

AKTUALNOŚCI

Informacja o Walnym Zgromadzeniu Delegatów 23.06.2010 r. i o składzie Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – kadencji 2010–2013

W dniu 23.06.2010 r. w Poznaniu odbyło się Walne Zgromadzenie Delegatów, w którym uczestniczyło 77 spośród 87 delegatów, a zatem osiągnięto quorum. W skład nowego zarządu weszły następujące osoby:

Janusz Heitzman – prezes
Andrzej Rajewski – prezes elekt
Jerzy Samochowiec – wiceprezes
Wojciech Kosmowski – sekretarz
Tadeusz Parnowski – skarbnik
Aleksander Araszkiwicz
Bogdan de Barbaro
Andrzej Czernikiewicz
Bartosz Łoza
Maciej Matuszczyk
Agata Szulc

Komisja Rewizyjna PTP

Maria Załuska – przewodnicząca
Jerzy Matysiakiewicz
Anna Mosiołek
Piotr Pankiewicz
Andrzej Plutecki

Główny Sąd Koleżeński

Józef Kocur – prezes
Marcin Olajossy – zastępca prezesa
Anna Czarnecka – sekretarz
Jacek Barket
Krzysztof Krysta
Tadeusz Nasierowski
Jacek Przybyło

(zob. także: http://psychiatria.org.pl/o_ptp)

Wśród ważniejszych tematów poruszanych na zebraniu znalazły się sprawy statutu – przegłosowano zmiany zgodnie z sugestiami prawnika Towarzystwa – mgr. Januarego Gralika. Szczegółowy opis tej kwestii jest zawarty w sprawozdaniu zarządu poprzedniej kadencji zamieszczonym w bieżącym numerze „Psychiatrii Polskiej”.

Walne Zgromadzenie Delegatów zobowiązało zarząd do rozpoczęcia prac nad wskazaniem zasad etycznych obowiązujących członków PTP.

W myśl kolejnej uchwały Zgromadzenia Delegatów składki będą docelowo zbierane centralnie za pośrednictwem strony PTP, w celu umożliwienia bieżącej aktualizacji listy członków.

Dalsze komunikaty zarządu, a także exposé nowego prezesa PTP – dr. hab. n. med. Janusza Heitzmana będą opublikowane w numerze kolejnym i następnych *Psychiatrii Polskiej*.

Wojciech Kosmowski

Katedra i Klinika Psychiatrii CM w Bydgoszczy
85-096 Bydgoszcz, ul. Kurpińskiego 19

List do redakcji

Internacja – środek zabezpieczający w psychiatrii, podstawy prawne i rzeczywistość

Leszek Ciszewski¹, Janusz Heitzman^{2,3}

¹Regionalny Ośrodek Psychiatrii Sądowej w Starogardzie Gdańskim
Dyrektor: dr n. med. L. Ciszewski

²Klinika Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik Kliniki: doc. dr hab. n. med. J. Heitzman

³Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
Kierownik Katedry: prof. dr hab. n. med. J. Bomba
Członkowie Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających

W zeszycie *Psychiatrii Polskiej* nr 2/2010 (s. 287–288) opublikowano w dziale Aktualności list do redakcji dr. Stefana Krzywińskiego, zatytułowany „Internacja – prawo czy pozory prawa?”, przedstawiający jego poglądy na wiele aspektów wykonywania w szpitalach psychiatrycznych środka zabezpieczającego. List ten ze względu zarówno na osobę Autora, jednego z najbardziej doświadczonych polskich psychiatrów, wieloletniego dyrektora Szpitala

Psychiatrycznego w Ciborzu, jak i wagę poruszanych problemów, nie powinien pozostać bez echa. Pragnęlibyśmy, aby nasza dyskusyjno-polemiczna wypowiedź wpisała się w ciąg refleksji, uwag, a może obszernych opracowań innych autorów poświęconych terapeutycznym, organizacyjnym i prawnym problemom wykonywania środka zabezpieczającego, temu stosunkowo wąskiemu, ale jakże ważnemu obszarowi psychiatrycznej pracy. W swoim liście dr Krzywiński przedstawił wiele ocen

i opinii, których część podzielamy, inne wydają się nam kontrowersyjne lub odmienne od naszych.

Dr Krzysiński uważa, że w szpitalach psychiatrycznych w Polsce niepotrzebnie przebywa zbyt dużo pacjentów. Wielokrotnie zwraca uwagę, że zaburzeni psychicznie sprawcy czynów zabronionych zbyt często traktowani są jak osoby stanowiące znaczne zagrożenie społeczne. Uważa, że przestępstwo przeciwko mieniu w żadnym wypadku nie może być uznane za czyn o znacznej szkodliwości społecznej, a zatem sprawcy takich czynów nie powinni być internowani. Podaje, że gdyby zawęzić stosowanie detencji tylko do niepocztylnych sprawców czynów przeciwko życiu, ich liczba spadłaby do 30% obecnie internowanych. Naszym zdaniem to sądom należy pozostawić rozstrzygnięcie kwestii stopnia społecznej szkodliwości czynów zabronionych. To do sądu należy właściwe interpretowanie przepisów prawa karnego. Psychiatrizy nie powinni dążyć do nadmiernego rozszerzania swoich kompetencji w tym zakresie i raczej powinni się skupić na ocenie stanu psychicznego i ocenie prawdopodobieństwa ponawiania czynów zabronionych. Z drugiej strony, dostrzegając częste zagubienie sądów przy orzekaniu środka zabezpieczającego, można postulować takie zreformowanie prawa, by można było wprowadzić przepisy zbliżone np. do obowiązujących w niektórych stanach USA, gdzie o zastosowaniu i uchyleniu przymusowego pobytu sprawcy w szpitalu psychiatrycznym decydują specjalne, wspólne komisje, w skład których wchodzi sędziowie i psychiatrzy [4].

Trudno zgodzić się z opinią, że cotygodniowe informowanie przez szpitale Komisji Psychiatrycznej ds. Środków Zabezpieczających o liczbie internowanych i oczekujących na miejsce w oddziale detencyjnym jest „niepotrzebne i czysto biurokratyczne”. Biorąc od wielu lat udział w pracach tej komisji, wiemy bowiem, że bez aktualnych i rzetelnych informacji o „obłożeniu” i tzw. „kolejce” oczekujących nie sposób rzetelnie

wskazać sądowi zakład psychiatryczny położony możliwie blisko miejsca zamieszkania pacjenta, w którym można go możliwie szybko umieścić, a jest to podstawowe zadanie komisji [5]. Co więcej – uważamy, że najlepszym rozwiązaniem byłoby wprowadzenie centralnego rejestru osób internowanych. Dostęp do zasobów takiego rejestru posiadałyby uprawnione instytucje i osoby, które miałyby jednocześnie obowiązek wprowadzania na bieżąco danych o tzw. „ruchu” w tej grupie pacjentów.

Z treści listu wynika, że dr Krzysiński jest zwolennikiem przyznania dyrektorowi szpitala psychiatrycznego prawa do odmowy przyjęcia pacjenta na internację, gdy uzna ją za niepotrzebną. W szczególności dotyczyłoby to przyjmowania pacjentów spoza rejonu. Postulat taki – de facto prawo odmowy wykonania postanowienia sądu – uważamy za idący zdecydowanie za daleko. Oczywiście zgadzamy się, że z wielu powodów terapeutycznych, finansowych i ludzkich środki zabezpieczający powinny być wykonywane w zakładzie niezbyt odległym od miejsca zamieszkania pacjenta, co w praktyce pokrywa się z przestrzeganiem wprowadzonej rozporządzeniem ministra zdrowia rejonizacji [5]. Niekiedy jednak, z ważnych powodów, np. szczególnej pilności rozpoczęcia leczenia przy braku miejsc w rejonie, szczególnych wymogów terapeutycznych lub względów bezpieczeństwa, korzystne bywa odstępianie od tej zasady. Być może dyrekcja szpitala powinna mieć możliwość odwoływania się od niesłusznych, jej zdaniem, wskazań komisji i postanowień sądu. Wymagałoby to zmiany przepisów. Warto jednak pamiętać, że ewentualne postępowanie odwoławcze spowoduje wydłużenie procedury umieszczenia pacjenta w szpitalu.

Zgadzamy się z wyrażonym poglądem, że biegli nie powinni wnioskować do sądu o zastosowanie środka zabezpieczającego na podstawie jedynie badania ambulatoryjnego sprawcy, bez przeprowadzenia obserwacji w oddziale psychiatrycznym.

Rzeczywiście tak poważna decyzja, jaką jest bezterminowe, przymusowe umieszczenie obywatela w szpitalu psychiatrycznym, powinna być podejmowana przez sąd na podstawie wnikliwej oceny psychiatrycznej. Obserwacja w oddziale psychiatrycznym z reguły pozwala na uzyskanie szerszego materiału klinicznego i na trafniejsze wnioski dotyczące prawdopodobieństwa ponawiania zachowań niebezpiecznych [3]. Bywają jednak sytuacje, gdy biegli już po badaniu ambulatoryjnym dysponują dostatecznymi informacjami do wydania rozstrzygającej opinii o potrzebie lub braku potrzeby stosowania środka zabezpieczającego. W takich sytuacjach obligatoryjność obserwacji byłaby wymogiem niepotrzebnie ograniczającym rozwiązania efektywniejsze.

Na podstawie własnych obserwacji dr Krzywiński szacuje, że co najmniej 1/3 internacji jest zbędna oraz, że są one zbyt długo prowadzone, o czym ma świadczyć fakt, że 1/5 z nich trwa ponad 10 lat. Trudno jednoznacznie ustosunkować się do tych ocen. Ostatnie empiryczne oceny zasadności i długości internacji w Polsce pochodzą bowiem sprzed wielu lat [1, 2]. W tym czasie zaszły duże zmiany, m.in. powstały wyspecjalizowane zakłady wykonywania środka zabezpieczającego, wprowadzono 3 stopnie zabezpieczenia zakładów, ponad dwukrotnie wzrosła ogólna liczba internowanych (z ok. 800 w latach dziewięćdziesiątych do ok. 2000 obecnie). Z całą pewnością należałoby przeprowadzić ponowną, dobrze zaplanowaną ocenę wykonywania środka zabezpieczającego. Porównując dostępne statystyczne wskaźniki osób internowanych w Polsce i innych krajach europejskich, można stwierdzić, że są one zbliżone lub wskazują na niższą liczbę internowanych w Polsce.

Podzielamy ocenę dr Krzywińskiego, że obecnie nie funkcjonuje mechanizm premiujący zakłady psychiatryczne, które dobrze wykonują środek zabezpieczający, tj. prowadzących terapię skuteczną, bezpieczną, wielostronną

i efektywną ekonomicznie. Obecne regulacje prawne i kontrakty z płatnikami skłaniają raczej zakłady wykonujące środek zabezpieczający do prowadzenia polityki wszystkich miejsc zajętych i odpowiednio długich list pacjentów oczekujących, co najłatwiej osiągnąć nadmiernie asekuracyjnym lub zbyt długim wydłużaniem detencji. Z drugiej strony jednak uważamy, że zmiany kryteriów oceny pracy takich zakładów muszą być wprowadzane bardzo rozważnie. Istnieje bowiem ryzyko wprowadzenia przepisów premiujących szpitale, które zbyt pochopnie wnioskować będą o przeniesienie pacjenta do zakładu o zbyt niskim stopniu zabezpieczenia lub o uchylenie detencji. W tym ostatnim przypadku byłoby to szczególnie niebezpieczne, gdyż w Polsce praktycznie nie funkcjonuje nadzór nad pacjentami wobec których zakończono detencję, w szpitalu psychiatrycznym.

Piśmiennictwo

1. Ciszewski L.: *Ogólna charakterystyka pacjentów wobec których stosuje się w szpitalach psychiatrycznych w Polsce środek zabezpieczający*. Doniesienie wstępne. Post. Psychiatr. Neurol., 1995, 4, 149–156.
2. Ciszewski L., Sutula E.: *Psychiatric care for mentally disturbed perpetrators of criminal acts in Poland*. Intern. J. Law and Psychiatr., 2000, 23, 547–554.
3. Hajdukiewicz D, Heitzman J.: *Nieuzasadnione zastosowanie środka zabezpieczającego związanego z umieszczeniem w szpitalu psychiatrycznym*. Psychiatr. Pol. 2006; 4: 649–656.
4. Bloom J.D., Williams M.H., Bigelow D.A.: *Monitored conditional release of persons found not guilty by reason of insanity*. Am. J. Psychiatr. 1991, 148, 444–448.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2004 r., w sprawie wykazu zakładów psychiatrycznych i zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających oraz składu, trybu powoływania i zadań komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających

OMÓWIENIA KSIĄŻEK I CZASOPISM

Kinga Bobińska, Piotr Gałęcki

ZABURZENIA PSYCHICZNE U OSÓB UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO

Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2010: str. 56

Niecierpliwość, z jaką oczekiwałem na egzemplarz tej książki, zrozumie każdy, kto w rejonie swojego oddziału lub poradni miał/ma dom pomocy społecznej dla upośledzonych umysłowo. Bowiem diagnostyka oraz leczenie zaburzeń zachowania i objawów psychozycznych u tych pacjentów trudnością dorównują postępowaniu z chorymi z otępieniem.

Niewielkie rozmiary książki sugerowały otrzymanie zwięzłych informacji, dotyczących diagnostyki i leczenia takich stanów, u pacjentów z różnego stopnia upośledzeniem umysłowym, zgodnych z obecnym stanem wiedzy. Sami autorzy we wstępie do niej piszą, iż jest próbą przedstawienia i utrwalenia nowoczesnego podejścia do zagadnienia upośledzenia umysłowego. Mogę powiedzieć, że skończyło się na próbie. Książka jest po prostu zbiorem cytatów ze 125 prac z ostatniego ćwierćwiecza. Autorzy parokrotnie odwołują się do własnych badań. Jednak nie wynikają z nich żadne konkretne wnioski, wskazówki pomocne w codziennej praktyce. Do tego, nierzadko, autorzy posługują się pojęciami niezrozumiałymi dla przeciętnego czytelnika. Na przykład w rozdziale 1., nawiązując do teorii Levitasa i Gilsone, piszą o „indywiduacji”(?). Truizmem jest zawarte w tymże rozdziale stwierdzenie, iż „niepełnosprawność intelektualna nie jest sama w sobie odrębną jednostką chorobową”. Rzeczywiście, jest to tylko zespół objawów, występujących w przebiegu różnych chorób.

Z rozdziału 2. (Zaburzenia psychiczne u osób upośledzonych umysłowo) dowiedziałem się, że prezentowane przez takie osoby objawy odbiegają nieco od klasyfikacyjnych norm, ale ich definiowanie i rozpoznawanie jest niezwykle trudne. Pytam więc jak „nieco” może być „niezwykle”? Pozwolę sobie również sądzić, że „obecność psychopatologii” jest „problemem zdrowia psychicznego” zarówno u osoby upośledzonej umysłowo, jak i genialnej. Podobnie właściwa ocena stanu psychicznego i postawienie dokładnego rozpoznania pozwala na podjęcie właściwego leczenia i poprawia jakość życia w każdym przypadku. Niezależnie od ilorazu inteligencji leczonego. Przytaczane w tym rozdziale wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u osób upośledzonych umysłowo, ze względu na ich rozpiętość, są bezwartościowe. Bardziej wiarygodny byłby rzut monetą.

Odnosząc się do symptomatologii zaburzeń psychicznych u osób upośledzonych umysłowo, autorzy podkreślają ich atypowość, potem zaś, pisząc o zaburzeniach nastroju i emocji, wymieniają całkiem typowe objawy depresji. Ciekaw jestem, w oparciu o jakie kryteria, u osób z upośledzeniem umysłowym rozpoznawana jest „depresja nerwicowa”. Ciekawi mnie także, jak zespół może występować w zespole i czy fenyloketonuria jest jednak chorobą czy tylko „zespołem klinicznym”? Sądzę też, że jeśli nie ma epizodów manii (hipomanii) to nie ma i psychozy maniakalno-depresyjnej.

Nieporozumieniem wydaje się traktowanie, u osób upośledzonych umysłowo, krzyku, agresji, napadów wściekłości, niepowściągliwości (?), hiperaktywności jako objawów depresji. Klasyfikowałbym je raczej jako zaburzenia organiczne – osobowości, nastroju, lękowe, zachowania, chwiejność afektywną. Niezależnie od tego sami autorzy, omawiając zaburzenia nastroju i emocji, jakby nie mogli się zdecydować co jest, a co nie jest, prymitywnym mechanizmem obronnym.

Niewiele miejsca, 2/3 strony, autorzy poświęcają zaburzeniom psychotycznym. W zamierzonych czasach, kiedy to odbywałem staże specjalizacyjne, mawiano, że przy jednoczesnym rozpoznaniu upośledzenia umysłowego i schizofrenii, to albo nie jest to schizofrenia, albo nie jest to upośledzenie. Zasada ta sprawdziła się w mojej praktyce niejednokrotnie. Tak jak do dzisiaj nie straciła na wartości, również w diagnostyce pacjentów z upośledzeniem umysłowym, „Psychiatria kliniczna” profesora Tadeusza Bilikiewicza (ostatnie wydanie sprzed ponad 20 lat). Niestety, nie ma o niej wzmianki w omawianej książce. Podobnie jak nie wspomina się o profesorze Ignacym Waldzie, którego wkład w badania nad upośledzeniem umysłowym, w tym jego epidemiologią w Polsce, trudno przecenić. Nie pojmuję, dlaczego Niemcy, Anglicy, Rosjanie, Amerykanie cytują publikacje swoich wielkich poprzedników sprzed 100 i więcej lat, a my zapominamy o naszych niemal już po chwili. Cóż, ciśnie się pod pióro – nie zapominajcie, bo zapomną o was.

Szczególnie rozczarowujący jest jednak rozdział 3., poświęcony leczeniu zaburzeń psychicznych u pacjentów z upośledzeniem umysłowym. Objętościowo odpowiada połowie miejsca zajmowanego przez spis piśmiennictwa. Powtarzają się w nim pewne ogólnikowe stwierdzenia z poprzednich rozdziałów. Wymienione przez autorów grupy leków mogą być oczywiście pomocne w leczeniu objawów psychotycznych i zaburzeń zachowania u pacjentów z upośledzeniem umysłowym. Nie sądzę jednak, by ktokolwiek, jak to sugerują autorzy, leczył „lekami sedującymi” (są to wg nich neuroleptyki i leki normotymiczne) samo upośledzenie umysłowe. Oczywiście, w psychiatrii niewiele mamy okazji do leczenia przyczynowego. Zwykle leczymy zespoły, czasami objawy. Dotyczy to także upośledzonych umysłowo. Oczywiście, nie ma powodów, by rezygnować u nich z jakiegokolwiek dostępnej metody leczenia. Z dobrym skutkiem zastosowałem u pacjentki ze znacznym upośledzeniem umysłowym leczenie elektrowstrząsowe. Kobieta ta była pobudzona i agresywna przez kilka miesięcy. Nie przynosiły poprawy wysokie dawki neuroleptyków, benzodiazepin ani leczenie skojarzone. Natomiast te zagrażające jej i otoczeniu zaburzenia zachowania ustąpiły po 10 zabiegach EW. Co leczyłem? Po prostu pobudzenie i agresję. Oczywiście wcześniej wykluczono ich somatyczne uwarunkowania. Autorzy praktycznie pomijają tę kwestię. Tymczasem zawsze należy wykluczyć przyczyny somatyczne zaburzeń snu, pobudzenia, agresji, autoagresji u pacjentów z upośledzeniem umysłowym. Im jest ono cięższe, tym taka ocena musi być troskliwsza. W znanym mi przypadku pacjentki z głębokim upośledzeniem umysłowym pobudzenie i zachowania autodestrukcyjne ustąpiły po skutecznym leczeniu zapalenia ucha środkowego. Oczywiście, każdy lekarz zna TJP (Taki Jeden Przypadek), który może nigdy więcej się nie powtórzyć. Zawsze jednak należy o nim pamiętać.

Założenia, stosunkowo szeroko omawianej przez autorów, „analizy funkcjonalnej” nie wydają się przydatne w zwykłej praktyce. Trudno wyobrazić sobie stwarzanie w warunkach oddziału sytuacji podobnych do obserwowanych w środowisku pacjenta – w rodzinie, zakładzie opiekuńczym. Moim zdaniem więcej informacji o przyczynach zaburzeń zachowania, będących przyczyną hospitalizacji, dostarcza niewystępowanie ich po przyjęciu do oddziału.

Wszystkie powyższe uwagi nie oznaczają, że książka ta jest niepotrzebna. W obecnym kształcie znacznie ustępuje odpowiedniemu rozdziałowi autorstwa Jean O'Hara w „Psychiatria. Sedno” T.1. (red. wydania I polskiego, J. Rybakowski i F. Rybakowski. Elsevier Urban & Partner; Wrocław 2008). Ponieważ bardziej jednak cenię rodzime osiągnięcia, mam nadzieję, że autorzy przygotowują kolejne wydanie omawianej książki. Jeśli włączą w nią swoje własne, praktyczne doświadczenia związane z diagnostyką i leczeniem zabu-

rzeń zachowania i objawów psychotycznych u pacjentów z upośledzeniem umysłowym, odniosą z tego korzyść czytelnicy oraz, przede wszystkim, pacjenci.

Stefan Krzywiński

Martin M. Antony, Randi E. McCabe

10 PROSTYCH SPOSOBÓW RADZENIA SOBIE Z PANIKĄ

Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2009, str. 152

Książka ta kierowana jest w szczególności do grupy osób bezpośrednio dotkniętych zaburzeniami lękowymi z napadami paniki, jednak adresatami mogą stać się ci wszyscy, którzy zainteresowani są podstawowymi zasadami przezwyciężania paniki, a niekoniecznie spragnieni obszernej lektury, głębiej omawiającej zagadnienie.

Proponowane przez autorów strategie i techniki radzenia sobie z napadami paniki opierają na poznawczo-behawioralnej koncepcji rozumienia tego zjawiska. Książka ma charakter poradnika, którego celem jest umożliwienie podjęcia czytelnikowi samodzielnej próby przezwyciężenia napadów paniki oraz towarzyszących im zaburzeń lękowych. Większość przedstawianych w nim technik wymaga prowadzenia skrupulatnych notatek, rejestrowania doświadczeń oraz monitorowania realizacji proponowanych strategii leczenia. Tym samym ich realizacja stawia czytelnika przed ogromnym wyzwaniem – wymaga bowiem od niego ogromnego zaangażowania, samodyscypliny i autokontroli przez minimum dwanaście tygodni.

Jak sami autorzy wskazują, realistycznym oczekiwaniem od terapii opisanej w proponowanej przez nich książce jest nadzieja na przyswojenie pewnych strategii, które pozwolą odzyskać kontrolę nad własnym życiem. Nie pomoże ona w całkowitym wyzbyciu się lęku i strachu, przypuszczalnie jednak o wiele mniejsze obawy zaczną z czasem wzbudzać to, co dzieje się z ciałem podczas napadu paniki. Znacznie łatwiej będzie również czytelnikowi uwierzyć, że poradzi sobie z sytuacjami, które do tej pory wywoływały u niego lęk. Książka ta ponadto ukazuje nowe sposoby reagowania, a co najważniejsze stawia w jaśniejszym świetle kwestie rozumienia napadów paniki. Stosowanie proponowanych metod i technik może prawdopodobnie pomóc utrzymać poziom lęku w granicach pozwalających zachować stosunkowo wysoki komfort życia.

Lektura książki zawiera dziesięć rozdziałów. Każdy z nich to jeden z tytułowych sposobów radzenia sobie z paniką. Pierwszy krok to próba zdefiniowania przez autorów pojęcia paniki, a także innych istotnych terminów, takich jak: lęk, zaburzenia z napadami paniki czy agorafobia. W treść wpleciono również informacje na temat ich natury, przyczyn i sprawdzonych metod leczenia. Kolejny etap to przygotowanie planu działania, wyznaczenie realistycznych celów, a także refleksja na temat korzyści i kosztów wynikających ze zmiany. Rozdział trzeci pokazuje natomiast, w jaki sposób rozróżnić fizyczne, poznawcze i behawioralne komponenty lęku i paniki. W tym miejscu autorzy podkreślają, że dzięki monitorowaniu symptomów paniki można poznać własne typowe reakcje oraz zidentyfikować sytuacje lub bodźce wywołujące podatność na panikę. Kolejny krok wydaje się już nieco trudniejszy w samodzielnej realizacji. Czytelnik ma bowiem dokonać zamiany myślenia lękowego (m.in. wyolbrzymiania prawdopodobieństwa, myślenia katastroficznego) na myślenie realistyczne. Osobom dotkniętym zaburzeniami lękowymi z napadami paniki może być niezwykle trudno samodzielnie podać w wątpliwość swoje sztywne przekonania czy badać argumenty za i przeciw ich słuszności. Wydaje się, że autorzy zbyt

ambitnie zakładają, iż osoby dotknięte omawianym problemem będą dysponować nie tylko wszechstronną wiedzą psychologiczną, ale także będą potrafiły się do niej elastycznie ustosunkować. W rozdziale piątym mowa jest o świadomym prowokowaniu i wystawianiu się na sytuacje i symptomy, które zazwyczaj budzą obawy, a także o roli takiego postępowania w łagodzeniu lęku i paniki. W rozdziale tym dokonano również przeglądu terapii opartych na ekspozycji, kładąc szczególny nacisk na ekspozycję sytuacyjną. Z rozdziału szóstego dowiedzieć się można więcej o konfrontowaniu się z budzącymi obawy odczuciami fizycznymi, a lektura rozdziału siódmego pozwoli pojąć znaczenie eliminowania zachowań ochronnych w chwili decydowania się na konfrontację. W kolejnych dwóch rozdziałach autorzy zwracają uwagę na rolę hiperwentylacji w zaburzeniach z napadami lęku panicznego, zachęcają do nauki prawidłowego oddychania, a co więcej, zapoznają czytelnika ze strategiami uwalniania się od codziennego stresu. Ostatni, dziesiąty rozdział poświęcony został farmakoterapii. Autorzy starają się w nim odpowiedzieć m.in. na pytania: dla kogo są przeznaczone leki, jakie są ich rodzaje, jakie są zalety i wady farmakoterapii oraz jakich realnych skutków ich zażywania można oczekiwać.

Skuteczność przedstawionych tu sposobów leczenia wydaje się bardzo wysoka, o ile jednak będą one prowadzone przez wykwalifikowanego terapeutę. Co jednak w przypadku samodzielnego ich stosowania? Autorzy nie stwarzają iluzji i wprost uświadamiają czytelnika, iż samo przeczytanie książki nie uwolni ich od napadów paniki. Co więcej, pierwsze efekty mogą pojawić się dopiero po wielotygodniowym, systematycznym stosowaniu proponowanych technik. Sami autorzy piszą, że z dotychczasowych badań wynika, iż autoterapia bywa często skuteczniejsza, jeśli łączy się ją z wizytami u lekarzy czy terapeutów w celu omówienia postępów. Jeśli natomiast i taka forma stosowania przedstawionych w książce strategii okaże się zbyt trudna dla czytelnika, wprost zachęcają do rozważenia podjęcia regularnej współpracy z terapeutą, który ma doświadczenie w leczeniu zaburzeń z napadami lęku panicznego. Ta postawa autorów znajduje potwierdzenie między innymi w przykładzie ćwiczenia konfrontacyjnego przeprowadzonego w terenie z czynnym, istotnym udziałem terapeuty. Takie stanowisko wobec technik proponowanych przez autorów może rodzić obawy dotyczące skuteczności proponowanej przez nich autoterapii. Książka ta może jednak stanowić dodatkowe źródło psychoedukacji dla pacjentów uczestniczących w terapii. Terapeuci natomiast mogą znaleźć cenne wskazówki dotyczące terapii poznawczo-behawioralnej osób dotkniętych zaburzeniami lękowymi z napadami paniki.

Anna Pyla-Mazur

Margasiński Andrzej

RODZINA ALKOHÓLOWA Z UZALEŻNIONYM W LECZENIU

Wyd. Impuls, Kraków 2010, str. 302

Każdy, kto zajmuje się terapią osób uzależnionych, czy też terapią rodzin, doceni wartość tej książki. Jest to publikacja, która jest pomocna w rozumieniu funkcjonowania w systemie rodzinnym, nie tylko osoby uzależnionej, ale i pozostałych członków rodziny. W części badań własnych autor dostarcza empirycznych wyników dotyczących zmian w systemie rodzinnym w związku z podjęciem leczenia przez osobę uzależnioną od alkoholu.

Powstanie i rozwój uzależnienia od alkoholu jednego z członków rodziny powoduje, że zarówno rodzina jako całość, jak i jej poszczególni członkowie podlegają takim mecha-

nizmom regulacji, które pozwalają im na adaptację do tej sytuacji. Problem uzależniania rozwija się zazwyczaj w dłuższym okresie i rodzina nie doświadcza nagłej zmiany sytuacji, lecz przystosowuje się do niej stopniowo. Paradoksalnie koncentracja wokół objawów uzależnienia zapewnia rodzinie stabilność, a członkowie rodziny przyjmują pewne role, które pozwalają na utrzymanie homeostazy w systemie rodzinnym. I przykładowo, dorośli partnerzy osoby uzależnionej często chcą przejąć kontrolę nad zachowaniem pijącego członka rodziny, nierzadko wikłając w problem dzieci (triangulacja). Natomiast dzieci w zależności od narzuconego przez sytuację zadania spełniają określone funkcje istotne z punktu widzenia systemu rodzinnego, np. wchodząc w koalicję z niepijącym dorosłym, stając się „bohaterem”, czy starając się być „niewidzialnym” i nie angażować innych w realizację swoich potrzeb.

Uzależnienie może stać się objawem problemów występujących w rodzinie, np. osoba uzależniona w sytuacji dążenia do silnej autonomii mówi: „po napiciu się mam wrażenie siły, lepiej mi się mówi, a oni mnie słuchają”. Diagnoza mechanizmów systemu rodzinnego pozwala na całościowe rozumienie, nie tylko osoby uzależnionej, ale i pozostałych członków rodziny, którzy ponoszą nieraz bardzo duże koszty wynikające ze sposobu adaptacji do życia w rodzinie z problemem alkoholowym. Dlatego też w leczeniu osób uzależnionych i członków ich rodzin istotna jest perspektywa systemowa. Zwraca ona uwagę na mechanizmy przystosowawcze rodziny, które mogą wzmacniać uzależnienie, ale i na te mechanizmy, które będą sprzyjały zmianie systemu rodzinnego oraz konstruktywnym zmianom poszczególnych członków rodziny. Warto w tym miejscu przypomnieć aspekt związany z rozumieniem systemowym wskazującym, że zmiana zachowania jednego członka rodziny pociąga za sobą zmianę w całym systemie rodzinnym.

Andrzej Margasiński, analizując zagadnienie rodziny z problemem alkoholowym, przyjął paradygmat systemowy, który w najbardziej ogólnym skrócie zakłada, że rodzina stanowi system, który choć ma swoją niepowtarzalną historię podlega prawidłowościom rozwojowym, zarówno poszczególnych członków rodziny, jak i zmianom w obrębie samego systemu. Autor, analizując system rodzinny, odwołał się do modelu Petera Steinglassa, który rozwija teorię systemu rodziny doświadczającej problemu uzależnienia od alkoholu. Jego koncepcja skupia się wokół takich terminów jak: system alkoholowy, rodzinna homeostaza, głębokie struktury regulacyjne (takie jak: temperament rodziny, tożsamość rodziny) oraz dające się obserwować zachowania regulacyjne, m.in. rutynowe czynności. Peter Steinglass stoi na stanowisku, że uzależnienie jednego członka rodziny powoduje iż rozwój rodziny zostaje zniekształcony przez doświadczenie problemu alkoholowego, tworząc tzw. system alkoholowy. Na tworzenie systemu alkoholowego składają się między innymi: zachowania związane z uzależnieniem od alkoholu, które stają się naczelnymi regułami organizującymi życie rodzinne. Rozwój uzależnienia w życiu rodziny powoduje koncentrację na uzyskiwaniu krótkotrwałej stabilności kosztem dalszego rozwoju. Uzależnienie także wpływa na stopniowe zmiany w sposobie regulacji, która podporządkowana jest zachowaniom alkoholowym. Autor książki czytelnie i szczegółowo prezentuje tę teorię, porównując system rodziny alkoholowej i normatywnej w pełnym cyklu życia.

W książce zawarto również przegląd literatury światowej dotyczący koncepcji i wyników badań empirycznych wskazując na specyficzne funkcjonowanie członków rodzin osoby uzależnionej. Analizuje zjawisko zwane „współuzależnieniem”, które wskazuje na obecność pewnych charakterystycznych mechanizmów u partnerów osoby uzależnionej. Dokonano przeglądu podejść teoretycznych do tego zjawiska, poczynawszy od etiologii tego terminu, które zastąpiło pojęcie „koalkoholizmu” przypisywanego żonom osób uzależnionych od alkoholu. W ciągu ostatnich czterech dekad można wyróżnić trzy okresy konceptualizacji

tego zjawiska. Początkowo traktowano „współzależnienie” jako jednostkę chorobową żon alkoholików, stanowiące „odbicie lustrzane uzależnienia”, które wzmacnia mechanizmy uzależnienia m.in. poprzez koncentrację na zachowaniach osoby pijącej alkohol czy też kontroli nad jej zachowaniami w celu uzyskania wpływu na te zachowania. Z czasem prowadziło to do utrwalania patologicznej relacji małżeńskiej/partnerskiej. Drugim nurtem konceptualizacji pojęcia „współzależnienie” jest rozumienie tego zjawiska w kategoriach zaburzeń osobowości. Badania osobowości partnerów żyjących w związkach z osobą uzależnioną, pomimo braku jednoznacznych wskazań na określony typ osobowości, w licznych analizach zwracają uwagę na rolę cechy zależności od innych. Ta zależność przejawia się zarówno w wymiarze indywidualnym, np. poprzez tłumienie złości w obawie przed utratą wsparcia, jak i w wymiarze społecznym (w systemie rodzinnym), np. poprzez podporządkowywanie własnych potrzeb i nadmiernej koncentracji na oczekiwaniach innych członków rodzin, w tym przypadku oczekiwaniach osoby uzależnionej (rzeczywistych lub wyprojektowanych).

Aktualnie „współzależnienie” traktowanie jest jako utrwalaony sposób przystosowania się do sytuacji, której osoba doświadcza, charakteryzujący się specyficznymi cechami (patrz ss.102-107). W jego etiologii należy zwrócić uwagę na czynniki, zarówno osobowościowe, jak i sytuacyjne. Badania, szeroko omawiane przez autora, ukazują wachlarz postaw, jakie prezentują partnerzy osób uzależnionych. Fakt ten nastęrcza trudności w jednoznacznym zdefiniowaniu zjawiska „współzależnienia”. Nie wszyscy partnerzy uzależnionych osób mają cechy upoważniające do rozpoznania u nich „współzależnienia”. Tak więc operacjonalizacja tego pojęcia jest poddawana krytyce i do tej pory nie ustalono wspólnego stanowiska. Autor systematyzuje kierunki tej krytyki, wskazując na trzy różne nurty: z powodu nieprecyzyjności pojęcia, z pozycji feministycznych i z pozycji porównań międzykulturowych.

Ciekawie opisane jest zagadnienie dotyczące sytuacji dzieci wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym. Syndrom Dorosłego Dziecka Alkoholika (DDA), podobnie jak termin „współzależnienie” nie stanowi zespołu psychopatologicznego, lecz jest konstruktem wykorzystywanym w terapii tych osób, u których obserwuje się zróżnicowane objawy o charakterze klinicznym. Nierzadko są to cechy zaburzeń emocjonalnych i zachowania. Poziom nasilenia objawów psychopatologicznych jest często wynikiem czynników sytuacyjnych, np. nasilenia destrukcyjnych mechanizmów w rodzinie czy też zbyt małego wpływu czynników wspierających rozwój młodego człowieka. W omawianym rozdziale odnajdujemy przegląd badań w grupie osób pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym oraz wnikliwą analizę wyników i kierunków dalszych poszukiwań. Dotyczą one zarówno jakości samych kryteriów diagnostycznych (niebezpieczeństwo tzw. efektu Barnuma), jak i dyskutowanej specyfiki grupy DDA w kontekście różnic płci i na tle innych grup klinicznych (DDD). Operacjonalizacja konstruktu teoretycznych „współzależnienia” oraz DDA jest poddawana krytyce i do tej pory nie ustalono wspólnego stanowiska. Analizy autora stanowią bardzo cenny wkład w dyskusję nad tymi zagadnieniami.

Ogromną wartością w tej publikacji jest zastosowanie Skali Oceny Rodziny, będącej wynikiem adaptacji Skali Oceny Spójności i Elastyczności – FACES- IV Davida H. Olsona¹, dokonanej przez Andrzeja Margasińskiego. Narzędzie to zawiera osiem skal badawczych (w tym sześć skal: w zakresie nasilenia spójności: niezwiązanie, zrównoważona spójność, splełtanie oraz w zakresie elastyczności: sztywność, zrównoważona elastyczność, chao-

¹ Polska adaptacja FACES-IV pod nazwą Skala Oceny Rodziny (SOR) jest dostępna w Pracowni Testów Psychologicznych PTP.

tyczność), a także dwie skale: komunikacji rodzinnej i zadowolenia z życia rodzinnego. Teoretycznym zapleczem FACES-IV (SOR) jest Model Kołowy Systemów Małżeńskich i Rodzinnych. W wyniku analizy wskaźników funkcjonowania rodziny wskazano na sześć typów rodzin: zrównoważony, sztywno-spójny, pośredni, elastycznie niezrównoważony, chaotycznie niezwiązany, niezrównoważony (str. 171–186).

Autor w zaprezentowanych badaniach przeanalizował dynamikę zmian funkcjonowania rodziny na skutek podjęcia leczenia zespołu uzależnienia od alkoholu przez męża/ojca oraz dokonywał dwukrotnego porównania właściwości systemów rodzinnych w grupach: badanej (124 rodziny) i kontrolnej (150 rodzin). Analizy wyników dotyczą zarówno poszczególnych członków rodziny: męża/ojca, żony oraz dzieci, jak i psychologicznych wskaźników całego systemu rodzinnego. Wnioski z pracy Andrzeja Margasińskiego są nie tylko cenne z naukowego punktu widzenia, ale wskazują również na skuteczność oddziaływań terapeutycznych. Pomimo że terapię podejmuje jeden członek rodziny z powodu uzależnienia od alkoholu to zmiany już po kilku miesiącach są zauważalne w całym systemie. Bowiem według badań rodziny z problemem alkoholowym zbliżają się do sposobu funkcjonowania rodzin z grupy kontrolnej. Autor rozważa trwałość dokonywanych zmian, a biorąc pod uwagę fakt, że jest to początek procesu terapii, można przypuszczać, iż badania uchwyciły pierwsze efekty oddziaływań, które przeniosły się do systemu rodzinnego. Tak więc słuszne i bardzo potrzebne jest rozwijanie kierunków pracy z rodzinami z problemem alkoholowym. A czy terapia rodzinna będzie przebiegała równoległe do leczenia indywidualnego osoby uzależnionej czy też po zakończeniu programu „pogłębionej psychoterapii”, powinno zależeć od diagnozy indywidualnej i rodzinnej.

Omawiana książka jest uporządkowana pod względem zarówno treści, bogatej w odniesienia do literatury, jak i prezentacji wyników. Praca napisana jest z niezwykłą starannością. Autor o zagadnieniach trudnych, skomplikowanych pisze w sposób prosty i bardzo czytelny.

Lektura tej książki wzbogaca naszą wiedzę o funkcjonowaniu rodziny, a szczególnie tej z problemem alkoholowym. Stanowi zachętę i motywuje do dalszego rozwijania kierunków pracy zarówno z pacjentem uzależnionym od alkoholu, jak i z innymi członkami jego rodziny. Korzystanie z paradygmatu systemowego w leczeniu uzależnień poszerza kontekst rozumienia problemów pacjenta, co w konsekwencji wzbogaca spektrum możliwych oddziaływań terapeutycznych w celu uzyskania większej skuteczności leczenia.

Barbara Bętkowska-Korpala