

*Artykuł jest próbą zwrócenia uwagi na kwestie poznania i rozumienia sytuacji pacjenta, funkcji relacji terapeutycznej i jej wpływu na proces zmiany*

Ireneusz Kaczmarczyk

# PSYCHOTERAPIA OSÓB UZALEŻNIONYCH

## – problem rozumienia pacjenta

### ujęcie fenomenologiczno–egzystencjalne

Pacjent: *mam problem, bo jestem w nawrocie i zapitem...*

Terapeuta: *proszę opowiedzieć własnymi słowami, co się stało...*

Artykuł stanowi efekt doświadczeń z pracy terapeutycznej i warsztatowej w obszarze uzależnień, analizy zagadnień związanych z problemem poznania w psychologii i psychoterapii, własnych badań nad zmianą postaw i kryzysami osób uzależnionych. W tytule używam sformułowania „terapii osób uzależnionych”, a nie terapii uzależnienia, wskazując tym samym na kierunek rozważań i pytanie, na ile to rozróżnienie może dziś wyznaczać rozwój kierunku dla praktyków. Artykuł w tym kształcie stanowi jedynie głos w dyskusji, a poruszone kluczowe zagadnienia rozwinięte zostaną w kolejnym artykule.

#### Dlaczego egzystencjalne podejście

W kręgu zainteresowań psychologii i psychoterapii egzystencjalnej pozostaje problem wartości i wolności, integracja doświadczeń, świadomość, dzięki której człowiek, obejmując całość kształt doświadczeń życiowych, kształtuje swoją tożsamość, sens istnienia. Celem terapii egzystencjalnej jest pomoc w tym procesie zwłaszcza w obszarze konfrontacji z własnymi ograniczeniami. Zagadnienia wolności, wartości, winy, odpowiedzialności pojawiają się w doświadczeniach, świadectwach osób uzależnionych i zostały również szeroko opisane w jakościowych analizach (Denzin, Kurtz, Brown). Osoby uzależnione tworzą swoją biografię, ale nie w wyniku własnych wyborów, raczej pod wpływem sytuacji zdeter-

minowanych przez chorobę. Życiowe zdarzenia układają się w „codziennosc”, pewien „sposób życia”, na podstawie którego można prześledzić indywidualny, środowiskowy i społeczny (w szerszym wymiarze) proces zmiany dokonujący się pod wpływem substancji. Zachowania osób uzależnionych nie są więc tylko faktami do diagnozy choroby, ale mają swoje zmieniające się motywy i wpływają na sposób doświadczania siebie przez pacjenta.

#### Problem naukowej poprawności

W metodologii nauk istnieje podział ze względu na sposób poznawania i rozumienia. Dotyczy to również psychologii i psychoterapii. Najprościej rzecz ujmując, można tu wyróżnić dwa podejścia: nomotetyczne, które odwołując do tego, co wspólne i powtarzające się w doświadczeniach człowieka zostaje uznane za podstawę do formułowania ogólnych założeń i wniosków. Efektem jest opis badanych zjawisk wraz z wyjaśnieniem dokonywanych z pozycji „zewnętrznego obserwatora”. Podejście idiograficzne skupia się natomiast na tym, co w doświadczeniu człowieka indywidualne, niepowtarzalne, wyjątkowe. Ta perspektywa wymaga przyjęcia pozycji wewnętrznego obserwatora, który kieruje się w stronę subiektywnych rozpoznań. Jak problem poprawności naukowej rozwiązuje psychoterapia? Jak i kiedy oddzielić lub też jak i kiedy łączyć to, co wspólne w doświadczeniach wielu ludzi, z tym, co wyjątkowe w ich biografiach? Od różnic i powiązań w pracy terapeutycznej doświadczeń pacjenta potwierdzające diagnozę kliniczną od ich egzystencjalnego wymiaru stanowi

dla terapeuty wyzwanie. Dotykamy tu wielu kwestii jednocześnie: efektywności oddziaływań, stosowanych metod i technologii, poprawności, etyki, szkolenia psychoterapeutów i superwizji ich pracy.

### W pułapce eksperta

Napięć w próbach rozwiązywania problemu poznania i zrozumienia pacjenta należy się doszukiwać, jak sądzę, w konsekwencjach stosowania naukowego filtra; definicji, pojęć, interpretacji zjawisk, oraz być może co najtrudniejsze języka, który kształtuje światopogląd terapeuty i determinuje jego kontakt z pacjentem. Diagnoza i strategia pracy dokonywana z perspektywy „zewnętrznego obserwatora” należy do właściwego sobie porządku metodologicznego innego niż rozumienie dokonywane z pozycji „wewnętrznego obserwatora”. Traktowanie diagnozy wyłącznie jako celu, a nie narzędzia, tworzyć może fałszywe przekonanie o zrozumieniu istoty problemów człowieka. Prowadzi często do kształtowania strategii terapeutycznej na zasadzie przyczyna–skutek. Taka postawa podporządkowuje pacjenta wiedzy (temu, co powtarzalne i sprawdzone) i spycha na dalszy plan sposób egzystowania, pojmowania siebie i rzeczywistości. Umożliwia to kontrolowanie sytuacji terapeutycznej z pozycji „eksperta”. Interpretacje i oceny wyrażane są na podstawie porównania pacjenta z uewnętrznym schematem prezentowanym przez szkołę (definicje i język) lub/ i reprezentowanym przez własne schematy.

W takim pojmowaniu kwestii poznania liczy się sama metoda, zarówno w szkoleniu jak i superwizji; diagnoza, poprawność wyjaśnienia, zastosowania adekwatnych technik, etc. Skutkiem tego w kontakcie z pacjentem mamy przyjmowane „z góry” tendencyjne rozpoznanie problemów, nierówność relacji zbudowaną na założeniu „chory – zdrowy”, dystansowanie się terapeuty wobec pacjenta, akcent na poprawność, presja skuteczności. Wreszcie – w efekcie powtarzalności rutynę – koncentrację na tym, co potwierdza założenie teoretyczne. To pominięcie indywidualności, subiektywnego świata pacjenta rodzi w nim napięcie rozpoznawane na zewnątrz jako opór. Konfrontacja z ekspertem uruchamia bowiem obawy

– a spojrzenie na siebie z perspektywy klinicznych klasyfikacji wstydu i poczucie winy, poczucie bycia gorszym, a w efekcie wycofanie i unikanie. Pacjent przychodzi po pomoc zwykle z nadzieją, że zmiana jest możliwa, z drugiej jednak strony ma silną i opartą na naturalnym lęku postawę, aby dokonywała się ona bez „naruszania siebie” i ochrony często wątlej, ale jednak poczucia wewnętrznej spójności.

### Tradycja i współczesność

W tworzeniu przestrzeni do zmiany ważne są warunki, jakie spełnia terapeuta, a także wizje człowieka, z jakimi przystępuje do pracy. I tu dochodzimy do problemu Osoby w psychoterapii. Konstruktu, którym posługuje się antropologia filozoficzna, terapia humanistyczna i egzystencjalna. Wracamy tym samym do naukowej poprawności, która pozostaje w opozycji do tego, co indywidualne i osobiste, mające opinię ulotnego i niepodlegającego badaniu. Problem poznania spowodował podział, według którego podejścia „rozumiejące” w psychoterapii są mało obiektywne, a przez to klasyfikowane w pograniczach psychologii i psychoterapii, nazywane też nurtem antypsychologicznym przez samych jego przedstawicieli (R.Laing). Problem Osoby w psychologii i psychoterapii nie jest częstym przedmiotem dyskusji. Trudno znaleźć te zagadnienia w programach kształcenia psychologów i lekarzy.

Kwestie założeń i rozwoju Osoby towarzyszą nauce od zamierzchłych czasów. Osobę definiowali Boecjusz, Platon, Arystoteles, a także współcześni Buber, Jaspers, Frankl, Maslow, Rogers, który chyba najdalej rozwinął koncepcję rozwojową. Gdyby przywołać egzystencjalną definicję św. Tomasa z Akwinu – „osobę stanowi akt istnienia urealnijający rozumną formę substancji jednostkowej”, można stwierdzić, że Osoba, lub prościej człowiek w podmiotowym ujęciu, kształtuje się w codzienności, rozumie rzeczywistość, jest świadoma swojego istnienia i próbuje odkryć jego sens. Dodać można – pozostając przy tym w relacjach z innymi ludźmi. Składa się to na wymiar nazywany w podejściu humanistycznym podmiotowym lub nieco enigmatycznie – duchowym. Rośnie liczba szkół psychoterapii i psychoterapeutów. Powierzchnowe obser-

wacje wskazują, że akcent w psychologii i praktyce przechodzi z prób zrozumienia człowieka na jego „wyjaśnienie” i wskazywanie sposobów adaptacji do rzeczywistości jako cel. To efekt społecznej presji i ekonomicznych warunkowań. Sprzyja temu ogromna ilość badań psychologicznych, co pokazuje również liczba publikacji w TUV-ie, mnoży się terminologia (wiele ujęć tworzy własne paradygmaty), skupienie na jednym „problemie” zaciera kontekst jego powstania i skutki, „odkrycia” w tych badaniach mają często charakter ostatecznych prawd, które na zasadzie „idem per idem” rozwijają się w kolejne konstrukty.

Wreszcie ich interpretacje rzadko uwzględniają człowieka i jego, mówiąc językiem terapeutów z nurtu egzystencjalnego, troski. Psychologia akademicka rzadko podejmuje problemy człowieka związane z lękiem, winą, wolnością i odpowiedzialnością w kontekście jego wyborów. Przyjęcie perspektywy rozumiejącej ukazuje inny obszar zagadnień będących celem terapii, zmienia się rola psychoterapeuty, relacji, jaką tworzy.

Wydaje się że terapia uzależnienia – przechodząc już na bliższy nam grunt – posługuje się coraz doskonalszymi metodami diagnozowania, zbadanymi i opisanymi problemami klinicznymi, sprawnym systemem szkolenia, jednocześnie wciąż boryka się z problemami granic oddziaływania, rozwoju terapeutycznego, programów kształcenia. Dyskusja na ten temat wciąż trwa, widoczna jest w różnych poglądach przedstawianych w TUV-ie, choćby na temat „terapii pogłębionej”.

### Rozumienie a relacja

Rozumienie osoby uzależnionej jest rozpoznaniem jej sposobu funkcjonowania – bycia w świecie. Zwraca uwagę na ukryty sens, znaczenie zachowań i intencji pacjenta, oznacza odkrywanie roli czy funkcji stanów bądź afektów człowieka w kontekście jego codziennych spraw i relacji z innymi. Rozumienie uwzględniające cel i motywy zachowań pacjenta wykracza również poza schemat zaburzeń osobowości. Zdolność do rozpoznania przez terapeuta zachowań człowieka w powiązaniu z jego wartością i adekwatna reakcja jest warunkiem dobrej relacji i upodmiotowieniem pacjenta. Inaczej więc będzie

wyglądała relacja, jeśli spojrzymy na zachowania pacjenta z perspektywy „mechanizmu dumy i kontroli”, a inaczej jeśli zrozumiemy adaptacyjne funkcje mechanizmów uzależnienia i umożliwimy to również pacjentowi. Wymaga to reagowania na problemy pacjenta tak, jak sam pacjent je rozpoznaje, jak sobie z nimi radzi, co na to wpłynęło, co jest potrzebne do zmiany, jeśli zdecyduje się jej dokonywać.

Z doświadczeń warsztatowych wynika, że sporo kłopotów przysparza terapeutom takie uznanie autonomii osób uzależnionych, dawanie przestrzeni i wolności wyboru, co jest jednym z podstawowych czynników leczących nie tylko z uzależnienia. Dostrzegli to i wykorzystali w swojej koncepcji twórcy motywującego dialogu (J. Fułała). W takiej relacji rzeczywisty cel pracy – od objawu do jego znaczenia

– wyłania się w trakcie sesji. Terapeucie uzależnień – o czym często słyszę w trakcie warsztatów – łatwiej jest podążać za dowodami uzależnienia pacjenta i „wyjaśnianiem” jego problemów niż za ich znaczeniem. I trudno się dziwić.

Doświadczenia i zachowania związane z używaniem substancji oraz ich psychologiczne skutki są bowiem trudne do pojęcia. Pozostaną one dla terapeuty nieczytelne, dopóki nie podejmie on próby zrozumienia ich egzystencjalnego kontekstu. Taki wysiłek tworzy warunki do rekonstrukcji świata przeżyć pacjenta: odkrywania tego, co w nim ukryte przed nim samym i innymi, integracji doświadczeń i kształtowania tego, co stanowi jego podmiotowy, indywidualny i osobowy wymiar. Rozumienie przez terapeutę subiektywnego świata przeżyć

pacjenta sprzyja temu, w jaki sposób pacjent sam buduje „osobistą prawdę” o wpływie używania alkoholu na swoją egzystencjalną sytuację, sprzyja jego otwarciu i emocjonalnemu doświadczaniu. Historia życia wraz z tym, co ją determinuje, zostaje rozpoznana i ukazana w relacji terapeuty z pacjentem. Takie doświadczanie procesu terapii ma wpływ na pacjenta, tym bardziej, im bardziej odkryje on sam dla siebie jej znaczenie. Procesualny charakter zmiany stanowi problem dla terapeuty, trzeba bowiem za tą zmianą podążać, starając się uchwycić w trakcie sesji wciąż nowe elementy mogące mieć znaczenie dla pacjenta.

### **Podjęcie fenomenologiczno-egzystencjalne**

Terapeuta, który chce „uchwycić”, jak następuje zmiana i zrozumieć swo-



jego pacjenta, koncentruje się zarówno na jego indywidualnym doświadczeniu, jak i na cechach klinicznych tego doświadczenia. „Zawieszenie” jednak w relacji terapeutycznej teorii, własnych przekonań, sądów i celów, otwiera terapeutę na to, jak rzeczywistość ukazuje się w świadomości jego pacjentów, jak codzienność jest przez nich doświadczana. W takim podejściu nie ma rozstrzyganego z góry dylematu kolejności i celu pracy: co najpierw, a co potem. Odwołanie do teorii i wiedzy – jeśli ma miejsce – nie przesłania obrazu człowieka.

W ten sposób sam terapeuta rozwiązuje problem korzystania z profesjonalnej wiedzy wobec indywidualnego doświadczenia pacjenta. Akcent w takim ujęciu nie jest położony na udowodnienie pacjentowi, że jest uzależniony, ale na pomaganie w rozpoznawaniu przez niego zmian, jakie następowały w jego życiu i relacjach, jak adoptował się do sytuacji i jakie to ma dla niego aktualnie znaczenie. Rekonstrukcja biografii pacjenta wymaga od terapeuty pojmowania najważniejszych elementów jego świata (emocje, wartości, potrzeby, etc.) we wzajemnych relacjach w stosunku do całości. Spojrzenie z metapoziumu ujmuje człowieka jako całość, kształtuje jego wizję. Im bardziej całościowe widzenie, tym większa szansa na „ujrzenie Osoby” jako centrum i jej wzmacnianie. Każdy krok naprzód odsłania kolejne obszary doświadczenia i problemy, uruchamia przy tym napięcia i kryzysy. To podążanie wymaga stałego odwoływania się do tego, co się już „uchwyciło” wcześniej, co stanowi o ciągłości tego zjawiska, buduje motywację. To ciągle odkrywanie sensów,

stawianie pytań i szukanie odpowiedzi.

Praca nad zmianą świadomości w sposób nieuchronny ukazuje więc strukturę egzystencji człowieka, wraz z samoświadomością pojawia się lęk, wina, odpowiedzialność. Podejście fenomenologiczno–egzystencjalne pomaga przekształcać aktualną sytuację pacjenta zgodnie z jego własną intencją i wartościami jako podstawę dla osobistych celów. Odnalezienie się wobec wielu ograniczeń, traktowania życia jako procesu zmiany, odkrywania swojej rzeczywistości „na nowo”, a także siebie w niej, problemy samorealizacji, wartości i godności, ryzyka wolności, winy i odpowiedzialności stanowią uzasadnienie dla takiego podejścia w terapii uzależnienia. Odkrywanie i interpretowanie przez pacjenta własnych doświadczeń jest jednocześnie przedmiotem oddziaływań terapeutycznych. Kryzysy są tu nieuchronne, bowiem wciąż naruszana spójność wewnętrzna otwiera jednocześnie kolejne obszary do zagospodarowania, czemu towarzyszy niepewność, niepokój, lęk. Kryzysy rozpoznawane jedynie z perspektywy mechanizmów uzależnienia ograniczać mogą dostęp do istotnych treści związanych z procesem zmiany.

Biorąc pod uwagę efekty terapii, nie ma jasnej odpowiedzi na pytanie, kiedy można stwierdzić, że to „odzyskiwane” życie staje się już planowe, celowe, wartościowe, że odzwierciedla i rozwija możliwości, zdolności, że człowiek staje się Osobą, a nie tylko usiłuje przetrwać targany sprzecznościami i alkoholowym głodem. Czy staje się osobą przyjmującą wobec życia i samych siebie i własnych ograniczeń „postawę refleksyjną”? Dla tego właśnie „rozumienie” pozwala te-

rapeucie na pracę nad rozpoznawaniem związku, jaki zachodzi między przeżyciem, doświadczeniem i jego znaczeniem dla pacjenta, umożliwia tym samym wspomaganie jego osobistej przemiany. Rozpoznawanie przez pacjenta przejawów zależności, a następnie znaczenia, jakie nadaje, bądź nadawał, swoim ograniczeniom jest początkiem zmiany. Założeniem głównym jest obserwowanie skutków tych zmian w codzienności i uważne towarzyszenie w tym procesie. Trudność polega tu na stałym poszerzaniu obszaru oddziaływań terapeutycznych, uwzględnianiu wielu wymiarów zarówno codzienności jak i osobowości pacjenta, a także stopniowe pojawianie się ograniczeń mających swoje źródło w przeszłości, często w jego traumatycznych doświadczeniach.

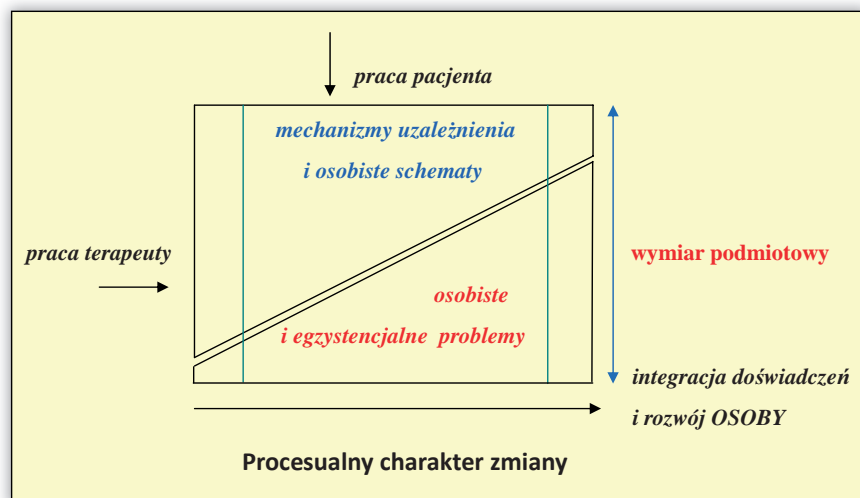
### Problem „terapii pogłębionej”

Proces terapii obejmuje więc najważniejsze obszary funkcjonowania pacjenta. Punktem wyjścia jest zwykle kryzys, na którego egzystencjalny wymiar składają się problemy z realizowaniem wartości, często rozpacz, doświadczenie pustki, utrata wpływu na życie. Determinuje to poczucie tożsamości, następujące wraz z używaniem alkoholu zmiany w obszarze osobistych relacji, emocji i świadomości. Praca z kryzysem i motywacja do terapii otwiera drogę do zmiany w tych obszarach.

Tak rozumiany proces rozpocząć się może dla każdego pacjenta na innym etapie życia, na innym poziomie głębokości uzależnienia. Stanowić może odpowiedź na dwa istotne problemy terapii uzależnienia związane z jej celami.

Pierwszy z nich dotyczy spodziewanych zmian w DSM V i podejmowanego coraz częściej zagadnienia „redukcji szkód”. W świetle tych zmian jedynym celem terapeuty nie będzie abstynencja pacjenta, lecz tworzenie okoliczności sprzyjających temu, aby pacjent sam o tym decydował. Terapeuta powinien w sposób świadomy wpływać na ten proces.

Drugi problem dotyczy wyłaniających się w trakcie procesu zmian wewnętrznych ograniczeń w postaci osobistych schematów. Można założyć, że procesualny charakter terapii przebiega na kontinuum: od używania substancji do całkowitej abstynencji i od terapii uzależnienia, przez osobiste schematy, do dalszego rozwoju oso-



bowego. Identyfikacja ograniczeń, ich źródeł, zasięgu, stosowanych metod w terapii leży, jak sądzę, po stronie terapeuty oraz pacjenta, i dokonuje się w relacji w wyniku pracy nad aktualnymi problemami osobistymi. Praca terapeutyczna odbywa się tu:

1. „na miarę” możliwości pacjenta, jego świadomości, oparcia w tym, co już stabilne, umiejętności radzenia sobie, zaplecza społecznego, zgłaszanych problemów wynikających z podejmowanej świadomej aktywności, kwestii egzystencjalnych związanych z emocjonalnymi doświadczeniami (dylematy, konflikty, odpowiedzialność, etc.);
2. „na miarę” możliwości terapeuty, właściwego rozpoznania sytuacji pacjenta, diagnozy, umiejętności stosowania strategii i adekwatnych technik, które nie przesłaniają obrazu pacjenta, nie wyprzedzają jego procesu, lecz dotyczą obszaru, który aktualnie jest polem aktywności pacjenta, w konsekwencji dotychczasowej pracy nad zmianą;
3. „na miarę” możliwości kontraktu i ograniczeń formalnych.

Rozumienie pacjenta, jego dążeń, celów, ograniczeń pozostaje, moim zdaniem, kompetencją, która pozwala jasno rozpoznać i rozłożyć odpowiedzialność za przyjmowane po obu stronach role. Stawiać cele terapii i reagować zgodnie z zachodzącymi zmianami. Takie spojrzenie na proces ukazuje merytoryczne problemy w terapii: formalne oczekiwania (kontraktowanie), diagnozowanie procesu (narzędzia), kompetencje terapeutyczne (podejścia i szkoły), proces szkoleniowy (programy). Być może to jedynie kwestie modyfikacji tego, co sprawdzone i dobrze działa. Te zagadnienia będą zapewne jeszcze wiele razy podejmowane w TUiW.

### Problem pacjenta problemem terapeuty

Podstawowe założenia podejścia humanistycznego mówią, iż człowiek się „staje”, ale trudno o obiektywne kryteria i fazy tego procesu. Nie istnieje „instrukcja obsługi człowieka”, a zrozumienie pacjenta uzależnionego – zwłaszcza na początku pracy – w znacznym stopniu ogranicza jego niewielka wiedza „o sobie”, nieumiejętność mówienia o swoim postępowaniu, chwiejność, etc.

W trakcie warsztatów rozpoznajemy liczne dodatkowe towarzyszące temu problemy: brak czasu, „praktyczny” cel sesji terapeutycznej (wstępne założenia), obowiązujące struktury postępowania, obecny w zespołach klinicznych konformizm przerażający się z czasem w „syndrom myślenia grupowego” i przekonanie o własnej nieomyślności. To realne trudności „wpychające” terapeutę niejako w postawę „obserwatora”, „strażnika” i interpretera. Łatwo wtedy o skrót oceniający, interwencję, która zdarza się, że „wyrzuca” pacjenta poza nawias pomagania (niegotowy).

Warto odpowiadać sobie na pytanie, w jakim celu i czemu, bądź komu, taka interwencja pomaga. Brak wiary w możliwości pacjenta, lęk przed własną niekompetencją (bezradność przy wewnętrznej presji efektywności) potwierdza także i w tym obszarze terapii tezę, iż problem pacjenta jest problemem terapeuty. Posługiwanie się psychologicznym językiem jest sposobem radzenia sobie z tym lękiem, a ekspercka postawa, w której łatwiej „wyjaśnić”, radzić, pouczać niż rozumieć, jest dość powszechna. Ograniczanie się w rozwoju osobistym terapeuty do świadomości psychologicznej kształtuje psychologizm – rodzaj światopoglądu „objaśniający” rzeczywistość. Spojrzenie z tej perspektywy przesłania zwykle to, co ważne dla pacjenta, a więc obszar jego podmiotowości, reprezentowany przez znaczące treści lub wartości.

Przeciwieństwem jest odkrywanie osobistego stylu pracy, zdolność do nawiązywania autentycznej relacji, posługiwanie się intuicją i empatią, zaufanie do własnych doświadczeń. Zmiana podejścia na rozumiejące wymaga podjęcia ryzyka zmiany, umiejętności, rozpoznawania osobistych schematów, przyjęcia autorefleksyjnej postawy, wychodzenia poza własne ograniczenia. Doświadczenie i badania wskazują, że im mniej barier w relacji, tym więcej osobowego kontaktu w trakcie sesji. Relacja ma wtedy w wysokim procencie walor terapeutyczny. Tworzy warunki do zmiany dla pacjenta, a terapeutę chroni przed wypaleniem. Rozumienia i relacji trudno się nauczyć. To kwestia doświadczenia i doświadczania, powiązania teorii z praktyką. Podejście, o którym tu mowa, nie daje odpowiedzi na

pytanie „co jest i jak jest”, ale jak należy patrzeć, żeby dostrzec, nazwać, zareagować.

Podejście egzystencjalne i fenomenologiczne ma status słabego tam, gdzie chodzi o jego praktyczny, edukacyjny cel. Z problemem przełożenia tego, co nieuchwytnie, na język pragmatyczny, móżolą się przedstawiciele tych kierunków terapii od zawsze. Odwołują się bardziej do osobistego doświadczenia i wyobraźni niż dają konkretne przepisy.

W swoich przygotowaniach do pracy warsztatowej czy treningowej wciąż natrafiam na kłopot z zapewnieniem głębszego zrozumienia siebie przez uczestników, tak aby środek ciężkości przenieść z intelektualnej pracy na emocjonalne doświadczenie. Teza, iż fenomenologię może zrozumieć ktoś, kto sam staje się fenomenologiem, wydaje się prawdziwa. W praktyce terapeutycznej podejście to ma jednak również mocne atuty i długą tradycję, stanowi podstawę metodologiczną wielu wiodących szkół psychoterapeutycznych.

#### Bibliografia:

- Brown S., *Leczenie alkoholików – rozwojowy model powrotu do zdrowia*, PZWL, Warszawa 1990.
- Denzin N. *The recovering alcoholic, The Publishers of Professional Social Science, Newbury Park Beverly Hills London New Delhi, 1988.*
- Fudała Jadwiga, *Transsteoretyczny model zmiany, Terapia Uzależnienia i Współzależnienia 1/2011.*
- Gatdowa A. (red.), *Psychologiczne i egzystencjalne problemy człowieka dorosłego*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2005.
- Krasnodębski Z., *Rozumienie ludzkiego zachowania*, PIW, Warszawa 1986.
- May R., *Psychologia i dylemat ludzki*, PAX, Warszawa 1989.
- Opoczyńska M. (red.), *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*, Kraków: Wydawnictwo UJ, Kraków 2004.
- Trzópek J., *Filozofia psychologii – naturalistyczne i antynaturalistyczne podstawy psychologii współczesnej.*
- Mellibruda J. *Siedem ścieżek integracji psychoterapii*, Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia 2011.
- Kurtz E. *Not God. A History of Alcoholics Anonymous*, Center City Minnesota: Hazelden, 1997.



**Ireneusz Kaczmarczyk**  
– dr socjologii, redaktor TUiW, nauczyciel warsztatów w szkołach trenerów psychologicznych, trener i wykładowca w szkole psychoterapii INTRA – Studium Psychoterapii Humanistycznej dla terapeutów uzależnień, szkole psychoterapii CBT oraz szkołach terapii uzależnienia.