a jeśli coś nie idzie po jego myśli, to potrafi wypowiedzieć się o tym spokojnie i rozmawiać. W tym konkretnie przypadku, ważne było, żeby pacjent nauczył się konstruktywnie reagować na pojawiający się problem w relacjach zewnętrznych. Wcześniej, brak relacji z samym sobą powodował, że pojawiał się w nim gniew i złość, które w relacjach z innymi tłumił, a jak już się nie dało to eksplodował, przez co był postrzegany jako furiat, nie panujący nad sobą. Ostatnio, spotkała go w pracy nieprzyjemna sytuacja ze strony kierownictwa, bo został zmuszony do przyjęcia większej odpowiedzialności za pracę niż jego koledzy, z którymi pracuje, bez dodatkowego wynagrodzenia. Zamiast stłumić emocje albo wybuchnąć, poszedł i powiedział, że nie zgadza się na takie traktowanie, twierdząc, że jest to bardzo ważne, by wyjaśnić tę sytuację. W efekcie, kierownik zrozumiał jego sytuację i zgodził się na podwyższenie wynagrodzenia, a nawet pochwalił go za pracę i właściwą postawę, co bardzo wzmocniło pacjenta, bo rzadko bywał doceniany. Empatyczna komunikacja sprawia, że pacjenci czują się akceptowani i rozumiani, co skutkuje wzrostem zaufania i motywacją do działania²⁰⁶.

4.2.5. Praca interakcyjna w środowisku życia pacjenta

Drugi typ relacji rozumiany jest jako interakcja ze środowiskiem społecznym, z rodziną, przyjaciółmi lub innymi członkami społeczeństwa. Wiele sytuacji i przykładów z sesji terapeutycznej wskazuje na to, że uporządkowanie relacji ze samym sobą przez pacjentów skutkuje lepszym zrozumieniem relacji z innymi ludźmi. Rozumienie relacji w kategoriach terapeutycznych, rozumiane jest jako doświadczanie więzi, gotowości do zaangażowania się emocjonalnego i wzajemnej uwagi na drugiego człowieka. Relacje są podstawą życia społecznego, a w praktyce opiera się na nich cały świat. Relacja z drugim człowiekiem podczas

²⁰⁶ M. Łobocki (2003) *Poszukiwanie skutecznych form wychowania*, Wyd. Impuls, Warszawa, s.51.

pracy terapeutycznej, służy do wzajemnego uczenia się jej od siebie, ale także autorefleksji, koncentracji i wytchnienia. Zadaniem pedagoga praktyka i terapeuty jest bycie przystępnym, zaangażowanym, obecnym i wspierającym drugiego człowieka. Pedagogika społeczna ujmowana w kontekście relacji interpersonalnych, tworzy proces wychowania w niemal każdej sytuacji działania²⁰⁷.

Interakcje terapeutyczne określają zdolność pacjenta do wpływania na czynniki środowiskowe, które są ściśle zależne od zdarzeń, zjawisk lub działań wytwarzających określone warunki. W ten sposób balansowany jest zarówno determinizm mentalny (przekonanie, że nic w umyśle nie dzieje się przez przypadek, bo ma swoją przyczynę) jak i determinizm społeczny (przekonanie, że człowieka kształtują czynniki środowiskowe oraz czasy, w których żyje)²⁰⁸.

Świadome i metodyczne konstruowanie interakcji terapeutycznej jest jedynie środkiem, który ma służyć zmianie interakcji w środowisku życia pacjenta. Zatem, terapeuta podejmuje pracę nad interakcjami konstruowanymi w trakcie sesji, aby pacjent mógł potem świadomie przekształcać interakcje w jego środowisku życia.

Diagnoza interakcji środowiskowych

Zanim jakakolwiek interwencja w środowiskowe interakcje pacjenta zostanie podjęta, terapeuta musi ustalić, czy wymagają one jakiejś zmiany i jakiej. Zwykle taka diagnoza jest realizowana na podstawie opowiadań pacjentów o ich środowiskach życia. Zdarza się jednak, że analiza relacji i interakcji, które współtworzy pacjent w rodzinie lub najbliższym otoczeniu społecznym, jest podejmowana intuicyjnie albo na podstawie gestów czy innych niewerbalnych aspektów komunikacji. Ilustruje to poniższa sesja terapeutyczna:

Psychoterapeutka przyglądała się smutnemu wyrazowi twarzy pacjenta, który odzwierciedlał zły nastrój. Zapytała, co takiego stało się w relacjach pacjenta z żoną od poprzedniego spotkania. Pytanie wynikało z wiedzy terapeutki o trudnej sytuacji domowej pacjenta, który uważa, że żona i córka lekceważą go, nie są zainteresowane jego zdaniem w różnych kwestiach, a nawet wspólnie działają przeciw niemu. Pacjent odpowiedział, że nie wytrzymał presji i po kłótni z żoną napił się alkoholu.

Komentarz terapeutki do całej tej sytuacji był następujący: *stawianie na swoim za wszelką cenę, nieustępliwość, to jest cienka linia prowadząca do konfliktu z żoną.*

²⁰⁷ M. Cichosz (2014) *Pedagogika społeczna, zarys problematyki*, Wyd. Impuls. Kraków, s.10.

²⁰⁸ L. Witkowski (2014) *Niewidzialne środowisko. Pedagogika kompletna Heleny Radlińskiej. Jako krytyczna ekologia idei, umysłu i wychowania. O miejscu pedagogiki w przełomie dwoistości w humanistyce*. Wyd. Impuls. Kraków, s. 93.

Psychoterapeutka poradziła pacjentowi, aby nauczył się przeproszać. Szarpanie się i nieustępliwość nie jest dobrym wariantem interakcji między osobami bliskimi. Ponadto, kiedy przez wiele lat był pijany, nie interesował się budowaniem relacji i interakcji z córką i żoną, dlatego teraz musi pracować z rodziną nad relacjami, a nie dyktować swoje warunki.

Wielu uczestników terapii pracę interakcyjną, mającą służyć przekonaniu ich do przekształcenia interakcji domowych, nazywają *otworzeniem im oczu*. Diagnoza realizowana podczas sesji, przyczynia się do bardziej zdystansowanego ujmowania własnych działań interakcyjnych pacjenta, otwiera przed nim możliwość innego spojrzenia na relacje w rodzinie albo innej ich oceny. Tak to zakończyło się na jednej z sesji:

Odkąd pacjent stwierdził, że otworzyły mu się oczy, stara się budować relacje z bliskimi, a terapeuta przyznał, że widoczna jest zmiana w kontaktach z rodziną. Uczestnik terapii zdawał sobie sprawę, że musi teraz zadbać o swoje relacje z bliskimi, że nie uda mu się tak szybko odbudować wszystkiego i nie naprawi od razu krzywd, które wyrządził rodzinie. Pacjent był przekonany, że udział w terapii ma decydujący wpływ na budowanie dobrych kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, co poprawiło mu samopoczucie. Teraz nie narzeka i nie żywi do nikogo pretensji, gdyż wcześniej za swoje niepowodzenia obwiniał innych, co uniemożliwiało budowanie zdrowych interakcji.

Zalecenia i praca monitorująca

Uczestnik terapii przedstawiał swoje działania, które w ostatnim czasie podejmował z pozytywnym skutkiem w środowisku rodzinnym, w pracy i w najbliższym otoczeniu. Następnie, analizował je z psychoterapeutą uzależnień i grupą terapeutyczną. Pacjent skupił się nad zaleceniami otrzymanymi na poprzednich sesjach terapeutycznych i przekazuje otoczeniu jasne i zrozumiałe komunikaty, poparte spójnymi działaniami. Dzięki temu co mówi i robi, staje się wiarygodny w oczach rodziny i najbliższego otoczenia. Uczestnik terapii twierdzi, że bycie trzeźwym i praca, jaką włożył podczas terapii, poprawiły jego zdolność komunikowania się z innymi ludźmi. Tak o tym mówił:

Bycie trzeźwym umożliwia mi przytomne patrzenie na świat, a poprzez uczestnictwo w terapii, mam okazje świadomie brać udział w życiu mojej rodziny i orientować się co się wokół mnie dzieje, wcześniej nie brałem takich rzeczy pod uwagę, nie dbałem o nie.

Pacjent stwierdził, że do wszystkiego dochodził powoli, etapami, a praca terapeutyczna na nowo nauczyła go relacji z innymi ludźmi. Teraz bierze on odpowiedzialność za swoje czyny, jest głęboko zaangażowany w proces swojego leczenia, przede wszystkim stosuje się do zaleceń terapeutycznych, co sprawia, że widzi osobiste korzyści, lepiej i pewniej się czuje w

relacjach z otoczeniem oraz ma pomysł na siebie. W takich przypadkach, rolą terapeuty jest monitorowanie implementacji zaleceń oraz motywowanie pacjenta, gdy straci wiarę w możliwość powodzenia podejmowanej pracy interakcyjnej.

Jak stwierdził dr Ron, normalne relacje społeczne, pozbawione wstydu i poniżenia oraz trzeźwość przywracają godność²⁰⁹. Osoby uczestniczące w grupach wsparcia, często czytają i powtarzają te słowa.

Szkodliwe interakcje

Nie zawsze pacjent jest przyczyną zniszczonych interakcji w środowisku życia. W wielu przypadkach, w szczególności pacjentów wychowujących się w rodzinach z problemem uzależnienia, nie mieli oni możliwości funkcjonować w normalnym układzie interakcji społecznych. Brak pozytywnych doświadczeń, praktycznie wykluczał możliwość budowania własnego środowiska życia w sposób bezpieczny i społecznie akceptowany. Tacy pacjenci wymagają szczególnie intensywnej pracy interakcyjnej, która musi nadrobić niedoskonałości środowiska wychowawczego. Przemyślenia uczestnika terapii mającego właśnie taką historię oraz takie problemy były przedmiotem dyskusji jednej z sesji:

Pacjent opowiadając o problemie alkoholizmu, wyznał, że alkohol w jego rodzinie był zawsze, od jego najmłodszych lat i ma z tego powodu bolesne wspomnienia. Był świadkiem, we własnym domu, nieustających pijackich spotkań, awantur, krzyków i przemocy wobec jego mamy. W domu nie miał możliwości, żeby się uczyć, nie było spokoju przez częste libacje, dlatego z siostrą często uciekali do babci. Potem popadł w uzależnienie i – jak powiedział – nawet kiedy chciał przestać pić, to nie mógł, bo wszyscy z jego otoczenia pili. Interakcje pacjenta z najbliższym środowiskiem społecznym prowadziły go ku nowym problemom, zamiast je rozwiązywać.

Będąc uczestnikiem terapii, pacjent ten zaczął dostrzegać społeczną wartość pracy interakcyjnej, uwierzył, że jego interakcje z rodziną i otoczeniem społecznym mogą stać się pozytywne, jeśli będzie przestrzegał pewnych zasad. Specyfika ludzkich zachowań polega na tym, że jednostka ludzka posiada świadomość i w związku z tym otaczające ją środowisko nie jest dla niej jedynie zbiorem fizycznych niezależnych od niej bodźców, ale zbiorem obiektów posiadających znaczenie²¹⁰. Społeczna wartość pracy terapeutycznej w przypadku tego

²⁰⁹ B. Ron (1994) *Trzeźwe myśli. Humor i mądrość w powrocie do zdrowia*, Wydawnictwo, Media rodzina. Poznań.

²¹⁰ M. Ziółkowski (1981) *Znaczenie, interakcja, rozumienie. Studium z symbolicznego interakcjonizmu i socjologii fenomenologicznej jako wersji socjologii humanistycznej*, Wyd. P.W.N. Warszawa, s. 77.

pacjenta, wiąże się z jego pozytywną przemianą oraz poprawą jego wizerunku w środowisku zamieszkania.

W takich przypadkach, grupa terapeutyczna pełni dodatkowo rolę źródła zdrowych interakcji. Staje się punktem odniesienia, umożliwiającym ocenę stopnia szkodliwości interakcji w środowisku życia, ale również wyznacza kierunek przekształcania tych złych interakcji. Tak to przedstawiało się na jednej z sesji:

W trakcie terapii pacjent zaczął dostrzegać wewnętrzną potrzebę własnego rozwoju osobistego, skupiając się na poszerzaniu umiejętności komunikacyjnych. Uczestniczył on regularnie w terapii i innych grupach wsparcia, dzięki którym czerpał wiedzę, oraz doświadczenie tworzenia bezpiecznych i satysfakcjonujących interakcji. Sesje terapeutyczne umożliwiły mu przebywanie w zdrowych interakcjach z innymi ludźmi, a potem przeniesienie tych doświadczeń do własnego środowiska życia i budowanie pozytywnych relacji rodzinnych oraz społecznych.

Zarówno relacja terapeutyczna, jak i wychowawcza, mają na celu wspieranie rozwoju i wzrostu człowieka, który nie posiada umiejętności współtworzenia zdrowych interakcji lub zepsuł je poprzez swoje uzależnienie. Zadaniem praktykującego pedagoga i terapeuty jest bycie przystępnym, zaangażowanym, obecnym i wspierającym drugą osobę. Relacja pomocy świadczonej jako wsparcie pomysłnego rozwoju, wyraża prewencyjny wymiar działalności pedagoga społecznego²¹¹.

Praca nad wizerunkiem

Interakcje to nie tylko słowa, ton głosu czy tempo wypowiedzi, duże znaczenie ma strona wizualna i estetyczna. Szczególnie osoby uzależnione od alkoholu, będąc w stanie nietrzeźwości, nie są w stanie dopasowywać się do społecznych standardów estetycznych. Z tego powodu trudno im współtworzyć jakiegokolwiek interakcje, bo większość osób trzeźwych będzie unikać kontaktu z nimi. Ponieważ terapeuci oraz większość pacjentów są tego świadomi, praca nad społecznie akceptowanym, a nawet zachęcającym wizerunkiem była ważną częścią pracy interakcyjnej. Ilustruje to następujący przypadek:

Pacjent zauważył, jak wiele dała mu interakcja z innymi uczestnikami terapii, ponieważ stwierdził, że przebywając z nimi, wiele się nauczył i poprzez pracę interakcyjną, zaczął odbudowywać zaniedbane relacje rodzinne. Konsekwentne stosowanie zaleceń terapeutycznych zaowocowały, odzyskaniem szacunku do samego siebie poprzez dbałość o swój wygląd i noszenie czystej garderoby. Wcześniej rodzina wstydziła się pacjenta, ponieważ

²¹¹ E. Marynowicz-Hetka (2006) *Pedagogika społeczna, Podręcznik akademicki*, Wyd. PWN. Warszawa, s.118.

nosił brudne ubrania często w stanie upojenia spał na trawniku albo na ławce i był generalnie postrzegany jako odrażający pijak. Wraz ze zmianą wizerunku, zmianie uległ sposób komunikowania się z bliskimi. Terapeuta oznajmił, że w życiu pacjenta nastąpiła bardzo duża zmiana, ponieważ teraz pacjent przejmując się tym, co mówią jego bliskie mu osoby i stara się świadomie dobierać słowa, podczas gdy wcześniej nie zwracał na to uwagi, po prostu mówił, co chciał. Teraz myśli o tym, co powiedzieć, ponieważ jest uważny na siebie i innych ludzi, a interakcje społeczne są dla niego bardzo ważne. Myśląc o interakcji społecznej należy przywołać wzajemne oddziaływanie ludzi na siebie, czyli wzajemny wpływ i modyfikację zachowań w odpowiedzi na zachowania pozostałych²¹².

Praca interakcyjna w obszarze relacji rodzinnych

Zwykle najważniejszym środowiskiem życia pacjentów jest rodzina. Z jednej strony jest ona powodem problemów, źródłem frustracji i życiowego niezadowolenia (partnerzy), z drugiej, pierwszą ofiarą nałogu i innych zachowań ryzykownych (dzieci współmałżonkowie). Często, szczególnie w początkowych fazach uzależnienia, rodzina jest czynnikiem chroniącym (np. użycza miejsca do spania), w fazach bardziej zaawansowanych, jej odzyskiwanie stanowi istotną motywację walki z nałogiem. Początkowe etapy tego procesu można zilustrować jednym z analizowanych przypadków:

Jak wyznała jedna z pacjentek, uzależnienie stało się powodem jej kłopotów emocjonalnych, a nawet zaburzeń zachowania. Wkrótce zaczęły się problemy z relacjami rodzinnymi, a jej postępowanie spowodowało, że zostawił ją mąż. Pacjentka miała też dwóch synów, którzy są już pełnoletni. Przychodząc na terapię, pacjentka była już po nieudanym związku i w bardzo trudnej sytuacji finansowej. Uczęszczając na terapię, często łamała abstynencję, wracała do picia alkoholu i brania narkotyków. Uczestniczka terapii, jakiś czas mieszkała u matki, którą lekceważyła i z którą kłóciła się, bo tej nie podobało się jej zachowanie. Po dwóch miesiącach znajomości, związała się z mężczyzną, który był jej kompanem do picia. Jednak mężczyzna wyzywał ją i poniewierał. Po pewnym czasie, dochodziło do sytuacji, że mężczyzna, u którego mieszkała, wyrzucił ją z domu i pacjentka była zmuszona spać na dworze.

Relacje i interakcje rodzinne są bardzo często przedmiotem pracy terapeutycznej. Szczególnie agresywne i szkodliwe zachowania, są przez terapeutów diagnozowane, aby potem możliwe było podjęcie właściwej terapii, która często ma postać, porad (wskazań), pogadank albo ćwiczeń warsztatowych:

²¹² Z. Dziubiński, Z. Mazur, (2012) (red), *Wstęp, Kultura fizyczna w interakcyjnej perspektywie*, Wyd. AWF. Im. Józefa Piłsudskiego, Warszawa, S.9.

Terapeutka wyjaśnia pacjentowi, że podstawą dobrego kontaktu jest uważne słuchanie tego, co ma do powiedzenia rozmówca, nie przerywanie mu i cierpliwe czekanie na swoją kolej. Dodaje, że słuchając drugiej strony, można się wiele o niej dowiedzieć. Szczególnie w rodzinnych kłótniach, lepiej przeczekać, słuchając, niż pouczać i zbyt szybko przedstawiać własne argumenty. Kiedy w grę wchodzi silne emocje, umiejętność zachowania spokoju jest największą zaletą, bo każde wypowiedziane słowo, może zostać źle zrozumiane i spowodować napiętą atmosferę. Terapeutka stwierdziła, że nawet w takiej sytuacji, po wysłuchaniu partnera, można coś zaproponować. Trzeba to jednak robić z wyczuciem, np. poprzez zapytanie rozmówcy, jaka jest jego propozycja rozwiązania konfliktu, bez narzucania własnego pomysłu. Pacjent kontynuował opowiadanie o trudnościach w porozumiewaniu się z żoną i dziećmi. Kontrastował to obrazami z własnego dzieciństwa, wtedy gdy ojciec mówił, wszyscy go słuchali, szanowali i nie przeszkadzali.

W przedstawionym przypadku, uczestnik przeniósł wzorzec zachowań z przeszłości na swoją rodzinę, oczekując, że w jego domu również powinno tak być. Terapeutka nazywała takie zachowanie narzucaniem i wymuszaniem, a nie dochodzeniem do porozumienia. To na skutek nadużywania alkoholu pacjent stracił autorytet oraz zaufani żony i dzieci. W efekcie, domownicy zaczęli mu się sprzeciwiać, co wywoływało nerwową atmosferę. Terapeutka dodała, że *to samo się nie naprawi* i że pacjent – jeżeli zależy mu na rodzinie – musi najpierw wymagać czegoś od siebie, dawać przykład, a dopiero w drugiej kolejności oczekiwać czegoś od innych. Tym samym zachęcała pacjenta do naprawy relacji, do spokojnej i zrównoważonej rozmowy z członkami rodziny, do zadawania pytań, jak się czują, do mówienia żonie, że ją kocha i do przytulania dzieci, zamiast wykrzykiwania im, co mają robić.

Wiedza i doświadczenie terapeutów jest zasobem wspierającym osoby borykające się z trudnościami w relacjach z bliskimi. Relacyjność wychowania oraz jego wielowarstwowe uwarunkowanie znacznie utrudniają przewidywanie skutków oddziaływań edukacyjnych. Wynika to w znacznej mierze z zarysowanej wcześniej złożoności procesu terapeutycznego oraz wychowawczego, a także ze złożonej dynamiki ludzkiej osobowości²¹³.

Inną przyczyną problemów w relacjach rodzinnych jest, wynikająca z uzależnienia, skłonność do łatwego denerwowania się, poirytowania, niemożności skoncentrowania się na prostych czynnościach czy odczuwania przewlekłego napięcia w pracy i w domu. Cechy te są często reprodukowane (razem z nałogiem) w kolejnych pokoleniach jako syndrom współuzależnienia. Tak to przedstawił jeden z pacjentów:

²¹³ L. Zarzecki (2012) *Teoretyczne podstawy wychowania teoria i praktyka w zarysie*, Wyd. KPSW, Jelenia Góra, s.43.

Uczestnik sesji powiedział, że kiedy był dzieckiem, atmosfera w jego domu była bardzo napięta, a rodzice nie mówili mu, że go kochają, tylko – jak to wtedy odczuwał – gardzili nim i lekceważyli. Pacjent reprodukuje taki wzorzec w relacjach z żoną i dziećmi, nie mówił o swoich uczuciach, a alkohol traktował jako sposób na uspokojenie nerwów i relaks. Podsumował to następująco: *Od jakiegoś czasu ja i moja żona z dziećmi nie potrafimy zbliżyć się do siebie, porozmawiać spokojnie, mam wątpliwości co do tego, jak to wszystko naprawić.* Pacjenta miał świadomość, że powtarza błędy ojca i reprodukuje relacje, których doświadczał we własnym domu, co odbierało mu nadzieję na zmianę sytuacji.

Terapeutka zaleciła, by podjął kroki w stronę naprawienia relacji rodzinnych, by zaczął zauważać i mówić żonie, jak bardzo doceniać to, co dla niego dobrego zrobiła. Powinien też skończyć uzalanie się nad sobą, w zamian wziąć się do roboty.

Podczas kolejnej sesji, pacjent zaskoczył wszystkich, ponieważ rozmawiał z żoną i opowiedział jej o swojej chorobie, o tym, czego doświadczał w dzieciństwie, na co ona zareagowała ze zrozumieniem. Empatyczna rozmowa jest przeciwieństwem podejścia osądzającego i oceniającego, oznacza ona chwilowe postawienie się w sytuacji rozmówcy, by doświadczyć jego przeżyć²¹⁴.

W przedstawionym przypadku, udział pacjenta w terapii ma istotny wpływ na podjęcie wysiłków oraz przełamanie się w celu budowania zdrowych relacji rodzinnych, co poskutkowało empatyczną reakcją żony. Mimo wrażenia, że pierwsze miesiące terapii nie przyniosły oczekiwanych rezultatów, przełom pojawił się, kiedy pacjent przemyślał własne zachowanie, przyczyny zaburzonych relacji i dominującą postawę wobec rodziny oraz podjął kroki mające na celu naprawę tej złej sytuacji. W trakcie terapii uczestnik przyglądał się własnej bezradności, poczuciu niesprawiedliwości, jakiego doświadczył, krzywdom, które wyrządzał oraz agresywnym zachowaniom i złości. Dostrzegł też straty spowodowane własnym zachowaniem i w efekcie zaczął odbudowywać relacje z rodziną. Można przyjąć, że im większa jest świadomość doświadczanej straty, tym bardziej cenione są bliskie i autentyczne relacje. W świetle analizy materiału badawczego, to przekonanie okazało się szczególnie prawdziwe, gdy uczestnicy byli w pełni zaangażowani w proces terapeutyczny.

Spoleczno-pedagogiczny kontekst środowiskowej pracy interakcyjnej

Człowiek, aby się rozwijał w harmonii ze społeczeństwem, musi pozostawać w relacji ze środowiskiem, które z jednej strony wpływa na jego funkcjonowanie, z drugiej zaś strony, jest kształtowane przez człowieka. Wszystkie działania i relacje w pedagogice społecznej, mają

²¹⁴ M. Łobocki (2003) *Poszukiwanie skutecznych form wychowania*, Wyd. Impuls, Warszawa, s.51.

charakter edukacyjny, wychowawczy, opiekuńczy, pomocowy albo animacyjny, bo ludzie na siebie oddziałują. Dlatego podstawową perspektywą pedagogiki społecznej, niezależnie od nurtu teoretycznego czy metodologicznego, jest rozpatrywanie jednostki w kontekście relacji środowiskowych, bo tylko wtedy możliwe jest skonstruowanie działania społeczno-pedagogicznego. Człowiek pozostaje w relacji ze środowiskiem, które z jednej strony wpływa na jego funkcjonowanie, z drugiej zaś środowisko jest kształtowane przez człowieka. Wszystkie działania i relacje w pedagogice społecznej, mają charakter edukacyjny, wychowawczy, opiekuńczy, pomocowy oraz animacyjny²¹⁵. Wiesław Theiss, definiując pedagogikę społeczną, stwierdził nawet, że zajmuje się ona teorią środowiskowych warunków wychowania i rozwoju człowieka, teorią praktyczną i praktyką środowiskową. Według tego autora, również praca socjalna i kulturowa są formami przekształcania środowiska²¹⁶.

²¹⁵ M. Cichosz (2016) *O pedagogice społecznej i jej rozwoju. Wybrane zagadnienia. Wybór tekstów z badań własnych*. Wyd. Impuls. Warszawa, s.181.

²¹⁶ W. Theiss, A. Przeclawska (1996) *Pedagogika społeczna, nowe zadania i szanse*. [w:] A. Przeclawska (red.), *Pedagogika Społeczna. Kręgi poszukiwań*, Warszawa, s. 9.

5. Praca terapeutyczna jako dyskurs

Teoria badań nad dyskursem jest dyscypliną stosunkowo młodą, wyodrębnioną w latach osiemdziesiątych XX wieku²¹⁷. Pojęcie *dyskurs* wywodzi się z łacińskiego „*discursus*” i jest dawnym określeniem rozmowy, dyskusji, przemówienia²¹⁸. Obecnie w naukach społecznych, dyskurs jest raczej rozumiany jako bardziej rozbudowana sekwencja powiązanych ze sobą elementów komunikacyjnych, które mają społeczne znaczenie, a w niektórych koncepcjach nawet są istotnym elementem władzy²¹⁹. Dyskurs w psychoterapii uzależnień występuje w szczególności w formie komunikacyjno-interakcyjnej i jest główną cechą procesu terapeutycznego. Zatem program grupowej terapii w istocie jest dyskursem, czyli sekwencją powiązanych ze sobą spotkań o znaczącej wartości biograficznej dla uczestników, ale również istotny dla całego społeczeństwa.

Rozmowy prowadzone podczas sesji terapeutycznej, są ściśle powiązane z założeniami i programem wsparcia pracy terapeutycznej czyli profesjonalnym kontekstem dyskursowym. Dyskursy wyjaśniające pracę terapeutyczną ukazują szersze, niekiedy nawet globalne, uwarunkowania rzeczywistości, która wytwarzana jest na spotkaniach społeczności terapeutycznej. Są one odzwierciedlane w języku pacjentów i terapeutów, zarówno w aspekcie treściowym jak i strukturalnym. Podczas sesji terapeutycznych, pacjenci zastanawiają się nad własnymi problemami i działaniami, próbują zrozumieć własną sytuację i wspólnie z psychoterapeutami dochodzić do wniosków i rozwiązań. Wielkie dyskursy, strukturyzujące sposoby interpretowania ich działań oraz wartościowania wypracowywanych rozwiązań, wprowadzane są przede wszystkim przez terapeutów (dyskursy profesjonalne) ale również przez pacjentów (dyskurs publiczny). Ponieważ badanie realizowane jest w perspektywie interpretatywnej, należy uwzględnić również dyskursotwórczą aktywność samych grup terapeutycznych, bowiem w ich ramach rozwijane są unikalne kompilacje wiekich globalnych dyskursów i unikalnych indywidualnych doświadczeń. Także bardziej doświadczeni terapeuci, wypracowują swoje dyskursy prowadzenia sesji terapeutycznych, które też są mieszanką dyskursów profesjonalnych oraz ich osobistych doświadczeń zawodowych.

W efekcie kodowania zebranego materiału badawczego, wyłonione zostały następujące dyskursy: dyskurs przyczyn, odnoszący się do czynników uznawanych za uwarunkowania uzależnień; dyskurs niepowodzeń, odnoszący się do uzasadnień przerywania abstynencji w

²¹⁷ A. Duszak (1998) *Tekst, dyskurs, komunikacja międzykulturowa*, Wyd. PWN, Warszawa, s. 63.

²¹⁸ Słownik Wyrazów Obcych (1999) (pod red.) E. Sobol, PWN, Warszawa.

²¹⁹ T. van Dijk, (2001) *Dyskurs jako struktura i proces*, PWN, Warszawa.

trakcie leczenia; dyskurs deficytów pacjentów oraz kontekst wynikający z konsekwencji uzależnienia.

5.1. Tematyzowanie i problematyzowanie rozmowy

Percypowanie problemów dotyczących pacjentów przez psychoterapeutów uzależnień, w głównej mierze ukierunkowane jest na proces ich rozwiązywania. Zgodnie z założeniami większości podejść metodycznych, rolą psychoterapeuty uzależnień jest naprowadzenie pacjenta na jego własne trudności, by je wyraził, nazywając przy okazji problem oraz podjął aktywność poszukania w sobie i w środowisku możliwości ich rozwiązania. To naprowadzanie zwykle realizowane jest poprzez zadawanie pytań, które są podpowiadane terapeutom na szkoleniach i w literaturze, w obszarze których wypracowano już jakieś rozwiązania metodyczne. Chodzi o to, żeby pacjent miał przekonanie, że sam do tego doszedł i jest to jego osobista refleksja nad własnym życiem (metoda majeutyczna „położnicza” u Sokratesa). W pedagogice dialog sokratejski może odgrywać znaczącą rolę w rozwoju intelektualnym i interpersonalnym, poprzez wyrażanie myśli i refleksji, a także w odkrywaniu ukrytych problemów lub zasobów ucznia, choć niewiele mówi się o jego skuteczności i atrybutach, jakie może wnieść do procesu edukacyjnego. W psychoterapii dialog sokratejski rozumiany jest jako dotarcie do sedna i istoty problemu poprzez zadawanie pytań, ale może też prowadzić do odkrycia własnego potencjału.

Tematyzacja będzie tutaj rozumiana jako proces zarządzania ogólnymi zagadnieniami podejmowanymi w ramach pracy terapeutycznej (przestrzeń poznawcze) natomiast problematyzacja będzie procesem waloryzowania poszczególnych elementów tych pól, czyli – w najprostszym wariacie – uznaniem ich za problem (w tym problem główny) lub nie (przestrzeń aksjologiczna). W tym celu terapeuci podejmują bezpośrednie i pośrednie działania mające ukierunkowywać podejmowane tematy oraz wyodrębniane problemy, w szczególności problem rdzeniowy. Ponieważ jednak praca terapeutyczna zawsze jest interakcją, intencje, zamiary i strategie terapeutów spotykają się z działaniami komunikacyjnymi pacjentów. Byłoby chyba błędem sprowadzenia podejmowanych tu dwóch procesów do profesjonalnych zadań postawionych przed terapeutą. Skuteczna terapia to nie taka, która została skutecznie zdominowana przez wiedzę i władzę sądenia terapeuty, już bardziej ta, której efektem jest pacjent wyposażony w umiejętność tematyzowania i problematyzowania swoich doświadczeń, bo bez tego nie będzie umiał poszukiwać sposobów radzenia sobie z trudnościami. Zatem, z

jednej strony, profesjonalści starają się wykorzystywać swoje przewagi umiejętności, by dominować początkowe procesy negocjacyjne, zarówno w zakresie tematu jak i problemu, jednak z drugiej, na pewnym etapie muszą się tymi umiejętnościami podzielić.

5.1.1. Tematyzacja i problematyzacja wprowadzana przez terapeutę a orientowanie działania

Podczas prowadzenia terapii przez psychoterapeutów uzależnień, można zaobserwować w ich pracy, w jaki sposób tematyzują pola dyskusji. Najprostszym i najczęściej wykorzystywanym sposobem jest wprowadzanie nazw określonych problemów w pytaniach do uczestników, np.: Czy ktoś miał głody alkoholowe lub narkotykowe? Czy czujesz złość w sobie? W jakich sytuacjach odczuwasz bezsilność? Konsekwencją tematyzowania doświadczeń uczestników przez terapeutów uzależnień, jest wyznaczanie przez nich obszaru pracy (niekiedy zagadnienia), który powinien być podjęty na kolejnych sesjach, np. poczucie własnej wartości, złość, zachowania asertywne, głód, poczucie kontroli, poczuci winy, poczucie krzywdy. W ramach wybranych tematów terapeuci naprowadzają pacjentów na problemy, czyli trudności wymagające przepracowania. Podjęcie choćby sytuacyjnych decyzji w tych obszarach i uzyskanie aprobaty uczestników otwiera drogę do szukania sposobów ich rozwiązywania oraz podejmowania działań, które w dalszej kolejności, otwierają – według terapeutów – lepszą perspektywę życiową dla pacjentów. Precyzja i szybkość identyfikowania problemów pacjenta jest pochodną siły i jakości relacji terapeutycznej oraz obustronnego zaangażowania, w szczególności w formie tzw. „czujnej obecności”²²⁰.

Z perspektywy terapeutów, a precyzyjniej dominujących dyskursów profesjonalnych, holistyczne (całościowe) zaangażowanie w *obecność* obejmuje gotowość wyjścia poza wąskie perspektywy kognitywne, co oznacza otwartość na głębokie spotkanie z inną istotą ludzką. Paradoksalnie, można zaobserwować analogię procesu orientowania terapii i wychodzenia z uzależnienia. Oba z nich wymagają autentycznego, szczerego stanięcia wobec siebie i wobec innych, z otwartością bez osądzania, przynajmniej na początku. *Czujna obecność* wymaga także skupienia na terażniejszości i słuchania, nie tylko tego, co jest wypowiedane, ale także tego, co jedynie odczuwalne w sposób fizyczny w stanie chłonności, gruntowania i otwartości.

²²⁰ To kod *in vivo* wyjęty z wypowiedzi terapeutów, ale osadzony w dyskursach psychoterapeutycznych popularyzowanych podczas szkoleń. Więcej na temat języka terapeutów w podrozdziale „*Język komunikowania się w pracy terapeutycznej*”.

Obejmuje to wejście poza opowiadanie i zwrócenie wyostrojonej uwagi na nasze odczucia cielesne, w tym na nasze potrzeby, doznania i głębszą wiedzę”²²¹.

Psychoterapeuci ukierunkowują problemy pacjentów, by były przez nich samodzielnie rozwiązywane, jednak z różnym skutkiem. W literaturze i dyskursie terapii uzależnień nie ma uniwersalnego sposobu na rozwiązywanie pojawiających się problemów, wątpliwości i dysfunkcji, ponieważ każdy człowiek indywidualnie podchodzi do własnych trudności. Na przykład, tempo przyswajania wiedzy przez pacjentów na własny temat oraz zagadnień związanych z uzależnieniami i pracą terapeutyczną, zależne są od ograniczeń pacjenta, jego zaangażowania, otwartości, umiejętności przyswajania informacji, potrzeb i oczekiwań, z jakimi przyszedł na terapię, ale również metodyki zastosowanej przez terapeutę. Postrzeganie problemów przez pacjentów wynika ze stanu faktycznego ich wiedzy na swój temat, motywacji do pracy nad sobą i umiejętności własnych. Nie wszystkie problemy muszą też wpływać na orientowanie działań terapeutycznych. Sam terapeuta podejmuje się rozwiązywania dawnych i nowych problemów, zależnie od tego, czy problem dotyczący pacjenta jest uciążliwy, czy nie.

W procesie problematyzowania doświadczeń pacjentów, terapeuci są uzbrojeni w narzędzia diagnostyczne, dostępne tylko im. Takie narzędzia umożliwiają odkrywanie problemów ukrytych lub nawet ukrywanych (które są często przedmiotem dyskusji na spotkaniach klinicznych, już bez udziału pacjentów). Czasami przepracowanie ukrytych problemów pacjenta jest bardzo ważne w procesie leczenia. Zgodnie z literaturą i dyskursem terapii uzależnień, niektóre problemy zanikają samoistnie, gdy klient trzeźwieje. Inne nie ustępują, a czasami wręcz się nasilają. Na przykład, bez alkoholu czy narkotyków objawy zespołu stresu pourazowego mogą uderzyć z podwójną siłą, a zaburzenia nastroju pogłębiają się lub stają się bardziej wyraziste. Podobnie trzeźwe spojrzenie na życie powoduje, że problemy finansowe, prawne, rodzinne, społeczne, zawodowe, edukacyjne i medyczne, które były konsekwencjami nałogu, w procesie zdrowienia rzeczywiście dają się we znaki²²².

5.1.2. Uczenie się tematyzowania i problematyzowania własnego życia

W miarę upływu czasu, wchodzenia w proces terapeutyczny przez pacjenta, klarują się trudności, z którymi przychodzi on na sesje terapeutyczne, zarówno z perspektywy pacjenta,

²²¹ Shari M. Geller, Leslie S. Greenberg. *Obecność i zaangażowanie psychoterapeuty. Poszukiwanie efektywnej psychoterapii*. Wyd. Zielone Drzewo. 2017. s. 94.

²²² W. R. Miller, A. A. Forcehimes, A. Zweben (2014) *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 355.

jak i psychoterapeuty uzależnień, który bardziej metodycznie i profesjonalnie poznaje pacjenta i całokształt jego postrzegania siebie oraz innych. Na początkowych sesjach, wśród nowych pacjentów, szczególnie tych, którzy nie mieli wcześniej styczności z pracą terapeutyczną, zauważa się słabsze rozpoznawanie własnych obszarów problemowych i trudności z ich nazywaniem. Niekiedy nawet – z perspektywy terapeutów – niewłaściwie tematyżują oni swoje życie, czyli szukają problemów w niewłaściwych polach.

Psychoterapeuci uzależnień problematyzują doświadczenia pacjentów w bardziej zbalansowanej formie, czyli z perspektywy różnych trudności, które ich dotyczących, ale również i predyspozycji (w ramach przestrzeni aksjologicznej wyznaczają dobro i zło). Problemy mogą wynikać z uzależnienia, ale mogą być równoważone potencjałami, które ułatwiają proces leczenia, mogą to też być pozytywne i negatywne cechy natury fizycznej, psychicznej (osobowość, charakter), społecznej (środowisko), edukacyjnej (doświadczenia szkolne) i duchowej (wiara, społeczność wyznaniowa). Te „plusy” i minusy mogą dotyczyć obszarów życia zawodowego, towarzyskiego, rodzinnego, etc.

Wstępne uruchomienie procesu problematyzowania własnych doświadczeń pacjentów umożliwia podjęcie kolejnych działań. W badanych przypadkach pracy terapeutycznej chodziło zwykle o to, żeby na początku pacjent wszedł w tematyżację i problematyzację sugerowane przez terapeutę, ale potem, żeby nauczył się prowadzenia podobnego działania interpretacyjnego samodzielnie. Z jednej strony, temu służą różne ćwiczenia podejmowane na sesjach, choćby prośby o identyfikowanie głównych obszarów problemowych u innych pacjentów połączone z dyskusją, strukturyzowaną przez terapeutę. Z drugiej strony, niezależnie od działań terapeutycznych, sesja grupowa jest środowiskiem uczenia się i wszyscy uczestnicy, również terapeuci, nabywają od siebie różnych umiejętności, w tym tematyżowania i problematyzowania. Ważnym źródłem wiedzy są własne doświadczenia, ale również świadectwa innych pacjentów uczęszczających na sesje terapeutyczne (uczenie się nawzajem od siebie i na doznaniach innych pacjentów).

5.1.3. Napięcia w procesie problematyzowania

O ile tematyżowanie rzadko antagonizowało uczestników sesji terapeutycznych, o tyle problematyzowanie, które jest łagodniejszym rodzajem etycznego osądu cech, działań i zachowań, już znacznie częściej. Na przykład, terapeuci często uważali, że problemy w procesie terapii wynikają ze zbyt ogólnego rozumienia istoty choroby przez pacjentów. Pacjenci podejmowali wprawdzie decyzję o zaprzestaniu picia, ale nie dostrzegali potrzeby

głębszych zmian, ponieważ umiejscawiali problem w wąskim polu codziennych przymusów. Stąd leczenie obejmujące również inne pola było przez nich niekiedy odbierane jako kara za popełnione błędy. Podobnie gotowość do mechanicznego dopasowania się czy przestrzegania reguł pacjenci rozumieli jako znaczący postęp w terapii. Jednakże, według terapeutów, nic to nie dawało, bo nie postrzegali tego w perspektywie zmian sposobu myślenia o nałogu, stylu życia czy nawet osobowości. Terapeuci mają zwykle świadomość, że pozbycie się obsesyjnych schematów jest bardzo trudnym zadaniem dla chorego, zwłaszcza kiedy są oni przekonani, że pacjent ma skłonności do działań na przekór²²³.

Osobne pola napięć pojawiają się na etapie uczenia umiejętności problematyzowania uczestników sesji. Zdarza się, że mechanizm naśladowania, na którym opiera się uczenie umiejętności nie działa idealnie i odzwierciedlona umiejętność niewiele ma wspólnego z oryginałem. Jednakże w założeniu psychoterapia polega na zrozumieniu znaczenia naszych doświadczeń i uczeniu się rozwijania autonomicznego myślenia, co wiąże się z nauką przetwarzania własnych informacji. Przedstawiając te mechanizmy stosowane w pracy terapeutycznej możemy odwołać się do transformatywnego uczenia się²²⁴, które zawsze przebiegają innymi ścieżkami i prowadzą do nieco odmiennych rezultatów. Wreszcie, pacjent może nabyć umiejętności problematyzowania nie od terapeuty, ale od innego uczestnika. Wszystkie te przypadki wiążą się z ryzykiem napięć interpretacyjnych. Wspomniane napięcia nie były zwykle żadnym problemem, wręcz przeciwnie, bo one ożywiały dyskusję, a sesja terapeutyczna mechanicznie jest środowiskiem uczenia się.

5.1.4. Proces problematyzowania w sesji terapeutycznej

Przyspieszone uświadamianie problemu metodą kija i marchewki jako metoda motywowania ludzi do leczenia uzależnienia polega na przedstawianiu przez terapeutów konsekwencji uzależnienia i możliwości powrotu do trzeźwości. Terapeuci często tłumaczą pacjentom, na czym dokładnie polegają ich problemy, czym jest choroba alkoholowa, odnosząc się do sytuacji z ich życia. Niekiedy chodzi o pokazanie ich sytuacji życiowej w formie przerysowanej, jakby zupełnie stracili kontrolę nad swoim zachowaniem czy zaufanie i szacunek rodziny, albo w ogóle nie byli w stanie kontrolować swojego picia. Takie zagęszczenie tematyki życia pacjenta wokół wydarzeń negatywnych, terapeuci często

²²³ Peter Heinz Roha. *Uzależnienie przyczyny i terapia*. Wyd. W drodze, Poznań, 2016. s.119.

²²⁴ P. Cranton, (1994) *Understanding and Promoting Transformative Learning: A Guide for Educators of Adults*. San Francisco: Jossey-Bass.

osiągają poprzez serię pytań zogniskowanych wokół jednego zagadnienia, które sugerują, że ten problem dominuje. Mogą to być pytania np. o sytuacje, w których pacjent traci nad sobą kontrolę; w jakich sytuacjach dochodzi do picia; kiedy nie jest w stanie kontrolować spożywania alkoholu. Przez pryzmat tak wyselekcjonowanych negatywnych doświadczeń, pacjent rozpoznaje w sobie głód alkoholowy, wywołany impulsem, który pojawia się nagle i jest wywoływany stresem, napięciem, trudną dla siebie sytuacją, nastrojem smutku i złością na siebie, zależnie od sugestii terapeuty lub grupy. W efekcie pacjent jest przybity, co można uznać za efekt świadomej negatywnej pracy nad odczuciami (sentimental work)²²⁵, podejmowanej przez terapeutę w celu zmotywowania pacjenta do działań ratunkowych. Żeby efekt przygnębienia nie był zbyt silny, często niemal w tym samym momencie, terapeuci tłumaczą pacjentom, że to oni sami mają największy wpływ, na to co dzieje się w ich życiu, z ich życiem i dookoła niego, a odczuwane silne pragnienie jest głodem alkoholowym, który powinni zwalczać.

Problematyzacja *ad hoc*

Ponieważ problematyzowanie służy wyznaczaniu metod i zakresu działania, niekiedy ustalanie rdzeniowego problemu musi być podejmowane bardzo szybko. Najczęściej zdarzało się to wtedy, kiedy pacjent cierpiał z powodu kilku poważnych problemów współwystępujących, których nie daje się w krótkim czasie wyregulować. Wtedy terapeuci niekiedy podejmowali szybką decyzję o zajęciu się jeszcze innym obszarem życia pacjenta, który choć nie rozwiązuje żadnego z problemów, to jednak pośrednio przyczynia się do złagodzenia ich skutków. Można to zilustrować następującym przykładem:

Terapeutka podjęła próbę uświadomienia pacjentowi powagi sytuacji, w której się znalazł, ponieważ problem uzależnienia u pacjenta współwystępuje z pogłębiającą się depresją. Alkohol chwilowo poprawia nastrój, ale ma też dalej idące konsekwencje, bowiem w dłuższej perspektywie pogłębia zaburzenia psychiczne i jeszcze bardziej obniża nastrój. Problem pacjenta psychoterapeutka uznała za ważny, stwierdzając, że teraz zamiast kolejnego przerwania abstynencji, zachęca go do aktywności rekreacyjnej oraz aby się dobrze wyspał, najadł i odpoczął. Powinien też zacząć rozmawiać o sytuacjach stresowych ze swoimi bliskimi lub zadzwonił do przychodni albo swojego terapeuty, żeby miał lepszy wgląd we własne stany psychiczne oraz możliwość ich rozpoznawania czy konsultowania. Takie działania perswazyjne zostały wzmocnione przez innych uczestników terapii, którzy namawiali pacjenta na udział w

²²⁵ A Strauss, S. Fagerhaugh, B. Suczek, C. Wiener, (1984) *Social Organisation of Medical Work*, Routledge. New York.

mitingach Anonimowych Alkoholików, jeden z nich nawet umówił się z pacjentem, że razem pójdą na takie spotkanie.

Problematyzacje *ad hoc*, a chyba większość miała taki charakter, były konstruowane w oparciu o umiejętności eksploracji i empatii, skupienia uwagi i słuchania, na stosowaniu otwartych pytań. Tworzone były w grupach o silnych i raczej pozytywnych relacjach. Przekonanie o uzyskaniu wglądu we własne lub cudze życie może powodować różne następstwa. W przypadkach pozytywnych konsekwencji, wgląd może redukować lęk i objawy depresyjne lub służyć jako przygotowanie do zmiany. Wgląd może zwiększać zdolności pacjenta do podejmowania trudnych decyzji lub zaangażowanie pacjenta w pracę terapeutyczną²²⁶.

Problematyzacje grupowe

Ponieważ materiał badawczy składa się głównie z zapisów sesji grupowych, bardzo często również problematyzowanie doświadczeń życiowych pacjentów było realizowane w wariacie kolektywnym. Wariant ten polega na wspólnym poszukiwaniu tego samego problemu przez wszystkich uczestników sesji. Ilustruje to następujący przypadek:

Terapeutka uzależnień podjęła zagadnienie, które odnosiło się do wszystkich pacjentów. Poprosiła, żeby przyjrzeni się temu, co dało im picie, branie narkotyków lub inne zachowania nałogowe obecne w ich życiu, a następnie, aby zastanowili się, jakie konsekwencje miały takie zachowania. Odpowiedzi pacjentów były różne, jeden z nich, początkowo, kiedy brał narkotyki, to zapominał o problemach, odprężał się, jednak w głębi siebie miał poczucie pustki, jego zachowania nałogowe doprowadziły do zaniedbania siebie i własnych spraw. Inni ludzie, widząc jak żyje, przestali się z nim liczyć, lekceważyli go. Następny z pacjentów, kiedy spożywał alkohol był bardzo kontaktowy, otwarty na innych i pewny siebie, ale kiedy pomyślał o tym głębiej, to zorientował się, że zapijał swoją złość, a zarazem niezaradność życiową. Terapeutka wstała i przy tablicy zaczęła wypisywać przyczyny i skutki zażywania substancji psychoaktywnej, które zauważyli u siebie pacjenci. Kolejny pacjent zaczął brać narkotyki, bo sobie nie radził ze sobą samym, z własnymi emocjami. Dzięki używkom, uciekał przez światem, przed tym, z czym sobie nie dawał rady, czyli zagubieniem i bezsilnością wobec tego, co go spotykało. Inny pacjent wyznał, że po alkoholu był bardziej pewny siebie i odważniejszy w nawiązywaniu kontaktów z kobietami. Inna pacjentka wyznała, że piła dlatego, że lubiła smak wódki, a do tego czuła dumę, że potrafi jej wypić 0,7 litra. Jednak generalnie, pijąc chciała zapomnieć o przyszłości, choć to nigdy się nie udawało. [...] W przypadku ostatniego pacjenta,

²²⁶ J. Mellibruda (2011) *Siedem ścieżek integracji psychoterapii. Ślady dziecięcych traum i toksycznych relacji jako wyzwanie*. Wyd. Zielone drzewo, IPZ, Warszawa, s. 271.

branie narkotyków pozwalało mu zapomnieć o przeszłości, często szukał spokoju i miejsca na odizolowanie się oraz poprawę samopoczucia. Jednak zdał sobie sprawę, że były to początkowe objawy stanów depresyjnych. Wszystkie przemyślenia zostały zapisane na tablicy.

Grupowa analiza jest technicznie bardziej skomplikowana, bowiem pojawia się wiele różnych problematyk i ich uzasadnień. Terapeuta musi dysponować jakąś metodą i mieć doświadczenie w identyfikowaniu i porządkowaniu tych wariantów, bo każdy musi być zapisany. Z drugiej strony, kolektywna problematyka pozwala oszczędzić czas i ułatwia standaryzację wypowiedzi. Wszyscy dostają to samo pytanie z ukrytą problematyką, więc jakby z założenia wpadają w podobną optykę patrzenia na własne życie. Każda sesja terapeutyczna charakteryzuje się wewnętrzną dynamiką i zwrotami, których ani terapeuta, ani uczestnicy nie są w stanie przewidzieć. Plan przeprowadzenia kolektywnej problematyki, mimo przygotowań, może zostać przerwany przez indywidualne problemy uczestnika. Ilustruje to zapis przebiegu innej sesji:

Atmosfera w grupie terapeutycznej była ożywiona, bo jeszcze pacjenci rozmawiali między sobą i było też słycać śmiechy na sali. Na hasło, wypowiedziane przez psychoterapeutkę, no to zaczynamy, pacjenci zajęli miejsca siedzące i zapanowała cisza. Terapeutka na forum grupy, zapytała pacjentów. Jak radzicie sobie z problemami, których doświadczacie na co dzień? Temat ten został zasygnalizowany na poprzedniej sesji terapeutycznej, żeby uczestnicy mieli czas na przemyślenie. Zanim padły jakieś odpowiedzi, terapeutka zauważyła po minie jednego z pacjentów, że coś go gryzie i coś przeżywa w sobie. Zapytała, co się stało. Pacjent odpowiedział, że jego córka i żona zaczęły go wyzywać i wypominać mu różne rzeczy, to on im pokazał, gdzie jest ich miejsce. Terapeutka dobrze znała historię pacjenta, odpowiedziała mu więc, że na terapii poznaj różne narzędzia i metody pracy nad sobą i rozwiązania swoich trudności, więc powinien z nich korzystać, a nie wchodzić w kolejne konflikty. Terapeutka poradziła pacjentowi, że etap obwiniania się nawzajem i reagowania impulsywnego trzeba już zakończyć. Pacjent powinien być świadomy konsekwencji takiego postępowania, ponieważ w przeszłości pacjent wyrządził wiele krzywd sobie i innym. Terapeutka rozluźniając atmosferę zwróciła uwagę, że jego zadaniem jest poszukiwanie rozwiązań problemów, a nie dokładanie ich sobie, nawet jeżeli ludzie uzależnieni to mistrzowie w dokładaniu sobie problemów. Postrzeganie problemów przez psychoterapeutkę uzależnień, w tym przypadku, opierało się na wcześniejszym poznaniu historii pacjenta i jego sposobu bycia, nad którym pracowała z nim na sesjach indywidualnych. Wyraźne było na tej sesji terapeutycznej, zogniskowanie się na bieżącym problemie pacjenta, który nie radzi sobie w relacjach z rodziną.

Właściwie cały zebrany materiał potwierdza, że w przypadku konfliktu planu pracy z grupą oraz bieżącej potrzeby działania zogniskowanej na jednej osobie, priorytetem była praca indywidualna.

Psychoterapeuci uzależnień postrzegają problemy pacjentów przez pryzmat zebranych na ich temat informacji, na co mają wpływ sposoby docierania do ich trudności, niepowodzeń i zaburzeń. Jednak długookresowa skuteczność terapii zależy od rozpatrywania problemów pacjenta z różnych perspektyw oraz dopasowania strategii psychoterapeutycznych do jego indywidualnych cech i potrzeb, w tym sposobów postrzegania własnego problemu. W większości badanych przypadków terapeuci deklarowali stosowanie podejścia integracyjnego, które – jak twierdzą – umożliwia szersze rozumienie pacjenta i elastyczność w stosowaniu metod i technik terapeutycznych²²⁷.

5.1.5. Problematyzacje wytwarzane podczas superwizji i zebrań klinicznych

W zebraniu klinicznym uczestniczy cały personel przychodni wraz ze stażystami. W jego trakcie, omawiane są problemy bieżącej pracy terapeutycznej z pacjentami, ważne wydarzenia oraz przyszłe kierunki udoskonalania pracy terapeutycznej i administracyjnej. Spotkania kliniczne służą do rozwiązywania pojawiających się problemów, spraw które dotyczą funkcjonowania ośrodkach, jak i samej pracy terapeutycznej. Tego typu spotkania i konsultacje służą terapeutom, jako superwizja koleżeńska, mająca na celu rozwój zawodowy, poszukiwanie nowych możliwości pracy z pacjentem, dostrzeżenie niezauważonego problemu z innej perspektywy lub omówieniu przeszkód pojawiających się w kontakcie terapeuta-pacjent. Według Beaty Mańkowskiej, superwizja własnej pracy zawodowej stanowi formę profesjonalnego wsparcia i rozwoju w miejscu pracy poprzez systematyczny proces konsultacyjny. Ma ona na celu pomóc pracownikom poznać źródła osobistych trudności oraz znaleźć optymalne rozwiązania dla problemów rodzących się i rozwijających w środowisku pracy²²⁸.

Tak jak terapeuci przy użyciu różnych metod tematyzują i problematyzują doświadczenia pacjentów, tak superwizorzy, głównie poprzez pytania i zalecenia oraz dzielenie się doświadczeniami, problematyzują modele i metody stosowane przez terapeutów.

²²⁷ Z. Sobolewska-Mellibruda (2011) *Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików. Strategie procedury i opis przypadków pracy psychoterapeutycznej*. Wyd. Zielone drzewo, IPZ. Warszawa, s.80.

²²⁸ B. Mańkowska (2020) *Superwizja. Jak chronić się przed wypaleniem zawodowym*. Wyd. Wolters Kluwer. Warszawa, s. 27.

Wykorzystując swój autorytet, formatują oni wyobrażenia (głównie młodych terapeutów) dotyczące prawidłowo prowadzonej grupy terapeutycznej, sukcesu, identyfikacji problemu rdzeniowego, etc. Ponadto rozpowszechniają i wzmacniają dominujące nurty profesjonalnych dyskursów terapeutycznych. Jednak z drugiej strony, superwizja jest istotnym wsparciem dla terapeutów, umożliwia rozładowanie napięć i obciążeń, osłabia wątpliwości, a ponadto jest sposobem opóźnienia wypalenia zawodowego. Ilustracją takiego działania może być poniższy opis przebiegu jednej z sesji:

Początkujący psychoterapeuta uzależnień, został zaproszony przez kierownika placówki na spotkanie z zewnętrznym superwizorem, w celu przedstawienia swojej pracy terapeutycznej i uzyskania informacji zwrotnych od superwizora. Praktykant na kartce miał napisane, o czym będzie rozmawiał, wcześniej temat omawianych przez siebie problemów konsultował też z kierownikiem placówki, który doradził mu, aby wybrał trzy najważniejsze problemy pracy terapeutycznej ze swoim pacjentem. Pierwszy problem, jaki przedstawił adept, rozpoczął się od omówienia faktu, że pacjent będzie chciał zdobyć wiedzę na temat swojego własnego alkoholizmu, aby przyjrzeć się temu, czym jest alkoholizm. Pracując nad tym problemem z pacjentem, terapeuta-stażysta rozmawiał z nim o jego objawach, picciu alkoholu i mechanizmach uzależnienia, opierając się na przykładach z życia pacjenta. Drugi problem, który jest szczególnie istotny, na co zwrócił uwagę stażysta, dotyczy pacjenta, który łatwo traci kontrolę nad sobą i ma obawy o to, czy uda mu się utrzymać abstynencję. Pacjent wcześniej był na dwóch terapiach, ale w ich trakcie pił alkohol i w rezultacie ich nie skończył. Trzeci problem dotyczył rozpoznania przez pacjenta własnej bezsilności wobec alkoholu i pracy terapeutycznej nad uznaniem tej bezsilności.

Superwizor doradził, aby praktykant skupił się na relacjach z pacjentem i wykazał się większą uważnością na jego problemy, co pozwoli znaleźć sposób motywowania go do pracy nad sobą. Superwizor zachęcał praktykanta, aby spojrzął na problem pacjenta kompleksowo, na jego emocje, sposób wyrażania myśli, funkcjonowanie w środowisku pracy i rodzinnym, co lubi robić, czym zajmuje lub zajmował się w wolnych chwilach oraz z jakimi problemami, jego zdaniem, na co dzień się boryka. Superwizor zaproponował, by proces terapeutyczny zmierzał do wzmocnienia i utrwalenia w pacjencie zamiaru, planu oraz chęci trzeźwienia, np. poprzez ukazanie start spowodowanych przez nałóg lub tego, co mu przeszkadza w nim samym, kiedy pije.

W superwizji uczestniczył cały zespół terapeutyczny kliniki leczenia uzależnień, składający się z pięciu osób oraz superwizora i terapeuty stażysty. Głównym problemem przypadku omawianego w superwizji, jak zauważył inny psychoterapeuta uczestniczący w spotkaniu klinicznym, był brak symptomów głębokiej zmiany w funkcjonowaniu pacjenta. W takiej sytuacji należy zastanowić się, co jest tego przyczyną, czy jest to opór wewnętrzny,

traumatyczna sytuacja, której doświadczył pacjent, czy też własny komfort i przyzwolenie na zachowania nałogowe. Następnie zaproponował analizę tego, jak zdarzenia, doświadczenia, emocje i problemy wpływają na pacjenta. Psychoterapia jest procesem prowadzącym do zmiany niezbędnej do złagodzenia, wyciszenia lub rozbijania negatywnych objawów. Różne koncepcje psychoterapeutyczne proponują różne rodzaje zmian, w zależności od tego, co uznają za przyczynę zaburzeń psychicznych. Taką kompozycję można przedstawić w ujęciu Prochaski i Norcrossa (1994), którzy wyróżniają pięć grup zmian, jakie najczęściej oczekiwane są w wyniku psychoterapii: zmiana objawów i zachowania, zmiana nieprzystosowanych schematów poznawczych, zmiana w zakresie aktualnych konfliktów interpersonalnych, zmiana systemowa rodziny albo innych systemów oraz zmiana w zakresie konfliktów intrapsychicznych²²⁹.

Kolejny problemem omawianym podczas sesji superwizyjnej, było skonsultowanie nie tylko problemów pacjentów, ale również często problemu relacji terapeuta-przełożony, terapeuta-terapeuta, terapeuta-rodzina, terapeuta-pacjent oraz pacjent-pacjent. Inna sesja superwizji koleżeńskiej obejmowała dwie ostatnie relacje, choć głównym problemem, podjętym w jej ramach, była dysfunkcja pacjenta w różnych sferach życia społecznego, spowodowana wewnętrznymi deficytami:

Terapeutka podczas superwizji koleżeńskiej skonsultowała przypadek pacjenta, który był dla niego większym autorytetem niż terapeutka prowadząca i brał przykład ze starszego kolegi z grupy terapeutycznej. Ów kolega był bardzo zamożny i doradzał często, jak zarabiać pieniądze oraz jak zagwarantować sobie i swojej partnerce godne warunki do życia. Terapeutka uznała, że dla pacjenta ważniejszym problemem jest sukces ekonomiczny, niż sam proces terapeutyczny. Do tego pacjent był zamknięty w sobie i nie potrafił się przyznać, że wraca do czynnego uzależnienia. Psychoterapeutka w tym przypadku, miała do czynienia z zaburzeniami w sferze relacyjnej, oporem pacjenta oraz przerwaniem abstynencji i ukrywaniem tego faktu.

Pacjent jest przekonany, że jeżeli zadba o sferę materialną dla siebie, swojej partnerki i syna, to jego problemy zaczną się rozwiązywać. Jednak jego problem pogłębiał się, a pacjent był zmęczony swoim życiem i postępowaniem, stracił też siły, żeby kontrolować swoje zachowania. Psychoterapeutka stwierdziła, że głównym problemem pacjenta są zaburzone relacje z rodzicami, partnerką i jej rodziną. Kolega terapeutki stwierdził, że pacjent nie potrafi komunikować swoim bliskim, w jakiej trudnej znalazł się sytuacji, a jego problemem jest deficyt w sferze intrapersonalnej, który przekłada się na zaburzenia w kontaktach interpersonalnych. Uzależnienie jest skutkiem nawarstwiającej się u pacjenta dysfunkcji. Następny terapeuta, szukałby źródła problemów, gdzie one mają swój początek? Co jest powodem, że pacjent nie

²²⁹ Cz. Czabała (2013) *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo, PWN, Warszawa, s.168.

radzi sobie w obecnej sytuacji? Psychoterapeutka dostała wskazówki do pracy z pacjentem, które dotyczyły budowania relacji i przyglądania się popełnianym błędom w kontaktach z bliskimi, uznanie własnej bezsilności wobec uzależnienia i braku wpływu na to, co robią inni, pogodzenie się z tym, stawianie granic w relacjach i jasne komunikowanie swoim bliskim, co się z pacjentem dzieje.

Psychoterapeutka po superwizji dostała jasne wskazówki, co się dzieje się z pacjentem oraz nad czym powinna się skupić w swojej pracy terapeutycznej. Badaczka zainteresowała dalszy przebieg pracy z tym pacjentem, więc po miesiącu udał się znowu na superwizję koleżeńską, aby opisać dalszy przebieg pracy, nazwany ogólnie przez psychoterapeutów obszarem dysfunkcji wewnętrznej i zewnętrznej pacjenta. Okazało się, że rodzina pacjenta nie rozmawiała z nim na temat jego problemów w dzieciństwie, pacjent jak był dzieckiem, to bawił się sam, często zostawał sam w domu, a jego rodzice byli pochłonięci pracą. Mało wspólnie rozmawiał z rodzicami spędzał czas, jego taty nie było w domu, ponieważ pracował na delegacji, natomiast matka pracowała, jako dyrektorka szkoły. Pacjent wyniósł to z domu, gdzie głębokim przekonaniem było to, że zadbanie o siebie, jest dobra praca i dbanie o rozwój kariery zawodowej, a nie dbanie o bliskość, pozytywne relacje i cechy wzmacniające osobowości człowieka. Psychoterapeutka pracująca z pacjentem doszła do wniosku, że należy przyrzeć się osobistym schematom funkcjonowania pacjenta i relacją z ludźmi. Pacjent natarczywie chce kontrolować swoją sytuację i wywiera na siebie presję. Zatem schemat tworzy postawę zmuszania siebie do wyjątkowych osiągnięć i perfekcjonizmu. Według Mellibrudy, typowe dla tego schematu tendencje uruchamiają wewnętrzne nakazy doskonałości, wydajności i sprawności oraz przekonania o konieczności nieustannego dążenia do spełnienia wygórowanych standardów, mających na celu uniknięcie krytyki lub z nadzieją na uzyskanie akceptacji i miłości²³⁰.

5.1.6. Problematyzowanie wprowadzane przez uczestników terapii

Choć terapeuci są profesjonalnie przygotowywani do zarządzania procesami interpretacyjnymi i mają zaplecze ekskluzywnych narzędzi, to jednak, aby te przewagi wykorzystać, potrzebują jakiejś historii życia, a ta zawsze jest już wstępnie sproblematyzowana przez narratora. Co więcej, ów narrator jest pełnoprawnym aktorem społecznym, cały czas pozostaje aktywny i modyfikuje propozycje terapeuty.

²³⁰ J. Mellibruda (2011) *Siedem ścieżek integracji w psychoterapii. Ślady dziecięcych traum i toksycznych relacji jako wyzwanie*, Wyd. IPZ. Warszawa, s. 83.

Osoby z uzależnieniami, nawet jeżeli nie uczestniczą w żadnych terapiach, nieustannie problematyzują swoje doświadczenia życiowe. Zadają sobie pytania i odpowiadają na nie, oceniają i wyciągają wnioski, konstruują prywatne teorie psychologiczne, socjologiczne, niekiedy nawet medyczne. Potrzebują wiedzy i zrozumienia tego co się z nimi i wokół nich dzieje, bo utrwalone w kulturze, standardowe interpretacje często nie pasują do ich „nienormalnych” sytuacji życiowych i to co nie jest problemem dla innych w ich życiu może mieć kluczowe znaczenie. Co więcej, na bazie tych analiz konstruują plany działania i je realizują. Odbudowują lub zrywają relacje z innymi, zmieniają zdanie na własny temat, walczą z negatywnymi emocjami, poszukują kompromisów, etc.

Jeden z pacjentów wyjawiał, że ostatnio był bardzo zły na swoją córkę, a do tego ogólnie był nadmiernie nerwowy. Powodem takiego stanu, jak sam uważa, było przemęczenie pracą i przeżywanie dużego stresu. Tak to podsumował: *głowa już mi odmawia posłuszeństwa od nadmiaru obowiązków i łatwo było mnie wyprowadzić z równowagi, a do tego moja córka zaczęła wywijać*. Na problematyczne zachowania córki, pacjent zareagował bardzo agresywnie, ponieważ uważał, że źle postąpiła. Jednak po czasie przemyślał sprawę, przypomniał sobie, że też był młody i popełniał błędy, a nawet popełnia je nadal. W efekcie zidentyfikował źródło problemu i poszedł przeprosić córkę, zadeklarował też, że zawsze może na niego liczyć.

Inny pacjent opowiedział, że był na siebie zły w dniu kobiet. Odczuwał wtedy ogromny głód alkoholowy, a miał iść tego dnia z żoną do jej siostry, gdzie goście byli zwykle częstowani napojami wysokowymi. Chcąc uniknąć wspólnego spożywania alkoholu, podjął się roli barmana. Tak wspominał tę wizytę: *Miałem ogromną ochotę napić się, był bardzo dobry alkohol, jednak dałem radę i się nie napiłem*. Jednak po przyjęciu, pacjent był bardzo zły na siebie, że dał się namówić żonie na takie ryzyko. Żona pacjenta wypila dużo wódki i była nietrzeźwa, kiedy podchodziła do niego, było od niej czuć alkohol, co utrudniało mu zachowanie abstynencji, ale szczęśliwie to przetrzymał. Pacjent wyznał, że najgorzej było w nocy w domu, bo nie mógł zasnąć i cały czas miał ochotę się napić, a kiedy wstał, odczuwał głód alkoholowy.

Sytuacyjna tematyżacja podjęta przez tego pacjenta była powiązana z problematyzacją, decydował w jakim obszarze powinien podejmować największy wysiłek: czy skupić się na minimalizacji zagrożeń powrotu do nałogu i pozostać w domu, czy też postawić na odbudowywanie relacji z żoną i pójść na imprezę. Niezależnie od wyboru, musiał rozważyć sposoby kompensowania ryzyka popsucia dotychczasowej pracy w drugim obszarze (funkcja barmana, który nie musi z drinkiem socjalizować się z innymi gośćmi).

Problematyzacje wypracowywane prywatnie przez osoby uzależnione, często trafiają na sesje terapeutyczne i są stosowane przez terapeutów. Tak było w tym drugim przypadku:

Terapeutka zapytała pacjenta co u niego, a pacjent na to, że pracuje z żoną nad relacjami. Pacjent poinformował wszystkim, że najlepszym sposobem jest miłość, pochwalił się też że widzi efekty podjętych wysiłków, bo żona go kocha i mu to mówi, nawzajem sobie pomagają oraz starają się, ze zrozumieniem rozmawiać ze sobą.

Prywatna praca nad problematyzacją własnej sytuacji życiowej stała się terapeutycznym świadectwem udanego procesu odbudowywania relacji rodzinnych, które może dawać nadzieję, a nawet inspirować innych uczestników.

5.2. Dyskursy przyczyn i skutków

Żadna terapia nie może zostać skutecznie przeprowadzona, dopóki nie zostaną zidentyfikowane przyczyny problemów pacjenta. Od tych przyczyn zależy również dalszy sposób działania. W efekcie, procesowi diagnozowania źródeł uzależnienia poświęca się znaczną część sesji terapeutycznych, są też one przedmiotem polemik a nawet napięć. W ramach dyskursów profesjonalnych, popularyzowanych poprzez literaturę fachową oraz szkolenia, ogół czynników sprzyjających uzależnieniom dzielony jest na wewnętrzne i zewnętrzne. Pierwsze odnoszą się do tego, co zachodzi wewnątrz człowieka, czyli w obrębie ciała, włączając w to również psychologiczne i duchowe właściwości jednostek. Drugie, zewnętrzne, obejmują wszystko to, co na zewnątrz ciała, czyli inni ludzie, przedmioty, miejsca, również w wariantach wirtualnych. Dlatego też czynniki wpływające na decyzje pacjentów dotyczące zażywania substancji psychoaktywnych i przyczyniające się do czynnego uzależnienia można podzielić na dwie kategorie. Pierwsza z nich związana jest ze specyficznymi cechami psychiki człowieka (temperamentem, osobowością, asertywnością, podatnością na uzależnienia, duchowością), które kształtowane są zwykle w procesach socjalizacji i wychowania, często w dzieciństwie. Druga grupa dotyczy czynników zewnętrznych, czyli wpływu rówieśników, problemów interpersonalnych, trudności zawodowych, instytucji, ale również rzeczywistości wirtualnych (internetu, mediów społecznościowych)²³¹.

Czynniki zewnętrzne wywołujące uzależnienia dodatkowo mogą być uporządkowane w dwie duże grupy. Najczęściej wskazywaną w pracy terapeutycznej przyczyną była grupa

²³¹ S. Górski (1985) *Uwaga rodzice. Narkomania*, Warszawa , s. 22.

czynników środowiskowych sprzyjających inicjacji i rozwojowi uzależnień wśród pacjentów, obejmowała ona także wpływ najbliższego otoczenia (koledzy i znajomi). Empiryczną ilustracją tej kategorii może być wypowiedź jednego z pacjentów: *alkohol zawsze towarzyszył mi w spotkaniach ze znajomymi i tak większość czasu spędzaliśmy w pubie*. Powszechnym zjawiskiem wśród młodych dorosłych jest duże zainteresowanie wydarzeniami i mediami społecznościowymi, które promują taki styl życia, zachęcając tym samym do używania substancji psychoaktywnych. Te czynniki stanowiły drugą grupę, a ich ilustracją może być wypowiedź innego uczestnika sesji terapeutycznej: *nie było takiej imprezy, na której nie wziąłbym czegoś, najlepsza do imprezy jest ekstaza, ale brałem co było dostępne*. Takich wypowiedzi pacjentów, w materiale z obserwacji procesu terapeutycznego, było o wiele więcej. Również materiał pochodzący z innych źródeł potwierdza powszechność wyodrębnionych tu dyskursów, np. w książce „Jestem alkoholikiem”, człowiek przedstawiający się jako Sebastian stwierdził: *zadaję sobie pytanie, kiedy to się zaczęło. Myślę, że od niewinnych prywatek w wieku szkolnym. Zawsze lubiłem kolegów z lat szkolnych, którzy razem ze mną pili, bawili się i robili drobne figle. Ta cecha czy też wada mego charakteru szła ze mną przez dalsze moje życie. Było mi z początku z tym dobrze, czułem się jak ozdoba prywatek, balów i zabaw, byłem cukierkiem programu. Później przestało mi to imponować, przyszło znudzenie*²³².

Przyjęta w tym projekcie badawczym perspektywa interpretatywna nieco komplikuje kwestię przyczyn i skutków. W teoriach interakcyjnych, wszystkie elementy świata społecznego wzajemnie się warunkują. Co więcej, jeżeli dodać do tego perspektywę procesualną, okaże się, że to co jest skutkiem pierwszego etapu procesu, może stać się przyczyną kolejnego. Zatem przyczyny i skutki pozostają we wzajemnych dwustronnych relacjach, a przesądzenie kierunku tej zależności (które często pojawia się w dyskursach terapeutycznych), wynika bardziej z potrzeb edukacyjnych (pokazania uproszczonego obrazu zjawiska) niż właściwości rzeczywistości społecznej.

5.2.1. Wewnętrzne czynniki sprzyjające uzależnieniu

Kiedy pojawia się u mnie głód narkotykowy, to pojawia się u mnie nieprzyjemny nastój, rozdrażnienie i poczucie niezaspokojenia, że coś mi brakuje i mój organizm domaga się zaspokojenia pragnienia, przychodzi on nagle i niespodziewanie.

²³² Józef Jan Alkoholik (1999) *Jestem alkoholikiem, świadectwa AA*. Wyd. W drodze, s.161

Takimi słowami przedstawił mechanizm uzależnienia jeden z pacjentów. W trakcie spotkań terapeutycznych regularnie pojawiają się wewnętrzne wyjaśnienia uzależnień, które lokowane są w przestrzeni przeżyć pacjentów, mogą to być niezaspokojone potrzeby, autodestrukcja, pustka po stracie, cierpienie psychiczne, uległa osobowość, etc. Dyskurs uwarunkowań wewnętrznych tworzony był na trzy sposoby. Po pierwsze, jako dyskurs porażki, kiedy wspomniane czynniki pokonywały silną wolę pacjentów, którego efektem emocjonalnym zwykle było współczucie, żal albo strach. Po drugie, jako dyskurs zwycięstwa, kiedy człowiek skutecznie opierał się własnym słabościom, budząc tym zwykle podziw, zazdrość i uznanie. Po trzecie, dyskurs zaakceptowanej porażki, rozwijany przez pacjentów, którzy nie są w stanie stawić czoła siłom wewnętrznym, ale też akceptują ten stan i niekiedy nawet prezentują czerpane z niego chwilowe korzyści. Pojawiały się też dynamiczne konstrukcje składające się z różnych kombinacji tych subdyskursów. Dyskursy na ogół składają się nie tylko z wymiaru treściowego (poznawczego) i afektywnego (emocjonalnego), ale również behawioralnego (działania). Oba wymienione wcześniej warianty łączone były na sesjach z zachowaniami, które dopiero nadawały dyskursom dynamiki oraz osadzały w kontekście uzależnienia (które jest formą działania).

Dyskursowe mistyfikacje

Jeden z pacjentów opowiadał, jak sobie radził, mając trudności z emocjami i z niezaspokojoną potrzebą głodu alkoholowego. Obrazował to swoimi zachowaniami: wieczornymi wyjściami na stację benzynową w celu zakupu alkoholu oraz pić dla poprawy nastroju, złego samopoczucia, złagodzenia stresu i rozdrażnienia. Ponieważ nie umiał zapanować nad wewnętrznymi uwarunkowaniami a jego potrzeba picia była bardzo silna, ulegał nałogowi przez co stał się bardzo negatywnie nastawiony do wszystkiego i zestresowany (dyskurs porażki). Mimo to twierdził, że ma kontrolę nad spożywaniem alkoholu (dyskurs sukcesu), co było tylko złudzeniem. Obecnie sposobem pacjenta na radzenie sobie ze stresem i trudnymi emocjami jest rozmowa z żoną lub kolegą, który też miał kiedyś taki sam problem z alkoholem, jak pacjent, ale teraz pozostaje w abstynencji. Do innych rozwiązań pacjent zaliczył, wyjście na spacer, zjedzenie czegoś dobrego, szczególnie w towarzystwie żony lub kogoś z rodziny, bo to poprawia pacjentowi nastój. Powyższy przypadek ukazuje ciekawy przebieg dyskursu uzależnienia wynikającego z przyczyn wewnętrznych. Zaczyna się od mistyfikacji, czyli skrywanego zasłoną wstydu dyskursu porażki, przykrytego wymyślonym dyskursem sukcesu. Prawdopodobnie w procesie terapii te zasłony zostały zerwane, za to zaoferowano

pacjentowi działania, które on skutecznie wplótł w swoje doświadczenia życiowe, w ten sposób sukces został urzeczywistniony, jednak opleciony gąszczem zaleconych aktywności.

Profesjonalne sztuczki

Terapeuci często używają profesjonalnych narzędzi oddziaływania na świadomość pacjentów (np. wyszukanych metafor, albo ćwiczeń interpretacyjnych). Wspomniane narzędzia, z jednej strony, same są wytworem dyskursu profesjonalnego, ale, z drugiej, służą przesuwaniu narracji pacjentów z jednego dyskursu (np. porażki albo czynników wewnętrznych) do drugiego (np. sukcesu albo czynników zewnętrznych). Jedno z takich narzędzi dotyczących wewnętrznych uwarunkowań opiera się na metaforze balonu. Ogólny stres, odczuwany przez pacjentów, jest tu porównywany do balonu wypełnionego helem. Każdy napotkany stresor, każda chwila, w której wydaje nam się, że sobie nie poradzimy, powoduje, że balon się pompuje²³³.

Praca terapeutyczna często polegała na uświadamianiu pacjentom, że ich przekonania sprzyjające uzależnieniu, nie służą im. Na przykład przekonania warunkowane dyskursami porażki, które podkreślają słabość człowieka wobec silnych uwarunkowań wewnętrznych, przekształcane są w dyskursy sukcesu, przekształcające „przyczyny” (np. wewnętrzne słabości) w „cele” działania. Badani pacjenci podczas wielu sesji pozytywnie kojarzyli wewnętrzne czynniki wpływające na uzależnienie, np. jako sposób na rozładowanie napięcia emocjonalnego, odstresowanie się, odprężenie, czy poprawę nastroju (*Jak sobie zapaliłem marihuanę, to schodziło ze mnie ciśnienie i humor mi się poprawiał*). Takie przekonanie znajduje swoje ugruntowanie w powszechnej wiedzy oraz dyskursie publicznym, kojarzącym używki z radością, zabawą, a nawet szczęściem rodzinnym, wystarczy spojrzeć na reklamy piwa „bezalkoholowego”. Temu dyskursowi aktywnie przeciwstawiają się wyposażeni w profesjonalne narzędzia terapeuci. Stąd przekonania badanych, że używki sprawiają przyjemność (zaakceptowana porażka), pojawiały się w pierwszej fazie zażywania środków psychoaktywnych, natomiast w trakcie trwania procesu terapeutycznego pacjenci odkrywali (dzięki terapeutom), że środki psychoaktywne wywołały w ich życiu poważne komplikacje rodzinne, zawodowe, problemy zdrowotne oraz w dużej mierze pogłębiły deficyty funkcjonowania.

Terapeuci modyfikują też zakres wewnętrznych czynników, kształtujących dyskursy przyczyn uzależnień. Dodają bardziej skrajne, a tym samym trudniejsze do zaakceptowania

²³³ S. Sumińska, P. Grodecka (2022) *Radzenie sobie ze stresem. Poradnik*, Wyd. CIOP, PIB, Warszawa, s.15.

elementy, takie jak: nieumiejętności radzenia sobie ze sprawami życiowymi i emocjami, brak asertywności, skrajne napięcie emocjonalne, prowadzące do potrzeby szybkiego odreagowania, poprzez zażycie substancji psychoaktywnej. W ten sposób terapeuci pozbawiają *dyskurs zaakceptowanej porażki* motywu akceptacji, a potem, poprzez pracę nad różnymi „umiejętnościami radzenia sobie”, pracują nad konwersją porażki w *dyskurs sukcesu*.

Tak jak poprzednio, również i w tym przypadku terapeutów wspiera dyskurs profesjonalny. Literatura przedmiotu wskazuje, że podstawowym mechanizmem adaptacyjnym jest radzenie sobie z problemem. Radzenie sobie ze stresem jest tutaj definiowane jako regulowanie i utrzymywanie stałej równowagi pomiędzy wymaganiami i obowiązkami w pracy, a własnymi możliwościami, umiejętnościami, zdolnościami i wiedzą. „Pokonywanie problemów każdego dnia jest naturalne. Akceptujemy ten stan zarówno my sami jak i nasz organizm”²³⁴.

Zaburzenia psychiczne

Najtrudniejszym wariantem czynników wewnętrznych są zaburzenia i choroby psychiczne. W takich przypadkach siła oddziaływania psychicznych uwarunkowań na jednostkę jest wielokrotnie większa, co znacząco zmniejsza szanse uwolnienia jej od nałogu. Sytuacja taka wymusza skrzyżowane leczenie psychiatryczno-terapeutyczne, które dodatkowo wzmacnia wpływy dyskursów medycznych, przyjmujących biologiczne wyjaśnienia procesów zachodzących w człowieku.

Z perspektywy terapii uzależnień, można wyodrębnić dwa typy zaburzeń psychicznych. Pierwszy typ obejmuje zaburzenia, które rozwijają się niezależnie od nałogu lub rozwinęły się wcześniej i są typową „chorobą współwystępującą”, która komplikuje leczenie. Drugi typ obejmuje zaburzenia, które są efektem wieloletniego nadużywania środków psychoaktywnych, stając się wtórnie przyczyną sięgania po używki. Ponieważ pierwszy typ, z uwagi na podporządkowanie leczeniu psychiatrycznemu i często silnym środkiem farmakologicznym, tylko częściowo wpisuje się w perspektywę terapeutyczną, dalsze wnioski będą dotyczyły głównie drugiego.

Zaburzenia psychiczne obserwowane w pracy terapeutycznej nie mają charakteru zerojedynkowego, tzn. raczej mogą być lokalizowane na kontinuum od lekkich i czasowych zaburzeń, aż po formy ciężkie i przewlekłe. Najczęstszym zaburzeniem psychicznym jest głód alkoholowy lub narkotykowy, który opisuje sytuację przymusu sięgania po środki

²³⁴ G. Bartkowiak (2009) *Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji*, Wyd. PWE, Warszawa, s. 27.

psychoaktywne. Jego bardziej zaawansowaną formą mogą być ciągle natrętne myśli o używkach połączone z bezsennością, drgawkami i realną utratą kontroli nad działaniem.

W jednym z analizowanych przypadków, jeden z uczestników terapii przedstawił swoją sytuację w kontekście uzależnienia od narkotyków:

Pacjent doświadczał silnej potrzeby zażycia substancji psychoaktywnych, która przybierała formę natrętnych myśli spowodowanych wewnętrznym pragnieniem zażycia środka psychoaktywnego. Jak wyjawiał, głód odczuwał jako psychiczne dręczenie, nie dające mu spokoju, a do tego narastające. Kiedy natrętne myśli stawały się coraz bardziej intensywne i towarzyszyły mu coraz częściej, to zaczął odwiedzać kolegów, z którymi brał narkotyki, by prosić o marihuanę. Jednak potrzeba konsumpcji substancji psychoaktywnych tylko wzrastała. Narkotyki łagodziły natrętne myśli tylko chwilowo, a kiedy wspomniane myśli wracały, stawały się coraz bardziej intensywne i trudne do opanowania. Terapeuta dodał, że wewnętrzne poczucie regulowania emocji poprzez narkotyki daje tylko chwilową i ulotną poprawę nastroju, w dalszej konsekwencji substancje psychoaktywne tylko pogłębiają problemy psychiczne. Przyjemność brania jest ulotna, jak dym, który się zaraz wypuszcza. Pacjent dodał, że potrzeba zażywania narkotyków była tak silna, że uniemożliwiała mu jakiegokolwiek funkcjonowanie, odciągała go od codziennych obowiązków i utrudniała życie. Doświadczenie natrętnych myśli było dla niego bardzo nieprzyjemnym doznaniem, nie potrafił się skupić na tym, co ważne, jak rodzina i praca. Pacjent opisywał swój głód, przedstawiając go jako czynnik rujnujący relacje z najbliższymi i niszczący jego zdrowie psychiczne, fizyczne i społeczne.

Rozwijane w czasie terapii dyskursy choć często adresowane do jednego uczestnika tak naprawdę są konstruowane z myślą o wszystkich. Z tego powodu terapeuci dbają o ich formę, o dramatyzm i napięcie, niekiedy budują podejrzliwość, zagadki albo wplatają metafory (jak ta o dymie) lub uogólnione streszczenia teorii psychologicznych, czerpane z dyskursów profesjonalnych.

5.2.2. Czynniki zewnętrzne

W analizowanym materiale, w zakresie zewnętrznych przyczyn uzależnień, najczęściej pojawiały się kręgi koleżeńskie, a konkretnie przysłowiowi wręcz koledzy z podwórka lub dzieciństwa. To oni, zawsze zadowoleni, wiecznie czekający na spotkanie, które trzeba uczcić, byli uznawani za przyczynę nałogowego zażywania substancji psychoaktywnych, ale również najbardziej niebezpieczny czynnik ryzyka przerwania abstynencji (to zagadnienie będzie rozwinięte w kolejnej części). Drugim kręgiem społecznym, który warunkował nadużywanie alkoholu była rodzina, najczęściej nieudane relacje romantyczne lub współuzależnienie. W tym

wypadku, nie było motywu zabawy i radości, raczej traumatyczne doświadczenia, smutek i cierpienie. Rzeczywiste dyskursy konstruowane podczas sesji terapeutycznych raczej nie dałyby się wpisać w taki analityczny podział. W większości przypadków, problemy nieodpowiednich kolegów mieszały się z problemami rodzinnymi, nadając dyskursom przyczyn dynamizmu i pewnej nieprzewidywalności.

Wspólnota oparta na używkach, zaniedbana rodzina, impuls

Męskie towarzystwo jeszcze do niedawna było synonimem nadużywania alkoholu, obecnie świat uzależnień znacznie bardziej się zróżnicował pod tym względem. Paczka znajomych z młodości, którzy umieli się bawić, a jak trzeba to i zaszaleć, pojawiała się wielokrotnie jako przyczyna, a nawet źródło, zachowań ryzykownych. Tak przedstawiał swoją sytuację jeden z uczestników takich zabaw:

Podczas prezentacji swojej historii uzależnienia, pacjent powiedział, że głównym powodem zażywania przez niego substancji psychoaktywnych były jego kontakty ze znajomymi z którymi pił alkohol i brał narkotyki, kiedy tylko był ich towarzystwie. Takie spotkania kończyły się zawsze zapaleniem marihuany lub pić alkoholu. Jedynym sposobem na zachowanie czasowej trzeźwości, było unikanie znajomych. Pacjent znajdował sobie wtedy różne zajęcia, żeby się nie nudzić i nie spotykać się z kolegami, jednak często łamał swoje postanowienia i nawet sam czasami ich szukał. Kiedy znowu był z nimi, stawał się uległy, co kończyło się odurzeniem narkotykiem lub pić alkoholu, bo sam to lubił. Głównym wyzwaczem, byli jego koledzy oraz wesoła atmosfera, która towarzyszyła ich spotkaniom. Pacjent powiedział, że nie wini ich za nic, bo oni tak sami jak on, są życiowo zagubieni. Jednak Pacjent podjął decyzję o terapii i nie brał narkotyków przez trzy tygodnie. Było mu ciężko, tym bardziej że zdawał sobie sprawę, że kiedy wyjdzie na dwór wszystkie pokusy powrócą i skończy się tak jak poprzednio. Pacjent dodał, że nie ma jeszcze na tyle silnej woli, by się oprzeć znajomym, ale zdecydowanie nie chce znowu przeżywać tego samego, być permanentnie niewyspanym, zmęczonym i rozdrażnionym. Pacjent zgłaszał także problemy zdrowotne z nogami, przez co ostatnio nie mógł pracować, bo pracuje na budowie. Pacjent, od czasu kiedy przestał zażywać narkotyki, lepiej się czuł i wysypiał, ale ostatnio był bardzo nerwowy i wszystko go drażniło. Terapeutka zaleciła, żeby pacjent pracował nad sobą, a nie skupiał się na tym, że jest nerwowy, musi przetrzymać ten trudny dla niego okres, wziąć się za siebie i powoli zmienić swoje życie.

Konstruowane przez pacjenta dyskurs przyczyn własnego uzależnienia, można nazwać dyskursem kroczącej porażki. Początkowo, zaczyna się niewinnie jako chęć doświadczenia

nowych bodźców. Może to przywoływać wręcz pozytywne wyobrażenia grupy wesołych znajomych, w której każdy czuje się dobrze, a po latach wspomina takie spotkania z sentymentem. Pacjent czekał na takie imprezy, pracując ciężko przez cały tydzień, i traktował je, jako nagrody. Jednak ta historia miała swoją dynamikę, im pacjent wchodził głębiej we własne uzależnienie, tym doświadczał większych niepowodzeń, upadków i zawirowań życiowych. Teraz musi wybierać pomiędzy relacjami społecznymi z grupą, w której lubi przebywać a trzeźwością i tę decyzję musi przepracować. Już od najmłodszych lat pacjent przyglądał się, jak jego ojciec i dziadek zmagają się z uzależnieniami. W jego domu picie alkoholu było zawsze dozwolone, jego matka, choć wypełniała swoje obowiązki, również lubiła wypić. Pacjent dorastał w środowisku przesiąkniętym alkoholem i narkotykami zarówno w domu, jak i w grupie znajomych, co miało istotny wpływ na jego funkcjonowanie społeczne.

Pacjent wzrastał w środowisku przesiąkniętym alkoholem i narkotykami zarówno w domu, jak i grupie koleżeńskiej, z tego powodu miało to duży wpływ na jego funkcjonowanie społecznie. Wychowanie odnosi się do kształtowania postawy człowieka wobec świata i ludzi, jego przekonań i postaw, systemu wartości i celu życia²³⁵.

Kiedy pojawia się rodzina, jest ona podstawową jednostką społeczną i nie zmienia perspektywy patrzenia na świat uczestnika terapii w jego wcześniejszych latach życia. Dopiero w wieku dorosłym pacjent zaczyna dostrzegać wartość rodziny i płynące z niej korzyści emocjonalne, psychologiczne i społeczne, co ilustruje poniższy przypadek omawiany podczas sesji terapii grupowej:

Pacjent zauważył, że w początkowej fazie swojego uzależnienia, picie alkoholu traktował jako nagrodę. Po ciężkim tygodniu pracy, oczekiwał na spotkanie z kolegami, powygłupianie się i zapomnienie o problemach. Kiedy założył rodzinę, nie zrezygnował ze swoich kawalerskich nawyków, co obecnie traktuje jako błąd młodości i brak odpowiedzialności za swoje życie. Pacjent mówił, że przepił większą część swojego życia, a zmądrzał dopiero na starość. Sytuacja, w której się znajdował, była skutkiem jego niewłaściwych wyborów życiowych i zaniedbań. Nawet dzieci nie chciały utrzymywać z nim kontaktów. Mimo tego, nikt nie był w stanie przekonać pacjenta, by rzucił picie, nawet drastyczne zdarzenia, jakich doświadczył w życiu i problemy ze zdrowiem go nie przekonały, był uparty. Jednak kiedy spotkał rozplakaną córkę z dzieckiem, która powiedziała mu, że zawsze chciała mieć ojca i w głębi liczyła na to, że się zmieni, to pacjent zaczął pękać, płakał prawie cały dzień. Wtedy właśnie po dwóch dniach zgłosił się na terapię, która pozwoliła mu wstać na nogi. Teraz wie, ile stracił swoim postępowaniem, ale czasu już nie wróci. Musi nauczyć się żyć

²³⁵ W. Okoń (2007) *Nowy słownik pedagogiczny*, Wyd. Żak, Warszawa, s.437.

z samym sobą, choć próbuje też nawiązać kontakt ze swoimi dziećmi, ale nic nie robi na siłę. Terapeutka zasugerowała, że najwyższy czas zacząć żyć.

Powyższy przypadek ilustruje przemianę orientacji biograficznej pacjenta, który zamienił dyskurs porażki na dyskurs sukcesu. Ten punkt zwrotny był możliwy dzięki emocjonalnemu impulsowi, którego przyczyną było przypadkowe spotkanie z córką. Głównym czynnikiem popadania w uzależnienie był krąg kolegów, jednak czynnikiem pośrednim, powodującym takie przeżycia u pacjenta, były zaniedbania więzi rodzinnych. Silna rodzina mogła okazać się skutecznym czynnikiem chroniącym, gdyby tylko pacjent bardziej się w nią zaangażował. Próby rekompensaty społecznej podejmowane przez pacjenta oraz zaniedbywanie córki odnoszą się do deficytów spowodowanych brakiem doświadczania bliskości i zaniedbaniem rodzicielskim w sferze emocjonalnej. Po spotkaniu z córką u pacjenta rozwinęła się subiektywna potrzeba nadrobienia straconych lat i zrekompensowania niespełnienia roli ojca. Choć w pedagogice społecznej rozwijana jest kategoria kompensacji, czyli działań, które mogą zastąpić słabiej funkcjonującą komórkę lub instytucję społeczną, to jednak metoda ta może zrekompensować tylko część niedoborów wychowawczych, wynikłych z wadliwego funkcjonowania rodziny²³⁶.

Kategoria przyczyn zewnętrznych

Jeszcze inaczej kształtowały się uwarunkowania sytuacji życiowej kolejnego pacjenta, którego trajektoria uzależnienia zaczynała się z kolegami a potem dotknęła rodzinę. Wypracowane w dyskursie terapeutycznym przyczyny takiego obrotu spraw mają bardziej normatywny i strukturalny charakter. Podobnie jak w poprzednich przypadkach, czynnikiem bezpośrednio warunkującym kontakt z używkami byli koledzy. Sam mówił o tym w następujący sposób:

Miałem takie towarzystwo, że wydawało mi się, że jak nie będę z nimi, to coś stracę, zawsze było fajnie, a teraz wiem, że byłem uzależniony od narkotyków i alkoholu, a dodatkowo jeszcze byłem psychicznie zależny od ludzi i całej tej otoczki.

Z materiału badawczego, relacjonującego przebieg sesji terapeutycznej, dowiadujemy się, że:

Pacjent wszedł w takie środowisko, że nie mógł powstrzymać się od zażywania środków odurzających. Kiedy koledzy proponowali mu daną substancję psychoaktywną lub alkohol, nie odmawiał, wręcz przeciwnie, wykorzystywał każdą nadarzącą się okazję. Terapeutka

²³⁶ R. Łapińska (1966) *Psychologia wieku dorostania*, PWN, Warszawa, s.129.

stwierdziła, że pacjent żył chwilą, był beztroski, szukał pozytywnych wrażeń, nie brał odpowiedzialności za swoje czyny, a własne braki i niepowodzenia zastępował uciekaniem się do narkotyków. Wskutek podjęcia terapii, pacjent zaczął dostrzegać to, czego nie widział, kiedy był pod wpływem substancji psychoaktywnych.

Obecnie motywacją tego pacjenta do zdrowienia, jest odczuwanie świata na trzeźwo oraz poprawa relacji rodzinnych. Tak to przedstawia:

Teraz przestrzegam własnych postanowień i cieszę się z każdej chwili na trzeźwo, wiem ile straciłem życia i jak moja rodzina przez to cierpiała. Wcześniej imponowało mi tylko towarzystwo, gdzie mogłem się odurzyć. Robiłem rzeczy, które mi nie służyły. Teraz to przeszłość, której i tak nie zmienię, ale mogę wpływać na to, co się dzieje ze mną teraz.

Kategoria beztroskiego nadużywania środków psychoaktywnych jest typowym motywem *dyskursu zaakceptowanej porażki*. Jednak w tym przypadku pojawia się jeszcze deklaracja dotrzymywania obietnic, czemu wcześniej nie był w stanie sprostać, a ta właśnie postawa lub jej brak warunkują wiele kryzysów rodzinnych, które wtórnie przyczyniają się do ucieczek w używki. Jeżeli uznać, że głównymi przejawami niedostosowania społecznego są: brak krytycznych zahamowań, brak etycznej, pozytywnej społecznie wizji życia, niemożność wyjścia z trudnej sytuacji oraz brak wiary w swoje możliwości²³⁷, to uczestnik terapii wyczerpał je wszystkie.

Przyczynami zewnętrznymi w pracy pacjentów nad uzależnieniami są w dużej mierze wpływy kolegów i zaniedbania rodzinne, ale warto też przedstawić argumenty wskazujące na zasady jako zalecenia porządkujące relacje społeczne. Stąd kategoria zasad i reguł, dotrzymywania obietnic i dyscypliny odgrywa przeważającą rolę w dyskursie terapeutycznym. Kwestia ta została już zasygnalizowana wcześniej, ale wymaga jeszcze bardziej szczegółowego rozwinięcia na przykładzie kolejnego fragmentu z sesji terapeutycznej:

Pacjent podał nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach, stres i niską odporność psychiczną jako przyczynę uzależnienia. Terapeuta uznał, że wykazuje się on dużą gotowością do pracy nad sobą. Pacjent dopiero podczas terapii uświadomił sobie przyczyny kłopotów, które powstały podczas choroby alkoholowej, a związane były ze zdrowiem, relacjami w rodzinie i innymi ludźmi oraz kłopotami finansowymi. Uporczywe zażywanie substancji psychoaktywnych występowało nawet wtedy, kiedy pacjent dowiedział się od lekarza o szkodliwych skutkach narkotyków i alkoholu. Terapeuta uświadomił pacjentowi, że niekorzystne wybory życiowe doprowadziły go do trudnej sytuacji, w której egzystował. W rezultacie pacjent zauważył, że zaniedbywał ważne dla niego sprawy i obowiązki oraz przyznał, że zawsze ignorował swoją rodzinę, a przede wszystkim potrzeby żony, lekceważył też to, co

²³⁷ M. Grzegorzewska (1959) *Pedagogika specjalna*, Wyd: Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej, s. 33

mówili do niego bliscy. Terapeuta zakomunikował, że teraz bardzo ważne jest przeanalizowanie, jak w świecie chaosu, bez zasad i z zatartymi granicami żył pacjent. Następnie należy wyciągnąć z tego wnioski, aby codziennie posuwał się małymi krokami we wprowadzaniu zasad i zaleceń terapeutycznych. Terapeuta zachęca pacjenta do przyjrzenia się, jakie osobiste i rodzinne korzyści pacjent obecnie czerpie z wdrażania i przestrzegania zasad w swoim życiu.

Dyskurs terapeutyczny nasycony jest zasadami, bo to kategorie porządkujące, a w większości przypadków zadaniem terapeuty jest zachęcanie do uporządkowania własnego życia na nowo. Nie odstaje w tym zakresie od dyskursu profesjonalnego propagowanego w literaturze fachowej. Według przedstawianej koncepcji na sesjach terapeutycznych, zasady organizują życie i sprawiają, że człowiek staje się bardziej zrozumiały w środowisku społecznym i lepiej sobie w nim radzi, czyniąc życie osób uzależnionych łatwiejszym i bezpieczniejszym dla zdrowia pacjentów i ich życia. Zasady budują wzajemne zaufanie, dają wskazówki, jak postępować i dają pewność, że dokonuje się właściwych wyborów. Zasady ułatwiają komunikację i sprawiają, że świat staje się przewidywalny, ponieważ jasno regulują relacje między ludźmi, określając, co jest dozwolone, a co nie. Zasady wskazują mądre drogi dochodzenia do celów²³⁸. Z perspektywy zewnętrznej, tych reguł wskazań i zaleceń jest być może nawet za dużo, ale świat urządany dla społeczności wychodzącej z nałogu musi być skonstruowany na bardziej solidnych podstawach.

Utrata miłości życia, wycofywanie się z relacji społecznych

Rodzina jako ważny krąg społeczny stopniowo ujawniała się w poprzednich przypadkach. Zdarza się jednak, że jest kluczowym czynnikiem warunkującym dynamikę uzależnienia i to zarówno pozytywnie (czynnik chroniący) jak i negatywnie (czynnik ryzyka). Tak właśnie jest w przypadku kolejnego pacjenta:

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych jest istotnym czynnikiem zakłócającym relacje społeczne pacjenta. Terapeutka poprzez pytania ustalała, co powoduje wycofywanie się pacjenta z relacji społecznych, brak zaufania i uprzedzenia do innych, powolność w mówieniu oraz niechęć do nawiązywania nowych kontaktów. Okazało się, że pacjent był rozczarowany swoim ostatnim związkiem, a konkretnie został porzucony przez kobietę, którą kochał, bo ta związała się z innym mężczyzną. Pacjent zaczął wówczas częściej niż dotychczas zażywać narkotyki oraz spożywać duże ilości alkoholu, zwłaszcza w pubach i dyskotekach, jako formę ulgi i odskoczni od codzienności. Szukał też okazji do nawiązania kontaktów z ludźmi, te jednak

²³⁸ M. Z. Jędrzejko, T. Białas (2022) *Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne. Zjawisko. Zagrożenia. Profilaktyka*, Wyd. Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa, s.163.

często okazywały się niestabilne i nietrwałe. Terapeutka zwróciła uwagę, że praca terapeutyczna w tym obszarze ma na celu budowanie zaufania do siebie i stabilizacji w relacjach społecznych oraz stopniowe otwieranie się na innych w grupie terapeutycznej, a nie ciągle poszukiwanie doznań, które niekorzystnie wpływają na pacjentów. Terapeutka stwierdziła, że stosowanie się do zaleceń terapeutycznych, dążenie do stabilizacji i obowiązkowość są początkiem drogi, która przynosi oczekiwane rezultaty.

Istotnym katalizatorem procesu uzależniania od środków psychoaktywnych w tym przypadku była utrata relacji z osobą wyjątkowo bliską. Motyw nieszczęśliwej miłości przewija się w kulturze europejskiej bardzo często, stąd konsekwencje takiego zjawiska są przewidywalne nawet dla tych, którzy nigdy nie doświadczyli tego osobiście. Jednak podatność na uzależnianie się pacjenta, jeszcze bardziej przyspieszyła i radykalizowała te procesy żalu i rozpacz. W efekcie czynnik zewnętrzny, jakim jest relacja romantyczna, wywołał reakcję wewnętrzną (cierpienie i rozpacz), która z kolei przyspieszyła trajektorię popadania w uzależnienie. Głównym celem terapii w przypadku tego pacjenta była edukacja w osiągnięciu równowagi i stabilności życiowej. Widać tu, że wizja pracy terapeutycznej opisana jest poprzez pożądane cele edukacyjne, które zakładają zmianę myślenia i działania. Poprzez cele edukacyjne (cele kształcenia) należy rozumieć oczekiwany stan świadomego działania podmiotu edukacyjnego, który to stan wyrażać się może w zmianach wiedzy uczestników procesu kształcenia²³⁹.

Zapętlenia

Paradygmat interpretatywny zachęca badaczy, by nie strukturyzowali obserwowanego świata społecznego w układzie przyczynowo-skutkowym, ale raczej przyglądali się jego wewnętrznej organizacji. Strukturalna analiza sesji terapeutycznych prowadzi do wniosku, że konstruowane tam dyskursy bardzo często są zapętłone i skutki stają się przyczynami. Nierzadko zdarza się, że pacjent lub terapeuta przedstawiający przyczyny jakiegoś zachowania lub procesu, nieświadomie mówi o skutkach i nikt tego nie odbiera jako logicznego zakłócenia. Prawdopodobnie podobnie zapętłona jest struktura procesu uzależnienia, składającego się przecież zwykle z ucieczek i powrotów. Kwestię tą można zilustrować następującym przypadkiem:

Wcześniejsze zainteresowanie pacjenta polegało na tym, że w wolnym czasie po pracy lubił grać ze znajomymi w piłkę nożną i spędzać z nimi czas, z którego całkowicie zrezygnował. Terapeutka wyjaśniła pacjentowi, że powodem zażywania substancji psychoaktywnych była

²³⁹ Pólturzycki, J. (2007) *Dydaktyka dla nauczycieli*, Toruń, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, s.31.

ucieczka od własnego cierpienia, które było spowodowane jego niepowodzeniami w relacjach społecznych, dodając, że jednym z objawów uzależnienia jest zaniedbywanie alternatywnych zainteresowań, z których pacjent zrezygnował na rzecz picia i brania. Sam pacjent przyznał, że w ostatnim czasie jego aktywność społeczna ograniczała się do wizyt u dilerów lub spotkań ze znajomymi, z którymi zażywał narkotyki, a wolny czas poświęcał na upijanie się i szukanie narkotyków oraz towarzystwa do zażywania substancji psychoaktywnych. Terapeutka ponownie podkreśliła, że najczęstszym źródłem przyjemności i aktywności wśród osób uzależnionych jest stwarzanie sytuacji do zażywania narkotyków i picia alkoholu.

Zatem, czynnik chroniący w postaci zainteresowań sportowych (przyczyna abstynencji) został osłabiony niepowodzeniami w relacjach społecznych (przyczyna zażywania substancji psychoaktywnych). W efekcie, pacjent popadł w nałóg i zrezygnował z grania w piłkę (skutek uzależnienia) oraz nawiązał kontakty społeczne z ludźmi nadużywającymi środków psychoaktywnych (skutek uzależnienia). Zarówno porzucenie zainteresowań sportowych jak i nowe otoczenie społeczne wzmocniły ryzykowny styl życia pacjenta (przyczyna utrwalania nałogowych schematów). Te same czynniki mogły być uznane raz za przyczyny, a innym razem za skutki niekorzystnego biegu życia pacjenta.

Dlatego, niezależnie od struktury przyczynowo-skutkowej, ważne powinno być, aby pacjent mądrze organizował sobie czas wolny wokół własnych zainteresowań oraz przebywał w miejscach, w których nie ma dostępu do narkotyków i alkoholu. Odzwierciedlenie takich perspektyw można też znaleźć w dyskursie profesjonalnym. Na przykład, Marta Studzińska sugeruje, że wartościowym sposobem spędzania wolnego czasu są spacerowanie czy wycieczki, podczas których rozwija się emocjonalny stosunek do natury, poprzez rozpoznawanie znaczenia poznawanych obiektów oraz negatywnych skutków niewłaściwego obcowania ludzi z przyrodą²⁴⁰.

Zapętlenie sytuacji pacjenta ma jeszcze jeden poważny skutek, pacjent będąc na życiowej karuzeli traci kontrolę nad własnym zachowaniem. Im dłużej znajduje się w tym stanie, tym silniej utrwalają się niewłaściwe reakcje i decyzje, doprowadzając do fizycznej lub fizjologicznej skrajności. Ilustruje to następujący fragment sesji:

Jeden z pacjentów wypowiedział się o swojej upośledzonej zdolności kontrolowania życia. Kiedy pił, to nigdy nie kończył picia ze swojej woli, przestawał pić dopiero wtedy, kiedy skończył się alkohol lub gdy nie był w stanie wypić więcej o własnych siłach.

Pacjent pijący destruktywnie upośledza własną zdolność kontrolowania sytuacji, a to z kolei jeszcze bardziej nasila destruktywność jego ryzykownych działań. Upija się on do utraty

²⁴⁰ M. Studzińska (1989). *Dzieci przedszkolne poznają przyrodężywioną*, Wyd. WSiP, Warszawa, s. 118.

przytomności, ponieważ jego wewnętrzna potrzeba staje się coraz silniejsza, a mechanizmy kontrolne słabsze. Podobnie u pacjenta biorącego narkotyki, który wyrabia sobie nawyk, by po zażyciu jednego narkotyku od razu szukać innych możliwości przyjęcia kolejnego. U pacjenta grającego w gry, będzie to impuls pobudzający do następnego zagrania, np. natrętna myśl, że każda kolejna gra będzie wygrana, a on marnuje swoją życiową szansę. Jeden z pacjentów uzależnionych od hazardu wyznał, że nie był w stanie z własnej woli zakończyć grania, dopiero kiedy przegrał sporą część swoich pieniędzy, pojawiał się u niego żal i smutek spowodowany stratą.

W opinii ekspertów i terapeutów zajmujących się uzależnieniami behawioralnymi, hazard jest wyjątkiem w uzależnieniach behawioralnych. Wskazuje na to odmienna metodyka terapeutyczna. Terapia behawioralna ma na celu wypracowanie zachowań zapewniających zdrowe i społecznie akceptowane funkcjonowanie pacjenta, nie chodzi w niej o zapewnienie pełnej abstynencji. Celem takiej terapii nie jest powstrzymanie pacjenta przed wykonywaniem określonych czynności (np. zakupów w przypadku zakupoholików lub seksu w przypadku seksoholika), ale zmiana ich formy z patologicznej na adaptacyjną. Tymczasowa abstynencja może stanowić co najwyżej część terapii (najczęściej w początkowej fazie), np. kiedy częstotliwość angażowania się w zachowanie będące przedmiotem uzależnienia uniemożliwia kontakt²⁴¹. Inaczej jest w przypadku hazardu, gdzie zaleca się, aby gracze całkowicie powstrzymali się od gier i nie chodzili w miejsca, gdzie są takie możliwości.

5.3. Dyskurs niepowodzenia: przerywanie abstynencji w trakcie leczenia

Powrót do picia alkoholu i zażywania narkotyków osób uczestniczących w terapii jest zjawiskiem powszechnym w pracy terapeutycznej. Z historii opowiadanych przez pacjentów doświadczających problemów uzależnień wynika, że zjawisko przerywania abstynencji jest w tej społeczności powszechne, a większość badanych podejmuje terapię ponownie. Nawroty występują na różnych etapach procesu leczenia, mogą mieć miejsce po tygodniu, miesiącu, a nawet roku. Zjawisko to ma różne przyczyny, ale – z perspektywy dyskursów rozwijanych na sesjach terapeutycznych – przede wszystkim pojawia się na skutek nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych, przeżywania silnych emocji, nieuważności wobec samego siebie oraz ponownego wchodzenia w środowiska aktywnego uzależnienia.

²⁴¹M. Rowicka (2015) *Uzależnienia behawioralne. Terapia i Profilaktyka*, Wyd. KBds.PN. Warszawa, s.9.

Zatrzymanie lub zminimalizowanie powrotów do nałogów nie jest proste, bowiem wymaga, aby pacjenci skupili swoją uwagę na sobie i potrafili rozmawiać o tym, co się z nimi dzieje, zanim podejmą złą decyzję. Wcześniejsze podjęcie odpowiednich działań może zatrzymać lub złagodzić rozwój nawrotu. Wielu uzależnionych pacjentów, przerywając abstynencję, całkowicie powróciło do dawnych nałogowych zachowań, rezygnując z wszelkich dalszych prób leczenia, z wszystkimi tego fatalnymi konsekwencjami²⁴².

Na jednej z sesji, terapeutka tak przekonywała pacjentów:

W sytuacji, gdy już pojawia się nawrót i jest nam bardzo ciężko, trudno jest już czasem podjąć właściwą reakcję i zachować rozwagę w tym, co się robi. Ważne jest, by pomyśleć o tym wcześniej, aby umieć wcześniej rozpoznać złość, trudne emocje, nie być zmęczonym i wysypiać się. Nie należy też chodzić w miejsca, gdzie występuje przyzwolenie na branie. Trzeba zadbać o dobrą organizację tego, co się robi, bo pośpiech nie jest wskazany, a szczególnie zadbać o to, co jemy i jak jemy.

Zatem, najwłaściwszą obroną przed ryzykiem powrotu do zachowań nałogowych jest aktywne uczestnictwo w wytwarzaniu dyskursu terapeutycznego (mówienie o pojawiających się problemach na bieżąco) oraz odpowiednia diagnostyka przyczyn i symptomów gromadzącego się potencjału nawrotowego.

Symptomami nawrotu uzależnienia są nasilające się psychologiczne mechanizmy i objawy zachowań ryzykownych. W badanej przychodni N.Z.O.Z. prowadzona jest nawet terapia nawrotowa, której celem jest powstrzymanie powrotu do uzależnień. Pacjenci, którzy posiadają już wiedzę na temat kosztów i strat spowodowanych przez uzależnienie, samodeterminują własną drogę do trzeźwości, mają świadomość, jak zadbać o siebie i umieją pracować nad trudnymi emocjami są względnie bezpieczni. Jednak takich jest niewielu, a nawet ci dobrze przygotowani nie są odporni na wszystkie wydarzenia, które może im zgotować życie.

Zatem w terapii uzależnień często zdarza się, że pacjenci powtarzają zaburzone schematy, które stosowali wcześniej, czego przykładem jest następująca wypowiedź jednego z nich: *Miałem wpadkę narkotykową, emocje mnie powaliły, pokłóciłem się z żoną, rodzicami i w pracy też mi się nie układało, to z tej złości, bez namysłu chwyciłem pieniądze i pojechałem po trawkę, a później pojechałem do lasu i zafundowałem sobie relaks.*

Według literatury przedmiotu, sygnałami nawrotu było: zaprzestanie robienia tego, co pomagało w uczęszczaniu na terapię, powrót do dawnych nawyków, słuchanie tej samej muzyki, odwiedzanie dawnych kolegów, późne powroty do domu lub znikanie na noc oraz

²⁴² J. Chodkiewicz (2006) *Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej, przegląd piśmiennictwa*. Czasopismo, Via Medica. Psychiatria, tom 3, nr 3. 105–111.

powątpiewanie, czy rzeczywiście miało się poważne problemy z narkotykami²⁴³. W zebranych materiale, nawroty pojawiały się już we wczesnych stadiach abstynencji, po odstawieniu substancji psychoaktywnych na jakiś czas powoli zaczynała wracać złudna wiara w siebie i swoje możliwości kontrolne. Ilustruje to krótka relacja z sesji:

Psychoterapeuta uzależnień podczas pracy terapeutycznej w obszarze nawrotów choroby, odniósł się do rozpoznania sytuacji, której doświadczył pacjent. Główną przyczyną powrotu do starych nawyków było zażywanie narkotyków i picie alkoholu w samotności, szukanie sposobów odreagowania nieprzyjemnych emocji i doświadczanie przyjemności z zażywania środków psychoaktywnych. Jednym ze sposobów utrzymania trzeźwości, jaki terapeuta przedstawił pacjentowi, było reagowanie w sytuacji trudnej, czyli rozmowa z najbliższym kolegą niepijącym i niebiorącym narkotyków lub żoną, skontaktowanie się z terapeutą lub znalezienie sobie zastępczego zajęcia.

Niestety nawroty zwykle nie są planowane i następują w sytuacji emocjonalnego podniecenia, często w reakcji na inne poważne zdarzenia życiowe. Jeden z pacjentów, który miał silną potrzebę odreagowania na złość, która się w nim kumulowała od jakiegoś czasu, tak przedstawił tę sytuację:

Nie miałem pomysłu na nic, nie planowałem, to było nagle, chciałem wyrzucić swoją złość, byłem roztrzęsiony i zdenerwowany wyszedłem z domu. Byłem w takiej złości, że trudno było mi pomyśleć, nie wiem, mam takie chwile, że wpadam w złość i nie panuję nad sobą. Psychiatra chciał mi dać leki, nie mam problemu, żeby utrzymać abstynencję, zawiodłem się na sobie, że takie coś mogło mi się przydarzyć. Miałem już pół roku trzeźwości, czuję jeszcze złość.

Sam pacjent odczuwa niezadowolenie z tego faktu, że pół roku abstynencji zostało przez niego zmarnowane, a na terapii jest po raz piąty, więc, jak sam twierdzi, posiada wiedzę na temat umiejętności radzenia sobie z nałogami, wie czym jest odpowiedzialność za własne życie oraz podejmowane decyzji. Nikomu z najbliższego otoczenia pacjenta nie przeszkadza, że on pije nałogowo, jedynie jemu samemu. Kiedy zażywał środki psychoaktywne, to robił to kulturalnie w domu oraz na spotkaniach towarzyskich i traktował to, jako formę odprężenia, środek do nawiązywania kontaktów oraz robienia interesów. Pacjent zakomunikował grupie terapeutycznej, że nie zlekceważył sygnałów ostrzegawczych, które zna, jednak potrzeba doświadczenia przyjemności, była w tym przypadku od niego silniejsza. Celem uczęszczania na terapię jest utrzymywanie trzeźwości, ale i znalezienie w sobie wewnętrznej równowagi, a tego właśnie mu brakowało.

²⁴³ M. Pasek (1998) *Narkotyki. I co dalej*. Wyd. Toret, Warszawa, s.21.

Nawroty zachowań nałogowych mogą występować u ludzi, którzy chociaż raz doświadczyli uzależnienia, bo – zgodnie z dyskursami terapeutycznymi konstruowanymi na sesjach – raz uzależniony człowiek, do końca życia jest uzależniony. Ta lansowana przez kluby AA w ramach dyskursów profesjonalnych zasada oznacza, że człowiek, który kiedyś był uzależniony od narkotyków czy alkoholu, mimo że od dawna nie używa tych środków, nadal pozostaje w grupie ryzyka. Z tego powodu, nawet jednorazowe zażycie powoduje często nawrót choroby²⁴⁴.

5.3.1. Ostatnia deska ratunku

Sukcesem terapii uzależnień jest takie transformujące oddziaływanie na pacjenta, że nie tylko będzie on wolny od nałogu, ale dodatkowo, zdolny do samodzielnego przeciwstawiania się pokusom i względnie szczęśliwy. Jednak tak ambitnie zakrojony cel udaje się osiągnąć bardzo rzadko, zwykle któregoś elementu tej układanki brakuje. W sytuacjach, kiedy pętla postanowień trzeźwości i nawrotów nałogu zaciska się coraz bardziej i kiedy psychiczne możliwości opierania się zakotwiczone w silnej woli okazały się niewystarczające, z pomocą przychodzą „straszaki chemiczne”, czyli implanty wszywkowe. Pacjent był przekonany, że te popularne „implanty” mogą skutecznie powstrzymać go od picia alkoholu. Tak o tym dyskutowano podczas jednej z sesji:

Terapeutka zapytała: Kto był chciał zacząć? Jak minął tydzień? Jeden z pacjentów zareagował bardzo szybko, chcąc się umówić na terapię indywidualną z terapeutką. Pacjent dostrzegł, że zerwaniem abstynencji zaburzył porządek, nad którym wcześniej ciężko pracował. Opisuując konsekwencje swoich czynów i decyzji, był świadomy szkodliwości popełnionych błędów. Pacjent pił w pracy, przez co jego relacje z pracodawcą uległy pogorszeniu, w domu też był pijany, stwierdził, że przez to cały tydzień był nieciekawym, nerwowym i pełnym napięcia. Nie chcąc popadać głębiej w problemy, a przede wszystkim sobie pomóc, zdecydował się na „wszywkę”. Plusem wszywki, było natychmiastowe przerwanie picia. W efekcie wcześniejszych sesji, pacjent był świadomy doświadczanych strat, które już wcześniej przerobił. Wiedział, że gdyby dalej pił i pozwalał sobie na więcej, to popsułby swoje stosunki z pracodawcą i partnerką, którzy już nie mieli do niego zaufania. Pacjent powiedział, że ma w sobie dużo negatywnych odczuć, z którymi sobie nie radzi i że to jest powodem jego powrotów do picia. Stwierdził jednak, że będzie próbował to wszystko sobie poukładać, ponieważ potrafi

²⁴⁴ Z. Juczyński (2002) *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli, wychowawców i rodziców*, Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa, s. 115.

żyć lepiej, ma dla kogo żyć, ma wsparcie swojej partnerki i w rodzinie i ma co robić jako ojciec dwójki dzieci.

Pacjent wykazał wiedzę na temat skutków wszczepienia tabletki, która wywołuje nieprzyjemne objawy u osoby pijącej alkohol. Uczynił trzeźwość priorytetem w swoim życiu, jest to jedyne rozwiązanie, na jakie może się zdecydować i które mu pomoże. Uznając to, że jest to dla niego ratunek z sytuacji, w której się znalazł, i nie poszedł na poprzednie terapie, ponieważ uważał, że kiedy pił i miał trudności z wyjściem z nałogu, nie chciał pokazywać się ludziom w takim stanie i chodzić na terapię.

Podobną historię odnośnie chirurgicznie wszczepionej tabletki, opowiedział pacjent, który wielokrotnie wracał do picia i czując się bezradny, zdecydował się na implant, który w połączeniu z alkoholem powodował nieprzyjemne reakcje w organizmie. Pacjent zlekceważył potencjalne skutki picia alkoholu, w czasie kiedy miał wszczepiony lek wszywkowy. Nie myśląc o konsekwencjach swojej decyzji, pozwalając sobie na odrobinę przyjemności, wszedł pompownie w picie alkoholu:

Terapeutka zadała pytanie pacjentowi odnośnie tego, jak długi czas pił w trakcie nawrotu i jak dużo wypił alkoholu. Pacjent pomniejszał wagę ciągu alkoholowego, którego doświadczył, ponieważ pił prawie całe dwa tygodnie, a stwierdził, że alkoholu dużo nie było. Aby odwrócić swoją i rodziny uwagę od problem alkoholowego, zorganizował wycieczkę dla nich i partnerki, po której znowu powrócił do picia. Nawrót uzależnienia u pacjenta przejawiały się w szukaniu okazji do przeżywania przyjemności, opuszczanie sesji terapeutycznych oraz unikanie kontaktów z ludźmi. Pacjent pozwolił sobie na wypicie alkoholu w pracy, co skutkowało, że musiał po niego przyjechać ojciec, bo on sam nie był w stanie przyjechać do domu o własnych siłach. Następnie pojechał do swoich krewnych i tylko szukał okazji do napicia się, a jak został poczęstowany, to nie odmówił. Pacjent zadowolony jest z wyjazdu do rodziny, ponieważ fajnie spędził dzień z rodziną, a przyjazd do wujka lub wyjście z nim na spacer, zakończyło się kupnem wódki i jej wypiciem.

Kwestia implantów, czy innych leków, których działanie opiera się na strachu, jest przedmiotem dyskusji w ramach dyskursu profesjonalnego. Są one często krytykowane z powodu niskiej skuteczności oraz fałszywego przekonania, że mogą zastąpić pracę terapeutyczną z pacjentem. Użycie takich leków jest szczególnie dyskusyjne, kiedy samoświadomość pacjenta nie jest jeszcze dobrze rozwinięta (co miało miejsce w tym przypadku) oraz nie jest on gotowy równolegle uczestniczyć w terapii (co również dotyczyło przedstawionego przypadku). Słuchając opowieści tych dwóch osób, które zdecydowały się na wszczepienie implantu, okazuje się, że powody ich picia były zupełnie różne, a jednocześnie alkohol pełnił rolę regulacyjną. Pierwszy uczestnik terapii pragnął uwolnić się od negatywnych

emocji i uciec od problemów, drugi natomiast poszukiwał przyjemnych doznań, zarówno w samym piciu alkoholu, jak i w towarzyszących temu okolicznościach. Z wielu przykładów wynika, że pacjenci decydujący się na operację wszczepienia implantu dochodzą zazwyczaj do wniosku, że ich sytuacja życiowa jest na tyle krytyczna, że nie są już w stanie sami poradzić sobie z piciem alkoholu i uważają implant za jedyne rozwiązanie w danym momencie.

Reasumując, z perspektywy psychoterapeutycznej, oboje regulowali swoje emocje poprzez picie. Alkohol może być więc sposobem na ucieczkę od problemów, pozwala o nich zapomnieć, uwolnić się od różnych zahamowań (np. przewyciężając nieśmiałość), czy przywołać miłe wspomnienia. Powody powrotu do picia alkoholu nie muszą być tylko „złymi” rzeczami, których chcesz uniknąć, ale mogą uwzględniać pozytywne aspekty, które mogą wynikać ze zmiany w sposobie picia²⁴⁵. Jeśli jednak spojrzymy na to z perspektywy negatywnych skutków picia alkoholu, to możemy tutaj zacytować publikację analityczną na temat picia alkoholu, stworzoną na potrzeby Biura Sejmowego, że spożycie alkoholu, zwłaszcza nadmierne, generuje koszty, które są zarówno mierzalne, jak i trudne do oszacowania. Powoduje obniżenie jakości życia, cierpienie rodzin, negatywnie wpływa na wychowanie dzieci, powoduje cierpienie ofiar wypadków drogowych i przestępstw, prowadzi do ubóstwa, degradacji oraz wykluczenia społecznego²⁴⁶.

5.3.2. Nieuważność

Jednym z sygnałów wskazujących zbliżającą się porażkę pracy terapeutycznej i rosnące ryzyko nawrotu choroby alkoholowej, było coraz słabsza praca nad samym sobą oraz powrót do schematu natychmiastowego zaspakajania swoich potrzeb. Powodem takiego działania było nasilające się zmęczenie i wahania nastroju. Pacjent za wszelką cenę chciał smutek zastąpić przyjemnościami, unikając tym samym możliwości oswojenia się w tym smutkiem. Pacjent za wszelką cenę chciał w sobie uciszyć nieprzyjemny nastój, którego doświadczał. Zaleceniem terapeuty było częstsze przebywanie ze sobą w tym ciężkim nastoju i opisanie go, w celu ustalenia przyczyn. Pacjent jednak nie wytrzymał i jak sam mówi, chcąc rozładować napięcie i stres, napił się wódki. Jednak wkrótce wrócił na terapię i naciskał na terapeutkę, aby ta spotkała się z nim indywidualnie. Tak wyglądała ta sesja:

²⁴⁵ W. R. Miller, R. F. Muñozs (2017) *Picie pod kontrolą*. Wyd. PARPA. Warszawa. s. 28.

²⁴⁶ W, Zgliszczyński, (2016) Alkohol w Polsce, „*Infos. Zagadnienia społeczno-gospodarcze*” nr 11, s.4., artykuł opublikowany na stronie internetowej Biura Analiz Sejmowych, dostęp online: [http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/36EA6D746CFEC2FCC1257FD2003E6CEF/\\$file/Infos_215.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/36EA6D746CFEC2FCC1257FD2003E6CEF/$file/Infos_215.pdf).

Terapeutka prowadząca podkreśliła, że choć pacjent złamał abstynencję, to jednak dobrze postąpił wracając na terapię, ponieważ ważna jest praca nad samym sobą i podejmowana przez pacjenta walka o własne dobro. Zaproponowała też, by pacjent przyglądał się uważnie temu co się z nim dzieje i był na to czujny, by powiedział o tym swoim najbliższemu, a nie szukał dla siebie zgubnej przyjemności i aby nie ukrywał przed innymi własnych emocji, tylko wyrażał je w sposób, który nie urazi nikogo. Terapeutka oznajmiła, że bycie uważnym na siebie, zapobiega wpadaniu w pułapki, czego często doświadczają ludzie uzależnieni.

W przypadku tego pacjenta był to mechanizm iluzji i zaprzeczania, którego wcześniej nie dostrzegał, bo lekceważył problem nawrotów do alkoholu, a nawet celowo odwracał od niego uwagę poprzez szukanie zastępczych przyjemności. Już sama samoobserwacja pomaga ludziom ograniczyć spożywanie alkoholu. Osoby, którzy ukończyły program terapii, mówiły m.in.: *Pomogło mi to być bardziej świadomym tego, ile piję, zwracać na to uwagę*. Metoda samoobserwacji prowadzi również do lepszego poznania samego siebie. Pomaga poznać własne zwyczaje, słabości i sposoby powracania do alkoholu²⁴⁷.

Przypadków niezauważonych mechanizmów iluzji i zaprzeczenia, było w materiale wiele. Kolejny pacjent, który nie dostrzegł, że ma podobny problem, musiał kilka razy poznać smak wstydu i porażki, zanim pogodził się z tym, że manipulował własnymi interpretacjami zaawansowania choroby alkoholowej. Bardzo ciężko było mu się przyznać do tego przed innymi, że popełnił błąd. Za to bardzo łatwo przychodziło mu znajdowanie usprawiedliwień swojego powrotu do uzależnienia, czy pretekstu do picia. Mechanizm iluzji i zaprzeczania miał opanowany perfekcyjnie, poprzez własne kłamstwo, kręctwo i manipulacje. Teraz wie dobrze, jaką szkodę robił sobie, bo chociaż okłamywał również innych, to sam siebie najbardziej oszukał przez co też zmarnował dużo czasu. Uznanie własnej bezsilności wobec alkoholu i tego, że nie jest w stanie kontrolować swojego picia, pozwoliło mu nie walczyć z nieprzyjemnymi uczuciami, jakich doświadczają, ale dawać im przestrzeń, aby się ujawniały i mogły być zidentyfikowane. Zerwanie z kłamstwem pozwoliło także ściślej stosowanie się do zaleceń terapeutycznych, bo jak twierdzi, terapia uczy go stosowania bezpiecznych metod, które wspierają go w ograniczaniu skutków uzależnienia. Ma świadomość, że sam popełnia dużo błędów, zdarza mu się wracać do nałogu i zaprzepaścić to wszystko, w co włożył tyle wysiłku. Niebezpieczeństwo zniszczenia tego, co się osiągnęło, jest wielkie. Pokazują to liczne historie pacjentów, na przykład ta:

²⁴⁷ W. R. Miller, Ricardo F. Muñozs (2017) *Picie pod kontrolą*. Wyd. PARPA. Warszawa, s. 79.

Gdy już wszystko zdobyłem, ponownie sięgałem po kieliszek, boję się tego, co się stanie, kiedy znów wszystko zacznie mi się układać. Nie wiem też, dlaczego zawsze muszę niszczyć wszystko to, co zbudowałem.

Widocznie osobie uzależnionej nie udało się osiągnąć upragnionej abstynencji. O podobnych porażkach pisze Roha: *Patrząc z perspektywy czasu, można rozpoznać, że uzależnieni nie znaleźli w swoim życiu sensu, poza wykonaniem zadania, które jest związane z intensywnym naprawianiem wyrządzonych przez siebie szkód. Jednak i to nie wystarczyło*²⁴⁸.

5.3.3. Brak otwartości i kłamstwa

Inny przykład powrotu do czynnego nałogu wyrażał się wewnętrznym oporem pacjenta, który ukrywał prawdę na swój temat. Terapeutka zapytała pacjenta, co u niego, pacjent ponownie, jak co sesję, odpowiedział: *Wszystko jest w porządku*. Badacz przed tą sesją terapeutyczną przebywał w pokoju razem z psychoterapeutami uzależnień, tam dowiedział się, że kurator i rodzina pacjenta poinformowała ciężkim stanie zdrowia tego pacjenta. Z tego powodu trafił on na zamknięty Oddział Leczenia Uzależnień, z którego wypisał się na własne życzenie. Pacjent przez kilka sesji, ukrywał ten fakt przed innymi uczestnikami terapii i terapeutką, chociaż właśnie z tego powodu miał przerwę w terapii. Wobec tych rozbieżności, terapeutka poprosiła pacjenta, żeby sam opowiedział o historii, która się mu przytrafiła. Pacjent utrzymywał, że to on sam zdecydował o pójściu do szpitala na Oddział Leczenia Uzależnień i podjąć się leczenia. Terapeutka skonfrontowała pacjenta z wiedzą, którą miała z innych źródeł mówiąc, że to jego rodzina i kurator podjęli interwencję. Po wykazaniu kłamstwa, zwróciła się ponownie do pacjenta z prośbą, żeby mówił prawdę, ponieważ tylko wtedy może uzyskać właściwe wsparcie i pomoc. Pacjent tylko odpowiedział tłumacząco, że „*był to mały przypadek*”. Z reakcji pacjenta było widać, że jak najszybciej chciał zakończyć temat. Terapeutka powiedziała, że minimalizacja problemu oraz zakłamywanie rzeczywistości nie jest dobrym sposobem na wyjście z nałogu, a rujnowanie swojego zdrowia i awantury zrobione żonie, nie są „małym przypadkiem”, tylko objawem, że trzeba dużo jeszcze zrobić, żeby wyjść z nałogu.

Grupa wyraziła swoje niezadowolenie, że wcześniej została okłamywana przez pacjenta, jeden z uczestników zwrócił mu uwagę, że chodzi tak długo na terapię i cały czas wszystko lekceważy, a przede wszystkim siebie. Ponadto, nie szanuje czasu ich i terapeutów,

²⁴⁸ P. H. Roha (2016) *Uzależnienie przyczyny i terapia*. Wyd. W drodze, s.57.

skoro tylko powtarza, że u niego wszystko dobrze. Inny z pacjentów zapytał: *po co tutaj przychodzisz, jak wszystko jest z tobą w porządku, bo my tu przychodzimy, bo mamy problem.* Terapeutka odparła, że picie zagraża zdrowiu pacjenta. Jego żona jej powiedziała, że pacjent ma problemy z nerkami i z tego powodu trafił do szpitala. Terapeutka zauważyła u pacjenta olbrzymią niechęć do szczerego otwarcia się na terapii, co w efekcie prowadzi do wycofania pacjenta z relacji. Stwierdziła, że jeżeli pacjent sam nie podejmie próby przełamania swojego wewnętrznego oporu, to samo chodzenie na terapię nic mu nie da. Terapeutka zachęciła pacjenta, aby się przyjrzał temu, co robi, że poza trudnością w otwarciu się, ma mocno zakorzeniony mechanizm *iluzji i zaprzeczania*, który przejawia się w minimalizowaniu znaczenia faktów, kłamaniu, zakrywaniu tego, co się zdarzyło. Zauważyła też, że nie pomagają próby tłumaczenia się poprzez odwracanie uwagi, bo nie przekonują nikogo, a raczej wywołują niechęć uczestników terapii w jego stronę. W efekcie, on sam będzie się jeszcze bardziej zamykał na innych ludzi, co zniszczy istotę terapii grupowej. Jedynym remedium, a jednocześnie zaleceniem terapeutki, było regularne i zaangażowane uczęszczanie na terapię grupową oraz nieopuszczanie spotkań indywidualnych, które mogą być zorientowane na pracę nad otwartym komunikowaniem trudnych prawd.

W dyskursie profesjonalnym, taka sytuacja opisywana jest kategorią destrukcyjnych schematów osobistych, czyli utrwalonych scenariuszy przeżywania, myślenia i zachowania, które automatycznie włączają się w typowych dla konkretnej osoby sytuacjach i kierują jej postępowaniem. W rezultacie, pacjent powtarza ten sam sposób reagowania, mimo szkód, jakie na skutek tego ponosi²⁴⁹.

Kłamstwa i manipulacje

Bardziej radykalnym wariantem sytuacji przedstawionej powyżej, jest przypadek, w którym pacjent kłamie w poważnych kwestiach. Brak informacji jest lepszym wariantem niż posiadanie nieprawdziwej informacji. Do tego jeszcze dochodzi manipulacja, czyli takie przedstawianie obrazu swoich działań, żeby ograniczyć krytyczne spojrzenie na nie. Ilustracją takiego działania może być fragment sesji grupowej:

Pacjent wypowiadał się w czasie przeszłym na temat przyczyn i skutków doświadczenia nałogów. Stwierdził, że miał problem, który jednak jest już dla niego przeszłością, bo teraz radzi sobie z głodem i jest na dobrej drodze wychodzenia z nałogu. Jednak terapeutka zauważyła niespokojne zachowanie się pacjenta oraz unikanie rozwijania relacji z

²⁴⁹ Z. Sobolewska-Mellibruda (2011) *Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików. Strategie, procedury i opisy przypadków pracy psychoterapeutycznej*, Wyd. Zielone drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia, s.67.

innymi uczestnikami. Reagując na to powiedziała, że może w rzeczywistości jest zupełnie inaczej, niż się wydaje ludziom czynnie uzależnionym. Okazało się, że dzięki spostrzegawczości terapeutki zastała odkryta próba ukrycia przez pacjenta przerwania abstynencji. Inni uczestnik powiedział, że sam nie domyśliłby się tego, co odkryła terapeutka i zastanawia się, o co tu chodzi. Słowa terapeutki, że rzeczywistość bywa zupełnie inna, niż wydaje się ludziom uzależnionym, zaniepokoiły kolejnego uczestnika i generalnie, zauważalne było chwilowe zmieszanie wśród uczestników spotkania. Widząc to, terapeutka wyjaśniła, że ludzie dotknięci przez uzależnienie takie słowa mogą wziąć do siebie dosłownie, ale działanie mechanizmów uzależnień w mniejszym lub większym stopniu dotyka wszystkich ludzi, nie tylko uzależnionych. Inny uczestnik terapii stwierdził, że słowa powiedziane przez psychoterapeutkę mogły wszystkich dotyczyć, bo mówiła ogólnie nie wskazując na pacjenta, który chciał przemilczeć zerwanie abstynencji.

Wprowadzenie kłamstwa w proces terapeutyczny jest działaniem nie kończącym się. Kłamstwo jest uzależniające, bo jedno wymusi kolejne, często już niepotrzebne. W efekcie cały obraz sytuacji jest zakłamany, a stanowi on bazę projektowania i podejmowania działania.

Terapeutka zwracała się do pacjenta, który złamał abstynencję, jednak wszyscy inni mieli wrażenie, że mówi ogólnie. Dlatego jeszcze precyzyjniej sformułowała swoją myśl:

Choroba uzależnień ma to do siebie, że w człowieku silnie instalują się mechanizmy uzależnienia, [że] odbiera takie zachowanie za coś normalnego, nawet jeżeli kłamie, manipuluje czy kręci. Jest to mechanizm obronny, by nie narazić się na krytykę ze strony innych. Człowiek uzależniony wchodzi w to coraz głębiej i uważa, że wszystko jest w porządku, chociaż bliscy widzą, że tak nie jest. Kiedy inni zorientują się, że tak nie jest, to taki świat zaczyna się walić, jedno kłamstwo przykrywa się następnym, by się nie wydało. Mechanizmy uzależnienia wywołują takie zachowania, które zasłaniają, to co się dzieje naokoło i człowiek uzależniony sam zraża do siebie innych ludzi i nie panuje nad tym.

Pacjent, który złamał abstynencję, zdawał sobie sprawę, że postępował bardzo niewłaściwie, bo kwestia trzeźwości jest kluczowym aspektem terapii (problemem rdzeniowym). Jednak poczuł wewnętrzną blokadę, która nie pozwoliła mu przyznać się do tego, że pił w trakcie leczenia, wstydził się przyznać do tego grupie terapeutycznej. Kiedy już kłamstwo wyszło na jaw, pacjent przeprosił wszystkich za to co zrobił. Jeden z uczestników terapii, dając informacje zwrotną odpowiedział, że źle zrobił oszukując innych, ale ważniejsze, żeby sam siebie nie okłamywał. Dobrze, że przychodzi na terapię i nie zrezygnował z niej, bo trzeba walczyć o siebie, bo nikt tego nie robi za pacjenta. Jeżeli się zdarzy wpadka, to nie ma się czego wstydzić, tylko trzeba powiedzieć o tym grupie, bo po tu się przychodzi, żeby podjąć

pracę nad sobą i otrzymywać od innych wsparcie. Pacjent, do którego były skierowane te słowa, podziękował grupie za wyrozumiałość, potwierdził, że czuje na grupie wsparcie.

5.3.4. Powrót do nałogowych zachowań

W przedstawionym wyżej przypadku, kłamstwo było charakterystycznym elementem dyskursu niepowodzenia, ale przecież powrót do nałogowych zachowań tym bardziej pomnaża potencjał trajektorii uzależnienia. Osoby uzależnione zwykle wykorzystują jakiś sytuacyjny pretekst: kulturowo dopuszczające picie alkoholu wydarzenie rodzinne, potrzebę pomocy innemu człowiekowi, etc. Dobrą ilustracją tego problemu jest ryzykowne zachowanie i powrót do nadużywania alkoholu pacjenta, który dał sobie przyzwolenie na napicie się podczas wesela. Tak o tym opowiadał w trakcie sesji:

Pacjent opowiedział jak wspaniale się czuł i dobrze bawił, kiedy pił whisky na weselu. Oddzielił negatywne działanie wódki, po wypiciu której jest agresywny, od whisky, po której jest wyluzowany ma poczucie ulgi i odreagowania. Terapeutka zauważyła u pacjenta usprawiedliwianie się i odwracanie uwagi, ponieważ picie każdego alkoholu jest jednoznacznie powrotem do nałogowych zachowań.

Inną sytuacją powrotu do dawnego sposobu życia była pomoc koledze w kupnie marihuany. Pacjent twierdził, że jej nie palił, jedynie trzymał w rękach. Terapeutka podkreśliła, że pacjent ewidentnie wchodzi w nałogowe zachowania i postępuje ryzykownie, co zagraża jego trzeźwieniu. Najbardziej niebezpieczne, według terapeutki, było to, że pacjent wrócił do środowiska, które ma styczność z substancjami psychoaktywnymi i z którym brał narkotyki, poza tym wrócił do czynnego picia. Jeden z pacjentów powiedział, że robił tak samo, nazwał to życiem w rozkroku, dodał, że nie było to dobre dla niego, bowiem siedział w mechanizmie *rozproszonego i rozdwojonego ja*. Terapeutka oznajmiła, że nie da się tak długo funkcjonować, z jednej strony, jest leczący się pacjent, a z drugiej ja jako pijący alkohol, mający styczność z narkotykami i zachowujący się nałogowo.

Pacjent był przekonany o własnej sprawczości, wierzył w to, co mówił i co odczuwał, to znaczy, że dobrze się poczuł po wypiciu whisky. Terapeutka na to, że pacjent widział, jak inni piją i zachowują się, a jego głęboko zakorzeniony nawyk odrodził się, zwłaszcza że wcześniej obserwował, jak pije jego ojciec i dorośli z jego otoczenia i też zaczął ten wzorzec reprodukować w swoim życiu. Strukturalnie, przypomina to klasyczny dyskurs edukacji szkolnej, oparty na przekonaniu, że obserwując i powtarzając określone czynności za dorosłymi, uczniowie stopniowo uczą się ich w trakcie bezpośredniego uczestnictwa w życiu

grupy społecznej, której są członkami²⁵⁰. Kończąc rozmowę z pacjentem, terapeutka poradził mu, aby nie pozwalał sobie na ryzykowne zachowania, zwłaszcza że wcześniej nie potrafił sobie z tym poradzić i miał problemy z powodu picia alkoholu.

Przerwanie abstynencji przez kolejnego pacjenta było związane z zażyciem kokainy w weekend na dyskotecę. Jak mówił, szuka dla siebie różnych zajęć z kolegami, chodzi grać w piłkę, na basen, ale niekiedy nie daje rady i musi odreagować. Pacjent nie potrafi sobie sam pomóc, a na terapię przyjechał, bo już nie wiedział, co ma robić. Chwalił się, że jest bardzo wpływowym człowiekiem i ma kolegów, którzy zadają się z nim dla korzyści, które im oferuje, a mają z nim bardzo dobrze, bo dzieli się wszystkim, co ma. Przez takie postępowanie pacjenta, rozwiodła się z nim żona z orzeczeniem jego winy. Pacjent jest też DDA, ponieważ jego ojciec dużo pił i matka też była alkoholiczką. Terapeutka dostrzegła, że pacjent powielił w swojej rodzinie relacje, które ma z ojcem, a *żyje z nim jak pies z kotem* i też nie ma dobrych relacji z synem. Problemem pacjenta było to, że ilekroć sobie z czymś nie radził lub czegoś mu brakowało, to uciekał do narkotyków, picia alkoholu i zachowań agresywnych. Już po raz kolejny łamie abstynencję podczas trwania terapii, nie może wytrzymać, dlatego że się stresuje i odczuwa napięcie spowodowane różnymi nieporozumieniami. Pacjent jest zły na siebie, ponieważ źle się odżywia i chodzi niewyspany. Syn, kiedy go widzi, to nie chce z nim rozmawiać ze względu na wcześniejsze awantury, które robił w domu. Pacjent całe swoje młode lata pracował zagranicą, zarobił dużo pieniędzy oraz założył własną firmę, ale nie był szczęśliwy z tego powodu. Rzadko bywał w domu, a kiedy przyjeżdżał, to musiał iść odreagować i się wyszaleć z kolegami, rodzina zawsze była na drugim miejscu. Ostatnio pacjent rozmawiał z byłą już żoną i chciał się z nią pogodzić, będąc pod wpływem narkotyków, jednak ona nie chciała z nim rozmawiać, tylko powiedziała, że nie wierzy w to, co mówi i szybko zakończyła rozmowę. Pacjent chciał pracować nad relacjami, jednak terapeutka namawiała go, żeby najpierw przestał brać narkotyki, zmienił swoje postępowanie, a dopiero potem, pracował nad relacjami. Niby chodzi na terapię, ale bardzo często łamie abstynencję. Terapeutka twierdzi, że pacjent nie dostrzega swojej autodestrukcyjności i powieliła zaburzone schematy, które wyniósł z domu. Na co dzień czuje się osamotniony w swoim środowisku zawodowym i rodzinnym, może liczyć tylko na siebie. Samotność wynika z niedorozwoju świata wewnętrznego, z braku porządku, w którym tworzymy własny rytm istnienia, nadajemy ramy wartościom, w których jesteśmy wolni od klęsk, upokorzeń, triumfów. Jest to świat wolny od cierpień zadawanych nam przez innych ludzi²⁵¹.

²⁵⁰ Cz. Kupisiewicz (2010) *Szkice z dziejów dydaktyki*, Wyd. Impuls, Kraków 2010, s. 136.

²⁵¹ J. Szczepański (1984) *Sprawy ludzkie*, Warszawa, s. 23.

5.4. Ograniczenia, deficyty pacjentów i inne czynniki ryzyka

Deficytem może być specyficzna niedyspozycja pacjenta, ograniczająca jego funkcjonowanie społeczne poprzez doświadczanie szkodliwych czynników środowiskowych lub wejście w niekorzystną sytuację. Może to być także brak wiedzy na jakiś temat, negatywne usposobienie, utrata umiejętności życiowych, czy widoczne objawy zaburzeń powodujących różne trudności. Występowanie deficytów u człowieka dotyczy zwłaszcza sfery psychicznej, myśli, emocji, procesów poznawczych i słabej woli, ale także niezdolności strategicznej, do której zalicza się: planowanie, podejmowanie określonych decyzji i działań czy niemożność wykonania określonych czynności. Deficytem może być nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, brak reakcji na niekorzystny wpływ innych ludzi i otoczenia lub brak umiejętności kontrolowania własnego zachowania. Przykładem niezdolności społecznej jest zachowanie bierne, wycofywanie się z relacji, czy przyjmowanie roli ofiary. Edy Goldstein, w książce, pt. *Zaburzenia z pogranicza*, definiuje deficyt jako „brak lub niedorozwój pewnych elementów osobowości²⁵²”. W psychoterapii powszechnie przyjmuje się, że deficyty obejmują brak danej cechy charakteru, niezaspokojoną potrzebę lub niedostępność środowiska rozwojowego.

5.4.1. Deficyty w terapii uzależnień

Wśród wielu różnych deficytów, które kształtują dyskurs terapeutyczny, w psychoterapii najczęściej występująca grupa dotyczy emocji. Nieumiejętność komunikowania się i panowania nad własnymi emocjami może objawiać się w sferze zachowań agresywnych, do których zalicza się nieumiejętność wyrażania gniewu, np. wybuchy złości, czy przyjmowanie agresywnej postawy wobec innych osób. Zwykle pacjenci, którzy zgłaszali, że doświadczali agresji, przemocy i gniewu, twierdzili, że nie potrafili wyrażać swoich uczuć w sposób konstruktywny, który nie raniłby innych ludzi, zwłaszcza ich bliskich. W dużej liczbie przypadków respondenci wykazali nieprawidłowości w radzeniu sobie z emocjami, np. przeżywanie negatywnych stanów emocjonalnych, cierpienia psychicznego, zauroczenia emocjonalnego lub rozładowywanie negatywnych emocji w postaci obelg i obwiniania. W rozmowach pacjentów z psychoterapeutami praca nad deficytami człowieka dotyczyła różnych obszarów, a ważnym czynnikiem zmiany była świadomość i znajomość własnych zachowań, potrzeb oraz umiejętność rozmowy o nich. Deficyty w sferze funkcjonowania człowieka u osób

²⁵² E. Goldstein (2003) *Zaburzenia z pogranicza*, Wyd. GWP, s.57.

uzależnionych obejmują, niską samoocenę, trudności w komunikowaniu się, nieumiejętność wyrażania swoich potrzeb, emocji i mówienia o swoich problemach, a także głęboko zakorzenione mechanizmy iluzji i wyparcia. W kontekście uzależnienia czynnego represja (wyparcie bolesnych skojarzeń) i minimalizowanie oznacza oszukiwanie samego siebie, zaburzony sposób myślenia, ograniczenia i deficyt intelektualny. Człowiek uzależniony to ktoś, kto od obudzenia do zaśnięcia, oszukuje samego siebie. Niektórzy nie zdają sobie z tego sprawy, że potrafią oszukiwać samych siebie²⁵³.

Deficyty funkcjonalności, odnoszące się do zaburzeń psychospołecznych, wywołane poprzez substancje psychoaktywne i uzależnienia behawioralne, określa się na podstawie rozpoznania, że dane zachowanie mocno przeważa nad innymi, będąc ponadto najistotniejszą czynnością, która powoduje straty i szkody. Pacjentka, która określiła się jako pracoholiczka, potrafiła pracować i zostawać po godzinach, a kiedy przychodziła z pracy, to zamiast zajmować się sobą lub odpoczywać, to w domu pogrążała się obowiązkami zawodowymi. Faktem jest, że pacjentka dobrze zarabiała, jednak robiła to kosztem snu, a dla relaksu, jak twierdziła, zaczęła sobie popijać. Stopniowo doszło do tego, że upijała się niemal każdego wieczoru i rano miała problemy z pójściem do pracy. Wtedy pacjentka zorientowała się, że ma problem, kiedy odczuwała napięcie, czegoś nie dokończyła lub nie zrobiła, sięgała po kieliszek. Negatywnym skutkiem takiego prowadzenia się było zapijanie napięcia i stresu, którego doświadczała. Skutkowało to spadkiem wydajności i jakości pracy, wycieńczeniem psychicznym, zaniedbywaniem kontaktów rodzinnych i znajomych spoza pracy, ciągłym stresem i załamaniem nerwowym. Terapeutka wspólnie z pacjentką poszukiwała powodu prowadzącego do jej uzależnienia. Okazało się, że pacjentka, aby osiągnąć tyle samo przyjemności i zadowolenia z pracy, musiała pracować coraz więcej, a spotkania towarzyskie ograniczały się do spotkań biznesowych zakrapianych alkoholem.

Wkrótce okazało się, że w życiu pacjentki nakładają się na siebie problemy wynikające z nałogowego zaspakajania przenikających się deficytów natury społecznej, psychicznej i emocjonalnej. Terapeutka oznajmiła, że braki pacjentki spowodowane zażywaniem substancji psychoaktywnych wynikały zarówno z zaburzeń związanych z funkcjonowaniem społecznym, co ma swoje źródło w wewnętrznych zaburzeniach pacjentki oraz odczuwanych przez nią dążeniach do osiągnięcia jak najlepszych wyników, niezależności osobistej i środków finansowych.

²⁵³ M. Dziewiecki (2020) *Między śmiercią, a życiem. Człowiek uzależniony*, Wyd. Rajmedia. Warszawa, s. 112.

W dyskursie profesjonalnym, funkcjonuje definicja „*pracoholizmu*” zaproponowana przez psychiatrę Waynea Oatesa w 1971 roku na określenie kompulsywnych zachowań i myśli związanych z wykonywaniem pracy zawodowej²⁵⁴. Zjawisko uzależnienia od pracy zyskuje coraz większe zainteresowanie wśród psychologów i terapeutów w związku z wzrastającą skalą problemu, jak i jego negatywnymi konsekwencjami dla jednostki i jej otoczenia²⁵⁵.

Kolejny pacjent doznawał wyczerpania psychicznego, co było spowodowane zażywaniem przez niego środków psychoaktywnych, które przyjmował w postaci amfetaminy, mefedronu, ekstazy i kokainy. Tak to przedstawiało się podczas sesji grupowej:

Pacjent wyznał, że przy komputerze spędzał całe dni, nie tylko czas wolny, ale również przeznaczony na pracę zawodową, do tego miał problemy z patologicznym używaniem Internetu, czyli bardzo częstym oglądaniem pornografii. Terapeutka zapytała, jakich trudności psychicznych doświadczał na skutek niekontrolowanego użytkowania komputera. Pacjent wskazał natrętne myśli, które przejawiały się niepokojem, frustracją i stresem. Pacjent wszystkie kontakty ograniczył do on-line, nawet kiedy zamawiał jakieś posiłki, to przez telefon albo Internet. Jego praca, jako programisty, również była związana z siedzeniem przy komputerze. Terapeutka omówiła z pacjentem jego deficyty wewnętrzne, które przejawiały się bagatelizowaniem (minimalizowaniem) faktu spożywania narkotyków, choć okazało się, że brał amfetaminę oraz inne środki pobudzające, aby móc funkcjonować zawodowo.

Natrętne myśli pacjenta zamieniały się w nieprzyjemne stany emocjonalne. Pacjent doświadczał częstych kompulsji, które były wywołane obsesyjnymi myślami, zaznawał silnej potrzeby ich rozładowania. Zalecenia terapeutki były takie, aby pacjent stopniowo wchodził w aktywność rekreacyjną, którą dawniej uprawiał i zaczął od prostych obowiązków codziennego życia, takich jak posprzątanie w domu, przygotowanie sobie posiłku lub wyjście na spacer, by jak najmniej czasu spędzał przed komputerem.

5.4.2. Zepsute relacje

Jednym z ważniejszych elementów udanego życia są satysfakcjonujące relacje społeczne. Ich brak może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem uzależnienia, jednak niezależnie od tego faktu, relacje są jednym z ważniejszych tematów składających się na dyskurs terapeutyczny. Oto przykład pochodzący z jednej z sesji:

²⁵⁴ Robinson, B. E. (2000). *A typology of workaholics with implications for counselors*. *Journal of Addictions Offender Counseling*, 21(1), 34–48.

²⁵⁵ M. Rowicka (2015) *Uzależnienia behawioralne. Terapia i Profilaktyka*, Wyd. KDds.PN, Warszawa, s.51.

Analizując swoje życie, pacjent zauważył, że popełniał dużo błędów w relacjach z innymi ludźmi. Miał on problem z wyrażaniem własnych emocji, potrzeb i myśli, nie potrafił postawić granic osobistych w stosunku do innych ludzi, szczególnie w gronie znajomych i w pracy wchodził w niekorzystne dla siebie sytuacje z kierownikiem i innymi pracownikami, w efekcie oraz bardziej się wycofywał z relacji międzyludzkich. Negatywne doświadczenia w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych przez pacjenta uzewnętrzniły się w ugruntowaniu niepewności i niechęci, która wyrażała się poprzez zamartwianie się i towarzyszące mu obawy. Odnosząc się do tego niedoboru predyspozycji u pacjenta, inny uczestnik, który już długo utrzymywał abstynencję, zaproponował radykalne rozwiązanie sprawy, zachęcając niepewnego siebie pacjenta do walki o swoje, nie patrząc na skutki własnych działań. To niecodzienne rozwiązanie zakłóciło chwilowo porządek sesji terapeutycznej i wprowadziło zamieszanie, bowiem psychoterapeuta jak i wielu uczestników spotkania ocenili propozycję jako nieprofesjonalną i wytyczającą niewłaściwie kierunek interwencji.

W efekcie, psychoterapeuta wyznaczył własny zestaw zagadnień, nad którymi będzie pracował z pacjentem. Wspomniał o zachowaniach asertywnych, konstruktywnym stawianiu granic, jasnym wyrażeniu swojego zdania i monitorowaniu własnych obaw. Pacjent, którego dotknął problem błędów w komunikowaniu się z ludźmi, stwierdził, że dużo daje mu terapia, bo wyrzuca z siebie wszystkie negatywne emocje, które nosi w sobie. Przeszkodą w powrocie do zdrowia i utrzymaniu abstynencji jest w tym przypadku stres emocjonalny, jakiego doświadcza chory, oraz ciężka praca związana z wyjazdami służbowymi, co prowadzi do wyczerpania organizmu i w efekcie do braku kontaktu z rzeczywistością. W rezultacie bardzo trudno jest mu analizować i kontrolować własne zachowanie, a narkotyki i alkohol uspokajają jego nerwy. Psychoterapeuta dodał, że głównym problemem w tym przypadku jest brak planu dnia, niestosowanie się do programu HALT i nieuporządkowane relacje osobiste.

Inny przypadek problemu relacji był dyskutowany na osobnej sesji. Podjął go pacjent, który sam się zgłosił, bo jak powiedział, targają nim silne emocje. Pacjent wyprowadził się do Belgii, chwając się, że dostał znakomitą pracę i że czuje tam swoistą swobodę. Nie chciał pracować w Holandii, ponieważ tu zaczęła się cała jego historia z narkotykami, pozostawiając wciąż silne wspomnienia i emocje. Tak o tym mówił:

W Holandii wszystko się zaczęło, tam częste branie narkotyków, wychodzenie na skróta jest powszechne. W Holandii mam dużo znajomych, którzy biorą narkotyki, a w Belgii nikogo nie znam i nie wiem, gdzie można dostać narkotyki, no i zarobki będę miał większe, na to wychodzi, że wszystko dobrze się zaczyna układać.

Pacjent opowiedział o swoich długach, które musi spłacać, ponieważ bezmyślnie zarządzał swoim budżetem, a z terapii będzie korzystał on-line, ponieważ jest taka możliwość

i będzie też szukał grupy wsparcia. Pacjent wewnętrznie jest rozdarty, ponieważ przechodzi rozstanie z żoną, a jest też pokłócony z rodzicami. Wie, że jak leczenie pójdzie nie po jego myśli, to będzie w trudnej sytuacji życiowej. W zmianie widzi szansę, ale obiecuje też uważać na zagrożenia, które pojawią się na jego drodze. Popelnione błędy doprowadziły pacjenta do tego, że stracił kontrolę nad tym co się działo wokół niego. Do tego dowiedział się, że jego była żona trafiła do szpitala psychiatrycznego, a jemu ciężko było się czegokolwiek dowiedzieć o stanie jej zdrowia z powodu ochrony informacji medycznych. Pacjent nie chce już angażować się w relacje z byłą żoną i jej rodzicami, ponieważ wcześniej dużo go to kosztowało energii i zdrowia. Tak to wspomina: *Przechodziłem depresję, miałem ciągle obniżony nastrój i wycofałem się z życia, nie chciałem się z nikim klócić, unikałem kontaktów z byłą żoną i jej rodziną.* Jednocześnie, cieszy się, że syn jest pod opieką jego rodziców, którzy mają dobry kontakt z rodzicami jego byłej żony. Pacjent chodził roztrzęsiony, nie radził sobie z własnymi emocjami, żył niepewnie i był niepewny swojej przyszłości, swoje nerwy i zły nastrój kołował narkotykami. Emigracja i izolacja dobrze mu się przysłużyły, doszedł do siebie, wzmocnił kontakt z synem, który jest dla niego bardzo ważny, spędza z nim ostatnio dużo czasu.

Skomentował to podejrzliwie inny uczestnik terapii:

Powiedziałeś mi niedawno, że to ja stąпам po cienkim lodzie, ale to Ty po cienkim lodzie teraz stąpasz. Martwię się o Ciebie, że ten wyjazd zagranicę to jeszcze trochę za dużo dla Ciebie. Pierwsze co zrobisz, kiedy będziesz miał problem, to sięgaj po telefon, dzwoń do terapeuty lub do kolegów z terapii. Zrobiłeś dużą pracę i miałeś wpadkę, uważaj na siebie, żebyś nie wrócił [do narkotyków].

Pacjent stwierdził, że nie do końca radzi sobie z przykrymi myślami dotyczącymi jego sytuacji życiowej, ponieważ często towarzyszy mu niepokój o przyszłość, zakłopotanie i wewnętrzne poczucie winy. Nerwowa atmosfera destabilizuje jego życie, chciałby odpocząć od wszystkiego, bardzo pragnie stabilizacji, którą dawałaby mu rodzina. Jednak teraz musi radzić sobie sam i czuje, że otrzymał wystarczające wsparcie w terapii, aby żyć samodzielnie. Zapytany przez terapeutę, co uważa za ważne w swoim życiu, bo to, co teraz robi, wygląda na formę ucieczki od problemów, pacjent odpowiedział, że szuka dla siebie korzystniejszych warunków życia. Teraz widzi tylko pojawiające się problemy i stara się ich unikać, ale najważniejsze jest dla niego odnalezienie wewnętrznego spokoju, bo czuje się psychicznie załamany i rozbity. Kiedy człowiekowi brakuje stałego kryterium preferencji, ulega doraźnym

pragnieniom, potrzebom i bodźcom. Podstawowy problem pedagogiczny współczesności sprowadza się do pytania: jak chronić wewnętrzną jedność człowieka²⁵⁶?

5.4.3. Zwiększona tolerancji na alkoholu, czyli droga do terapii

Zmiana tolerancji na narkotyki i alkohol ujawnia się w postaci potrzeby zażywania coraz to większej dawki danej substancji psychoaktywnej. Terapeuci starają się obserwować takie zmiany, ponieważ są bardzo symptomatyczne, w kontekście zbaczania ze ścieżki zdrowienia. Historia pacjenta, który doświadczył takiej sytuacji, była przedstawiona i przedyskutowana na jednej z sesji.

U pacjenta wystąpiła zmiana tolerancji na picie alkoholu, w postaci zwiększania dawki wypijanego alkoholu, jak i spadek tolerancji organizmu na wypijany alkohol. Początkowo pacjent spożywał alkohol „weekendowo”, przeciętnie wypijał ćwierć litra wódki lub 2 półlitrowe piwa. Pił dla towarzystwa i na poprawę humoru. W wieku 19 lat zaczął się upijać, początkowo kilka razy w roku, zwykle na zabawach, imieninach, weselach czy balach sylwestrowych. Z upływem lat zaczął pić coraz więcej i częściej. W wieku dwudziestu dziewięciu lat zaczął spożywać alkohol z kolegami z pracy, ponadto znalazł sobie towarzystwo oraz miejsce do picia w swojej miejscowości. W wieku 35 lat pił coraz częściej, od trzech do pięciu piw, od pięciu do ośmiu razy w miesiącu, zazwyczaj w dzień wolny do pracy. Jednak coraz częściej zdarzało się pacjentowi wypić w tygodniu. Potrzebował coraz więcej alkoholu, by uzyskać taki sam efekt stanu upojenia, od 6 do 10 piw, mieszał piwo z wódką około. Potem pił głównie wódkę, by szybciej się upić, ale piwo też. Zaczął przychodzić pijany do domu. Kłopot zaczynał się wtedy, kiedy wpadał w ciągi alkoholowe, pijąc dzień po dniu, tracąc część lub wszystkie zarobione pieniądze.

Pacjent twierdził, że na zmianę ilości pitego alkoholu nawet nie zwrócił uwagi. Zdarzyło się mu wypić przed pracą, na lepsze funkcjonowanie, tak sobie często tłumaczył spożywanie alkoholu. Pracował w grupie, w której tolerancja na alkohol była wysoka. Z biegiem czasu ta sama dawka, nie przynosiła spodziewanego efektu i pacjent poczuł konieczność spożycia większych dawek. Pił na umór i ciągami, bez opamiętania, efektem tego było zatrucie organizmu, wymioty, osłabienie i problemy fizjologiczne. Kiedy zaczęły się pierwsze problemy zdrowotne, pacjent czuł się bardzo zniechęcony życiem, zmęczony. Czuł, że traci kontrolę nad

²⁵⁶ E. Smółka (2005), *Filozofia kształtowania charakteru. Fryderyka Wilhelma Foerstera teoria wychowania w świetle założeń personalizmu chrześcijańskiego*, Wyd. „Maternus Media”, Kraków

wszystkim dookoła siebie. Dopiero wtedy, jak pacjent znalazł się w tak niekorzystnej dla siebie sytuacji, doszedł do wniosku, że alkohol mu nie służy i zacznie się leczyć.

Taka biograficzna narracja pełni ważną rolę w dyskursie terapeutycznym, nie bez powodu, niemal wszyscy uczestnicy do niej zaczynają. Po pierwsze, jest rodzajem spowiedzi, wyznania win (deficytów) i postawienia się na równi ze wszystkimi innymi, którzy dopiero wtedy mogą takiego pacjenta przyjąć do społeczności²⁵⁷. Po drugie, taka autodegradacja otwiera dyskursy zrozumienia, pomocy i wsparcia. Warto zauważyć, że komunikacyjny schemat autodegradacji przebiega nieco inaczej w grupie terapeutycznej. W społeczeństwie, według badań etnometodologów, preferowaną odpowiedzią na takie działania jest zaprzeczenie²⁵⁸, które ma wzmocnić pozytywną samoocenę jednostki. Podczas terapii, dominują potwierdzenia, których rolą jest utwierdzenie pacjenta w przekonaniu, że jest uzależniony i dlatego musi podjąć walkę z nałogiem. Po trzecie, autodegradacja sygnalizuje słabość i utratę kontroli nad własnym życiem, a to symbolicznie otwiera drzwi terapeutycie, by mógł wejść ze wszystkimi swoimi narzędziami, jak lekarz ratujący życie, i przejąć czasowo kontrolę nad pacjentem. Wyznanie win jest zatem aktem koniecznym, by włączyć się w tworzenie dyskursu terapeutycznego, jednak podejmując bardzo określona rolę pacjenta.

5.4.4. Destrukcyjna siła uzależnienia

Uzależnienie działa różnie na różne osoby, niektórzy uczestnicy sesji terapeutycznych traktują je jako zrządzanie losu, konsekwencja serii nieszczęść życiowych albo własnego nieprzemysłanego działania. Są jednak tacy, których destrukcyjna siła uzależnienia pokonała, przynajmniej na pewnym etapie. Będąc w tym niekorzystnym położeniu, uruchamiają różne mechanizmy, które często bardzo komplikują przebieg pracy terapeutycznej (dyskurs terapeutyczny). Destrukcja może dotyczyć osoby samego pacjenta, ale również jego otoczenia. Szczególnym przypadkiem zawsze są te destrukcyjne oddziaływania, które dotyczą często bardzo małych dzieci, które nieświadomie stają się bezbronnymi ofiarami nałogu rodzica.

Autodestrukcja

Tak to wyglądało na jednej z analizowanych sesji:

²⁵⁷ Trudno nie znaleźć tu analogii do koncepcji tożsamości osobistej Ervinga Goffmana, która może być tworzona dopiero we wspólnocie „wtajemniczonych” E. Goffman (2007) *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Wyd. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne (GWP). Gdańsk.

²⁵⁸ M. Czyżewski (1984) *Socjolog i życie potoczne. Studium z etnometodologii i współczesnej socjologii interakcji*, Wyd: Uniwersytet Łódzki, Łódź.

Pacjent, kiedy był pod wpływem silnego stresu, napięcia i złości, stosował mechanizm projekcji, tzn. przypisywał swoje cechy, zachowania i uczucia, innym ludziom. Opowiadał, że gdy chciał odwrócić uwagę od swojego zachowania, przypisywał innym agresję lub zagubienie, bo sam często odczuwał takie emocje. Pacjent przypomniał, że jest już ósmy raz na terapii oraz po raz kolejny nie poradził sobie z uzależnieniem, jest świadomy, że czasem robi to celowo. Przechodził silne uzależnienie, które zniekształcało jego postrzeganie rzeczywistości, tym bardziej, że kiedy opuszczał przychodnię, to potrafił zażywać środki psychoaktywne, nawet w ten sam dzień, w którym był na terapii.

Uzależnienie silnie zniekształcało, postrzeganie przez pacjenta rzeczywistości, świata i innych ludzi: *Najczęściej obwiniam innych, tak się bronię, aby nie być ofiarą swojego postępowania, często szukam winnych za własne negatywne konsekwencje, które ponoszę i za własny nałóg.* Zażywanie przez pacjenta środków psychoaktywnych, powoduje w nim nieradzenie sobie z relacjami w najbliższym otoczeniu (rodzinie i znajomych). Przez ciąg negatywnych zdarzeń, który uruchomił swoim postępowaniem, w pacjencie uruchamia się proces destrukcyjnej wizji życia. Pacjent ma tendencje do mnożenia problemów, a poprzez ryzykowny tryb życia wprowadza niepokój i zmieszanie, co utrudnia mu wgląd we własną sytuację życiową. Psychoterapeuta uważa, że w takich sytuacjach, człowiek różnie reaguje, na to co go spotyka. Może nie radzić sobie z własnymi przeżyciami, być zmieszany, przejawiać opór, niepewność, brak zaufania, reagować lękiem, smutkiem, a nawet płaczem.

Wspomniany pacjent był silnie przekonany o słuszności własnych decyzji, nie chciał, by inni ludzie przekonywali go do swoich koncepcji. Pacjent wiedział, że wpada w pułapkę własnych przekonań, myśli i emocji, na które pacjent nie ma zgody i które są skutkiem konfliktowych sytuacji rodzinnych, społecznych i zawodowych. Terapeuta stwierdził, że takie zachowanie jest dla pacjenta pozornie bardzo wygodne, ponieważ na terapii nauczył się lepiej manipulować innymi ludźmi oraz jak unikać odpowiedzialności za własne postępowanie, które jest sprzeczne z normami życia rodzinnego i społecznego.

Przykładem destrukcyjnych przekonań pacjenta było traktowanie wyzwisk, znęcania psychicznego, agresji i napadów szału, jako czegoś normalnego, co jest tylko formą komunikowania się z innymi, jakby nie widział cierpień rodziny i również swoich. Terapeuta skonfrontował pacjenta z faktami, że lekceważy innych, nie liczy się z nimi i traktuje swoich bliskich jako gorszych od siebie. Pacjent stwierdził, że poprzez chodzenie na terapię i interesowanie się zagadnieniami z tym związanymi, dużo się nauczył i ma wgląd w siebie, nauczył się rozumieć własne myśli, rozpoznawać własne emocje oraz przekonania. Terapia dała mu narzędzia, aby wybierał, to co sam uważa za ważne, wskazała, jak ma pokierować własnymi

myślami i uczuciami oraz jak umiejętnie wyrazić własne emocje. Mimo traumatycznych doświadczeń i ciężkiego wariantu uzależnienia, pacjent był gotowy i zdolny do wprowadzania zamierzonych przez siebie zmian w życie.

Destrukcyjna reprodukcja

Innym przykładem destrukcyjnego uzależnienia może być historia pacjenta, który był blisko bezdomności. Na szczęście, wsparcie terapeutyczne i pomoc instytucjonalna wyprowadziły go z tej sytuacji, a jego własne wysiłki uchroniły go przed całkowitą degradacją życiową. Oddziaływania terapeutyczne poprowadziły go do pracy nad sobą, znalezienia zatrudnienia oraz stopniowego wychodzenia z własnych kryzysów i uzależnień. Podczas jednej z sesji, psychoterapeuta tak ocenił finalny stan pacjenta: *zatem w Twoim przypadku terapia posłużyła ci dobrze jako rehabilitacja i regeneracja własnych sił*. Pacjent opowiedział, jak bardzo był zrezygnowany, nie miał na nic sił i myślał, że nie wyjdzie z tego. Dodał, że podejmował działania ucieczkowe, miał dosyć życia i sytuacji, która go spotkała. Wyrzucony z domu chciał się odciąć od ludzi, wyjechać zagranicę, ale tak naprawdę miał dylemat i sam nie wiedział, co ma zrobić z własnym życiem. Sytuacja pacjenta bardzo się skomplikowała, kiedy odeszła od niego partnerka życiowa z dzieckiem. Powodem tego były zachowania agresywne pacjenta, lekceważenie partnerki i zaniedbywanie obowiązków. Największe szkody wyrządził jednak własnej córce, której zaszczerpił zachowania nałogowe. Tak ta historia przedstawiona była na sesji terapeutycznej:

Pacjent, który twierdził, że nauczył swoje dziecko samodestrukcji, opowiedział, jak wychowywał swoją córkę. Dziewczynka, kiedy miała pięć lat, zabierała tacie lufki, żeby mieć je do zabawy. Pacjent uważał, że będzie lepiej, jeżeli jego córka będzie z tatą palić marihuanę, niż wałęsać się gdzieś po klatkach. Córka pacjenta, kiedy dorosła, wyjechała do Anglii i tak pracowała, ma też chłopaka, który bierze narkotyki. Pacjent często dzwonił do córki, jednak nie mógł się z nią dogadać, bo albo była nietrzeźwa, albo brała narkotyki, jednak – jak mówi – nie był w stanie nic z tym zrobić.

Podczas terapii, pacjent uświadamiał sobie, że sam zaszczerpił w swojej córce zachowania uzależnieniowe, wcześniej nie brał pod uwagę, że od najmłodszych lat, dawał jej taki przykład, choć wtedy było to dla niego śmieszne. Obecnie, pacjent, zdaje sobie sprawę z tego, jaką ogromną krzywdę zrobił swojej córce i jakie cierpienie jej zafundował.

Sposób odbioru własnej osoby, rozumienia siebie jest równie ważne jak rozumienie otoczenia i zachodzących w nim zjawisk, które współdecydują o przystosowaniu i funkcjonowaniu społecznym. Niska samoświadomość, zaburzony lub niedostatecznie

zdefiniowany obraz siebie przyczyniają się do izolacji, utraty więzi z innymi ludźmi, a w konsekwencji utraty sensu życia i zachowań autodestrukcyjnych²⁵⁹.

Jekyll i Hyde

Innym przykładem ekspozycji zachowań nałogowych w życiu własnych dzieci jest historia kolejnego uczestnika terapii grupowej. Pacjent ten wyznał, że podczas rozmowy z kolegą, stwierdził, że kiedy jego syn będzie miał 18 lat, to pójdzie z nim na prostytutki, żeby zobaczyć, jak się teraz naprawdę żyje i jaki fajny jest jego tata. Pacjent dodał, że teraz, kiedy myśli o tym, to jest mu bardzo wstyd, że w ten sposób chciał zaimponować swojemu synowi:

Jak ja mogłem tak myśleć i jeszcze obiecywać synowi przy swojej żonie i kolegach takie rzeczy. Alkohol i narkotyki zupełnie poprzestawiały mi w głowie, jak mogłem tak powiedzieć przy swojej żonie, że pójdę z nim na prostytutki. Myślałem wtedy, że jestem fajnym ojcem, jak zabiorę swojego syna do domu publicznego. Mojej żonie zrobiłem dużo krzywdy, nie brałem tego pod uwagę, jak ona mogła się wtedy czuć.

Żona pacjenta mówiła, że takim zachowaniem zniszczył swoje małżeństwo, jednak pacjent lekceważył swoich najbliższych. Dopiero niedawno zdał sobie sprawę z tego, co robił, dlatego jego rodzina się rozpadła, żona odeszła od niego, syn nie chce go znać i jedynie z córką utrzymuje kontakt. Córka powiedziała pacjentowi, że widziała u niego marihuanę i lufki w samochodzie, widziała też ojca pod wpływem narkotyków, co było dla niego zaskoczeniem, bo jak sam powiedział: *wcześniej myślałem, że dzieci tego nie widziały, bo to ukrywałem przez rodziną, a jednak okazało się inaczej*. Podczas sesji, pacjent żałował tego, co mówił kiedyś i robił, że wiele przykrości doświadczyły jego dzieci oraz żona, kiedy pił alkohol i zażywał narkotyki.

Picie alkoholu powodowało zmianę zachowań pacjenta, miał podwójny obraz siebie. Pierwsza wersja pacjenta w mechanizmie rozdwojonego i rozproszonego ja odnosiła się do jego postępowania w stosunku do swojej rodziny, kiedy to, po wypiciu, uważał, że to co mówi, jest niepodważalne, najważniejsze, a inni członkowie jego rodziny, według pacjenta, nie mogli ingerować w jego decyzje, jego sposób bycia i zachowania. Podczas sesji terapeutycznej, opowiadał on, jak stawał się agresywny pod wpływem alkoholu, oporny na opinie innych i wrogo nastawiony do własnej rodziny. Potrafił być uparty i agresywny, najczęściej wobec własnej rodziny i w otoczeniu domowym. Druga postawa, przeciwstawna do pierwszej, wynikała z zaprzestania działania alkoholu i wtedy pacjent stawał się uległy, łagodny i smutny. Miewał też wtedy myśli depresyjne i dopadało go niskie poczucie własnej wartości. Myślał o

²⁵⁹ B. Hołyst (1991) *Przywrócenie życiu*, PWN, Warszawa, s. 215.

sobie, że jest nikim dla swojej rodziny, czuł się osamotniony i poniżany, ponieważ podczas kłótni z rodziną, często słyszał z ust najbliższych, że nie jest godzien szacunku, że zaprzepaścił wszystkie szanse i nic dla swojej rodziny nie znaczy.

Pacjent był świadomy swojej choroby alkoholowej, opowiadał o rozdwojeniu osobowości, twierdzi, że nie wie, kim był, że nie był sobą. Kiedy nie liczył się ze zdaniem innych, był przekonany, że robi dobrze, a inni mają dostosować się do tego, co postanowi. Zna powód swojego rozczepienia osobowości, którym jest długoletnie odurzanie się alkoholem, który go wtedy pobudzał i nakręcał. Dopiero, kiedy przestał działać, pacjent myślał o skutkach swojego picia, które powodowały w nim smutek: *Nie miałem wtedy powodów do radości z życia, byłem przygnębiony i smutny, szukałem rozwiązania narastających problemów, a jedyną drogę jaką widziałem, to była po wódkę, do monopolowego, ucieczka przed odpowiedzialnością za swoją rodzinę i zapijanie myśli, jakie mi towarzyszyły.*

Innym przykładem rozszczepionego ja jest historia pacjenta, który, kiedy pił, był duszą towarzystwa, rozkręcał imprezy i czuł, że jest kimś ważnym, miał akceptację i szacunek. Kiedy trzeźwiał, wycofywał się z relacji społecznych i unikał innych ludzi. Podczas sesji terapeutycznej, pacjent powiedział, że problem z akceptacją miał już wcześniej, jako młody chłopak czuł się samotny i odrzucony oraz miał problemy z nawiązywaniem kontaktów. Kiedy pił alkohol, był rozmowny i czuł się kimś ważnym, to go dowartościowywało. Picie alkoholu było dla pacjenta motywatorem do szukania kontaktu z ludźmi. Pacjent stwierdził, że często czuł się zagubiony, obawiał się odrzucenia, przechodził okresy, w których był zmęczony piciem i ciągłym zagłuszaniem tego, co naprawdę czuje. Dzięki terapii mógł przyjrzeć się sobie z dystansu, dostrzec jak się zmieniał pod wpływem alkoholu:

Był taki czas, kiedy poczułem zmęczenie tymi wszystkimi używkami i piciem, kiedy regulowałem sobie nastój piciem i postanowiłem coś z tym zrobić, kilka razy próbowałem przestać pić i brać narkotyki, ale mi to nie wychodziło, pogrążałem się w destrukcji siebie oraz destabilizacji własnego życia.

Pacjent, jako młody chłopak, trwał w przekonaniu, że jest pokrzywdzony przez los i nierozumiany przez innych, wobec tego przechodził zmiany nastrojów od smutku do radości, jednak, kiedy zażywał substancje psychoaktywne, zapominał o swoich problemach, imprezami zagłuszał swoje kompleksy. Kolejny problemem pacjenta, jak sam stwierdził, było szukanie winy w innych ludziach, a nie rozwiązywanie problemu, który nosił w sobie. W rezultacie, zaczął uważać się za lepszego, dochodziło nawet do obrażania ludzi, którzy postępowali niezgodnie z jego planem lub podejmowali decyzje, z którymi się nie zgadzał. Z drugiej strony,

potrafił udawać sympatię, kiedy miał jakiś interes, próbował łagodzić napięte sytuacje dla własnej korzyści.

Mechanizm rozdwojania i rozpraszania Ja wynika z patologicznie przebiegających procesów osobowościowych uzależnionego. Osoba taka widzi siebie w podwójnej, niespójnej wersji, kiedy jest pod wpływem środków psychoaktywnych, postrzega siebie jako silnego, mającego kontrolę nad swoim życiem człowieka. Kiedy jednak stan odurzenia substancją mija a organizm dochodzi do siebie, pojawiają się przeciwstawne myśli dotyczące własnej wartości, człowiek widzi siebie jako słabą i bezwartościową istotę²⁶⁰.

Podczas obserwowania sesji terapeutycznych można też spotkać się z przypadkami pacjentów, którzy chcą być zauważeni i wzbudzać wśród innych zainteresowanie. Praktyczne spojrzenie na mechanizm rozdwojonego ja, okazuje się bardziej złożone i zależne również od indywidualnych zamiarów, sposobu bycia i cech charakteryzujących osobowość danego pacjenta. Co jest zauważalne w grupie badanej, to natężenie działania tego mechanizmu na danego pacjenta. Uczestnicy terapii z zainstalowanym mechanizmem rozdwojonego ja, wykazywali się obniżonym nastojem, utratą energii, smutkiem i depresją. Mechanizm ten zniekształca rzeczywistość i uwidacznia się w codziennym życiu człowieka uzależnionego, poprzez dwie wyraźnie różniące się wersje samego siebie. Po pewnym czasie, rozdwojone „ja” na tyle ogniskuje uwagę pacjentów, że tracą oni zdolność kierowania swoim życiem. Wtedy doświadczają cierpienia, upokorzenia, wstydu. Gotowi są zrobić wszystko, żeby pozbyć się wewnętrznego bólu, ale jedyny sposób jaki znają to wypić, zagrać, pójść na zakupy. Nałóg zaczyna coraz bardziej kierować ich życiem²⁶¹.

Takie rozumienie mechanizmu rozdwojonego ja było wplecione w dyskurs terapeutyczny rozwijany w ramach jednej z sesji:

Psychoterapeutka rozmawiała z pacjentem na temat pojawienia się u niego sprzeczności w postrzeganiu samego siebie. Pacjent wyjaśnił, że ukrywał przed innymi swoją prawdziwą tożsamość i odwracał uwagę od swoich problemów poprzez żartobliwe wypowiedzi oraz cyniczne uwagi formułowane w stosunku do innych ludzi. Jednak – jak stwierdził – w głębi duszy czuł przygnębienie i rozpacz, ponieważ jego wesołość, ceniona przez kolegów i w towarzystwie, była w istocie udawana. Tak naprawdę był smutny, przygnębiony i rozdrażniony, nie utożsamiał się z tym wesołościem, którego znali inni ludzie. W efekcie miał wrażenie wyobcowania od samego siebie, określił to „*jakby drugi człowiek był we mnie*”.

²⁶⁰Strona internetowa, Alma Libre Warszawa, <https://www.almalibre.pl> › mechanizm-rozpraszania-rozd...

²⁶¹ J. Zapotoczny-Pelak, (2020) *Uzależnienia, poradnik prawny*, Wyd. Stowarzyszenie Dogma, Rybnik, s.7.

Terapeutka uświadomiła pacjentowi, że miał silnie zainstalowany mechanizm rozdwojonego ja, który przejawiał się tym, że z jednej strony, pacjent doznaje złudzeń na temat poczucia własnej sprawczości, zalet i możliwości, szczególnie uzewnętrznianych w okresach picia. Dzięki alkoholowi, czuł on, że ma zdolność wywierania wpływu na innych ludzi i na to, co się z nim dzieje, ma dużo do powiedzenia w towarzystwie. Jednak z drugiej strony, kiedy pacjent trzeźwiał, doświadczał negatywnych opinii na własny temat i miał tendencje do wyolbrzymiania własnych niepowodzeń. Terapeutka także ujawniła plan pracy terapeutycznej, który obejmował nazwanie i rozpoznanie postaw, zachowań oraz cech, którymi się pacjent charakteryzował w relacjach z innymi ludźmi. Pacjent odpowiedział, że jego rozdwojenie przejawiało się w postaci, z jednej strony, wywyższania się i bycia zarozumiałym, natomiast z drugiej, wycofywania się z życia rodzinnego i izolowania się od innych. Pacjent opowiedział jak bardzo, przez nadużywanie środków psychoaktywnych, czuł się zagubiony i nie miał wpływu na to, co się z nim działo. Odczuwał wtedy pustkę wewnętrzną, smutek, znudzenie życiem, był przekonany, że rodzina i jego dzieci gardziły nim. W efekcie zaczął zachowywać się impulsywnie, reagować agresją i zarozumiałością, tak rekompensował sobie stany obniżonego nastroju, których doświadczał.

Przez osobowościowe efekty spożywania przez trzydzieści lat dużych ilości alkoholu, pacjent w środowisku (również najbliższym) utożsamiany był z cechami, które odnosiły się do jego nałogowych zachowań. W procesie terapii, doszło do niego, że jego sytuacja rodzinna i społeczna nie była łatwa do naprawienia, wymagała podjęcia trudnych decyzji, pracy nad sobą i odbudowywania na nowo relacji rodzinnych.

5.4.5. Wyczerpanie psychiczne

Występowanie nadmiernej nerwowości i przeżywanie stresu przez pacjentów niekiedy spowodowane jest sytuacją, w jakiej się znajdują. Pacjentów często nikt nie wspiera, w związku z czym, czują się oni osamotnieni oraz niedoceniani przez własną rodzinę. W efekcie terapia okazuje się być bardzo męcząca, zarówno w wymiarze psychologicznym jak i fizycznym, zarówno głowa jak i ciało w pewnym momencie odmawiają posłuszeństwa. Tak to wyglądało podczas jednej z sesji:

Ostatnie spotkanie ze swoją rodziną pacjent bardzo przeżył i podczas sesji płakał, ponieważ nie dawały mu spokoju złe relacje z żoną. Powiedział, że chciał porozmawiać z nią na temat zakończenia związku i złego traktowania, jakiego doświadczał z jej strony. Kiedy ostatnio wspomniała o rozwodzie w obecności syna, córki i teściowej, żona początkowo spokojnie odpowiedziała, że się nie zgadza, ale wtedy zaczęła krzyczeć na niego jego teściowa,

nie bacząc na słowa i wyzwiska. Po chwili, do kłótni dołączyła jego żona i zaczęła wypominać, że nigdy nie miała wsparcia od niego i że zaraz zadzwonią na policję, jeżeli nie wyjdzie. Pacjent jak najszybciej chciał zakończyć tę rozmowę, roztrzęsiony opuścił dom.

Z powodu tej awantury, pacjent był tak rozbity, roztrzęsiony i zniechęcony, że zapomniał zamknąć drzwi do siedziby swojej firmy, przez co były otwarte całą noc. Pacjent stwierdził, że nie pamięta, co się z nim działo, z powodu łez, wszystko widział zamazane, momentami czuł, że tracił przytomność, był w bardzo złym stanie psychicznym. Tego dnia poszedł do kościoła, żeby się wyciszyć. Wieczorem do pacjenta przyjechała zaniepokojona jego stanem zdrowia siostra i zawiozła go na SOR, gdzie zrobili mu tomografię głowy. Rano pacjent otrzymał wyniki badań głowy, okazało się, że wszystko jest w porządku, z oczami też. W szpitalu doradzili mu, żeby sobie odpoczął i nie pracował tyle, bo jest bardzo przemęczony. Pacjent opowiedział, że wpadł w trans stresu, który cały czas go trzymał, bo przez pół roku żona z teściową go wyzywały, straszyły i miały pretensje.

Pacjent zdaje sobie sprawę z tego, że wcześniej pił i też nie był zbyt miły dla żony, ale – jak twierdzi – od kiedy się leczy, żona odplaca mu z nawiązką za jego wcześniejsze wybryki, cały czas dogryza i uprzykrza mu życie, nie chce też dać rozwodu. Pacjent był też u lekarza, by zrobić sobie badania. Dostał zalecenia, by się nie denerwował, nie zamartwiał i nie pracował tyle, bo może dostać zawału serca. Jak się okazało, pacjent był w trzecim stadium stresu, faza wyczerpania pojawia się w sytuacji, gdy zagrożenie nie ustępuje lub powtarza się, zasoby obronne organizmu są wyczerpane i staje się on podatny na zaburzenia i choroby²⁶².

Stres charakteryzuje się wzrostem ogólnego pobudzenia organizmu, dochodzi w ten sposób do rozregulowania funkcji fizjologicznych i spadku zdolności obronnych organizmu²⁶³. Terapeutka namawiała pacjenta, żeby na jakiś czas sobie odpoczął, wziął wolne i wszystko spokojnie przemyślał, bo obecnie nie jest w stanie wpłynąć na swoją żonę. Być może powinien też wyprowadzić się z domu, żeby się wyciszyć i dojść do siebie. Pacjent stwierdził, że przyszedł czas, żeby sobie odpuścić, bo choć pół roku jest trzeźwy, czuje się bardzo osamotniony i nawet nie mam z kim porozmawiać o swoich problemach. Nawet jego córka, kiedy ostatnio była w domu i zobaczyła, co się dzieje, to zostawiła wszystko i pojechała, bo nie chciała słuchać krzyków i wyzwisk. Pacjent ma świadomość, że jego syn bardzo przeżywa tę sytuację, ale nic nie mówi. Pacjent tak podsumował swoją sytuację: *Kiedy córka mnie spytała, kiedy będzie rozwód, to się rozplakałem, czuję się źle traktowany, przez moją rodzinę w moim domu, który ja zbudowałem, ale musiałem go opuścić i pojechać do mamy, żeby odpocząć.*

²⁶² Nina Ogińska-Bulik (2012), *Stres i radzenie sobie*, w: E. Bielawska-Batorowicz (red.), *Wprowadzenie do ekonomii dla ekonomistów*, PWE, Warszawa, s. 271.

²⁶³ Nina Ogińska-Bulik (2012), *Stres i radzenie sobie*, w: E. Bielawska-Batorowicz (red.), *Wprowadzenie do ekonomii dla ekonomistów*, PWE, Warszawa, s. 271.

Z powodu tych zdarzeń pacjent nie jest w stanie skupić się na prostych czynnościach w pracy, chociaż praca zawsze była dla niego sposobem na oderwanie się od problemów i pozwalała mu je zapomnieć. W wyniku całej tej sytuacji pacjent jest bardzo zmęczony życiem, nie ma chwili wytchnienia, w pracy goni go termin realizacji zamówienia, a w domu nie ma miejsca na odpoczynek po ciężkim dniu pracy. Z tego powodu czuje się bardzo obciążony fizycznie i umysłowo, ponadto jest załamany psychicznie i ostatnio stracił dużo sił i energii. Jedynym rozwiązaniem, jakie teraz widzi pacjent, jest przeprowadzka do matki, aby mógł odpocząć, uporządkować myśli i mieć czas dla siebie.

5.5. Kontekst konsekwencji uzależnienia

W polu analizy znalazły się już przyczyny uzależnień oraz deficyty i trudności, które pojawiają się lub nasilają w trakcie, pozostały jeszcze skutki. Jeżeli potraktować dyskurs terapeutyczny wytwarzany podczas sesji, jako złożenie indywidualnych narracji pacjentów oraz dyskursu profesjonalnego reprezentowanego przez terapeutę, kontekst konsekwencji uzależnienia, będzie dotyczył znaczenia następstw uzależnień w pracy terapeutycznej. Tak zakreślony kontekst, w literaturze przedmiotu zwykle jest rozkładany na cztery obszary: zdrowie fizyczne, zaburzenia psychiczne, komplikacje rodzinne oraz problemy w pracy. Skutki uzależnienia obejmują negatywne zmiany osobowości, uszkodzenia układu nerwowego i zniszczenie całego organizmu²⁶⁴. W nawiązaniu do tego podziału, konsekwencje długotrwałego używania alkoholu przyjmują często postać przewlekłą, ponieważ wieloletnie picie prowadzi do negatywnych skutków zdrowotnych, takich jak poważne choroby fizyczne, zaburzenia psychiczne, czy wysoce nieadaptacyjne wzorce funkcjonowania społecznego²⁶⁵.

Jednak kodowanie materiału badawczego przyniosło nieco inny rozkład kategorii głównej, będą go wyznaczać prezentowane dalej wyodrębnione sekcje. Konsekwencje nadużywania środków psychoaktywnych odnosić się będą do zmian postrzega przez pacjenta: siebie, swoich problemów, ról, relacji społecznych i zadań zawodowych w okresie uzależnienia. Bardzo często, rozmawianie na temat konsekwencji doświadczania uzależnienia odzwierciedla problemy pacjentów, w szczególności te, które są trudne, męczące, zawstydzające lub wyczerpujące. Konsekwencje uzależnienia objawiają się nie tylko trudnościami, kłopotami i przeciwnościami losu, ale także problemami wewnętrznymi

²⁶⁴ M. Jarosz, *Słownik wyrazów obcych*, Wyd. Europa, Wrocław 2001, s. 528.

²⁶⁵ L. Cierpiątkowska, M. Ziarko (2010) *Psychologia uzależnień, alkoholizm*, WAIP, Warszawa, s.20.

związanymi z niechcianymi przeżyciami pacjentów, które budzą w nich niepokój i wywołują zły nastrój.

5.5.1. Utożsamianie się z negatywnymi cechami osobowości

Zaburzenia osobowościowe, czyli najczęściej wytwarzanie się negatywnych cech osobowości u pacjentów, było w zebranych materiale najbardziej dotkliwe dla ich rodzin i bliskich znajomych. Pacjenci sięgali do różnych traumatyzujących wątków własnego życia, które odtwarzali podczas sesji terapeutycznych, jak na przykład, trzydziestoletniego doświadczenia upijania się, z którym byli utożsamiani w swoim środowisku życia. Tak proces ten przebiegał na jednej z sesji:

Terapeuta skonfrontował pacjenta, z jego obrazem postrzegania siebie. Zapytał, jak był on postrzegany i jak sam siebie postrzegał kiedyś oraz jak widzi siebie i jak widzą go najbliżsi lub obcy ludzie w chwili obecnej. Jak wynika z odpowiedzi pacjenta, wcześniej, kiedy pił, jego rodzina, sąsiedzi i znajomi postrzegali go jako pijaka. Spowodowane to było sposobem prowadzenia się, zachowania oraz postępowania pacjenta w stosunku do innych ludzi, które uzewnętrzniał w kontaktach społecznych. W jego przypadku, często dochodziło do nadużywania alkoholu i picia do oporu. Nawet wtedy, kiedy pacjent już przestał pić i zaczął uczęszczać na terapię, musiał stawiać czoła szkodom spowodowanym przez nadużywanie alkoholu i negatywnym opiniom, które jeszcze przez długi czas pozostawały w pamięci innych ludzi. Powtarzane przez pacjenta nałogowe zachowania i przyzwyczajenia spowodowały, że on sam zaczął siebie postrzegać, jako człowieka uzależnionego, sam też o sobie mówi, że jest alkoholikiem.

Choroba powstająca w efekcie nadużywania napojów alkoholowych, w znaczeniu szerszym, jest całokształtem ujemnych następstw wynikających z nadużywania alkoholu dla jednostki i społeczeństwa²⁶⁶. Pacjent budował swoją tożsamość na bazie nabytych przez siebie doświadczeń oraz zaburzonych schematów zachowań, które utrwalił. Wyuczył się i powtarzał te czynności i myśli na swój temat, co oddziaływało również na proces terapii. Jednak podczas spotkań z innymi osobami uzależnionymi i terapeutą, pacjent uświadamiał sobie, że kiedy nadużywał alkoholu, doświadczał negatywnych następstw swojego picia, a przejawiało się to również w postaci zaburzonego postrzegania samego siebie. Do pacjenta doszło, że jego

²⁶⁶ J. Auleytner, K. Głabicka (2000) *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, Wyd. WSPTWP, Warszawa, s. 362.

sytuacja rodzinna i społeczna nie była łatwa do naprawienia, wymagała podjęcia wysiłku, pracy nad sobą i budowania na nowo relacji rodzinnych i społecznych.

Trudności z natrętnymi myślami

Natrętne myśli są zwykle efektem zaawansowanego uzależnienia, w którym pojawia się już głód alkoholowy lub narkotykowy. Pacjenci tacy nie potrafią uwolnić się od myślenia o używce, dopóki jej nie zdobędą, jednak nawet wtedy ulga nie przychodzi na długo. Tego typu przypadek był dyskutowany podczas sesji terapeutycznej:

Zapytany przez terapeutkę pacjent opowiedział, jak zażywanie środków psychoaktywnych uniemożliwiało mu kontakt z samym sobą, własnymi myślami i emocjami. Zaburzenie było tak poważne, że – z jednej strony – nie był w stanie spojrzeć na własne życie, natomiast z drugiej, stwarzał sytuacje, których sam nie rozumiał i nie był w stanie im zaradzić. Pacjent opowiedział, że był w stanie krytycznym, był fizycznie i psychicznie wyczerpany, jednak największy kłopot miał z doświadczaniem natrętnych myśli, co paraliżowało jego działania i codzienne funkcjonowanie.

Terapeutka podjęła typowy schemat rozpoznania problemu i poprosiła pacjenta, aby spojrzął na siebie z perspektywy tego, kim był, kiedy był czynnie uzależniony i tego, kim jest teraz, kiedy zdaje sobie sprawę ze szkód i ograniczeń, których doświadczył oraz stara i pracuje nad sobą. Pacjent samookreślił się jako człowiek krótkowzroczny, ponieważ poprzez silną potrzebę spożywania alkoholu i natrętne myśli, nie zwracał uwagi na to, co dzieje się wokół niego i jak się czuje jego rodzina i otoczenie. Nie interesowało go to dlatego, że był zajęty szukaniem narkotyków oraz towarzystwa do wypicia, musiał najpierw swoje uporczywe negatywne myśli i doświadczenia odreagować. Pacjent powiedział, że zdaje sobie sprawę, że prowadził lekkomyślny, nierozsądny tryb życia i podejmował pochopnie decyzje, nie interesowało go, co powiedzą o nim inni. W efekcie miał problemy nie tylko z rodziną, ale również z prawem, ponieważ pijany i pod wpływem narkotyków jeździł samochodem.

Przez wiele lat, pacjent na swój stan rozdrażnienia i niepokoje szukał remedium w narkotykach i alkoholu, przez nieporozumienia i niewyjaśnione sytuacje oraz determinację w poszukiwaniu używek, pacjent stawał się coraz bardziej agresywny. Psycholog z Uniwersytetu w Yale, John Dollard, wskazuje pewne prawa występowania i kontroli agresji. Zauważa, że siła pobudzenia do agresji zależy od stopnia frustracji, a akty agresji mogą być zahamowane pod wpływem kary lub utraconej nagrody. Akty otwartej agresji szybciej i skuteczniej niż akty ukrytej agresji zmniejszają napięcie frustracyjne²⁶⁷. Pacjent dopiero teraz zaczyna być

²⁶⁷ J. Danilewska (2002) *Agresja u dzieci, szkoła porozumienia*, Wyd. WSiP, Warszawa, s17.

świadomy swoich negatywnych cech i tego, jak był odbierany przez swoją rodzinę, przez co doświadczył dużych strat emocjonalnych i społecznych. Przez zachowanie pacjenta, podążanie za natrętnymi myślami oraz agresję, jego rodzina i on sam przechodzili cierpienie psychiczne. Doświadczali też wzajemnego krzywdzenia, wyzywania, szarpaniny, interwencji policji i nawet wyrzucenie z domu. Pacjent doszedł do punktu, w którym nie potrafił już kontrolować swojego zachowania, działał impulsywnie i gwałtownie, nie zwracając uwagi na negatywne konsekwencje, których później doświadczał, i ignorował je.

5.5.2. Utrata kontroli nad własnym życiem i bezsilność

Uzależnienie już z definicji oznacza utratę kontroli nad sobą, bo człowiek staje się zależny od używek. Zgodnie jednak z materiałem badawczym, uzależnienie jest raczej procesem stopniowego, niekiedy chwiejnego, tracenia kontroli nad kolejnymi aspektami życia, nie wyłączając z tego biologicznych, czy nawet fizjologicznych, prowadzącym do poczucia bezradności i bezsilności. W tej części przedmiotem analitycznej rekonstrukcji będą bardziej zaawansowane stany utraty sprawczości.

Politoksykomania

Na jednej z analizowanych sesji terapeutycznych, omawiano przypadek dobrze ilustrujący efekty uzależnień skrzyżowanych, które z podwójną siłą obniżają sprawstwo osób zależnych od nałogu:

Pacjent wypowiadał się na temat utraty kontroli nad sobą. Przyznał się, że nie był w stanie zapanować na sprawami i rzeczami, które działały wokół niego i bezpośrednio go dotyczyły, bo uzależnienie do narkotyków spowodowało u niego utratę czujności. Początkowo nie zastanawiał się nad tym, czy jest w stanie powstrzymać się od zażywania substancji psychoaktywnych, choć wiedział, że szkodził swojemu zdrowiu i nie dbał o swoją rodzinę. Stracił obiektywną ocenę samego siebie, swojego stanu zdrowia, ale również nie zastanawiał się nad sytuacją społeczną, w jakiej się znalazł. Pacjent nadużywał narkotyków, brał mefedron, dopalacze, palił marihuanę, a jak miał więcej pieniędzy to kupował kokainę. Żeby zażywać te narkotyki nie potrzebował żadnej okazji, odurzał się tym co miał do tego często łączył różne używki.

Zjawisko to nazywa się politoksykomania, (multiple drug use), czyli jednoczesne nadużywanie lub uzależnienie od wielu substancji psychoaktywnych, takich jak alkohol,

narkotyki, leki, dopalacze. Środki uzależniające mogą być zażywane jednocześnie bądź naprzemiennie²⁶⁸.

Pacjent prowadził samotne życie, bo kiedy był w ciągu narkotykowym, nie miał siły, by dbać o relacje z własną rodziną, pracować na jej utrzymanie, jednak wcześniej, wszyscy jego bliscy, byli wciągnięci w jego uzależnienie. Pacjent utracił zdolność do krytycznej oceny, nie miał kontroli nad tym co robi, do tego wchodził w zaburzone schematy i nawyki, z których trudno było mu wyjść. Wszyscy jego znajomi, z którymi się zadawał, albo brali narkotyki, albo sprzedawali je, a niektórzy do tego je robili. Nawet w pracy zażywał narkotyki, ale nikt go nie widział. Jeździł też samochodem pod wpływem substancji psychoaktywnych, żeby w tych momentach nie doświadczać bardzo silnego napięcia i potrzeby używania substancji (głód). Pacjent doświadczał głodu narkotykowego, czyli trudnej do opanowania chęci zażycia jakiegoś środka psychoaktywnego, pojawiającej się w chwilach złości, przeżywania wstydu, wyrzutów sumienia, etc²⁶⁹.

Podczas innej sesji, terapeuta wyjaśniał całej grupie mechanizm tracenia kontroli na skutek zażywania substancji psychoaktywnej:

Pacjenci na spotkaniu terapii grupowej poznawali konsekwencje własnego uzależnienia, które doprowadziło ich do utraty kontroli nad własnym życiem. Terapeuta opowiadał o reakcjach organizmu człowieka na szkodliwe substancje psychoaktywne. Potem dodał, że nadużywanie używek prowadzi do zaburzonych schematów zachowania, a powstaje na skutek wpływu szkodliwych czynników środowiskowych, nieprawidłowości w funkcjonowaniu społecznym, własnej niemocy i destrukcyjnych przekonań. Terapeuta stwierdził, że człowiek sam tworzy schematy swojego funkcjonowania, konstruuje własne strategie działania, mapy relacji, sam układa swoje życie w pewną całość. Człowiek dąży do symbiozy z otoczeniem, działa według nabytych i wyuczonych przez siebie schematów funkcjonowania. Natomiast uzależnienie zakłóca to wszystko, do czego człowiek dąży i jeszcze powoduje obniżone poczucie sprawczości. Utrata kontroli wiąże się z wewnętrznym przymusem podejmowania szkodliwych dla siebie decyzji, czynności i działań.

Psychozy

Długotrwałe lub intensywne nadużywanie substancji psychoaktywnych powoduje zaburzenia psychotyczne: chwiejność emocjonalną, pobudliwość i drażliwość, czasami

²⁶⁸ A. Batko, E. Waluk (2020) *Nowe narkotyki, poradnik dla nauczycieli*, Wyd. GIS, Warszawa, s.10.

²⁶⁹ M. Motyka (2015) *Politoksykomania, kliniczny opis przypadku*, Wydział Socjologiczno-Historyczny, Uniwersytet Rzeszowski. s. 228. *Hygeia Public Health*, 50(1): 226-232.

agresywność, wewnętrzny niepokój, zespół amotywacyjny, ograniczenie kontaktów z ludźmi, zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi, zaburzenia w przyswajaniu nowych wiadomości²⁷⁰.

Wypowiedź kolejnego uczestnika terapii, dobrze ilustruje doświadczanie bezsilności:

Nie mogłem postępować zgodnie z własną wolą, czułem się, jakbym utracił własną samodzielność, niezależność, a moja swoboda działania była ograniczona wewnątrz. Coraz bardziej próbowałem walczyć [o to], że jestem w stanie zapanować nad swoim nałogiem. Lekceważyłem innych ludzi i byłem w przekonaniu, że tylko słabi ludzie uzależniają się od narkotyków i nie są w stanie kontrolować siebie. Kiedy brałem narkotyki, to czułem się mocny, a to ja byłem bezsilny wobec doświadczania własnego nałogu. Nie chciałem brać pod uwagę, że czuję niemoc, a po zażyciu narkotyku stawałem się zakładnikiem i więźniem swoich własnych złudnych przekonań.

Pierwszym krokiem, opisanym stwierdzeniem „Ja nie mogę”²⁷¹, jest przyznanie się do bezsilności wobec uzależnienia i wynikających z niego problemów oraz że przez uzależnienie nie można już dać sobie rady z własnym życiem²⁷². Uzależnienie spowodowało, że pacjent, był uwięziony w samym sobie, w zewnętrznych przekonaniach i zasadach postępowania. Terapeuta w pracy z pacjentem skupił się na jego mechanizmach obronnych i psychologicznych mechanizmach uzależnienia, a szczególnie mechanizmie iluzji i zaprzeczania.

W początkowym etapie pracy z pacjentem, terapeuta zwrócił uwagę na wypieranie przez niego własnego poczucia bezsilności, ponieważ pacjent twierdził, że musi zapanować nad tym wszystkim, co go dotyczy i to on decyduje o własnym życiu. Terapeuta przedstawił na czym polega problem pacjenta, który wzmacnia w sobie iluzję poczucia mocy i kontroli, co utrudnia jakkolwiek zmianę zachowania i myślenia. Działania te spowodowały, że pacjent wymuszał na innych określone zachowania oraz sposób postępowania, tak aby służyły jego celom. Na tej podstawie, zbudował on przekonanie, że sprawuje pełną władzę nad swoim życiem, uczuciami i otoczeniem i nie potrzebuje wprowadzać żadnych zmian. Terapeuta podkreślił, że poznanie i uznanie własnych słabości jest kluczowe na tym etapie wychodzenia z uzależnienia.

Na kolejnej sesji, pacjent bardzo się opierał przed przyznaniem własnej bezsilności, co zauważyło dwóch innych uczestników terapii. Jeden z nich wypowiedział się tymi słowami:

²⁷⁰ Agnieszka Batko, Ewa Waluk, Nowe narkotyki, poradnik dla nauczycieli, Wyd. GIS, Warszawa, 2020, s.60.

²⁷¹ R. Porzeziński, J. Racięcki (2015) *Zeszyt raz, dwa i trzy. Dlaczego warto zrobić dwanaście kroków*. Wyd. Rajmedia. Warszawa, s.11.

²⁷² Marek Dziewiecki, Rafał Porzeziński, Jacek Racięcki, *Dwanaście kroków nie z tej ziemi. Program H.A.L.T. Wolny człowiek*. Wyd. Rajmedia. 2019, Warszawa, s.72.

U mnie też była duża niezgoda na zmianę i wewnętrzny opór, też reagowałem złością, buntem, miałem głęboko zainstalowane w sobie zaburzone mechanizmy zachowań i byłem przekonany, że postępuję słusznie.

Ten drugi pacjent też nie brał pod uwagę, co inni chcieli mu powiedzieć. Dopiero kiedy zaczął poznawać, czym jest złość, zaczął ją nazywać, powoli uświadamiał sobie, w jak zaburzony sposób kontrolował siebie i swoich bliskich, jak innych źle taktował. Terapeuta oznajmił, że kontrola w braniu narkotyków jest złudzeniem i nie istnieje, a agresja i wymuszanie nie jest sposobem do osiągnięcia własnych celów, ponieważ wywołuje negatywne relacje, niechęć i agresywną odpowiedź ze strony innych.

Pozorna kontrola wbrew zaleceniom

Uczestnik sesji terapeutycznej, który po raz kolejny przyszedł na terapię, stwierdził, że poprzez słuchanie historii innych uczestników oraz psychoterapeuty uzyskał bardzo dużo cennych wskazówek i informacji o sobie. W przypadku tego pacjenta to jego nieuwaga na szkodliwe czynniki, a potem bezrefleksyjne zażywanie substancji psychoaktywnych przyczyniły się do tracenia kontroli nad sobą. Przez wiele lat, mimo że uczestniczył on w terapii, to jednak często nie wytrzymywał w abstinencji. Dopiero kiedy był gotowy przyznać się do własnej bezsilności, wyznał, że terapia uratowała mu życie. Był wtedy w takim stadium uzależnienia, że wchodził ciągami w stany niszczenia własnego organizmu, a relacje społeczne miał tak zaburzone, że nie był w stanie z nikim dojść do porozumienia.

Przez wiele lat, pacjent ten żył w przekonaniu, że jest w stanie kontrolować nałóg, że napije się trochę i przestanie. Jednak to zawsze kończyło się taką samą porażką, czyli ciągami alkoholowymi, które trwały po kilka dni, a nawet tygodni. Pacjent bardzo dobrze wiedział, czym jest utrata kontroli nad piciem, pomimo tego nie stosował się do zaleceń terapeutycznych, wracał do środowiska, w których wcześniej pił, a poczęstowany alkoholem, nie odmawiał. Głównym problemem pacjenta było nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Podczas jednej z sesji, terapeutka podkreśliła, że wiedza na temat procesu utraty kontroli oraz bezsilności, bez uznawania przyjętych zaleceń terapeutycznych, przestrzegania wynikających z nich zasad i obowiązków, nikomu nie pomoże. Zgodnie z jej słowami, pacjent mimo posiadanej wiedzy wielokrotnie wracał do starych destrukcyjnych nawyków. Jednak w końcu zauważył, że jego kontrola nad nałogiem jest pozorna, uznał swoją bezsilność i sam zwrócił się o pomoc: *przyszedłem na terapię, bo wiem, że potrzebuje pomocy i czuje, że sam nic z tym nie zrobię.* Uczęszczanie na sesje terapeutyczne nie uchroniło tego pacjenta od powrotów do nałogu,

jednak dzięki terapii i innym uczestnikom sesji przestał wierzyć, że sam może kontrolować spożywanie alkoholu²⁷³.

Kłamstwa, ucieczki i ambicje

Inny pacjent, żył w przekonaniu, że tempo jego życia, które sam sobie narzucił, wymaga od niego szybkich decyzji, reakcji i rezultatów, i on dobrze sobie z tym radzi, wspomagając się jedynie, kiedy trzeba kontrolowanymi ilościami substancji psychoaktywnych. To przekonanie stało w opozycji do obserwacji terapeutki i innych uczestników sesji. Terapeutka skonfrontowała pacjenta ze standardem jego życia, wykazując, że nie radzi sobie z presją, ucieka w alkohol i narkotyki. Łamanie abstynencji nie było jedynym problemem pacjenta, w początkowej fazie rozmowy pacjent zataił, że to zrobił, a taka informacja mogła być decydująca w kwestii wyznaczenia kierunku pracy terapeutycznej. Badacz zauważył ostrożność w wypowiedzi pacjenta, który na innych sesjach też niechętnie mówił o swoich porażkach, bo to osłabiałoby główną oś jego argumentacji, że nie ma problemu z kontrolowaniem spożywania alkoholu.

Ważnym aspektem pracy z tym pacjentem, według terapeutki, były zachowania ucieczkowe, które miały maskować jego bezsilności. Ważne dla pacjenta było dążenie do usamodzielnienia się i życia na wyższym poziomie, narzucone mu przez jego partnerkę. Pacjent chciał za wszelką cenę udowodnić swojej rodzinie i rodzinie swojej partnerki, że jest w stanie utrzymać siebie i ją z dzieckiem. I tu znowu sprawa się komplikuje, ponieważ wbrew deklaracjom, pacjent, z powodu przemęczenia i obniżonego nastroju, przestał chodzić do pracy i zaczął zażywać mefedron, pić drinki pobudzające oraz alkohol.

W efekcie pracy terapeutki i innych uczestników sesji, pacjent trochę się otworzył i opowiedział o swojej przeszłości. Terapeutka podziękowała, ale też podsumowała, że pacjent ma dużo do przepracowania, w szczególności trudne doświadczenia z dzieciństwa. Jego sytuacja rodzinna była bardzo skomplikowana, co wywoływało zaniepokojenie i napięcie oraz stres. Terapeutka przyjęła postawę wspierającą pacjenta, ustalając przyczyny tego stresu.

Stres, w ujęciu Selye'go, to każda niespecyficzna reakcja organizmu pojawiająca się w odpowiedzi na działanie szkodliwych bodźców (stresorów)²⁷⁴. Terapeutka zwróciła się do pacjenta z diagnozą, że ten nie uznaje własnej bezsilności, że idzie w zaparte, nie godzi się na własne słabości. Nie widzi żadnej innej opcji, tylko musi zadowolić swoją partnerkę, co jest

²⁷³ L. Albański (2010) *Wybrane zagadnienia z patologii społecznej*, Wyd. Kolegium Karkonoskie, Jelenia Góra, s.53.

²⁷⁴ N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński (2010) *Osobowość, stres, a zdrowie*, Wyd. Dyfin, Warszawa, s.46.

ponad jego siły. Oczekuje przy tym szybkiego rozwiązania problemów z uzależnieniami, nie przyjmując do wiadomości, że ludzie nad tego typu ograniczeniami i problemami pracują latami. Na koniec, terapeutka wytłumaczyła na przykładach, czym jest opór.

Po pacjencie było widać, że silnie przeżywał terapię, mówił o sobie niechętnie, często wymigując się od odpowiedzi, nie godząc się na pracę w obszarze przeżywania własnych uczuć. Powroty do przeszłości powodowały u niego stres i niepewność. Pacjent mówił drżącym głosem, a ręce mu się trzęsły, był niespokojny.

Bezsilność i marihuana medyczna

Uczestnik terapii przedstawił swoją historię uzależnienia, bo nie wiedział, co dalej ma ze sobą zrobić. Miał negatywne myśli o sobie oraz przekonanie, że już nic nie jest w stanie mu pomoc. Tak to wyraził: *Byłem zupełnie bezsilny i nie byłem w stanie poradzić sobie z własnym uzależnieniem*. Bezsilność nie dawała mu spokoju, miał coraz niższe poczucie własnej wartości, był przekonany, że nikt go nie potrzebuje.

Bezsilności była dla tego pacjenta najgorszą słabością, która pozbawiła go męskości, chęci do życia i energii. Nie akceptował jej, szczególnie w zakresie nieradzenia sobie z nałogiem. Pacjent uważał, że tracił kontrolę po zażyciu narkotyków, potem miał zaburzony obraz postrzegania rzeczywistości. Tak o tym mówił:

Nie potrafię w sposób kontrolowany zażywać narkotyków, [...], nie miałem siły, by to zmienić, do własnych słabości też nie chciałem się przyznać, a uznanie bezsilności świadczyło o tym, że sam sobie nie daję rady w życiu, że nie panuję nad sobą, swoim nałogiem [...], a to była prawda, której nie akceptowałem, nie akceptowałem siebie, jaki byłem, jestem uzależniony i wobec uzależnienie bezsilny.

Wcześniej pacjent miał przekonanie, że kontroluje swoje nałogi. Dopiero kiedy pogorszył się stan jego zdrowia i zaczął tracić kontakt z własną rodziną, zaczął przyglądać się przyczynom własnego uzależnienia. Pacjent stwierdził, że przekonanie o posiadaniu kontroli nad swoimi działaniami, było dla niego zaprzeczaniem samemu sobie i obrazem iluzji, nieudany dążeniem do poczucia mocy, własnej sprawczości i nieprzyznawaniem się do tego, że ma problem z braniem narkotyków. Sytuację komplikuje przypisanie mu przez lekarza, z uwagi na inną dolegliwość, marihuany medycznej. Pacjent, w tamtym momencie, nie poradziłby sobie bez środka psychoaktywnego. Mówił: *jak nie zapalę, to nie panuję nad sobą, nie potrafię rozmawiać z żoną i synem*. Pacjent ogólnie wydaje się być bardzo nerwowy, trzęsie się, wybucha i denerwuje, a marihuana medyczna uspokajała go i dawała odprężenie. Stąd bardzo trudno było mu ją odstawić, próbował wiele razy, ale bez skutku.

Dopiero uczęszczając na terapię, po jakimś czasie uświadomił sobie, że został oszukany przez własne uzależnienie i nałogową iluzję, która mu towarzyszyła. Podsumował to tak: *moje uzależnienie było dla mnie bezwzględne.*

Historię walki z uzależnieniem tego pacjenta z uwagą słuchali inni uczestnicy terapii. Jeden z nich powiedział, że te słowa go wzmocniły, bo mówienie na temat słabości i o swoich błędach jest bardzo ważne w terapii, dużo też daje innym uczestnikom, szczególnie postawa pacjenta zachęca, by nigdy się nie podawać.

Mania wielkości i zaniedbane relacje

Kolejnym przypadkiem jest historia pacjenta, który był wcześniej przekonany, że jest w stanie poradzić sobie z własnym nałogiem. Pacjent, jak twierdził, zarządzał firmą i z tego powodu miał bardzo wysokie mniemanie o sobie. Przypisywał sobie wiele zasług i uważał się za bardzo ważną osobę, był też przekonany, że może sobie poradzić ze wszystkim. Kiedy jego interesy i życie prywatne szły nie po jego myśli, to obwiniał wszystkich dookoła, tylko nie siebie. Po latach powiedział: *Moja partnerka nie była w stanie dotrzeć do mnie, byłem zarozumiały i zadufany w sobie. Zawyżona samoocena nie pozwalała mi też słuchać diagnoz terapeuty i jego zaleceń.*

Po niemal półrocznym ciągu nadużywania alkoholu, okazało się, że jego najbliżsi zerwali z nim kontakt i już nie chcieli mieć z nim nic wspólnego. Pacjent pił wtedy ciągami, firma, którą prowadził, zbankrutowała, a jego najlepsi pracownicy, zaczęli samodzielnie rozwijać własne interesy lub przenieśli się do innych pracodawców. Jak to sam wyraził: *To był dla mnie dramat, nie straciłem wszystkich pieniędzy, ale nie byłem w stanie nic zrobić i odbudować tego, na co pracowałem piętnaście lat.* Pacjent, kiedy pił, był bardzo nerwowy, nie był w stanie panować nad sobą.

Terapeutka podsumowała, że mania wielkości była rodzajem iluzji, a uzależnienie, praca i pieniądze były ucieczką od problemów i relacji, z którymi pacjent sobie nie radził. Iluzja na temat siebie, że jest się lepszym od innych, jest wyrazem własnych deficytów, nad którymi trzeba pracować. Do tego zgubiły go częste imprezy, narkotyki i alkohol: *Zawsze kiedy była okazja to piłem i brałem narkotyki, nie byłem w stanie dostrzec tego, kiedy traciłem kontrolę w tym wszystkim.* Terapeutka, znając historię życia pacjenta, zdiagnozowała, że uzależnienie w jego przypadku, jest skutkiem ciągu zaniedbanych relacji, szybkiego tempa życia, doświadczeń z dzieciństwa oraz dostępności używek. Pacjent potwierdził:

Alkohol zawsze mi towarzyszył, ponieważ narkotyków musiałem szukać i chodzić po dilerach, a do tego są nielegalne, bezpieczniej było sobie kupić alkohol, nie przejmować się tym, że mnie złapią.

Współcześnie w społeczeństwach o gospodarce wolnorynkowej, alkohol towarzyszy człowiekowi jako legalna, oswojona substancja psychoaktywna, niebudząca ani respektu, ani niepokoju²⁷⁵.

Bezsilność i bezradność

Bezsilność wobec własnego nałogu była kategorią często pojawiającą się w zebranych materiale badawczym i w związku z jej dobrym nasyceniem, możliwe było wyprowadzenie bardziej syntetycznych i uogólnionych wniosków.

1. Uznanie własnej bezsilności wiąże się z tym, że człowiek przestaje walczyć z własnymi słabościami i samym sobą. Osoba uzależniona zaczyna rozumieć, że nie ma wpływu na niektóre procesy, które zachodzą w jej życiu. Uznanie bezsilności wobec własnego uzależnienia jest pogodzeniem się z samym sobą, które nie oznacza zaprzestania jakiegokolwiek działania, ale świadczy o zaprzestaniu udowadniania sobie, że z nałogiem można sobie samemu poradzić. Ludzie borykający się z uzależnieniami, wielokrotnie przekonują się na własnym doświadczeniu, że nie mają przewagi nad nałogiem, a jedynym wyjściem jest poddanie się bezsilności.

2. Uznanie faktu własnej bezsilności wobec nałogów jest punktem wyjścia budowania trzeźwej tożsamości. Człowiek jest bezsilny, ale nie bezradny. Świadome doświadczenie bezsilności związane jest z tym, że człowiek borykający się z uzależnieniem już się nie broni i nie udowadnia sobie, że może w sposób kontrolowany brać środki psychoaktywne. Często pacjenci na terapii sami mówili, że jak złamię abstynencję, to sami poniosą za to konsekwencje, w postaci, złego samopoczucia, czy innych konsekwencji społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych (fizycznych i psychicznych). Nawet z wypowiedzi terapeuty prowadzącego, który w przeszłości był czynnie uzależniony, powiedział, *że mogę robić co chcę, ze swoim życiem, bo jest moje, mogę coś zażyć, ale zawsze kiedy to zrobię, to poniosę jakieś straty. Bezsilność nie oznacza, [że trzeba] się poddać i nic nie robić, robię te rzeczy na które mam wpływ, a na te które nie mam wpływu, to próbuję je zaakceptować, jak nie mogę się pogodzić z własnymi myślami. Z wieloma rzeczami, sam do tej pory się nie pogodziłem, bo nie byłem w stanie ich*

²⁷⁵ J. Fudała (2008) *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Warszawa, s. 13.

naprawić, jednak świadomość własnej ułomności, popełnionych błędów i czas, sprawiają, że uczę się żyć, z tym na co nie mam już wpływu.

Wypowiedź innego uczestnika z terapii pogłębionej na temat bezsilności: *Bezsilność dla mnie oznacza, że przelamuje własne zaburzone schematy myślowe, akceptuje swoje ułomności, a przede wszystkim, pomaga to zrozumieć, innych uzależnionych pacjentów i zaakceptować ich takich, jacy oni są, nawet jeśli sami siebie nie akceptują.*

Kolejny pacjent o bezsilności, który był na terapii pogłębionej: *Uznanie bezsilności, jest zgodą na to, że utraciłem zdolność panowania nad własnym nałogiem, kierowania własnym życiem, a pogodzenie się z tym i poddanie się, nie oznacza wcale kapitulacji, a otwiera większe możliwości i perspektywy patrzenia na świat.*

5.5.3. Problemy z nawiązywaniem relacji i podejmowania ról społecznych

Wielokrotnie wskazywane wcześniej wewnętrzne skutki nadużywania substancji psychoaktywnych często wtórnie wpływają na relacje międzyludzkie, które są fundamentem życia zbiorowego. Uzależnienia zaburzą więzi społeczne, co pociąga za sobą brak zaufania do innych, małomówność, niechęć nawiązywania kontaktów oraz uprzedzenia w stosunku do innych. Praca terapeutyczna w tym obszarze zwykle ma na celu budowanie zaufania i stopniowego otwierania się pacjenta na innych uczestników grupy terapeutycznej.

Kontakty z otoczeniem stanowiły poważne wyzwanie dla jednego z pacjentów, który po wielu latach nadużywania substancji psychoaktywnych miał wewnętrzne opory w nawiązywaniu więzi i ich pielęgnowaniu. To wewnętrzne ograniczenie pacjenta, w początkowym etapie trzeźwienia, było efektem zderzenia z nierozwiązanymi sprawami życia codziennego, dezorganizacji własnego Ja i braku oparcia w sobie. Wcześniej wszystkie te kwestie były mitygowane poprzez spotkania z kolegami oraz zażywanie substancji psychoaktywnych, które natychmiast, choć tylko na chwilę, poprawiały nastrój i pozwalały zapomnieć o wszystkich zmartwieniach.

Psychoterapeuta, poprzez zadawanie pytań, uświadamiał pacjentowi jego wewnętrzną dezorientację, która była głęboko zakorzeniona w przekonaniu, że ludzie są przeciwko niemu i wynikała z wchodzenia przez pacjenta w problemy, a nie rozwiązywaniu ich. Terapeuta uznał, że głównymi powodami tego stanu rzeczy był brak umiejętności wglądu w siebie, zaniedbania w życiu rodzinnym i społecznym oraz brak odpowiedzialności za własne czyny. Pacjent żalił się na brak wsparcia i brak zrozumienia ze strony najbliższych, które demonstrowało się poczuciem samotności, beznadziei, pustki, zniechęcenia, napięcia i nudności oraz wycofywania

się z relacji. Powodem podanym przez psychoterapeutę tego stanu rzeczy, były zaniedbania w sferze relacji i nawiązywania kontaktów społecznych przez pacjenta. Pustka emocjonalna na tym etapie jest dotkliwa, może doprowadzić do stanów apatii i izolacji społecznej²⁷⁶.

Trudno wyobrazić sobie bliższą relację niż matki z dziećmi. Niestety, nadużywanie substancji psychoaktywnych potrafi zniszczyć również takie więzi. W przypadku jednej z pacjentek, silne uzależnienie spowodowało, że utraciła ona kontrolę nie tylko nad własnym życiem, ale również życiem swojej rodziny, które uległo degradacji. W efekcie, uzależniona kobieta utraciła prawo do opieki i wychowywania własnych dzieci. Wcześniej wiedziała, do czego może doprowadzić jej własne zachowanie, ponieważ jej matka ją przestrzegała, mogła temu zapobiec, ale nałóg okazał się silniejszy.

Przebieg sesji terapeutycznej ukazywał proces upadku, cierpienia i doznawanych przykrości, kończący się utratą praw opiekowania się własnymi dziećmi. Pacjentka podkreśliła, że była zdruzgotana i bardzo boleśnie przeżyła stratę dzieci, kiedy jej je odbierano, ale nawet teraz, jako trzeźwiejąca narkomanka i alkoholiczka, nie może się z tym pogodzić. Terapeutka uświadamiała uczestniczkę terapii, że trzeźwość jest głównym warunkiem odzyskania dzieci, bo jej zachowanie było niewłaściwym dla nich przykładem oraz powodem jej własnych kłopotów. Kobieta kilkakrotnie podejmowała próby odzyskania sprawczości nad własnym życiem, jednak nie przynosiły one żadnego efektu.

Znaczącą okolicznością tej historii był fakt, że to same dzieci skarżyły się babci na zachowania matki i prosiły ją, by je zabrała do siebie. Nie chciały dłużej funkcjonować w zaburzonym domu, z matką, będącą ciągle pod wpływem narkotyków i alkoholu, tym bardziej, że dom był strasznie zaniedbany, a matka sprowadzała pijane towarzystwo. Pacjentka sama przyznała, że poprzez własne postępowanie postawiła siebie oraz dzieci w bardzo trudnej sytuacji. Płakała, kiedy o tym mówiła. Terapeutka uświadomiła pacjentkę, że nie zadbała o siebie oraz dzieci i powinna pomyśleć raczej, jaką przykrość im zrobiła i co one przeżywały, będąc zmuszone przez tyle czasu widzieć zaburzone zachowania własnej mamy.

W przypadku pacjentki, utrata kontroli nad własnym życiem, ściśle związana była z natrętną potrzebą zażywania substancji psychoaktywnej. To doprowadziło do konsekwencji na niemal każdym poziomie: destabilizacji prawidłowego funkcjonowania jej organizmu, niemożności wykonywania zwykłych, codziennych czynności i odpowiedzialnego podejmowania ról społecznych. Ostatecznym efektem było odebranie pacjentce praw rodzicielskich, na rzecz jej matki (babci dzieci).

²⁷⁶ R. Pawłowska, E. Jundziłł (2000) *Pedagogika społeczna samotnego*, Wyd. WSH, Gdańsk, s. 28.

5.5.4. Współzależnienie i nadkontrola

Niektóre konsekwencje nadużywania środków psychoaktywnych wydają się niczym szczególnym, bo doświadczane są również przez tych, którzy nie są uzależnieni. Jednak teza ta wydaje się nieprawdziwa w wymiarze ilościowym. Owszem, wszyscy miewają od czasu do czasu problemy, ale osoby borykające się z uzależnieniami mają je znacznie częściej, w znacznie większym nasileniu i znacznie dłużej, niekiedy wiele lat. Wspomniany efekt hiperbolizacji obejmuje również osoby współzależnione i może dotyczyć potrzeby kontroli oraz poczucia bezsilności, które można zaliczyć do typowych efektów współzależnienia, ale również często podnoszonych wątków dyskursu terapeutycznego. Szczególnie przewlekła bezradność była w zebranych materiale ważnym symptomem zaawansowanego stadium współzależnienia. Oto przykład ilustrujący ten problem:

Jedna z pacjentek powiedziała, że przechodziła trudny okres w swoim życiu, czuła zmęczenie i zniechęcenie ciągłymi awanturami, zamartwiała się i dopadał ją depresyjny nastrój. Odczuwała smutek i niezadowolenie w związku z nadużywaniem alkoholu przez jej męża, który wycofał się całkowicie z wychowania dzieci, często w ogóle nie przychodził do domu, ponieważ po jednej z awantur, przeprowadził się do domu swojej matki. Pacjentka miała poczucie, że sama zajmowała się domem i samodzielnie utrzymywała swoje dzieci. Czując bezradność w zaistniałej sytuacji, zaczęła przywoływać negatywne myśli związane z niepewną przyszłością oraz obawami o jej związek małżeński i dalsze losy rodziny. Pacjentka pozostawała w niezdrowych relacjach ze swoim mężem. Kontroluje go, chce wiedzieć, dokąd idzie, wypytuje innych ludzi o niego, a podczas jego nieobecności, przeszukuje jego rzeczy.

Pacjentka czuła wewnątrz, że nic nie może zrobić, jest bezsilna, ma ograniczenia w wykonywaniu codziennych prostych czynności, a sytuacja, w której się znalazła, bardzo utrudniła planowanie dnia. Terapeuta skoncentrował się na poczuciu bezsilności. Poprosił o opisanie tego uczucia i zwrócenie uwagi na odczucia w ciele. Zaproponował ćwiczenie, polegające na dokończeniu zdanie: *Moja bezsilność jest jak...*²⁷⁷. Pacjentka wyznała, że nie ma kontroli nad własnym związkiem, coraz trudniej podejmuje różne inicjatywy, związane z planowaniem spędzania wspólnego czasu przez rodzinę.

Pacjentka jest osadzona w systemie zależności, który sama stworzyła. Świadczy o tym przejmowanie odpowiedzialności za uzależnieniowe zachowania męża. Innym widocznym symptomem współzależnienia, stwierdzonym przez psychoterapeutę, jest silnie odczuwane napięcie, związane z nadużywaniem alkoholu przez męża oraz poczucie wstydu za jego zachowanie. Pacjentka odczuwa silny stres, który jednak tłumi w sobie. Jest on spowodowany

²⁷⁷ M. Kisiel (2001) *Zajęcia psychoedukacyjne dla uzależnionych*, Wyd. IPZ, Warszawa, s.53.

przekraczaniem kolejnych granic w eskalacji napięcia przez jej męża, konfliktami domowymi oraz niezdolnością do sprzeciwu wobec takiego traktowania. Chociaż się z tym nie zgadza i mówi o tym mężowi, to ostatecznie ulega i podporządkowuje się sytuacji, jaka ją spotkała. Mając silną potrzebę kontrolowania, ale jednocześnie deficyt zdecydowania, pacjentka wszystkie swoje działania sprawdzające męża planuje podczas jego nieobecności. Nadkontrola to zachowanie mające na celu uzyskanie wpływu na samopoczucie, myślenie i decyzje drugiej osoby. Pacjenci zachowują się tak wtedy, kiedy chcą zapanować nad trudną dla nich sytuacją²⁷⁸. Nadopiekuńczość to z kolei zachowania, które pojawiają się w odpowiedzi na straty spowodowane przez picie i nieodpowiedzialność alkoholika²⁷⁹. W tego typu problemach w pracy terapeutycznej, zachęca się uczestników do stworzenia skrzynki radzenia sobie ze stresem bądź apteczki psychologicznej²⁸⁰.

5.6. Obronne strategie retoryczne

Wszyscy uczestnicy sesji terapeutycznych mają mniej lub bardziej uświadomione cele, do których starają się dążyć. Aby to osiągnąć, podejmują uporządkowane w różny sposób działania komunikacyjne, które mają albo osłabić niekorzystne oceny albo sprowokować pozytywne. Te usystematyzowane i celowo podejmowane działania argumentacyjne będą nazywane strategiami retorycznymi. Analiza materiału badawczego pozwoliła na zrekonstruowanie czterech takich strategii: minimalizowania nałogu, unikania odpowiedzialności, odwracanie uwagi i argumentowanie.

Minimalizowanie znaczenia nadużywania substancji psychoaktywnych

Strategią w pewnym sensie przeciwną do autodegradacji jest bagatelizowanie problemu uzależnienia. Ten mechanizm obronny pojawia się niemal zawsze, bowiem poprzez obniżanie rangi i społecznej szkodliwości własnych występów, pacjenci rozwiązują albo odsuwają na bok swoje wewnętrzne dylematy etyczne. Ponieważ jednak taka praktyka interpretacyjna stoi w sprzeczności do kierunku rozwijania się dyskursów terapeutycznych, uczestnicy sesji zwykle odnoszą się do nich krytycznie, a bywa nawet, że je piętnują. Ilustruje ten proces fragment spotkania w ramach terapii grupowej:

²⁷⁸ M. Kisiel (2001) *Zajęcia psychoedukacyjne dla uzależnionych*, Wyd. IPZ, Warszawa, s.71.

²⁷⁹ M. Kisiel (2001) *Zajęcia psychoedukacyjne dla uzależnionych*, Wyd. IPZ, Warszawa, s.66.

²⁸⁰ M. Jankowska (2020) *Zarządzanie emocjami. Krok w stronę zdrowia*, Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa, s.32.

Pacjent minimalizował znaczenie swojego upijania się, ponieważ twierdził przed rodziną i znajomymi, że wcale nie pije za dużo, tylko tyle ile jego koledzy. Spotkało się to z interwencją terapeutki, która skonfrontowała pacjenta z mechanizmem iluzji i zaprzeczania. Kiedy pacjent mówił, że jego sposobami na unikanie rozmów z rodziną było wychodzenie z domu lub zamknięcie się w swoim pokoju, terapeutka wyjaśniała, na czym polega odwracanie uwagi i że u pacjenta jest to unikanie odpowiedzialności za swoją rodzinę oraz uciekanie od swoich obowiązków. Pacjent sam stwierdził, że nie był przez dwadzieścia lat swojego życia ojcem i mężem. Terapeutka kontynuowała dodając, że mechanizmem obronnym, jaki stosował, było obwinianie innych za to, że pije, a przede wszystkim osądzanie swojej rodziny oraz bliskich i znajomych, że się go czepiają i ubliżają mu, podczas gdy on tylko koi swoje nerwy alkoholem. Pacjent ze wstydem opowiedział, że reagował agresywnie na to, jak mu rodzina zwracała uwagę na złe postępowanie w stosunku do siebie i innych. Pacjent, jak wyznał, podnosił głos na żonę i dzieci, mówił, że to jego sprawa ile pije i innych nie powinno to obchodzić, wykrzykiwał, że będzie robił to, co będzie chciał. Terapeutka ponownie odniosła się do mechanizmu iluzji i zaprzeczania w uzależnieniu, dodając, że pacjent zmanipulował samego siebie, budując swoje głębokie przekonanie, że ma rację i tak właśnie ma wyglądać jego życie. Bronienie zaburzonego schematu myślenia i własnych przekonań, które prowadziły pacjenta do upadku, z terapeutycznego punktu widzenia, jest zasłanianiem i niedostrzeganiem istotnych deficytów w jego życiu, w efekcie czego, nie dostrzegał potrzeb dzieci i żony, nie czuł się za nich odpowiedzialny i nie dostrzegł miłości rodziny, która walczyła o niego. Słyszając te słowa pacjent zaczął płakać, otwierając się na to, co mówił do niego terapeuta.

W przedstawionej sytuacji, terapeutka wychwytywała różne warianty mechanizmu iluzji i zaprzeczania z opowieści pacjenta. Kiedy pacjent opowiadał o własnym uzależnieniu, przejawach głodu alkoholowego, ssaniu w żołądku, napięciach, których nie mógł się pozbyć, przejawiał w swoim zachowaniu uległość, najczęściej wobec tych, z którymi pił, nie czuł wyrzutów sumienia wobec innych ludzi. Koloryzował własne wspomnienia z przeszłości i miał poczucie przyjemnego spędzania czasu. Terapeutka wskazała, na izolowanie się od teraźniejszości i niedostrzeganie tego, co się dzieje wokół pacjenta oraz w jego rodzinie.

Unikanie odpowiedzialności za przeszłość

Pacjenci przychodzący na terapię mają za sobą często bardzo skomplikowaną przeszłość. Z jednej strony jest to historia popadania w uzależnienie, ale z drugiej, historia ich relacji z rodziną i bliskimi, którzy na ogół są ofiarami uzależnienia, a niekiedy i jeszcze innych przewinień pacjentów. Ilustruje to kolejna sesja terapeutyczna:

Terapeuta zasugerował pacjentowi częste u niego odwracanie uwagi i odkładanie na później rozwiązywania ważnych dla siebie problemów i spraw. Podczas trwania sesji

terapeutycznej, zaobserwować można było u pacjenta bardzo widoczne i powtarzające się odwracanie uwagi od rozwiązania spraw, które bezpośrednio go dotyczyły. Ów pacjent nic nie mówił na tematy trudne dla siebie, stosował metodę przemilczenia, a jeżeli było to niemożliwe, wymigiwał się od wypowiedzi. Żeby zmienić temat, wykorzystywał każde wtrącenie się do rozmowy przez innych, choć często były to ważne dla niego informacje zwrotne. W takich sytuacjach uciął, że to wszystko, co ma na dzisiaj do powiedzenia i dziękuje za wypowiedź.

Terapeuta zaobserwował, że pacjent przyjmował strategię manipulowania faktami, przemilczania ich i zakrywania. Pacjent stosował strategie omijania, gdy poruszany był temat naprawienia własnych błędów i popełnionych krzywd. Jak później wyjaśnił to pacjent, zaciągał on wewnętrzny hamulec, bo nie umiał przyznać się do popełnionych przez siebie błędów, ukrywając swoje czyny przed rodziną. Sam stwierdził, że nie jest gotowy mówić o pewnych rzeczach, które sprawiały mu wiele trudności. Wcześniejsze wydarzenia, m.in. zdradzenie żony, utrwalały pacjenta w mechanizmie iluzji i zaprzeczania, bo nie chciał i nie umiał się do tego przyznać.

Efektom pracy terapeutycznej było to, że pacjent stwierdził, że powoli i spokojnie będzie szukał wspólnie z terapeutą rozwiązania swoich problemów. Jednym z zadań dla pacjenta było otwarte mówienie o tym jak unikał odpowiedzialności za swoje czyny i czekał na to, aż jego problemy same się rozwiążą, kiedy opadną emocje. Terapeuta w takich sytuacjach nie oczekuje od pacjenta, że ten coś nagle zrobi w tej sprawie, daje jedynie możliwość dokonania wyboru pacjentowi, który wciąż boi się konsekwencji i reakcji swojej żony i dzieci. Ucieka od swojej przeszłości, próbuje o tym zapomnieć i zostawia to.

Odwrócenia uwagi od istoty problemu

Unikanie niewygodnych tematów, to codzienna praktyka życia potocznego, niecharakterystyczna dla uzależnień. Jednak co już wykracza poza tę codzienną praktykę, to ciężar ukrywanych problemów oraz skala tego unikania. Jednym z zadań terapii oraz jednym z kluczowych wątków dyskursu terapeutycznego jest doprowadzanie pacjentów do sytuacji, w której będą musieli opowiedzieć i zmierzyć się ze swoimi prawdziwymi problemami. Wszelkie strategie unikania i odwracania uwagi wydłużają proces terapeutyczny, a w przypadku pacjentów uparczywie unikających konfrontacji z realnymi problemami, mogą nawet spowodować niewłaściwe ukierunkowanie tego procesu.

Z tych powodów, terapeuci mają swoje metody, takiego moderowania dyskursu, żeby odwracanie uwagi od rdzeniowych problemów nie było możliwe lub chociaż bardzo utrudnione. Jedną z takich metod można pokazać na przykładzie sesji, na której jeden z

pacjentów nieustannie odwracał uwagę od siebie i swoich spraw, by ukryć problem i nie powiedzieć szczerze innym przez co przechodzi:

Na początku rozmowy z pacjentem, terapeutka zapytała go, co robi, żeby przestać pić, na co ten odpowiedział, że izoluje się od ludzi, z nikim się nie spotyka i do nikogo nie wychodzi. Pacjent zapytany jak spędził tydzień, stwierdził, że nic się nie działo. W pewnym momencie uczestnicy zauważyli, że pacjent nie chciał kontynuować rozmowy o sobie. Jedna z uczestniczek nawet stwierdziła, że terapia ma na celu rozmowę o swoich problemach, by nauczyć się bezpiecznego i trzeźwego myślenia, co służy naprawie relacji rodzinnych i poprawie życia. Pacjent wciąż unikał odpowiedzi na pytania i mówienia o sobie, co najwyżej wypowiadał pojedyncze słowa i siedział cicho. Terapeutka, jak się później okazało, wiedziała, że pacjent coś ukrywa, więc zapytała pacjenta, czy opowie, przez co teraz przechodzi, dając mu czas na wypowiedź. Pacjent zaczął się usprawiedliwiać i przyznał krótko, że odbyła się sprawa sądowa i że przydzielono mu kuratora sądowego. Terapeutka chciała dowiedzieć się, co było przyczyną sprawy sądowej i dlaczego został przydzielony pacjentowi kurator, bo to nie zdarza się bez poważnej przyczyny. Pacjent na to, że był zbyt pijany i nie pamięta, co się stało, ale pewnie nic poważnego, bo – jak stwierdził – *jedynie kurator będzie miał na mnie oko*. Terapeutka oznajmiła, że zakazu zbliżania się do domu, nie dostaje się za niewinność, a pacjent zmuszony jest mieszkać u sąsiada. Terapeutka, zgłębiając temat, dopytała, co jeszcze sąd stwierdził w tej sprawie. Pacjent zaczął powoli się otwierać, powiedział, że nakazano mu trzymać się z daleka od domu przez trzy miesiące.

Z dalszego przebiegu rozmowy można było dowiedzieć się, że w domu uczestnika terapii miały miejsce akty agresji, które, jak stwierdził psychoterapeuta, pacjent minimalizował. Terapeutka wyjaśniła, w jaki sposób nałóg prowadzi pacjenta do takich sytuacji, a będzie szkodził jeszcze bardziej. Pacjent znany jest innym uczestnikom terapii z częstego łamania abstynencji i słabości do alkoholu. Terapeutka opisała sytuację pacjenta, jak wypierał i minimalizował konsekwencje swojego picia, a on chciał szybko zapomnieć o złych rzeczach, które go spotykały. Inni uczestnicy terapii komentowali sposób, w jaki pacjent izoluje się od ludzi, podkreślając, że wykorzystuje aktywne mechanizmy uzależniające. Uczestnik obserwujący sytuację podkreślił, że jako osoba leczona musi on pamiętać, jak uzależnienie niszczy mu życie i jakie konsekwencje z tego powodu poniesie.

Pacjent otrzymał także informację zwrotną od grupy dotyczącą sytuacji, z którą się borykał. Jedna z pacjentek zaczęła wyjaśniać, że przyszliśmy na terapię, żeby porozmawiać o tym, co zrobiliśmy i co się wydarzyło, a zamknięcie się oznacza rozpamiętywanie problemu i może skutkować samotnością, nawrotami głodu i szukaniem ukojenia w alkoholu. Inny pacjent utożsamiał się z przedstawioną sytuacją, bo miał podobny problem. Gdyby teraz pił, byłoby to równoznaczne z degradacją rodzinną i społeczną, bo w jego otoczeniu są ludzie, którzy chcieliby, żeby powrócił do nałogu, by wykorzystać jego błędy przeciwko niemu. Inny

uczestnik komentował, że jego zdaniem najważniejsze jest teraz dla pacjenta, żeby uporządkował siebie, a dopiero potem będzie myślał i walczył o swoją rodzinę. Wyraził satysfakcję, że terapeutka wyciągnęła prawdę, bo teraz będzie jasne, co się z nim dzieje, poradził też, aby popracował nad szczerością. Kolejny uczestnik zaczął się zastanawiać, co ów pacjent tutaj robi, skoro nie ma żadnych problemów i wszystko jest u niego w porządku, na terapię przychodzi się przecież, by pracować nad rozwiązaniem własnych problemów.

Terapeutka została wcześniej poinformowana przez żonę pacjenta o tym, co zaszło, jednak nie mówiła o tym wprost, tylko czekała, aż pacjent sam zacznie o tym opowiadać. Takie działanie w profesjonalnym dyskursie jest nazywane praktyką heurystyczną. Rozmowa heurystyczna, znana już z dialogu Sokratejskiego, jest metodą poszukiwania, która zakłada zdobywanie wiedzy na dwa sposoby. Pierwszy z nich to pytania, które mają naprowadzić rozmówcę na właściwy tok myślenia. Zadawanie pytań ujawnia ukrytą wiedzę, jednak rozmówca pozostaje w przekonaniu, że sam doszedł do prawdziwego stwierdzenia. Drugi sposób polega na formułowaniu pytań podważających fałszywe przekonania. Heureka służy do tego, by rozmówca dostrzegał popełnione przez siebie błędy, odnajdywał właściwy kierunek i dochodził do prawdziwych tez²⁸¹.

Terapeutka zastosowała heurzę, jednak uczestnik terapii był bardzo oporny, i choć terapeutce udało się naprowadzić pacjenta na właściwy tok myślenia, to jednak problemy nie zostały rozwiązane. Sam pacjent, do którego kierowane były pytania a potem również informacja zwrotna, swoją postawą, sposobem myślenia i mówienia pokazał, że nie jest gotowy, aby myśleć pozytywnie o swojej rodzinie. Co więcej, nawet bronił się, wypowiadając się negatywnie o swojej żonie. Nie akceptował faktu, że terapeutka postawiła go w sytuacji, w której ujawniło się, że posługuje się mechanizmem wyparcia i odwracania uwagi. Bardzo niechętnie mówił o tym, co przeżywał i być może dlatego pił alkohol, aby sobie ulżyć.

Jeden z uczestników terapii skomentowała postawę pacjenta, nazywając ją okłamywaniem siebie i innych, bo przyszedł na terapię, żeby się leczyć, a nie kłamać. Jeśli nie przyzna się do błędów, będzie mu trudniej dojść do siebie i zdrowia. Wspomniany uczestnik, sam stosował tę metodę, jedno kłamstwo musiał zatuszować następnymi, manipulował ludźmi i często nie dotrzymywał słowa, był także przekonany, że podejmuje decyzje najlepsze z możliwych w tej trudnej sytuacji. Jednak w jego przypadku uzależnienie było głęboką wewnętrzną rezygnacją z życia, a alkohol wypaczał mu rzeczywistość. Jeśli coś nie szło po jego myśli, stwierdzał, że nie może nic z tym zrobić i nie ma wpływu na to, co się z nim dzieje.

²⁸¹ E. Nowak (2005) *Sztuka zadawania pytań*, W: Doskonalenie warsztatu nauczyciela polonisty. Red. A. Janus-Sitarz. Kraków, s. 145.

Teraz wie, że nie może zmienić wszystkiego, ale może mieć wpływ na to, co się z nim dzieje, czy chce coś w sobie zmienić czy nie, a terapia może mu w tym pomóc.

Terapeutka na koniec podsumowała, że tendencje do unikania odpowiedzialności za swoje czyny przez ludzi uzależnionych, to standard w pracy terapeutycznej. Pacjenci bardzo często przyjmują strategię przeczekania i jest to z jednej strony dobre, ponieważ mają czas uspokoić się, wyciszyć i mieć lepszy wgląd w samego siebie. Jednak, z drugiej strony, czekanie, aż sprawy same się poukładają, nie jest dobrym rozwiązaniem, bo sprawy same się nie rozwiązują.

Terapeutka: Ważne jest w terapii przyjmowanie uwag innych, którzy doświadczyli na sobie takich problemów i wysłuchanie ich, jak z tego wyszli i jak sobie z tym poradzili, ale też stosowanie tych zasad we własnym życiu.

Terapeutka podkreśliła, że mówienie nieprawdy nie ułatwia pracy terapeutycznej, a szczególnie szkodzi pacjentowi, ponieważ trudniej będzie dotrzeć do mechanizmów, które pogłębiają nałogowe zachowania, ugruntowują mechanizm iluzji siebie.

Psychoterapia uzależnień to edukacja oparta na doświadczeniu, opisująca rzeczywistość pacjenta, która pozwala mu dotrzeć do prawdy o sobie, dzięki czemu czuje wewnętrzną siłę i wzmocnienie. Nowoczesność zakładała uniwersalizację dyskursu, odkrywanie trwałych prawd w niezmiennym kontekście, powtarzalność i schematyzm zjawisk edukacyjnych, możliwość wyjaśnienia ich przyczyn, ponowoczesność zakłada lokalność dyskursu, sytuacyjność zjawisk, narracyjny charakter myślenia, rozproszenie, relatywizm prawd i zmienność kontekstu, w którym urzeczywistnia się edukacja²⁸². Nie ma uniwersalnego pomysłu na rozwiązanie swoich problemów, więc rozwiązania trzeba poszukiwać przede wszystkim w sobie.

Szukanie argumentów na zażywanie substancji psychoaktywnych

Wcześniejsze strategie argumentacyjne miały charakter negatywny, zaprzeczały lub minimalizowały problemy uzależnienia. Jednak w dyskursach terapeutycznych pojawiają się też strategie pozytywne, pokazujące uzależnienia jako działania pożądane, albo przynajmniej dające odprężenie i przyjemność. Tak zostało to przedstawione podczas jednej z sesji:

Wypowiedź młodego pacjenta podążała w stronę szukania argumentów i opowiadania się za daniem sobie przyzwolenia na palenie marihuany, który upatrywał w tym sposobu zrelaksowania się i poprawy własnego samopoczucia. Widząc krytyczne reakcje innych uczestników, terapeuta poprosił, aby na początku dali możliwość wypowiedzenia się

²⁸² J. Gnitecki (2002) *Filozofia nauki i edukacja w okresie nowoczesności i ponowoczesności*, Wyd. Naukowe PTP, Poznań, 31.

pacjentowi, a informacje zwrotne wyrazili na końcu. Pacjent argumentował własne motywy popełnionych przez siebie czynów, sposobu myślenia i postawy do życia, tym, że miło spędzał czas ze znajomymi i czuł się zrelaksowany. Dopiero teraz musi się męczyć, odmawiając sobie tej przyjemności. Pacjent stwierdził, że stres najłatwiej redukuje sobie marihuaną, że wcześniej próbował ją odstawić, ale mu to nie wyszło. Terapeuta uświadomił pacjentowi, że aby zaspokoić własny głód, szuka różnych możliwości odurzania się, jego przyjemność przejawia się jedynie w przymusie zaspokajania własnych psychologicznych potrzeb. Zatem, jest to tylko mechanizm racjonalizacji, poszukiwanie pretekstów do zapalenia marihuany i usprawiedliwiania szkodliwych dla siebie decyzji, które nie pozwalają pacjentowi funkcjonować bez danego środka i wywołują uporczywe myśli na temat jego spożywania.

Pacjent prezentował postawę życzeniową, która wyrażała się w demonstrowaniu własnych pragnień i oczekiwaniu ich zaspokojenia. Nerozwiazane problemy pacjent – jak stwierdził – pozostawia czasowi. Wycofał się z niewygodnych dla siebie relacji, jak to zrobił ostatniego czasu w pracy, po krytycznych uwagach, które usłyszał od kolegi. Chociaż przeszedł zajęcia z zachowań asertywnych, to nie zdołał tak się zachować w tej sytuacji. Dusił problem w sobie, w domu nic o tym nie powiedział, chociaż czuł się z tym źle. Dopiero po trzech dniach wspomniął o tym na terapii, co umożliwiło przepracowanie tego traumatycznego wydarzenia.

Niestety, pacjent unika rozwiązania swoich problemów, obwinia się za to, co zrobił, boi się ujawnić trudnej prawdy, dusi ją w sobie, nie wie, jak to powiedzieć żonie i dzieciom. Terapeutka rozpoznała, że postawa pacjenta może być nazwana bierną roszczeniowością. Taki wariant roszczeniowości wiąże się przede wszystkim z negatywną wizją świata społecznego, w szczególności postrzegania funkcjonowania instytucji. Nie wiąże się natomiast z negatywną wizją relacji międzyludzkich (poziomu zaufania interpersonalnego, bilansu wymiany społecznej, czy wiary w grę o sumie zerowej)²⁸³.

²⁸³ K. Skarżyńska, J. Cislak, K. Henne (red.). (2009) *Przekonania w życiu jednostek, grup, społeczności* (s. 87–96). Warszawa, Wyd. Academica SWPS. Żemojtel-Piotrowska, M., Piotrowski, J. Narzekanie i roszczeniowość, a przekonani(de)legitymizujące świat społeczny.

6. Praca terapeutyczna jako praca społeczna

Większość wątków omawianych podczas pracy terapeutycznej narracji osobistych ma swoje umiejscowienie w społecznościach. Uczestnicy terapii tłumaczą, gdzie dzieje się jakieś wydarzenie, wskazują jego lokalizację społeczną a nie geograficzną, mówią, np.: *byłem z kolegami w pubie, czy spędziłam czas ze swoją rodziną, byłem na weselu, czy wyjechaliśmy tego dnia nad jezioro*. Elementy pracy społecznej, które można odnaleźć w psychoterapii uzależnień, są bardzo istotnymi wzmocnieniami procesu zdrowienia, choćby z tego powodu, że pacjent większą część swojego życia przebywa w różnych środowiskach, czy to rodzinnym, grupie znajomych, czy w pracy, do tych środowisk musi też ostatecznie wrócić.

Kliniczna praca terapeutyczna ma liczne odniesienia do pracy socjalnej, w pewnym sensie nieformalnie prowadzonej w danym ośrodku, w postaci działalności społecznej terapeutów oraz osób przychodzących na terapię. Zależność zachodzi też w drugą stronę, bowiem elementy pracy terapeutycznej są instalowane (np. jako zalecenia terapeutyczne) w środowisku życia pacjentów, a mogą to być np.: zachęcanie i podpowiadanie, aby odbudowywać relacje społeczne, jak asertywnie odnosić się do ryzykownych zachęt płynących ze środowiska. Proces wejścia w uzależnienie i poddawania się leczeniu przez pacjenta w dużej mierze zależny jest od środowiska jego życia, ale również zwrotnie wpływa na środowisko, w którym żyje osoba dotknięta tym problemem. Coraz częściej wyrażany jest pogląd, że uzależnienie jest procesem społecznym, obejmującym czynniki psychologiczne, biologiczne i społeczne, występujące u każdej jednostki w niepowtarzalnych konfiguracjach. W końcu, najważniejszym efektem, którego oczekuje się od leczenia uzależnień jest przywrócenie osób, korzystających z jego usług, do normalnego życia społecznego²⁸⁴.

Chyba nieco zaniedbaną w kontekście środowiskowej terapii uzależnień kwestią społeczno-pedagogiczną jest postulowane przez Radlińską przekształcanie środowiska jego własnymi siłami²⁸⁵, głównie zasobami, którymi dysponują jednostki o wyjątkowych zdolnościach lub doświadczeniach, a taką może przecież być osoba z uzależnieniami, która odzyskała kontrolę nad swoim życiem. Realizacja takiego postulatu, byłaby też formą aktywnej i w pewnym sensie oddolnej profilaktyki środowiskowej.

²⁸⁴ G. Świątkiewicz (2012), *Uzależnienia od narkotyków – kontekst społeczny* (red) Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów, Wyd. KBds.PN, Warszawa, s.30.

²⁸⁵ H. Radlińska (1961), *Pedagogika społeczna*, Ossolineum, Wrocław.

6.1. Praca terapeutyczna w środowisku

Zajmując się zagadnieniami warunkującymi okoliczności pracy terapeutycznej w środowisku, należy przyrzeć się procesowi tworzenia warunków kreowania aktywności w realizacji własnych postanowień. Głównymi celami leczenia uzależnień jest osiągnięcie i utrzymanie trzeźwości, a także pozytywna kompensacja w sferze aktywności społecznej, fizycznej, emocjonalnej i umysłowej. Nałogi izolują ludzi, zaburzając zdrowy osąd rzeczywistości, człowiek doświadcza niedyspozycji, a relacje z innymi ludźmi są aluzyjne, wątle i ograniczone. Zmniejsza to radykalnie możliwości społecznego funkcjonowania, bo ludzie rozwijają się w kontaktach z innymi. Zażywanie substancji psychoaktywnych prowadzi do szkodliwych skutków dla zdrowia psychicznego, zahamowania rozwoju społecznego i interpersonalnego, co objawia się negatywnym i często nieodwracalnym wpływem na człowieka. Nieodłączną, praktyczną działalnością psychoterapii uzależnień jest wykorzystywanie pozytywnych wpływów otoczenia, co znajduje swoje odniesienie również w procesie edukacyjnym. Spośród polskich pionierów pedagogiki społecznej, uwarunkowaniami środowiskowymi zajmował się m.in. Ryszard Wroczyński, który rozpatrywał wpływ otoczenia z perspektywy badań opartych na doświadczeniu. Uważał on, że empiryczne analizy wpływów edukacyjnych pochodzących ze środowiska umożliwiają ustalenie zasad organizacji tego środowiska z punktu widzenia potrzeb wychowawczych²⁸⁶.

Dobrym, pozytywnym przykładem środowiskowego wdrażania zaleceń terapeutycznych, jest opis aktywności uczestnika, który kończył podstawowy program terapii, w którym wyraźnie uwypuklają się elementy mające wpływ na pracę terapeutyczną. Uzasadnienie okoliczności ostatniej sesji terapii podstawowej pacjenta, wygląda w następujący sposób:

Pacjent zapytany przez terapeutkę, czy ostatniego czasu miał głody wywołane substancjami psychoaktywnymi, odpowiedział, że głodów nie miał, a czas spędzony razem z rodziną zleciał mu spokojnie. Psychoterapeutka oznajmiła, że widzi znaczącą poprawę w zakresie jego funkcjonowania, dbania o swój stan psychiczny i przestrzegania zaleceń terapeutycznych w środowisku rodzinnym i koleżeńskim.

Uczestnik ten chodził przez dwa miesiące ma terapię i nie opuścił żadnego spotkania, był na czterdziestu sesjach terapeutycznych i nie złamał abstynencji. W ten sposób wypełnił wszystkie zasady terapii podstawowej i terapeutka zakomunikowała mu, że za trzy spotkania

²⁸⁶ R. Wroczyński, (1966) *Pedagogika społeczna*, PWN, Warszawa, s. 46

skończy ten program. Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami z innymi terapeutami pacjent zdecydował, że będzie kontynuował terapię i dodatkowo przejdzie program terapii pogłębionej. Psychoterapeutka poprosiła pacjenta o przygotowanie listu pożegnalnego z substancjami psychoaktywnymi, ponieważ jest to rodzaj rytuału, który podejmują wszyscy pacjenci kończący terapię. W liście powinny znaleźć się kwestie, które były ważne dla pacjenta w jego uzależnieniu i w jego walce z nim. W ramach sugestii terapeutów, pacjent był zaangażowany w obowiązki domowe, spędzał czas z rodziną, zwłaszcza z dziećmi, przyprowadzając je i odbierając z dodatkowych zajęć, w których uczestniczyły w Domu Kultury. Pacjent wypracował sobie pewien sposób postępowania w swoim otoczeniu, którego ściśle przestrzegał i z zaangażowaniem wywiązywał się z podjętych obowiązków, co znacząco poprawiło sytuację rodzinną pacjenta, szczególnie w roli ojca. Mając ustabilizowane obowiązki życiowe, nie miał czasu na poszukiwanie przygód, a dzięki stosowaniu się do zaleceń terapeutycznych nie odczuwał fizjologicznego głodu substancji psychoaktywnych. Z czasem zyskał wsparcie żony i bliskich, twierdził, że odzyskał siły do życia. Zadowolona i szczęśliwa była również żona pacjenta, która nawet zrobiła mu zdjęcie z dziećmi i umieściła je na Facebooku. Pokazała tym samym szerszemu otoczeniu wirtualnemu, że jest w dobrym humorze i cieszy się z tego, co odzyskała.

W ramach problematyki środowiska życia, w pedagogice społecznej rozwijana jest chyba kluczowa dla tego zagadnienia kategoria sił ludzkich (indywidualnych i zbiorowych, działających i utajonych), które pozwalają na przetwarzanie własnego środowiska²⁸⁷. To właśnie takie siły pojawiają się u pacjentów, którym udaje się odbudowywać relacje środowiskowe:

Terapeutka spytała pacjenta, co takiego sprawiło, że jest tak zadowolony i ma tyle siły do życia. Na to pacjent, że wystarczy, że w domu jest miła atmosfera.

Pacjent każdego dnia podejmował decyzję, mimo że miał różne nastroje, negatywne myśli i wewnętrzny opór, że się im nie podda i będzie się trzymał uzgodnionych zaleceń terapeutycznych. Teraz wie, że było warto, bo dzięki temu czuje się wewnętrznie podniesiony na duchu, czuje się dobrze, jest zdrowy, żona się nim opiekuje, a on dba o żonę i dzieci. Uczestnik terapii tak podsumował: *to jest moje szczęście i czego więcej chceć.*

W przypadku profesjonalnego działania, pomoc odnosi się do zadbania o to, by ujawnić i wyzwolić siły w innych, tych którzy mogą w owym przetwarzaniu środowiska aktywnie uczestniczyć, a nawet zainicjować zwrot biograficzny²⁸⁸. W większości

²⁸⁷ E. Marynowicz-Hetka (2018) *Pedagogika społeczna, podręcznik akademicki I*, PWN. Warszawa, s.65.

²⁸⁸ E. Marynowicz-Hetka (2018) *Pedagogika społeczna, podręcznik akademicki I*, PWN. Warszawa, s.65.

przypadków, czynniki, które budzą ludzką moc, leżą uspięte w pacjencie, ponieważ jego zasoby, zdolności, wartości i umiejętności są w wyniku niesprzyjających okoliczności niewystarczające, w kontekście sprawczości społecznej.

Skuteczny proces terapeutyczny wiąże się z postępami pacjenta, który uwypukla sytuacje, postawy i wydarzenia, przyczyniające się do przezwyciężania trudnych sytuacji i dysfunkcji społecznych, a także dają siłę i wskazówki do odzyskania kontroli nad swoim życiem. Ważne dla terapii uzależnień zagadnienie warunków środowiskowych w kontekście kształtowania atrybutów perspektywicznych, odnaleźć można również w pedagogice. Wpływy środowiskowe w terapii odnoszą się głównie do relacji między środowiskiem, rodziną i terapeutą, podczas gdy czynniki edukacyjne odnoszą się do relacji między nauczycielem, uczniem, rodziną, szkołą i środowiskiem. W pedagogice odnajdujemy odniesienia do problematyki uwarunkowań środowiskowych procesów wychowawczych oraz warunków i czynników umożliwiających zaspokojenie potrzeb rozwojowych człowieka (grup społecznych) w różnych fazach jego życia i różnorodnych sytuacjach²⁸⁹.

Wzmocnienia, w procesie motywowania pacjentów, wynikają z wytworzenia określonego stanu rzeczy, przypisania określonej wartości, szczególnego znaczenia pożądanym działaniom. Nadaniami tymi mogą być korzyści osobiste, motywacja do działania lub stworzenie warunków sprzyjających trzeźwieniu. Tak o tym mówił jeden z pacjentów:

Rodzina wspiera mnie w moim trzeźwieniu, co daje mi siły, żona wie, że może na mnie liczyć, bardzo dobrze dogadujemy się teraz. Aktywnie razem spędziliśmy cały weekend. Bardzo ważne jest dla mnie to, że dużo rozmawiamy, jemy wspólnie posiłki razem z dziećmi i mamy dużo czasu dla siebie. No i odpoczywam psychicznie.

Pacjent zyskuje wzmocnienie dzięki pozytywnemu wpływowi wzajemnego oddziaływania, możliwości przebywania z rodziną i porozumiewania się z nią, co jest bardzo ważnym elementem wspomagającym proces wytrzeźwienia. Budowanie pozytywnych relacji z rodziną daje pacjentowi możliwość swobodnego funkcjonowania, co przynosi mu radość, wzmacnia go wewnętrznie oraz generuje *siły ludzkie* i energię do życia.

6.1.1. Okoliczności i uwarunkowania układania relacji rodzinnych

Czynnikiem inicjującym prace nad relacjami rodzinnymi bardzo często są wydarzenia czy sytuacje wydawałoby się przypadkowe. W jednym z przypadków omawianych na sesji

²⁸⁹ S. Kawula (1996) *Studia z pedagogiki społecznej*. Wyd. WSP. Olsztyn, s. 9.

terapeutycznej, żona zaczęła rozmawiać z pacjentem, z którym wcześniej była w konflikcie, po wspólnej wizycie w kabarecie. Przypadek sprawił, że dostała w pracy bilety i nie chciała ich zmarnować, więc zapytała, czy mąż by z nią nie pojechał do teatru, choć bała się, że może się to skończyć kłótnią, jak to często bywało. Pacjent nigdy wcześniej nie był na takim występie, był bardzo zaskoczony propozycją żony. Tak o tym opowiadał:

Pojechaliśmy wcześniej do Poznania, poszliśmy na kolację, nie żałuję, było miło i bardzo fajnie spędziliśmy czas, teraz jest bez awantur, może wszystko się unormuje, żona powiedziała mi, że ma tego wszystkiego dosyć.

Pacjent był pełen nadziei, zaczął więcej czasu spędzać z synem. *Wszystko powolutku, tylko wiadomo, że dwie strony muszą tego chcieć.* Terapeuta podsumował, że pacjent doszedł już do punktu, w którym sam wie czego chce i zapytał, co pomogło mu pogodzić się z faktem, że żona wezwała na niego policję, kiedy przychodził pijany i robił awantury, czego wcześniej nie mógł wybaczyć. Pacjent odpowiedział: *pogodziłem się z tym, zrozumiałem, że nie wiedziała wtedy, co już ma robić, jak robiłem takie rzeczy. Zrozumiałem to, że sam robił jej na złość.* Pacjent celowo pił w obecności żony, aby ta na niego patrzyła, nie zdając sobie sprawy, że patrzyły też jego dzieci.

W innym przypadku, czynnikiem inicjującym biograficzny punkt zwrotny, była deklaracja miłości:

Terapeutka spytała pacjenta, kiedy opuściła go ta złość na żonę, która przez długi czas w nim siedziała. Odpowiedział: *jak powiedziała do mnie, że mnie kocha, miłość wybacza wszystko, a ta złość, która była we mnie wcześniej, jakby uleciała i wymiękła.*

Pacjent stwierdził, że kłócił się z żoną i wypominał jej, że wezwała zewnętrzną pomoc, by go spacyfikować, gdy się awantuował. Teraz pacjentowi przychodzi na myśl inne interpretacje, że chciała uratować jego i swoją rodzinę, bo nie potrafiła zrobić tego inaczej, gdy nie panował nad sobą. Teraz uczestnik terapii czuje, że jego relacja z żoną zaczyna się zmieniać, ponieważ uwalnia się od gniewu i wyrzutów, nie ma już powodów do kłótni. Teraz wie, że nie może przyjmować roli ofiary, bo sam stwarza sobie poczucie niesprawiedliwości, a alkohol uczynił go bezradnym i cały czas poddenerwowanym.

W efekcie terapii, ale również rozmów z żoną, uczestnik jest już świadomy, że sam powodował te sytuacje, a niewiele potrzebował, żeby wywołać konflikt. Wystarczyła mała prowokacja i już wybuchała kłótnia, którą słyszeli wszyscy sąsiedzi, teraz zdaje sobie sprawę, co czuły jego dzieci. Ta odmienna interpretacja spowodowała, że pacjent zaczął rozmawiać o tych wszystkich sytuacjach ze swoją córką, która ma problemy w szkole, bo

nie panowała nad swoją agresją i opuszczała lekcje. Zorientował się, że przyłożył sam do tego rękę, sam dawał jej taki przykład.

Terapeuta doradził pacjentowi, żeby „poszedł za ciosem” w relacjach z żoną, która zrobiła pierwszy krok. Teraz on powinien wykonać miły gest w jej stronę i bardziej się postarać, równolegle zabiegając o przyjacielski dialog z córką, którą powinien wspierać. Dialog jako zjawisko egzystencjalnie przygodne, należy do tych składowych doświadczenia ludzkiego, bez którego otaczający nas świat, traci u swych podstaw *wymiar głębi*, który z kolei nadaje rzeczom sens²⁹⁰.

Z pewnością mylnym byłoby wniosek, że przedstawione tu sytuacje zadziały się na skutek przypadkowych impulsów. Te drobne wydarzenia i propozycje nie przyniosłyby efektów, gdyby nie trafiły na odpowiednio dojrzałego, przygotowanego i mającego poczucie wewnętrznej siły pacjenta.

6.1.2. *Jak feniks z popiołów, siły wynikające ze słabości*

Relacje środowiskowe pacjentów uczestniczących w sesjach terapeutycznych zwykle są bardzo zdegradowane. Niestety przekonanie osób uzależnionych o tym, że sobie same mogą poradzić, jeszcze bardziej przyspiesza tę destrukcję. Wydobyć się z niej wymaga bardzo systematycznego i metodycznego działania. Jedną z najbardziej rozpowszechnionych na świecie oddziaływań terapeutycznych jest idea społeczności AA wraz z metodą dwunastu kroków. To swoiste połączenie siły i doświadczenia społeczności osób dotkniętych podobnym problemem, wsparte jasnym metodycznym planem działania, z jednej strony chętnie jest wykorzystywane przez terapeutów, z drugiej wpisuje się w niektóre warianty pracy społecznej. Dobrą ilustrację, wspomnianego wykorzystania metody dwunastu kroków w terapii, może stanowić następująca sesja:

Terapeutka odniosła się do faktu, że terapia oparta na dwunastu krokach służy świadomemu wzmocnieniu procesu zdrowienia i powrotu do dyspozycji ludzi, którzy zmagali się z uzależnieniami. Pierwszym krokiem do uzyskania mądrej samoświadomości jest uznanie własnej bezsilności. Terapeutka poprosiła, aby pacjent opisał sytuację, w której stawał się bezsilny. Pacjent najczęściej miał poczucie bezsilności wtedy, gdy zostawał sam w domu z własnymi myślami, odzwierciedlającymi negatywny obraz siebie, co wiązało się z jego niską samooceną. Jak zadeklarował, teraz zdaje sobie sprawę z tego, że uzależnienie ogranicza wpływ na własne życie, prowadzi nieuchronnie do autodestrukcji i rujnuje relacje rodzinne. Pacjent

²⁹⁰ B. Waldenfels (2016) *Świat życia niegdyś i dziś*, Wyd. Kultura i Wartości, nr 20, s. 6.

przypominał, że dopiero gdy pogodził się z własnym uzależnieniem i brakiem kontroli, zaczął wpływać na swoją wewnętrzną motywację do działania.

Nieco paradoksalnie, zaakceptowanie słabości, dostarczyło pacjentowi siły do działania i nauczyło go, jak ma generować własne zasoby, aby mu służyły w procesie transformacji:

Poznałem konsekwencje własnego uzależnienia, jak wchodziłem w stany samozniszczenia siebie i burzenia więzi rodzinnych, a własna niemoc pozwoliła mi odetchnąć.

W programie dwunastu kroków celem pierwszego kroku jest rozpoznanie słabości osoby kroczącej ścieżką zmiany. Pogodzenie się z własnym upadkiem często zajmuje wiele lat i zwykle opiera się na wiedzy odzwierciedlonej, co oznacza, że dopiero kiedy osoba uzależniona zobaczy wokół siebie zgliszcza, zauważa, że nie radzi sobie z nałogiem. Niszcząc środowisko własnego życia, niszczy również najsilniejszy i najbardziej znaczący czynnik chroniący, który już nie może być wsparciem.²⁹¹

W przedstawionym powyżej przypadku, pacjent nie był w stanie zaakceptować faktu, że utracił kontrolę nad swoim nałogiem i życiem, co spowodowało całą serię złych decyzji, które m.in. popsęły jego relacje rodzinne i sąsiedzkie. Dopiero kiedy po serii bolesnych doświadczeń, przekonał się, że uzależnienie przejęło kontrolę nad jego działaniami, powoli zaczął godzić się z tym stanem rzeczy. Po poznaniu siebie w procesie terapii pacjent zrozumiał, co przeszkadza mu i osobom w jego otoczeniu w codziennym funkcjonowaniu i wypełnianiu obowiązków. Przestał doprowadzać się do takich stanów, w których miał problemy z komunikacją, ale w zamian był zmęczony, niewyspany i źle się czuł. Wcześniej wyniosłość i zarozumiałość pacjenta nie pozwalały mu na zaakceptowanie rzeczywistości, taka jaka ona jest, powtarzał te same błędy, przez co był mało skuteczny w swoich działaniach i słabo przygotowany do podejmowania ról rodzinnych czy zawodowych. Kiedy to zrozumiał i zaczął stosować się do zaleceń terapeutycznych, zajęcia którymi wcześniej gardził, okazały się przydatne i wzmacniające. Pacjent, rozpoznanie własnej bezradności, uznaje teraz za początek odzyskiwania energii do działania.

Uznanie bezsilności to dopiero początek, aby proces terapeutyczny zachodził dalej, potrzebna jest silna wspólnota, która swoją siłą wesprze, bezsilnego uczestnika terapii. Ponieważ odbudowanie relacji w środowisku życia wymaga najpierw naprawienia krzywd, a potem zgody na zbudowania relacji osób pokrzywdzonych, sprawczość zwykle jest

²⁹¹ M. Dziewiecki. R. Porzeziński. J. Racięcki (2019) *Dwanaście kroków nie z tej ziemi. Program H.A.L.T. Wolny człowiek*, Wyd. Rajmedia, s.73.

odbudowywana na początku w ramach samej grupy terapeutycznej. Ilustruje to dobrze przypadek uczestnika, który nadużywał alkoholu przez dwadzieścia siedem lat:

Pacjent opowiedział jak terapia i udział w grupie AA zmotywowały go do pozostania trzeźwym i odzyskania szacunku samego siebie i rodziny. Zaangażował się on w działalność grupy wsparcia do tego stopnia, że zaczął organizować spotkania, prowadzić mityngi i pracować nad różnego rodzaju wydarzeniami z tym związanymi. Pacjent podkreślił, że konsekwentnie uczestniczył w terapii, stosując się do zaleceń terapeutów, dbał też o własną trzeźwość. Po pewnym czasie pacjent zaczął zauważać swój własny rozwój osobisty, nabył nowych umiejętności komunikacyjnych, nauczył się mówić o własnych doświadczeniach i stanach emocjonalnych.

Terapia sprawiła, że pacjent stał się bardzo empatyczny i otwarty na poznawanie innych osób, które podobnie jak on zmagają się z uzależnieniami. Nauczył się słuchać tego, co inni mają do powiedzenia, zwłaszcza o sobie. Jak sam twierdzi, grupy wsparcia AA pozwoliły mu zdobyć wiedzę o sobie i doświadczeniach osób powracających do trzeźwości. Praca w społecznościach terapeutycznych pozwoliła pacjentowi osiągnąć szereg umiejętności, które przekładają się na odbudowywanie jego relacji w środowisku życia. Odnosząc to do pedagogiki, Kunowski tak właśnie postrzega proces uczenia się, jako serię następujących po sobie zmian, które tworzą ciągłą, jednolitą zmianę. Rozwój, w jego ujęciu, to proces długotrwały, całościowy, obejmujący komunikujące skutkującą zmianami w uczestniczących w niej podmiotach²⁹².

6.2. Społeczna wartość pracy terapeutycznej

Praca terapeutyczna, a dokładniej jej efekty, są niezwykle istotne dla samych pacjentów, ale również ich rodzin oraz środowisk, w których żyją na co dzień. W pracy terapeutycznej szczególną uwagę poświęca się działaniom bezpośrednio wspierającym pacjentów, a pośrednio pomaga się ich rodzinom oraz porusza się sprawy istotne dla środowiska pracy oraz najbliższego otoczenia. Grupy terapeutyczne nastawione są w tym zakresie na działania ratunkowo-opiekuńcze²⁹³. Pacjenci zaangażowani w proces leczenia dostrzegają korzyści osobiste, psychologiczne, społeczne, zdrowotne i materialne wynikające z pozostawania trzeźwym, przy czym bardzo ważne jest, aby brali odpowiedzialność za swoje czyny.

²⁹² S. Kunowski (1993) *Podstawy współczesnej pedagogiki*, Wyd: Salezjańskie, Warszawa, s. 181.

²⁹³ A. Kamiński (1795) *Funkcje pedagogiki społecznej*, Wyd. PWN, Warszawa, s.272.

6.2.1. Powrót do społeczeństwa i ról społecznych

Większość osób wychodzących z uzależnień, które uczestniczyły w analizowanych sesjach terapeutycznych, podkreślała, że trzeźwość jest dla nich wartością fundamentalną, bo przytomne myślenie jest powrotną bramą do społeczeństwa oraz środowiska społecznego. Jak napisał dr Ron B. w swojej książce, która zawiera zbiór najczęściej powtarzanych maksym w społeczności terapeutycznej, że, „najważniejszą rzeczą do zrobienia dzisiaj jest pozostanie trzeźwym. Trzeźwość to największy dar, jaki kiedykolwiek otrzymałem w życiu, trzeźwość przywraca godność”²⁹⁴. Słowa te często powtarzają osoby uczestniczące w spotkaniach grup Anonimowych Alkoholików i Anonimowych Narkomanów. Trzeźwość jest postrzegana przez pacjentów jako ważna wartość, szczególny atut oraz wskaźnik wzrostu i umocnienia, co przedstawiają następujące wypowiedzi uczestnika terapii:

Cieszę się, że jestem trzeźwy i już nie piję, ludzie, których znałem widzą, że się zmieniam, chociaż mam przyklejona łatkę i ludzie mieli mnie za osiedlowego pijaka, to jednak nie patrzę na to, bo moje myślenie się zmienia. Dużo siły daje mi terapia, chociaż nie jest mi łatwo, jestem nastawiony do walki o siebie i widzę sens życia w trzeźwości, bo teraz wiem, że mam dla kogo żyć i przede wszystkim, wiem, że nie muszę nic nikomu udowodniać, tylko samemu sobie.

Dla pacjenta trzeźwość jest szczególną wartością, dotychczas jego społeczna tożsamość była w najbliższym otoczeniu formowana negatywnie. Na tym opiera się społeczna rola terapii, osoby uzależnione powoli stają się outsiderami, oddalają się od społeczeństwa, wpadają w kategorię jednostek wieloprotymowych, które nie tylko niczego nie wnoszą do społeczeństwa, co jeszcze je niszczą.

Udział w terapii jest w pewnym sensie ich powrotem, w sensie realnym, bo naprawdę pracują, by się zmienić, ale również w sensie tożsamościowym, bo zaczynają być inaczej postrzegani. Pacjenci postrzegają trzeźwość jako wartość szczególną, gdyż jest ona ich głównym celem w pracy terapeutycznej, ale również wieloprotymową, ważną wartością środowiskową. W parze z dążeniem do osiągnięcia trzeźwości, idzie praca nad tożsamością społeczną osoby uzależnionej, która nie pozostaje bez wpływu na jej własne środowisko funkcjonowania. Ta nowa tożsamość budowana jest już na innych wartościach: aktywności, naprawieniu krzywd, pomocy innym. Problematyka wartości w pedagogice jest fundamentalną płaszczyzną poszukiwań teoretycznych i praktycznych tej dyscypliny²⁹⁵.

²⁹⁴ B. Ron (1994) *Trzeźwe myśli. Humor i mądrość w powrocie do zdrowia*, Wyd. Media Rodzina, Poznań, s.67.

²⁹⁵ M. Cichosz (2016) *O Pedagogice społecznej i jej rozwoju. Wybrane zagadnienia*, Wyd. Impuls. Kraków, s.119.

Oczywiście osobną wartością pracy terapeutycznej jest realna pozytywna zmiana społeczna, czyli zwykle naprawa relacji rodzinnych i środowiskowych. Dzięki terapeutom, społecznościom terapeutycznym, a przede wszystkim wysiłkom osób walczących z uzależnieniami, rodziny zyskują ojców i matki, zakłady pracy - pracowników, a społeczności lokalne - zaangażowanych sąsiadów. Realizacja tak rozumianych celów wymaga dojrzałej „dydaktyki mądrości”. Dydaktyką mądrości można nazwać pracą terapeutyczną, która wspiera pacjentów w poznawaniu siebie, uczeniu się siebie, jak z książki życia, na cudzych i własnych doświadczeniach²⁹⁶.

6.2.2. Powrót do sprawczości i empowerment

Korzyści społeczne terapii uzależnień mogą dotyczyć otoczenia społecznego, ale również samej osoby walczącej z uzależnieniem, w tym zakresie mogą to być zmiany krótko- i długoterminowe. Choć na wielu etapach terapii podkreśla się potrzebę życia i działania „tu i teraz”, ostatecznie chodzi, by efekty tych działań były możliwie trwałe.

Ważnym aspektem wpływającym pozytywnie na pacjenta w procesie terapeutycznym jest praca nad jego zasobami, praca nad motywacją do działania i praca nad poczuciem własnej wartości. Albert Lenz pod pojęciem „zasobów” rozumie każdy aspekt fizycznej, kulturowej, duchowej, jak i społecznej przestrzeni funkcjonowania człowieka, tj. motywację, potrzeby, cele, pragnienia, zainteresowania, przekonania, wartości, wiedzę, wykształcenie, zdolności, kompetencje społeczne, cechy fizyczne, środki finansowe, jak i relacje interpersonalne²⁹⁷.

Bardzo ważnym czynnikiem powrotu pacjenta do zdrowia jest wykorzystanie tego czasu na odzyskanie sił, odpowiedni odpoczynek, cieszenie się przestrzenią rodzinną, sprawczość, ale również uznanie społeczne, prawa polityczne czy moralne. robienie tego, co sprawia mu przyjemność. Jeden z pacjentów tak przedstawiał niektóre z tych zasobów:

Terapeutka spytała pacjenta, co daje mu tyle siły do życia. Pacjent odpowiedział, że motywuje go szczególnie żona i dzieci, ponieważ to oni dają mu zewnętrzną siłę. *Cieszę się, że mam wsparcie od żony, ostatnio mówimy tym samym językiem.* Pacjent dodał, że do tego wzmacnia się fizycznie, bo wrócił na treningi, i choć trochę potrwa zanim wróci do formy fizycznej, to jego firma znowu zaczęła przynosić zyski.

²⁹⁶ Z. Pietrasiński Z. (2001), *Mądrość czyli świetne wyposażenie umysłu*, Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa, s. 156.

²⁹⁷ A. Lenz A (2003) *Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen*, „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie” 52, n.4., s.235.

Terapeutka zauważyła, że pacjent jest bardziej pewny swojego miejsca w społeczeństwie, niż kiedy przyszedł na terapię, a do tego dodała, że podziwia go za prowadzenie firmy budowlanej, która bardzo dobrze prosperuje. Pacjent dodał, że tak zreorganizował sobie czas, że teraz więcej go spędza z rodziną, również dlatego, że jego żona włączyła się w prowadzenie firmy.

Nazywając działania podejmowane przez pacjenta, można odwołać się do jego wewnętrznej sprawczości, zaangażowania w organizowanie poprawy własnego bytu i wewnętrznego przekonania, że postępuje właściwie i odpowiedzialnie. Uczestnik terapii doświadcza wspomagającego wpływu żony, co wyraźnie przekłada się na wzrost poczucia sprawczości, kompetencji społecznych, pewności siebie i zdolności organizacyjnych. W pedagogice społecznej i pracy socjalnej, takie wspierające oddziaływania wpisują się w koncepcję empowermentu. Działalność, zbudowana na tej idei, odnosi się do profesjonalnego wsparcia udzielanego ludziom, które pozwala im przezwyciężyć poczucie bezradności i braku wpływu oraz uświadomić posiadane lub potencjalne zasoby. W znaczeniu rezultatywnym empowerment określa skutek oddziaływań²⁹⁸.

Zarówno terapeuta jak i inni uczestnicy zauważają, że istotnymi zasobami pacjenta są jego wysokie umiejętności interpersonalne i organizacyjne, zwłaszcza umiejętność dogadywania się i komunikowania z innymi ludźmi oraz tworzenia przestrzeni społecznej do zarabiania pieniędzy, a teraz dodatkowo umiejętność odbudowywania relacji małżeńskiej. Porozumiewanie się jest materią i spoiwem, które stanowi bazę, kształtuje i trzyma rodzinę²⁹⁹. Posiadane przez pacjenta kompetencje komunikacyjne uległy dezaktywacji, gdy ten zaczął przyjmować substancje psychoaktywne i tracił kontrolę nad swoim życiem. Tak to zostało skomentowane:

Terapeutka oznajmiła pacjentowi, że bobrze odrobił lekcje i wyciągnął wnioski ze swoich porażek, a leczenie dodało mu jeszcze więcej możliwości, bo zaczął lepiej poznawać siebie oraz swoje wewnętrzne zasoby, co mu wyszło tylko na dobre.

W książce „Czynniki lecznicze w psychoterapii” Czabała pisze, że są to różne elementy procesu terapii, które pomagają pacjentowi wyeliminować przyczyny jego dolegliwości³⁰⁰. Ta psychologiczna koncepcja z pewnością może być poszerzona o potencjały dostrzegane w

²⁹⁸ E. Marynowicz-Hetka (2018) *Pedagogika społeczna 1. Podręcznik akademicki*. Wyd. PWN, Warszawa, s. 71

²⁹⁹ Schrodt P. *Family strength and satisfaction as functions of family communication environments*, *Communication Quarterly*. 57, s. 171-186.

³⁰⁰ J. Cz. Czabała (2013) *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wyd. PWN. Warszawa, s. 12.

pedagogice społecznej, nie wyłączając siły wychodzenia z kryzysów oraz walki o uznanie społeczne.

Elementy wzmacniające, które wynikają z obserwacji procesu terapeutycznego, są przede wszystkim umiejętnościami uczenia się przez pacjentów posługiwania się własnymi zasobami umożliwiającymi satysfakcjonujące funkcjonowanie społeczne, psychiczne i fizyczne oraz predyspozycje do organizowania i wytwarzania sprzyjającego dla siebie środowiska życia. Może to być np. dbanie o kształtowanie relacji przez pacjentów wśród swoich najbliższych, umiejętność komunikowania członkom rodziny swoich potrzeb, stanów emocjonalnych lub problemów oraz organizowanie sobie czasu wolnego.

Znacząco odmiennie potencjały postrzegane są w psychoterapii, Heinz Peter Rohr uważa, że elementem wzmacniającym jest poznawanie i uczenie się nowych programów, które pomagają zainteresowanym osiągnąć pozytywne efekty terapeutyczne, a praca z nimi zmienia nasze życie. Pewność siebie zwiększa się w takim stopniu, w jakim uda się zerwać więzy z dzieciństwa. Praca z nowymi programami sprawia, że czujemy się odważniejsi, wzmocnieni i wyzwoleni. Celem jest życie zgodne ze sobą i swoją prawdziwą osobowością. W coraz większym stopniu rozwija się niezależne poczucie własnej wartości. Koncentracja na życiu i teraz prowadzi do akceptacji samego siebie i miłości własnej³⁰¹.

Nawet w ramach klasycznej myśli społeczno-pedagogicznej postulowane jest współtworzenie i współuczestniczenie w podejmowaniu wyboru³⁰², podczas gdy niektóre nurty psychologii proponują programowanie. Różnica jest wyraźna i chyba wyjątkowo w tym zakresie trudno sobie wyobrazić wzajemne wzbogacenie dorobku.

6.2.3. Środowiskowe budowanie wartości osobistej

Pacjent opowiedział, jak zaniedbywał siebie, swój wygląd, relacje z rodziną oraz przejawiał zachowania, które prowadziły go do niskiej samooceny. Uważa się za człowieka prostego i nie miał pozytywnych wzmocnień wśród najbliższych, a sytuacja i środowisko, w które się wmieszał, nie sprzyjały rozwojowi poczucia własnej wartości. Terapeutka wyjaśnia pacjentowi, że samoocena jest konstruktem kształtowanym przez jego postawy życiowe oraz stosunek do sytuacji społecznych i życia. Właściwa samoocena umożliwia postępowanie według własnych zasad, które nikomu nie szkodzi. Poczucie własnej wartości wyraża się w

³⁰¹ H. P. Rohr (2014) *Sztuka doceniania siebie. Jak zyskać poczucie własnej wartości i pewności siebie*, Wyd. ESPE. Kraków, s.67.

³⁰² A. Kamiński (1975) *Funkcje pedagogiki społecznej*, Wyd. PWN, Warszawa, s.327.

szacunku do samego siebie, jest poznawaniem własnych kompetencji i mocnych stron oraz wzmacnia poczucie własnej godności osobistej. Jednak, aby człowiek mógł rozwijać silne poczucie własnej wartości, potrzebuje pozytywnych sygnałów wysyłanych przez najbliższe osoby, z którymi ma kontakt³⁰³.

Terapeutka, chcąc skompensować smutek, który został wywołany u pacjenta, rozpoczęła pracę nad jego zasobami i poprosiła, aby wymienił trzy swoje mocne strony i omówił je. Pacjent wspomniął, że jest pracowity. Dopytany przez terapeutkę, dlaczego akurat ta cecha, uświadomił sobie, że choć tyle lat pił i chociaż źle się czuł, z powodu nadużywania alkoholu, to zawsze chodził do pracy i nigdy się nie spóźniał: *zawsze uważałem pracę za swój obowiązek, a pracy byłem nauczony od dzieciaka.*

Dzięki temu, że pacjent był pracowity, wybudował własny dom i mógł pozytywnie się wyróżnić na tle kolegów, z którymi pił, a którzy znacznie gorzej od niego skończyli. Ponieważ indywidualne dowartościowanie ma tym większą siłę, im więcej osób się w to zaangażuje, terapeutka zaproponowała ćwiczenie, w którym każdy z grupy po kolei mówił pacjentowi coś pozytywnego. W informacji zwrotnej od grupy terapeutycznej pacjent usłyszał, że jest grzeczny, uprzejmy, miły i zawsze odnosi się z szacunkiem do innych uczestników terapii, a od terapeutki, że zawsze służy pomocą, jeśli ktoś go o coś poprosi. Następnie terapeutka zapytała pacjenta, jak się czuje, kiedy inni ludzie mówią o nim takie pozytywne rzeczy, pacjent odpowiedział, że jest mu bardzo miło. Terapeutka, podsumowując to ćwiczenie, zachęcała również innych pacjentów, aby zastanowili się nad swoimi pozytywnymi cechami i opisali je, sami dla siebie. Na koniec, terapeutka dodała, że człowiek radzi sobie ze swoim losem, tak jak umie i jak się nauczył, ale przede wszystkim od zaangażowania, umiejętności i dążeń danego człowieka będzie zależało jego życie. Każdy sam powinien indywidualnie sobie odpowiedzieć, czego chce od życia. Kurt Tepperwein, jeden z współtwórców profesjonalnego dyskursu terapeutycznego, pisząc na temat poczucia własnej wartości zaproponował refleksje, że każdy z nas znosi swój los z mniejszą lub większą pokorą i cierpliwością, ale nikt nie zadaje sobie pytania, jak to się stało, że żyjemy w takich, a nie innych warunkach i czy tych warunków nie dałoby się zmienić. Dlatego, według wspomnianego autora, warto obudzić się z długiego snu i zacząć żyć naprawdę. Ludzki umysł ma ogromny potencjał, a kiedy używamy naszej wyobraźni, stajemy się twórcami własnego życia i z tej pozycji możemy rozwiązywać różne problemy życiowe³⁰⁴.

³⁰³ H. P. Rohr (2014) *Sztuka doceniania siebie. Jak zyskać poczucie własnej wartości i pewności siebie*. Wyd. ESPE. Kraków, s.15.

³⁰⁴ K. Tepperwein (2004) *Moc kreatywnej wyobraźni. Stwarzaj swoje życie*, Wyd. Ravi, s.130

Osoby pozbawione poczucia własnej wartości, koncentrują się na tym, co jest z nimi nie tak, czują się niedowartościowane i nieudolne. Doznając zawodu, tracą motywację oraz radość doświadczania samych siebie jako wartościowych ludzi³⁰⁵. Pacjent zrozumiał, że jego nałogowe zachowanie było przyczyną jego dystresu, niepokoju i niemożności radzenia sobie z rzeczywistością, co ograniczało jego poczucie sprawczości i powodowało zniechęcenie. Nie był przygotowany na doznawanie niepowodzenia, a popełnianie błędów tylko go zniechęcało. Pracując nad samooceną, poznał swoje mocne i słabe strony, przez co, dużo łatwiej jest mu wypełniać teraz swoje obowiązki i funkcje społeczne.

6.2.4. Wstrzymanie reprodukcji ryzykownych wzorów działania

Kolejną społeczną wartością pracy terapeutycznej jest osłabianie reprodukcyjnych, zwykle pokoleniowych, mechanizmów rozprzestrzeniania się ryzykownych wzorów zachowań. Takie zadanie zostało postawione przed jedną z terapeutek:

Pacjent wyraził wątpliwość w siebie i swoje możliwości wyjścia z nałogu, miał też silnie zakorzenione negatywne myśli na własny temat. Zapytany przez terapeutkę, co jest powodem tak negatywnych myśli o sobie, odpowiedział następująco: *Mój ojciec często pił, mówił mi, że nic w życiu nie osiągnę. Bardzo często rezygnowałem z realizacji własnych planów życiowych, sam myślałem, że nic szczególnego nie osiągnę, a moja uwaga była tylko skupiona na moich błędach, tak sam się nakręcam.*

Niska samoocena pacjenta wynikała z negatywnych myśli na swój temat i obelg, jakie słyszał od ojca, gdy dorastał. Ponadto, gdy pacjent był pijany, jego żona i dzieci również go wyśmiewali, pogardliwie nazywali pijakiem i nieudacznikiem. W rezultacie u pacjenta wykształcił się utrwalony negatywny obraz własnej osoby, a reakcją na tego typu prowokacje była wrogość i agresja słowna wobec bliskich. Tak dalej rozwinęła się praca terapeutyczna z tym pacjentem:

Terapeutka powiedziała, że poczucie własnej wartości jest bezwarunkowe i że jego podstawą jest szacunek do samego siebie, co oznacza, że trzeba znać swoje mocne strony, pracować nad nimi i je rozwijać. Z kolei krytyka, jak kontynuowała terapeutka: *jest zewnętrzną opinią innych osób, którą mogę zaakceptować lub nie, a mówienie komuś, że jest bezwartościowy, przekracza osobiste granice i nie powinieneś się z tym zgadzać.* Terapeutka zadeklarowała, że lubi czytać książki z afirmacjami i lubi też sobie afirmację powtarzać. W jednej z książek przeczytała, że *na poczucie własnej wartości*

³⁰⁵ G. R. Schiraldi (2002) *Jak zwiększyć poczucie własnej wartości? Trening*, Wyd. Helion., Gliwice, s.104.

nie trzeba sobie zasłużyć, nie trzeba niczego udowadniać, bo wystarczy je zobaczyć, docenić, zaakceptować i przepracować.

Psycholog Glenn R. Schiraldi uważa, że wartość człowieka jest bezwarunkowa, ale najpierw trzeba zrozumieć czynniki, na których się ona opiera, co oznacza, że każda osoba jest ważna jako istota ludzka, jest wyjątkowa, bezcenna i ma nieskończoną wartość i dobro. Bezwarunkowa wartość ludzka oznacza, że wszyscy są tak samo cenni³⁰⁶.

6.2.5. Kształtowanie profilaktycznego środowiska życia

Ważną rolę edukacyjną w psychoterapii uzależnień, odgrywa wiedza na temat kompetencji psychospołecznych, związana z kształtowaniem umiejętności życiowych, rozwojem umiejętności społecznych oraz wdrażaniem w życie postaw i zachowań zdrowotnych. Edukacja w obszarach psychospołecznych, obejmuje zadania na rzecz rozwoju człowieka na różnych płaszczyznach życia, dostarcza profilaktycznej wiedzy na temat czynników chroniących pacjenta przed zagrożeniami, które występują w uzależnieniach. Według Czabały, psychoterapia, jest metodą służącą do usunięcia cierpienia wynikającego z objawów, jak i przykrych stanów emocjonalnych wynikających z własnych ograniczeń i niemożności wpływania na swoje życie³⁰⁷. Autor przedstawia terapię, jako oddziaływanie leczące, które służy do zdobywania wiedzy, nowego doświadczenia i reagowania na różne zagrożenia dla zdrowia i szkodliwe zachowania, mogące doprowadzić do nieprzyjemnych konsekwencji zażywania środków psychoaktywnych. Terapeuta wywołuje w pacjencie takie oddziaływania terapeutyczne, które mają na celu poprawę jego stanu emocjonalnego i sposobu funkcjonowania, poprzez zrozumienie przyczyn własnych zachowań, przeżyć i podjętych decyzji, które wpływają pozytywnie na społeczne położenie pacjenta, a zarazem prowadzą do rozwiązania przykrych sytuacji życiowych, w których się znalazł.

Praca terapeutyczna ma jednak sens tylko wtedy, kiedy człowiek dotknięty uzależnieniem, jest sam zaangażowany w proces zdrowienia, zmotywowany i gotowy do zmiany własnego życia, ale równocześnie umie minimalizować ryzyko ponownego popadnięcia w nałóg. W tym zakresie, przedstawioną wyżej perspektywę psychoterapeutyczną można znacząco wzbogacić społeczno-pedagogiczną orientacją na środowiskowe zasoby profilaktyczne. Biorąc to pod uwagę, nie tylko pacjent powinien naprawiać relacje społeczne,

³⁰⁶ G. R. Schiraldi (2002) *Jak zwiększyć poczucie własnej wartości? Trening*, Wyd. Helion, Gliwice, s.55.

³⁰⁷ J. Cz. Czabała (2013) *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wyd. PWN, Warszawa, s.58.

ale również jego otoczenie powinno zapewnić wystarczające profilaktyczne wsparcie, by minimalizować ryzyko powrotu do zachowań nałogowych. W tym zakresie społeczność może pełnić rolę kontrolno-monitorującą, dowartościowującą, edukującą. Jeżeli jednak przyjąć założenia interakcyjnych koncepcji środowiska wychowawczego, kluczowe będzie wytwarzanie środowiska uczenia się, w którym chroniony będzie nie tylko pacjent, ale również inni członkowie wspólnoty.

6.2.6. Otwieranie oczu na świat, nowe wartości i możliwości

Niemal w każdym analizowanym przypadku pacjenci zaczęli dostrzegać rzeczy i zjawiska, na które wcześniej nie zwracali uwagi, a teraz mogą przeżywać je jako osoby trzeźwe. Taki efekt terapii, jest właściwie wpisany w przedstawioną już w ramach strukturalnych aspektów pracy, rolę terapeuty jako osoby uświadamiającej. To nowe, trzeźwe spojrzenie otwiera nowe możliwości budowania relacji i działania. W pewnym sensie, pacjent wraca do innego środowiska niż to, z którego przyszedł.

Podczas jednej z analizowanych sesji, pacjent twierdził, że dzięki trzeźwości udało mu się nawiązać zdrowe relacje z rodziną, jakich wcześniej w ogóle nie miał, a także, że zaczyna być lepiej postrzegany w sąsiedztwie. Pacjent odbudowuje zaufanie do swoich dzieci, daje sobie i im szansę na lepsze życie, bo będąc trzeźwym ma większe możliwości działania.

Terapeutka zapytała pacjenta o jego sukcesy, które osiągnął podczas procesu leczenia. Największym sukcesem, jaki pacjent wspominał, było *życie w trzeźwości, że mogę patrzeć na świat jako trzeźwy człowiek, być dumnym z tego, że nie piję i przez to mam lepsze relacje z rodziną i sąsiadami*. Pacjent zapytany przez terapeutkę, jak by mógł opisać ten stan, odpowiedział: *mam większe zaufanie do siebie i też dostaję duże zaufanie od mojej rodziny, mam dla kogo żyć i kogo kochać, potrafię cieszyć się i nauczyłem się dawać też innym powody do radości*.

Uczestnik terapii opowiedział, że wcześniej nie potrafił poradzić sobie z własnym nałogiem, ale teraz, gdy przychodzi na spotkania grupy wsparcia, sam oferuje pomoc innym, bo wcześniej też ja otrzymał, choć nigdy nie myślał, że nadaje się do pomocy. Chcąc go dodatkowo dowartościować, terapeutka stwierdziła, że pacjent ma duże poczucie humoru, jest uprzejmy i ma talent do zjednywania sobie ludzi. Uczestnik otrzymał od innych pacjentów opinię, że lubią spędzać z nim czas, wyrazili też zadowolenie z faktu, że jest z nimi. W pracy terapeutycznej, od ćwiczeń teoretycznych przechodzi się do praktyki. Gdy pacjenci zaczynają funkcjonować w swoim otoczeniu, otrzymują jako zadanie domowe to, o czym wcześniej

hipotetycznie rozmawiali w trakcie sesji. Pozytywne działanie to życzliwie odnoszenie się do innych, konstruktywne postępowanie i dotrzymywanie obietnic, czyli podstawa satysfakcjonującego życia, którego osoby z uzależnieniami nie doświadczają często³⁰⁸.

Powyższą konstatację można byłoby usytuować w świecie wartości, jednak uczestnicy terapii uzależnień, zwykle celowo zafiksowani są na centralnej i wspomnianej już wcześniej wartości trzeźwości. Inne aksjologie mogą się pojawiać stopniowo i dopiero później. Proces transformowania centralnej wartości trzeźwości w inne przebiegał w analizowanym materiale bardzo różnie, ale zawsze w formie racjonalnej ewolucji. Na przykład, jeden z pacjentów stwierdził, że trzeźwieje przede wszystkim dla samego siebie, choć istotną rolę w procesie jego zmiany odgrywa jego rodzina. Skoro robi to dla siebie to proces ten jest manifestacją jego wolności, bo jeżeli nałóg jest wewnętrznym zniewoleniem, to trzeźwość od tej niewoli uwalnia. W ten sposób, centralną wartością, stanowiącą podstawę wielu podejmowanych przez pacjenta decyzji stała się wolność wewnętrzna.

W innym przypadku, ważną wartością dla pacjenta była terapia sama w sobie, ponieważ ukierunkowana jest na pracę i rozwój cech osobowych, które sprzyjają pozytywnym relacjom z otoczeniem. Pacjent odbierał proces terapeutyczny, wręcz jako możliwość samorealizacji oraz pracy nad własnymi postanowieniami, z którymi przyszedł na terapię.

Punktem wyjścia, który jest niezbędnym warunkiem uwolnienia się z jakiejś bolesnej sytuacji, zwykle jest trafna i pogłębiona diagnoza. Zasada ta obowiązuje nie tylko w medycynie. Żeby człowiek uzależniony miał szansę uwolnić się z nałogu, musi najpierw zdać sobie sprawę z tego, jak zła i beznadziejna jest jego sytuacja życiowa i ile już z tego powodu stracił. Taka diagnoza nie tylko angażuje samego zainteresowanego, ale – z uwagi na rozpoznanie uwarunkowań i potencjałów środowiskowych - także jego bliskich i ich sposób postępowania wobec pacjenta³⁰⁹. To właśnie dobrze przemyślana diagnoza albo uczciwa autodiagnoza, może zainicjować inny wzór interpretacyjny prowadzący do odmiennej definicji sytuacji pacjenta.

6.2.7. Satysfakcja z relacji domowych

Nowe perspektywy i spojrzenie na świat nie musi dotyczyć tego co na zewnątrz, proces terapii często zmienia spojrzenie na własną rodzinę. Jedna z pacjentek stwierdziła, że podczas sesji terapii grupowej zaczęła zauważać pozytywne cechy nie tylko u siebie, ale również swojego męża, co miało wpływ na budowanie dobrych relacji między nimi. Zaskakującym dla

³⁰⁸ K. Tepperwein (2004) *Moc kreatywnej wyobraźni. Stwarzaj swoje życie*. Wyd. Ravi, s. 65.

³⁰⁹ M. Dziewiecki (2020) *Między śmiercią a życiem. Człowiek uzależniony*, Wyd. Rajmedia, Warszawa, s. 138.

pacjentki był fakt, że udało jej się zbudować udane relacje i że może teraz robić rzeczy, na które wcześniej nie zwracała uwagi i z którymi miała problemy.

Pacjentka pochwaliła swojego męża, powiedziała mu, że go kocha i docenia za to, co dla niej robi. Był to efekt ćwiczenia, które terapeutka dała pacjentom jako „pracę domową”. Mieli sprawdzić, jak zareagują członkowie rodziny na drobne komplementy. Pacjentka powiedziała, że było to bardzo dobre ćwiczenie na docenianie swoich bliskich i w jej przypadku dało dużo pozytywnych emocji. Wyrazem odwzajemnienia się przez męża pacjentki było ugotowanie obiadu i spędzenie razem miło czasu. Posiłek stał się okazją do kolejnych pochwał, tym razem, że mąż dobrze gotuje i kolejnych pozytywnych reakcji chwalonego. Słyszając, jak wzajemne pochwały stały się częścią domowej rutyny, terapeutka podsumowała, że często proste słowa i małe rzeczy poprawiać humor, wprowadzają dobrą atmosferę, a nawet zmieniają relacje. Sposób w jaki się wyrażają członkowie rodziny ma niezwykle istotne znaczenie. Wśród terapeutów krąży starożytna maksyma, wykorzystywana przy takich okazjach, że „Łagodna odpowiedź, odbiera gniew”³¹⁰.

Wspomniana pacjentka, przyglądając się bliżej swojej nowej sytuacji, zaczęła dostrzegać obiecującą przyszłość dla siebie i swoich bliskich, a takie działania okazały się dla niej niezwykle budujące i pomocne, bo pozwalały osadzić jej wysiłki na bardziej stabilnym gruncie. Te nowe możliwości to coraz więcej wspólnie spędzanego czasu. Zarówno ona jak i jej mąż lubią ze sobą rozmawiać i słuchają się nawzajem. Tak podsumowała to na forum grupy (co było dodatkową nagrodą) terapeutka:

W końcu nauczyli się rozmawiać ze sobą, bez napięć i kłótni oraz potrafią powiedzieć sobie nawzajem o swoich problemach, potrzebach i emocjach.

Terapeutka podkreśliła, że uważne słuchanie jest oznaką zainteresowania rozmówcą, uwrażliwia na drugą osobę i daje przestrzeń do odczuwania emocji. Dotyczy to w szczególności pacjentów, którzy pozostają w bliskiej relacji, bo takie zachowanie ułatwia im wzajemne zrozumienie i ogólnie zbliża ich do siebie. Terapeuci często mówią, że sztuka komunikacji nie jest magią, to co mówimy, świadczy o nas, o tym, co myślimy, sądzimy, czujemy, uważamy, lubimy, kochamy, czego nie lubimy, to boimy się tego, a to co pragniemy, na co mamy nadzieję, w co wierzymy i w co angażujemy się.

³¹⁰ G. Chapman (2022) *Pięć języków miłości*, Wyd. Espirt. Kraków, s. 47.

6.3. Proces zmiany społecznego funkcjonowania

Zmiana w terapii jest procesem długotrwałym, następuje kolejno w określonych etapach. Jednakże bardzo ważnym elementem zmiany jest nie tylko gotowość pacjenta do podjęcia działania, ale także refleksyjne podejście, świadomość własnych czynów, konsekwencja w tym, co robi, zaangażowanie w proces terapeutyczny i reorientacja społeczna. Zmiany o charakterze społecznym ujawniały się zwykle w końcowych fazach terapii podstawowej oraz na etapie terapii pogłębionej, albo po jej zakończeniu. W tych momentach można wyraźniej zaobserwować efekty pracy terapeutycznej, które mają swoje skutki w środowisku osób poddawanych leczeniu uzależnień. Zmiany dokonują się poprzez proces analizowania przeszłości w celu podjęcia decyzji i działań terażniejszych, które przyniosą korzystne rezultaty w przyszłości, przy jednoczesnej akceptacji etapu przejściowego³¹¹. Zmiany społeczne mają zwykle swój początek w budzeniu wewnętrznej odwagi. Poniższa rozmowa terapeutki z pacjentką dotyczyła przeszłości oraz przebiegu procesu zmian:

Pacjentka powiedziała, że na początku terapii czuła niepewność i że wcześniej zmagала się z bezradnością w życiu. Wspomniała też, że na początku nie miała pewności siebie, wycofała się z relacji i niechętnie rozmawiała o swoich problemach. Jednak pod wpływem oddziaływań terapeutycznych nabierała coraz większej pewności siebie. Stawała się też bardziej świadoma swoich potrzeb i uczyła się je zaspokajać, dbać o siebie oraz dostrzegać własne zasoby i atuty.

Dzięki pracy terapeutycznej pacjentka nauczyła się rozmawiać o swoich problemach, nabrała pewności siebie i dostrzega korzyści z uczestnictwa w terapii indywidualnej i grupowej. Terapeutka zakomunikowała, że pacjentka zaangażowała się w proces terapeutyczny i doświadczyła zmiany w sobie, która objawia się determinacją, skutecznością w działaniu oraz znaczną poprawą relacji, a co za tym idzie i społecznego funkcjonowania.

W procesie terapeutycznym można zaobserwować zmiany w sferze społecznej, nastawieniu do życia, socjalizacji i zachowaniach, które są artykułowane przez samych pacjentów, a często też podkreślane przez psychoterapeutów.

Zarówno proces terapeutyczny jak i wychowanie są działalnością, w której jeden człowiek stara się zmienić drugiego człowieka³¹². Przywoływana wcześniej pacjentka stwierdziła, że zaszły u niej istotne zmiany w życiu, m.in. zmiana miejsca zamieszkania, środowiska życia i pracy. Carl Rogers uznał, że dzięki płynnemu procesowi terapeutycznemu pacjent może sobie pozwolić na zmienność. Dzięki temu, pacjenci stają się bardziej otwarci na

³¹¹ E. Abrahamson, (2003). *Bezbolesne zarządzanie zmianą*, Harvard Business Review Polska, lipiec, 48-53

³¹² K. Konarzewski (1982) *Podstawy teorii oddziaływań wychowawczych*, Warszawa, s.5.

to, co się dzieje w ich wnętrzu i uczą się uważnie słuchać samych siebie. Oznacza to, że zmiana staje się coraz bardziej harmonią złożonych odczuć i reakcji, utrzymując jednak przejrzystość, prostotę i stabilność niezmienności³¹³.

Prowadzona dalej praca terapeutyczna wzmocniła i tak już mocne strony pacjentki, podkreślając jej zaradność w dążeniu do utrzymania trzeźwości oraz sumienność, zaangażowanie w pracę nad sobą i pracowitość, co wpłynęło na pozytywne zmiany w jej otoczeniu. Kaskadowym efektem tych zmian było większe zaangażowanie się w obowiązki zawodowe, organizację czasu dzieci, jak i całej rodziny.

Podsumowując, w kontekście rozwiązywania problemów pacjentki, efekt pracy terapeutycznej dotyczył szczególnie kompetencji społecznych oraz konsekwencji stawiania sobie zadań i ich realizowania przez pacjentkę. Wspólnie z pacjentką, terapeutka budowała sprawczość i bezpieczeństwo pytaniami: *Jak ty byś rozwiązała tę sytuację? Co jesteś w stanie sama zrobić lub co z tym chcesz zrobić?* itd. Miało to na celu, sprawić, żeby pacjentka poczuła, że ma wybór i wpływ na to, co zrobi.

Pozycjonowanie pacjentki w kwestii jej autoprezentacji uległo zmianie ze względu na zmiany zachodzące w sferze społecznej, fizycznej i psychicznej, a także ze względu na zawodową sytuację pacjentki oraz utrwalone nawyki i przekonania, które utrudniały jej funkcjonowanie. Zmieniła się również zdolność pacjentki do mówienia o trudnych sprawach. Początkowo miała ona trudności z mówieniem o własnych doświadczeniach z substancjami psychoaktywnymi i budziło to u niej negatywne emocje, ale w trakcie procesu terapeutycznego jej nastawienie zmieniało się, a obawy słabły, aż w końcu mówienie o sobie nie sprawiało jej żadnych problemów.

Motywacja i etapy zmiany

Terapeutka, w trakcie sesji terapeutycznej, rozmawiała z pacjentami o zmianie ich życia i sposobu funkcjonowania. Jeden z uczestników stwierdził, że dla niego bardzo ważną sprawą i wysiłkiem było podjęcie leczenia oraz przełamanie negatywnych nawyków, które ograniczały jego sposób patrzenia i funkcjonowania w rzeczywistości społecznej. Pacjent opowiadał o wysiłkach, jakie podejmował, by zachować trzeźwość, o pracy nad sobą i o tym, jak dba o rzeczy, które wcześniej uważał za nieistotne. Pacjent nawet stwierdził, że teraz żyje zupełnie innym życiem, dba o jego jakość, tworzy nową tożsamość jako osoba zdrowa, będąca mężem, ojcem i mężczyzną starającym się wypełniać swoje obowiązki.

³¹³ C. R. Rogers (2021) *O stawianiu się osobą*. Wyd. Rebis. Poznań, s.224.

Przeoczyłem dużo z życia swojej rodziny, wiem, że tego nie nadrobię, ale teraz jestem zmotywowany do tego, żeby dobrze postępować i robić jak najlepiej dla siebie oraz swojej rodziny.

Z praktyki terapeutycznej można wnioskować, że na motywy i motywacje pacjenta działają siły negatywne i pozytywne, dlatego pacjenci kierują się poczuciem władzy lub atrakcyjności, może to być potrzeba motywowania się dobrymi praktykami życiowymi lub negatywnymi. Motywacja i motywowanie w coraz większym stopniu warunkuje świat, w którym żyjemy. Pojawia się coraz więcej poradników na ten temat, coraz częściej motywatorzy pojawiają się w mediach. Mowa motywacyjna wygłoszona przez odpowiednią osobę przekłada się na decyzje słuchaczy. Co gorsze, ta moneta ma drugą stronę, również negatywne komunikaty wpływają na człowieka. Jak to mówią terapeuci, przedstawiając mechanizm samospełniającego się proroctwa: Jeśli wierzysz, że coś złego ci się przydarzy, to ci się przydarzy; Jeśli żyjesz w przekonaniu, że dookoła ciebie egzystują tylko nieprzyjaźni ludzie, to trudno ci będzie wyjść z negatywnych przyzwyczajień³¹⁴.

Pacjent wyraził zdecydowaną chęć uczestnictwa w psychoterapii, ponieważ wie, dlaczego na nią przyszedł, jakie ma wobec siebie oczekiwania, a także stanowczo wyraża powody, dla których chciałby zmienić swoje życie i wierzy w to, co mówi. U pacjenta rozwinęło się poczucie sprawstwa (zdolność wpływania na własne sprawy), a to, co aktualnie dzieje się w jego życiu, jest konsekwencją tego, co zrobił dla siebie, jak się zachowywał i jak myślał. Przedstawił to tak:

Teraz wiem, dlaczego przychodzę na terapię, bo mam dla kogo żyć i chcę też coś zrobić dla siebie i swojej rodziny, jestem tu też specjalnie po to, żeby nauczyć się żyć w trzeźwości, żeby być przygotowanym na życie bez parasola ochronnego [pacjent ma na myśli bez wsparcia terapeutycznego, kiedy kończy terapię], mam co robić w życiu, a kiedy brałem i piłem, nie widziałem tego.

Pacjent dostrzega korzyści płynące z trzeźwości, jego pewne siebie wypowiedzi motywują innych pacjentów do skupienia się na własnej trzeźwości (co zostało przekazane od uczestników terapii w informacjach zwrotnych), a jego postawa daje im również poczucie wiary w możliwość odbudowania dobrych relacji z rodziną. Na tym polega szczególne oddziaływanie sesji grupowych.

Dzielenie się otrzymaną na sesji motywacją można zilustrować kolejnym przypadkiem:

³¹⁴ J. Kordziński (2007) *Motywacja – tajemnica szkolnych sukcesów. Jak wzbudzić w uczniach pragnienie uczenia się, poradnik nauczyciela*, Wyd. Verlag Dashofer, Warszawa, s.5.

Terapeutka powiedziała od pacjenta: *Teraz swoją postawą życiową, dajesz innym pacjentom nadzieję i motywację do zmiany*. Terapeutka też pochwaliła go za wysiłki włożone w pracę nad sobą, co odbierał jako wzmocnienie i motywację.

Pacjent poprzez własne wypowiedzi w grupie terapeutycznej pozytywnie wzmocniał innych pacjentów, ale jednocześnie odkrywał w sobie zasoby i predyspozycje do działania, mówił: *Terapia daje mi siłę do działania i bardzo mi pomaga to, że tu przychodzę*.

Motywacją pacjenta do trzeźwienia jest chęć doświadczania prawdziwego świata i poprawy relacji rodzinnych, ponieważ zaczyna on dostrzegać problemy, których nie dostrzegał, będąc pod wpływem substancji psychoaktywnych. Motywacja działa na wiele sposobów, jednak w psychoterapii często się ją redukuje do prostych wskazań lub nawet poleceń: wierz w swoje umiejętności, zwracaj większą uwagę na to, co musisz zrobić, niż na to, jak możesz przeszkadzać w pracy. Ludzie pozbawieni motywacji do zmiany skupiają uwagę przede wszystkim na wyszukiwaniu argumentów potwierdzających niemożliwość wykonania określonych zadań³¹⁵.

Jak już w rozdziale poświęconym dyskursom było to podkreślone, terapia uzależnień bardzo silnie warunkowana jest przez dyskursy profesjonalne, oferujące dostatecznie proste i przekonujące wyjaśnienia skomplikowanych procesów społecznych. Nie inaczej jest z rozwojem społecznym. W psychoterapii bardzo popularna jest koncepcja etapów gotowości do zmiany, które są wyznaczone następującymi stadiami:

- Prekontemplacja jest pierwszym krokiem ku zmianie, wejściem w ambiwalencję, która obrazuje się nieświadomym wykonywaniem sprzecznych czynności. Na tym etapie zmiany, pacjentowi towarzyszy myślenie, że nie ma problemu, którego by nie mógł rozwiązać.
- Kontemplacja. Osobom w tym stadium zmiany trzeba pomóc w rozstrzygnięciu ambiwalencji, przekonać, że zmiany są potrzebne, chociaż pacjent może odczuwać, że coś jest nie tak.
- Przygotowanie do zmiany, trzeci etap, ma miejsce, gdy szala zaczyna się przechylać w kierunku działania, pacjent wchodzi w stadium przygotowania i myśli o opracowaniu planu zmiany. Akceptuje też zwykle, że nie chce dalej tak żyć i zobowiązuje się do wdrożenia planu działania.
- Działanie. Pacjent z pomocą psychoterapeuty stara się wykonać zamierzone zadania, wytrwać w trzeźwości, doprowadzić do trwałej zmiany siebie oraz najbliższego

³¹⁵ J. Kordziński (2007) *Motywacja – tajemnica szkolnych sukcesów. Jak wzbudzić w uczniach pragnienie uczenia się, poradnik nauczyciela*, Wyd. Verlag Dashofer, Warszawa, s.5.

otoczenia. Warunkiem stawianym przez terapeutę jest stosowanie się do zaleceń terapeutycznych.

- Podtrzymywanie zmiany. Jednym z aspektów natury ludzkiej jest przywiązanie oraz powracanie do dawnych dobrze znanych przyzwyczajzeń i nawyków. Ma na celu podtrzymywanie procesu trzeźwienia.
- Rozwiązanie pozytywne problemu uzależnienia, ma miejsce dopiero wtedy, kiedy jego przesłanką jest zmiana we wszystkich sferach życia pacjenta, która jest na tyle skuteczna, że pacjent nie czuje nawet pokusy, by wrócić do tego, co było.
- Nawrót, czyli scenariusz niepowodzenia, oznacza, że po pewnym czasie następuje powrót do nałogowych zachowań³¹⁶.

O czynnikach wzmacniających zmianę, pisał też w swoich pracach naukowych Paul Amrhein, który analizował rzeczywiste sformułowania ludzi dotyczące tego, co ich motywuje do działania. Zidentyfikował on pięć kategorii wypowiedzi o zmianie:

- Wypowiedzi o pragnieniu do zmiany, kiedy ludzie mówią, że chcieliby się zmienić. Te potencjalne deklaracje pokazują, jak bardzo ludzie pragną zmiany, choć tylko to sygnalizują.
- Wypowiedzi o zdolności do zmiany. Można mówić o subiektywnej ocenie zdolności do zmiany pacjenta. Ludzie mówią, że mogą się zmienić albo mogliby odstawić substancje psychoaktywne. Jednym z elementów motywacji do zmiany, jest ocena zdolności do zmiany i poczucie własnej skuteczności.
- Wypowiedzi o powodach do zmiany (lub niezmienniania się). Kategoria ta obejmuje wady i zalety potencjalnych działań. W odróżnieniu od poprzednich, brane są również pod uwagę negatywne aspekty zmieniania się. Analiza powodów zmiany nie musi znaczyć, że doświadczamy potrzeby zmiany.
- Wypowiedzi o potrzebie zmiany lub jej braku. Ludzie werbalizują swoją potrzebę oraz jej nasilenie. *Trzeba coś zrobić! Naprawdę powinnam odstawić alkohol. Muszę rzucić te narkotyki, bo one mi nie służą. Nie muszę rzucać palenia.* Werbalizowana jest jakaś wyższa konieczność.

³¹⁶ W. R. Miller, A. A. Forcehimes, A. Zweben (2011) *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Wyd. Uniwersytet Jagielloński, s. 191.

- Wypowiedź zobowiązania do zmiany. Wreszcie na koniec pojawia się kategoria językowa, która sygnalizuje poziom zobowiązania do zmiany. *Na pewno pójdę na spotkanie wspólnoty AA w tym tygodniu*³¹⁷.

W trakcie sesji terapeutycznej mamy do czynienia z motywacyjnym mówieniem (dialog motywacyjny). Dialog Motywacyjny został stworzony po to, by umożliwić budowanie motywacji do inicjowania zmiany, natomiast strategie utrzymania i utrwalania zmiany zostały określone dopiero niedawno³¹⁸. Na temat zmiany zarówno przez psychoterapeutów, którzy przedstawiają powyższe koncepcje, ale również pacjentów, którzy werbalizują swoje wyobrażenia zmiany.

Nagła zmiana sposobu życia

Zakreślone teoretycznie etapy procesu zmiany nie zawsze znajdowały zastosowanie w praktyce. Szczególnie zmiany, które dokonywały się na skutek silnych zewnętrznych uwarunkowań przebiegały swoim własnym torem, zwykle bardzo szybko. Dobrym przykładem takiego biograficznego punktu zwrotnego może być historia pacjenta, opowiedziana na jednej z analizowanych sesji:

Pacjent opowiadał wszystkim, jak przechodził przez stany odurzenia spowodowanego alkoholem, które wyzwalaly u niego agresywne i pełne złości zachowania, zarówno wobec siebie i innych. Za każdym razem, gdy wracał do domu pod wpływem alkoholu, jego córka i żona urządzały awantury, nazywając go pijakiem i włóczęgą. Jego rodzina, siostra oraz znajomi, widząc go pod wpływem alkoholu na ulicy, unikali z nim kontaktu i – jak twierdził – śmiali się z jego zachowania. Podczas częstych kłótni z rodziną, pacjent wyładowywał swoją złość na przedmiotach, które miał pod ręką, tłukąc talerze i niszcząc meble. Powiedział, że kiedy wpadał w szał, sam dla siebie był zagrożeniem, ale nigdy nie podniósł ręki na swoją żonę czy córkę. Trafił na terapię z powodu zasłabnięcia, które wydarzyło się w domu, do którego wrócił pod wpływem alkoholu. Początkowo nikt nie chciał udzielić mu pomocy, bo żona i córka myślały, że udaje, jednak on stracił przytomność i upadł na podłogę, wtedy dopiero jego córka zareagowała i zadzwoniła po pogotowie. Pacjent podsumował, że miał szczęście, że był w domu, bo gdyby to się stało na ulicy, to prawdopodobnie nikt by nie zareagował.

Od tego momentu pacjent przestał pić i ma dużo przemyśleń donośnie swojego zdrowia, o które zaczął dbać. Jak sam mówi: *idę teraz drogą bezpiecznego dla siebie życia, zapaliła mi*

³¹⁷ W. R. Miller, A. A. Forcehimes, A. Zweben, (2011) *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Wyd. Uniwersytet Jagielloński, s. 192.

³¹⁸ W. R. Miller, S Rollnick (2012) *Motivation interviewing: Helping people change* (wyd.3). Guilford Press, New Your; wyd. Pol. *Dialog motywujący: jak pomóc ludziom w zmianie*. Przeł. R. Andruszko. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 17.

się czerwona lampka w głowie, wiedziałem, że muszę coś zmienić, bo sam bym się wykończył. Pacjent twierdzi, że teraz czuje się dużo lepiej, niż kiedy nadużywał alkoholu, a swój stan zdrowia na chwilę obecną uznał za dobry. Warunki środowiskowe mogą oddziaływać wzmacniająco lub stanowić zagrożenie dla zdrowia człowieka, podobnie jak styl życia i dbałość o kondycję ogólną³¹⁹.

Okazało się po pewnym czasie, że nie wystarczy naprawienie stanu zdrowia człowieka, ten naprawiony stan jeszcze trzeba utrzymać. Do tego często niezbędna jest pomoc rodziny³²⁰, a w przedstawionym tu przypadku, jeszcze udział w terapii. Pacjent twierdzi, że terapia uratowała mu życie, bo wcześniej nie zdawał sobie sprawy, że nieprzytomny chodził po ulicach, ryzykując, że potrąci go jakiś samochód. Terapeutka podkreśliła, że pacjent zrobił dla siebie najlepszą rzecz, jaka mógł zrobić, uratował się od śmierci i przytoczyła przypadek swojego innego pacjenta, który zmagał się z nałogiem i już nie żyje. Terapeutka zdiagnozowała, że uzależnienie wywoływało w pacjencie poczucie zagrożenia wobec samego siebie, bo było ciągłym przymusem szukania przygód, ciągłym życiem pod presją i stresem. Podczas terapii, pacjent przechodził różne chwile, jednak ostatecznie nauczył się, jak ma bezpiecznie postępować w stosunku do siebie oraz swoich bliskich. Pacjent dodał, że sesje terapeutyczne były dla niego miejscem, w którym mógł się zatrzymać, pomyśleć nad sobą i uspokoić swoje nerwy. Jednak nad urazami, które w sobie nosił, musi pracować sam, na terapii odnajdując w sobie siły do życia.

Przedstawiona historia ukazuje znaczenie traumatycznych doświadczeń, które często inicjują trajektorię uzależnienia, ale również mogą spowodować decyzję o zmianie stylu życia. Siła tych wydarzeń – w przypadku pozytywnego scenariusz – polega na ich olbrzymim ładunku emocjonalnym, zwykle powiązanim z przerażeniem, uruchamiającym działania samozachowawcze. Jak się jednak okazuje, biologiczne siły (instynkt samozachowawczy) wymagają wsparcia siłami społecznymi (społeczności terapeutycznej) by przemiana utrwaliła się w codziennym funkcjonowaniu chorego.

³¹⁹ J. B. Karski (2006) *Praktyka i teoria promocji zdrowia, Wybrane zagadnienia*, Wyd. CeDeWu. Warszawa, s.144.

³²⁰ Cz. Lewicki (2006) *Edukacja zdrowotna systemowa analiza zagadnień*, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski Rzeszów, s. 105

Podsumowanie

Bardzo obszerny materiał badawczy, wiele kodów, kategorii i podkategorii nie ułatwiają wyciągnięcia prostych i przejrzystych wniosków. Podsumowanie będzie zatem bardziej formą autorskiej refleksji nad najważniejszymi wnioskami analitycznymi, przedstawionymi w pracy.

Psychoterapia uzależnień to specjalizacja zawodowa i forma pomocy stosowana w praktyce. W ostatnim czasie powstało na ten temat wiele książek, publikacji i filmów, a i sama profesja wydaje się atrakcyjną formą rozwoju zawodowego wielu osób z obszaru nauk społecznych i humanistycznych. Definicja słowa „psychoterapia” sprowadza się do pojęcia pomocy i oddziaływania terapeutycznego. Słowo psychoterapia dosłownie oznacza troskę o duszę lub istotę innej osoby. Składa się z dwóch części: psyche, co po grecku oznacza „duszę” lub „istotę”, i therapeutikos, co oznacza „troskę/opiekę nad inną osobą”³²¹. Praca terapeutyczna, tak jak postrzegają ją uczestnicy terapii, to przede wszystkim środowisko uczenia się: rozumienia, odbierania informacji ze świata i układania ich na nowo, w celu uporządkowania własnego życia. W terapii indywidualnej i grupowej powtarza się historie pacjentów, które miały już miejsce w przeszłości, a poprzez ich ponowne odtwarzanie, uczestnicy terapii powtórnie doświadczają tych samych uczuć i myśli o różnej intensywności, jednak z możliwością wyciągnięcia innych wniosków.

Zatem terapeuta odkrywa problemy pacjenta poprzez wgląd w jego doświadczenia uzależnienia. Na podstawie diagnozy nozologicznej, zgodnie z ICD 10, dokonuje klinicznego opisu funkcjonowania pacjentów w różnych sferach ich życia oraz psychologicznych mechanizmów uzależnienia. W efekcie, terapia często konfrontuje pacjentów z problemami, które – zgodnie z diagnozą – są przyczyną nadużywania przez nich substancji psychoaktywnych lub innych uzależnień behawioralnych, a z ich perspektywy, są powodem ich złego samopoczucia, kłopotów osobistych, niedostosowania społecznego lub obniżonej samooceny. Uzależnienie jest bolesnym i przygnębiającym doświadczeniem, ale dzięki psychoterapii, jest szansa by poprzez dogłębne zrozumienie jego przyczyn, rozpocząć pracę nad własną osobowością³²².

W naukach o zdrowiu popularne jest stosowanie kodów określonych wcześniej na podstawie teorii będącej przedmiotem badania³²³. Jednak przyjęta w pracy metoda teorii

³²¹ C.L. Kleinke C.L. (1994). *Common principles of psychotherapy*. Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole, s10.

³²² H. P. Roha (2014) *Sztuka doceniania siebie. Jak zyskać poczucie własnej wartości i pewności siebie*, Wyd. ESPE. Kraków, s.100.

³²³ J.W. Creswell (2013) *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe ilościowe i mieszane*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków, s.203.

ugruntowanej postuluje tworzenie kodów, a później kategorii analitycznych, w miarę postępu zbierania danych. W efekcie kodowania materiału badawczego, udało się zrekonstruować podstawowe ogólne ujęcia (perspektywy) pracy terapeutycznej, które w różnych sytuacyjnych proporcjach wyznaczają konkretne działania terapeutów: medyczne, psychoterapeutyczne i środowiskowe.

Zrekonstruowano również najważniejsze metody podejmowane w pracy terapeutycznej, z których kluczową okazało się zadawanie pytań. Niniejsze podsumowanie też powstało na podobnej zasadzie. Ponieważ materiał badawczy, jak i metoda, nie pozwalają oceniać z zewnętrznej perspektywy obserwowanych zjawisk, jedynie je zrekonstruować, krytyczne refleksje znajdują swoje rozwinięcie dopiero teraz. Badacz, w duchu dialogu sokratejskiego, wyniki własnej pracy analitycznej skonfrontował z założeniami pedagogiki społecznej oraz metodami pracy społecznej. Takie rozważania będą prowadzone w odniesieniu do: kwestii roli terapeuty, zaangażowania pacjentów, ich podmiotowości i sprawczości oraz na koniec uspołecznienia pracy terapeutycznej w obszarze uzależnień.

Terapeuci jako przewodnicy, grupa jako wsparcie długoterminowe

Terapeuci uzależnień pracujący w placówkach leczenia uzależnień, mają szczególną rolę do odegrania. Pomagają oni pacjentom znaleźć powody ich uzależnienia oraz zachęcają do podjęcia działań prowadzących do rozstania się z nałogiem. Z perspektywy terapeutów, starają się oni pokazywać realne możliwości wprowadzania zmian poprawiających zadowolenie z życia, wzmacniają poczucie wartości, sprawstwa pacjentów, traktują ich z szacunkiem, nie oceniają, nie potępiają i nie moralizują. Terapeuci wspierają pacjentów w ich drodze ku trzeźwości, podpowiadają, zachęcają do działania, pomagają zrozumieć, czym jest uzależnienie, uczą sposobów radzenia sobie z głodem alkoholowym, z emocjami i z innymi problemami. W taki sposób są też strukturyzowane sesje terapeutyczne. Terapeuta uzależnień jest formalnym, a zwykle i nieformalnym, przewodnikiem pacjenta, pomaga mu znaleźć drogę do trzeźwości, uprzedza przed potencjalnymi zagrożeniami, szuka najlepszych sposobów rozwiązania problemów.

Kierownicza rola terapeutów, którzy reprezentują umocowany prawnie system instytucji, ujawnia się choćby w regułach, którymi kierują się placówki odwykowe. Przychodząc na rozmowę trzeba być trzeźwym, trzeba też zgodzić się na obowiązujące tam reguły. Psychoterapia uzależnień jest podporządkowana wskazaniom lekarskim i ewentualnym interwencjom medycznym (np. detoksykacji, farmakoterapii, czy leczenia klinicznego). W ramach samego ośrodka leczenia uzależnień wypracowywane są też wewnętrzne zasady,

choćby wiązania terapii indywidualnej z grupową. Zwykle przyjmuje się, że terapia jest bardziej skuteczna, jeżeli pacjent indywidualnie i grupowo spotyka się ze swoim terapeutą i z innymi pacjentami w ramach grupy terapeutycznej. Oczywiście obie formy pomocy są bardzo ważne, ponieważ dają silne wsparcie i stwarzają możliwości ćwiczenia nowych sposobów radzenia sobie z problemami i w relacjach z innymi ludźmi, jednak bardziej zaawansowana praca terapeutyczna realizowana jest indywidualnie. To osobista praca z terapeutą pozwala dopasować program leczenia do indywidualnych problemów i potrzeb pacjenta. Terapia grupowa, a dalej udział w środowiskach samopomocowych (grupy AA, kluby abstynenta, itp.) ma wspierać ten proces i podtrzymywać go w dłuższej perspektywie czasowej. Przy czym kluczowe jest stopniowe przyjmowanie wartości tych środowisk samopomocowych³²⁴, które też zostały skonstruowane na bazie „zaleceń” psychoterapeutycznych.

W symbolicznym sensie, pacjent jest tym, który ten terapeutyczny plan destabilizuje: nie jest przekonany o słuszności podjęcia terapii, znajduje się w stanie wewnętrznego oporu, nie jest gotowy mówić o swoich problemach, ma jakąś traumę, wstydzi się swoich działań, jest zmuszony do terapii itd. A przecież bez zaangażowanej aktywności pacjenta, przynajmniej w interakcyjnym sensie, nie byłoby terapeuty. Poza tym, tak jak nie można się za nikogo rozwijać³²⁵, tak też pacjent musi sam przejść drogę ku trzeźwości i to na własnych nogach.

Samodyscyplina

Odbiciem „terapeutocentrycznej” organizacji leczenia uzależnień zderzonej z koniecznością respektowania decyzyjności pacjenta jest nacisk na samodyscyplinę. Z perspektywy przebiegu analizowanych sesji terapeutycznych, można dojść do wniosku, że na sytuację, w której znajduje się pacjent, mają wpływ głównie jego niewłaściwe decyzje, wzorce zachowań oraz przekonania w rodzinie lub środowisku, w którym dorastał. Dlatego, ludzie zmagający się z uzależnieniami, podczas terapii uczą się samodyscypliny, czyli przestrzegania zaleceń terapeutycznych, w tym wdrażania zdrowych nawyków i mądrego postępowania wobec siebie, systematyczności w uczęszczaniu na terapię oraz realizacji założonych celów terapeutycznych. Samodyscyplina i systematyczność są głównymi czynnikami leczniczymi w psychoterapii uzależnień, choć uwzględnia się jeszcze „wrodzone” predyspozycje pacjenta do opanowania różnych umiejętności społecznych czy zawodowych. Takie działanie jest oczywiście ugruntowane w założeniu (mającym również swoje podstawy empiryczne), że

³²⁴ A. Długosz (2007) *Narkomania, ucieczka donikąd. Co robić, aby chronić dzieci i młodzież przez uzależnieniami*, Wyd. Święty Paweł, Częstochowa, s.32.

³²⁵ Takie przekonanie stanowi fundament pedagogiki Marii Montessori.

uzależnienie powoduje zaburzenia, dysfunkcje i pogłębiające się nieprawidłowości w sferze zachowania, którym towarzyszą inne problemy natury psychicznej, społecznej, fizycznej i duchowej. Paradoks terapii uzależnień polega na tym, że z jednej strony, podkreślana i wykazywana jest bezwolność i bezsilność pacjenta, a z drugiej, oczekiwane jest jego zaangażowanie.

Zaangażowanie pacjenta

W analizowanym materiale badawczym, wspólna praca nad uwalnianiem pacjenta od szkodliwych nawyków, zwykle opiera się na oczekiwaniu zaangażowanej realizacji tzw. zaleceń terapeutycznych. Jeżeli uczestnik terapii podejmuje rzetelną pracę nad sobą i wykazuje duże zaangażowanie w wyznaczonych wskazaniach procesu trzeźwienia to jest chwalony i stawiany za wzór. To zwrótnie powoduje u pacjentów wzrost poczucia wartości oraz wzbudza w nim motywację do leczenia. Terapia staje się dla nich wyższą wartością społeczną, zyskuje także znaczenie wśród ich rodzin i najbliższego środowiska.

Zupełnie inaczej traktowani są pacjenci, którzy rezygnują z terapii z różnych przyczyn. W ocenie terapeutów, nie wykazują się oni zaangażowaniem we własny proces leczenia i nie można jednoznacznie określić, jaka jest dla nich społeczna wartość pracy terapeutycznej.

Sztuka budowania relacji

Prawdopodobnie nie będzie znaczącym nadużyciem nazwanie pracy terapeutycznej sztuką budowania i moderowania relacji poprzez interakcje. W pierwszej kolejności jest to relacja z terapeutą, która wyznacza właściwie całą dalszą pracę interakcyjną. Jeżeli terapeuta uda się nawiązać choćby podstawową relację zaufania, możliwe jest podjęcie bazowego planu działania oraz pracy nad relacją pacjenta z samym sobą, która ma wpływ na jego tożsamość oraz biografię (interpretację wcześniejszych doświadczeń). Jeżeli w procesie leczenia, uwzględniona będzie terapia grupowa (a zwykle jest proponowana) dochodzą jeszcze relacje z innymi uczestnikami (formalne, czyli podczas sesji, oraz nieformalne, np., w przerwach). Aby terapia miała sens społeczny, musi – niezależnie od formy – uwzględniać jeszcze relacje w środowisku życia pacjenta. Relacje są ważnym czynnikiem decydującym o jakości terapii i to zarówno w ocenie terapeutów jak i samych pacjentów.

Praca nad relacjami obejmuje samoświadomość psychiczną, czyli poruszanie się w obszarze różnych stanów wewnętrznych, doświadczeń, emocji, przekonań, uczuć, systemów wartości, etc. Równie ważnym przedmiotem pracy jest świadomość społeczna, uczenie się sztuki życia skutecznego działania, analizowania własnych ról społecznych, zawodowych i

rodziny, umiejętności przystosowywania się do społecznych oczekiwań, ale również przeciwstawiania się naciskom grupy. To jak ludzie radzą sobie z wysoce ryzykownymi sytuacjami zależy od przekonania, że mogą być aktywnymi podmiotami swoich własnych działań i posiadają niezbędne umiejętności do sprawowania kontroli nad tymi sytuacjami³²⁶.

Terapia stwarza oparte na relacjach środowisko uczenia się, w którym uczestnicy wzajemnie przekazują sobie wiedzę i umiejętności, jak radzić sobie w trzeźwym życiu ze swoimi problemami, emocjami i ryzykami. Człowiek, który zaczyna leczenie własnego uzależnienia, decyduje się podmiotowo w ten proces zaangażować, ale również powinien być skłonny podejmować działania zgodne z zaleceniami terapeutów i lekarzy.

Paradoks pracy terapeutycznej w obszarze relacji polega na ich charakterze, z jednej strony, pozyskaniu zaangażowania pacjenta najbardziej służą relacje symetryczne, w których kształtowaniu partnerzy mają podobny udział, z drugiej, psychoterapeuci mają przewagę wiedzy i umiejętności, bo są profesjonalnie przygotowywani do kontrolowania relacji: perswazji, budowania zaufania, wychodzenia z relacji zbyt emocjonalnych. Z wiedzy tej oczywiście korzystają, bo przekształcanie relacji jest jednym z głównych celów, które sobie stawiają.

Tożsamość

Ważnym aspektem, który wyłania się z obserwacji procesu terapeutycznego, jest kwestia tożsamości pacjentów. Potrzeba bycia kimś innymi, niż do tej pory, była wyrażana przez pacjentów podczas sesji terapeutycznych na kilka sposobów i pojawiała się w różnych kontekstach. Jednak przynajmniej na początku terapeuci pracują przede wszystkim nad tożsamością pacjenta jako osoby uzależnionej. Oczekiwanie to pojawiało się najczęściej już na początku sesji, gdy pacjent rozpoczynał swoją wypowiedź, albo kiedy charakteryzował swój problem, np. (jestem alkoholikiem, narkomanem, jestem trzeźwym narkomanem). Tożsamość taka jest następnie utrwalana w oparciu o przekonanie, że osobą uzależnioną jest się do końca życia. Przypisywanie sobie statusu osoby uzależnionej było często poprzedzone wyrzutami sumienia, które z kolei często były wywoływane przez pytania terapeuty. W tej sytuacji, jedyne co pacjent może zrobić to nieco tę tożsamość łagodzić (*dzisiaj jestem trzeźwy*) lub przysłańać pozytywnymi tożsamościami (*staram się być dobrym mężem i ojcem*). Te pozytywne

³²⁶ Schwarzer, R. (1997) *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, W: I Heszen-Niejodek, H. Sęk. (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175-205). Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

autoidentyfikacje były jednak dopiero tworzone w długotrwałym interakcyjnym procesie stawania się, opartym na odbudowywaniu pozytywnych relacji społecznych i ról.

W wypowiedziach znaczącej części uczestników terapii zauważono w wypowiedziach, że są oni lub byli dotknięci podwójną lub jeszcze bardziej złożoną tożsamością społeczną. Przejawiało się to w zainstalowanym u nich mechanizmie rozdwojenia osobowości, potocznie zwanym rozdwojonym Ja. Ogromne znaczenie w procesie budowania tożsamości uczestników terapii miało oddziaływanie pacjentów na siebie nawzajem z inicjującym udziałem prowadzącego terapeuty.

Paradoks terapeutycznej pracy nad tożsamością polega na wątpliwości, czy autodefinicja będąca efektem nadmiernej presji społecznej może jeszcze być nazywana tożsamością. Co prawda, już nawet w klasycznej koncepcji Ervinga Goffmana³²⁷, tożsamość jest wytworem społecznym, ale jednak to podmiot prowadzi swoją grę, politykę tożsamości, z otoczeniem, jest proaktywny, dąży do osiągnięcia swojego celu. W przypadku sesji terapeutycznej, tożsamość osoby uzależnionej jest z góry przypisana, a prowadzenie wokół niej jakichkolwiek gier, mogłoby być uznane za złamanie reguł etycznych.

Odzyskiwanie sprawczości

Pacjenci, którzy wyrazili chęć odzyskania kontroli nad sobą i swoim życiem, spotykali się z oczekiwaniem aktywnego uczestniczenia w spotkaniach grupy terapeutycznej oraz aktywnego przekształcania relacji środowiskowych. W obu przypadkach chodziło jednak o stosowanie się do zaleceń terapeutycznych. Bardziej autentyczne przejawy sprawczości pojawiały się, gdy pacjent zbliżał się do końca terapii podstawowej lub był w trakcie pogłębionych sesji terapeutycznych lub szukał sposobów poprawy relacji z otoczeniem. To właśnie w tym momencie uczestnicy terapii zaczęli stosować zdobytą wiedzę w swoim własnym środowisku życia, starając się rozwiązać trudności, które zostały sproblematyzowane podczas sesji. Były to działania mające na celu wzięcie odpowiedzialności za podejmowane decyzji i odzyskanie własnej sprawczości w środowisku życia. W takich okolicznościach pacjenci dzielili się z otoczeniem przemyśleniami na temat własnych wyborów, popełnionych błędów, sposobów postępowania oraz poniesionych strat i ich konsekwencji, by przekonać innych, że już mogą zacząć funkcjonować jako pełnoprawny podmiot.

Oddziaływania terapeutyczne miały na celu, w dużej mierze, przygotowanie pacjenta do odzyskania sprawczości społecznej i możliwości samodzielnego funkcjonowania po

³²⁷ E. Goffman, (2007) *Piętno*, Wyd, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne (GWP).

zakończeniu terapii. Właściwym celem terapii jest takie wzmocnienie pacjenta, by po przybyciu do miejsc, w których funkcjonuje, potrafił poradzić sobie z problemami i dylematami oraz na nowo zorganizować własne środowisko społeczne. W efekcie strategie retoryczne w pracy terapeutycznej przenoszone są przez pacjentów do miejsc ich codziennej egzystencji, szczególnie interesują ich plany, intencje, zadania i zamierzenia związane z kwestią tego, co im pomoże i jak to wdrożyć w swoje życie.

Paradoks sprawczości ma pedagogiczną naturę i wynika z pytania, czy można kogokolwiek skutecznie nauczyć sprawczości, jeżeli nie ma jej on w procesie uczenia, który jest kontrolowany. Czy osoba, która była w istocie prowadzona może być przygotowana do samodzielnego podejmowania decyzji i działania. Nawet jeżeli ma wrażenie, że sama kierowała procesem zmiany, bo terapeuta podejmował różne retoryczne i psychologiczne strategie, by zasłonić swoje sprawstwo.

Kwestia partycypacyjności

W psychoterapii często podnosi się kwestię udziału pacjenta w konstruowaniu planu działania. W niektórych nurtach, uważa się nawet, że to pacjent sam opracowuje rozwiązania własnych problemów. Można zatem zadać pytanie o partycypacyjny charakter terapii uzależnień, skoro zwykle pacjenci są prowadzeni przez psychoterapeutów, a program terapeutyczny ramowany jest instytucjonalnie. Czy jest to tylko zabieg retoryczny, mający osłodzić pacjentom gorzki podporządkowywanie się zaleceniom terapeuty? A może pacjenci z uzależnieniami, a więc z definicji nie mogący pokonać jakiejś zależności, bez psychoterapii nie byłiby w stanie samodzielnie przezwyciężyć nałogu.

Być może odpowiedź na te pytania wymaga bardziej złożonego i dynamicznego obrazu świata społecznego. Uzależnienie jest problemem edukacyjnym, społecznym, ekonomicznym oraz psychologicznym, a dla niektórych jeszcze duchowym. Z uwagi na rosnącą wrażliwość oraz nowoczesną komunikację społeczną, ludzie są bardziej narażeni na różnego rodzaju zagrożenia, wykluczenia, dysfunkcje i zranienia społeczne. Człowiek uczy się żyć jako istota przystosowująca się do różnych sytuacji i okoliczności, a jednocześnie kreuje zmiany społeczne, ponosi konsekwencje tych zmian i uczy się je aktywnie współtworzyć, choćby w mikroskali.

Uleganie wpływom i współtworzenie zmiany stanowią dwie strony jednak monety i nie muszą się wzajemnie wykluczać. Szczególnie na początku, uczestnicy terapii, zmęczeni skutkami nałogów, często dążą do stabilizacji (powrotu do dawnego porządku), nie chcą zmian i związanych z nimi decyzji. Każdy człowiek musi podejmować wiele decyzji równoległe, w

zakresie niektórych z nich może sugerować się zdaniem innej osoby, a jeżeli chodzi o inne podejmować działania bardziej autonomiczne. W procesie zdrowia obszar autonomii może być poszerzany. Są jednak pewne warunki etyczne, po pierwsze osoba doradzająca, powinna być życzliwym pomocnikiem, który nie realizuje interesów żadnej wielkiej instytucji, ani grupy zawodowej, ale kieruje się dobrem pacjenta, po drugie nie stosuje zbyt wielu zabiegów, by własną sprawczość ukrywać.

Ostatni problem wynika z tzw. sprawiedliwości epistemicznej. Włączenie pacjenta w proces diagnozy i konstruowania planu działania wymagałoby uznania jego wiedzy, jako eksperta z doświadczenia życiowego (lived experience expert). To mogłoby jednak być odebrane jako podważenie kompetencji profesjonalnych terapeutów, którzy nie mając takich doświadczeń, tym razem na odwrót, nie byłby traktowane jako partner. Rozwiązaniem tego dylematu wydaje się włączanie do systemu kształcenia terapeutów, osoby z doświadczeniami uzależnienia, które będą odnajdywały się w obu obszarach wiedzy.

Uspołecznienie pracy terapeutycznej

Psychoterapia uzależnień to kompozycja sposobów, metod i czynności mających na celu złagodzenie, oddalenie lub pozbycie się dolegliwości związanych z przymusem lub niekorzystnymi dla człowieka nawykami. Psychoterapia to szukanie w człowieku wewnętrznej siły, która otworzy możliwości nowego życia. Z perspektywy podjętych badań interwencja terapeutyczna w znacznym stopniu narzuca wzorzec postępowania pomocowego poprzez zalecenia terapeutyczne. Jednak ugruntowane empirycznie wnioski pokazują również, że terapia uzależnień nie może opierać się jedynie na metodach i technikach psychoterapii, ale że jej konieczną częścią musi być zorganizowane wsparcie społeczne, zarówno w ramach społeczności terapeutycznej, jak i w środowisku życia. Bardzo ważnym elementem pracy terapeutycznej jest przygotowanie pacjentów do podejmowania działań w środowisku, które można określić jako edukację społeczną, realizowaną lokalnie w kontekście kulturowo-społecznego dobrostanu tego miejsca³²⁸.

Profesjonalny dyskurs terapeutyczny wyposaża terapeutów w wiele narzędzi, służących organizacji pracy indywidualnej czy grupowej z pacjentem, znacznie mniej miejsca poświęca jednak samej grupie. Oczywiście, w każdym podręczniku terapii uzależnień podkreślana jest ważność wewnętrznych oddziaływań uczestników, jednak problematyka emancypacyjna czy upodmiotawiania (upełnomocniania) osób uzależnionych w różnych obszarach ich

³²⁸ M. Cichosz (2014) *Pedagogika społeczna, zarys problematyki*. Wyd. Impuls, s.136.

funkcjonowania społecznego jest na ogół zaniedbywana. W tym zakresie, ponad stuletnie doświadczenia pedagogiki społecznej inicjowania procesów samoorganizowania społeczności i jej emancypacji, może być istotnym wkładem w uspołecznianie zwykle psychologizowanej, a często nawet medyalizowanej pracy terapeutycznej.

Zastosowanie praktyczne form wsparcia społecznego i instytucji zawodowej terapeuty są obszarami badań podejmowanymi na gruncie pedagogiki społecznej³²⁹. Zatem przywoływane w rozprawie doktorskiej obserwacje i analizy mają swoje odniesienia w pedagogice społecznej oraz podejmowanej w jej ramach praktyce społeczno-wychowawczej. Szczególnie ważnym nawiązaniem jest koncepcja spirali życzliwości, która np. zainicjowana przez terapeutę, może stać się początkiem wprowadzania pozytywnej atmosfery do grupy, przyjaznego usposobienia i poczucia bycia wspieranym. Zjawisko to, opisane przez Stanisława Kawulę³³⁰, można prawdopodobnie z powodzeniem stosować w psychoterapii, bowiem z jednej strony wzmocni poczucie bezpieczeństwa, a z drugiej, dostarczy w miarę naturalnego, osobowego wsparcia, które będzie się rozprzestrzeniać. Warto dodać, że koncepcja spirali życzliwości nie tylko oferuje pomoc, ale również umożliwia udzielanie pomocy, które daje poczucie ważności i nie zastępowalności, a kontekście terapii uzależnień, może jeszcze spłacania społecznego długu.

Właściwie chodziłoby tylko o bardziej świadome wykorzystywanie tego mechanizmu, bo w grupie terapeutycznej występuje niekiedy podobne zjawisko. Gdy podejmowana jest praca nad poczuciem własnej wartości, wówczas jej fundamentem jest wspierająca życzliwość innych uczestników. Przekazując pacjentowi przyjazne uczucia i pozytywne oceny, wzmacniana jest jego samoocena i poczucie wartości. Wsparcie poprzez życzliwość ma swoje pozytywne konsekwencje w wielu obszarach. Może to być wsparcie w samorozwoju, w relacjach społecznych, emocjonalne, informacyjne, a nawet duchowe³³¹, tym bardziej, że termin *wsparcie społeczne* wywodzi się z działań praktycznych, przede wszystkim realizowanych w obszarze pomocy psychologicznej oraz działalności grup samopomocowych.³³²

³²⁹ M. Cichosz (2014) *Pedagogika społeczna, zarys problematyki*, Wyd. Impuls, s.144.

³³⁰ Kawula, S. (1996) *Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności*. Wychowanie na co dzień, 10–11, 14–17.

³³¹ Kawula S. (2005), *Spirala życzliwości jako cel społecznego wsparcia*. W: Kawula s. (red.), *Pedagogika społeczna – dokonania – aktualność – perspektywy*. Wyd. Adam Marszałek, Toruń, s. 124-134.

³³² Nowakowski, M. (2004) *Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów*, W: J. Kowaleski i P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* (s. 292–300). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 293.

Być może nawet wnioski wyprowadzane z prowadzonych przeze mnie badań, będą jakimś rodzajem wsparcia informacyjnego, które pedagodzy społeczni lub resocjalizacyjni mogliby wykorzystywać w kontakcie z uczniami lub ich rodzinami dotkniętymi problemem uzależnienia. Przedstawiane w pracy przypadki dają jakiś wgląd w problemy będące przyczyną uzależnienia oraz umożliwiają wyobrażenie sobie procesu poszukiwania ich rozwiązań oraz leczenia uzależnień poprzez terapię.

Wnioski metodologiczne, trzy perspektywy

W wielu pracach autorzy wyprowadzają wnioski metodologiczne, które są ważne dla rozwoju każdej dyscypliny empirycznej. Ponieważ podejmowane w ramach studiów doktoranckich badania okazały się znacznie bardziej rozległe i złożone, niż to było planowane, nie zdołałem jeszcze objąć ich pełną refleksją, będzie to prawdopodobnie dopiero przedmiotem późniejszych rozważań. Trudno jednak nie podzielić się jedną z ważniejszych konkluzji, a mianowicie problemu łączenia przez badacza kilku różnych perspektyw poznawczych.

Moja praktyka psychoterapeutyczna, znajomość procesu i obszarów tej pracy, podczas procesu badawczego, pozwoliła mi wnikliwiej przyjrzeć się temu, co działo się podczas sesji terapeutycznych. Jednak, z drugiej strony, była istotnym utrudnieniem w procesie analitycznym, bowiem efektem pierwszych rekonstrukcji było odtwarzanie struktury dyskursu profesjonalnego, który znałem ze szkoleń i publikacji. Przyjmując perspektywę badacza-obszera uczeźniczącego i analizując przebieg wydarzeń, odzwierciedlałem to, co dzieje się na sesji terapeutycznej, a potem doświadczenia badanych osób nieświadomie porządkowałem (kodowałem) przy pomocy koncepcji znanych mi już wcześniej (np. faz uzależnienia i etapów zdrowienia). Dopiero dyskusje w ramach Katedry Pedagogiki Społecznej i Resocjalizacji, oraz inne spotkania z badaczami, którzy nie są terapeutami, wymusiły powtórny kategoryzację już – mam nadzieję – wolną od przed-sądów propagowanych na szkoleniach.

Zauważyłem też, że doświadczyłem trzech punktów patrzenia na psychoterapię uzależnień. Pierwszy był perspektywą pacjenta, który w przeszłości doświadczał problemu uzależnienia i korzystał z profesjonalnego i nieprofesjonalnego wsparcia innych osób. Drugi punkt widzenia był perspektywą psychoterapeuty uzależnień, który prowadził sesje terapeutyczne, mając swoje ulubione metody, narzędzia pracy oraz stereotypy pacjentów. Trzecia perspektywa, która chronologicznie jest najpóźniejszą, to punkt widzenia badacza obserwującego z pewnym dystansem terapeutyczne procesy grupowe, patrzący na nie trochę z

boku. Te trzy spojrzenia zaowocowały trzema typami notatek obserwacyjnych oraz trzema płaszczyznami analizy.

Status terapeuty pozwolił mi w bardziej naturalny sposób prowadzić obserwację uczestniczącą, bowiem nie byłem w trakcie sesji osobą postronną, która raczej zakłóca jej przebieg niż pomaga. Mam też wrażenie, że znajomość pracy terapeutycznej, pozwoliła mi wnikliwiej zastosować narzędzie badawcze, jakim jest obserwacja uczestnicząca i z większą dokładnością obserwować sesje terapeutyczne.

Bibliografia:

- Abrahamson E. (2003). *Bezbolesne zarządzanie zmianą*, Harvard Business Review Polska, lipiec, 48-53.
- Albański L. (2010) *Wybrane zagadnienia z patologii społecznej*, Wyd. Kolegium Karkonoskie, Jelenia Góra.
- Albański L., Gola S. (2013) *Wybrane zagadnienia z pedagogiki opiekuńczej*, Wyd. KPSW, Jelenie Góra.
- Aleksandrowicz J. (2000) *Psychoterapia*, Wyd. Lekarskie PZM, Warszawa.
- Adler R.B., Rosenfeld L.B., Proctor R.F. (2021) *Relacje interpersonalne. Proces porozumiewania się*, Wyd. Rebis, Poznań, s.312.
- Auleytner J, Głabicka K. (2000) *Polityka społeczna pomiędzy opiekuńczością a pomocniczością*, Wyd. WSPTWP, Warszawa.
- Baciero Ruiz F. T. (2024) *Jaką rolę powinna odgrywać edukacja emocjonalna w wychowaniu moralnym?*. Acta Universitatis Lodziensis. Folia Philosophica. Ethica-Aesthetica-Practica, (43), 75–93.
- Balsy S., (1938) *Psychologia wychowawcza w zarysie*, Wyd. Książnica - Atlas, Warszawa.
- Bartol-Jarosińska D., Dubisz S. (1998) *Nauka o języku dla polonistów*, Wyd. KiW. Warszawa.
- Biernat T. (1994), *O świadomości także w wychowaniu*, „Wychowanie na co dzień”, nr 1–2.
- Borkowska S. (1985) *System motywowania w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa.
- Bartkowiak G., (2009) *Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji*, Wyd. PWE, Warszawa.
- Braciak J. (2002) *Prawo do prywatności*, B. Banaszak, A. Preisner (red.), Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP, Warszawa, s. 278.
- Bromder P. (2023) *Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie: Psychoterapii uzależnień. Z upoważnienia Ministra Zdrowia*, Podsekretarz Stanu /dokument podpisany elektronicznie/ 09-01-2023 r. s.6.
- Bronikowski M., (2004) *Metodyka wychowania fizycznego w reformowanej szkole*, Wyd. EMPI2.
- Batko A., Waluk E. (2020) *Nowe narkotyki, poradnik dla nauczycieli*, Wyd. GIS, Warszawa.
- Carrela A., (2003) *Refleksje o prowadzeniu życia*, Cantagalli.
- Chapman G. (2022) *Pięć języków miłości*, Wyd. Espirt. Kraków.
- Chodkiewicz J. (2003) *Poznawcza terapia leczenia uzależnień, w oparciu o koncepcję A. Becka*, TUiW, nr.2.

- Chodkiewicz J. (2006) *Zapobieganie nawrotom w chorobie alkoholowej, przegląd piśmiennictwa*, Czasopismo, Via Medica. Psychiatria, tom 3, nr 3. 105–111.
- Chrobak S. (2011) *Edukacja, wiedza zdolna ukierunkować człowieka w świetle pierwszych zasad i ostatecznych celów*, Wyd. Form pedagogiczne 2, Warszawa.
- Cichosz M., (2014) *Pedagogika społeczna, zarys problematyki*, Wyd. Impuls. Kraków.
- Cichosz M. (2016) *O pedagogice społecznej i jej rozwoju. Wybrane zagadnienia*, Wybór tekstów z badań własnych. Wyd. Impuls. Warszawa.
- Ciechowska M., Szymańska M. (2017) *Wybrane metody jakościowe w badaniach pedagogicznych*, Wyd. WAM, Kraków.
- Cierpiałkowska L., Ziarko M. (2010) *Psychologia uzależnień, alkoholizm*, WAIP, Warszawa.
- Cieślukowska-Ryczko A. (2022) *Rodzice więźniów. Studium doświadczeń*, Wyd. UŁ.
- Cohen L., Manion L., Morrison K., (1999) *Wprowadzenie do nauczania*, Wyd: Zysk i S-ka, Poznań.
- Cranton P. (1994) *Understanding and Promoting Transformative Learning: A Guide for Educators of Adults*, San Francisco: Jossey-Bass.
- Creswell J.W. (2013) *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe ilościowe i mieszane*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków.
- Czabała J. Cz., (2013) *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wyd. PWN. Warszawa.
- Czajkowska I., Herda K., (2001) *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole*, WSiP, Warszawa.
- Czyżewski M. (1984) *Socjolog i życie potoczne. Studium z etnometodologii i współczesnej socjologii interakcji*, Wyd: Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Danilewicz W., (2009) *Oblicza współczesności w pedagogice społecznej*, Wyd. ZAK, Warszawa.
- Danilewska J. (2002) *Agresja u dzieci, szkoła porozumienia*, Wyd. WSiP, Warszawa.
- Dąbrowski K. (1985) *Dezintegracja pozytywna*, Wyd: Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Dąbrowski Z. (2006) *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*, t. I i II. Wyd. UWM, Olsztyn.
- Demel M. (1980) *Pedagogika zdrowotna*, Wyd: WSiP, Warszawa.
- Dijk V. T. (2001) *Dyskurs jako struktura i proces*, PWN, Warszawa.
- Długosz A., (2007) *Narkomania, ucieczka donikąd. Co robić, aby chronić dzieci i młodzież przez uzależnieniami*, Wyd. Święty Paweł, Częstochowa.
- Duszek A. (1998) *Tekst, dyskurs, komunikacja międzykulturowa*, Wyd. PWN, Warszawa.

- Dziewiecki M., Porzeziński R., Racięcki J. (2019) *Dwanaście kroków nie z tej ziemi. Program H.A.L.T. Wolny człowiek*, Wyd. Rajmedia, Warszawa.
- Dziewiecki M. (2020) *Między śmiercią, a życiem. Człowiek uzależniony*, Wyd. Rajmedia, Warszawa.
- Dziubiński Z., Mazur Z., (2012) (red), *Kultura fizyczna w interakcyjnej perspektywie, Wstęp*, Wyd. AWF. Im. Józefa Piłsudskiego, Warszawa.
- Erickson C.K. (2013) *Nauka o uzależnieniach. Od neurobiologii do skutecznych metod leczenia*, Wyd. Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Erickson M.H., Rossi E.L. (1996) *Lutowy człowiek. Strategiczna terapia krótkoterminowa*, Wyd. GWP.
- Fudała J. (2008) *Jak pomagać osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie*, Warszawa.
- Fitzgerald R. (2016) *Bill W, i jego sponsor*, Wyd. Rajmedia, Warszawa.
- Flick U. (2010) *Projektowanie badanie jakościowego*, Wyd. PWN, Warszawa.
- Frederickson J. (2019) *Kłamstwa którymi żyjemy. Jak zmierzyć się z prawdą, zaakceptować siebie i zmierzyć swoje życie*, Wyd. W drodze. Poznań.
- Frydrychowicz A. (2006) *Jakość pracy poradni psychologiczno-pedagogicznej*, Wyd. CMPPP, Warszawa.
- Gaś Z.B. (1999) *Psychoprophylaktyka. Procedury konstruowania programów wczesnej interwencji*, Wyd. UMCS, Lublin.
- Gąsior K., Chodkiewicz J., (red.) (2010) *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wyd. Jedność, Kielce.
- Geller, M. S., Greenberg, L. S. (2017), *Obecność i zaangażowanie psychoterapeuty. Poszukiwanie efektywnej psychoterapii*, Wyd. Zielone Drzewo, Warszawa.
- Glaser B.G., Strauss A.L., (2009) *Odkrywanie teorii ugruntowanej*, Wyd. Nomos, Kraków.
- Glaser B.G., Strauss A.L., (2016) *Świadomość umierania*, Wyd. Nomos. Kraków.
- Gnitecki J. (2002) *Filozofia nauki i edukacja w okresie nowoczesności i ponowoczesności*, Wyd. Naukowe PTP, Poznań.
- Granosik M. (2016) *Od profesjonalnej nadziei do procedur: dyskursywna instytucjonalizacja polskiej pracy socjalnej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 35(4), s.45.
- Granosik M. (2013) *Praca socjalna – analiza instytucjonalna z perspektywy konwersacyjnej*, Wyd. UŁ, s.227).
- Granosik M. (2006) *Profesjonalny wymiar pracy socjalnej*, Wyd. Śląsk, Katowice.

- Granosik M., Gulczyńska A, Kostrzyńska, Littlechild (2018) *Here we are*, w: Granosik M., Gulczyńska A., Kostrzyńska, Littlechild, Participatory Social Work, Wyd. UŁ oraz Wyd. UJ, Łódź-Kraków.
- Grzegorzewska M. (1959) *Pedagogika specjalna*, Wyd: Państwowego Instytutu Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- E.Goffman, (2007) *Piętno*, Wyd, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne (GWP).
- Goffman E. (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, tłum. A. Dzierżyński. <https://www.kbpn.gov.pl> › portal, Społeczność terapeutyczna, artykuł z 26.05.2010r.
- Goldstein E. (2003) *Zaburzenia z pogranicza*, Wyd. GWP.
- Górski S. (1985) *Uwaga rodzice. Narkomania*, Warszawa.
- Hałas E. (2016) *Refleksyjny podmiot w świecie społecznym. O paradygmacie i założeniach socjologii interpretacyjnej*, Roczniki Nauk Społecznych, 8(44), 35-50.
- Heszen-Niejodek I. (1997) *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*, W: Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.). *Psychologia zdrowia: praca zbiorowa*. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa 1997: 21–39.
- Hojfeldt I. (2022) *Rozmowy z Ambasadorką z Akron, USA*.
- Hołyst B. (1991) *Przywrócenie życiu*, PWN, Warszawa.
- <https://www.terapianadwarta.pl>. *Na czym polega terapia uzależnień? Leczenie uzależnień krok po kroku*. Ośrodek Terapii Uzależnień Nad Wart, 2024.
- Jabłoński P. (2012) *Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów, Wstęp*, Wyd. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Jagięła J., (2007) *Socjoterapia w szkole. Krótki poradnik psychologiczny*, Wyd. Rubikon, Kraków.
- Jankowska M., (2010) *Zarządzanie emocjami. Krok w stronę zdrowia psychicznego*, Wyd. ORE, Warszawa.
- Jarosz M. (2001) *Słownik wyrazów obcych*, Wyd. Europa, Wrocław.
- Jelínek V. (2015) *Alfabet detoksykacji według Josefa Jonaše*, Wyd. DanMed, Gdańsk.
- Jędrzejko M.Z., Białas T. (2022) *Narkotyki i nowe substancje psychoaktywne. Zjawisko. Zagrożenia. Profilaktyka*, Wyd. Centrum Profilaktyki Społecznej, Warszawa.
- Józef Jan Alkoholik (1999) *Jestem alkoholikiem, świadectwa AA*, Wyd. W drodze.
- Jurczyński Z. (2002) *Narkomania. Podręcznik dla nauczycieli wychowawców i rodziców*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Johnson D.W., (1992) *Podaj dłoń*, Wyd. IPZ i T, Warszawa.
- Kamiński A. (1795) *Funkcje pedagogiki społecznej*, Wyd. PWN, Warszawa.

- Kargul J., (2012) *Upowszechnianie, animacja, komercjalizacja kultury*, Wyd. PWN, Warszawa.
- Karski J.B. (2006) *Praktyka i teoria promocji zdrowia, Wybrane zagadnienia*, Wyd. CeDeWu. Warszawa.
- Kawula S. (2009) *Czynniki i sieć wsparcia społecznego w życiu człowieka*, S. Kawula (red.), Pedagogika społeczna. Dokonania – aktualność – perspektywy (s. 115–134). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Kawula S. (2005), *Spirala życzliwości jako cel społecznego wsparcia*. W: Kawula s. (red.), Pedagogika społeczna – dokonania – aktualność – perspektywy. Wyd. Adam Marszałek, Toruń, s. 124-134.
- Kawula S. (1996) *Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności*, Wychowanie na co dzień, 10–11, 14–17.
- Kawula S. (1996) *Studia z pedagogiki społecznej*, Wyd. WSP. Olsztyn.
- Kawula S. (1999) *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych. Szkice o współczesnym wychowaniu*, Wyd. Akapit, Toruń, s. 340.
- Kazdin A.E., Weisz J.R., (2006) (red.), *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 277–280.
- Kenneth E., M.C G., (2005) *Superwizja w psychoterapii*, Wyd. GWP, Gdańsk.
- Kisiel M. (2001) *Zajęcia psychoedukacyjne dla uzależnionych*, Wyd. IPZ, Warszawa.
- Klasyfikacjami zaburzeń psychicznych na temat utraty kontroli (cytat z kryteriów uzależnienia od alkoholu): diagnoza z ICD-10.
- Kleinke C.L. (1994) *Common principles of psychotherapy*, Pacific Grove, Calif.: Brooks/Cole.
- Konarzewski K. (1982) *Podstawy teorii oddziaływań wychowawczych*, Warszawa.
- Kondziela J. (1972) *Filozofia społeczna, Zagadnienia wybrane*, Lublin.
- Koniecki K. (1985) *O procesie interakcyjnego wyznaczania miejsca, nieoczywistych rolach i rytuałach nowego pracownika w zakładzie przemysłowym*, (K. Konecki, 1985?, Trajektoria „nowego” w zakładzie przemysłowym. UŁ.
- Konopczyński M., (2007) *Metody Twórczej Resocjalizacji*, PWN, Warszawa.
- Kopińska M. (2000) *Język jako narzędzie interpretacji rzeczywistości, język obraz świata*, 53-76, J. Bartmiński, Etnolingwistyka, lingwistyka kulturowa, lingwistyką antropologiczną, Język a Kultura, 20, 2008: 15-33.
- Kordziński J. (2007) *Motywacja – tajemnica szkolnych sukcesów. Jak wzbudzić w uczniach pragnienie uczenia się, poradnik nauczyciela*, Wyd. Verlag Dashofer, Warszawa.

- Kosmala B., Bukowski S. (2007) *Sesja terapeutyczna w podejściu poznawczo-behawioralnym*, Psychoterapia 1 (140) s: 27–36, s.30.
- Kostowski W., (2005) *Uzależnienia: podstawowe pojęcia i teorie*, Wyd. Via Medica Psychiatria, tom 2, nr 2, 61–76, artykuł redakcyjny, Warszawa.
- Kowalski Z. (2015) *Komunikacja z pacjentem, Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Od przyczyn do praktycznych rozwiązań, Podręcznik dla lekarzy i studentów kierunków medycznych* (red) Z. Gaciong, P. Kardas, Wyd. NFP, Warszawa, s. 219.
- Krakowiak K. (red) (2017) *Diagnoza specjalnych potrzeb rozwojowych i edukacyjnych dzieci i młodzieży. Standardy, wytyczne oraz wskazówki do przygotowywania i adaptacji narzędzi diagnostycznych dla dzieci i młodzieży z wybranymi specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi*, Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji. Warszawa.
- Krischer M., Smolka B., Voigt B. (2020) *Effects of longterm psychodynamic psychotherapy on life quality in mentally disturbed children*, Wyd. Psychother, 30(8): 1039–1047.
- Krokiewicz A. (2000) *Sokrates. Etyka Demokryta i hedonizm Arystypa*, Wyd. Aletheia, Warszawa.
- Król-Fijewska M. (2023) *Stanowczo, łagodnie, bez lęku*, Wyd. Bookolika, Warszawa.
- Królica M., (2007) *Planowanie procesu edukacyjnego w przedszkolu – nowe wymagania, jakość, praktyczne rozwiązania*, Edukacja elementarna w teorii i praktyce, kwartalnik dla nauczycieli nr 1, s. 67-85. s.70.
- Kubacka-Jasiecka D. (2010) *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*, Wyd. W AiP. Warszawa.
- Kucińska M., Mellibruda J. (1997) *Program Analizy Przebiegu i Efektów Terapii Alkoholików (APETA) koncepcja i dotychczasowy przebieg badań*, Czasopismo: Alkoholizm i Narkomanii Numer: 3, s. 28.
- Kumański K., Pisarski A., (2010) *Zintegrowany model leczenia osób uzależnionych od alkoholu*, Gąsior K., Chodkiewicz J., (red.) Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna, Wyd. Jedność, Kielce s.180.
- Kunowski S. (1993) *Podstawy współczesnej pedagogiki*, Wyd: Salezjańskie, Warszawa.
- Kupisiewicz Cz. (2010) *Szkice z dziejów dydaktyki*, Wyd. Impuls, Kraków.
- Kupisiewicz M, (2013) *Pedagog specjalny. Słownik pedagogiki specjalnej*, Warszawa.
- Kurzeja A., (2008) *Pedagogika ulicy, profilaktyka zagrożeń*, Wyd. Impuls, Kraków.
- Kwieciński Z. Śliwerski B. (2003) *Pedagogika. Podręcznik akademicki 1*, Wyd. PWN, Warszawa.

- Langacker R. (1999) *Gramatyka i konceptualizacja*, Wyd. Mouton de Gruyter, Berlin.
- Lenz A. (2003) *Ressourcenorientierte Beratung – Konzeptionelle und methodische Überlegungen*, „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie” 52, n.4., s.235. - 234-249.
- Łapińska R. (1966) *Psychologia wieku dorastania*, PWN, Warszawa.
- Lewicki Cz. (2006) *Edukacja zdrowotna systemowa analiza zagadnień*, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski Rzeszów.
- Łobocki M. (2009) *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Wyd. Impuls, Kraków.
- Łobocki M., (2003) *Poszukiwanie skutecznych form wychowania*, Wyd. Impuls, Warszawa.
- Mańkowska B. (2020) *Superwizja. Jak chronić się przed wypaleniem zawodowym*, Wyd. Wolters Kluwer. Warszawa.
- Marcinkowski J.T, Jabłoński P. (2013) *Zarys historii terapii uzależnień w Polsce, a współczesny system pomocy osobom uzależnionym*, Narkomania: Bezpłatne porady ekspertów on-line, KBds.PN, Warszawa.
- Marek A., Konarska-Wrzosek V. (2004) *Prawo...*, s. 16; L. Tyszkiewicz [w:] *Prawo karne. Część ogólna, szczególna i wojskowa*, red. T. Dukiet-Nagórska, Warszawa 2010, s. 28; J. Warylewski, *Prawo karne. Część ogólna*, Warszawa, s. 57–59.
- Marynowicz-Hetka E., (2006), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*, 1, Wyd. PWN.
- Mayer J. D., Salovey P. (1999), *Czym jest inteligencja emocjonalna?* [w:] Salovey P., Sluyter D. J. (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, Poznań: Dom Wydawniczy „Rebis”, s. 23–69.
- Mellibruda J. (1997), *Psychobiospołeczna koncepcja uzależnienia od alkoholu. Alkoholizm i Narkomania*, nr 3, s.28.
- Mellibruda J., (2011) *Siedem ścieżek integracji psychoterapii. Ślady dziecięcych traum i toksycznych relacji jako wyzwanie*, Wyd. IPZ, Warszawa.
- Mellibruda J. (1997) *Strategiczno-strukturalna terapia uzależnienia*, *Czasopismo: Alkoholizm i Narkomania*, nr: 3, 28.
- Mider D. (2021) *Sztuka i nauka formułowania pytań w badaniach ilościowych. Nowa rzeczywistość, nowe wyzwania*, *Kultura i Edukacja*, nr 3 (133), s. 243–258.
- Miler P.M, (2002) *Terapia uzależnień. Metody oparte na dowodach naukowych*, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego.
- Milewski B., Śliwerski B. (red.), *Pedagogika*, Wydawnictwo Naukowe, PWN, Warszawa 2000, s. 54.

- Miller W.R., Forcehimes, A.A., Zweben A., (2014) *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*, Wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków.
- Miller W.R., Muñoz R.F. (2017) *Picie pod kontrolą*, Wyd. PARPA, Warszawa.
- Miller W.R., Rollnick S. (2012) *Motivation interviewing: Helping people change* (wyd.3). Guilford Press, New Your; wyd. Pol. Dialog motywujący: jak pomóc ludziom w zmianie. Przeł. R. Andruszko. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Moczydłowska J., Pełczyńska I., (2005) *Profilaktyka w szkole dla młodzieży niedostosowanej społecznie*, Wyd. Oświatowe FOSZE, Rzeszów.
- Motyka M., Marcinkowski J.T., (2015) *Dlaczego zażywali środki psychoaktywne? Cz. I. Rola i znaczenie środków psychoaktywnych w kulturze: od Pradziejów do początku XX wieku*, Wyd. PHiE, Poznań.
- Motyka M. (2015) *Politoksykomania, kliniczny opis przypadku*, Wydział Socjologiczno-Historyczny, Uniwersytet Rzeszowski. s. 228. *Hygeia Public Health*, 50(1): 226-232.
- Nęcka E., Orzechowski J., Szymura B. (2006) *Psychologia poznawcza*, Warszawa.
- Nęcki Z., (2006) *Kompetencje i umiejętności komunikacyjne nauczyciela – zarys problemów*, W.J. Maliszewski (red.). *Komunikowanie społeczne w edukacji – dyskurs nad rolą komunikowania* (s. 9–12). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Niewiadomska M., Sikorska-Głodowicz M. (2004) *Alkohol , uzależnienie fakty i mity*, Wyd. KUL, Lublin.
- Nowak E. (2005) *Sztuka zadawania pytań*, W: *Doskonalenie warsztatu nauczyciela polonisty*, Red. A. Janus-Sitarz. Kraków, s. 145.
- Nowakowski M. (2004) *Pojęcie wsparcia społecznego i problemy jego pomiaru ze szczególnym uwzględnieniem populacji seniorów*, W: J. Kowaleski i P. Szukalski (red.), *Nasze starzejące się społeczeństwo. Nadzieje i zagrożenia* (s. 292–300). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Nowicka U. (2017) *Pozbawienie władzy rodzicielskiej w polskim porządku prawnym*, Wyd. *Ius Matrimoniale* 28, nr 4, s.15.
- Oei T.P., Raylu N. (2016) *Program terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu hazardu problemowego*, Podręcznik terapeuty, Wyd. KBds.PN, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010) *Osobowość, stres, a zdrowie*, Wyd. Dyfin, Warszawa.
- Ogińska-Bulik N. (2012) *Stres i radzenie sobie*, w: E. Bielawska-Batorowicz (red.), *Wprowadzenie do ekonomii dla ekonomistów*, PWE, Warszawa.
- Okoń W. (2001) *Nowy słownik pedagogiczny*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa.
- Okoń W., (1995) *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, PWN, Warszawa.

- Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewskiego K. (red) (2010) *Promocja zdrowia psychicznego. Badania i działania w Polsce, część 2*, Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa s. 102.
- Pasek M. (1998) *Narkotyki. I co dalej*, Wyd. Toret, Warszawa.
- Pasternak E., Paśnik K., Plewka N. (2015) *Uzależnienie od opioidów – etiopatogeneza, rozpoznawanie i leczenie oraz ważna rola pielęgniarki*, Wyd. PZP, Warszawa, 5(2); 209–214.
- Paterson R. (2007) *Jak być asertywnym – Trening*, Wyd. HELION, Gliwice.
- Pawłowska R., Jundziłł E. (2000) *Pedagogika społeczna samotnego*, Wyd. WSH, Gdańsk.
- Pietrasieński Z. (2001) *Mądrość czyli świetne wyposażenie umysłu*, Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
- Pikała A., Sasin M. (2016) *Arteterapia. Scenariusze zajęć*, Wyd. Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Poćwiardowska B. (2013) *Teoretyczne podstawy wspomagania rozwoju kompetencji wychowawczych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym*, Wyd. UKW, Bydgoszcz.
- Poprawa K. (2010) *Alkoholizm jako choroba, w pół wieku po Jellinku*, K. Gąsiora, J. Chodkiewicza (red) (2010) *Leczenie alkoholików i członków ich rodzin. Perspektywa badawcza i praktyczna*, Wyd. Jedność, Kielce, s. 148.
- Porayski-Pomsta J. (1996) *Nauka o języku dla polonistów*, Wyd. Książka i Wiedza, s.28.
- Porzeziński R., Racięcki J. (2015) *Zeszyt raz, dwa i trzy. Dlaczego warto zrobić dwanaście kroków*, Wyd. Rajmedia. Warszawa.
- Półturzycki J., (2007) *Dydaktyka dla nauczycieli*, Toruń, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, s.31.
- Pulecyn T. (2011) *Wspinaczka o ludziach, którzy wytrwali w drodze na szczyt*, Wyd. Promic, Warszawa.
- Radlińska H., (1961) *Egzamin z pedagogiki społecznej. Przegląd treści wykładów*, [w] H. Radlińska.
- Radlińska H. (1961) *Pedagogika społeczna*, Ossolineum, Kraków.
- Radlińska H *Pisma pedagogiczne*, t. 1: *Pedagogika społeczna*, wstęp R. Wroczyński, A. Kamiński, opracowanie W. Wyrobkowska-Delewska. Wrocław.
- Rejzner A., Szczepaniak P., (2009) *Terapia w resocjalizacji, część II ujęcie praktyczne*, Wyd: Żak, Warszawa.
- Richmond M. (1917) *Social Diagnosis*, New York: Russell Sage Foundation.
- Riemann G. (2000), *Die Arbeit in der sozialpädagogischen Familienberatung. Interaktionsprozesse in einem Handlungsfeld der sozialen Arbeit*, Juventa, Weinheim und

- München, s.122-123, za: M. Granosik, 2013, *Praca socjalna – analiza instytucjonalna z perspektywy konwersacyjnej*, Wyd. UŁ, s.227
- Riper H., Andersson G., Christensen H. (2010), *Theme issue on mental health: a growing field in internet research*. Journal of medical Internet research, nr. 12(5), e74.
- Robson P. (1997) *Narkotyki*, Kraków.
- Rodak I., Lutze I., Matejkowski A., (2016) *Standardy funkcjonowania poradni psychologiczno-pedagogicznych*, Wyd. ORE, Warszawa.
- Rogers C. (2004). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*, London: Constable.
- Rogers C.R (2021) *O stawaniu się osobą*, Wyd. Rebis. Poznań.
- Rogers C. (1988) *O Zostaniu Osobą – spojrzenie terapeuty na psychoterapię*, Londyn: Constable.
- Rohr P. H. (2013) *Uzależnienie przyczyny i terapia*, Wyd. W drodze, Poznań.
- Rohr P. (2014) *Sztuka doceniania siebie. Jak zyskać poczucie własnej wartości i pewności siebie*, Wyd. ESPE, Kraków.
- Romaniuk J, (2024) *Integracja w psychoterapii osób z problemem uzależnienia w praktyce klinicznej*, Czasopismo Terapia, nr. 1/2024.
- Robinson B.E. (2000). *A typology of workaholics with implications for counsellors*, Journal of Addictions Offender Counseling, 21(1), 34–48.
- Ron B. (1994) *Trzeźwe myśli. Humor i mądrość w powrocie do zdrowia*, Wydawnictwo, Media rodzina. Poznań.
- Rowicka M. (2019) *Przegląd i analiza badań z zakresu e-uzależnień wśród dzieci i młodzieży w Polsce wraz z wnioskami i rekomendacjami w zakresie profilaktyki*, Wyd. KBdsPN, Warszawa.
- Rowicka M. (2015) *Uzależnienia behawioralne. Terapia i Profilaktyka*, Wyd. KBds.PN. Warszawa.
- Schiraldi G.R. (2002) *Jak zwiększyć poczucie własnej wartości? Trening*, Wyd. Helion, Gliwice.
- Schrodt P (2009) *Family strength and satisfaction as functions of family communication environments*, Communication Quarterly. 57, s. 171-186.
- Schütze, F. (1994) *Strukturen des professionellen Handelns, biographische Betroffenheit und Supervision*. „Supervision”, tom 26, s. 16–23, za M.Granosik (2016) *Od profesjonalnej nadziei do procedur: dyskursywna instytucjonalizacja polskiej pracy socjalnej*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje”, nr 35(4), s.45.

- Schwarzer R. (2017) *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuowaniu zachowań zdrowotnych*, Heszen-Niejodek I., Sęk H. Psychologia zdrowia, (175-205). Warszawa. PWN.
- Shoemaker S. (1994) *Introspection*, [w:] A Companion to the Philosophy of Mind, red. S. Guttenplan, Blackwell, Oxford, s. 395-400.
- Skałbani B., (2011) *Diagnostyka pedagogiczna*, Wyd. Impuls.
- Skarżyńska K., Cisłak J., Henne K. (red.). (2009) *Przekonania w życiu jednostek, grup, społeczności*, (s. 87–96). Warszawa, Wyd. Academica SWPS. Żemojtel-Piotrowska, M., Piotrowski, J. *Narzekanie i roszczeniowość, a przekonani(de)legitymizujące świat społeczny*.
- Słownik języka polskiego, <https://sjp.pwn.pl>.
- Smółka E. (2005) *Filozofia kształtowania charakteru. Fryderyka Wilhelma Foerstera teoria wychowania w świetle założeń personalizmu chrześcijańskiego*, Wyd. „Maternus Media”, Kraków.
- Sobol E. (1999) (red) *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa.
- Sobolewska-Mellibruda Z. (2011) *Psychoterapia dorosłych dzieci alkoholików. Strategie procedury i opis przypadków pracy psychoterapeutycznej*, Wyd. Zielone drzewo, IPZ. Warszawa.
- Stochmiątek J. (1993) *Kierunki rozwoju współczesnej pedagogiki opiekuńczej i specjalnej*, WSP Częstochowa.
- Studzińska M. (1989) *Dzieci przedszkolne poznają przyrodę ożywioną*, Wyd. WSiP, Warszawa.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C., (1984) *Social Organisation of Medical Work*, Routledge, New York.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C. (1985) *Social organization of medical work*, University of Chicago Press.
- Strona internetowa, Alma Libre Warszawa, <https://www.almalibre.pl> › mechanizm-rozpraszania-rozd...
- Sumińska S., Grodecka P, (2022) *Radzenie sobie ze stresem. Poradnik*, Wyd. CIOP, PIB, Warszawa.
- Świątkiewicz G. (2012), *Uzależnienia od narkotyków – kontekst społeczny*, (red) Uzależnienie od narkotyków. Podręcznik dla terapeutów, Wyd. KBds.PN, Warszawa.
- Szczepański J. (1984) *Sprawy ludzkie*, Warszawa.
- Tarnowski S. (1904) *Historia literatury polskiej*, t. 5, Warszawa.

- Tepperwein K. (2004) *Moc kreatywnej wyobraźni. Stwarzaj swoje życie*, Wyd. Ravi.
- Theiss W, Przeclawska A. (1996) *Pedagogika społeczna, nowe zadania i szanse*, [w:] A. Przeclawska (red.), *Pedagogika Społeczna*. Kręgi poszukiwań, Warszawa.
- Tischner J. (2017) *Krótki przewodnik po życiu. Nieznane teksty*, Wyd. Znak. Kraków.
- Tokarska-Bakir, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Trzebińska E., (1998) *Dwa wizerunki własnej osoby*, Wyd. Instytutu Psychologii PAN, Warszawa.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (DzU z 2018 poz. 1510).
- Waldenfels B. (2016) *Świat życia niegdyś i dziś*, Wyd. Kultura i Wartości, nr 20, s. 6.
- Wellwood J. (1996) *Reflection and presence: The dialectic of self-knowledge*, Journal of transpersonal Psychology, 28, 107 – 128.
- Wieczorkowska M. (2017) *Teoretyczne i metodologiczne aspekty badań nad procesami medykalizacji – zarys problematyki*, Wyd. Przegląd socjologiczny, 66(1): 33–52.
- Wilczyńska W. (2002) *Słowniczek najważniejszych pojęć dotyczących autonomizacji*, (w) *Autonomizacja w dydaktyce języków obcych. Doskonalenie się w komunikacji ustnej*. (red. W. Wilczyńska), Wyd. Naukowe UAM, Poznań, str. 317-335. S. 321.
- Witkowski L., (2014) *Niewidzialne środowisko. Pedagogika kompletna Heleny Radlińskiej. Jako krytyczna ekologia idei, umysłu i wychowania. O miejscu pedagogiki w przełomie dwoistości w humanistyce*, Wyd. Impuls, Kraków.
- w humanistyce*. Wyd. Impuls. Kraków.
- Wojnar M. (2017) *Medyczne aspekty uzależnienia od alkoholu*, Wyd. PARPA. Warszawa.
- Wojtyła K. (1969) *Dlaczego boję się powiedzieć kim jestem? Komunikacja Allena Argusa*. Kraków.
- Włodarski Z. Hankała A. (2004) *Nauczanie i wychowanie jako stymulacja rozwoju człowieka*, Wyd. Impuls, Kraków.
- Woronowicz B.T. (2001) *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*, Wyd. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Wroczyński R. (1966) *Pedagogika społeczna*, PWN, Warszawa.
- Wroczyński R., (1979) *Pedagogika społeczna, jej podstawowe pojęcia oraz rozwój problematyki*, Wyd. PWN Warszawa.
- Wróblewska M. (2011) *Kształtowanie tożsamości w perspektywie rozwojowej i edukacyjnej. Pogranicze*. Studia Społeczne, t. XVII, s. 176-187.
- wsjp.pl, <https://wsjp.pl> › hasło › podgląd › determinacja.

- Zapotoczny-Pelak J. (2020) *Uzależnienia, poradnik prawny*, Wyd. Stowarzyszenie Dogma, Rybnik.
- Zarzecki L., (2012) *Teoretyczne podstawy wychowania teoria i praktyka w zarysie*, Wyd. KPSW, Jelenia Góra.
- Zgliszczyński W. (2016) *Alkohol w Polsce*, „Infos. Zagadnienia społeczno-gospodarcze” nr 11, s.4., artykuł opublikowany na stronie internetowej Biura Analiz Sejmowych, dostęp online: <http://orka.sejm.gov.pl/>.
- Zięciak M. (2023) *Wiedza kadry pedagogicznej młodzieżowych ośrodków wychowawczych w zakresie uzależnień nieletnich*, Studia Paedagogica Ignatiana, T. 26, nr 2, s. 171–193.
- Ziółkowski M. (1981) *Znaczenie, interakcja, rozumienie. Studium z symbolicznego interakcjonizmu i socjologii fenomenologicznej jako wersji socjologii humanistycznej*, Wyd. P.W.N. Warszawa.
- Znaniecki F. (2011) *Relacje społeczne i role społeczne: niedokończona socjologia systematyczna*, przełożenie E. Hałas, Wyd. PWN, Warszawa.
- Znaniecki F. (1973) *Socjologia wychowania. T.2. Urabianie osoby wychowanka*, Warszawa: PWN.
- Żurek T. (2004) *Medyczo-psychologiczne aspekty alkoholizmu*, *Perspectiva Legn Stud Teol Hist*, 1: 159-174.

