

OŚRODEK PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ I DIAGNOZY KRYZYSU

Wstęp

Jesteśmy specjalistami psychoterapii uzależnień. Od wielu lat – w sposób praktyczny - pracujemy z osobami duchownymi uzależnionymi od środków psychoaktywnych. Miejscem naszej działalności są różne placówki na terenie województwa świętokrzyskiego. Wielokrotnie obserwowaliśmy codzienną egzystencję uzależnionych księży. Znamy więc mechanizmy rozwoju nałogu, funkcjonalne i niefunkcjonalne metody terapeutyczne oraz przebieg zdrowienia, a także charakter ewentualnych nawrotów choroby.

Poniższe opracowanie nie aspiruje do statusu pracy naukowej, stanowi raczej próbę uzasadnienia programu psychoterapii uzależnień stosowanego w naszym ośrodku (rozbudowanego o moduł rozwoju pacjenta w szerszym zakresie). Nasz program został skierowany do osób duchownych – księży i zakonników, którzy zmagają się z problemem uzależnienia od alkoholu, środków psychoaktywnych oraz innych uzależnień behawioralnych (hazard, pornografia itp.).

W związku z tym nasza praca ma uzasadnić konieczność podejmowania komplementarnych działań do samej psychoterapii uzależnień. Chcielibyśmy przedstawić znaczenie takich obszarów, jak komunikacja interpersonalna z elementami ART¹, wgląd w potrzeby i emocje, kwestie związane z rodziną pochodzenia², problemy z seksualnością³. Wszystkie wymienione zagadnienia zazwyczaj przewijają się w terapii uzależnień. Mają one wpływ na proces zdrowienia. Często jednak są pomijane i niedostatecznie opracowane.

W naszym programie staramy się podchodzić do tych obszarów kompleksowo. Tym samym kładziemy nacisk na rozwojowe zyski z takiej pracy. Poniższy tekst tłumaczy również nasze rozumienie mechanizmu powodującego pogrążanie się duchownych w nałogu. Wychodzimy z założenia, że osoba duchowna (ksiądz czy zakonnik) wchodzi w uzależnienie w wyniku kryzysu powodującego zaburzenia tożsamości, zagubienie i cierpienie z tym związane. Alkohol oraz inne środki stają się doraźnym „lekarstwem” łagodzącym ból, co - choć subiektywnie wydaje się walorem - nie pozwala jednak przeżyć pozytywnej zmiany tożsamości i skorzystać z szansy jaką daje kryzys (a także dezintegracja z nim związana).

¹ J. Baniak, *Czynniki kryzysu tożsamości kapłańskiej wśród księży katolickich w Polsce. Studium socjologiczne*, „Teologia Praktyczna” 2007, t. 8, s. 231.

² Tamże, s. 232.

³ Tamże, s. 223.

Uważamy bowiem, że cierpienie pacjenta jest raczej szansą na zmianę tożsamości w wyniku zmagania się z kryzysem emocjonalnym⁴. Według nas problem tkwi właśnie w unikaniu cierpienia poprzez ucieczkę alkohol i inne środki psychoaktywne czy lokowanie emocji w hazardzie, pornografii, zakupoholizmie czy „pułapce aktywizmu”⁵. Zatem istotnym elementem programu jest kompleksowa diagnostyka prowadzona przez specjalistów psychoterapii uzależnień, psychiatrę, seksuologa, psychologów, terapeutów systemowych oraz terapeutów psychodynamicznych. W metodzie diagnozy przyświeca nam filozofia przedstawiona przez Kazimierza Dąbrowskiego: „...podobną siłę sprzężenia będzie miał udział w diagnozie grupy ludzi – przedstawicieli różnych specjalności, pracujących nad diagnozą i psychoterapią pacjenta jeśli ich praca będzie zsyntetyzowana, sprzężona, a zatem wielopłaszczyzniowa i wielopoziomowa”, i dalej „jednostek, które są związane empatią i dążą do wszechstronnego, pogłębionego ogarnięcia danej rzeczywistości, a więc – konkretnie – postawienia możliwie najbardziej wszechstronnej diagnozy stanu pacjenta”⁶. Działania diagnostyczne zmierzają do poznania zasobów i ograniczeń pacjenta, ale również do wydobycia na światło dzienne - ukrywających się często w przeszłości i strzeżonych przez mechanizmy obronne - przyczyn kryzysów. W pracy terapeutycznej korzystamy m.in. z metody społeczności terapeutycznej, wprowadzając nie tylko istotny czynnik leczący i samopomocowy, ale także stwarzając pacjentowi szersze pole do autodiagnozy i autopsychoterapii.

Tożsamość jako taka i tożsamość duchownego

Jak wiadomo istotą poczucia tożsamości jest poczucie indywidualności i niepowtarzalności. Paradoksalnie jednak warunkiem przeżywania oraz kształtowania własnej tożsamości, wyodrębnienia z otoczenia, jest utożsamianie się z innymi ludźmi, zaangażowanie w otaczający świat oraz realizowanie pełnionych ról społecznych, z którymi się identyfikujemy. Akcentują to zwłaszcza psychospołeczne koncepcje tożsamości⁷. W procesie formacji duchowej kandydaci na księży czy zakonników przechodzą przyspieszony „kurs” kształtowania tożsamości. Przygotowują się do pełnienia trudnej roli kapłana. Jak wskazuje

⁴ D. Kubacka-Jasiecka, *Kryzys emocjonalny i trauma szansą na rozwój i potęgowanie zdrowia. Wątpliwości i pytania*, „Rocznik filozoficzny Ignatum” 2016, nr 1, t. XXII, s. 13; A. Jędrzejak, *Tożsamość kapłana w refleksji polskich teologów XXI wieku*, Lublin 2010, s. 65.

⁵ A. Jacyniak, Z. Płużek, *Świat ludzkich kryzysów*, Kraków 1997, s. 108.

⁶ K. Dąbrowski, *Trud istnienia*, Komorów 1996, s. 18.

⁷ D. Kubacka-Jasiecka, *Zmiany tożsamości w przebiegu zmagania się z kryzysem emocjonalnym*, Kraków 2002, s. 90.

prof. Baniak „ludzie wierzący chcą, aby kapłan był do ich dyspozycji niemal zawsze i wszędzie: w świątyni, w kancelarii parafialnej, w ich domu rodzinnym, na cmentarzu”⁸. Dochodzą do tego znaczne zmiany w życiu przyszłego kapłana takie jak: wyjście z domu rodzinnego, rezygnacja z życia partnerskiego, mglista – zapewne - wizja dożywotniego celibatu.

Czynniki kryzysu tożsamości kapłańskiej

Termin „kryzys” ma wiele znaczeń i interpretacji oraz liczne zastosowania. Nas interesuje oczywiście „świat ludzkich kryzysów”⁹. Dokładnie rzecz biorąc: kryzysy egzystencjalne, a w ich ramach kryzysy tożsamości kapłańskiej. Jako praktycy spotykamy się z cierpieniem związanym z kryzysem tożsamości u naszych pacjentów. Obraz każdego przypadku jest specyficzny, zawsze zindywidualizowany, posiadający niektóre unikalne cechy i własny charakter. Przy obserwacji wielu przypadków pojawia się jednak pewien schemat - wspólny mianownik - możliwy do uchwycenia i opisanego w zakresie podłoża rodzącego się kryzysu. Aby dokonać próby opisu tego zjawiska oprzemy się na istniejących opracowaniach i badaniach polskich, a szczególnie na przywoływanej już pracy Józefa Baniaka.

Religijne i kościelne czynniki kryzysu tożsamości kapłańskiej księży

Religijne i kościelne czynniki kryzysu	Księża diecezjalni		Księża zakonnici		Księża razem	
	Procenty	Ranga	Procenty	Ranga	Procenty	Ranga
Zaniedbywanie spowiedzi	72,6	2	74,5	1	73,3	1
Celibat i samotność	74,8	1	69,7	2	73,0	2
Brak brewiarza i modlitwy	70,0	3	65,4	3	68,4	3
Konflikty na plebani	68,4	4	59,6	8	65,4	4
Kryzys modelu kapłana	65,7	7	64,2	4	65,2	5
Łamanie celibatu	63,2	9	61,4	6	62,6	6
Słaby autorytet księży	66,3	6	53,7	13	62,0	7
Zła polityka kadrowa	66,5	5	50,8	18	61,1	8
Brak powołania	63,7	8	55,5	10	60,9	9
Kryzys wiary i pobożności	61,2	12	58,8	9	60,4	10
Podziały w Kościele	58,8	16	60,2	7	59,3	11
Kryzys samopomocy	57,7	18	60,2	7	58,6	12
Konflikty z władzą kościelną	62,6	10	50,6	19	58,4	13
Zły odbiór roli księdza	61,4	11	52,6	14	58,3	14
Polityka biskupów	60,7	13	51,6	17	57,6	15
Kryzys posług księdza	59,8	14	52,3	15	57,2	16
Zły styl pracy księdza	58,8	16	54,2	12	57,2	16
Kryzys solidarności	58,4	17	54,8	11	57,1	17
Desakralizacja kultu	59,6	15	51,7	16	57,0	18
Lekeważenie kazań	53,6	19	63,7	5	57,0	18
Błędy w katechezie	52,8	20	50,4	20	52,0	19
Konflikty ze świeckimi	51,2	21	41,4	21	47,9	20
Kryzys wiary w Jezusa	34,6	22	40,8	22	36,7	21
Inne czynniki	23,3	23	20,4	23	22,4	22
Średnia preferencji	59,5	—	55,0	—	58,0	—

⁸ J. Baniak, dz. cyt., s. 214.

⁹ Zob. A. Jacyniak, Z. Płużek, *Świat ludzkich kryzysów*.

Świeckie czynniki kryzysu tożsamości kapłańskiej badanych księży

Świeckie czynniki kryzysu	Księża diecezjalni		Księża zakonni		Księża razem	
	Procent	Ranga	Procent	Ranga	Procent	Ranga
Trwale stosunki seksualne	83,7	1	70,4	1	79,1	1
Trwale więzi uczuciowe	77,3	2	68,5	3	74,4	2
Chęć posiadania rodziny	72,4	3	66,3	4	70,4	3
Chęć posiadania dzieci	70,6	4	61,8	7	67,2	4
Brak uzdolnień do celibatu	64,4	10	63,4	5	64,8	5
Niechęć do celibatu	65,7	8	60,4	8	63,9	6
Lęk przed samotnością	68,3	5	54,6	11	63,7	7
Alkoholizm i pijaństwo	65,3	9	62,4	6	63,4	8
Wygodnictwo życiowe	67,4	6	55,0	10	63,2	9
Łatki styl życia	67,2	7	52,6	12	62,2	10
Poczucie bezsensu życia	62,6	11	56,6	9	60,5	11
Homoseksualizm księży	52,8	15	69,3	2	58,4	12
Kłopoty zdrowotne	58,4	13	48,7	14	55,0	13
Nerwice i psychozy	58,8	12	45,3	16	54,2	14
Materializm praktyczny	55,3	14	49,2	13	53,2	15
Postawy polityczne	52,6	16	42,6	18	49,3	16
Czas wolny od pracy	50,5	17	43,8	17	48,2	17
Narkotyki i lekomania	45,2	18	48,4	15	46,3	18
Kłopoty rodzinne	43,7	19	38,6	19	41,9	19
Patologia seksualna	37,2	20	32,4	21	35,6	20
Kłopoty z prawem	35,6	21	26,7	22	32,6	21
Kłopoty finansowe	31,3	22	33,2	20	32,2	22
Inne czynniki	20,4	23	18,7	23	19,8	23
Srednia preferencji	58,2	—	51,8	—	56,0	—

Przedstawione wyżej wyniki badań tego autora wskazują na grupy czynników, które wywarły silny wpływ na kryzys kapłański i dopomogły duchownym w rezygnacji z kapłaństwa. Podział ten oparty o czynniki świeckie i religijne pozwala skonkretyzować i uszczegółowić spojrzenie na ten problem.

1. Tęsknota księdza za wspólnotą małżeńską i rodzinną;
2. Materializm praktyczny i wygodnictwo życiowe;
3. Budżet czasu wolnego księży;
4. Liberalne podejście do zasad etyki katolickiej;
5. Nadużywanie środków psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, leki) w środowisku księży;
6. Uległość księży wobec władzy cywilnej i politycznej;
7. Kłopoty w rodzinie macierzystej księdza.

Należy zaznaczyć, że przywołane badanie uwzględniało księży, którzy zrezygnowali z kapłaństwa i założyli nowe rodziny (żonaci księży). Pośród świeckich czynników kryzysu tożsamości kapłańskiej zwracamy uwagę na „alkoholizm i pijaństwo” o stosunkowo wysokiej randze 8 oraz na „narkotyki i lekomania” o randze 18. Anna Jędrzejak proponuje podział na

przyczyny zewnętrzne i wewnętrzne¹⁰ - rozszerzając katalog czynników wyodrębnionych przez Józefa Baniaka. Tym samym podkreśla ona rolę formacji seminaryjnej i w niej upatruje początek problemów kleryka, które mogą później zaowocować kryzysem tożsamości kapłańskiej. Na podstawie relacji „byłych księży” wyodrębnia ona zatem nadmierny indywidualizm, skłaniający do udawania, fałszowania emocji lub ich ukrywania, przeżywania problemów w samotności¹¹. Zwraca także uwagę na skutki częstych zmian parafii i oczekiwanie zerwania kontaktów z byłymi parafianami. Grozi to depersonalizacją więzi z ludźmi i pogłębia - i tak poważny - problem samotności wśród księży¹². Kolejnym zauważanym przez autorkę problemem jest „ucieczka w aktywizm”, nadmierne zaangażowanie i pracoholizm. Jest to, być może, próba znalezienia sposobu na poradzenia sobie z rutyną codziennego życia duchownego lub reakcja na rozwijający się kryzys sacrum czy kryzys powołania kapłańskiego¹³

Skutki kryzysu

Przepracowanie pozytywne kryzysu. Najbardziej pożądanym stanem do którego może dojść w kryzysie tożsamości jest oczywiście rozwój osobowości - wtórna integracja na wyższym poziomie¹⁴. Warunkiem uruchomienia procesów przemiany jest obecność stwarzających dyskomfort uczuć niepokoju, bólu, cierpienia, a także przeżycia własnej bezsilności egzystencjalnej. Wytwarzają one impuls do zmiany...¹⁵. Zaznaczamy w tym miejscu, że odnośnik do teorii dezintegracji pozytywnej Kazimierza Dąbrowskiego użyty powyżej ma znaczenie – w pewien sposób - symboliczne, pokazujące jedno z możliwych rozwiązań. Mamy bowiem świadomość wielopłaszczyznowości i złożoności zjawiska wtórnej integracji i rozwoju osobowości w ujęciu tego autora.

Odejście z kapłaństwa jest jedną z form poradzenia sobie z kryzysem, a co najmniej szansą na zbudowanie nowej tożsamości. W 1998 roku powstało Stowarzyszenie żonatych księży i ich rodzin. Zgodnie z nazwą - organizacja zrzesza byłych księży i osoby zakonne, które zdecydowały się na porzucenie habitu czy sutanny i założyły własne rodziny. Założyciele

¹⁰ A. Jędrzejak, dz. cyt., s. 70-80.

¹¹ Tamże, s. 72.

¹² Tamże, s. 73.

¹³ A. Jacyniak, Z. Płużek, dz. cyt., s. 75-84.

¹⁴ Zob. K. Dąbrowski, *Dezintegracja pozytywna*, Warszawa 2001.

¹⁵ D. Kubacka-Jasiecka, dz. cyt., s. 89.

stowarzyszenia twierdzą, że miała być to odpowiedź na potrzebę integracji i kontaktu duchownych, którzy żyją już poza murami plebanii lub klasztoru. Celem stowarzyszenia nie jest negowanie nauki kościoła czy też dążenie do zniesienia celibatu osób duchownych. Wstąpienie do organizacji ma bowiem pomóc danym osobom zaadoptować się w nowej sytuacji i dostosować do warunków codziennego życia. Mimo dużego rozproszenia członków tej instytucji po całym kraju – starają się oni spotykać regularnie. W celu usprawnienia kontaktu funkcjonuje w sieci strona internetowa stowarzyszenia. Patrząc na liczbę komentarzy oraz postów na forum, cieszy się ona dużą popularnością.

Kryzys rozpadu (załamanie). Masowe załamanie struktury życia, uwikłanie w liczne problemy przy braku wsparcia ze strony wspólnoty lub władz kościelnych może powodować dalsze konsekwencje. Wpływa także na podejmowanie trudnych - czasem nieodwracalnych - decyzji. Wiarygodne statystyki samobójstw księży są trudno dostępne - istnieje jednak podejrzenie, że część przypadków samobójstw jest wyciszana. O skali problemu w pierwszej dekadzie XXI wieku pisał ksiądz Tadeusz Isakowicz-Zaleski zainspirowany doniesieniami mediów o serii samobójstw księży w diecezji tarnowskiej (8 księży w ciągu 5 lat). W naszej dwudziestoletniej pracy spotykaliśmy dwukrotnie z samobójstwem znanych nam duchownych i wielokrotnie z dekompensacją psychiczną spowodowaną nadmiernym stresem oraz napięciem. Ten mechanizm obronny polega na załamaniu, wskutek czego dochodzi do zwiększenia się zachowań nieadaptacyjnych, kryzysu psychicznego, a nawet zaburzeń psychotycznych. O ile w samobójstwie nie znajdujemy żadnej nadziei na pozytywną zmianę, o tyle w cierpieniu związanym z dekompensacją jest szansa na „nowe rozdanie”. Istotna wydaje się tu rola rodziny pochodzenia, a także profesjonalne wsparcie psychologiczne¹⁶.

„Mizerne trwanie” i podwójne życie¹⁷. Zdaniem Józefa Baniaka czasowy lub trwały związek z kobietą i idące za tym podwójne życie księdza nie jest końcem kryzysu. Stanowi raczej początek jeszcze większego uwikłania - zwłaszcza jeśli w związku pojawia się potomstwo. Na tej drodze, prędzej czy później, dochodzi do kolejnych kryzysów. Szansą na trwanie jest także wzmożenie aktywności, ucieczka w pracę. Jeśli dzieje się to kosztem liturgii i żywej relacji z Bogiem, w końcu staje się źródłem rozgoryczenia i pustki wewnętrznej¹⁸.

Uzależnienie jako sposób na „mizerne trwanie”. Jak pisaliśmy w poprzednim akapicie - warunkiem pozytywnego przepracowania kryzysu tożsamości jest akceptacja cierpienia związanego ze zmianą. W procesie formacji przyszły duszpasterz stoi przed

¹⁶ A. Jędrzejak, dz. cyt., s. 66.

¹⁷ Tamże, s. 80.

¹⁸ J. Baniak, dz. cyt., s. 206.

niezwykłymi wymaganiami. Być może przyspieszone tempo zmian formacyjnych i ich ostateczny cel: bycie naśladowcą Chrystusa i dbanie o zbawienie braci jest dla wielu przyszłych księży - głównie bardzo młodych ludzi – zbyt abstrakcyjne. W zależności od osobistych cech przyszły duchowny może reagować w różny sposób: cierpliwie znosić własne niedoskonałości i tym bardziej podziwiać wzór jakim jest Chrystus lub też przeżywać poczucie winy i inne trudne emocje wobec swoich niedoskonałości na wybranej drodze. Ksiądz Jacek Prusak, pisząc o doświadczeniach ze Stanów Zjednoczonych, zwrócił uwagę nie tylko na dojrzały wiek seminarzystów amerykańskich, ale także na ich udział w testach i warsztatach psychologicznych¹⁹. Tak (nie)przygotowany młody ksiądz, pozostający w procesie kształtowania tożsamości rzuca się wir pracy z ludźmi. „Jeśli chociażby złamie on (ksiądz) zasady celibatu, popadnie w konflikt z władzą kościelną lub też zrewiduje autentyczność powołania kapłańskiego – kryzys tożsamości jest nieunikniony”²⁰.

Pojawiają się wówczas możliwe scenariusze dalszego rozwoju sytuacji, z których wyodrębnimy tutaj dwa: 1. zmierzenie się ze zmiannorodnym cierpieniem dającym szansę na pozytywne przepracowanie kryzysu. Wobec tego zjawiska decyzją przyszłego kapłana może nawet być opuszczenie stanu duchownego i zbudowanie nowego życia. 2. Ucieczka w środki psychoaktywne pozwalające uniknąć cierpienia oraz związanego z nim rozwoju.

Używanie tych środków pogarsza stan psychofizyczny księdza, ponieważ jest również niezgodne z rolą społeczną i kulturowym obrazem kapłana. Rozwijający się alkoholizm wiąże się bowiem z destrukcją postępującą na wielu polach, a zatem z coraz większymi zaburzeniami tożsamości. W następstwie mechanizmy obronne nie pozwalają księdzu dostrzec prawdy. Taki kapłan poucza parafian jak żyć, sam zaś nie reprezentuje głoszonych wartości, co zaczyna być dostrzegane przez samych parafian. W efekcie mamy zagubionego w swej celi czy na parafii człowieka, który sam nie wie kim jest. Odurzanie się daje chwilową ulgę, poczucie mocy i iluzje przyszłej zmiany sytuacji. Naturalne mechanizmy obronne stojące na straży samooceny coraz bardziej mutując stają się mechanizmami uzależnienia.

Cytując za Jerzym Mellibrudą: „Rozpraszenie granic <<Ja>> i rozdwanie tej struktury przez jej biegunowe wersje potężnego <<Ja>> i upadłego <<Ja>> przyczynia się do tego że aktywność psychiczna tej struktury osobowościowej ma miejsce przede wszystkim na jej peryferiach. W centrum <<Ja>> pojawia się bardzo często <<próżnia psychiczna>> tzn. pusty obszar, na którym brakuje trwałych i znaczących treści wokół których mogłaby się

¹⁹ Zob. *Ksiądz w konfesjonale i na kozetce. Z Jackiem Prusakiem SJ rozmawiają Katarzyna Jabłońska i Cezary Gawryś*, Warszawa 2010, s. 50

²⁰ J. Baniak, dz. cyt., s. 216.

dokonywać koordynacja funkcjonowania całego <<Ja>> konieczna do podejmowania i realizowania decyzji, szczególnie tych, które są trudne gdyż powodują doraźnie przykre stany emocjonalne”²¹

Tożsamość osoby uzależnionej (tożsamość alkoholowa) jako szansa i początek zmiany. Zgodnie z strategiczno – strukturalną koncepcją psychoterapii uzależnień praca nad tożsamością osoby uzależnionej sytuuje się w sześciu kręgach: negacja, wahanie, rozważanie, potwierdzenie, afirmacja, rozstawanie²². Intencją psychoterapeuty jest pomóc pacjentowi w przepracowaniu czterech pierwszych kręgów. Te cztery fazy zmiany tożsamości u osoby uzależnionej są zaplanowane w procesie terapii. Praca nad nimi jest zamierzona. Dla prawidłowego przebiegu tego procesu ważne jest, aby pacjent samodzielnie przeszedł przez te fazy zmian i dotarł do momentu, w którym nie tylko potwierdza, że jest alkoholikiem, ale nadaje temu taką treść, która służy dalszej pracy nad sobą. Podsumowując zasadniczy szkic strategii terapeutycznej: terapeuta przekazuje wiedzę, pomaga zauważyć fakty, żeby przełamać negacje, pobudzić wahanie, wzmocnić rozważania i doprowadzić do potwierdzenia.

W przypadku naszych pacjentów nie jest korzystna praca nad dalszymi fazami zmian tożsamości. Afirmacyjne podejście do nałogu (tzw. duma z bycia alkoholikiem) mogłaby się stać niepotrzebną przeszkodą w rozwoju i blokadą dalszych zmian tożsamości. Tym samym praca nad uzyskaniem tożsamości alkoholowej przez pacjenta PPK i praca nad poradzeniem sobie z nałogiem jest punktem zwrotnym w życiu uzależnionego człowieka. Jest on bowiem często zagubiony w społeczeństwie, w swoich emocjach i potrzebach. Rządzi nim mechanizm rozdwojonego i rozproszonego „Ja” i inne mechanizmy uzależnienia. Dalej praca nad zmianą tożsamości powinna przebiegać na głębszym poziomie, który dotyczy innych niż alkohol układów odniesienia.

Reasumując, kryzys emocjonalny i towarzysząca mu dezorganizacja mogą być uznane za katalizator wejścia na drogę rozwoju, a procesy wzrostu mogą obejmować:

1. wzmocnienie psychiczne, zwiększenie odporności;
2. odkrywanie i kształtowanie bardziej adekwatnych zasobów zmagania się;
3. polepszenie obrazu własnej osoby, wzrost samooceny, umacnianie dotychczasowej tożsamości (względnie poczucia tożsamości) lub zmiany w jej obrębie;

²¹ Zob. <https://psychologia.edu.pl/slownik/id.psycho-bio-spoleczny-model-uzaleznienia/i.html> (dostęp: 10.06.2024 r.)

²² J. Mellibruda, *Strategiczno-strukturalna psychoterapia uzależnienia*, „Alkoholizm i Narkomania” 1997, nr 3(28), s. 314.

4. odkrycie nowych zasobów i strategii zmagania się czy uzyskanie nowych kompetencji;
5. poprawę relacji interpersonalnych;
6. odkrycie nowego sensu życia i własnej drogi oraz misji życiowej²³

²³ D. Kubacka-Jasiecka, dz. cyt., s. 73.

Koncepcja programu terapii PPK

Koncepcja pracy terapeutycznej PPK zakłada krótkoterminową interwencję na zasadzie wywodzącej się z TSR idei „zatrzymania się w biegu”²⁴. Stosujemy eklektyczne podejście, jeśli chodzi o stosowane szkoły psychoterapii. Nasi psychoterapeuci specjalizują się w różnych podejściach do tego zagadnienia. Większość terapeutów posiada certyfikat psychoterapii uzależnień. Program trwa cztery tygodnie. Filarami pracy są: szeroka diagnoza, praca nad uzależnieniem oraz praca pogłębiona w obszarach kryzysowych przedstawionych poniżej w tym akapicie. Istotnym elementem jest diagnoza kryzysu przeżytego przez pacjenta i podjęcie z nim próby skorzystania z potencjału rozwojowego kryzysu, a jeśli to nie jest możliwe – opracowanie strategii radzenia sobie w kryzysowym obszarze w przyszłości.

Obszary kryzysowe

Jak to zostało zaznaczone - szczegółowe wyliczenia statystyczne dokonane przez Józefa Baniaka są cenne dla badaczy problemu. Dla nas jednak konieczne jest przełożenie tych badań na potrzeby praxis. Zatem korzystając z opisanych wyżej badań naukowych i podsumowań pogrupowaliśmy czynniki kryzysu na tle szerszych obszarów i zoperacjonalizowaliśmy je tak, aby móc zaplanować pracę terapeutyczną:

1. **Problemy z przeżywaniem i wyrażaniem emocji** / problem z wglądem w sferę emocji i potrzeb, radzenie sobie z cierpieniem emocjonalnym i frustracją. W tym obszarze widzimy możliwość terapeutycznego opracowania zjawiska tęsknoty za wspólnotą rodzinną i małżeńską, a także praca nad tymi zachowaniami, które pozwalają uciec od przeżywania emocji takich jak aktywizm czy pracoholizm.
2. **Problemy w sferze „bycia z ludźmi”**. W tym obszarze mieszczą się zarówno proste problemy z komunikacją interpersonalną, jak i kwestie uległości autorytetom (władzy) lub wchodzenia z nimi w konflikt, a także brak asertywności (uległość – agresywność) w relacjach z wiernymi, budowanie więzi, samotność i sieć wsparcia społecznego.

²⁴ R. Praszkiel, *Progi*, „Nowiny Psychologiczne” 1986, nr 5-6.

3. **Relacje z rodziną pochodzenia.** Problemy bieżące na styku pacjent – rodzina pochodzenia. Skrypty, traumy „wdruki” rodzinne. Korzystanie ze wsparcia rodziny.
 4. **Problemy w obszarze wartości.** Kryzys powołania, wartości, misji i wiary. Tu opracowujemy terapeutycznie materializm i wygodnictwo, budżet czasu wolnego, a także cierpienie (lub jego brak) wynikające z dysonansu poznawczego wobec siebie przy zachowaniach dwulicowych i hipokryzji²⁵.
 5. **Problemy związane destrukcją ujętą w ICD 10** jako „zanik zainteresowań i alternatywnych sposobów osiągania przyjemności”. Tutaj zajmujemy się budowaniem podłoża pod nowe zainteresowania i pasje lub odnawianiem zainteresowań utraconych w przebiegu nałogu. Dotykamy czynnika kryzysu nazwanego przez Józefa Baniaka „budżetem czasu wolnego”.
- 6. Psychopatologia i zaburzenia seksualne²⁶.**

W powyższym zestawieniu pominęliśmy całkowicie czynnik kryzysu jakim jest zdaniem Józefa Baniaka używanie alkoholu i środków psychoaktywnych. Naszym zdaniem pacjent uzależniony „radzi sobie” z kryzysem za pomocą środków psychoaktywnych, które stają się „lekarstwem” na cierpienie związane dezintegracją tożsamości. Skutkiem ubocznym tego „lekarstwa” jest brak szans na pozytywne przeżycie kryzysu i zmianę tożsamości, pogłębiająca się destrukcja fizyczna, psychiczną i duchową, a w najlepszym wypadku „mizerne trwanie”.

²⁵ Nie prowadzimy ewangelizacji i nie mamy intencji nawracania pacjentów. Poprzestajemy na działaniach psychoterapeutycznych zmierzających do wglądu w emocje i potrzeby, przeżycia emocji, zamknięcia bolesnych procesów. W tym punkcie istotna będzie metoda społeczności terapeutycznej, której czynnikiem leczącym jest korzystanie z doświadczenia innych osób.

²⁶ W tym punkcie poprzestajemy na diagnozie stanu pacjenta; otrzymuje on wskazania, co do, ewentualnej, dalszej pracy w systemie ambulatoryjnym lub innym.

Metoda PPK

Filar pierwszy

1. Diagnoza kryzysu, jego skutków i zasobów pacjenta umożliwiających radzenie sobie. Szeroka diagnoza psychiatryczna, seksuologiczna i psychologiczna. O szczegółowym doborze konkretnych metod, testów itd. decydują specjaliści w konsultacji z terapeutą prowadzącym. Diagnoza zasobów rodziny pochodzenia. Diagnoza sieci wsparcia społecznego.
2. Diagnoza uzależnienia, jakościowe określenie jego głębokości i pokazanie jego związku (bądź braku związku) z kryzysem. Diagnoza zostaje spisana przez terapeutę prowadzącego.

Filar drugi

3. Praca grupowa i indywidualna pod kątem obszarów kryzysowych:
 - Wstępna Grupa Pracy nad Emocjami;
 - Program Nieruchome Światło;
 - Trening umiejętności społecznych i radzenia sobie ze złością;
 - Praca nad uruchomieniem zasobów wsparcia rodziny pochodzenia, na podstawie diagnozy rodziny oraz budowanie sieci wsparcia, na podstawie diagnozy społecznej sieci wsparcia.
4. Praca grupowa i indywidualna nad uzależnieniem:
 - Destrukcja, Bezsilność, Żal po stracie;
 - Psychologiczne Mechanizmy Uzależnienia ze szczególnym uwzględnieniem Mechanizmu Rozproszenia i Rozdwojenia „Ja”;
 - Nawroty, PZA²⁷ i TAZA²⁸

²⁷ Przewlekły Zespół Abstynencyjny.

²⁸ Trening Asertywnych Zachowań Abstynenckich.

Formy pracy terapeutycznej

1. Psychoterapia indywidualna. Terapeuta prowadzący spotyka się z pacjentem co najmniej jeden raz w tygodniu. Jest koordynatorem przebiegu działań terapeutycznych i diagnostycznych. Prowadzi teczkę dokumentacji pacjenta (**wyłącznie merytorycznej**). Po zakończeniu programu PPK pacjent może kontynuować psychoterapię indywidualną ze swoim terapeutą w formie spotkań online lub osobiście. Jest to osobny kontrakt terapeutyczny niezależny od PPK.
2. Psychoterapia grupowa. Podstawowa forma terapii. Zajęcia prowadzone są od poniedziałku do piątku w godzinach 9.00 – 12.30 i 15.00 – 17.30. W pozostałym czasie odbywa się praca własna pacjenta, czas wolny i zajęcia rekreacyjne.
3. Elementy społeczności terapeutycznej. Każdy dzień (od poniedziałku do piątku) rozpoczyna się od zebrania społeczności terapeutycznej. Jest to możliwość podzielenia się swoimi radościami i obawami przeżywanymi na bieżąco. Wieczorem odbywa się spotkanie podsumowujące.
4. Elementy pracy z rodziną. Pacjent realizuje program „Elementy Terapii Systemowej”.
5. Wycieczki i spotkania inspirujące rozwój zainteresowań. Sobota jest dniem zarezerwowanym na realizację tej formy pracy.

Konspekty zajęć

Program I

Grupa edukacyjna (GE)

Celem zajęć edukacyjnych jest zapoznanie się z podstawowymi pojęciami, które będą stosowane w dalszej terapii. Intencją terapeutyczną jest nie tylko przekazanie wiedzy, ale także walor psychoedukacyjny, czyli odnoszenie nabytej wiedzy do własnej sytuacji. Na tym etapie nie stosujemy presji na wgląd. Pacjent ma prawo do wątpliwości, a jeśli ich nie zgłasza – terapeuta pobudza refleksje w tym obszarze.

Cele szczegółowe:

1. Pacjent wie, że uzależnienie jest chorobą i zna jej objawy wg. ICD 10 (wstępna refleksja osobista w kwestii objawów);
2. Ma świadomość istnienia Psychologicznych Mechanizmów Uzależnienia (PMU) ze szczególnym uwzględnieniem Mechanizmu Rozdwojonego i Rozproszonego „Ja”;
3. Rozumie pojęcie wyzwalaczy wewnętrznych i zewnętrznych (wstępna refleksja osobista w tej materii);
4. Zna pojęcie Przewlekłego Kryzysu Abstynencyjnego i Nawrotów Choroby;

Program II

Wstępna Grupa Pracy nad Emocjami (GPNE)

Celem podstawowym pracy grupowej jest doprowadzenie do skupienia uwagi pacjenta na własnym życiu emocjonalnym. Realizacja celów szczegółowych jest niejako pretekstem, „tłem”, a cel główny „figurą” pracy grupy. Istotna jest tu rola terapeuty oraz podkreślanie znaczenia emocji w życiu człowieka.

Cele szczegółowe grupy to:

1. Rozpoznawanie oraz wyrażanie emocji i uczuć;

2. Poczucie winy – poczucie krzywdy;
3. Poznanie własnych potrzeb;
4. Poczucie własnej wartości i poczucie sprawczości we własnym życiu;
5. Emocje a nawrót choroby.

Tematy zajęć²⁹:

1. Co to są emocje i uczucia? Jak je rozpoznawać?
2. Czy istnieją złe emocje?
3. Na jakie grupy dzielimy emocje?
4. Jakie sygnały płyną z mojego ciała podczas przeżywania emocji.
5. Jakie przeżywam najczęściej uczucia?
6. Zaufanie - co to jest?
7. Emocje - jaki mają wpływ na udzielanie informacji zwrotnych?
8. Kim jestem? Poznajmy się - bajka na swój temat.
9. Jaki jestem na prawdę? Jak widzę siebie, a jak widzą mnie inni? (ćwiczenie kogo widzę w lustrze)
10. Które emocje są dla mnie trudne? Jak sobie z nimi radzę?
11. Co sprawia mi radość? Lista rzeczy, które chcę zrobić w życiu.
12. Mapa Świata Osoby uzależnionej.
13. Maraton poczucia własnej wartości.
14. Podsumowanie grupy. Omówienie wniosków.

Program III

Elementy Metody Społeczności Terapeutycznej (EST)

W programie PPK zastosowano elementy metody społeczności terapeutycznej. W założeniu staramy się wykorzystać jej potencjał. Należy jednak zaznaczyć, że jest to metoda dodatkowa.

Możliwe czynniki leczące programu:

1. Korzystanie z wcześniejszych doświadczeń życiowych uczestników;
2. Wymiana strategii radzenia sobie ze stresem oraz trudnymi emocjami;

²⁹ Są to jedynie przykładowe tematy zajęć. W toku pracy grupowej terapeuta może tworzyć własne propozycje - nawet spontanicznie.

3. Korzystanie z refleksji innych uczestników dotyczących swojego rozwoju;
4. Wsparcie społeczne zwłaszcza z związku z pracą z systemem rodzinnym.

Spotkania społeczności odbywają się dwa razy dziennie, przed i po zajęciach. Każde spotkanie trwa do 30 minut. Istotne jest określenie czasu trwania spotkania społeczności. Terapeuta, za zgodą uczestników, może przedłużyć spotkanie wieczorne lub umówić się z nimi na spotkanie interwencyjne w późniejszych godzinach. Z oczywistych przyczyn nie przedłużamy spotkania rannego kosztem kolejnych zajęć.

Program IV

Trening Umiejętności Społecznych i Radzenia sobie ze złością (TUS)

Głównym programem jest:

- rozwinięcie w uczestnikach świadomości własnych uczuć i emocji;
- kształtowanie umiejętności rozpoznawania swoich emocji;
- praca nad zdobywaniem przez uczestników grupy umiejętności, społecznych, emocjonalnych, radzenia sobie ze stresem, planowania swoich działań;

Formy pracy: indywidualna i grupowa.

Metody pracy:

- pogadanka;
- psychoedukacja;
- burza mózgów;
- kwestionariusze samopoznania swoich umiejętności;
- odgrywanie scenek.

Przebieg zajęć i ramowy zarys spotkań

Spotkanie 1.

Wprowadzenie do treningu umiejętności społecznych. Autodiagnoza własnych umiejętności społecznych. Rodzaje zachowań w relacjach społecznych (agresja, manipulacja, bierność, asertywność) Kroki Kontroli Złości, Komunikat asertywny FUKOZ– 4h

Spotkanie 2.

Ćwiczenia umiejętności społecznych takich jak: rozpoznawanie swoich uczuć i wyrażanie ich, radzenie sobie z pominięciem, Przygotowanie do trudnej rozmowy. Uczestnicy omawiają zastosowanie przez siebie Kroków Kontroli Złości – 4h.

Spotkanie 3.

Ćwiczenie umiejętności społecznych takich jak: radzenie sobie z czymś gniewem, radzenie sobie ze strachem, radzenie sobie ze sprzecznymi komunikatami i tymi umiejętnościami, które chcieliby przećwiczyć uczestnicy. Podsumowanie jak zmienił się poziom radzenia sobie ze złością przez uczestników – 4h.

Program V

„Nieruchome Światło”

Odbywa się on na podstawie strategii terapeutycznej opracowanej przez prof. P. Fijewskiego. Głównym celem programu jest redukcja deficytów z zakresie dojrzałości emocjonalnej.

Wprowadzenie:

Osoby uzależnione mają szczególne deficyty związane ze znajomością siebie (umiejętnościami interpersonalnymi). Taki stan rzeczy powoduje ich niezdolność do określania własnych stanów, przeżyć, celów i deficytów. Wyrównanie braków w tej sferze umożliwia osobie uzależnionej rozwijanie się na płaszczyźnie osobowej. Następnie rzutuje to pozytywnie na realizowanie stawianych sobie celów rozwojowych, co jest niezbędne w wychodzeniu z uzależnienia. Program wspomaga proces terapeutyczny realizowany w programie Pracowni PK.

Cele szczegółowe programu to:

- Lepsze poznanie siebie;
- Zdobyć umiejętności w radzeniu sobie z trudnościami i problemami osobistymi;
- Wypróbowanie nowych reakcji i zachowań w grupie;

– Uświadomienie sobie: kim jestem, co się dzieje w moim życiu, co się dzieje we mnie samym.

Formy realizacji

Realizacja programu ma charakter warsztatowy. Do udziału w programie motywowani są pacjenci ośrodka po wcześniejszych konsultacjach i diagnozie problemów osobistych. Grupa warsztatowa ma charakter zamknięty.

Zajęcia obejmują:

- Pracę osobistą nad tematem i stawianymi pytaniami;
- Prowadzenie własnych notatek;
- Dzielenie się własnymi spostrzeżeniami i doświadczeniem odnośnie siebie;
- Dzielenie się własnymi spostrzeżeniami odnośnie innych uczestników;
- Udzielanie i przyjmowanie informacji zwrotnych;
- Podsumowanie prowadzącego zajęcia.

Tematy zajęć:

1. Lista tego, co lubię;
2. Lista uczuć;
3. Kim jestem (cz. I);
4. Kim jestem (cz. II);
5. Muszę – chcę;
6. Moje pragnienia;
7. Moje przyjemności;
8. Przyjmowanie i dawanie;
9. Kierowanie sobą;
10. Lista trudności osobistych.

Prowadzący zajęcia przedstawia szczegółowy konspekt dotyczący przeprowadzonego tematu, uczestników, daty przeprowadzenia zajęć i czasu ich trwania.

Czas trwania

Warsztat jest realizowany z grupą pacjentów przygotowujących się do zakończenia procesu terapeutycznego (minimum 3 osoby). Warsztat trwa nieprzerwanie przez 5 dni.

Program VI:

Zapobieganie nawrotom choroby (ZNC)

Cel:

1. Nauczyć uczestników rozpoznawania sygnałów nawrotu choroby;
3. Pomóc w wypracowaniu skutecznych sposobów radzenia sobie z nawrotem choroby;
4. Pogłębić proces rozbrajania psychologicznych mechanizmów uzależnienia.

Przebieg:

1. Podkreślić występowanie zaostrzeń w przebiegu wszystkich przewlekłych postępujących chorób. Wyjaśnić, że w przebiegu uzależnienia zaostrzenie nazywamy nawrotem choroby. Przypomnieć, że radzenia sobie z nawrotami w pierwszym rzędzie oznacza, wykorzystywanie:
 - Zaleceń dla zdrowiejących alkoholików.
 - Programu HALT i RELAX
2. Zaprosić pacjentów do przygotowania listy osób znaczących. Wykorzystać do pracy Mapę osobistego świata alkoholika. Wyjaśnić znaczenie określenia „osoba znacząca”. W ciągu całego życia w różnych sytuacjach kontaktujemy się z wieloma osobami. Zrozumienie naszych relacji z ludźmi pozwala określać przebieg życia w sposób mądry i satysfakcjonujący. O niektórych osobach z naszego otoczenia, z którymi się kontaktujemy chętniej, mówimy, że jest to *WAŻNA DLA MNIE OSOBA*. Oznacza to, że swoim postępowaniem tworzy ona w relacji z nami przyjemną i bezpieczną atmosferę, ułatwia zaspokajanie potrzeb, itp. W naszym otoczeniu są też osoby, które są ważne, pomimo że wzbudzają naszą złość lub obawy, a czasem robią nam nawet przykrość. Ważność tych osób polega na tym, że zwracają one naszą uwagę nawet wówczas, gdy tego nie chcemy. Często świadomie - a czasem nieświadomie - dążymy do uwolnienia się od wpływu jakie osoby te na nas wywierają. Dlatego też zdarza się, że nawet zaprzeczamy ważności tych osób. Właśnie w tym zakresie mówimy o pozytywnej lub negatywnej roli innych ludzi w naszym życiu. Osoby znaczące dla nas, nie muszą bowiem być jednocześnie znaczące dla innych.

- Każdy z uczestników przygotowuje w notatniku:
 - listę osób znaczących, które wywierają korzystny wpływ na ich samopoczucie i ułatwiają utrzymywanie trzeźwości. Lista powinna zawierać imiona, pseudonimy, nazwiska i adresy tych osób;
 - listę osób znaczących, z którymi kontakt jest źródłem napięcia i tworzy zagrożenie dla trzeźwości. Lista powinna zawierać imiona, pseudonimy, nazwiska i adresy.

Po sporządzeniu obu list, należy zaprosić uczestników do podzielenia się doświadczeniami związanymi z ich tworzeniem. Zamierzamy zachęcić pacjentów do przekazywania informacji zwrotnych i ewentualnego poszerzenia listy.

3. Każdy z uczestników przygotowuje indywidualnie listę:

- miejsc, w których dotąd pojawiały się zagrożenia, z tym miejscem wiązały się w przeszłości kolejne „zapicia” - lista powinna zawierać nazwy miejsc, dokładne adresy.
- miejsc, które mogą odegrać pozytywną rolę w utrzymaniu trzeźwości. Lista powinna zawierać konkretne nazwy miejsc, dokładne adresy – dzięki temu, że znalazłem się w tym miejscu moja trzeźwość została utrzymana.

Po sporządzeniu obu list zaprosić uczestników do podzielenia się doświadczeniami związanymi z ich tworzeniem list. Zamierzamy zachęcić pacjentów do przekazywania informacji zwrotnych i ewentualnego poszerzenia listy.

4. Zapoznać pacjentów z inwentarzem wczesnych sygnałów ostrzegawczych nawrotu choroby.

- Każdy pacjent indywidualnie zaznacza rozpoznane u siebie sygnały poprzedzających ostatni nawrót picia;
- W 2 – 3 osobowych grupkach uczestnicy omawiają swoje prace, prezentują listę i wykorzystując pomoc kolegów poszerzają indywidualną listę sygnałów;
- Po wypisaniu w swoim notatniku, każdy uczestnik przedstawia grupie osobistą listę sygnałów ostrzegawczych nawrotu choroby. Zachęcić uczestników do przekazania informacji zwrotną na temat przygotowanego opracowania.

5. Każdy z uczestników przygotowuje indywidualnie opis ostatniego nawrotu, który **nie zakończył się piciem**. Zachęcić każdego do zwrócenia uwagi na to co się wówczas wydarzyło, kto udzielił pomocy itp.

- Po sporządzeniu opisu należy zaprosić uczestników do przedstawienia tej sytuacji, szczególnego zwrócenia uwagi na to, co pomogło utrzymać trzeźwość. Zachęcić do przekazywania informacji zwrotnych.
6. Uczestnicy indywidualnie przygotowują scenariusz sposobów radzenia sobie z nawrotem choroby. W pracy powinni wykorzystać przygotowane opisy sytuacji, które zakończyły się poradzeniem sobie z nawrotem, listy osób i miejsc (np. tam zamierzam przebywać, a tych miejsc i osób będę unikać. Pacjenci powinni napisać jak to konkretnie zrobią)
Przygotowane opracowanie po przedstawieniu grupie i zebraniu informacji zwrotnych każdy z uczestników wpisuje do notatnika.
7. Do przygotowanej listy zachowań ułatwiających utrzymanie trzeźwości należy wspólnie z grupą przygotować listę **zachowań alternatywnych**, które zwiększą szansę zatrzymania zagrożenia nawrotem choroby. Należy zachęcić pacjentów do „burzy mózgów” - co robić, aby w różnych sytuacjach utrzymać trzeźwość, co może przeszkadzać, utrudniać realizację przygotowanego planu? Przykłady sytuacji trudnych powinni podać uczestnicy. Sposoby zaradzenia wypracowują razem.
8. Wykorzystanie osób znaczących do sygnalizowania nawrotu picia.
9. Zachęcić uczestników do zapisania na kartce i wykorzystywania opracowanych planów zapobiegania nawrotom. Plan warto stale mieć go w zasięgu. Przypomnieć o konieczności powrotów do inwentarza wczesnych sygnałów ostrzegawczych, szczególnie w okresach trudnych, przeżywania napięcia, cierpienia.

Program VII:

Elementy Terapii Systemowej (ETS)

Pacjent ustala z terapeutą prowadzącym stopień zaangażowania w program na podstawie diagnozy. Celem programu jest uzyskanie przez pacjenta możliwie dużego wglądu w kwestie związane z rodziną pochodzenia, takie jak:

- Wsparcie / brak wsparcia rodziny pochodzenia
- Pułapka „krzywdowiny”
- Traumatyczne, mity rodzinne, skrypty rodzinne
- inne elementy stosownie do potrzeb rozpoznanych przez terapeutów systemowych.

Formy pracy:

- Genogram stworzony z terapeutą systemowym na początku pobytu, traktowany jako wstępne przedstawienie rodziny. Relacje nie są nanoszone na kartę, wyłącznie struktura rodziny pochodzenia. Karta genogramu symbolicznie towarzyszy pacjentom podczas zajęć grupowych (zawieszona na ścianie sali).
- Praca z terapeutą indywidualnym lub systemowym podczas zjazdów rodzin (każda niedziela).
- Podsumowanie pracy nad relacjami z rodziną, naniesienie oznaczeń relacji. Ta część realizowana jest w drugiej połowie programu, gdy pacjent ma – z jednej strony - relatywnie duże poczucie bezpieczeństwa w grupie, z drugiej strony – do zakończenia pozostało wystarczająco dużo czasu, aby obniżyć poziom emocji.

Program VIII:

Elementy Pracy Nad Destrukcją (PND)

Program wywodzi się ze znanego w TSR „Przewodnika Samopoznania”. Celem głównym programu jest umożliwienie pacjentowi wglądu w rozmiary destrukcji związanej z nałogiem. Obszar ten jest szczególnie strzeżony przez mechanizmy obronne ponieważ dotyczy samooceny człowieka i godzi w poczucie własnej wartości. Z drugiej strony u części pacjentów występuje zjawisko „karania siebie” i wyolbrzymianie poziomu destrukcji. W jednym i drugim przypadku istotne jest to zaburzenie poznawcze, a praca za pomocą Przewodnika Samopoznania ma sprzyjać korekcie i wglądowi w tę sferę.

Cele szczegółowe:

- Każdy pacjent wykonuje zadanie „zyski i straty z...”
- Każdy pacjent wykonuje zadanie „List pożegnalny do...” To zadanie pacjent realizuje pod koniec turnusu terapii.
- Pacjent ustala z terapeutą jakie zadania opisujące konkretne obszary destrukcji będzie przygotowywał i omawiał na zajęciach grupowych.

Program XIX:

Rozwój zainteresowań i strategii spędzania wolnego czasu (RZ)

Celem głównym programu jest przeciwdziałanie zjawisku ujętemu w kryteriach ICD10 jako „zanik zainteresowań i alternatywnych sposobów osiągnięcia przyjemności”. Przyczyna problemu związana jest ze skoncentrowaniem osoby uzależnionej na środkach psychoaktywnych przez długi czas. Z doświadczenia pracy w długoterminowych programach społeczności terapeutycznej wiemy, że praca w tej sferze pozwala na pacjentowi na rozwinięcie nowych lub przywrócenie utraconych zainteresowań. Aby to osiągnąć pacjent:

- uczestniczy w zajęciach organizowanych przez PPK (wycieczki, imprezy itp.)

- uczestniczy w spotkaniach z zapraszonymi osobami, które mogą dzielić się swoimi pasjami (aktorzy, pisarze, ludzie kultury; ale także osoby po przepracowanym pozytywnie kryzysie rozwojowym).
- Korzysta z doświadczeń innych członków grupy podczas spotkania społeczności.

Dniem dedykowanym na realizację programu jest sobota. W tym czasie jest możliwość spotkania społeczności i dzielenia się doświadczeniami związanymi z celami programu.

Program X:

Psychologiczne Mechanizmy Uzależnienia. Żal po stracie. Praca nad bezsilnością.

Celem jest uzyskanie wglądu działanie „zmutowanych” mechanizmów obronnych i opracowanie strategii radzenia sobie w sytuacji nawrotu choroby.

- Mechanizm Iluzji i Zaprzeczeń
- Mechanizm Nałogowej Regulacji Emocji
- Mechanizm Rozdwojonego Ja
- Żal po stracie
- Praca nad bezsilnością

Tematy wstępnie ujęte w programie grupy edukacyjnej są rozwijane w dalszej części turnusu podczas dwóch sesji każdy. Szczególnie należy zwrócić uwagę na MRJ, który opracowywany powinien być pod koniec turnusu.

„Zatrzymanie w biegu”

Idea zatrzymania w biegu wywodzi się z TSR i w naszym zastosowaniu jest, nie tyle programem, co sposobem spędzania czasu. W leczeniu krótkoterminowym istotne jest na przeżywanie emocji, skupienie na treściach zajęć, budowanie relacji społecznych w grupie, refleksje sprzyjające wglądowi w siebie. Aby stworzyć możliwie jak najlepsze warunki dla ułatwienia pacjentowi „zatrzymania w biegu” przewidujemy następujące działania:

- Pacjent używa telefonu komórkowego wyłącznie do załatwienia pilnych spraw. Podczas zajęć telefony pacjentów złożone zostają do depozytu. Zaleca się pozostawienie telefonu w depozycie także po zajęciach.
- Zaleca się oglądanie filmów, koncertów, wiadomości itd. zamiast „telewizji” czyli bezrefleksyjnego chłonięcia treści pojawiających się w telewizorze.
- Zaleca się wspólne spędzanie czasu wolnego, używanie gier planszowych itp.